

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กง
ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

พันตำรวจโท หญิง วัชรวรรณ จันทร์อินทร์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2335-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGING
ON FATIGUE IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

Pol.Lt.col. Wacharawan Chantara-in

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

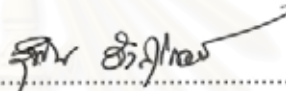
Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-14-2335-7

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบ
ซึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
โดย พ.ต.ท.หญิง วัชรวรรณ จันทร์อินทร์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

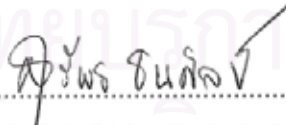
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

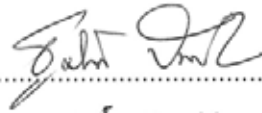

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานคณะกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุชาติ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


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

วัชรวรรณ จันทร์อินทร์, พ.ต.ท.หญิง: ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหาร
 กาย - จิตแบบชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (THE EFFECT OF
 SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGONG ON FATIGUE IN
 BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) อ. ที่ปรึกษา: อ.ดร. สุนิดา
 ปรีชาวงษ์ อ. ที่ปรึกษาร่วม: รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์ 162 หน้า. ISBN 974-14-2335-7

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับ
 อาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล
 รามาริบัติ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 รายเป็น กลุ่มควบคุม 20 รายและกลุ่มทดลอง 20 ราย
 โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ และการได้รับเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ ในขณะที่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบ
 ชี่กง และการพยาบาลตามปกติ ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก แบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ
 Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมิน
 ความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ 3) การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง และ
 4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า ซึ่งมีค่าความ
 เทียบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ
2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
 บำบัดกลุ่มทดลอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขา.....พยาบาลศาสตร์.....
 ปีการศึกษา.....2548.....

ลายมือชื่อผู้พิมพ์..... พชก.ท.หญิง สุวีพร ธนศิลป์.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... สุนิดา ปรีชาวงษ์.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... สุวีพร ธนศิลป์.....

4777609836: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGONG/FATIGUE / BREAST
CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

WACHARAWAN CHANTARA-IN, Pol.Lt.col.: THE EFFECT OF SYMPTOM
MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGONG ON FATIGUE IN
BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY. THESIS ADVISOR:
SUNIDA PREECHAWONG, PhD, THESIS COADVISOR: ASSOC. PROF.
SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 162 pp. ISBN 974-14-2335-7

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the Symptom Management Program combined with Qigong on fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy. The study samples were 40 outpatients with breast cancer receiving chemotherapy at the Ramathibodi Hospital. The participants were random into the control group and the experimental group. The groups were matched in terms of age and chemotherapy regimen. The control group received conventional nursing care while the experimental group received the Symptom Management program combined with Qigong together with conventional nursing care. This program, based on the Symptom Management Model (Dodd, et al., 2001) and complementary concepts, was comprised of four sessions: 1) symptom experience assessment, 2) knowledge providing, 3) Qigong practice, and 4) fatigue management evaluation. The instrument for collecting data was the Fatigue Questionnaire and was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .93. Data were analyzed using descriptive statistics, and ANCOVA.

The major findings were as follows:

1. There was no significant difference on the mean fatigue score of the breast cancer patients between the two groups, immediately post intervention ($p > .05$).
2. The mean fatigue score of the breast cancer patients in the experimental group was significantly lower than that of the control group, at 2 weeks post intervention ($p < .05$).

Field of study.....Nursing Science.....Student's signature *Wacharawan Chan.*
Academic year.....2005..... Advisor's signature *Sunida Preechawong*
Co-advisor's signature *Sureeporn Thanasilp*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และ ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากอาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รศ.ดร.สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำ คำชี้แจงต่างๆ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และความเมตตาเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในบุญคุณของท่านอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาข้อคิดเห็น ตลอดจนความรู้ที่มีประโยชน์และแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่ากรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และ กรรมการคุมสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่กรุณาทุ่มเทเวลาถ่ายทอดวิชาความรู้ คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์และประสบการณ์ในการเรียนรู้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ ตลอดจนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่ แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยอย่างดี และบุคคลที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทุกท่าน ที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ที่สนับสนุนเวลาด้านการศึกษารวมทั้ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส) ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนๆ น้องๆ ร่วมรุ่นทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจ ช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์และเป็นมิตรที่ดีเสมอ

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และ บุคคลที่เป็นที่รักของผู้วิจัย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้ความหวังใจ และเป็นกำลังใจมาโดยตลอดจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา.....	15
แนวคิดของความเหนื่อยล้า.....	18
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....	39
แบบจำลองการจัดการกับอาการ.....	43
โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเก.....	50
แนวคิดการฝึกอบรมแนวซิงเก.....	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	60
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	82

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	83
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	84
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	94
สรุปผลการวิจัย	98
อภิปรายผล	98
ข้อเสนอแนะ	105
รายการอ้างอิง	107
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ	118
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	120
ภาคผนวก ค หนังสืออนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง	126
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	135
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย	156
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	162

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน และ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล.....	85
2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะโรคและสูตรเคมีที่ได้รับ.....	87
3 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการทดลอง.....	88
4 คะแนนความเหนื่อยล้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	89
5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of convariance: ANCOVA).....	90
6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of convariance: ANCOVA).....	91
7 ข้อมูลระดับความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง.....	160

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แผนแสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของ ไปเปอร์และคณะ	30
2 ภาพแสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ.....	43
3 กรอบแนวคิดในการวิจัย	67
4 สรุปรูปขั้นตอนการทำวิจัย	83
5 กราฟแท่งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	92
6 กราฟแท่งเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อปรับคะแนนก่อนการทดลองเท่ากัน	93

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยพบว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่สามารถพบได้ทุกกระบบของร่างกาย และเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคนและจะพบในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (WHO, 2004) มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่เป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญสำหรับผู้หญิง โดยมีอุบัติการณ์การเกิดสูงและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น (ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 282) จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่ง คือร้อยละ 31.98 โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 25-55 ปีมากที่สุด และพบว่าอัตราการตายที่มีสาเหตุจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 คน นั้นเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 -2546 คือ 68.40 73.30 และ 78.90 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2547)

ในผู้ป่วยมะเร็งนั้น พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการหลักที่ผู้ป่วยประสบได้บ่อยที่สุดและยังเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานได้มากกว่าอาการอื่นๆ อีกด้วย (Aronson, et al.,1999) ความเหนื่อยล้าเกิดได้บ่อยขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบความเหนื่อยล้าได้ถึงร้อยละ 99 และในจำนวนนี้ผู้ป่วยร้อยละ 60 มีความความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Bower, et al., 2000: 743) แสดงว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการแสดงที่ก่อให้เกิดปัญหาและรบกวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้เป็นอย่างมาก (Woo, et al., 1998: 915; Berger & Walker, 2001: 42; Ream, Richardson, and Alexander – Dann, 2002: 300) ดังนั้น การจัดการกับความเหนื่อยล้าจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะนอกจากจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้จนเสร็จสิ้นแล้ว ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษาก็ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต

ความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดได้กับทุกคนไม่ว่าจะเป็นบุคคลในวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วย หรือแม้แต่บุคคลที่มีสุขภาพดีก็ตาม (Piper, Linsey & Dodd, 1987: 44; Aronson, et al., 1999: 45; Jong, et al., 2002: 284) ความเหนื่อยล้าเป็นกลไกการป้องกันตนเองที่สำคัญที่ช่วยให้ร่างกายใช้พลังงานไม่เกินขีดจำกัด (Nail and Winningham, 1993:

609; Lee, et al., 1994: 149) ช่วยรักษาไว้ซึ่งสมดุลของร่างกาย ความเหนื่อยล้าเป็นเครื่องเตือนภัยให้กับบุคคล กล่าวได้ว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการเริ่มต้นหรือการเตือนให้รู้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติทางด้านร่างกายหรือจิตใจก็ได้ ถ้าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นบ่อยๆ และคงอยู่นานจะรบกวนการดำเนินชีวิต และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ในที่สุด (Aistars, 1987: 25; Piper, et al., 1987: 19; Piper, 1993; Evans and Wickstrom, 1999: 363)

ความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้เสมอในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่พบความเหนื่อยล้าได้ในทุกช่วงของการดำเนินโรค รวมถึงการรักษามะเร็งก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า มีรายงานการศึกษาว่าร้อยละ 80 – 100 ของผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น (Ream and Richardson, 1999 : 1296) สอดคล้องกับการศึกษาของ Blesch และคณะ (1991) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัดเกิดความเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 99 โดยร้อยละ 64 ของผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก หากความเหนื่อยล้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น มิติด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยจนบางครั้งถึงกับหมดแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้ภาระการทำหน้าที่ของร่างกายลดน้อยลง (Winningham, et al., 1994: 26; Ream, et al., 2002 :301) มิติด้านจิตใจพบว่า ความเหนื่อยล้ายังรบกวนความผาสุกทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะสับสน ว้าวุ่น คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ มิติด้านจิตวิญญาณ ความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกว่าความเจ็บป่วยมีความรุนแรง รวมถึงสิ้นหวังในชีวิต ส่วนมิติด้านสังคมพบว่า ความเหนื่อยล้าทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้อื่นมากขึ้น รวมถึงความสามารถในการทำงาน และการดำรงไว้ซึ่งการจ้างงานลดลง (Ferrel, et. al., 1996: 1539 ; Smilth, 1996: 772) นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความร่วมมือกับการรักษาต่อไปได้ นั่นหมายถึงผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องหรือไม่ครบถ้วนตามแผนการรักษา ทำให้เพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำหรือเพิ่มการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง ซึ่งส่งผลต่อเนื่องถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Winningham, et al., 1994: 23)

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งด้านมาอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น (อภิสิทธิ์ กองทอง, 2544) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การดำเนินชีวิตอยู่กับโรค และการรักษาที่ได้รับเป็นเวลานานไม่ทราบ ถึงสิ่งทีตนเองจะต้องเผชิญในขณะที่เข้ารับการรักษาจึงก่อให้เกิดความกลัว

ความเครียด ความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าขึ้น ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้นจึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้า Piper และคณะ (1987) ได้อธิบายถึงการเกิด ความเหนื่อยล้าว่า เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านมเองที่เซลล์มีการแบ่งตัวมากกว่าปกติ ร่างกายจึงมีกระบวนการเผาผลาญเพิ่มขึ้น เกิดการสะสมของของเสียเช่น กรดแลคติก (Lactic acid) ไพรูเวท (Pyruvate) ไฮโดรเจนไอออน (Hydrogen ion) สารที่เป็นองค์ประกอบของโปรตีนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็ง (Tumor necrosis factor) และของเสียที่เกิดจากการทำลายเซลล์มะเร็งของเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา (Astars, 1987: 26; Piper, et al., 1987: 20; Jacob & Piper, 1996: 197) ซึ่งกรดแลคติกเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพของก้อนเนื้ออกและเซลล์มะเร็งจึงทำให้เกิดการกระจายของเซลล์มะเร็งและยังทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อโดยแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนิน (Troponin) ในขั้นตอนปฏิกิริยาแอคติน-ไมโอซิน (Actin- myosin interaction) ส่งผลให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงจึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น (Piper, et al., 1987: 20; Jacob & Piper, 1996: 1198)

ผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ เช่น เคมีบำบัดจะก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำ สารอาหาร และอิเล็กโทรลัยท์ เกิดการสูญเสียพลังงานในร่างกายมากกว่าปกติจึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น นอกจากนี้ภาวะซีดและความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลให้คุณภาพของการนอนหลับและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อในร่างกายลดลง รวมทั้งจากการที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมต่างๆหรือเคลื่อนไหวร่างกายลดลงเป็นเวลานานจะส่งผลให้การดึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงซึ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงที่จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, et al., 1987: 17-22; Berger, 1998; Pritsanapanuruungsie, 2000) นอกจากนี้ การศึกษาของ Bower และคณะ (2000) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ดีที่สุด คือความซึมเศร้า และความเจ็บปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ ดาโลปการ (2545: 5) ที่พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ คือ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม นอกจากนี้ การศึกษาของ Irvine และคณะ (1994) ยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และภาวะทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ภาวะสับสน ความซึมเศร้า และความโกรธ เป็นต้น

จากเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่พยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดควรให้ความสนใจและศึกษาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องความเหนื่อยล้าและสามารถนำความรู้เหล่านี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าได้ทันที่ ก่อนที่จะกลายเป็นความเหนื่อยล้าที่เรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงทำให้คุณภาพบริการพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นไปพร้อมๆกัน อีกทั้งช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งของตัวผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศอีกด้วย

การจัดการกับอาการเป็นหน้าที่รับผิดชอบอย่างหนึ่งของพยาบาล บทบาทในการจัดการกับความเหนื่อยล้าจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยลดอัตราการสูญหายของผู้ป่วยในการรับการรักษาแล้ว ยังอาจเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในขณะรับการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษาได้อีกด้วย (อภิวัตร กงทอง, 2544: 5) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อเกิดความเหนื่อยล้าผู้ป่วยจะใช้กลวิธีต่างๆในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าตามความเชื่อดั้งเดิมหรือนำการรับรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตมาใช้หรือจัดการกับอาการตามการบอกเล่าของผู้อื่น และพบว่าวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้จัดการส่วนใหญ่ คือ การนอนหลับพักผ่อนและการรับหลับ โดยพบมากถึงร้อยละ 70.0 - 83.6 (Graydon, et al., 1995: 23; Richardson & Ream, 1997: 39; Pritsanapanurungsie, 2000) และยังมีวิธีอื่นอีกได้แก่ การออกกำลังกายโดยการเดิน การสร้างความผ่อนคลาย เป็นต้น จากการศึกษาของ Berger & Higginbotham (2000) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จะลดการมีกิจกรรมต่างๆ ลงจากเดิมถึงร้อยละ 65-80 อย่างไรก็ตามการลดกิจกรรมสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้เพียงบางส่วน Richardson & Ream (1997) พบว่า กิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยเลือกใช้ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ทั้งหมด กล่าวคือ ร้อยละ 53.7 สามารถบรรเทาอาการได้เพียงบางส่วน และร้อยละ 9.4 ไม่สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เลย

สำหรับบทบาทของพยาบาล ในการพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสนับสนุนและให้ความรู้ การแนะนำการออกกำลังกาย การสร้างความผ่อนคลาย การให้ความรู้และคำปรึกษา และการใช้กลุ่มช่วยเหลือ (Graydon, et al., 1995; Mock, et al., 1997; Stone, Richard & Hardy, 1998) รวมทั้งการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547) เป็นต้น ถึงแม้จะพบว่าวิธีจัดการกับความเหนื่อยล้าที่ผ่านมาในอดีตเป็นการกระทำที่มีคุณค่า แต่วิธีการดังกล่าวสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้เพียงบางส่วน เนื่องจากการนำวิธีใดวิธีหนึ่งมาใช้เพียงวิธีเดียว (Richardson & Ream, 1997) และ อาจเป็นการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยเป็นการประเมินอาการจากการรับรู้ของบุคลากรในทีมสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งอาจไม่ตรงกับกรรับรู้ความเหนื่อยล้าจากตัวผู้ป่วย

เอง (Fagerhaugh & Strauss, 1997 cited in Dodd, et al., 2001: 672) ดังนั้นกลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้าอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพราะหากวิธีการต่างๆที่นำมาใช้ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามความเชื่อดั้งเดิมหรือจากคำแนะนำของผู้อื่น ซึ่งอาจทำให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสม (สุรีพร ธนศิลป์, 2545: 3) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ รูปแบบการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูก ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยเอดส์ (อภันตรี กองทอง, 2544; Panada Intralawan, 2001; Ounprasertpong and Holzemer, 2002) แต่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้น มีลักษณะของความเหนื่อยล้า ความรุนแรง และมีสาเหตุของการเกิดความเหนื่อยล้าแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ แม้ว่าการศึกษาของสายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) จะแสดงถึงประสิทธิภาพของการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แต่การจัดการกับอาการดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้กระทำให้ผู้ป่วย ดังนั้นจึงน่าจะศึกษา กลยุทธ์อื่นๆ มาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลจัดการกับอาการของตนเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการบริหารกาย-จิตแบบซิงก มาเป็นกลยุทธ์ร่วมกับการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ในปัจจุบัน การบริหารกาย-จิตแบบซิงกได้มีการแพร่ขยายจากประเทศจีน ไปถึงประเทศต่างๆ ในอเมริกาและ ยุโรป ในประเทศไทยก็มีผู้นิยมฝึกฝนซิงกเพื่อสุขภาพซึ่งเห็นได้บ่อยตามสวนสาธารณะต่างๆ การบริหารแบบซิงก คือ การฝึกฝนเพื่อเพิ่มพูนพลังชีวิตในร่างกาย ปรัชญาทางการแพทย์จีนกล่าวถึงความสำคัญของสมดุลและการไหลเวียน ว่าเปรียบเสมือนกับน้ำที่ต้องหมุนเวียนผลัดเปลี่ยน เส้นของพลังงานในร่างกายที่มองไม่เห็นจะชักนำชีไปหล่อเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย โดยชี (พลังภายใน) จะไปตามกระแสโลหิต การอุดตันของเส้นพลังงานภายในอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดและโรคภัยต่างๆ ซึ่งรักษาได้ด้วยซิงก มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลการฝึกฝนตนเอง คือ ผลของจิตใจ พบว่าจิตใจที่สงบสบายยอมทำให้ร่างกายสมดุล เจ็บไข้ได้ยาก ที่ป่วยก็หายง่าย สมานที่เกิกระหว่างการฝึก จะทำให้สมองปลอดโปร่ง ลดการทำงานของหัวใจ ความดันเลือดลดลง เนื่องจากการขยายของหลอดเลือดฝอยยอมผ่านระบบประสาทอัตโนมัติ ภูมิคุ้มกันที่ทำงานสมดุล การฝึกตนเองจะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดขาวในรายที่เม็ดเลือดขาวน้อยเกินไป การออกกำลังกายที่ทำพร้อมกันของร่างกายและจิตใจ ทำให้กระดูกกล้ามเนื้อแข็งแรง (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547)

การบริหารกาย-จิตแบบซิงกเป็นการผสมผสานระหว่างการออกกำลังกาย สมาน และการผ่อนคลาย (Guo,1995: 39; Eisenberg,1985 cited in Tang,1994: 235) โดยให้มีสมาธิตาม

การเคลื่อนไหวของร่างกายสัมพันธ์กับลมหายใจเข้าออก และให้หลักทั้งสามอย่างดำเนินไปพร้อมกัน ผู้ที่ฝึกปฏิบัติซึ่งกึ่งเป็นประจำมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การหายใจช้าลง ความต้องการออกซิเจนและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง (Guo, 1995: 40 ; Tang, 1994: 237) การบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการออกกำลังกาย และขจัดความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เพราะ ในขณะที่ฝึกปฏิบัติซึ่งกึ่งจะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟิน (Endorphin) ออกมามากขึ้น ซึ่งสารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของนิวโรเปปไทด์ (neuropeptide) มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินที่มีอยู่ในร่างกาย สารเอนโดรฟินมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) หลังทั่วร่างกายส่งผลกระทบต่อ Operate receptor ลดความเจ็บปวดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว (Ryu, Jun & Lee, 1996: 193-198) ลดอาการซึมเศร้าและยังช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับได้ดีขึ้น (Tang, et al., 1989a, 1989c, 1990 cited in Tang, 1994: 238) ผู้ที่ฝึกปฏิบัติซึ่งกึ่งจะมีผลทำให้ร่างกายเกิดกระบวนการทางเคมีปรับเซลล์ทั่วร่างกายให้เข้าสู่สมดุลใหม่ (บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, 2539: 75) มีผลทำให้ระบบซิมพาเทติกมีความไวลดลงแต่ไปเพิ่มความไวในการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก สำหรับกล้ามเนื้อจะมีการคลายตัวลง ทดสอบไฟฟ้ากล้ามเนื้อที่พบระยะพักตัวของกล้ามเนื้อนานขึ้น ดังนั้นเมื่อสามารถลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อลงได้ก็จะทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลงได้เช่นกัน การบริหารกาย-แบบซึ่งกึ่งยังส่งผลให้ต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เช่น การศึกษาของอมรรัตน์ ภิราษร (2541) พบว่า ซึ่งกึ่งสามารถลดความดันโลหิตและความเครียดจากข้อมูลสนับสนุนและงานวิจัยที่ได้ศึกษาพบว่า ซึ่งกึ่งเป็นเทคนิคการออกกำลังกายและคลายเครียดอย่างหนึ่ง อีกทั้งยังเป็นสิ่งที่คนทั่วไปสามารถฝึกได้ด้วยตนเอง เป็นการบริหารกายที่ไม่ต้องสูญเสียเงินทองมากมาย ใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติไม่นานและทำได้ในทุกโอกาส ผู้ปฏิบัติจะรู้สึกสนุกสนานและยังเป็นการส่งเสริมจิตใจอันดีงามให้เกิดในตัวผู้ฝึกอีกด้วย แม้ว่าในประเทศไทยมีผู้สนใจฝึกปฏิบัติซึ่งกึ่งจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลการปฏิบัติซึ่งกึ่งต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่บูรณาการจาก แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการบริหารกาย- จิตแบบซึ่งกึ่ง เพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โปรแกรมนี้สะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ซึ่งจัดเป็นแนวทางหนึ่งในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังที่ได้รับเคมีบำบัด หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร
2. ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต แบบซิงเกิ้ลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต แบบซิงเกิ้ลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาถึงสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งความเหนื่อยล้ามีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่บรรเทาได้ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอและมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเผชิญกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง การจัดการกับอาการเป็นการฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมโดยคำนึงถึงความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ให้การฝึกสอน การปฏิบัติใหม่ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน ชี้แนะ การเสริมแรง ให้ความมั่นใจ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ทำให้เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์จริง ผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตซิงเกิ้ล เพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับ

เคมีบำบัด โดยใช้กรอบแนวคิด การจัดการกับอาการของ Dodd, et al. (2001) ที่อธิบายความสัมพันธ์ของแนวคิด 3 ประการ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) 3) ผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกง

การบริหารกาย-จิตแบบชีกงนั้นเป็นการบริหารร่างกายแบบแอโรบิค ร่วมกับการหายใจที่ถูกต้อง และการฝึกจิตเพื่อให้เกิดสมาธิและการผ่อนคลายพร้อมๆกัน นอกจากการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเฉพาะร่างกายส่วนบนทำให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เป็นบริเวณที่มีความสำคัญของการหายใจ รวมทั้งทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ดีกว่าปกติ ลดการสะสมของกรดแลคติก ทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อน้อยลงซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าแล้วนั้น ในส่วนของการฝึกหายใจลึกจนถึงช่องท้อง การหายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ โดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลมเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมองทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมายังอวัยวะในช่องท้องโดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกระบังลม การกระตุ้นเส้นประสาทวากัสนั้น จะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง แล้วทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆของร่างกายซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆ

นอกจากนั้นแล้วการบริหารกาย-จิตแบบชีกง ยังเน้นการฝึกจิตให้เกิดสมาธิและสงบไปพร้อมๆกับการเคลื่อนไหวและการหายใจ ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย ลักษณะเช่นนี้ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่นชัดขึ้นและมีผลให้เกิดการขยายของหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลง รวมทั้งทำให้อัตราการหายใจช้าลง การหายใจที่ลึกและช้าลงมีผลให้ การแลกเปลี่ยนก๊าซ ได้ดีมากขึ้น เป็นต้น รวมทั้งทำให้จิตใจเข้มแข็งขึ้น (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545) จากการที่จิตใจเข้มแข็งขึ้นย่อมส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นเนื่องจาก แนวคิดที่ว่ากายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยของร่างกายย่อมมีผลต่อจิตใจ ในทำนองเดียวกันเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตก็ย่อมมีผลกระทบต่อกายด้วยเช่นกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงประสบการณ์ความความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง ประเมินความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่

ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตแบบซิงกเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

2. การให้ความรู้ ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดด้วยวิธีสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ซักถาม รวมถึงให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้กลับไปอ่าน ทบทวนและปฏิบัติต่อบ้าน ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยได้พิจารณาได้ตรงต่อว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด มิได้เป็นภาวะของโรคที่เลวลงหรือการรักษาที่ไม่ได้ผล (Evan, 1999; Ream & Richardson, 1999)

3. การพัฒนาทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ผู้วิจัยซักถามถึงผลที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก คือฝึกการมีสมาธิโดยการมีใจจดจ่อตามการเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับลมหายใจ โดยขณะปฏิบัติให้ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง (Roundness) ความนุ่มนวล (Softness) และหลักการยืดขยายออก (Extensiveness) ประกอบด้วย 4 กระบวนท่า คือ ปรับลมปราณ ยืดอกขยายทรวง อินทรีทะยานฟ้า และลมปราณชานกายา โดยแนะนำให้ฝึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

4. การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาใด และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกับประเมินการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ผลอย่างไรและสม่ำเสมอหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลองทันที กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก จะมีความเหนื่อยล้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก จะมีความเหนื่อยล้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (two group pre -post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ระหว่างวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2549 ถึงวันที่ 8 เมษายน 2549 จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 รายแล้ว จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าเมื่อได้รับเคมีบำบัด และการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำจากพยาบาลตามปกติเป็นรายบุคคลจากพยาบาลประจำการ ใช้เวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโปรแกรมานาน 4 สัปดาห์

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล
ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเหนื่อยล้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับเคมีบำบัดว่า รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังจนถึงหมดแรง ซึ่งสามารถประเมินได้ใน 4 ด้าน (Piper, et al., 1998: 684) คือ

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าและผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงานและการร่วมในกิจกรรมทางสังคมว่ามีผลกระทบในระดับใด

2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อลักษณะของความเหนื่อยล้าที่ตนประสบอยู่นั้นว่าเป็นอย่างไร เป็นเรื่องปกติหรือผิดปกติ เป็นคุณประโยชน์หรือเป็นโทษ เป็นสิ่งที่น่าพอใจหรือไม่พอใจ

3. ด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อตนเองว่ามีความแข็งแรง มีพลังกำลัง มีความสดชื่น มีชีวิตชีวาในระดับใด

4. ด้านสติปัญญาและอารมณ์ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถที่จะจดจำสิ่งต่างๆ หรือ มีความสามารถที่จะมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ความเหนื่อยล้าในการวิจัยนี้ ประเมินได้จาก แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ (1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดาโลปการ (2545)

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ของเทอดศักดิ์ เดชคง โปรแกรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงประสบการณ์การมีความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง ประเมินความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

2. การให้ความรู้ ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดด้วยวิธีสอนเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย เปิดโอกาสให้ซักถาม รวมถึงให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อบ้าน

3. การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ผู้วิจัยซักถามถึงผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินสัญญาณชีพและแบบสอบถามความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยแนะนำผู้ป่วยฝึกการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง คือการให้ผู้ป่วยฝึกการมีสมาธิตามการเคลื่อนไหวของร่างกายสัมพันธ์กับลมหายใจ โดยขณะปฏิบัติให้ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง ความนุ่มนวล และ หลักการยืดขยายออก ประกอบด้วย 4 กระบวนท่า คือ ปรับลมปราณ ยืดอกขยายทรวง อินทรีทะยานฟ้า และลมปราณชานกายา โดยแนะนำให้ฝึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีใช้ระยะเวลา ทั้งหมด 4 สัปดาห์รวม 12 ครั้ง

4. การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาใด

และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกับประเมินการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ผลอย่างไรและสม่ำเสมอหรือไม่

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยคือ ครั้งที่ 1 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน แผนก ศัลยกรรมและตกลยนิยยอมเข้าร่วมการวิจัย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยใช้เวลา 15 นาที ครั้งที่ 2 พบผู้ป่วยในวันที่ 2 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 ก่อนให้โปรแกรม ต่อจากนั้น ผู้วิจัยประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยและให้ความรู้เพิ่มเติมรวมถึงตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย เริ่มฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกโดยมีสื่อการสอนที่ใช้คือ แผนการสอน คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก และวิดีโอวีดิทัศน์ การฝึกซิงกอย่างง่าย 4 ท่า ของนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง ใช้เวลา 30 นาที ครั้งที่ 3 วันที่ผู้ป่วย จะออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งประกอบ ด้วยท่า บริหาร 4 ท่า และได้รับคู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกใน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ร่วมกับวิดีโอวีดิทัศน์การฝึกซิงกอย่างง่าย 4 ท่า ของนายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ที่ผู้วิจัยขออนุญาตเผยแพร่ ซึ่งผู้ป่วยสามารถกลับไปทบทวน ต่อที่บ้านใช้เวลา 30 นาที ครั้งที่ 4 เป็นการเสริมแรงให้กำลังใจ และสอบถามปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วย ยังไม่เข้าใจหรือสงสัย ทางโทรศัพท์ ใช้เวลา 10 นาที ครั้งที่ 5 ในวันที่มารับการตรวจหลังผ่าตัด ผู้วิจัยสอบถามปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติ และตรวจดูแบบบันทึกความสม่ำเสมอ ในการฝึกใช้เวลา 30 นาที ครั้งที่ 6 คือวันมารับเคมีบำบัด ผู้วิจัยจะประเมินความเหนื่อยล้าหลัง สิ้นสุดการทดลองทันที โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดิมกับก่อนการทดลอง ใช้เวลา 10 นาทีและ ครั้งที่ 7คือวันมารับเคมีบำบัด ผู้วิจัยจะประเมินความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดิม ใช้เวลา 10 นาที

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง คำแนะนำต่างๆที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ได้รับจากพยาบาลประจำการเป็นรายบุคคล ในขณะที่มารับยาเคมีบำบัด ซึ่งได้แก่คำแนะนำเรื่อง โรค อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด โดย ไม่มีการสอน สาธิตที่เน้นการปฏิบัติให้กับผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง เต้านมในระยะที่ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆในร่างกาย และได้รับการ ผ่าตัดแบบ Radical Mastectomy หรือ Modified Radical Mastectomy และได้รับการรักษา เพิ่มเติมภายหลังด้วยเคมีบำบัดครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศาสตร์ทางการแพทย์บาล ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการให้บริการ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ในการค้นหารูปแบบการพยาบาลแบบอื่นๆ ที่จะนำมาใช้ให้เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ ขยายผลไปยังผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป
3. เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด นำไปสู่การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆที่เกิดขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ไว้ในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา
2. แนวคิดของความเหนื่อยล้า
 - 2.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า
 - 2.2 อาการและอาการแสดงของความเหนื่อยล้า
 - 2.3 การจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้า
 - 2.4 กรอบแนวคิดของความเหนื่อยล้า
 - 2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์
 - 2.6 การประเมินความเหนื่อยล้า
 - 2.7 ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 - 2.8 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
4. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model)
5. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์
6. แนวคิดการฝึกบริหารแบบซิงก์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเกือบทุกประเทศ โดยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทยจะไม่มากเท่าประเทศทางซีกโลกตะวันตก แต่พบว่ามีอัตราการเกิดค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นทุกปี (ศุภกร โรจนนินทร์, อดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์และกฤษ โภธิสุวรรณ, 2544: 644 ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 282) โดยสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่ามีประชาชนป่วยเป็นมะเร็งเต้านมสูงถึงร้อยละ 32.1 (Nation Cancer Institute, 2000: 5-6) และพบว่าสูงเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศหญิงทั้งหมดโดยมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 31.9 (Nation Cancer Institute, 2000: 28)

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม หมายถึง การที่เนื้อเยื่อของเต้านมบางส่วนที่มีการเจริญเติบโตและมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้และเนื้อเยื่อที่ผิดปกติเหล่านั้นสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น ต่อมมน้ำเหลือง กระดูก ตับ ปอด สมอง หรืออวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกายได้

1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่ามีสาเหตุมาจากสิ่งใดจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับฮอร์โมน พันธุกรรมและสภาวะแวดล้อม ระบบภูมิคุ้มของร่างกาย สิ่งแวดล้อม รวมทั้งพิษของสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) พบมะเร็งเต้านมได้ในผู้ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป และพบอุบัติการณ์มากที่สุดในผู้ที่มีอายุ 40-50 ปีแต่ในประเทศแถบเอเชียมีรายงานผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปีได้เช่นกัน (เพิงใจ ดาโลปการ, 2545: 20) พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะกลุ่มครอบครัวที่มีประวัติญาติพี่น้องเป็นมะเร็งเต้านมจะมีโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งมากกว่า 2-3 เท่า รวมทั้งผู้ที่มีประวัติการมีประจำเดือนเร็วคือมีประจำเดือนก่อนอายุ 12 ปี (Early age menarche) และผู้ที่มีหมดประจำเดือนช้าคือ ประจำเดือนหมดภายหลังอายุ 55 ปี (Late age of menopause) การไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป หรือเคยแท้งบุตรบ่อยๆ บุคคลเหล่านี้จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้มากกว่าคนปกติ รวมทั้งในรายที่เคยเป็นมะเร็งในที่อื่นๆมาแล้วจะมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าปกติถึง 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยเสี่ยงจากองค์ประกอบอื่นๆได้อีก อาทิ เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์หรือภาวะเครียดทางจิต เป็นต้น

(นิวัฒน์ จันทรสกุล, 2532: 755-757; ชวลิต ไพโรจน์กุล, 2533-277; สิโรจน์ กาญจนปัญญาพล, 2535: 257; ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 282; นรินทร์ วรวุฒิ, 2541: 47; ศุภกร โรจนนรินทร์และคณะ, 2544: 645; Denton, 1996 :2-4)

1.3 อาการและการแสดงของมะเร็งเต้านม

อาการที่สำคัญและพบมากที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคือ ผู้ป่วยมักคลำพบก้อนที่เต้านมหรือพบก้อนที่รักแร้โดยบังเอิญของลงมาคืออาการเจ็บที่เต้านม โดยมีลักษณะเจ็บแบบเสียดแทงเฉพาะที่ไม่ร้าวไปที่ใด เต้านมมีขนาดโตขึ้นกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการดึงรั้งของหัวนม หัวนมมีแผลหรือมีเลือดออกจากหัวนมหรือหัวนมบอดบางรายมีก้อนหรือมีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือที่คอเป็นต้น (ลักษณะ โภชนกุล, 2532: 671; ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 284; นรินทร์ วรวุฒิ, 2541: 47; ศุภกร โรจนนรินทร์และคณะ, 2544: 646)

1.4 การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพในลักษณะแพร่กระจายมากกว่าโรคที่จะจำกัดอยู่เฉพาะที่ ทำให้มะเร็งสามารถลุกลามผ่านผนังของหลอดเลือดแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ได้ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงต้องใช้วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ปัจจุบันจึงมีการพัฒนาวิธีการรักษาที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น สำหรับการรักษาที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันมี 4 วิธีคือ การผ่าตัด รังสีรักษา ฮอริโมนบำบัดและเคมีบำบัด (ศุภกร โรจนนรินทร์และคณะ, 2544: 654) มีรายละเอียดคือ

1.4.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) เป็นการรักษาเฉพาะที่ เป็นการรักษาหลักที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก (Stage 1-2) เป็นการรักษาที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่น เป็นการรักษาเฉพาะที่ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้ (ธนิต วัชรพุกก์, 2546: 291; ศุภกร โรจนนรินทร์และคณะ, 2544: 654)

1.4.1.1 Modified Radical Mastectomy (MRM) หรือการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดชนิดดัดแปลง เป็นการตัดเต้านมพร้อมกล้ามเนื้อ Pectoralis minor ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออกทั้งหมด การผ่าตัดวิธีนี้เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุดเพราะเป็นวิธีที่ได้ผลมากที่สุด เนื่องจากอุบัติการณ์ของการกลับเป็นซ้ำ (Local recurrence) ต่ำกว่าวิธีอื่นที่ไม่ตัดเต้านมและยังทำให้รูปร่างของหน้าอกไม่เสียหายมาก สามารถทำศัลยกรรมตกแต่งใหม่ได้ภายหลัง (สิโรจน์ กาญจนปัญญาพล, 2535: 265; West and Brown, 1996: 57)

1.4.1.2 Radical Mastectomy (RM) หรือการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด รวมทั้งกล้ามเนื้อPectoralis major และ minor ร่วมกับการ เลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกด้วย นิยมทำในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ หรือ มีการลุกลามไปยัง Pectoralis major (สิโรจน์ กาญจนปัญญาพล, 2535: 265; West and Brown, 1996: 67)

1.4.1.3 Simple Mastectomy หรือการผ่าตัดเต้านมออกเพียงอย่างเดียว แต่วิธีนี้ไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากไม่ได้เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองออก (West and Brown, 1996: 67)

1.4.1.4 Breast Conservative หรือการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม เป็นการผ่าตัดที่สามารถเก็บรักษาเต้านมให้เหลืออยู่ได้ โดยจะทำการผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งและเลาะเอาเนื้อเต้านมที่อยู่ข้างๆออก ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออก นิยมทำในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กและเต้านมมีขนาดใหญ่พอประมาณ ร่วมกับเมื่อตรวจร่างกายแล้วไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โตและไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง แต่ภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะต้องตามด้วยการให้รังสีรักษาที่เต้านมทุกรายเหมือนในรายที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Simple Mastectomy เพื่อเป็นการทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่

1.4.2 รังสีรักษา (Radiation) เป็นการรักษาเฉพาะที่เหมือนกับการผ่าตัด แต่การรักษาด้วยวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งและหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งรวมทั้งเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจมีหลงเหลืออยู่ภายหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเก็บรักษาเต้านมไว้จะต้องได้รับการฉายรังสีทุกรายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า รังสีสามารถลดอัตราการเกิดมะเร็งซ้ำเฉพาะที่ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้ แต่ไม่สามารถทำให้อัตราการหายขาดของโรคสูงขึ้น (ฉนิต วัชรพุกก์, 2546: 291; ศุภกร โจรนินทร์และคณะ, 2544: 655)

1.4.3 การรักษาด้วยฮอร์โมน (Hormone treatment หรือ Endocrine therapies) ในอดีตการรักษาด้วยวิธีนี้จำกัดอยู่ในรายที่เป็นมากแล้ว และมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการ (Palliative aim) แต่ในปัจจุบันแพทย์สามารถประเมินการตอบสนองของเซลล์มะเร็งต่อฮอร์โมนได้ ทำให้การรักษาด้วยฮอร์โมนกว้างขวางขึ้นคือ ใช้ได้ทั้งการรักษาในระยะลุกลามและใช้ฮอร์โมนในระยะเริ่มต้นร่วมกับการรักษาอื่นๆ แต่ข้อเสียของการใช้ฮอร์โมนบำบัด คือ ใช้เวลาในการรักษา มากกว่า 6 สัปดาห์ขึ้นไปจึงจะบอกผลการรักษาได้

1.4.4 การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีลักษณะการแพร่กระจายไปทั่วระบบ ดังนั้นการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะที่จึงไม่สามารถทำลายเซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายไปแล้วได้หมด จึงมีการนำเคมีบำบัดมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด เป็นการรักษาแบบทั่วระบบโดยหวังให้เคมีบำบัดไปทำลายเซลล์มะเร็ง

ที่หลบซ่อนอยู่ในอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยมีข้อบ่งชี้คือ จะให้ในรายที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ซึ่งการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1.4.4.1 ในรูปแบบของการรักษาเสริม (Adjuvant Treatment) เป็นการให้เคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดหรือการฉายแสงซึ่งสามารถจะลดอุบัติการณ์กลับเป็นซ้ำได้ การรักษาดังวิธีนี้จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะปลอดโรคมากและนานขึ้น

1.4.4.2 การให้เคมีบำบัดในระยะเวลาที่มีการแพร่กระจาย (Advanced breast cancer treatment) มักใช้รักษาเพื่อบรรเทาอาการ โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้ามีอัตราเสี่ยงต่ำ คืออายุมากกว่า 65 ปี อยู่ในวัยหมดประจำเดือน hormone receptor positive การรักษาดด้วยฮอร์โมนบำบัดจะได้ผลดี แต่กรณีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ อายุน้อยกว่า 50 ปี อยู่ในวัยก่อนหมดประจำเดือน hormone receptor negative จึงพิจารณาให้เคมีบำบัด และเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาได้แก่ CMF, CAF, CEF, MMM (Mitomycin-C, Mitoxantrone, Methothrexate), MV (Mitomycin-C และ Vinbrastine) เป็นต้น

1.4.4.3 การให้เคมีบำบัดก่อนทำการผ่าตัด (Pre-operative treatment หรือ Neoadjuvant treatment) เป็นการรักษาให้เคมีบำบัดในขณะที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ ไม่สามารถผ่าตัดหรือรังสีรักษาได้จึงต้องให้เคมีบำบัดเพื่อลดขนาดก้อนและควบคุมการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งก่อนแล้วจึงรักษาด้วยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาต่อไป (Cortton,1996: 99)

สรุปวิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุด คือการรักษาแบบผสมผสานกันระหว่างการผ่าตัด การฉายรังสี ฮอร์โมนบำบัดและเคมีบำบัดและพบว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคและลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ เคมีบำบัดจึงถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายแต่ก็มีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยอย่างมากเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเหนื่อยล้าที่พบได้ถึงร้อยละ 99 ก่อให้เกิดปัญหา และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมได้มากที่สุด

2. แนวคิดของความเหนื่อยล้า (Fatigue)

ความเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นบุคคลในวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยก็ตาม (Piper,1986) เนื่องจากความเหนื่อยล้าเป็นอาการป้องกันตัวอย่างหนึ่ง เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย โดยความเหนื่อยล้าเป็นเครื่องเตือนภัยให้บุคคลลดความต้องการในการทำงานน้อยลง ตลอดจนหลีกเลี่ยงต่อภาวะเครียดที่มีผลกระทบต่อร่างกาย (Hart and Milde,1990: 270) แต่ถ้าหากไม่มีความเหนื่อยล้าเป็นเครื่องเตือนภัย จะเกิดการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย (Pickard-Holley, 1991

; 15) โดยบุคคลเมื่อมีความเหนื่อยล้าจะส่งผลให้ร่างกายเกิดความต้องการพักผ่อน ไม่อยากมีกิจกรรม เพื่อให้ร่างกายมีโอกาสฟื้นฟูสภาพ แต่ถ้าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นบ่อยๆและคงอยู่นานจะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและกระทบถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Aistrs, 1987; Piper, 1993)

2.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า (Definition of Fatigue)

ความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ (Multidimensional phenomenon) เกิดได้จากหลายสาเหตุและหลายปัจจัยร่วมกัน (วันชัย วนะชีวนาวิน, 2537: 23; Evans & Wickstrom, 1999: 363; Ream & Richardson, 1999: 1295) ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านร่างกายหรือจิตใจโดยการแสดงออกของความเหนื่อยล้ามีหลายด้านทั้งในด้านที่เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล (Subjective) ซึ่งได้แก่ จากประสบการณ์ (Experience) หรือจากการรับรู้ (Perception) ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนเองและการแสดงออกถึงความเหนื่อยล้าจากอาการที่ตรวจพบ (Objective) ซึ่งได้แก่อาการที่แสดง ทางกายภาพ (Physiological) ชีวเคมี (Biological) และจากพฤติกรรมการแสดงออก (Behavioral) โดยบุคคลจะให้ความหมายของความเหนื่อยล้าอย่างไรขึ้นอยู่กับ การรับรู้ และประสบการณ์ของตนที่ได้ประสบมา (Piper, et al.,1987; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545: 26)

ความเหนื่อยล้าในความหมายของสาขาวิชาการพยาบาล

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

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของการรับรู้ว่ามีอาการที่ทำให้เกิดความไม่สบายเกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั่วร่างกายโดยเริ่มจากความเหน็ดเหนื่อยจนถึงรู้สึกหมดแรงแรงโดยไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะการณต่างๆของร่างกายและจะส่งผลรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรตามปกติของบุคคล (Ream & Richardson, 2002: 301)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นคือรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย อิดโรย เหนื่อย ขาดพลังงานจนอาจถึงหมดแรงแรง ซึ่งเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ โดยความรู้สึกเหนื่อยที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากจังหวะชีวภาพ (Circadian rhythm) ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามความรุนแรงและระยะเวลาของความรู้สึกไม่สบายของบุคคลนั้น (Piper, et al.,1987: 19)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะคือบุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตนเองและจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ โดยการรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า นั้น โดยการประเมินความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ได้ด้วยตนเองของผู้ป่วยจะประเมินได้ 4 มิติคือ 1) มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ซึ่งประกอบได้ด้วยผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าคือการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทั้งต่อร่างกายและจิตใจ 3) ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้าที่มีต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ และการประเมินความเหนื่อยล้าจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตเห็นจะประเมินได้จาก ทางกายภาพ ชีวเคมี และ พฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วย (Piper, et al.,1998: 678)

จากความหมายของความเหนื่อยล้าที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จึงพอที่จะสรุปได้ว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ซึ่งอาจเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดพร้อมๆกับทุกส่วน และอาจมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสติปัญญาร่วมด้วยก็ได้ แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกความหมายของความเหนื่อยล้าตามแนวคิดของ Piper และคณะ(1987,1988) มาใช้เป็นความหมายของความเหนื่อยล้าสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

2.2 อาการและการแสดงออกของความเหนื่อยล้า

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม

เมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จึงมีการนำพลังงานที่เก็บสะสมมาใช้ทำให้เกิดการอ่อนเพลีย เหนื่อยอ่อน (Tiredness) หมดพลังจนถึงหมดแรง (Exhaustion) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกง่วงซึมตลอดเวลา การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง มีพฤติกรรมซึมเศร้า ความกระตือรือร้นสนใจสิ่งต่างๆลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ชอบอยู่คนเดียว ในที่สุดจะแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีเกิดขึ้นในร่างกายคือมีกรดแลคติกและคาร์บอนไดออกไซด์เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อส่งผลให้กล้ามเนื้อมีสภาพเป็นกรดมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง (Berger, 1998: 51-62, Berger & Higginbotham, 2000; Magusson, et al., 1999: 224, Karquouch & Sinning, 1971: 236-237 cited in สุทธิดา อุทะพันธ์, 2541: 15)

2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา และอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุกข์ทรมานทางอารมณ์ (Mood distress) โดยพบว่าความเหนื่อยล้าทำให้บุคคลมีความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธ กระวนกระวายใจ และมีอารมณ์ไม่มั่นคงเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น กระสับกระส่าย ฉุนเฉียว โมโหง่าย ความอดทนลดลง ความเหนื่อยล้ายังทำให้บุคคลสูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถเกี่ยวกับการตัดสินใจในการทำงานลดลง หลงลืม ไม่มีสมาธิ การรับรู้และความจำสั้น คิดอะไรไม่ออก เกิดความสับสนซึ่งมีผลทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง (Piper, et al.,1987: 21; Irvine, et al.,1994; Aaronson, et al., 1999; Bower, et al.,2000; Karqouich & Sinning,1971: 236-237 cited in สุทธิดา อุทะพันธ์, 2541: 15)

2.3 การจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าพบว่า มีระบบการจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้าไว้มากมายหลายระบบ แต่สำหรับระบบการจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้าที่นิยมกันมากที่สุดทางคลินิกการพยาบาล คือ จำแนกตามระยะเวลาการเกิดอาการ เป็นความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue) และความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue)

2.3.1 ความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดในช่วงเวลาสั้นๆ อาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือนอาจเป็นชั่วโมง เป็นวัน เป็นสัปดาห์ (Jacob and Piper, 1996: 1195) เป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง (Protective response) และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อนเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการทำงานหนัก หรือออกแรงมากเกินไป เมื่อถึงระดับหนึ่งบุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้า เพื่อให้ร่างกายหยุดกิจกรรมและพักผ่อน โดยอาจเกิดเฉพาะส่วนเช่น คอ แขน ไหล่ หรือเกิดทั่วร่างกายก็ได้ ถ้าได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม เช่น การได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอจะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้

2.3.2 ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลา นาน คืออาการคงอยู่นานมากกว่า 1 เดือน (Piper, 1991: 895; Jacob and Piper, 1996: 1195) มักเกิดทั่วร่างกาย สาเหตุของความเหนื่อยล้าเรื้อรังมักเกี่ยวข้องกับหลายสาเหตุด้วยกันและไม่สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการพักผ่อน แต่ต้องใช้วิธีแก้ไขหลายๆวิธีร่วมกัน และมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังนี้ถ้าอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือนจะเรียกว่า กลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue syndrome)

2.4 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้า

เนื่องจากความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ และเกิดจากหลายสาเหตุ ทำให้สมมติฐาน หรือแนวคิดที่ปรากฏอยู่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกพยาธิสรีระภาพของความเหนื่อยล้าได้ชัดเจนเพียงพอ (Winningham, 1993: 609; Barnett, 2001: 789) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าพบว่า มีผู้เสนอแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกการเกิดความเหนื่อยล้าไว้หลายทฤษฎี ในที่นี้ผู้วิจัยขอเสนอแนวคิดเกี่ยวกับเกี่ยวกับกลไกการเกิดความเหนื่อยล้าไว้ดังต่อไปนี้ คือ

2.4.1 กรอบความคิดเกี่ยวกับการใช้พลังงานของไรเดน (Ryden's Conceptual Framework of Energy Expenditure, 1977) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่ซับซ้อนน้อยที่สุด โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่า ร่างกายของคนเป็นระยะที่เปิดรับพลังงานจากสิ่งแวดล้อมมาเพื่อดำรงชีวิต เมื่อได้รับพลังงานมากเกินไปที่ร่างกายต้องการ ร่างกายสามารถนำพลังงานที่เหลือไปทำกิจกรรมอื่นได้เช่น การปฏิบัติงาน การเข้าสังคมหรือการทำงานอดิเรก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยร่างกายต้องการพลังงานมากขึ้นเพื่อซ่อมแซมและฟื้นฟูสภาพ ทำให้มีพลังงานเหลือเพื่อไปทำกิจกรรมอื่นน้อยลง และสำหรับผู้ป่วยมะเร็งร่างกายยังต้องการพลังงานมากขึ้นเพื่อต่อสู้กับโรคและการรักษามะเร็ง อีกทั้งความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ไรเดนเชื่อว่าทำให้เกิดการสูญเสียพลังงานที่มีจำกัดอยู่แล้วลงไปอีก ทำให้พลังงานที่เก็บสะสมไว้หมดไป เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น (Ryden, 1977 cited in Ream and Richardson, 1999: 1297)

2.4.2 กรอบความคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของไอสตาร์ (Aistar's Organizing Framework, 1987) เป็นกรอบความคิดที่ให้รายละเอียดมากกว่าของไรเดน (1977) ไอสตาร์เชื่อว่าความเครียดเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความเหนื่อยล้า และปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดมีทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physiological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) โดยผลของตัวกระตุ้นความเครียดเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างไร ขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลนั้นต่อความเครียด การต่อต้านความเครียด การมีกลไกเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ระยะเวลาที่เผชิญความเครียด ซึ่งความเครียดตามความหมายของไอสตาร์ แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

- 1) ความเครียดทางด้านร่างกาย (Physical stress)
- 2) ความเครียดทางด้านจิตใจ (Mental stress)

กลไกความเครียดที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า นั้น ไอสตาร์อธิบายโดยใช้แนวคิดของเซลเยว่า บุคคลเกิดมาพร้อมกับพลังงานจำนวนจำกัดจำนวนหนึ่งเพื่อนำมาใช้สำหรับการปรับตัว ความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเมื่อพลังงานส่วนนี้ถูกนำมาใช้จนหมดไป โดยเมื่อเกิดความเครียดขึ้น การตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดจะเป็นสัญญาณซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบ

ประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ให้มีการหลั่ง stress hormone ออกมา กระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ถ้าร่างกายถูกกระตุ้นเป็นเวลานานๆจะเกิดการสูญเสียพลังงาน และทำให้พลังงานที่เก็บสะสมไว้ถูกนำมาใช้จนหมด เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น (Selye, 1974 cited in Jacod and Piper, 1996: 1199; Selye, 1976 cited in Aistars, 1987: 25)

2.4.3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของวินนิงแฮม (Winningham's psychobiological – Entropy Model, 1996) เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถอธิบายถึงความเหนื่อยล้าและความเกี่ยวข้องของความเหนื่อยล้ากับสถานะการทำงานที่ (functional status) ของบุคคลโดยอธิบายความเหนื่อยล้าว่าเป็นภาวะการขาดพลังงานซึ่งเกิดจากเงื่อนไขบางประการหรือจากภาวะการเป็นโรคเป็นอาการแสดงซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรักษาโรค อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และความไม่ตื่นตัวของคน ตามโมเดลนี้ความเหนื่อยล้ามีลักษณะเฉพาะและมีบทบาทสำคัญเนื่องจากสามารถทำให้เกิดการไร้ความสามารถในบุคคลนั้นได้แม้ว่าความเหนื่อยล้าจะเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกับท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ความเจ็บปวด แต่ความเหนื่อยล้าสามารถทำให้การทำกิจกรรมต่างๆของบุคคลลดน้อยลง และความเหนื่อยล้า ระยะที่2 (secondary fatigue) จะเกิดขึ้นจากการลดกิจกรรมทางกายดังกล่าวทำให้เกิดวงจรของการลดกิจกรรมขึ้นส่งผลให้มีการลดสถานะการทำงานที่ลงซึ่งวินนิงแฮมกล่าวว่า ก่อให้เกิดการไร้ความสามารถรวมทั้งเพิ่มอัตราการเกิดโรคได้

The Psychobiological – Entropy Model เป็นกรอบแนวคิดที่มีการจัดลำดับขั้น คือ แบ่งการจัดกับความเหนื่อยล้าออกเป็น 2 ระดับคือ 1) การปฏิบัติการณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการกับอาการแสดงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้าในระยะแรก (primary fatigue) 2) การปฏิบัติการณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้า ในระยะที่ 2 (secondary fatigue) โดยการปรับสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

2.4.4 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper, et al.'s Intergrated Fatigue Model, 1987) เป็นกรอบแนวคิดที่ถูกสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความ เหนื่อยล้าและเกิดเป็นทฤษฎีการพยาบาลเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าขึ้น กรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้า โดยมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์และรายงานวิจัยที่ผ่านมาปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย 14 ปัจจัยซึ่งครอบคลุมทั้ง ปัจจัยทางกายภาพ (physiological factors) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) และปัจจัยทางจิตสังคม (Psychological factors)(Piper, et al., 1987: 17) โดยเมื่อร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น บุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตนเอง (Subjective fatigue) และจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตได้ (Objective fatigue) การรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า นั้น แบ่งการรับรู้ความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้าน

การรับรู้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ (Piper, et al.,1987:17; Piper, et al.,1998: 33)

2.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิดทฤษฎีความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ (1987) เป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้อย่างครอบคลุมโดยกล่าวถึงปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้าไว้ถึง 14 ปัจจัยซึ่งครอบคลุมปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม (Piper, et al.,1987: 17) ได้แก่

2.5.1 แบบแผนการสะสมของเสียจากการเผาผลาญ (Accumulation of metabolics) ตามปกติกล้ามเนื้อจะมีของเสียอยู่ในปริมาณที่น้อยมาก ซึ่งหากมีการคั่งในกล้ามเนื้อจำนวนมากจะทำให้สภาพแวดล้อมของเซลล์กล้ามเนื้อเกิดการเปลี่ยนแปลง ของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าที่สำคัญได้แก่ แลคเตท ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน รวมถึงของเสียจากการทำลายเซลล์ของเคมีบำบัดและการฉายรังสี (Jacob and Piper, 1996: 1197; Piper et al., 1987: 20; Aistars, 1987: 26) สำหรับในคนปกติทั่วไปพบว่า การทำงานของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป หรือทำงานติดต่อกันนานเกินไป เช่น การออกกำลังกายหรือการออกแรงมากเกินไปจะทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้นเพื่อนำมาสร้างพลังงานรวมทั้งมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาเผาผลาญด้วย ทำให้เกิดการสะสมของกรดแลคติกเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้า และกลไกที่เป็นไปได้อีกกลไกหนึ่งคือ การเกิดความเหนื่อยล้าเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของไฮโดรเจนไอออน โดยไฮโดรเจนไอออนจะไปขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ คือไปแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนิน (Troponin) ในขั้นตอนปฏิกิริยาแอกติน-ไมโอซิน (Actin-myocin interactions) ส่งผลให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Jacob and Piper, 1996:1198) นอกจากนี้การสะสมของเสียต่างๆ (End products) ที่เกิดจากการทำลายเซลล์จากการรักษาที่ได้รับจะเป็นตัวยับยั้งและขัดขวางการทำงานหน้าที่ของเซลล์ปกติและมีผลทำให้สภาพของเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไป

2.5.2 แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (Changes in energy and energy substrate patterns) การเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่มีความสำคัญในการสร้างพลังงาน ซึ่งได้แก่ โกลโคเจน โปรตีนและไขมัน โดยพบว่าทั้งระยะเวลาและชนิดของอาหารมีอิทธิพลต่อการเกิดความเหนื่อยล้า (Piper, et al., 1987) การขาดโปรตีนจะทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง (Winningham et al., 1994) ส่วนคาร์โบไฮเดรตและไขมันซึ่งมีหน้าที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย ดังนั้นถ้าร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอร่างกายจะนำพลังงานที่สะสมไว้มาใช้โดยกล้ามเนื้อจะสลายโกลโคเจน โปรตีนและไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ในช่วงนี้

อาจพบว่ามึนน้ำหนักรลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย (Berger and William, 1992; Piper, 1989) อาจพบความไม่สมดุลของอิเล็กโตรลัย ซึ่งความไม่สมดุลของอิเล็กโตรลัย นี้ยังมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Piper, 1987) รวมทั้งการรับประทานอาหารไม่เพียงพอมีผลทำให้ความทนต่อความเครียดลดลงเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดความเหนื่อยง่ายยิ่งขึ้น (Hart, et al, 1990)

2.5.3 แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest patterns) การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการพักผ่อนมีความสำคัญต่อการเกิดความเหนื่อยง่าย (Piper, et al., 1987: 20) การพักผ่อนที่มากหรือน้อยเกินไป จะเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยง่ายมากขึ้น (Baird, 1988; Kellum, 1985) ซึ่งจะพบเมื่อบุคคลทำกิจกรรมติดต่อกันมากกว่า 48 ชั่วโมง ทำให้ร่างกายสร้างสารเคมีที่ทำให้เกิดความเครียดคือ อินโดล (Indole) กรดไลเซอจิก (Lysergic acid) ไดเอธิลลามาไมด์ แอลเอสดี-25 (Diethylamine LSD-25) ซึ่งสารเหล่านี้จะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวง การมองเห็นผิดปกติ หรือ ความต้องการการทำงานลดลง การเคลื่อนไหวและการดูแลตนเองลดลงและถ้าการพักผ่อนไม่เพียงพอติดต่อกัน 4 วันร่างกายไม่สร้างอะดีโนซีนฟอสเฟต (ATP) ซึ่งเป็นสารที่จำเป็นสำหรับการหดตัวของกล้ามเนื้อและให้พลังงานมาก ถ้าขาดสารนี้จะทำให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดเป็นความเหนื่อยง่ายได้ และสำหรับผู้ป่วยมะเร็งพบว่าส่วนมากมักมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายน้อยลง ทำให้เกิดความเหนื่อยง่าย และเข้าสู่วงจรของความอ่อนเพลีย (cycle of debilitation) คือเมื่อเกิดความเหนื่อยง่ายขึ้น และบุคคลจะยังมีการปฏิบัติกิจกรรมน้อยลงไปอีก และยังทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลงรวมทั้งเพิ่มความเหนื่อยง่ายมากขึ้น (Piper, et al., 1987: 20; Jacob and Piper, 1996: 1207; Berger and Farr, 1999: 1664) ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดความเหนื่อยง่ายจึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการรักษาสมดุลของการทำกิจกรรม รวมถึงการออกกำลังกายและการพักผ่อนให้เหมาะสม (Winningham, 1992 cited in Berger and Farr, 1999: 1664)

2.5.4 แบบแผนการนอนหลับและตื่น (Sleep / wake patterns) การนอนหลับและตื่นมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยง่าย เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอในช่วงกลางคืนจะทำให้ช่วงนอนมากขึ้นในช่วงกลางวัน และนำไปสู่ความเหนื่อยง่าย (Piper, 1993: 286) การนอนหลับที่เพียงพอจะช่วยให้ร่างกายมีการเก็บรักษาและสะสมพลังงานไว้ ขณะหลับร่างกายจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง กล้ามเนื้อทุกส่วนคลายตัว มีการใช้พลังงานน้อยลง โดยเฉพาะการนอนหลับในระยะที่ 3 ของช่วงการนอนที่มีการเคลื่อนไหวลูกตาช้าลง (Non rapid eye movement sleep; NREM) ซึ่งเป็นระยะที่หลับสนิท กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะคลายตัว อวัยวะต่างๆได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ภายหลังการทำกิจกรรมในขณะตื่น มีการใช้พลังงานน้อยลง มีการสังเคราะห์โปรตีนและเก็บสะสมพลังงานไว้ในเซลล์มากขึ้น และในระยะ

ที่ 4 จะมีการหลั่งฮอร์โมนในการเจริญเติบโต (growth hormone) ซึ่งช่วยในการสร้างพลังงานและเปลี่ยนสารอาหารให้เป็นเนื้อเยื่อ ส่วนการนอนหลับในช่วงที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement sleep; REM) ระบบซิมพาเทติกจะทำงานมากขึ้น มีการไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงสมองมากขึ้นมีการเก็บสะสมพลังงานของสมองทำให้บุคคลสดชื่นและไม่รู้สึกเหนื่อยล้าขณะตื่น (Fuller and Schaller – Ayers, 1990 อ้างถึงในกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539: 23)

2.5.5 แบบแผนสภาวะของโรค (Disease patterns) ความเหนื่อยล้าพบว่าเกิดร่วมกับโรคต่างๆได้เสมอไม่ว่า จะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น โรคติดเชื้อ โรคเอดส์ มะเร็ง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและระบบประสาท โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับ ข้ออักเสบ (Blacow, 1980) เมื่อร่างกายเกิดพยาธิสภาพอาจมีผลทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารและมีการดึงพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ในการสร้างพลังงานมากขึ้นเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับสู่ภาวะปกติ ขบวนการดังกล่าวอาจทำให้มีการสะสมของเสียมากขึ้น นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้เกิดการขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัย มีการสร้างสารหรือฮอร์โมนที่ส่งเสริมการสร้างพลังงานลดลงหรือมีการขนส่งสารอาหารและออกซิเจนเพื่อสร้างพลังงานที่เนื้อเยื่อได้ไม่ดี ภาวะดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ และพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1986)

2.5.6 แบบแผนการรักษาที่ได้รับ (Treatment patterns) การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมีผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้า ได้เช่น การได้รับเคมีบำบัด รังสีรักษา ซึ่งอาการข้างเคียงของการรักษาดังกล่าวจะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ทุกข์ทรมาน ซึ่งจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Winningham, et al, 1994) นอกจากนี้การได้รับยารักษาโรคหัวใจบางชนิด เช่น ยานอนหลับและยากลุ่ม Beta-Blocker ซึ่งเมื่อรับประทานแล้วอาจทำให้รู้สึก มึนงง ง่วงซึม อ่อนเพลีย เบื่ออาหารและเหนื่อยล้าได้เช่นกัน (Kellum, 1985)

2.5.7 แบบแผนสภาพแวดล้อม (Environment patterns) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้ เช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีเสียงหรือแสงสว่างมากเกินไป การอยู่ในอากาศร้อนจัดมีผลให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1993) ในขณะที่อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นเพียง 0.1 องศาฟาเรนไฮด์จะมีผลให้การส่งกระแสประสาทของใยประสาทถูกรบกวน ซึ่งก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา (Hubsby and Sear, 1992) และพบว่าสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ระดับเสียงที่จัดอยู่ในชั้นรบกวนผู้ป่วยคือ ระดับเสียงที่ดังกว่า 35 เดซิเบลในตอนกลางคืนและดังกว่า 45 เดซิเบลในตอนกลางวัน (Griffin, 1992 อ้างถึงใน เพียงใจ ดาโลปการ, 2545: 39)

2.5.8 แบบแผนแสดงอาการของโรค (Symptom patterns) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมักมีอาการแสดงต่างๆเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากมาย ได้แก่ ความเจ็บปวด คลื่นไส้ อาเจียน ผอมว่อง การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา ความผิดปกติของระบบขับถ่าย เป็นต้น (Piper, et al.,1987: 21; Pipe, et al.,1989 cited in Irvine, et al.,1994: 372; Piper,1991: 900) ซึ่งความรุนแรงของอาการแสดงต่างๆดังกล่าวเป็นความทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Ehlike, 1988: 343; Berger and Walker, 2001: 45; นันทาเล็กสวัสดิ์ และคณะ 2542: 39) ความทุกข์ทรมานทำให้เกิดความเครียด และความเครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Aistars ,1987 : 25) ดังนั้นการควบคุมอาการแสดงเหล่านี้จะช่วยลดหรือป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ (Piper, 1993: 286)

2.5.9 แบบแผนสภาพจิตใจ (Psychological patterns) พบว่าแบบแผนสภาพจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (Piper, et al., 1987: 21; Jacob and Piper, 1996: 1200) โดยความซึมเศร้าเป็นการกระตุ้นความเครียดทางอารมณ์ (emotional stressor) และทำให้บุคคลเกิดความเครียดเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลาานานร่างกาย จะตอบสนองต่อความเครียดโดยการกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ให้มีการหลั่ง Stress hormone ออกมากระตุ้นอวัยวะต่างๆของร่างกาย ถ้าร่างกายถูกกระตุ้นเป็นเวลานานๆ จะทำให้มีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ เมื่อพลังงานลดน้อยลงบุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้า (Aistars,1987: 25)

2.5.10 แบบแผนการใช้ออกซิเจน (Oxygen patterns) ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือรบกวนความสามารถที่จะดำรงไว้ซึ่งความเพียงพอของระดับออกซิเจนในปอดหรือในกระแสเลือด ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตามส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ เช่น ภาวะซีดที่พบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง (Piper, et al.,1987: 21) โดยภาวะซีดในผู้ป่วยมะเร็ง จะเกี่ยวข้องกับจำนวนของเม็ดเลือดแดงที่ลดน้อยลง แต่ลักษณะของเม็ดเลือดแดงเป็นปกติ สาเหตุของภาวะซีดในผู้ป่วยมะเร็งคือ ไชกระดูกสร้างเม็ดเลือดได้ไม่เพียงพอ และภาวะซีดจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดกดการทำงานของไขกระดูก (Spivak, 1994 cited in Jacob and Piper, 1996 : 1203) ทำให้ปริมาณของเม็ดเลือดแดงลดน้อยลงไปอีก และหน้าที่สำคัญของเม็ดเลือดแดงคือ การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผลของการที่เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า

2.5.11 แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (Change in energy and energy substrate patterns) การเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างพลังงาน เช่น ไกลโคเจน โปรตีนและไขมัน ทั้งชนิดและจำนวนมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของบุคคลและก่อให้เกิดเหนื่อยล้า (Piper, et al.,

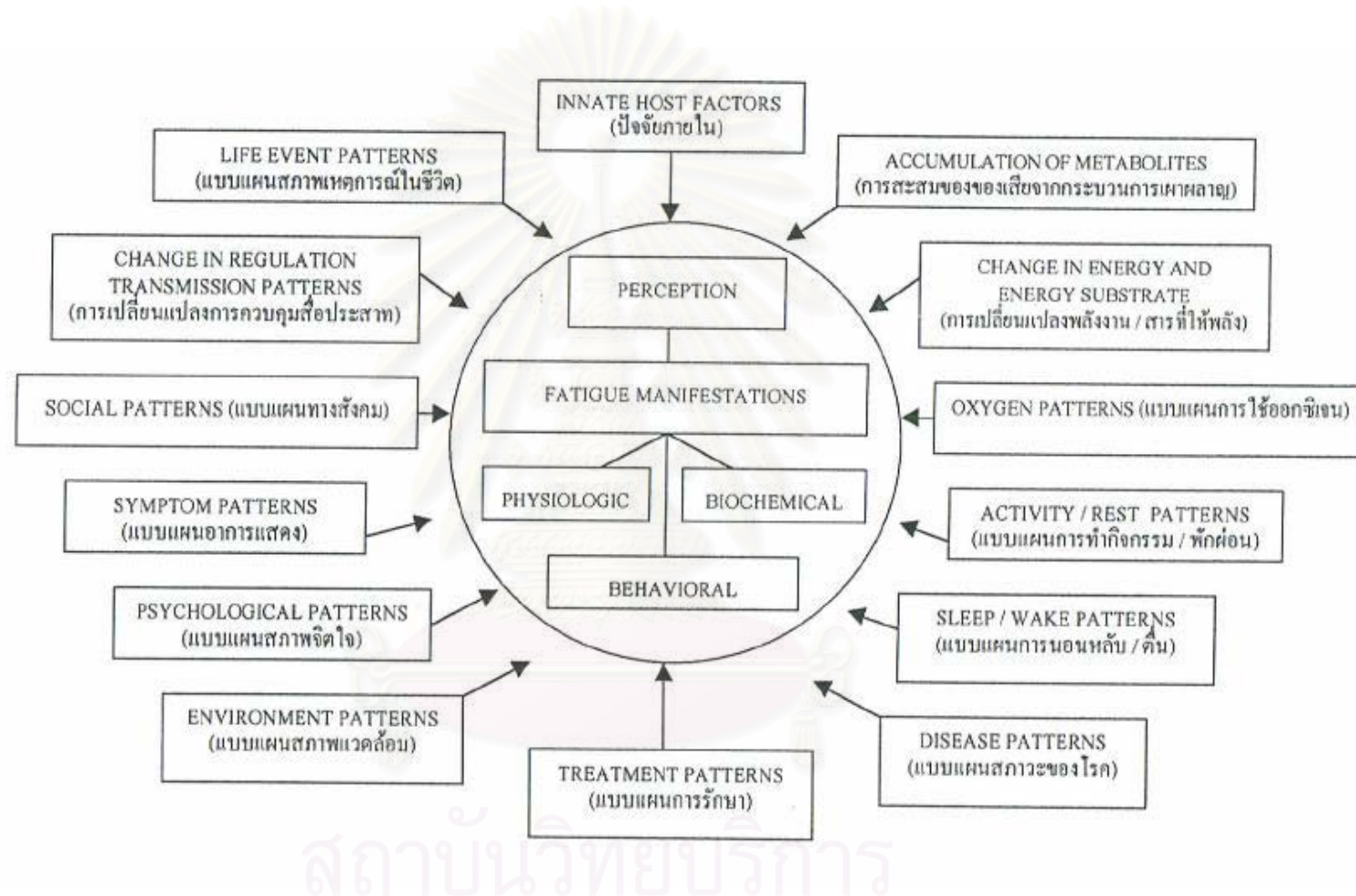
1987: 20; กัญญารัตน์ ผึ้งบรรเทาญ, 2539: 22) ในผู้ป่วยมะเร็งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนพลังงานมักเกิดจากความผิดปกติของการใช้พลังงาน ได้แก่ การแย่งสารอาหารจากร่างกายของก้อนเนื้อออก ภาวะการติดเชื้อ เป็นไข้ หรือการได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร การรับรู้รสอาหารเปลี่ยนแปลงไป อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น (Piper, et al., 1987: 20 ; Aistars,1987: 26) เมื่อร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น ประกอบกับได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายน้อยกว่าปกติ ร่างกายจะมีการนำพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ กล้ามเนื้อมีการสลายไกลโคเจน โปรตีน และไขมันนำมาใช้สร้างพลังงานทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Berger and Williams, 1992 อ้างถึงใน กัญญารัตน์ ผึ้งบรรเทาญ, 2539: 22)

2.5.12 แบบแผนทางสังคม (Social patterns) การสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแบบแผนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า (Piper, et al., 1987: 21) โดยพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยล้า ได้น้อยกว่าบุคคลที่แยกตัวเองจากสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อยหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Berger and Walker, 2001) มีรายงานการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เป็นโสดและไม่มีผู้คอยให้ความช่วยเหลือดูแลจะมีระดับความเหนื่อยล้าสูงกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว (Jamar, 1989) นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากกว่าผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก เนื่องจากผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความเครียดมากกว่าผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรเทาญ, 2539: 71) ซึ่งความเครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Aistars, 1987: 25)

2.5.13 แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิต (Life Event patterns) การเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth and development) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เต็มตัว ได้แก่ การแต่งงานมีครอบครัว การตั้งครรรค์ การหย่าร้าง มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (Piper, et al., 1987: 21; Piper, 1997: 901; Piper,1993: 286) โดยการเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิตดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทางร่างกายพบว่า การตั้งครรรค์ทำให้เพิ่มการใช้พลังงานมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนมากขึ้น อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดของมารดาอันเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของทารกในครรภ์ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้ทั้งสิ้น (Poole, 1986 cited in Piper, 1993: 285) ส่วนทางด้านจิตใจพบว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพ

เหตุการณ์ในชีวิต เช่น ทั้งการแต่งงาน การตั้งครรภ์ การหย่าร้าง ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้เช่นกัน

2.5.14 ปัจจัยภายใน (Innate host factors) พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าได้ง่าย (Barnet, 2001) เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและข้อต่อต่าง ๆ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง มีจำนวนถุงลมลดลง และการขยายตัวไม่เต็มที่ ระบบทางเดินอาหารยังย่อยและดูดซึมอาหารได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและความทนต่อกิจกรรมลดลง (Berger and Williams, 1992) เกี่ยวกับเรื่องเพศพบว่า ความเหนื่อยล้ามักเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Piper, 1993: 282) โดยเฉพาะเพศหญิงในระยะก่อนมีประจำเดือน ระหว่างมีประจำเดือน ระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด และผู้หญิงที่กำลังเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย และการสูญเสียเลือดทำให้พลังงานในร่างกายลดน้อยลง เกิดเป็นความเหนื่อยล้า (Piper, 1993: 282; Lee, et al., 1994: 150)



ภาพที่ 1 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์และคณะ

(Piper et al.'s Integrated Fatigue Model, 1987)

2.6 การประเมินความเหนื่อยล้า

ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเหนื่อยล้า ต้องทำการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย มีการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลด้านความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective data) และข้อมูลจากการตรวจและสังเกต (Objective data) รวมถึงการซักประวัติจากญาติผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งพบว่า สมาชิกในครอบครัวรับรู้ความเหนื่อยล้าได้เร็วกว่าตัวผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหนื่อยล้าไว้หลายลักษณะ โดยสร้างจากคุณลักษณะ (Characteristics) ของความเหนื่อยล้า นั้นๆ และพบว่า การสร้างเครื่องมือในการประเมินความเหนื่อยล้าจะมีลักษณะเช่นไรจะขึ้นอยู่กับแนวคิดของความเหนื่อยล้าที่ผู้ทำการศึกษาสนใจ โดยรวมแล้วแบ่งเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

2.6.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (Objective data)

เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากพฤติกรรมหรือการแสดงออกซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนจากผู้ถูกประเมิน ได้แก่ พฤติกรรมง่วงนอนตลอดเวลา มีความสนใจและมีแรงจูงใจลดลง หงุดหงิดไม่สนใจเรื่องต่างๆ ไม่อยากร่วมทำกิจกรรม ความคล่องตัวลดลง แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตได้แก่

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของโรเทิน (Roten, 1982 cited in Piper, 1989: 195) มีลักษณะเป็นมาตราวัดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 มีข้อความ 1 ข้อ ใช้ประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าโดยมีลักษณะข้อความเป็นตัวเลขให้เลือก ตอบตั้งแต่ 0 - 10 เป็นการสังเกตพฤติกรรมจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเหนื่อยล้า ใน 5 ด้าน คือ ลักษณะทั่วไป สีมัว การติดต่อสื่อสาร กิจกรรมการแสดงออก และทัศนคติ และส่วนที่ 2 จะเป็นแบบสังเกต (Observation checklist) ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดแต่ไม่ได้ทำการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือนี้ไว้

2.6.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคล (Subjective data)

เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ ของผู้ที่เกิดความเหนื่อยล้าเอง ซึ่งประเมินจากการรับรู้ ความรู้สึกหรือจากประสบการณ์ที่ได้รับมา แบบประเมินที่ได้รับความนิยม ได้แก่

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแทค (The Multidimensional Assessment of Fatigue: MAF. Tack, 1991) เป็นแบบวัดความรู้สึกและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่บุคคลประสบมาแล้ว 1 สัปดาห์ มีลักษณะประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Analog Scale for Fatigue) ประกอบด้วย 16 ข้อ คำถามโดยวัดความเหนื่อยล้าใน 5 ด้านดังนี้

ด้านความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ระดับของความเหนื่อยล้า ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยล้าและผลกระทบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากความเหนื่อยล้าและได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 133 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .93

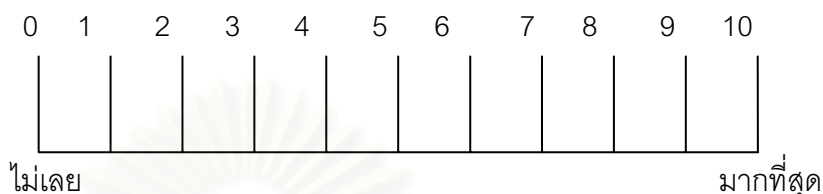
แบบการประเมินความเหนื่อยล้าของแมคเนร์และคณะ (Profile of Mood States: POMs, 1981) เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่สร้างโดยแมคเนร์และคณะ เมื่อปี 1981 (Mcnair, Lorr and Droppleman, 1981) ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้า ลักษณะข้อคำถามเป็นเรตติงสเกล 5 อันดับแต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0-5 ประเมินใน 6 ด้านคือ ความซึมเศร้า (depression) ความตึงเครียด (tension) ความโกรธ (anger) ความสับสน (confusion) ความเหนื่อยล้า (fatigue) และ ความแข็งแรง (vigor) แมคเนร์และคณะได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74-0.91 (Redeker, et al.,2000: 280)

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper (The Piper's Fatigue Scale, 1989, 1998) เป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งจากการรักษาที่ได้รับ โดยสามารถประเมินได้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรง มิติด้านสติปัญญาและอารมณ์และมิติด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า

ไปเปอร์สร้างเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าขึ้นในปี ค.ศ.1987 ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 41 ข้อและปรับปรุงเครื่องมือในปีค.ศ.1998 โดยใช้วิธี factor Analysis (Cronbach's alpha .97) ได้เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าฉบับปรับปรุง ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ใช้เพื่อประเมินรูปแบบความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในหลายทิศทาง ตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective perception) ซึ่งประเมินความเหนื่อยล้า 4 ด้านคือ

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม (ข้อที่ 1-6)
2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม (ข้อที่ 7-11)
3. ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม (ข้อที่ 12-16)
4. ด้านสติปัญญาและความนึกคิด ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม (ข้อที่ 17-22)

เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ฉบับปรับปรุง มีลักษณะการใช้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0 -10 โดยด้านซ้ายกำกับด้วยวลี “ไม่เลย” และทางด้านขวากำกับด้วยวลี “มากที่สุด” ดังภาพ



การให้คะแนนตั้งแต่ 0 - 220 คะแนน นำคะแนนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย และแปลความหมายของคะแนนโดยใช้แนวคิดของเจนเซนและกิฟเวน (Jensen & Given, 1991: 182) ในการกำหนดคะแนนความเหนื่อยล้าในแต่ละระดับ และแบ่งความเหนื่อยล้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เหนื่อยล้ามาก	คะแนนอยู่ในช่วง 7 - 10
เหนื่อยล้าปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วง 4 - 6.99
เหนื่อยล้าเล็กน้อย	คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 3.99

เพียงใจ ดาโลปการ (2545) นำแบบวัดความเหนื่อยล้าของ ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล (2544) ที่แปลและดัดแปลงจากไปเปอร์ (Piper, et al., 1998) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.97 ส่วนความเชื่อมั่นรายด้านพบว่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงเท่ากับ 0.96 ด้านการรับรู้ความหมายเท่ากับ 0.89 ด้านความรู้สึกเท่ากับ 0.84 และด้านสติปัญญา/อารมณ์เท่ากับ 0.94

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (1998) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความสามารถในการประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้และความรู้สึกต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและการให้ความหมายความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย อีกทั้งสามารถประเมินความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมาแล้ว ได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และได้ค่าความเที่ยงในระดับสูงมาก คืออยู่ระหว่าง 0.91- 0.99 (Berger, 1998; Richardson,

et al., 1998; Woo, et al., 1998; Berger and Higginbotham, 2000; Berger and Walker, ปิยวรรณ ปฤษฎานุกรงษ์และคณะ, 2544) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ ไปเปอริในการศึกษา ครั้งนี้

2.7 ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

แม้ว่าความเหนื่อยล้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะแตกต่างจากบุคคลทั่วไป ทั้งลักษณะของความเหนื่อยล้าและสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า โดยความเหนื่อยล้าในบุคคลทั่วไปมักเป็นความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue) คือจะเป็นอยู่ชั่วคราวและส่วนมากมักมีสาเหตุมาจากการออกแรงมากเกินไป สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าชนิดนี้ได้ด้วยการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ แต่สำหรับความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยครั้งนี้พบว่า มักเป็นความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue) คือจะคงอยู่ตลอดเวลาไม่หายแม้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอแล้วก็ตาม (Nail and Winningham, 1993: 609-611; Richardson, et al., 1998: 17; Barnett, 2001: 787) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า มีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้สูงถึงร้อยละ 80-100 (Ream & Richardson, 1999: 1296) ร้อยละ 60 มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง เป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก จากแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอริ (Piper, et al., 1987) จะพบว่าความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดได้หลายสาเหตุ เช่นการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคและการรักษาที่รับเป็นเวลานาน การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนด้านจิตใจ (Bower, et al., 2000: 744) โดยมีความโกรธ ความเครียด ความกลัว ความซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูงขึ้นถึงร้อยละ 70 (Ream & Richardson, 1999: 1300) ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากกว่าปกติจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าขึ้น

พยาธิสภาพของโรคเองก็เป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าได้เช่นกัน (Bower, et al., 2000: 744) เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เซลล์มีการแบ่งตัวมากกว่าปกติ ร่างกายจึงมีกระบวนการเผาผลาญเพิ่มขึ้นจึงเกิดสะสมของเสีย เช่น แลคเตท ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน สารโปรตีนจากการสลายตัวของเซลล์มะเร็ง รวมทั้งของเสียที่เกิดจากการทำลายเซลล์ของเคมีบำบัดและรังสีรักษา (Aistars, 1987: 26; Piper, et al., 1987: 20; Jacob & Piper, 1996: 1197) ซึ่งกรดแลคติกจะไปทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ในขณะที่ไฮโดรเจนไอออนจะไปขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยแย่งแคลเซียมไอออนในการ

จับกับโทรโปนิน ในขั้นตอนปฏิกิริยาแอกติน-ไมโอซิน ส่งผลให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงจึงเกิดเป็นความเหนื่อยล้า (Piper, et al., 1987: 20; Jacob & Piper, 1996: 1198)

การรักษาที่ได้รับเช่นการผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษาก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ เพราะอาจเกิดอาการข้างเคียงต่อร่างกาย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์ทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้า นอกจากนี้ยังพบว่าการรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกันยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าได้มากกว่าการรักษาเพียงวิธีเดียว Woo และคณะ (1998) ได้ศึกษาความเหนื่อยล้าจากการรักษาด้วยวิธีต่างๆในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 332 รายพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกันมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นมากที่สุด

อีกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดความเหนื่อยล้าได้ก็คือการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะลดการทำกิจกรรมต่างๆลงถึงร้อยละ 65-80 (Berger et al., 2000) และมักจะนอนพักมากขึ้น ทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงกล้ามเนื้อเกิดการอ่อนแรง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ในที่สุด (Berger, 1998; Pritsanapanurungsie, 2000; ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล, 2544; บุญมี แพ้รุ่งกุล, 2545)

2.7.1 ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจุบันเคมีบำบัดถูกนำมาใช้มากขึ้นในการรักษามะเร็งเต้านม โดยหวังผลเพื่อทำลาย micrometastasis ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มอัตราการปลอดโรค และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วย จึงพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกือบทุกรายต้องได้รับเคมีบำบัดในช่วงใดช่วงหนึ่งของการรักษา (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536 : 29) และแม้ว่าการรักษาโรคมะเร็งเต้านมได้พัฒนาไปมากรวมทั้งการพยากรณ์โรคก็ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีชีวิที่ยืนยาวขึ้น แต่ผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการรักษา โดยเฉพาะจากการได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงความเหนื่อยล้าซึ่งถือเป็น อาการแสดงที่เกิดขึ้นมากที่สุดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด (Nail and Winningham, 1993 : 61; Winningham, et al., 1994: 27) เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีรายงานการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเกิดความเหนื่อยล้าได้ถึงร้อยละ 99 (Bower, et al., 2000: 743) และความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมักมีระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเชื่อว่าเคมีบำบัดทำให้เกิดความเหนื่อยล้าผ่านกลไกของเซลล์ เช่น ภาวะขาดเม็ดเลือดทุกชนิด (Pancytopenia) ภาวะกดภูมิคุ้มกัน (Immune suppression) หรือจากผลข้างเคียง ที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ได้แก่ ขาดน้ำ ขาดอาหาร ความไม่สมดุลของเกลือแร่ การสะสมของ ของเสีย (End products) จากการที่เซลล์ถูกทำลายโดยเคมีบำบัดและผ่านทางสภาวะจิตใจที่มีความเครียดเกิดขึ้นก็ได้ (Smet, et al., 1993; Winningham, 1996: 48) อาจพบว่าความเหนื่อยล้า นั้นคงอยู่เป็นเดือนเป็นปีภายหลังการรักษามะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยไม่

สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่มีรวมถึงบทบาทในสังคม ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและความสุขทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย (Ream and Richardson, 1999; Berger and Walker, 2001) อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เคยเป็นปัญหาทุกข์ทรมานของผู้ป่วยก็มียาใหม่ๆมาช่วยจัดการทำให้อาการอาเจียนไม่เป็นปัญหาใหญ่อีก ต่างจากความเหนื่อยล้าที่ยังเป็นปัญหาที่จัดการได้ยากและเป็นสิ่งท้าทายสำหรับวิชาชีพพยาบาลในการหาคำตอบความรู้มาพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

2.7.2 แบบแผนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีความสำคัญและเกิดขึ้นบ่อยที่สุด รวมถึงก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้มากที่สุดแต่พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นเรื่องที่มีการศึกษาและเข้าใจกันน้อย (Winningham et al., 1994: 27) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับแบบแผนการเกิดความเหนื่อยล้าซึ่งมีความสำคัญมาก ต่อการวางแผนเพื่อป้องกันจัดการกับความเหนื่อยล้า เพราะการที่พยาบาลผู้ป่วย หรือ ญาติ จะวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น ควรมีข้อมูล เกี่ยวกับแบบแผนการเกิดความเหนื่อยล้าในแต่ละวัน รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความ เหนื่อยล้ากับช่วงเวลาของการได้รับเคมีบำบัดเพื่อหาทางป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้า และ จัดการกับความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แบบแผนความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าการได้รับเคมีบำบัด แบบฉีดเข้าสู่ร่างกายทางหลอดเลือดดำทันที (Bolus) จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้มากที่สุด มีรายงานจากผู้ป่วยว่า ความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นทันทีหลังได้รับเคมีบำบัด (Richardson, et al., 1998 : 17) นอกจากนี้ พบว่าแบบแผนการเกิดความเหนื่อยล้าเปลี่ยนแปลงไปตามจังหวะชีวภาพ (Circadian rhythm) ในแต่ละวันของบุคคล และความเหนื่อยล้ามักเพิ่มขึ้นในช่วงบ่ายหรือช่วงเย็นของวัน (Richardson, et al., 1998; ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษีและคณะ, 2544: 102)

ไปเปอร์ (Piper, 1991: 898) กล่าวว่าความเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้นทันทีตั้งแต่วันแรกที่ได้รับเคมีบำบัดและเกิดต่อเนื่องไปจนถึงวันที่ 4 หลังจากนั้นระดับความเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นอีกครั้ง ในช่วง กลางของชุดเคมีบำบัด (Nadia period) ซึ่งเป็นช่วงที่ไขกระดูกถูกกดการทำงานมากที่สุด ส่งผลให้ปริมาณเม็ดเลือดต่าง ๆ ลดลงต่ำสุด จึงทำให้ความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น

เบอร์เกอร์ (Berger, 1995: 361) ทำการศึกษานำร่องเกี่ยวกับแบบแผนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในช่วงสัปดาห์แรกของการได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 คน ประเมินความเหนื่อยล้า 6 ครั้งต่อวันเป็นเวลา

9 วัน คือ 2 วันก่อนและ 7 วันหลังรับเคมีบำบัด พบว่า ระดับความเหนื่อยล้าสูงสุดในวันที่ 3 ของการได้รับเคมีบำบัด

เบอร์เกอร์ (Berger, 1998: 51-62) ศึกษาแบบแผนความเหนื่อยล้ากับการทำกิจกรรมและการพักผ่อนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร CMF, CAF และ AC (Doxorubicin, Cyclophosphamide) จำนวน 72 คน เก็บข้อมูลใน 3 ชุดแรกของเคมีบำบัด ชุดละ 2 ช่วงคือ 48 ชั่วโมงแรกหลังได้รับเคมีบำบัดและช่วงกลางชุดเคมีบำบัด (Nadia period) ทำการเก็บข้อมูล 6 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าระดับความเหนื่อยล้าเพิ่มสูงในช่วงระหว่างการรักษาและลดลงในช่วงกลางชุดเคมีบำบัด งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ มีการเก็บข้อมูลเพียง 2 ช่วงต่อ 1 ชุดของเคมีบำบัดเท่านั้น

ริชาร์ดสันและคณะ (Richardson, et al., 1998: 17-29) ได้ศึกษาแบบแผนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 109 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้พยาบาลบันทึกประสบการณ์ความเหนื่อยล้าในสมุดบันทึก เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ได้รับเคมีบำบัด ไปจนถึงวันที่มารับเคมีบำบัดชุดต่อไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าสูงสุดในช่วง 4-5 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัดแล้วค่อยๆลดลงและระดับความเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงกลาง ของชุดเคมีบำบัด คือประมาณวันที่ 15 แล้วจะค่อยๆลดลง จนเพิ่มขึ้นอีกครั้งก่อนถึงกำหนดเคมีบำบัดชุดต่อไป

ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษีและคณะ (2544: 97-107) ได้ทำการศึกษาแบบแผนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 30 รายที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร CMF ซึ่งประกอบด้วย Metrotrexate และ 5-Fluorouacil ฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันที่ 1 และวันที่ 8 ของแต่ละชุดและให้ Cyclophosphamide รับประทาน 3 เม็ดติดต่อกัน 14 วันมีระยะห่างแต่ละชุด 28 วัน เก็บข้อมูลโดยให้ผู้พยาบาลบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกตั้งแต่วันที่ได้รับเคมีบำบัด ในเวลาเดียวกันทุกวันติดต่อกัน 28 วัน ผลการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีระดับสูงสุดในวันที่ 4 ของการได้รับเคมีบำบัดจากนั้นจะลดลงและเพิ่มขึ้นอีกครั้งในวันที่ 8 และเพิ่มสูงสุดในวันที่ 9 จากนั้นจะค่อยๆลดลง

สรุป แบบแผนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่แรกของการได้รับเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยจะมีความเหนื่อยล้ารุนแรงอยู่ในระดับหนึ่ง เป็นผลมาจากเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับมีค่าครึ่งชีวิตในกระแสเลือดอยู่ในช่วง 10 นาทีถึง 40 ชั่วโมง (5-Fluorouacil 10 -20 นาที Metrotrexate 2 - 4 ชั่วโมง Cyclophosphamide 2- 8 ชั่วโมง Adriamycin 12 นาที - 29 ชั่วโมง Epirubicin 20 นาที - 40 ชั่วโมง) และความเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามการออกฤทธิ์ของเคมีบำบัดที่ได้รับ จนเพิ่มสูงสุดในวันที่ 3-5 หลังได้รับเคมีบำบัด (Nadir period) ซึ่งเป็นช่วงที่ไขกระดูกถูกกดการทำงานมากที่สุด ทำให้ปริมาณเม็ดเลือด

ต่างๆลดต่ำลง ระดับความเหนื่อยล้าจึงเพิ่มขึ้นมาอีกระดับหนึ่ง จากนั้นจึงค่อยๆลดลงจนถึงช่วงก่อนให้ เคมีบำบัดชุดต่อไป (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545: 45)

2.8 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ จากการรักษาที่ได้รับ

ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและจากการรักษา ที่ได้รับและยังเป็นอาการแสดงที่ก่อให้เกิดปัญหาการบกวนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หากความเหนื่อยล้านี้เกิดขึ้นบ่อยและคงอยู่เป็นเวลานานจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (อภันตรี กองทอง, 2544: 2)

2.8.1 ด้านร่างกาย พบว่าความเหนื่อยล้าจะทำให้ร่างกายมีความสูญเสียพลังงานผู้ป่วย จะมีความรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย หดแรงแง กล้ามเนื้อไม่มีแรงการเคลื่อนไหวลดลงปวดเมื่อยร่างกาย เหนื่อยง่าย ง่วงซึม มีน้ิรชะ ความสามารถในการดูแลตนเองและในการทำหน้าที่ต่างๆรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Mock et al., 2001: 120) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง (Bower et al., 2000: 743; Broeckel et al., 1988: 1689)

2.8.2 ด้านจิตใจ พบว่าความเหนื่อยล้าจะทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิมี ความกลัวความเครียด และความกังวล ซึมเศร้า บางรายพบมีอาการหงุดหงิด อุนเฉียววางย กระสับกระส่าย และวุ่นวายใจ (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547: 34)

2.8.3 ด้านสังคม พบว่าความเหนื่อยล้าทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆลดลงสูญเสียกระบวนการคิดและตัดสินใจ ส่งผลให้ศักยภาพในการทำงานลดลงและจะส่งผลต่ออาชีพการงานและฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยในที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรืองานอดิเรกที่เคยชอบ ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นชอบอยู่คนเดียวและแยกตัวหนีออกจากสังคมในที่สุด (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547: 34)

2.8.4 ด้านจิตวิญญาณ พบว่าความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต เกิดความสิ้นหวัง และหดหู่ รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองจากบทบาทและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป หรือจากการที่ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่นมากขึ้น ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปจากการรักษาที่ได้รับอาจก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ส่งผลให้ขาดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547: 34)

3. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการพยาบาลที่ค่อนข้างยากและซับซ้อน เนื่องจากภาวะโรคส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการดำเนินโรค คือเริ่มตั้งแต่การป้องกัน การตรวจค้น การพยาบาลในระหว่างการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค การดูแลระหว่างการรักษา ตลอดจนการดูแลเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับทั้งจากการผ่าตัด การได้รับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดและจากการรักษาด้วยฮอร์โมน การช่วยผู้ป่วยในการเผชิญปัญหา การบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ การฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542: 255)

3.1 การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด อาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งองค์รวม เป็นผลให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากตัวยาเคมีบำบัดถูกออกแบบมาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งโดยเฉพาะ แต่ยา ก็อาจจะมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติได้ โดยเซลล์ที่มักได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดบ่อยได้แก่ เซลล์เม็ดเลือด ระบบทางเดินอาหาร และรากผม ซึ่งจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อระบบต่างๆ เหล่านี้ได้บ่อย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด สรุปได้ดังนี้

3.1.1 ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ยาเคมีบำบัดจะทำให้เม็ดเลือดขาวลดลง ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการต่อสู้กับเชื้อโรคลดลงด้วย วิธีที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่

3.1.1.1 ล้างมือบ่อยๆ

3.1.1.2 หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัดหรือแหล่งชุมชนที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือสัมผัสผู้ที่เป็นโรคติดต่อโดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ

3.1.1.3 รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและสะอาดอยู่เสมอ

3.1.2 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและไขมัน เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ข้าว เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายมีการสร้างพลังงานได้เพียงพอกับการใช้พลังงานหลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด หรืออาหารมัน ของทอด หรืออาหารที่มีกลิ่นจัด หลีกเลี่ยงการนอนราบทันทีหรือใน 2 ชั่วโมงแรกหลังจากรับประทานอาหารเสร็จ พยายามรับประทานอาหารเสริมเพิ่มขึ้น เช่น นม น้ำเต้าหู้ น้ำผลไม้ เป็นต้น

3.1.3 หากมีอาการเบื่ออาหารควรแสวงหาวิธีที่จะช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น อย่าปล่อยให้ เครียดหรือซึมเศร้า เนื่องจากอารมณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารลองเปลี่ยนสถานที่ในการรับประทานอาหารเช้าออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือ เปลี่ยนชนิดของอาหารบ่อยๆ เลือกรับประทานอาหารที่ตนเองชอบ รับประทานอาหารในบรรยากาศดีๆ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหารเช้าหรือรับประทานอาหารกับเพื่อนฝูง เป็นต้น

3.1.4 ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000 - 3,000 ซีซีต่อวัน ในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดเนื่องจากน้ำจะช่วยขับของเสียเช่น กรดยูริกออกจากร่างกายทางไต ช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกาย ทำให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อชุ่มชื้น ลดการติดเชื้อในช่องปาก ป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อระบบทางเดินปัสสาวะได้ ควรดื่มน้ำในรูปแบบของเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ เช่น น้ำเปล่า น้ำส้ม น้ำนมถั่วเหลือง น้ำชিং หรือน้ำผลไม้ต่างๆ ควรตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มอย่างถูกต้องตลอดช่วงของการได้รับเคมีบำบัด และควรประเมินอาการผิวหนังแห้ง ปากแห้งจากการขาดน้ำเนื่องจากอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

3.1.5 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมงในเวลากลางคืน เพราะการนอนหลับเป็นการสร้างพลังงานให้ร่างกายและยังเป็นการลดการใช้พลังงานในร่างกาย สำหรับในเวลากลางวัน ควรนอนพักอย่างน้อยวันละ 1-2 ชั่วโมง แต่ไม่ควรนอนตลอดทั้งวันเพราะกล้ามเนื้อจะอ่อนแรงจนเกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้ แต่หากนอนไม่หลับให้ปฏิบัติตามนี้

3.1.5.1 หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม ตั้งแต่ช่วงเย็นก่อนเข้านอน แต่ควรเปลี่ยนเป็นเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่น นมหรือน้ำชিংอุ่นๆ ชัก 1 แก้วก่อนเข้านอน

3.1.5.2 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่น่านอน และควรทำจิตใจให้ผ่อนคลายก่อนเข้านอน

3.1.5.3 แต่หากยังไม่หลับควรแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อช่วยแนะนำและแก้ปัญหาให้แต่ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

3.1.6 ออกกำลังกายตามความสามารถของร่างกาย เช่น เดินรอบบ้านวันละ 20 - 30 นาที เนื่องจากทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี มีผลทำให้ร่างกายขับของเสียออกมาและทำให้ร่างกายสดชื่นแจ่มใส

3.1.7 ลดความเร็วในการทำกิจกรรมต่างๆ ลงและไม่ควรทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหยุดพักบ่อยๆ แต่ไม่ควรนานเกิน 30 - 40 นาที และขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหากมีอาการอ่อนเพลียมาก

3.1.8 ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ หากมีอาการท้องผูกควรบรรเทาอาการโดย

การดื่มน้ำมากๆวันละ 2 - 3 ลิตร ดื่มน้ำผลไม้หรือรับประทานอาหารที่มีกากมีเส้นใยมาก เช่น ผัก ผลไม้และออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น

3.1.9 ลดหรือผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวล โดยระบายความรู้สึก กับผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้ใจ เช่น เพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวหรือใช้วิธีอื่นๆเช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อการฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น อ่านหนังสือ ฟัง เพลง ดูโทรทัศน์ หรือได้ถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อมีข้อข้องใจในการรักษาและการดูแลตนเอง เป็นต้น

3.1.10 ป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้รับดังต่อไปนี้

3.1.10.1 บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยการหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมงก่อนได้รับเคมีบำบัด หรือรับประทานอาหารมื้อหนักก่อนได้รับเคมีบำบัด 3-4 ชั่วโมงแล้วจึงรับประทานอาหารอ่อนๆ โดยรับประทานทีละน้อยๆซ้ำๆแต่บ่อยครั้ง เพื่อ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอาหารแน่นจนเกินไป จนเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน หลีกเลี่ยงอาหารที่มี รสจัด อาหารเย็นจัดหรืออาหารร้อนจัด หรืออาหารที่มีกลิ่นฉุนและอาหารมันมาก เป็นต้น นอกจากนี้ควรรับประทานยาควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนตามคำสั่งของแพทย์ก่อนรับประทาน อาหารอย่างน้อย1ชั่วโมง หรืออาจใช้วิธีดื่มน้ำอุ่นๆหรือกลั้วปากด้วยน้ำอุ่นเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจการผ่อนคลายความตึงเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น

3.1.10.2 ป้องกันเย็บช่องปากอักเสบ โดยทำความสะอาดปาก ฟัน อย่างถูกวิธีภายรับประทานอาหารทุกมื้อด้วยแปรงที่มีขนนุ่ม หลีกเลี่ยงอาหารรสจัดหรืออาหารแข็ง ที่อาจทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรือเครื่องดื่มที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด หรืออาหารแข็งทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย

3.1.10.3 อาการท้องเสีย เมื่อมีอาการท้องเสียบรรเทาอาการโดย รับประทานอาหารอ่อนที่ย่อยง่าย สุกสะอาดมีกากและเส้นใยน้อย แต่มีโปรตีนและแคลอรีสูง เช่น ชูบน้ำใส หลีกเลี่ยงการดื่มนมสดและอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร หาก อาการดีขึ้นจึงค่อยๆรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นทีละน้อย โดยเริ่มจากอาหารที่มีกากใยน้อยๆ เช่น น้ำข้าว น้ำเต้าหู้ โจ๊ก และข้าวต้ม เป็นต้น และควรสังเกตจำนวน ลักษณะ ความถี่ของการถ่าย อุจจาระในแต่ละวันถ้ามีมากต้องรีบมาพบแพทย์

3.1.10.4 ป้องกันและบรรเทาอาการผมร่วงโดย สระผมด้วยแชมพูชนิด อ่อนๆหรือผมเบาๆ ใช้แปรงหวีผมลักษณะนุ่ม หลีกเลี่ยงการใช้สเปร์ย การใช้ไดร์เป่าผม การอบผม หรือตัดผม ไว้ผมสั้นเพื่อให้ผมร่วงดูไม่มากเกินไป อาจใช้วิธีสวมวิกผมปลอมไว้เมื่อผมร่วงมาก หรือ อาจสวมหมวก หรือใช้ผ้าโพกศีรษะไว้ ซึ่งจะช่วยป้องกันหนังศีรษะและไม่ทำให้ผมร่วงดูชัดเจนมาก

3.1.10.5 ผิวแห้ง และ คัน รักษาความสะอาดของผิวหนัง และใช้ครีมหรือโลชั่น ทาผิวให้ชุ่มชื้นหลังอาบน้ำทุกครั้ง ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด

3.1.10.6 การป้องกันการติดเชื้อจากการที่มีเม็ดเลือดขาวลดลงทำได้ โดยรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยง การสัมผัสกับเชื้อหรือการได้รับเชื้อจากบุคคลอื่น เช่น คนเป็นหวัด หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือหอประชุม เป็นต้น หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

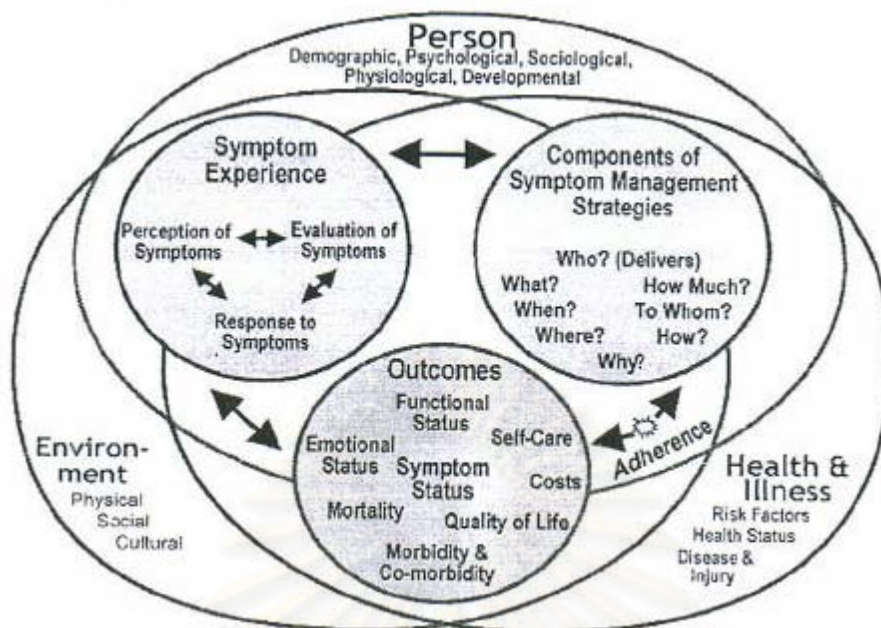
3.1.10.7 การป้องกัน ภาวะซีด กระทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับสัตว์ ไข่แดง นม ถั่วเมล็ดแห้ง ผักใบเขียว เช่น ตำลึง คะน้า และควรรับประทาน ผลไม้ประเภทส้ม ฝรั่งที่ให้วิตามินซี เพื่อช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กให้ดีขึ้น

3.1.10.8 ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ การป้องกันการเกิดเลือดออกจากการที่มี เกร็ดเลือดลดลงหรือมีภาวะเลือดออกง่ายกระทำได้โดย หลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อ ผิวหนังหรือเยื่อต่างๆและคอยสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น ถ่ายอุจจาระดำ มีเลือดออกตามไรฟัน หรือมีจุดจ้ำเลือดออกตามผิวหนัง เป็นต้น

3.1.10.9 หลอดเลือดดำอักเสบ สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณผิวหนังที่ให้เคมีบำบัดอย่างสม่ำเสมอและรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

4. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) พัฒนามาจากแนวคิด การจัดการกับอาการของ Larson, et al. (1994) ที่เน้นการจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้การดูแลตนเอง (Self-care) ซึ่งเน้นทักษะ ความรู้และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ในการจัดการกับอาการของตน ซึ่ง Dodd, et al. (2001) ได้พัฒนาโดยอาศัยหลักฐานจากงานวิจัย ต่างๆ โดยกล่าวว่าอาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย ต้องไปรับการรักษาจากแพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ อาการดังกล่าวไม่เพียงก่อให้เกิดความ ทุกข์ทรมานแต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการกับอาการเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้ป่วย แต่ละคนและสมาชิกในครอบครัวโดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเช่น พยาบาล เป็นบุคคลสำคัญซึ่ง รับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพโดยร่วมกันพัฒนาแนวทาง ในการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการหลายๆอาการที่เรื้อรังและต้องการการ จัดการในระยะยาว โดย Dodd และคณะ (2001) มีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไป พร้อมๆ กัน



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001:668-676)

ตามแนวคิดการจัดการกับอาการอาการ เป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Function) (Harver and Mahler, 1990 cited in Dodd, et al., 2001) แนวคิดนี้เป็นการประเมินสถานะของโรคและพิสูจน์ควมมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการกับอาการ ซึ่งทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการรักษา โดยผู้ป่วยควรจะได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการและทำให้ผู้ป่วยได้ค่อยๆเข้าสู่ความเข้าใจในอาการของตนเอง จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ประสบการณ์การมี อาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Lenz, et al., 1997 cited in Dodd, et al., 2001) ซึ่งแบบจำลองการจัดการกับอาการนี้อยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อคือ

1. อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวของผู้ป่วยเอง
2. บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วย จะมีประสบการณ์การมีอาการ

3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และคำอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัวหรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด

4. กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่มครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

5. การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเองโดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

นอกจากนั้นแบบจำลองนี้ยังตระหนักในมิติศาสตร์ทางการแพทย์ที่ประกอบด้วย บุคคล (Person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Health and illness) และสิ่งแวดล้อม โดยมีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

1. บุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และสรีระวิทยา (Physiological) ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล ทำให้บุคคลมีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ ระดับการพัฒนาการในแต่ละบุคคล และมีผลต่ออูคูมิภาวะด้วย

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) มิติศาสตร์ของสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ ผู้ป่วยโรคเดียวกันมีกลวิธีในการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่กลับพบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการได้จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมหรือผลข้างเคียงของการรักษา ตามแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ชนิดของโรคมีแรงเป็นปัจจัยหนึ่งของปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ชนิดของโรคมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์แม้จะมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่ผลลัพธ์จะต่างกัน

3. สภาพแวดล้อม (Environment domain) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการขึ้น สภาพแวดล้อมประกอบไปด้วย สภาพร่างกาย (physical) สังคม (social) และวัฒนธรรม (culture) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ป่วย รวมทั้งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เช่นกัน

สำหรับมิติศาสตร์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มิติศาสตร์หลักคือ ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์กับการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ ดังรายละเอียด

4.1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)

เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการโดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ จากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคามและผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรม การเข้าใจในสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญเพราะจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบการณ์การมีอาการจะมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการได้ โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงมากขึ้น (Facione & Dodd 1995, Jayne, 1996 cited in Dodd, et al., 2001: 671) โดยประสบการณ์การมีอาการประกอบด้วย

4.1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) หมายถึง การที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดีแปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยเป็นหรือปฏิบัติ (Larson, et al., 1996:273) โดยมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลหรือการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการรับรู้อาการมีความซับซ้อน หลังจากนั้นจึงทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการนั้น ซึ่งถ้าการรับรู้สอดคล้องตรงกัน การจัดการก็จะเป็นไปอย่างราบรื่น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้อง หรือ ไม่ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Koenig, 1999 cited in Dodd, et al., 2001: 672) วัฒนธรรมและระยะของการพัฒนาการจะมีอิทธิพลในการรับรู้อาการของแต่ละบุคคล โดยมีการศึกษาถึงประสบการณ์มีอาการก่อนมีประจำเดือนและอาการก่อนหมดประจำเดือนของวัยรุ่นและพยาบาลผดุงครรภ์เพศหญิงวัฒนธรรมแตกต่างกัน ว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน (Taylor and Bledsoe, 1986; Taylor and Woods, 1991; Rittenhouse and Lee, 1993; Taylor, 1995, Lee and Taylor, 1996, Berg and Taylor, 1999 cited in Dodd, et al. 2001; 672)

4.1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึงการตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือถาวร ความบ่อยและผลกระทบ หรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพ

มากกว่าพวกที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz, et al., 1997 cited in Dodd, et al., 2001; 672)

4.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคม และพฤติกรรม อาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะและมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการและการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว การตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการ รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย

การรายงานอาการของตนเอง เป็นการตัดสินใจเพื่อที่จะจัดการกับอาการอาจเกิดปัญหา ได้ถ้าการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ ของสมาชิกของครอบครัวและบุคลากร ในที่มสุขภาพซึ่งอาจไม่ตรงกับกรรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง (Fagerhaugh & Strauss, 1977 cited in Dodd, et al., 2001: 672)

4.2 กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

เป้าหมายของการจัดการกับอาการ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้องค์วิธีการดูแลตนเอง การใช้ยาบรรเทาอาการและการอาศัยบุคลากรในที่มสุขภาพ การจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยกลวิธีการจัดการอาจมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือ เปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย การควบคุมอาการ เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งต้องการการปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา และการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในที่มสุขภาพ แม้ว่าโมเดลนี้จะพัฒนาโดยพยาบาลแต่มิใช่เป็นการช่วยเหลือจากพยาบาลเท่านั้น ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวจะเกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับบุคลากรที่มสุขภาพ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (สุรีพร ธนศิลป์, 2545: 6)

กลวิธีในการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้ามีหลายวิธีซึ่งแบ่งได้ 2 ประเภท

4.2.1 วิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยการใช้ยา (Pharmacological intervention) ได้แก่ การใช้ยาในการรักษาอาการด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า เป็นต้น

4.2.2 วิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา (Non – Pharmacological

intervention) ได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย การแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการ สงวนพลังงานในร่างกาย การใช้วิธีทางจิตวิทยา การให้ความรู้และคำปรึกษา และการดูแลด้วยการ แพทย์แบบผสมผสาน เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.2.2.1 การออกกำลังกาย เป็นวิธีที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการ บรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Schwartz, 1998; 458) โดยจะช่วยทำให้การไหลเวียนของ เลือดไปยังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นส่งผลให้กรดแลคติกที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อถูกขับออกไป กล้ามเนื้อ จึงมีแรงในการหดตัวมากขึ้นจึงบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ อีกทั้งการออกกำลังกายทำให้ร่างกาย หลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ซึ่งเป็นสารสุขออกมาสามารถลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้ รวมทั้งการออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายให้ดีขึ้นอีก ด้วย (Ream & Richardson, 1999: 1299)

สำหรับการออกกำลังกายนี้เป็นอีกกลวิธีหนึ่ง ที่ผู้ป่วยนิยมใช้ในการจัดการ กับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น แต่มักจะพบว่าเป็นการออกกำลังกาย อย่างไม่มีแบบแผน และ ไม่มี กฎเกณฑ์ดังการศึกษาของ Graydonและคณะ (1995) ที่พบว่ากลวิธีในการจัดการกับความ เหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ การนอนหลับ และการออกกำลังกาย

4.2.2.2 การดูแลตนเองเพื่อสงวนการใช้พลังงานในร่างกาย (Conservation Energy Intervention) โดยการลดการมีกิจกรรมต่างๆ เป็นกลวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยนิยม ใช้มากในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า วิธีที่นิยมมากคือการนอนหลับและการพักผ่อนซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pritsanapanurungsie (2000) ที่ศึกษาแบบแผนของความเหนื่อยล้า ปัจจุบันที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้การนอนหลับพักผ่อนเป็นวิธีดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นสูง ถึง ร้อยละ 70 เคยทำอยู่ในชีวิตประจำวันลงโดยจากการศึกษาของ Bergerand & Higginbotham (2000) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหยุดหรือลดการมีกิจกรรมต่างๆที่และการศึกษาของ Ream & Richardson (1997) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรดูแลตนเองต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 109 ราย พบว่าวิธีที่ผู้ป่วยนำมาใช้มากที่สุดคือการเปลี่ยนแบบ แผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อนถึงร้อยละ 83.6 รองลงมาคือการเปลี่ยนแบบแผนการนอน หลับและการตื่นคือการเข้านอนเร็วขึ้นและนอนหลับพักผ่อนเกือบทั้งวันร้อยละ 37.0

4.2.2.3 การให้ความรู้และคำปรึกษา (Psychosocial and preparatory intervention) เป็นการนำหลักการเบี่ยงเบนความสนใจมาใช้กับผู้ป่วย ได้แก่ การฟังเพลง การอ่าน หนังสือ การสร้างความผ่อนคลาย โดยพบว่าเป็นวิธีที่ผู้ป่วยเลือกนำมาใช้ในการดูแลตนเองเพื่อ บรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นร้อยละ 24.7 - 25.0 Ream & Richardson (1997)

นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรค และการรักษาที่ได้รับก็พบว่าสามารถช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภันตริ กองทอง (2544) ที่ศึกษาผลของการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 30 ราย โดยพยาบาลจะสอนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการรับรังสี และสังเกตอาการผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จะมีความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2.3 การพยาบาลแบบผสมผสาน (Complementary therapy intervention)

ปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้การพยาบาลแบบผสมผสานและการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Homeopathic remedies) ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าค่อนข้างน้อยแต่ก็พบว่า เป็นอีกทางเลือกที่ผู้ป่วยนำมาใช้ วิธีการเหล่านั้นได้แก่ การบีบนิ้วด้วยตนเองหรือผู้อื่น การประคบด้วยความร้อน การนวดฝ่าเท้าหรือการฝังเข็ม เป็นต้น (Ream & Richardson, 1999: 1269; จิราพร ศิริรัตน์, 2000)

ประเทศไทยมีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลแบบผสมผสาน ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าเพียง 4 งาน คือการศึกษาผลของการประคบร้อนต่ออาการล้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 10 รายของ Panadda Intralawan (2001) ผลพบว่าภายหลังได้รับการประคบร้อนเพียงอย่างเดียวสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เพียงบางส่วนและไม่สามารถทำให้ความเหนื่อยล้าหายไปได้ทั้งหมด Ladaval Ounprasertpong and Holzemer (2002) ศึกษาผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 19 รายโดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการนวดกดจุดฝ่าเท้าจริงและฝ่าเท้าเทียมนาน 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดกัน 4 วัน ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันของความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดฝ่าเท้าจริง จะมีความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดฝ่าเท้าเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สายใหม่ ตุ่มวิจิตร (2547) ได้ใช้โปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองได้รับ เนื้อหาของโปรแกรมประกอบไปด้วย 1) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและความต้องการ 2) การให้ความรู้ 3) การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย 4) การประเมินระยะเวลาการทดลอง 8 วัน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า รวมทั้งได้ คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า 1. คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองภายหลัง

ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการนวดน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2. คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังเข้าร่วมการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับอาลีแซ่เจียว (2547) ที่ได้ศึกษาผลของการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบต่อความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย กลุ่มควบคุม 20 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองอีก 20 รายได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบและการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการนวดแผนไทยโดยใช้การนวดประคบ ซึ่งเป็นแบบหนึ่งของการดูแลแบบแพทย์ทางเลือก โดยมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของมารดาหลังคลอด 2) การจัดการกับอาการโดยใช้กระบวนการพยาบาลและการนวดประคบ และ 3) การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า 1.) คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดภายหลังได้รับการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบน้อยกว่าก่อนได้รับการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และ 2.) คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด กลุ่มที่ได้รับการจัดการกับอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4.3 ผลลัพธ์ (Outcomes)

เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัย คือ 1) ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน 2) สภาวะอารมณ์ (Emotional status) 3) การดูแลตนเอง (Self-care) 4) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 5) คุณภาพชีวิต (Quality of life) 6) อัตราการเกิดโรคและโรคร่วม (Morbidity and co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) และ 8) สภาวะอาการ (Symptom status) โดยลักษณะของอาการเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น และผลลัพธ์ทั้งหมดอาจมีความสัมพันธ์ส่งผลซึ่งกันและกัน ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้น จะถูกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเป็นเวลานาน ระยะเวลาของการประเมินขึ้นอยู่กับ ความคงที่ของอาการซึ่งต้องการการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่อง และมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสบผลสำเร็จและกลับสู่ภาวะปกติแล้ว การปฏิบัติต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจจะเกิดขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงเหมาะสมที่จะใช้ในเรื่องการจัดการกับอาการโดยตรง และต้องการการวัดผลลัพธ์ในการจัดการที่มีความต่อเนื่อง

5. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยโปรแกรมนี้ได้พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน โดยเลือกใช้การบริหารกาย-จิตแบบซิงกในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในการวิจัยนี้ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

จากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการนั้น ๆ โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะประเมินความหมายของอาการ และมีการตอบสนองของความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้นหลังจากนั้นบุคคลจะประเมินความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรม ซึ่งการที่ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งเหล่านี้จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยขั้นตอนนี้จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับสาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและการใช้การบริหารกาย-จิตแบบซิงกร่วมด้วยก่อน เนื่องจากการให้ความรู้ควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการโดยที่ผู้วิจัยได้ถามและรับฟัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวผู้วิจัยมากขึ้นช่วยในการสอนหรือการให้ความรู้มีประสิทธิภาพขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้

ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงและสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยวิธี การสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้วิธีการบริหารกาย-จิตแบบซิงก โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการจัดการ

กับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้ากลับไปอ่านบททวนที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและการรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลเป็นอยู่หรือที่จะปฏิบัติในอนาคตให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม (จรัสศรี อินทรสมหวัง, 2543: 29) แต่ในขณะเดียวกันหากผู้ป่วยมีการรับรู้อาการที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการตระหนักรู้และไม่มี ความหวังว่าอาการที่เกิดขึ้นจะถูกควบคุมให้ลดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ มีความเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น (Miller, 1992: 57 cited in สุวีพร ธนศิลป์, 2545: 6)

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy)

หมายถึงการผสมผสานระหว่างการแพทย์ทางเลือกกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษาร่วมกันไม่ใช่การรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียวและยังรวมไปถึงการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับจากผู้อื่นอีกด้วย (ลดาวัลย์ อุณประเสริฐวงศ์, 2546: 43) จุดมุ่งหมายของการดูแลแบบผสมผสานคือ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและการฟื้นฟูของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ช่วยป้องกันโรคและความพิการที่จะเกิดตามมา

เพราะฉะนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้ การออกกำลังกายแบบเฉิงกง(Qigong) มาเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เนื่องจากว่า การบริหารแนวเฉิงกงเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลางที่เน้นการเคลื่อนไหวของแขน ร่วมกับการหายใจแบบใช้กระบังลม และที่สำคัญการบริหารแนวเฉิงกงยังเน้นให้มีการพัฒนาจิตไปในตัว ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าการบริหารแนวเฉิงกงจะสามารถลดสาเหตุของความเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ (out comes) ก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป และสำหรับในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกับประเมินผลการบริหารกาย-จิตแบบเฉิงกง

6. แนวคิดการฝึกบริหารแบบชี่กง

ในปัจจุบัน แนวทางการดูแลรักษาสุขภาพค่อยๆ เปลี่ยนทิศทาง จากเดิมที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องทำการรักษาและคอยแนะนำแก้ไขความผิดปกติของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยา รับประทานยาตามคำสั่งเพียงแค่นั้น แต่ในสังคมปัจจุบันนั้นบทบาทของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในการดูแลตนเอง ทั้งการป้องกัน บำบัดรักษา และ แก้ไขความพิการ มีเพิ่มมากขึ้น การแพทย์ทางเลือก หรือ การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Alternative medicine or Complementary therapy) ซึ่งมีความหลากหลายสูงมาก และ ได้รับความสนใจมากพอสมควร ชี่กง ก็ถือว่าการแพทย์ทางเลือกชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นศาสตร์ทางตะวันออก ซึ่งมีมุมมองว่า มนุษย์นั้นมีความแข็งแรงภายในตัวเอง ความแข็งแรงเหล่านี้เกิดจากปัจจัยภายใน คือ ความสมดุลในร่างกาย และ ปัจจัยภายนอกซึ่งหมายถึง สิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับตัวเรา อย่างไรก็ตามแม้ปัจจัยภายนอกจะเปลี่ยนแปลงและควบคุมได้ไม่ง่ายแต่หากปัจจัยภายในยังคงไว้ซึ่งความสมดุลแล้ว ก็ยากที่จะทำให้คนคนนั้นล้มป่วยลงได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

ความหมายของชี่กง

ชี่ (Qi or Chi) หมายถึง อากาศ (Air) ลมหายใจ (breath) และ พลังงานแห่งชีวิต (vital energy) ที่ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และเป็นพลังงานที่อยู่ในร่างกายของคนเรา หรือ สมรรถภาพของร่างกายซึ่งจะมีผลต่อความต้านทานโรคของร่างกาย กง (Gong or Kung) หมายถึง การออกกำลังกาย ทักษะ หรือการฝึกหัด (Dorcas & Yung, 2002) ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ชี่กง ไว้หลายท่าน ดังนี้

แอ. วี. (ลิลี) คาร์นี (1999) ให้ความหมายว่าเป็นวิธีทำให้ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ มีความแข็งแรงขึ้น เป็นพลังซึ่งทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น ปราศจากโรคภัยและแก่ก่อนวัย

บรรจบ ชุณหสวัตติกุล (2541) ให้ความหมายว่า เป็นการฝึกฝนตนเองด้วยพลัง สมาธิ และท่าฝึกบางท่า อันอำนวยความสะดวกการโคจรของลมปราณ เพื่อสร้างเส้นโคจรอันแคล่วคล่อง ไม่ติดขัดในร่างกายผู้ฝึก ซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของหยิน หยาง

พรพวงษ์ พรายมณี (2542) ให้ความหมายว่าเป็นการฝึกพลังของลมปราณ ซึ่งเป็นวิธีการโบราณที่เชื่อมั่นกันว่าจะช่วยให้คนมีอายุยืนยาว มีสุขภาพแข็งแรง รวมทั้งสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและบำบัดรักษาโรคด้วยตนเอง

เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) ให้ความหมายว่า เป็นการดำเนินงานเพื่อเพิ่มพูนพลังชีวิต

แมคริชซี (2540) ได้ให้ความหมายของ ชี ว่า พลังงาน ส่วน กง คือ การทำงาน การพัฒนา หรือ การฝึกฝนซึ่งเมื่อแปลรวมกันหมายถึง การทำงานด้วยพลัง การพัฒนาพลัง หรือ การฝึกฝนพลัง

จว้อต้าหง (2542) ให้ความหมายว่าเป็นการบริหารการฝึกหายใจ หรือ การบริหารให้กระปรี้กระเปร่า เป็นการบริหารชนิดหนึ่ง ซึ่งรวมการหายใจเข้ากับการทำสมาธิและการผ่อนคลาย โดย ชี หมายถึง อากาศที่เราหายใจเข้า ออก และ กงหมายถึง การบริหาร ความชำนาญหรือ การฝึก

จากความหมายข้างต้นพอสรุปได้ว่า ชีกง หมายถึง การประสานระหว่าง การบริหารร่างกาย การฝึกบริหารการหายใจ รวมกับการทำสมาธิและการผ่อนคลาย เพื่อเป็นการเพิ่มพูนพลังชีวิต ทำให้สุขภาพแข็งแรง สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและบำบัดโรคได้ด้วยตนเอง

สรุป ชีกง หมายถึง การพัฒนาฝึกฝนเพื่อให้ร่างกายมีพลังมากขึ้น

ทฤษฎีพื้นฐานของชีกง

McCaffrey & Fowler (2003) ได้กล่าวถึงทฤษฎีพื้นฐานของชีกงว่า สัมพันธ์กับทฤษฎีการแพทย์แผนจีน คือ หลักหยินหยาง ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างอวัยวะและอวัยวะภายใน (zang - fu) และ ทฤษฎีเส้นโคจรเลือดลม 20 เส้น

1. **ชีกงและทฤษฎีหยินหยาง** ทฤษฎีหยินหยางเป็นหลักปรัชญาเบื้องต้นของวิถีเต๋า กล่าวถึงด้านของสรรพสิ่งที่ ตรงข้ามกัน ขัดแย้งกัน และ กลมกลืนกันในสากลจักรวาล รวมทั้งภายในร่างกายคนเรา ซึ่งหมายถึงว่าด้านทั้งสองนี้จะต่อต้านกัน ขณะเดียวกันก็ควบคุมและเป็นเอกภาพแก่กัน คนมีผู้ชาย และ ผู้หญิง ร่างกายมีฮอร์โมนระบบเสริมสร้างและระบบเผาผลาญ ประสาทมีเร่งรัดและผ่อนคลาย เซลล์มีเติบโต แบ่งตัว และมีเสื่อมสลาย ลมหายใจมีเข้าและมีออก ซึ่งสิ่งที่ตรงข้ามที่ขัดแย้งและอยู่รวมกันต่างสอดผสมผสานกันด้วยพลังอย่างหนึ่ง คือ พลังแห่งชีวิต ถ้าจำแนกละเอียด ลมหายใจเข้าถือเป็นยิน ขณะหายใจออกถือเป็นหยาง การหายใจเข้าเป็นการสูดรับชีหรือปราณจากภายนอกเข้าสู่ตัวเรา การหายใจออกเป็นการปลดปล่อยชีของเราสู่สากลจักรวาล การฝึกชีกงส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจ จึงเน้นให้ผู้มีสังกัดธาตุ หยางหรือมีธาตุไฟรุนแรงควรสนใจในลมหายใจออก ส่วนผู้ที่ขาดธาตุยินหรือพร่องพลังลมปราณ ให้เน้นหนักที่ลมหายใจเข้า

ความเข้าใจในหยินหยาง น่าจะสรุปด้วยคำว่า “ สมดุล” สภาพสมดุลของหยินหยาง หมายถึง ร่างกายของคนทั้งภายในและภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ของอวัยวะภายในอยู่ในภาวะสมดุลคงที่ การที่จะสามารถอยู่ในสมดุลได้ต้องอาศัยพลังอย่างหนึ่งในการผสมผสานความสมดุล นั่นคือพลังแห่งชีวิต หรือ ชีกง บทสรุปสำหรับความสมดุลของผู้ฝึกพลังชีกง ก็คือ สมดุลของ

การนั่งและการเคลื่อนไหว สมดุลของอารมณ์ไม่สุขหรือทุกข์มากเกินไป สมดุลของการให้และการรับ สมดุลของกายและจิตหากร่างกายดีแต่จิตใจอ่อนแอ หรือ จิตใจแกร่งแต่ร่างกายอ่อนแอก็ไม่ดีทั้งนั้น และสุดท้ายสมดุลของอาหารการกิน ไม่มากจนอ้วน ไม่น้อยจนผอม กินอาหารที่หลากหลายสารอาหารและรสชาติ

2. ชีงงและทฤษฎีเส้นโคจรของเลือดลม

การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าร่างกายมีเส้นโคจรของเลือดลมที่จัดวางไว้ 12 เส้นหลัก และเส้นพิเศษอีก 8 เส้น เส้นที่ 12 นั้นเชื่อมต่อระหว่างอวัยวะภายในกับผิวหนังภายนอกอวัยวะจะสมบูรณ์แข็งแรงก็ด้วยได้รับการหล่อเลี้ยงจากธาตุภายนอกเข้ามาผสมผสาน กับธาตุภายในผ่านเส้นโคจรทั้ง 12 ขณะเดียวกันการแปรปรวนของลมฟ้าอากาศภายนอก ก็อาจกระทบสมดุลของธาตุที่ประกอบขึ้นเป็นอวัยวะภายใน โดยผ่านเส้นโคจรเหล่านี้

ชีงงเป็นพลังปราณที่หมุนเวียนไปตามเส้นโคจรเหล่านี้ การเดินลมปราณถือหลักหมุนเวียนลมปราณในวงจรเบื้องบน เคลื่อนปราณขึ้นและลง เปิดและปิดแคล่วคล่อง ซึ่งถือเป็นหลักสำคัญของการฝึกชีงง เมื่อเส้นโคจรหมุนเวียนได้ต่อเนื่องไม่ติดขัด ก็ทำให้อวัยวะภายในทั้ง 11 และอีก 1 ช่องลำตัวทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นรากฐานของสุขภาพอันดี

3. ทฤษฎีชีงงกับอวัยวะ

การแพทย์แผนจีน ถือว่า จิตของคนเราเป็นองค์รวมของความคิดสัมผัสปัญญา และดวงวิญญาณ การปฏิบัติชีงงทำให้จิตใจสงบก้าวสู่สมาธิเป็นผลให้จิตพักและปรับตัวได้แคล่วคล่องยิ่งขึ้น ซึ่งชีงงมีความสัมพันธ์กับอวัยวะต่างๆดังนี้

หัวใจ ควบคุม เลือด และ การหมุนเวียน หัวใจสีแดงเด่นออกที่ใบหน้า การปฏิบัติชีงงมีผลต่อพลังปราณของหัวใจซึ่งสังเกตได้จากจังหวะและน้ำหนักของชีพจร รวมถึงสีผิวบนใบหน้า

ปอด ควบคุม ลม และ การหายใจ การฝึกหายใจของชีงงเป็นการเปิดรับพลังลมปราณจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและช่วยปลดปล่อยลมปราณที่คั่งค้างจากอวัยวะต่างๆให้หมดไปปอดกำหนดพลังในส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจและสารจำเป็นซึ่งเป็นพื้นฐานในการทำงานของอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย (เปรียบได้กับระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียน)

ไต เมื่อปอดเป็นผู้สูดลมปราณสู่ร่างกาย ไตจะเป็นผู้เก็บรับปราณในเรือนร่าง ก่อให้เกิดเป็นปราณประจำกายของเราเอง ทำให้เกิดพลังชีวิตที่ขับเคลื่อนไปมิหยุดหย่อน

ตับ เป็นอวัยวะที่สะสมเลือดและเพิ่มพลังความคิดอารมณ์ที่แจ่มใสจะช่วยตับให้ทำงานดี อารมณ์เศร้าเครียดทำให้เมาหมึ้มพลังตับ ทำให้การโคจรของปราณตับชะงักงันเมื่อปฏิบัติชีงงจิตจะสงบและผ่อนคลาย ทำให้อารมณ์แจ่มใส ช่วยดับเชื้อไฟพลังหยางที่ผลาญตับได้อย่างดี

ม้าม เป็นอวัยวะส่งผ่านและย่อยสลายสารอาหารน้ำลายคือสารคัดหลั่งของม้าม การปฏิบัติซึ่ก ช่วยส่งเสริมพลังย่อยอาหารของม้ามได้โดยตรง ทำให้อายากอาหาร การหายใจที่อาศัย การเคลื่อนขึ้นลงของกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องจึงเป็นการนวดกระเพาะช่วยขับเคลื่อนลำไส้

หลักในการฝึกซึ่ก

การปฏิบัติให้เกิดผลมีพลังซึ่ก จะต้องเข้าใจหลักการที่จำเป็นซึ่งขาดไม่ได้ในการฝึกซึ่ก ฉะนั้นการฝึกซึ่กที่จะให้ผลดีนั้น ควรมีหลักในการฝึกดังนี้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

1. Respiration การหายใจ เป็นตัวแรกที่ต้งทำความเข้าใจฝึกฝน จนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะการหายใจด้วยท้องผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลม การหายใจเข้าออก ในขณะที่ฝึกซึ่กจะต้องมีสมาธิในการฝึกและหัดควบคุมการหายใจเข้าออกผสมผสานกันไปด้วย การหายใจจะถูกควบคุมโดยตรงจากสมอง ทำให้เกิดจังหวะสม่ำเสมอ ลมหายใจที่ลึกและคงที่ ตลอดช่วงที่หายใจออก เมื่อใดที่เคลื่อนมือขึ้นหรือขยายออกให้หายใจเข้าท้องพองและเมื่อมือลดต่ำลงหรือหดเข้าเป็นจังหวะหายใจออกท้องยุบซึ่งจะทำให้ได้ซึ่กจากธรรมชาติ

2. Relaxation การผ่อนคลาย ควรทำอย่างสงบ ในระหว่างที่ฝึกนั้น ให้ผ่อนคลายทั้งทางร่างกาย และ จิตใจ

3. Regulation หมายถึง กฎเกณฑ์ที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของร่างกายและวางจิตใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนร่างกาย จิตใจ และ สิ่งแวดล้อม

3.1 กฎของร่างกาย คือ ทำเมื่อร่างกายพร้อม เช่น ไม่อึดหรือหิวจนเกินไป ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้สูง กระทบวนท่าต่างๆควรเรียงลำดับ แต่ก็อาจจะกลับมาเป็นชุดๆได้ เน้นความสม่ำเสมอและนุ่มนวลของร่างกาย มือขึ้นช้าลงช้าอย่างสม่ำเสมอ ไม่สะดุดหรือหยุดชะงัก

3.2 กฎของจิตใจ 1) ทำเมื่อจิตใจพร้อม อยู่ในอารมณ์สบาย ไม่เคร่งเครียด หงุดหงิด โกรธโมโห 2) จิตใจนิ่งอยู่บนฝ่ามือ การฝึกซึ่ก 4 ท่า เป็นการทำความสากับการเคลื่อนไหวของฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง 3) ในการฝึกกระยะแรกจำเป็นที่จะต้งใช้จิตใจโน้มนำให้เกิดซึ่บนฝ่ามือ รูปแบบของซึ่กนี้ถึงถึงความร้อนบนฝ่ามือ 4) การพัฒนาของจิตใจจะเกิดพร้อมสุภาพที่ดีขึ้น อารมณ์โกรธและเป็นทุกข์อยู่เสมอลดน้อยลง แต่ความรู้สึกเป็นสุขมีความรักและการให้อภัยจะเกิดมากขึ้น

3.3 กฎของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ดีนำมาซึ่งพลังที่สมบูรณ์สถานที่ฝึกจะเป็นในห้องหรือกลางแจ้งก็ได้ ขอให้เป็นสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

ผลของการฝึกชี่กงต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

จากการศึกษาของ Chen (2004) ได้ทำการวิเคราะห์และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลของการฝึกชี่กงในประเทศจีน แล้วพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆ ดังนี้

1. ผลของชี่กงต่อระบบกล้ามเนื้อและประสาท เมื่อฝึกชี่กงจนบรรลุเป้าหมายแห่งการโคจรของลมปราณ คลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ฝึกจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ความถี่ลดลงเรื่อยๆ และรูปคลื่นเริ่มเรียงตัวเป็นระเบียบไม่สับสนวุ่นวายเหมือนในยามปกติ ทั้งจะพบคลื่นของหีบสมองด้านหน้า (frontal lobe) มีอำนาจมากขึ้น สมองหีบนี้ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายในและต่อมต่างๆให้ทำงานได้ดียิ่งขึ้นและยังพบอีกว่าการปฏิบัติชี่กง ส่งผลให้คลื่นสมองในบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกต่างๆจะลดน้อยลง นักสรีรวิทยาอธิบายว่า ชี่กงทำให้เกิดการกระตุ้นของสัญญาณของคลื่นสมอง ที่บริเวณเครือข่ายสมองชื่อว่า reticulum เป็นผลให้จิตสงบได้ดี ในสภาวะนี้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกก็มีความไวลดลง แต่ไปเพิ่มความไวในการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก สำหรับกล้ามเนื้อลายจะมีการคลายตัวลง ทดสอบไฟฟ้ากล้ามเนื้อก็พบระยะพักตัวของกล้ามเนื้อนานขึ้น

2. ผลของชี่กงต่อระบบหายใจ ในภาวะ ชี่กง การหายใจจะช้าลง หายใจลึกกลมเข้าออกมากขึ้น เพิ่มอัตราการจับคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มจำนวนออกซิเจนในร่างกาย การหายใจลึกจนถึงช่องท้องโดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลมเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมองทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมายังอวัยวะในช่องท้องโดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกระบังลม การกระตุ้นเส้นประสาทวากัส นั้นจะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง แล้วทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดฝอย การเคลื่อนไหวของลำไส้ และการลดอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

3. ผลของชี่กงต่อระบบทางเดินอาหาร ปฏิบัติชี่กงช่วยเพิ่มคลื่นการบีบตัวของทางเดินอาหาร ทั้งบีบไล่อาหารได้แรงขึ้น เพิ่มการขบน้ำย่อยมาย่อยอาหาร ชี่กงอีกด้านหนึ่งสงบประสาทส่วนปลาย และ ปรับการทำงานของประสาทควบคุมอวัยวะภายใน ผลคือทำให้กระเพาะ ลำไส้ทำงานได้ดีกว่าเดิม การหายใจเข้าออกที่ต้องใช้กระบังลมและกล้ามเนื้อท้อง ยังช่วยการขับเคลื่อนอาหารในกระเพาะลำไส้ได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

4. ผลของชี่กงต่อระบบหัวใจหลอดเลือด ปฏิบัติชี่กง มีผลลดความดันเลือดในผู้ที่มีความดันเลือดสูง แต่ก็มีผลเพิ่มความดันเลือดในคนที่มีความดันเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ภิราษร ในปี 2541 ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารผ่อนคลายแนวชี่กงต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่เข้าร่วมการทดลอง พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลงก่อนทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

5. ผลของชี่กงต่อระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร การปฏิบัติชี่กงทำให้ระดับเพิ่มกระบวนการสร้างกลัยโคเจนซึ่งเป็นสารอาหารที่พึงสะสมในตับ และลดการย่อยสลายสารนี้ที่จะออกไปเป็นพลังงาน ชี่กงจึงเป็นกระบวนการเก็บซับพลังงานที่ดี ที่เกิดผลเช่นนี้ได้เพราะชี่กงช่วยเสริมสร้างการทำงานของอินซูลินในการเก็บรับน้ำตาลจากแป้งเพื่อส่งเข้าตับ อีกทั้งลดการทำงานของต่อมใต้สมองอีกด้วย เมื่อชี่กงลดการทำงานของต่อมใต้สมอง จึงเป็นผลให้ต่อมหมวกไตทำงานได้ตามปกติไม่ทำงานหนักจนเกินไป โดยไม่ต้องรับหมุนเวียนแบ่งเป็นพลังงาน ทั้งไม่ต้องปีบรัดหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรงจึงทำให้ร่างกายได้ปรับสมดุลและเข้าสู่ความสงบได้พัก และได้ซ่อมแซม ตัวเองอีกด้วย จากการศึกษาของ อุไรวรรณ โพร้งพนม (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการรำมวยจีนชี่กงต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 ราย ผลการทดลองพบว่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของกลุ่มทดลองลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมก็พบว่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงก็มีระดับลดลงมากกว่าเช่นกัน

6. เมื่อร่างกายมีความเครียด ระบบหลอดเลือดฝอยจะมีขนาดเล็กลง เนื่องจากระบบซิมพาเทติกได้ถูกกระตุ้น อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน ต่อมไทมัส และต่อมน้ำเหลืองต่างๆจะลดความไวลง ความเครียดอย่างยาวนานย่อมทำให้ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตมีปริมาณสูงผิดปกติ และเป็นตัวที่ลดการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่จับกินเชื้อโรคและเซลล์ที่ผิดปกติ ด้วยสาเหตุนี้ จึงทำให้บุคคลนั้นเสี่ยงต่อการก่อตัวของมะเร็งง่ายขึ้น ในผู้ป่วยมะเร็งหากมีจิตใจที่ห่อเหี่ยวท้อแท้ก็ย่อมทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอ มีโอกาสจะเกิดการลุกลามของโรคได้ง่ายขึ้น การฝึกชี่กงจะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดแดงต้องใช้ความพร้อมทางกายและใจ ในการฝึกฝน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องใช้ร่วมกันกับการปรับสมดุลของอาหาร พฤติกรรม การฝึกฝนจิตใจ และการออกกำลังกาย (อัญรัช นิตูธร, 2543)

ประเภทของการฝึกซิง การฝึกซิงแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. การฝึกเพื่อการรักษา หมายถึง การให้แพทย์ทางด้านพลังลมปราณปล่อยพลังลมปราณตัวเองออกมาช่วยรักษาโรคให้กับผู้ป่วย ซึ่งต้องฝึกฝนกันมาอย่างเข้มงวดเป็นเวลานานถึงจะทำได้

2. การฝึกเพื่อสุขภาพ หมายถึง เป็นวิธีการรักษาด้วยตนเองอย่างหนึ่ง ซึ่งอาศัยพลังลมปราณด้วยตนเองมาป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพกายและจิต การฝึกเพื่อสุขภาพจะแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

2.1 แบบนิ่ง (static qigong or internal qigong) เป็นวิธีการฝึกที่รวมเอาแต่การหายใจและกระแสจิตเข้าด้วยกันโดยไม่ขยับตัว ซึ่งเปรียบได้กับการปฏิบัติสมาธิแบบพุทธวิธีชนิดอานาปานาสติ โดยการฝึกสติให้สัมผัสรู้อย่างต่อเนื่องในการเคลื่อนไหวของลมหายใจ

2.2 แบบเคลื่อนไหว (dynamic qigong or external qigong) เป็นวิธีการฝึกที่รวมเอาการหายใจ กระแสจิต และการเคลื่อนไหวออกท่าทาง ทั้งสามอย่างเข้าด้วยกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการฝึกซิงแบบเคลื่อนไหวมาศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งประกอบด้วย 4 ท่า ตามหลักของ นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง ด้วยเหตุผลว่า ท่าที่มากเกินไปอาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้นาน ท่าทั้ง 4 นี้คนที่ไม่มีความรู้มาก่อนสามารถทำได้ง่าย

การฝึกบริหารแนวซิง มีข้อควรจำ 3 ประการ คือ

1. ท่าส่น่าเสมอไม่ติดขัด คือทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างต่อเนื่องเสมือนการเคลื่อนไหวของน้ำ เป็นการหมุนเวียนของลมปราณ เมื่อจะเปลี่ยนท่าก็มีความนุ่มนวลราบรื่นไม่สะดุด

2. หายใจเข้า-ออก ตามการเคลื่อนไหว เมื่อใดที่ฝ่ามือขึ้นและขยายออกให้หายใจเข้า มือลดต่ำลงหรือหดเข้ามาเป็นจังหวะหายใจออก

3. จิตใจวางไว้ที่ฝ่ามือ การวางจิตไว้เหมือนกับการ รู้สึกสัมผัส (ไม่ใช้การคิดถึง) ฝ่ามือเคลื่อนไหวไปที่ใดจิตใจก็ตามไปที่นั่น เสมือนกับการทำสมาธิเคลื่อนไหวที่ใช้จิตติดตามฝ่ามือนั่นเอง

ท่าในการฝึกบริหารแนวซิง 4 ท่า (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ เริ่มต้นจากการยืนกางขา ด้วยความกว้างพอๆกับไหล่ วางปลายเท้าให้ชี้ตรงไปข้างหน้า หลังตั้งตรง ตามองตรงไปข้างหน้า ค่อยๆหงายฝ่ามือทั้ง 2 ข้างขึ้นช้าๆ ตามจังหวะหายใจเข้า เมื่อมือถึงระดับคางก็คว่ำมือและลดมือลงต่ำ ช่วงนี้เป็นจังหวะหายใจออก เมื่อฝ่ามือลงมาถึงระดับเอวค่อยย่อเข่าทั้ง 2 ข้างเล็กน้อย

ท่าที่ 1 ด้วยการหายใจเข้าลึกๆ ยกขึ้นไปใหม่ เมื่อมือถึงระดับเอว ค่อยเหยียดเข่ายกฝ่ามือขึ้นไปจนถึงระดับคางจึงคว่ำมือ แล้วลดลงมาใหม่ วนเวียนอย่างนี้ไปเรื่อยๆ

ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวงอก เริ่มต้นโดยต่อจากท่าที่ 1 ด้วยการยกแขนและฝ่ามือขึ้นมาตรงๆในแนวกลางจนถึงลับสายตาแล้วหันฝ่ามือเข้าหากันก่อน จึงขยายฝ่ามือออกทั้ง 2 ด้าน จังหวะนี้เป็นจังหวะหายใจเข้าเมื่อกลับหุบแขนเข้ามาตรงหน้าคว่ำมือลดลงต่ำมือถึงเอวก็ย่อเข่าลง จังหวะนี้ให้หายใจออก

ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า จากท่าที่ 2 วางมือไว้ข้างลำตัว แล้วกางแขนออกจนหลังมือทั้ง 2 ข้างสัมผัสกันเหนือศีรษะ จังหวะนี้หายใจเข้า เมื่อลดแขนลงมาและผ่านระดับเอวก็ย่อเข่า จังหวะนี้เป็นช่วงหายใจออก ในการฝึกจริงๆแล้วผู้ฝึกจะทำท่าที่ 1 จนพอ อาจเป็น 5 นาที แล้วไปยังท่าที่ 2 อีก 5 นาทีก่อน จึงไปทำท่าที่ 3 ทั้งนี้เพื่อสร้างสมาธิและลดช่วงเวลาการเปลี่ยนทำให้น้อยที่สุด

หากการฝึกเป็นไปอย่างถูกต้อง ผลที่ได้หลังการฝึกแต่ละครั้งควรมีให้เห็นโดยเฉพาะการหายใจที่โล่งสบาย ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างรู้สึกร้อนหรือซ่าๆ เหมือนมีไฟฟ้าสถิตเกิดขึ้น อาจมีเหงื่อออกมากในช่วงแรกๆ ของการฝึก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี

ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา ท่าที่ 4 นั้นคล้ายกับท่าที่ 1 แต่จะต่างกันบ้างตรงที่มีการวาดฝ่ามือออกไปกว้างกว่า เหมือนกับเป็นการช้อนเอาพลังจากพื้นดินและธรรมชาติเข้ามาไว้ในตัวเรา ในจังหวะหายใจเข้า เมื่อฝ่ามือเลื่อนขึ้นจนถึงระดับคาง ก็คว่ำมือแล้วลดมือลง ฝ่ามือผ่านเอวก็ย่อเข่า เหมือนกับท่าที่แล้วมา

จิตใจที่แตกต่าง : ตลอด 3 ท่าแรก จะเน้นการวางจิตใจไว้ที่ฝ่ามือเพียงอย่างเดียว แต่พอมาถึงท่าที่ 4 แล้ว จิตใจจะต้องแบ่งไว้ที่เท้าด้วยครึ่งหนึ่ง โดยการจินตภาพ (Visualization) ถึงรากแก้วที่ต่อลงไปจากเท้าลึกลงไปในพื้นที่ประมาณ 1-2 เมตร การหายใจเข้าจึงเป็นตัวแทนของการดึงพลังจากเท้าขึ้นมาสะสมในลำตัว ในการฝึกมือจะเป็นตัวแทนของพลังที่จากอากาศและแสงอาทิตย์ ซึ่งได้จากฝ่าเท้าเป็นตัวแทนของพลังจากพื้นดินซึ่งจะสร้างสมดุลของพลังในร่างกายนั่นเอง

การเก็บพลัง ทุกครั้งหลังการฝึกเสร็จสิ้นต้องเก็บพลังทันที เพื่อให้ไม่ปล่อยให้พลังสูญหายไป วิธีเก็บมีหลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การเอาฝ่ามือทั้ง 2 ข้างซ้อนกันวางปิดบนท้องน้อย แล้วใช้จิตใจโน้มน้าชึ้นบนฝ่ามือไปยังช่องท้อง ซึ่งจะรู้สึกได้ถึงความร้อนและประจุไฟฟ้าที่ไหลเข้าไป ผู้ชายให้เอาฝ่ามือขวาทับฝ่ามือซ้าย ผู้หญิงเอาฝ่ามือซ้ายทับมือขวา วางนิ่งด้วยในสงบสักครู่ หลังการฝึกควรเดินเล่นไปมา ขยับตัว ขาและแขน สักครู่แล้วจึงไปประกอบกิจกรรมอื่นๆ ตามปกติ

การฝึกบริหารกาย - จิตแบบซิงกงในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

สำหรับในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม การบริหารกาย - จิตแบบซิงกงนั้นมีประโยชน์แก่ผู้ป่วยในส่วนของ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ และ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย และ พัฒนาจิตไปพร้อมๆ กันกล่าวคือการบริหารแนวซิงกงที่ประสานระหว่างการเคลื่อนไหว การบริหารการหายใจ และการพัฒนาจิตไปพร้อมๆ กับการผ่อนคลาย ในส่วนของการเคลื่อนไหวของซิงกงนั้นถือว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลาง โดยเป็นการเคลื่อนไหวแขนและขาไปพร้อมกัน โดยเน้นที่การเคลื่อนไหวของแขน ดังนั้นการออกกำลังกายที่เน้นการเคลื่อนไหวของแขนแบบซิงกงจะช่วยให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ การหายใจเข้าโดยมีการขยายของท้องจะช่วยให้ปอดขยายออกในทุกด้าน และทำให้การหายใจช้าและลึก ช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ ในช่วงหายใจออกนั้นกล้ามเนื้อหน้าท้องจะดันกระบังลมให้เป็นส่วนโค้งมากขึ้น ทั้งนี้ทำให้เพิ่มแรงอย่างมีประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อกระบังลม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการเหนื่อยล้า นั้นไม่ได้มีสาเหตุ จากพยาธิสภาพของโรคอย่างเดียวแต่อาการเหนื่อยล้า นั้นยังมีสาเหตุมาจากทางด้านจิตใจ จากที่ได้กล่าวไปข้างต้น เพราะฉะนั้นการบริหารแนวซิงกงที่เน้นการพัฒนาจิต โดยการฝึกสมาธิให้จดจ่อกับการเคลื่อนไหว และการบริหารการหายใจก่อให้เกิดการผ่อนคลาย โดยการหายใจโดยใช้กระบังลมที่จะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ควรมีการให้การบำบัดทางด้านจิตใจ เช่น การจัดการกับความเครียด และ เทคนิคการผ่อนคลาย จากผลของซิงกงที่มีการพัฒนาจิตและทำให้จิตใจเข้มแข็งนั้น ย่อมส่งผลถึงร่างกายที่เข้มแข็งเช่นกัน เนื่องจากแนวคิดที่ว่ากายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยของกายย่อมมีผลต่อจิต ในทำนองเดียวกันเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตก็ย่อมมีผลกระทบต่อกายด้วยเช่นกัน ดังนั้นการบริหารแนวซิงกงที่เพิ่มทั้งความแข็งแรงทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยมีความสนใจและคาดว่าการบริหารแนวซิงกงมีความเหมาะสม และมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารแนวซิงกง

อมรรัตน์ ภีระพร ในปี 2541 ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซิงกงต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัษฎรัช นิตุธร (2543) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซิงกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด ผลการทดลองพบว่า ความเครียดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายแนวซิงกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซิปในระยะเวลาหลังทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดของผู้ป่วยปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายแนวซิงในระยะเวลาหลังทดลองต่ำกว่าในระยะเวลาก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

Tang (1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงประสิทธิภาพของซิงในการรักษาโดยการเก็บรวบรวมรายงานการรักษาระหว่างประเทศออสเตรเลีย และจีน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 เพื่อให้เห็นถึงการใช้ซิงในการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาโรค สัมภาษณ์ 3 สถาบันการศึกษาที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับซิง สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับบริหารกระทรวงสาธารณสุขและสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษพบว่า ถึงแม้ว่าซิงจะมีประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บป่วยแต่ยังไม่มีรูปแบบหรือเป็นที่รู้จักมากเหมือนแพทย์แผนจีนชนิดอื่น เช่น สมุนไพร การฝังเข็ม

อุไรวรรณ โพรังพนม (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการร่ำรวยเงินซิงต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 ราย ผลการทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานหลังออกกำลังกายด้วยวิธีร่ำรวยเงินซิงมีค่าลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมการร่ำรวยเงินซิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยเกี่ยวกับซิงในต่างประเทศ ศึกษาผลของการฝึกซิงพบว่า มีอัตราการเต้นของหัวใจลดลง การหายใจช้าลงการใช้ออกซิเจนและการเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลง มีการลดลงของ dopamine B-hydroxylase และเพิ่มอุณหภูมิของผิวหนัง(Guo,1995,41; Koh,1982: Eisenberg,1985;Tang et al.,1989; Lim et al.,1993 cited in Tang. 1994,237) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xu (1994) ที่พบว่า การฝึกปฏิบัติซิงมีผลต่อร่างกายและจิตใจ คือ มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของกล้ามเนื้อลาย (EMG) การเคลื่อนไหวทางระบบหายใจ อัตราการหายใจ ความต่างศักย์ไฟฟ้าที่ผิวหนัง อุณหภูมิของผิวหนังและปลายนิ้ว หน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติก หน้าที่ของกระเพาะอาหารและลำไส้ การเผาผลาญพลังงานการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย

การฝึกชี่กึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ซึ่ง Esterline และคณะ (1992 cited in Ryu et al., 1996, 1993) ได้รายงานไว้ว่า สรีระภาพของระบบจิตประสาทที่สมดุลเกิดจากการออกกำลังกาย และอาจมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยผ่านทางต่อมไฮโปธาลามัส พิทูอิทารี และอดรีนัล รวมทั้งฮอร์โมนทางระบบประสาท

ฮู (Hu, 1991 cited in Tang, 1994) ได้รายงานถึงผลของการใช้ชี่กึ่งรักษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 100 คน พบว่าผู้ฝึกชี่กึ่งมีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวมากขึ้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 20 และจากการศึกษาของ Ryu และคณะ (1994) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ฝึกชี่กึ่งนานมากกว่า 5 เดือน มีที-ลิมโฟไซต์ เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50

ในช่วงที่ฝึกชี่กึ่งจิตใจจะสงบมีสมาธิ นั้น ทำให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟิน (Endorphin) ออกมามากขึ้น ซึ่งสารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของนิวโรเปปไทด์ (Neuropeptide) มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินที่มีอยู่ในร่างกาย สารเอนโดรฟินมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) และฮอร์โมน Ryu และคณะ (1996) ได้ศึกษาผลของชี่กึ่งต่อระดับฮอร์โมนในกลุ่มนิวโรเปปไทด์ เช่น เบต้า-เอนโดรฟิน อดรีนาคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมน (ACTH) คอร์ติโซล และดีไฮโดรเอพิแอนโดรสเตอโรน - ซัลเฟต (DHEA-S) ในกลุ่มที่ฝึกชี่กึ่ง พบว่าระดับฮอร์โมนเบต้า-เอนโดรฟินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ระดับของ ACTH คอร์ติโซล และ DHEA-S ไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสรุปได้ว่าการฝึกปฏิบัติชี่กึ่งเป็นวิธีการจัดการความเครียดอย่างหนึ่ง และมีผลต่อการควบคุมฮอร์โมนในร่างกายด้วย นอกจากนี้ Tang และคณะ (1994) พบว่า ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับที่ดีได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการจัดการกับอาการที่ใช้ในผู้ป่วย

สุวีพร ธนศิลป์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่ออาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส คารินิไอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส คารินิไอ จำนวน 40 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การเตรียมการจัดการกับอาการ 3) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการ และ 4) การประเมินผลการจัดการกับอาการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการและมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีคะแนนของคุณภาพชีวิตภายหลังเข้าโครงการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ไพรวลัย โคตรตะ (2547) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ พระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 รายซึ่งโปรแกรมการจัดการกับอาการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 3) การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) ผู้ป่วยปฏิบัติกรในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองที่วัด และ 5) การประเมินในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผลการศึกษาพบว่าอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ อาการหายใจลำบากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผล ของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเหนื่อยล้า ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และ คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังที่เข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาลี แซ่เจียว (2547) ได้ศึกษาผลของการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบต่อความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 รายเมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดแล้ว ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและการจัดการกับอาการมี 3 ขั้นตอนดังนี้ คือ การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของมารดาหลังคลอด 2 การจัดการกับอาการโดยใช้กระบวนการพยาบาลและการนวดประคบ 3 การประเมินผล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ครบระยะเวลาการทดลอง 8 ชั่วโมงผู้ช่วยวิจัยประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า 1 คะแนนความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดภายหลังการได้รับการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบน้อยกว่าก่อนได้รับการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และ 2 คะแนนความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับการจัดการกับอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง

Pickard – Holly (1991) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 12 คน และผู้หญิงที่มีสุขภาพดี 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความเหนื่อยล้ากับอายุ ระยะของโรคมะเร็ง ชุดของเคมีบำบัดและความซึมเศร้า ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า กับระดับของ CA 125 ซึ่งเป็น tumor marker มีระดับน้อยถึงปานกลาง

Irvine และคณะ (1994) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีที่ได้รับเคมีบำบัด และประสบการณ์ความเหนื่อยล้าในคนปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีจำนวน 54 คน ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 47 คน และคนปกติจำนวน 53 คน ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความเหนื่อยล้าเฉลี่ยในกลุ่มคนปกติและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งก่อนการรักษา มะเร็ง ในสัปดาห์ที่ 5 หรือ 6 ของการฉายรังสีพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีมีระดับความเหนื่อยล้าเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในวันที่ 14 ของการได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีระดับความเหนื่อยล้าเฉลี่ยแตกต่างจากกลุ่มคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ส่วนระดับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

Richardson and Ream (1997) ได้รับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรต่างๆ จำนวน 109 คน ผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยนำมาบรรเทาความเหนื่อยล้าบ่อยที่สุดซึ่งพบถึงร้อยละ 83.6 คือ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (เดินเล่น เปลี่ยนแปลงกิจกรรมทำกิจกรรมเบาๆ) อันดับที่ 2 คือ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ (เข้านอนเร็วขึ้น และ พักผ่อนเกือบตลอดทั้งวัน) พบร้อยละ 37 กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.5 รายงานว่าบรรเทาได้เกือบทั้งหมด ระดับความเหนื่อยล้าซึ่งรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและรบกวนกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<.05 กับกิจกรรมการดูแลตนเอง

Broeckel และคณะ (1998) ได้ทำการศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครบแล้ว จำนวน 61 คน และ ผู้หญิงที่ไม่มีประวัติโรคมะเร็งมีอายุเท่ากับกลุ่มแรก จำนวน 59 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่

ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีระดับความเหนื่อยล้าสูงกว่าผู้ไม่มีประวัติโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ และมีคุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากความเหนื่อยล้าที่ระดับ $<.05$ ความรุนแรงของความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี การมีอาการแสดงของภาวะหมดประจำเดือน และการใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม

Berger (1998) ได้ทำการศึกษาแบบแผนความเหนื่อยล้าความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับกิจกรรมและการพักผ่อนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 72 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับของความเหนื่อยล้าสูงสุดในช่วงกำลังได้รับการรักษาและลดต่ำลงในช่วงกลาง (cycle midpoint) ของการที่ได้รับเคมีบำบัด และความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับของการทำกิจกรรม (activity level) โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการทำกิจกรรมน้อยจะมีความเหนื่อยล้าได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมมาก ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตื่นบ่อยในตอนกลางคืนรวมถึงพบว่าระดับการทำกิจกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สูตรที่มีส่วนผสมของแอนดราซัยคลิน

Bower และคณะ (2000) ได้ทำการศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยช่วงปี 1994 -1997 จำนวน 1,957 คน ผลของการศึกษา พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง ซึ่งความเหนื่อยล้าที่มีความสัมพันธ์กับ ความเจ็บปวด ความซึมเศร้า และการรบกวนการนอนหลับ ระดับความเหนื่อยล้าจะเพิ่มมากขึ้นได้จาก อาการแสดงของการหมดประจำเดือน (menopausal symptom) และการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ความเจ็บปวด และความซึมเศร้า เป็นตัวพยากรณ์ความเหนื่อยล้าได้ดีที่สุด

Berger and Waiker (2001) ได้ทำการทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดใน 3 ชุดแรก จำนวน 60 คน โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงขณะทำการรักษาด้วยเคมีบำบัด (at treatment) และช่วงกลางของชุดเคมีบำบัด (at cycle midpoint) ผลการศึกษาพบว่าช่วงขณะทำการรักษา ความทุกข์ทรมานจากอาการ สูตรเคมีบำบัด และพฤติกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) มีอิทธิพลโดยตรงต่อความเหนื่อยล้า ส่วนปฏิริยาตอบสนองต่อการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางพฤติกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและผ่านทางความทุกข์ทรมานจากอาการและพฤติกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อความเหนื่อยล้า ส่วนปฏิริยาการตอบสนองต่อการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความเหนื่อยล้าผ่านทางพฤติกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

Cella และคณะ (2002) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซีด ไม่มีภาวะซีด และกลุ่มคนปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซีดจำนวน 2,369 คน ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีภาวะซีดจำนวน 113 คน และคนปกติจำนวน 1,010 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซีดสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซีดและกลุ่มคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ โดยพบว่าระดับคะแนนของทั้ง 3 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างชัดเจนและภายในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซีด ระดับของผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซีดซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ภาวะซีดเล็กน้อย 2) ภาวะซีดปานกลาง 3) ภาวะซีดรุนแรง สามารถพยากรณ์ระดับของความเหนื่อยล้าได้ที่ระดับ $<.001$

ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษีและคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาแบบแผนความเหนื่อยล้าปัจจัยเกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาในการนอนหลับและอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ ส่วนการออกกำลังพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า

เพียงใจ ดาโลปการ (2545) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 160 คน ผลการวิจัยสรุปว่า ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า คือ ความทุกข์ทรมานจากอาการและความซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ คือ คุณภาพการนอนหลับ พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคมและอายุ ส่วนระยะของโรค สูตรเคมีบำบัด ภาวะซีด และภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 74.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกง
มีลำดับขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

- 1.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
- 1.2 ประเมินประสบการณ์ความเหนื่อยล้าโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง
- 1.3 ประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า และผลกระทบจากความเหนื่อยล้า และการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าเป็นรายบุคคล

2. การให้ความรู้

- 2.1 ให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบจากความเหนื่อยล้า การจัดการกับอาการเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้า เช่นในเรื่อง การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร ผลกระทบจากการรักษา แบบแผนการพักผ่อน/นอนหลับ การทำกิจกรรม เป็นต้นและเพิ่มเติมในข้อมูลที่ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้หรือยังไม่เข้าใจ
- 2.2 ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนในการจัดการกับความเหนื่อยล้า
- 2.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือยังไม่เข้าใจ
- 2.4 ผู้วิจัยให้คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลับไปอ่านทบทวนและและวิดิทัศน์การฝึกชี่กงอย่างง่าย ทำกับผู้ป่วยไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน

3. ฝึกการบริหารกาย-จิตแบบชีกง

- 3.1 ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย
- 3.2 ฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบชีกงและมีการฝึกสาธิตย้อนกลับ
- 3.3 ฝึกทักษะการผ่อนคลายโดยเน้นเรื่องสมาธิให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์โดยตรงจากการฝึกด้วยตนเอง เพื่อให้มีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นในการปฏิบัติ
- 3.4 ให้การเสริมแรง เช่น การโทรศัพท์สอบถามอาการ การพูดให้กำลังใจ

4. การประเมินผล

- 4.1 ประเมินผลร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยหลังจากที่ได้นำความรู้ในการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปปฏิบัติ
- 4.2 ประเมินผลการปฏิบัติโปรแกรมและข้อมูลที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่และในสิ่งที่เป็ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ความเหนื่อยล้า

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง
2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า
3. ด้านร่างกายและจิตใจ
4. ด้านสติปัญญาอารมณ์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหาร กาย-จิต แบบชี่กงต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม O₁ _____ O₂ _____ O₃

กลุ่มทดลอง O₄ x O₅ _____ O₆

- X หมายถึง โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง
- O₁ หมายถึง การประเมินระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติก่อนการทดลอง
- O₂ หมายถึง การประเมินระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที
- O₃ หมายถึง การประเมินระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์
- O₄ หมายถึง การประเมินระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงก่อนการทดลอง
- O₅ หมายถึง การประเมินระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที
- O₆ หมายถึง การประเมินระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัด และอยู่ในระหว่างได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ไม่มีภาวะแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังกระดูกและอวัยวะอื่น และได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Radical Mastectomy (RM) หรือ Modified Radical Mastectomy (MRM) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่เลาะต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้และก้อนเนื้ออกออก และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 ราย ระหว่างวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ถึง วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2549

การศึกษานี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิด Central limited Theorem กล่าวคือ ในการวิจัยเชิงทดลอง เมื่อขนาดตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับหรือมากกว่า 30 การกระจายของข้อมูลที่เกิดขึ้นจะเข้าใกล้โค้งปกติ (Raymondo, 1999) และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมแบบ Radical Mastectomy (RM) หรือ Modified Radical Mastectomy (MRM)
2. หลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อ ด้วยเคมีบำบัด ในชุดที่ 1 และ ชุดที่ 2 ของการให้เคมีบำบัด
3. อายุระหว่าง 20-59 ปี
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พุดอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจโรคศัลยกรรม อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนจนครบจำนวน 20 คน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ทำการทดลองจนครบ 20 คน
2. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีความคุณสมบัติความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ซึ่งกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปีและการได้รับเคมีบำบัดที่เป็นสูตรเดียวกัน ดังนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปีทั้ง 20 คู่ และมีกลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีสูตร Antracycline จำนวน 11 คู่ และ Non - antracycline จำนวน 9 คู่

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

เนื่องจากโปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเริ่มโปรแกรมภายหลังผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม ทำให้ไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจะได้เคมีบำบัดทุกราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางการรักษาของแพทย์เจ้าของไข้ประกอบกับผลชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจ ดังนั้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนดจึงต้องมีเกณฑ์ในการคัดออก คือ

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด และผลการตรวจชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่นๆ
2. ผลการตรวจชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดพบว่าเป็นระยะเริ่มแรก ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้วินิจฉัยว่าไม่ต้องการการรักษาต่อด้วยยาเคมีบำบัด

ในการทดลองนี้มี 3 รายหลังจากได้เริ่มโปรแกรมไปแล้ว ผู้วิจัยจึงต้องทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 3 ราย ด้วยขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดิม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การศึกษาวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องให้เหตุผล หรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลส่วนตัวในแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมาเร็งเต้านมและการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาของโรค สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ผลการตรวจเลือด Hb WBC ก่อนการมารับเคมีบำบัด ในส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper Fatigue Mode (Piper et al.,1998) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งการประเมินความเหนื่อยล้าเป็น 4 ด้านคือ 1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7-11 3) ด้านร่างกายและจิตใจจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12-16 4) ด้านสติปัญญา / อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17-22 โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric scale) โดยปลายสุดทางด้านซ้ายและขวาจะถูกกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่เลย” และด้านขวาสุดหมายถึง “มากที่สุด” การประเมินระดับความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำ คะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อ คำถามทั้งหมด 22 ข้อ จะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า โดยคะแนนมากหมายความว่ามีความเหนื่อยล้ามาก คะแนนน้อยหมายความว่ามีความเหนื่อยล้าน้อย

Piper แบ่งความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ระดับ (Piper, 2002) ดังนี้คือ 1) ไม่มี ความเหนื่อยล้ามีคะแนน 0 คะแนน 2) ความเหนื่อยล้าเล็กน้อย = 0.01 - 3.99 3) ความเหนื่อยล้าปานกลางมีคะแนน = 4 - 6.99 และ 4) ความเหนื่อยล้ามากมีคะแนน = 7 - 10

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดความเหนื่อยล้า ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย เพ็ญใจ ดาโลปการ (2545)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การหาความตรงตามเนื้อหา สำหรับแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในครั้งนี้เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper, et al. (1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพ็ญใจ ดาโลปการ (2545) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index ,CVI) เท่ากับ .94

2. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและมีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตแบบซิงกของ นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง โปรแกรมนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมมีดังนี้ คือ

2.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบจำลองการจัดการกับอาการ การให้ความรู้ การดูแลแบบผสมผสาน การฝึกซิงกจากสถานที่ต่างๆ

2.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลเพิ่มเติม มากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ ในมุมมองของผู้ป่วยเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมการรักษาที่ได้รับ สาเหตุ และผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตแบบซิงกในการบรรเทาความเหนื่อยล้า จาก ผู้ป่วยก่อนเนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักจะเคยผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาบ้างแล้วดังนั้นการให้ความรู้จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ โดยผู้วิจัยจะถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วยก่อน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความสนใจในทุกข์สุขของตน ทำให้เกิดความไว้วางใจและนับถึงในตัวผู้วิจัยมากขึ้น ช่วยให้การสอนและการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การ

รักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบของการเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกายจิตแบบซิงก โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยในแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจร่วมกับให้คู่มือการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดให้กับผู้ป่วยได้กลับไปอ่านทบทวนแล้วกลับไปปฏิบัติต่อบ้าน รวมทั้งวีดิทัศน์การฝึกปฏิบัติซิงกอย่างง่าย 4 ท่า

ขั้นตอนที่ 3 การบริหารกาย-จิตแบบซิงก ผู้วิจัยพูดคุยและประเมินผลที่ผู้ป่วยได้รับจากการปฏิบัติตัวในการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นและเริ่มทำการฝึกปฏิบัติ โดยเริ่มตั้งแต่การฝึกหายใจโดยใช้กระบังลม ท่าเตรียมที่ก่อนบริหารกาย-จิตแบบซิงก การเคลื่อนไหวของร่างกายที่สัมพันธ์กับลมหายใจโดยสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติและผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วยรวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องของการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไรมีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้นเพื่อร่วมกับวางแผนในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ร่วมวิจัย

2.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอนเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยสื่อที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในโปรแกรมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 แผนการสอนเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การจัดการกับความเหนื่อยล้า และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านมการรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้า สาเหตุของความเหนื่อยล้า ผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ และ การบริหาร กาย-จิต แบบซิงก

2.3.2 คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีเนื้อหาสาระสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้นในเรื่อง โรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้า สาเหตุของความเหนื่อยล้า ผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ และการบริหารกาย-จิตแบบซิงก เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองกระทำโดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แผนการสอน และคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อช่วยตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน คือ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก) ซึ่งประกอบไปด้วย

1. อาจารย์แพทย์ศัลยกรรม ผู้ชำนาญในการผ่าตัดเต้านมจำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเคมีบำบัดประจำคลินิกโรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน
4. อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดในด้านการดูแลแบบผสมผสาน จำนวน 1 ท่าน
5. พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลผู้ใหญ่และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 ท่าน
6. จิตแพทย์กรมสุขภาพจิตผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการบริหารกายจิตแบบชี่กง จำนวน 1 ท่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 7 ท่านตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม และความสอดคล้องความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้กับเนื้อหา

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้ คือ

1. ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ทั้งในแผนการสอนและในคู่มือให้ง่ายต่อการเข้าใจ แก้ไขเนื้อหาโดยลดเนื้อหาบางส่วนที่ซ้ำซ้อนออก ในการสอนไม่จำเป็นที่จะต้องสอนเนื้อหาทั้งหมดกับผู้ป่วย ให้ประเมินความรู้อื่นและประสบการณ์การจัดการอาการของผู้ป่วยและให้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังขาดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย คู่มือให้เน้นรูปภาพ ให้ดูเข้าใจง่ายขึ้น
2. ให้เพิ่มขึ้นตอนการสาธิตต่างๆในขณะให้ความรู้ เพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพได้ง่าย เช่น การหายใจโดยใช้กระบังลม จะเป็นลักษณะหายใจเข้าท้องพองหายใจออกท้องยุบ
3. ปรับขึ้นตอนการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมบางส่วน โดย
 - 3.1 การดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ไม่ควรเกิน 30 นาทีจะทำให้

กลุ่มตัวอย่างเกิดความเบื่อหน่าย ควรแบ่งเนื้อหาเป็น 2 ตอนในเรื่องการจัดการกับอาการและการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

3.2 การติดตามกลุ่มตัวอย่าง ควรเพิ่มการติดตามในขณะดำเนินการทดลอง โดยการโทรศัพท์เยี่ยม เพื่อสอบถามปัญหาที่เกิด การจัดการกับอาการ รวมถึงการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซิงกและความสม่ำเสมอในการฝึกปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

การศึกษานำร่อง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วย ระยะเวลา และ ความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และ แบบบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวนครั้งในการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าของสายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ถูกผิด ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80%แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากโรคและการรักษาที่ได้รับ แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย ตอบแบบทดสอบความรู้ได้คะแนนสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้มากกว่า ร้อยละ 80 ทุกราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ผ่านการทดสอบความรู้ด้วยคะแนนร้อยละ 100 จำนวน 13 ราย ร้อยละ 95 จำนวน 4 ราย ร้อยละ 85 จำนวน 3 ราย

3.2 แบบบันทึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ที่ผู้วิจัยสร้าง ไว้ในส่วนตัวของคู่มือ เพื่อติดตามการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำมาวิเคราะห์ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ฝึก

ปฏิบัติซึ่งครบตามที่กำหนด คือ 3-4 ครั้ง / สัปดาห์ เนื่องจากเป็นระยะเวลาการฝึกซึ่งก่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการทดลองพบว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามที่ให้คำแนะนำไป โดยตรวจสอบจากวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าหลังได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งตรวจสอบความถี่ ของการฝึกปฏิบัติได้ถูกต้องตรงกับคำแนะนำที่ให้ในโปรแกรมหรือไม่ โดยผลที่วิเคราะห์ได้จะนำไปเป็นส่วนของการอภิปรายผลการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการ

เริ่มตั้งแต่วันที่ 14 ธันวาคม 2548 ถึง 8 เมษายน 2549 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนเตรียมผู้วิจัย ขั้นตอนเตรียมการทดลอง และ ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมผู้วิจัย

การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในการเป็นผู้ให้ความรู้ ในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านมและความเหนื่อยล้า โดยการศึกษา ค้นคว้าจากตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการฝึก ทักษะบริหารแบบซึ่งกโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการปฏิบัติซึ่งก โดยการทำการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกบริหารแนวซึ่งก เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและเหมาะสม และ เตรียมความพร้อมเพื่อที่จะนำซึ่งกไปฝึกให้กับผู้ป่วย โดยการเข้าร่วมการฝึกซึ่งกกับ นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบริหารแนวซึ่งกที่กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

1.2 ผู้วิจัยขอคำแนะนำจาก อาจารย์ หยาง เผย ซิน ผู้เชี่ยวชาญในการฝึกซึ่งกพลัง จักรวาล ที่ตึกกมลสุโกศลชั้น 15 ถนนสีลม

1.3 ผู้วิจัยเข้ารับการฝึกอบรมซึ่งก จากโครงการสุขภาพของหนังสือพิมพ์ผู้จัดการ ที่ บ้านเจ้าพระยา เป็นเวลา 3 วัน

1.4 ผู้วิจัยเรียนการฝึกซึ่งกกับอาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมคือ รศ.ดร.สุวิพร ธนศิลป์ เพื่อ คัดเลือกท่าที่ใช้ในการฝึกให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการทดลอง โดยได้เลือกใช้ การบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกแนวของนายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง เพราะเป็นท่าที่ฝึกได้ง่าย จำนวนท่าที่ ใช้ฝึกมีเพียง 4 ท่าเหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม โดยเป็นการเตรียมร่างกายด้วยการบริหาร

ทั้งกาย-จิตให้พร้อมเมื่อผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดจะสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในส่วนนี้เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการรักษาได้

2. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

2.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัย พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจาก คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเสนอโครงร่างการวิจัย พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ต่อคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ตึกผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม หอตรวจโรคศัลยกรรมและหน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลรามาธิบดี

2.3 เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยทั้งสองสถาบัน และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขอความร่วมมือแจ้งหน่วยต่างๆ ที่ต้องไปเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม หัวหน้าตึกผู้ป่วยใน และ หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด เพื่อชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4 ประสานงานกับพยาบาลหอตรวจโรคศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม และหน่วยเคมีบำบัดชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทราบ เกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกง

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง

เริ่มตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2549 ถึง 8 เมษายน 2549 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อกับผู้ป่วยที่หอตรวจโรคศัลยกรรม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเองแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. หลังจากได้รับความร่วมมือ และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการของตึกศัลยกรรม และหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งให้คำแนะนำทั่วไปในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาและการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษา การให้คำแนะนำและให้ความรู้จะเป็นการให้แบบรายกลุ่มต่อผู้ป่วยจำนวนมากหรือพร้อมกันหลายๆคน ส่วนการให้ความรู้เรื่องโรค การดูแลที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นไปในลักษณะตอบคำถาม และอธิบาย ข้อสงสัยตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน กลุ่มควบคุมจะได้คู่มือการปฏิบัติตัวจำนวน 3 เล่ม ขณะเข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม มีรายละเอียดคือ เล่มที่ 1 การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด เล่มที่ 2 การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเต้านม เล่มที่ 3 การปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล และเมื่อมารับเคมีบำบัดที่แผนกเคมีบำบัด กลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับเคมีบำบัด เป็นเล่มที่ 4 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเองจากนั้นประเมินระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าโดยให้ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ประเมินความเหนื่อยล้า (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

ครั้งที่ 2 ประเมินความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที

ครั้งที่ 3 ประเมินความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยได้แนะนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก พร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก และ วีดีทัศน์การฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก 4 ท่าแก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมทุกราย

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับข้อมูล เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยด้วยตนเอง กลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือการปฏิบัติตัว 3 เล่มขณะเข้ารับการรักษาที่แผนกศัลยกรรม และได้รับคู่มืออีก 1 เล่มที่แผนกเคมีบำบัดเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

2. จากนั้นประเมินระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า(Pre-test) โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความเหนื่อยล้า

3. ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมี

บำบัด โดยบูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ ของ Dodd, et al. (2001) ร่วมกับการฝึกบริหารแนวซีก และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรม ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย การให้ความรู้ การบริหารกาย-จิตแบบซีก และการประเมินผล

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซีกในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ผู้ป่วยเข้าพักในตึกผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม (15 นาที)

ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเริ่มด้วยการแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอม และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลไว้ จากนั้นผู้วิจัยประเมินประสบการณ์ความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้า การจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ของการจัดการกับความเหนื่อยล้า นั้น หลังจากนั้นทำการประเมิน ความรู้ความเข้าใจและความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับ สาเหตุและผลกระทบจากความเหนื่อยล้า โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยขาดและต้องการจะเรียนรู้ ใช้เวลา 15 นาที

จากการดำเนินการทดลองครั้งนี้ กลุ่มทดลองส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน การประเมินความเหนื่อยล้าจึงเป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดกับบุคคลทั่วไป ถึงแม้ว่าจะรู้สึกกังวลกับโรค แต่เมื่อได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด กลุ่มทดลองจะรู้สึกปลอดภัย มีความหวังว่าผลข้างเคียงหลังการผ่าตัดจะไม่มีอาการแพร่กระจาย ถึงกับต้องรับการรักษาต่อยังเคมีบำบัด ในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ จึงต้องประเมิน กลุ่มทดลองด้วยความระมัดระวังในเรื่องข้อมูลที่ให้ เพราะอาจสร้างความวิตกกังวลให้กลุ่มทดลองมากขึ้น

ครั้งที่ 2 หลังผ่าตัดวันแรก (30 นาที)

ให้โปรแกรมการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซีก

1. ผู้วิจัยให้ความรู้ตามแนวทางการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ซึ่งประกอบด้วยลักษณะของโรคมะเร็งเต้านม อาการเหนื่อยล้า การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การบริหารกาย-จิตแบบซีก การคงไว้ซึ่งพลังงานของร่างกายและการทำงานที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรักษาและการใช้ยา รวมถึงการป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด การจัดการกับเหนื่อยล้า และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ

2. อธิบายความรู้พื้นฐานและประโยชน์ของซึ่ก เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับการฝึกซึ่ก กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการฝึกซึ่กโดยเริ่มจากการฝึกการหายใจที่ถูกต้องวิธี คือหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม ในการให้ความรู้ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สื่อวีดิทัศน์การฝึกซึ่กแบบง่าย 4 ท่า ของนายแพทย์ เทิดศักดิ์ เดชคง ร่วมด้วยโดยแบ่งเนื้อหาบทนำ ประโยชน์ของการฝึกซึ่ก การฝึกการหายใจ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามข้อสงสัย และลองฝึกปฏิบัติ

การดำเนินการทดลองในครั้งนี้ กลุ่มทดลองมีความสนใจในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก แต่บางรายมีความกังวลกับการหายใจ ที่เน้นการมีสมาธิ ซึ่งเมื่อแนะนำการฝึกหายใจโดยหายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ โดยให้กลุ่มทดลองฝึกในท่านอน กลุ่มทดลองสามารถทำได้ทุกราย ส่วนท่าบริหารที่ใช้แขน หลังผ่าตัดเต้านม ต้องบริหารในท่าที่การพยาบาลปกติให้คำแนะนำจึงนำมาเป็นส่วนที่เน้นให้เห็นถึงประโยชน์ของการฝึก เพื่อให้เกิดพลัง การไหลเวียนในร่างกาย และเมื่อฝึกแล้ว จะได้ความรู้สึกผ่อนคลายด้วย

ครั้งที่ 3 ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน (30 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง
2. สาธิตการบริหารแนวซึ่ก โดยผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์การฝึกซึ่กอย่างง่าย 4 ท่าให้กลุ่มทดลองดูก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตให้กลุ่มทดลองดู
3. เริ่มทำการฝึกบริหารกาย-จิตแนวซึ่กร่วมกับผู้วิจัย โดยเน้นการฝึกหายใจก่อน แล้วฝึกท่า โดยการเคลื่อนไหวแขนที่สัมพันธ์กับการหายใจ ซึ่งมีทั้งหมด 4 ท่า ในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่กตามโปรแกรมนี้ การยกแขนในแต่ละท่า แนะนำให้ กลุ่มทดลองปฏิบัติเท่าที่ทำได้ เพราะกลุ่มทดลองอาจจะยังเจ็บแผลผ่าตัดเต้านมอยู่หลังจากฝึกเสร็จเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และให้กำลังใจกลุ่มทดลองในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่กในการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการเตรียมร่างกายและจิตใจให้เข้มแข็ง ในการรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อไป เมื่อกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติแล้วพบอุปสรรค ปัญหา หรือมีข้อสงสัยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ทันที
4. ผู้วิจัยแจกคู่มือ การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแก่กลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติที่บ้านโดยแนะนำให้กลุ่มทดลองฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่กเป็นประจำทุกวันในช่วงเช้า พร้อมทั้งแจกแบบบันทึกสำหรับบันทึกการฝึกซึ่กและบันทึกการเกิดอาการเหนื่อยล้า เพื่อติดตามผลและปัญหาที่เกิดจากการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก
5. นัดหมายวันที่ผู้วิจัยจะพบกลุ่มทดลองในวันที่มารับการตรวจหลังผ่าตัด

การทดลองครั้งนี้ กลุ่มทดลองสนใจและต้องการฝึก ผู้วิจัยให้ความมั่นใจกับกลุ่มทดลอง และเมื่อเกิดปัญหา กลุ่มทดลองสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ทันที

ครั้งที่ 4 การเสริมแรงให้กำลังใจทางโทรศัพท์วันที่ 5 หลังผ่าตัด (10 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง สอบถามอาการต่างๆหลังผ่าตัด แผลผ่าตัด การดูแลตนเองและสอบถามความสม่ำเสมอขั้นตอนในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก ขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองบันทึกความสม่ำเสมอและท่าที่ใช้ในการฝึก รวมทั้งระยะเวลาที่ฝึก และปัญหาจากการฝึกปฏิบัติ

2. ผู้วิจัยเน้นประโยชน์ของการบริหารกาย-จิตแบบซิงกและให้กำลังใจเสริมแรงเพื่อให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติ

การทดลองครั้งนี้ มีกลุ่มทดลอง 1 รายที่รายงานผลว่า ฝึกซิงกโดยยกแขนมากเกินไป และฝึกแบบหักโหม จึงมีน้ำเหลืองไหลออกมารอบๆแผลผ่าตัดด้านม ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ฝึกบริหารแขนเท่าที่ทำได้ และเน้นให้กลุ่มทดลองฝึกหายใจให้ถูกวิธีมากกว่า รวมทั้งขณะฝึก ต้องผ่อนคลาย การฝึกจึงจะได้ผล ซึ่งนำมาปรับใช้กับกลุ่มทดลองทุกคน เพราะการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกตามโปรแกรมนี้เป็นการป้องกัน และส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีศักยภาพในการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 5 วันมาพบแพทย์ตามนัด ประมาณ 2 อาทิตย์หลังผ่าตัด (30 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายด้วยท่าที่เป็นกันเอง

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาต่างๆที่พบ จากการฝึกปฏิบัติ และขอตรวจสอบแบบบันทึกของกลุ่มทดลองเพื่อติดตามความสม่ำเสมอในการฝึกซิงกและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ

3. นัดหมายวันที่ผู้วิจัยจะพบกลุ่มทดลองในวันที่มารับเคมีบำบัดชุดที่ 1

การทดลองในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลระหว่างรอรับการตรวจ เนื่องจากสถานที่ห้องตรวจโรคศัลยกรรมค่อนข้างแออัด ผู้วิจัยจึงขออนุญาตเชิญกลุ่มทดลองไปบริเวณห้องรอตรวจ ที่ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าห้องตรวจโรคศัลยกรรมแล้ว ในการพบกับกลุ่มทดลองเพื่อสอบถามและดูบันทึกการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งอยู่ท้ายเล่มคู่มือ และให้กลุ่มทดลองฝึกซิงก 4 ท่าให้ผู้วิจัยดู ผู้วิจัยจะแนะนำเมื่อกกลุ่มทดลองฝึกไม่ถูกต้อง โดยร่วมฝึกกับกลุ่มทดลอง การทดลองในครั้งนี้กลุ่มทดลอง 2 รายที่ยังมีความกังวลในการเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กับการหายใจ เมื่อได้รับการฝึกพร้อมกัน กลุ่มทดลองทั้ง 2 รายมีความมั่นใจในมากขึ้น และสามารถทำได้ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้สิทธิในการรักษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

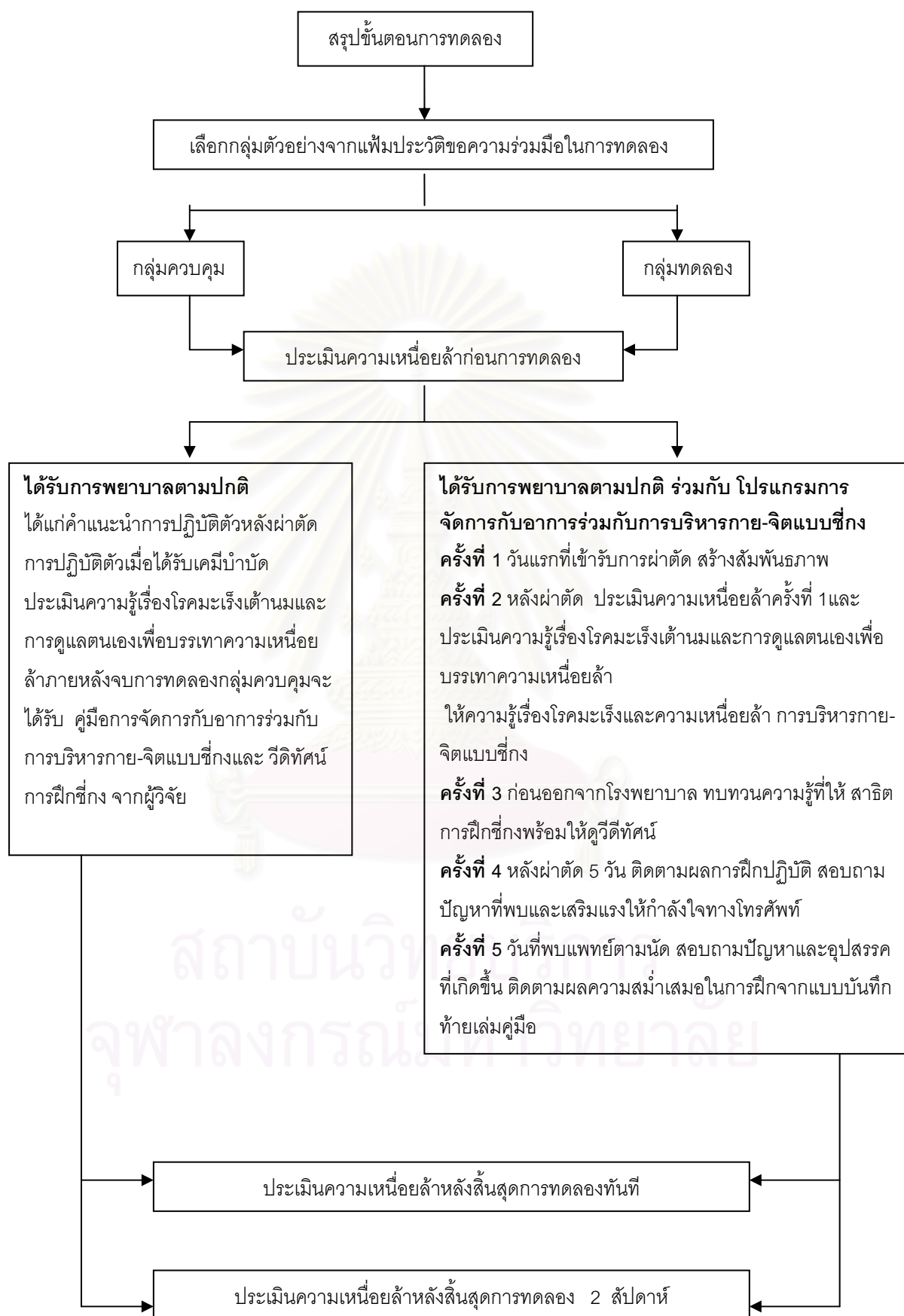
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

3. เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองด้วยสถิติ independent t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองทันที และภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้สถิติ independent t-test

อย่างไรก็ตาม หากพบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนความเหนื่อยซ้ำของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันทางสถิติ การเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยซ้ำหลังการทดลอง จะวิเคราะห์โดยใช้ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance ANCOVA) และใช้ระดับความเหนื่อยซ้ำก่อนการทดลอง (Pre-test) เป็นตัวแปรร่วม Concomitant variable ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบที่กึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งเข้ารับการรักษาทันทีในหน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก อายุกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยกำหนดให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ ที่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี และได้รับเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้คือ

- ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิในการรักษา

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
31-35 ปี	1	5	2	10	3	7.5
36-40 ปี	1	5	4	20	5	12.5
41-45 ปี	7	35	3	15	10	25
46-50 ปี	3	15	6	30	9	22.5
51-55 ปี	5	25	3	15	8	20
56-60 ปี	3	15	2	10	5	12.5
สถานภาพสมรส						
โสด	5	25	4	20	9	22.5
คู่	12	60	13	65	25	62.5
หม้าย	1	5	2	10	3	7.5
หย่า/แยกกันอยู่	2	10	1	5	3	7.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	3	15	7	35	10	25
มัธยมศึกษา	5	25	3	15	8	20
ปริญญาตรี	10	50	9	45	19	47.5
สูงกว่าปริญญาตรี	2	10	1	5	3	7.5

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิในการรักษา

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ข้าราชการ	7	35	7	35	14	35
รับจ้าง	2	10	4	20	8	20
เกษตรกร	4	20	2	10	4	10
แม่บ้าน	7	35	7	35	14	35
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่า 5,000 บาท	3	15	4	20	7	17.5
5,001-10,000 บาท	2	10	4	20	6	15
10,001-15,000 บาท	0	0	3	15	3	7.5
15,001-20,000 บาท	2	10	2	10	4	10
มากกว่า 20,000 บาท	13	65	7	35	20	50
สิทธิการรักษา						
ต้นสังกัด	9	45	10	50	19	47.5
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3	15	1	5	4	10
ประกันสังคม	2	10	2	10	4	10
ประกันชีวิต	0	0	1	5	1	2.5
ชำระเงินเอง	6	30	6	30	12	30

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน พบว่า หนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 25) มีอายุระหว่าง 41-45 ปี รองลงมาคืออายุระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.5) มีสถานภาพสมรสคู่ เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.5) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี อาชีพส่วนใหญ่คือ รับราชการและแม่บ้านในอัตราเท่ากัน คือ ร้อยละ 35.0 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง มากกว่า 20,000 บาท สำหรับสิทธิในการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47.5 มีสิทธิในการรักษา โดยเบิกจากต้นสังกัด

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะของโรค และ สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ

ลักษณะข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรค						
ระยะที่ 1	0	0	1	5	1	2.5
ระยะที่ 2	10	50	12	60	22	55
ระยะที่ 3	10	50	7	35	17	42.5
สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ						
Non -antracycline	9	45	9	45	18	45
Antracycline	11	55	11	55	22	55

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 ในด้านการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55 ได้รับเคมีบำบัดสูตร Antracycline รองลงมาคือ ร้อยละ 45 ได้รับเคมีบำบัดสูตร Non - antracycline

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 ตารางค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการทดลอง

ความเหนื่อยล้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ก่อนทดลอง	4.41	1.50	3.49	1.32
หลังสิ้นสุดการทดลองทันที	6.46	1.79	5.54	1.63
หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์	6.65	2.02	4.02	1.12

ตารางที่ 3 ระดับความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาต่างกันคือ ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า คะแนนความเหนื่อยล้าของทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองต่างกัน หลังสิ้นสุดการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม = 6.46 หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้า = 6.65 คือเพิ่มมากกว่าคะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ส่วนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลองทันที = 5.54 และคะแนนเฉลี่ยระดับความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ = 4.02

การที่คะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดการทดลอง ของกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนการทดลอง อาจมีสาเหตุจาก การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ดังนั้น การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการจึงสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และการประเมินความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลอง เป็นการประเมินทันที กลุ่มตัวอย่างยังไม่มี การปรับตัว แต่เมื่อประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 3 หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก มีความเหนื่อยล้า น้อยกว่าหลังสิ้นสุดการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูล	\bar{X}	SD	df	t	P-value
ระดับความเหนื่อยล้า					
กลุ่มควบคุม	4.4114	1.50	38	2.051*	.025
กลุ่มทดลอง	3.4909	1.32			

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นในการเปรียบเทียบความแตกต่างความเหนื่อยล้าของทั้งสองกลุ่ม หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ จึงใช้ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Covariance: ANCOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยใช้คะแนนความเหนื่อยล้า ก่อนการทดลองเป็น Concomitant variable

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระหว่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

Source of variation	Sum of squares	Degree of freedom	Mean square	F- test	P-value
คะแนนความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลองทันที					
Contrast	4.952	1	4.952	1.748	.194
Error	104.791	37	2.832		

จากตารางที่ 5 ภายหลังจากการศึกษาพบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความเหนียวล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยมีค่าความเหนียวล้าหลังผ่าตัดก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

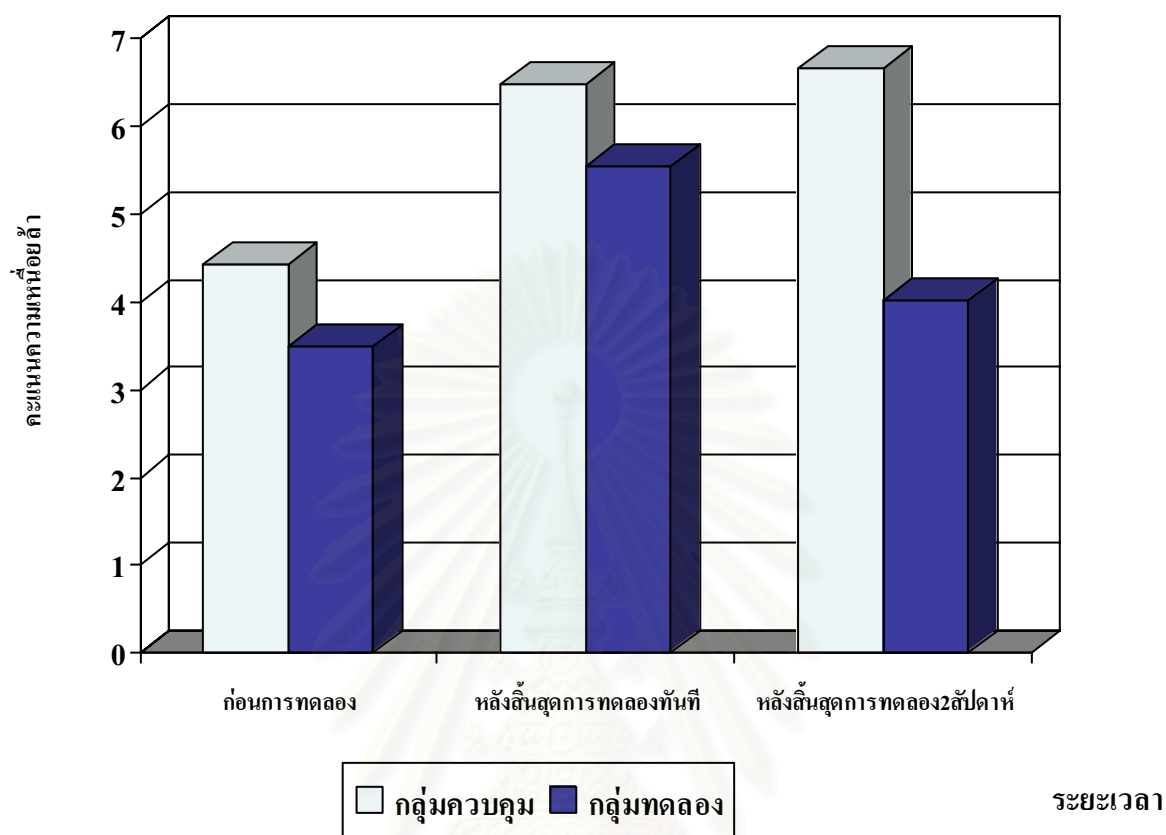
Source of variation	Sum of squares	Degree of freedom	Mean square	F- test	P-value
คะแนนความเหนียวล้าหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์					
Contrast	43.765	1	43.765	13.859	.001*
Error	116.838	37	3.158		

*P< .05

จากตารางที่ 6 ภายหลังจากการศึกษา พบว่า เมื่อมีการปรับคะแนนความเหนียวล้าก่อนการทดลองให้เท่ากันทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีความเหนียวล้าภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

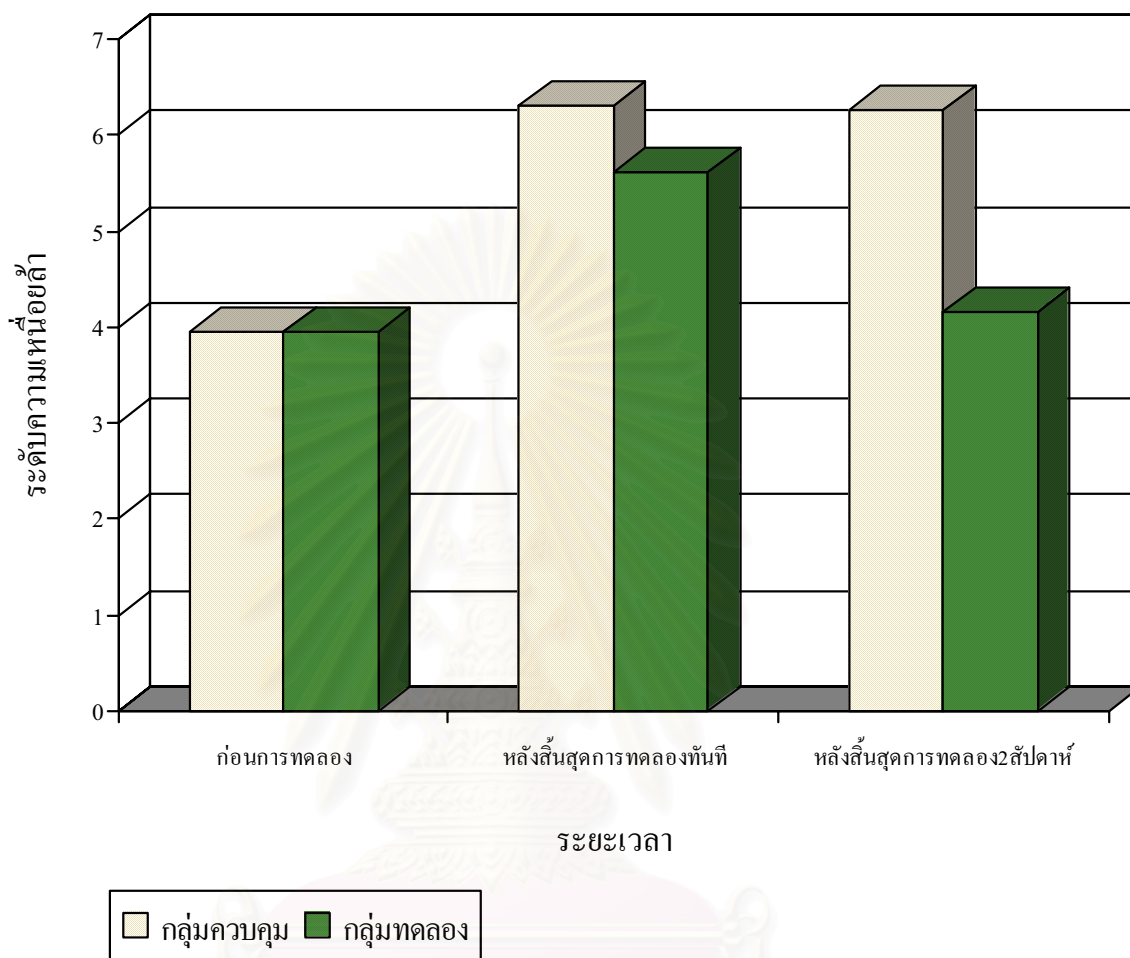


จากภาพแสดงคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าที่ปรับค่าโดยนำเอาคะแนนความเหนื่อยล้าก่อนการทดลองมาเป็นตัวแปรร่วม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาต่างกัน คือ

- คะแนนความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 ประเมินก่อนการทดลอง
- คะแนนความเหนื่อยล้าครั้งที่ 2 ประเมินหลังสิ้นสุดการทดลองทันที
- คะแนนความเหนื่อยล้าครั้งที่ 3 ประเมินหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เมื่อปรับคะแนนความเหนื่อยล้าก่อนการทดลองให้เท่ากันทั้งสองกลุ่ม



ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่กมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control groups design) โดย

- | | | |
|-------------|-----|--|
| กลุ่มควบคุม | คือ | ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ |
| กลุ่มทดลอง | คือ | ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์และได้รับการพยาบาลตามปกติ |

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิตแบบซิงก์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิตแบบซิงก์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลองทันที กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ จะมีความเหนื่อยล้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ จะมีความเหนื่อยล้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยนี้คือ ผู้ป่วยเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการผ่าตัด และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด อายุระหว่าง 20 - 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังกระดูกและอวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย ภายหลังได้รับการผ่าตัด เต้านมแบบ Radical Mastectomy (RM) หรือ Modified Radical Mastectomy (MRM) อยู่ระหว่างได้รับการรักษาและได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 40 รายที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวและการรักษาต่อด้วยยาเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2549 ถึงวันที่ 8 เมษายน 2549 แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติการเลือกเข้า (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมแบบ Radical Mastectomy (RM) หรือ Modified Radical Mastectomy (MRM)
2. ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อ ด้วยเคมีบำบัด ในชุดที่ 1 และชุดที่ 2
3. อายุ ระหว่าง 20 - 59 ปี
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูด อ่าน และ เขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจโรคศัลยกรรม อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนจนครบ จำนวน 20 คน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จนครบ 20 คน
2. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีความคุณสมบัติความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ซึ่งกำหนดให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปีและการได้รับเคมีบำบัดที่เป็นสูตรเดียวกัน ดังนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ทั้ง 20 คู่ และมีกลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีสูตร Antracycline จำนวน 11 คู่ และ Non - antracycline จำนวน 9 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิดคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา
- 1.3 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2.2 แผนการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2.3 คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลสำหรับผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นคู่มือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล โดยมีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการสอน

2.4 วีดิทัศน์ การฝึกบริหารซิงเกิ้ลแบบง่าย 4 ท่า โดยนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำมาเผยแพร่ในการทำวิจัยได้

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบทดสอบความรู้ เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

3.2 แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลซึ่งเป็นบันทึกอยู่ท้ายเล่มคู่มือ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลที่ห้องตรวจโรคศัลยกรรม และหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามารินทร์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ระยะเวลา และกระบวนการของโปรแกรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดย

จับคู่ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเหนื่อยล้า ในด้านอายุ และสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

2. ประเมินระดับความเหนื่อยล้าหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากนั้นจึงประเมินระดับความเหนื่อยล้าหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลอง

3. ดำเนินการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อรับเคมีบำบัด และได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับเคมีบำบัด โดยได้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินระดับความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากการรักษาที่ได้รับ

กลุ่มทดลอง ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความเหนื่อยล้าก่อนการทดลอง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากการรักษาที่ได้รับและได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก จำนวน 5 ครั้ง

4. ประเมินระดับความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์

3. เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ independent t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และใช้ระดับความเหนื่อยล้าก่อนการทดลอง (Pre - test) เป็นตัวแปรร่วม Concomitant variable ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก มีความเหนื่อยล้าไม่แตกต่างกันทางสถิติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก จะมีความเหนื่อยล้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามสมมติฐานของการวิจัยดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลองทันที กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก จะมีความเหนื่อยล้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

โปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่เตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าหลังได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มยังไม่มีประสบการณ์ความเหนื่อยล้าและผลข้างเคียงที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน ทำให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีไม่แตกต่างกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและเมื่อได้รับเคมีบำบัดจากพยาบาลประจำการ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก เป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย โปรแกรมนี้เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล เพื่อผ่าตัดเต้านม ซึ่งจะได้รับความรู้ โดยการสอนประกอบคู่มือในเรื่องของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับสาเหตุและผลกระทบ ของความเหนื่อยล้า รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยคำนึงถึงประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าจากมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง และความ ต้องการในเรื่องการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของตัวผู้ป่วยเอง รวมถึงวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้า และผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการกับความเหนื่อยล้า นั้น ให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและซักถามในสิ่งที่สงสัย

หรือต้องการจะทราบเพิ่มเติม การวิจัยครั้งนี้จากการสอบถาม พบว่าผู้ป่วยอธิบายลักษณะของ ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในลักษณะต่างๆ กัน โดยส่วนใหญ่อธิบายว่า เป็นอาการอ่อนเพลีย ล้า หมดแรง โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีประสบการณ์ ความเหนื่อยล้าจากการได้รับยาเคมีบำบัด มาก่อน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ด้านร่างกาย มะเร็งเป็นโรคของเซลล์ที่มีความผิดปกติอยู่ที่ ดีเอ็นเอ (DNA) ซึ่งเป็นสารทางพันธุกรรม ทำให้มีการเจริญที่ผิดปกติและแพร่กระจายไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ การรักษาด้วยเคมีบำบัดจึงมีความสำคัญอย่างมาก โดยเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาหรือได้รับการฉีด ยาเข้าทางหลอดเลือดดำ ยาเคมีบำบัดจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดแล้วกระจายไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นเซลล์ในร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วเช่น เซลล์มะเร็งก็จะถูกหรือเก็บยานี้ไว้ มีผล ทำให้หยุดการแบ่งตัวของเซลล์ ในที่สุดเซลล์มะเร็งจะถูกทำลาย ยาเคมีบำบัดจะทำลายหรือมีผล ต่อเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ไขกระดูก เซลล์อวัยวะระบบทางเดินอาหาร ระบบ สืบพันธุ์และรากชุมชน ทำให้สามารถพบอาการแสดงทางร่างกายได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบของเยื่อต่างๆ มีความผิดปกติที่เส้นผมหรือขน เช่น ผมร่วง มีอาการคล้ายคนหมด ประจำเดือน เหนื่อยล้า โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านมมัก พบอาการข้างเคียงดังนี้ อาการคลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบของเยื่อช่องปาก การทำงานของ ระบบไขกระดูกถูกกด ทำให้มีการลดจำนวนของเม็ดเลือดแดงหรือโลหิตจาง ผู้ป่วยจะมีอาการปวด ศีรษะ มึนงง เหนื่อยง่าย การเปลี่ยนแปลงของเส้นผมหรือขน เคมีบำบัดแต่ละชนิดจะทำให้เส้นผม ร่วงต่างกันตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงร่วงหมด มีการเพิ่มของน้ำหนักตัว การเปลี่ยนแปลงของการมี เพศสัมพันธ์ ระบบประสาทส่วนกลางถูกทำลาย ทำให้ขาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า กล้ามเนื้อ อ่อนแรง ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีความกดดันทางด้านจิตใจ เมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็งและมี อาการแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า กังวล โกรธ กลัว รู้สึก ไม่แน่นอนและตามด้วยการไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลแต่ละครั้งที่ต่างกัน และความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษา และจากผลข้างเคียงต่างๆ ของเคมีบำบัด ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วย เช่น อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง สภาพร่างกายและการทำ หน้าที่ของร่างกาย เปลี่ยนแปลงไป ด้านสังคม ผู้ป่วยอาจแยกตนเองออกจากผู้อื่น เนื่องจากมี ความรู้สึกที่ตนเองเป็นที่น่ารังเกียจจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น และ กระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัวจากการทำงานของผู้ป่วยถูกรบกวนและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการ รักษา นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์จากผลข้างเคียงของยาอาจส่งผลกระทบต่อ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสได้

สำหรับในทัศนะของแบบจำลองการจัดการกับอาการ คือ ประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งเป็น การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการโดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่อ อาการ นำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคามและผลของอาการต่อชีวิต ประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย 1) การรับรู้การมีอาการ หมายถึง การที่บุคคลแปลความ ผ่านกระบวนการคิดของตัวเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือปฏิบัติ จะมีการ เปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลหรือ การรักษาที่ได้รับ ซึ่งถ้าการรับรู้สอดคล้อง ตรงกับการจัดการก็จะเป็นความขัดแย้งเกิดขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงกับปัญหา ที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Koenig, 1999 cited in Dodd, et al., 2001: 672) 2) การประเมินอาการ หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ รวมทั้งประเมิน ภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ 3) การตอบสนองต่ออาการ เป็นการตอบสนองทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคม และพฤติกรรม มีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการและ การตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว

ในการประเมินระดับความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลองทันที พบว่า คะแนนความ เหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แม้ว่าโปรแกรมนี้เป็นโปรแกรมที่ เตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าหลังได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มยังไม่มีประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน และยังไม่ได้ นำกลวิธีมาใช้ในการจัดการกับอาการ ทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาคือความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการ ทดลองทันที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แม้ว่ากลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมตามการอธิบายข้างต้น แต่ประสบการณ์การได้รับยาเคมีบำบัดของทั้งกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมที่ไม่เคยมีมาก่อน เป็นประสบการณ์ครั้งแรก และเป็นการประเมินทันทีหลังรับยาเคมี บำบัด ทำให้ระดับความเหนื่อยล้าของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

สมมติฐานข้อที่ 2 ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลัง สิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหาร กาย-จิตแบบซึ่งแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งเป็น กิจกรรมการพยาบาลที่เน้นการจัดการกับความเหนื่อยล้าทั้งจากสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไป พร้อมๆกัน โดยเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเกิดจากความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย

โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับมีส่วนช่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่รุนแรงโดยผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองด้วยวิธีที่เรียกว่า การบริหารกาย-จิตแบบซิงก โดยผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าจากมุมมองของผู้ป่วยเอง ซึ่งประสบการณ์การมีอาการและการรับรู้ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยในแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันไป ผู้ป่วยแต่ละรายจึงให้ความหมายประเมินความรุนแรง และตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้าแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในขณะนั้น (Dodd, et al., 2001) ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำนึงถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าเดิมของผู้ป่วยโดยทำการประเมินประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าในมุมมองของผู้ป่วยเองก่อน โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งยังมีผลทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้วิจัยซักถามและรับฟังความต้องการในการเรียนรู้ของผู้ป่วยก่อนที่จะให้ความรู้ เนื่องจากบุคคลโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักมีประสบการณ์การเรียนรู้การดูแลตนเองมาบ้างแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้จึงควรเริ่มจากผู้ป่วยต้องการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนหรือให้ความรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 131)

การให้ความรู้ตามหลักการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ประกอบด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดโรค การปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เทคนิคการผ่อนคลาย โดยจะเป็นความรู้ที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมสามารถนำไปปฏิบัติได้เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เป็นการให้ความรู้ที่ครอบคลุมในทุกด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งได้ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ถูกต้อง เช่น การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เป็นต้น ซึ่งถือว่าก่อให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่มตัวอย่าง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการเปลี่ยนแปลงของทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับเคมีบำบัดคือความเหนื่อยล้า รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาที่เหมาะสม ก็จะทำให้สามารถปรับตัวและยอมรับเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องต่อไป เมื่อเกิดความเหนื่อยล้าแล้วนั้นมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้ารวมทั้งป้องกันไม่ให้อาการความเหนื่อยล้ารุนแรงมากขึ้น

กระบวนการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการเสริมกำลังใจทางโทรศัพท์เป็นกิจกรรมในโปรแกรมที่นับได้ว่าเป็นการดูแลทางด้านจิตสังคม เนื่องจากว่าการติดตาม

ให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำตามสภาพปัญหาที่แท้จริง มีโอกาสซักถามเรื่องต่างๆได้ละเอียดลึกซึ้งซึ่งตามความต้องการ กระบวนการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็น และให้ผลทางด้านบวกต่อผู้ป่วย ทำให้มีกำลังใจและเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง จนสามารถช่วยลดอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยได้

นอกจากนี้รูปแบบของโปรแกรมที่กลุ่มทดลองที่ได้รับ ประกอบด้วย การจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย – จิต แบบซิงเกิ้ล ตามรูปแบบของ นพ. เทอดศักดิ์ เดชคง ซึ่งเป็นการบริหารที่ก่อให้เกิดความสมดุล ความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือการบริหารกาย – จิต แบบซิงเกิ้ลนั้น เป็นการกระทำที่ประสานระหว่าง การเคลื่อนไหวร่างกาย การบริหารการหายใจ และการพัฒนาจิตใจไปพร้อมๆ กัน ในส่วนของการเคลื่อนไหวแบบซิงเกิ้ล เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลาง โดยเน้นที่การเคลื่อนไหวของแขน การบริหารแบบซิงเกิ้ลประกอบด้วยท่าซิงเกิ้ล 4 ท่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ที่เน้นการเคลื่อนไหวของแขนเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแขนบวม และข้อไหล่ติดหลังการผ่าตัด ส่วนการบริหารการหายใจ ซึ่งเป็นการหายใจโดยใช้กะบังลม (Diaphragmatic breathing) คือการหายใจเข้าทางจมูกท้องพอง หายใจออกท้องยุบ ซึ่งได้นำปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิด้านการฝึกบริหารแบบซิงเกิ้ล คือ นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง ซึ่งได้รับความเห็นสมควรแล้ว เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด เพราะ การออกกำลังกายเป็นวิธีที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Schwartz, 1998: 458) โดยจะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นส่งผลให้กรดแลคติกที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อถูกขับออกไป กล้ามเนื้อจึงมีแรงในการหดตัวมากขึ้นจึงคลายความเหนื่อยล้าได้ ประกอบกับการออกกำลังกายยังทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขออกมา จึงสามารถลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้ รวมทั้งการออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายให้ดีขึ้นอีกด้วย (Ream & Richartson, 1999: 1299)

การฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล การพัฒนาจิตใจและก่อให้เกิดความผ่อนคลาย จากสาเหตุที่ว่า ความเหนื่อยล้านอกจากจะมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาแล้วนั้น ยังมีสาเหตุมาจากทางด้านจิตใจ เพราะฉะนั้น การบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลที่เน้นการพัฒนาจิตใจ การฝึกสมาธิให้จดจ่อกับการเคลื่อนไหว และการบริหารการหายใจโดยใช้กะบังลมซึ่งเป็นการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก จะทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ซึ่งก็สอดคล้องกับที่ว่า กายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยของกายย่อมมีผลต่อจิต ในทำนองเดียวกันเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตก็ย่อมมีผลกระทบต่อกายด้วยเช่นกัน กล่าวโดยสรุปคือ การบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ทำให้ลดปัญหาการใช้

ออกซิเจนไม่สมดุลกับการเกิดคาร์บอนไดออกไซด์ช่วยป้องกันการเกิดการคั่งของกรดแลคติก ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า หรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ จากการออกกำลังกายเร็วเกินไป ช่วยให้ ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยลดลง

จากรายละเอียดเกี่ยวกับผลการฝึกชี่กงและการให้ความรู้ ต่อการลดความเหนื่อยล้า ที่กล่าวไปข้างต้น จะเห็นว่ากลุ่มทดลอง ได้รับความรู้ที่ครอบคลุม การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากการได้รับเคมีบำบัดนั้น จะมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ ประกอบกับการจัดโปรแกรมก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยแบ่งเนื้อหาและการฝึกปฏิบัติ เป็น 2 ครั้งทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และ เกิดการเรียนรู้มากขึ้น เนื่องจากว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดนั้นมีพยาธิสภาพของร่างกายที่ยังมีความเจ็บปวดบาดแผลอยู่ ซึ่งจะมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย การให้ความรู้ต่าง ๆ เพียงครั้งเดียวโดยใช้เวลานานเกินกว่า 30 นาทีอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำเนื้อหาและทำความเข้าใจได้ไม่มาก ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจ สามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ในการดำเนินโปรแกรมผู้วิจัยได้ใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย คือ คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ภาพพลิกการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง รวมทั้งวีดิทัศน์การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง โดยนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการฝึกทักษะและแนะนำการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงที่สามารถสื่อเข้าใจได้ง่าย และได้มอบให้ผู้ป่วยนำไปทบทวนทำความเข้าใจด้วยตนเองที่บ้าน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและปฏิบัติได้ต่อเนื่อง ประกอบการดูแลทางด้านจิตสังคม คือ ติดตามเสริมแรงให้กำลังใจทางโทรศัพท์การให้โปรแกรมครั้งที่ 4 ดังนั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ จึงมีระดับความเหนื่อยล้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติซึ่งให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับเคมีบำบัด ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้นั้นไม่ครอบคลุมทุกด้าน โดยเน้นทางด้านร่างกาย แต่ขาดทางด้านจิตใจ รวมทั้งยังขาดการแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่จริงจัง คือยังไม่มีรูปแบบการออกกำลังกายที่ชัดเจนและเหมาะสมกับโรคซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าระดับความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองมีระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง กล่าวคือ มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง เกือบถึง ระดับรุนแรง เมื่อนำเอาโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นกับมาเปรียบเทียบการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นที่เน้นบำบัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีการบริหารกาย-จิต แบบชี่กง เป็นองค์ประกอบสำคัญ และเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมี

บำบัด ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการลดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และได้รับเคมีบำบัดมากกว่าการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ในการศึกษาครั้งนี้ นับได้ว่าเป็นโปรแกรมที่ช่วยในการพยาบาลแบบผสมผสานในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด ในส่วนของการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แม้จะยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ของการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงกกับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด แต่ก็มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการฝึกการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น เช่น อุไรวรรณ โพร้งพนม (2546) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการรำมวยจีนซิงกต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 ราย ผลการทดลองพบว่า ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงกลุ่มทดลองมีค่าลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอมรรัตน์ ภีราษร (2541) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซิงกต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย ของ ผลการทดลองพบว่าภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองมีระดับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 รวมถึงการศึกษาของ อัญวัช นิตุธร (2543) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซิงกกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด ผลการทดลองพบว่า ความเครียดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียดที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายแนวซิงกกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมสซิป ในระยะหลังทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดของผู้ป่วยปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด ที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายแนวซิงก ในระยะหลังทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งจากการศึกษาของ Tang (1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงประสิทธิภาพของซิงกในการรักษาโดยการเก็บรวบรวมรายงานการรักษาระหว่างประเทศออสเตรเลีย และจีน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 เพื่อจะให้เห็นถึงการใช้ซิงกในการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาโรค สัมภาษณ์ 3 สถาบันการศึกษาที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับซิงก สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับบริหารกระทรวงสาธารณสุขและสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาพบว่า ถึงแม้ว่าซิงกจะมี

ประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บป่วยแต่ยังไม่มีรูปแบบหรือเป็นที่รู้จักมากเหมือนแพทย์แผนจีนชนิดอื่น เช่น สมุนไพร การฝังเข็ม เนื่องจากยังขาดงานวิจัยที่เสนอประสิทธิภาพของชี่กง แต่ก็พอสรุปได้ว่า ชี่กงมีประสิทธิภาพในการรักษา

นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้รับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง ซึ่งเป็นกลวิธีที่ใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้า โดยที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับเป้าหมายการจัดการกับอาการตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ที่กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ด้านลบหรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดช้าที่สุด ด้วยการใช้กลวิธีการดูแลตนเอง โดยพยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบชี่กง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากข้อมูลข้างต้นจึงสรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าอย่างถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อนำมาใช้ร่วมกับกลวิธีในการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยวิธี การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง จะทำให้ความเหนื่อยล้าลดลงมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดที่กล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการกับอาการ กล่าวคือการใช้กลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้า โดยคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยร่วมกับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานและตัวผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุน สามารถลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเหนื่อยล้าลดลงได้ จึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลทั้งที่มีหน้าที่ในด้านการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมี

บำบัดมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเพื่อความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย การแนะนำในการดูแลตนเองร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล ถือเป็น การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้คือ

1. ควรให้การสนับสนุน และเผยแพร่งานวิจัย ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลตระหนักถึง ความสำคัญและผลดีที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการนำโปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล และควรมีกิจกรรมเพื่อ เพิ่มทักษะในการฝึกบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลให้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาล โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญมา แนะนำ เพื่อสามารถนำเอาทักษะเหล่านี้ไปเผยแพร่แก่ผู้ป่วยและญาติ นำไปใช้ในการบรรเทา ความเหนื่อยล้าขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ซึ่งนอกจากจะช่วยในการบรรเทาความเหนื่อยล้า แล้วยังส่งเสริมให้เกิดผลดีด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลที่ว่า"กายกับจิตมีความสัมพันธ์กัน" ซึ่ง จะมีผลนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัย ทางการพยาบาล ในเรื่อง การบำบัดทางการพยาบาล ที่เป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) โดยมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่นๆ ที่มีความเหมาะสมกับ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ และ ในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและได้รับเคมีบำบัด ภายหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล ในระยะเวลาที่ นานขึ้น เช่น ในรอบการให้เคมีบำบัดต่อๆ มาเพื่อเป็นการติดตามผลต่อเนื่อง เปรียบเทียบความ เหนื่อยล้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละรอบของเคมีบำบัดเพื่อแสดงให้เห็นถึง ความคงทนของโปรแกรม

2. ควรศึกษาในลักษณะของการขยายองค์ความรู้ของผลของโปรแกรมการจัดการกับ อาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ล เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาอาการอื่น ๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความปวด รวมถึงการศึกษาที่ขยายไปสู่ผู้ป่วยในโรคกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะพักฟื้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). **สถิติสำหรับงานวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร ศิริรัตน์. (2543). **การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับการอ่อนล้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัสศรี อินทรสมหวัง. (2543). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จว๋อต้าหง. (2541). **ศิลปกายบริหารของจีนเพื่อสุขภาพ**. (มนตรี ภูบุญมี, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมชาติ.
- ชวลิต ไพโรจน์กุล. (2535). Common Breast Diseases: Pathology. ใน ณรงค์ ไวยางกูร, กิตติ เย็นสุดใจ, อวยชัย เปลื้องประสิทธิ์และทองดี ชัยพานิช(บรรณาธิการ), **ศัลยศาสตร์วิวัฒน์** 10, หน้า 214-249. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ทัศนีย์ ภูลำอางค์. (2545). **ผลการใช้โปรแกรมออกกำลังกายและการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2547). **ซึ่งวิถีแห่งพลังเพื่อการบำบัดโรค**. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.
- ธนิต วัชรพุก. (2546). Breast. ใน ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุก.(บรรณาธิการ). **ตำราศัลยศาสตร์**, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 273-293.
- นรินทร์ วรวิมล. (2544). Cancer Chemoprevention. ใน วิทยา ศรีมาตา (บรรณาธิการ), **คู่มือการใช้ยาทางอายุรกรรมและดัชนีค้นหาชื่อยา พ.ศ.2544**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 134-142.

- นิวัฒน์ จันทรสกุล. (2532). มะเร็งเต้านม. ใน ณรงค์ ไวย่างกูร อรุณ เผ่าสวัสดิ์ ชุมศักดิ์
พฤษชาพงษ์และทองดี ชัยพานิช(บรรณาธิการ), **ศัลยศาสตร์วิวัฒน์**7, หน้า 754-758.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล ลาวัลย์ตระกูล, และทองศรี ชุ่มประดิษฐ์. (2542). ความทุกข์ทรมานของ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. **วารสารการพยาบาล** 14(3): 37-45.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณนากร. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพฯ : โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญมี แพ้งสกุล. (2545). **ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลสาธารณสุข
และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรจบ ชุณสวัสดิ์กุล. (2541). **พลังจิตพิชิตโรค : ธรรมชาติบำบัดวิถีสุขภาพแนวใหญ่**.
กรุงเทพฯ: บริษัทรวมธรรมสันน์ จำกัด.
- ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, สมจิต หนูเจริญกุล และวรชัย รัตนธรร. (2544). แบบแผนของ
ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี
บำบัด. **รามาศิลาสาร** 7(2): 97-107.
- ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคล
และความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อ HIV**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล
ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปนัดดา อินทรลาวัณย์. (2543). **ผลของการประคบความร้อนต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรวลัย โคตรตะ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อ
อาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทบริหารการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพงษ์ พรายมณี. (2542). **การบริหารกายและฝึกสมาธิแบบชี่กง**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
สุขภาพใจ.

- รัชนี ศรีศิริบุญ. (2544). **ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลักษณะ โพนนุกูล. (2536). Multidisciplinary Approaches in Cancer Patients. ในพรศรี คิดชอบ, สาวิตรี เมฆพิกุลไพโรจน์, วิบูล สัจกุล, และนภดล วรอุไร (บรรณาธิการ). **มะเร็งวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 269-293.
- ลดาวลัย อุ้นประเสริฐพงศ์. (2546). Complementary Therapy in Nursing Therapeutic, and Aromatherapy. **ในการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่อง: การพยาบาลผสมผสานกับการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก**, หน้า 43-66. วันที่ 16-18 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.
- วรชัย รัตนธรร. (2541). **ตำรารักษาโรคมะเร็ง**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วันชัย วนะชีวนาวิ. (2537). อาการอ่อนเปลี้ย. ใน อุดม คชินทร (บรรณาธิการ), **ตำราอายุรศาสตร์อาการวิทยา**, กรุงเทพมหานคร: ซีทิสแควร์. หน้า 22-27.
- เวณิกา กำลั้งเอก. (2534). เทคนิคในการตรวจสอบความเมื่อยล้าในการทำงาน. **วารสารพยาบาลกองทัพบก 9(1): 244-25.**
- ศุภกร โรจนนรินทร์ อุดลย์ รัตนวิจิตราศิสป์ และกริช โพธิสุวรรณ. (2544). **เด้านม ใน ไพบูลย์สุทธิวรรณ และบรรจบ อินทรสุขศรี (บรรณาธิการ), ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์**, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์. หน้า 644-659.
- สายใหม่ ตุ่มวิจิตร. (2547). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิโรจน์ กาญจนปัญญาพล. (2535). Surgical Role in Management of Breast Cancer. ใน **ณรงค์ ไททงกูร กิตติ เย็นสุดใจ อวยชัย เปลื้องประสิทธิ์ และทองดี ชัยพานิช (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 10**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร. หน้า 257-271.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2542). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินท์ ดิง.

- สุธิดา อุทะพันธ์. (2541). **การศึกษาเปรียบเทียบผลของแผ่นปูพื้นในการบรรเทาความ
ล้าของกล้ามเนื้อ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรม
และความปลอดภัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวีพร ธนศิลป์. (2545). **การนำโมเดลการจัดการไปใช้ในผู้ป่วยปอดอักเสบ.** เอกสาร
ประกอบการเรียนการสอนรายวิชา Advance Adult Nursing I: 3-10.
- อภินันตรี กองทอง. (2544). **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ
ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมรรัตน์ ภีระพร. (2541). **ผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซึ่งก่ต่อความเครียดและความ
ดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญริช นิตุธร. (2543). **เปรียบเทียบผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซึ่งก่กับการฝึกผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจาก
ความเครียด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อาลี แซ่เจี๊ว. (2547). **ผลของการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบต่อความเหนื่อยล้า
ของมารดาหลังคลอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ ไพรัชพนม. (2546). **ผลของการร่ำมวยจีนซึ่งก่ต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง
ในผู้ป่วยเบาหวาน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอมอร แซ่เจี๊ว. (2001). **ความอ่อนล้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับ
ความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 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): 45-50.
- Ai, A. L. (2003). Assessary Mental Health in Clinical Study on Qigong: Between Scientific Investigation and Holistic Perspective. **Seminars in Intergrative Medicine** 1(2): 112-121.
- Aistars, J. (1987). Fatigue in cancer patient. **Oncology Nursing forum**14 (6): 25-30.
- Baird, S. B. (1988). Decission making. **Oncology Nursing**. Philadelphia: B. C. Decker.
- Barnett, M. L. (2001). Fatigue. In S. E. Otto (ed), **Oncology nursing**, pp. 787-801. St. Louis: Mosby.
- Berger, K., & Williams, M. B. (1992). **Fundamental of nursing: collaborating for optimal health**. New York: Englewood Cliffs.
- 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 Farr, L. (1999). The influence of daytime inactivity and nighttime restlessness on cancer - related fatigue. **Oncology Nursing Forum** 25 (10): 1663-1671.
- Berger, A. M. and Higginbotham, P. (2000). Correlation of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy. **Oncology nursing Forum** 27 (9): 1449 - 1448.
- Berger, A. M. and Walker, S. N. (2001). An explanatory model of fatigue in women receiving adjuvant breast cancer chemotherapy. **Nursing Research** 50(1): 42-52.
- Bower, J. E. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, Correlates, and impact on Quality of life. **Journal of clinical Oncology** 18(4): 743-753.

- Blesch, K. S. et al. (1991). Correlates of fatigue in people with breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 18(1): 81-87.
- 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.
- Burns, N., and Grove, S. K. 2001. **The practice of nursing research: Conduct, Critique and Utilization.** 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Cella, D., Lai, J. S. Chang, C. H., Perterman, A., and Slavin, M. (2002). Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. **Cancer** 94(2): 528-537.
- Chen, K.W. (2004). An analysis review of studies on measuring effect on external qi in china. **Alternative therapies in health and medicine**, 10(4): 38-50.
- Cotton, T. (1996). Screening for breast cancer. In S. Denton (Edited.). **Breast Cancer Nursing**, pp.54-64. London: Chapman & Hall.
- Demio, C.D. (2000). 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.
- Dodd, M. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. **Journal of Advanced Nursing** 33(5): 668-676.
- Dorcas, A. and Yung, P. (2003). Qigong: Harmonising the breath , the body and mind. **Complementary Therapies in Nursing & Midwifery** 9: 198-202.
- Ehlke, G. (1988). Symptom distress in breast cancer patients receiving chemotherapy In the out patients setting. **Oncology Nursing Forum** 15(3): 343-346.
- Evan, E. J. and Wickstrom, B. (1999). Subject fatigue and self-care in individuals with chronic illness. **MEDSURG Nursing** 8(6): 363-369.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Dean, G. E., Funk, B., and Ly, J.(1996). Bone tired: The experience of fatigue and impact on quality of life. **Oncology Nursing Forum** 23(10): 1539-1547.
- Graham, L. E., & Conley, E .M. (1971). Evaluation of Anxiety and Fear in adult Surgery Patients. **Nursing Research** 20(2): 113-122.

- Graydon, J. E., Bubela, N., Irvine, D., and Leslie, V. (1995). Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. **Cancer Nursing** 18(1): 23-28.
- Hart, K., Freel, M., and milde, F. (1990). Fatigue. **Nursing Clinical of North America** 25(4): 967-976.
- Hubsby, E. P., & J.H. (1992). Fatigue in multiple sclerosis: Guide for nursing care. **Rehabilitation Nursing** 17(4): 176-180.
- Irvine, D., Vincent, L., Graydon, E. J., Bubela, N., and Thomson, L. (1994). The prevalence and correlated of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. **Cancer Nursing** 17(5): 367-378.
- Jacob, L. A. and Piper B.F. (1996). The phenomena of fatigue and the cancer patient. In R. Mc Corkle, M. Grant, M. Frank - Stromborg (eds.). **Cancer Nursing: a comprehensive textbook**, pp.1193-1210. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Jamars, S. (1989). Fatigue in women receiving chemotherapy for ovarian cancer. In S. Funk, E. Tornquist, and M. Champagne (eds.). **Key aspects of comfort**, pp. 224-228. New York: Springer.
- Judith Trendall. (2000). Concept analysis: chronic fatigue. **Journal of Advanced Nursing** 32(5): 1126 -1131.
- Jong, N., 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.
- Lee, K.A., Lentz, M. J. Taylor, D. L., Mitchell, E. S., and Woods, N.F. (1994). Fatigue as a Response To environmental demands in women's lives. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship** 26(2): 149-154.
- Liang, M.S. and Wu, W. (1997). **Qigong Empowerment : A guide to medical Taoist buddhist wushu energy cultivation**. USA: The Way of the Dragon Publishing.
- Linsey, A.M., Dodd, M. J., and Chen, S. G. (1981). Social support and health outcomes in Post mastectomy women: A review. **Cancer Nursing** 4(10): 377-383.
- 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.

- McCaffrey, R., and Fowler, N.L. (2003). Qigong Practice : A Pathway to Health Healing. **Holistic Nursing Practice**. 17 (2) : 110-116.
- Miaskowski, C. and Lee, K.A. 1999. Pain, Fatigue, and Sleep Disturbances in Oncology Out patients Receiving Radiation Therapy for Bone Mestastasis. **Journal of Pain and Symptom Management** 17(5): 320-332.
- Mock, V., et al. (1994). A nursing rehabilitation program for women with breast cancer Receiving adjuvant chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 21(5): 899-907.
- Mock ,V., Dow K. H., Mearres, C. J., Grimm, P.M .Dienemann, J.A., HaisfieldWolfe, M.E., Quitasol W., Mitchell, S., Chakravarthy, A. and Gage,I. (1997). Effects of exercise on fatigue, Physical Funtioning, and Emotional Distress radiation Therapy for breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 24(6): 991-1000.
- National Cancer Institute. 2005. Cancer Facts. Available form: <http://www.cancer.gov/>
- Nail, L.M. and Winningham M. L. (1993). Fatigue. In S. L. Groenwald.(eds.). **Cancer Nursing: Principles and practices**, pp. 608-619. London: Jone and Bartlett Publishers International.
- Ounprasertpong, L. and Holzemer, W. (2002). Effect of Foot Reflexology on Fatigue and Pain in AIDS Patients. (abstract). In **Proactive Health Promotion and Complementary Health Care**. At Christian University on 13-14 March 2004.
- Pritsanapanurungsie, P. (2000). **Patterns of fatigue, related factors, and self-care actions among breast cancer patients receiving chemotherapy**. Unpublished master' s thesis. Mahidol University.
- Pickard-Holley, S. (1991). Fatigue in cancer patients. **Cancer Nursing** 14(3):13-19.
- Piper, B.F., Lindsey, A.M., & Dodd, M.J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. **Oncology Nursing Forum**. 14(6): 17-23.
- Piper, B.F. (1991). Alterations in energy: The sensation of fatigue. In S.B. Baird, R. McCorkle, And M. Grant (eds), **Cancer Nursing a Comprehensive Text Book**, pp. 894-908. Philadelphia: Saunders Company.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue in V. Carrieri - Kohlman, A.M. Linsey, and C. M. West (eds), **Pathophysiological phenomena in nursing**, pp.279-302. Philadelphia: Saunders.

- Piper, B.F. (1993). Fatigue. Current bases for practice. In S. G. Funk, E.M.Tomquist, M. T. Champagne, L. A. Copp, and R.A. Wiere (eds), **Manage of pain, fatigue and nausea**, pp.187-198. New York: Springer Publishing.
- Piper, B.F., Dibble, S.L., Dodd, M.J., Weiss, M. C., Slaughter, 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.
- Raymondo C. James. (1999). **Statistical analysis in the behavioral sciences**. United states : Mc Graw - Hill College.
- Ream, E., & Richardson, A. (1997). Self-care behaviors initiated by chemotherapy Patients in response to fatigue. **International Journal of Nursing studied** 34(1): 35-43.
- Ream, E., & Richardson, A. (1997). Fatigue in patients with cancer and chronic Obstructive airway disease: a phenomenological enquiry. **International Journal of Nursing studied** 34(1): 44-53.
- Ream, E., & Richardson, A. (1999). From theory to practice: Designing interventions to reduce fatigue in patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**. 26(8): 1295-1303.
- Ream, E., & Richardson, A. and Alexander - Dann,C. (2002). Facilitating patient' coping with fatigue during chemotherapy - Pilot outcomes. **Cancer Nursing** 25(4): 300-308.
- Schwartz, A.L.(1998). Patterns of exercise and fatigue in physically active cancer survivors. **Oncology Nursing Forum**. 25(3): 485-717.
- Shaul, M. P.(2000). What you should know before embarking on telephone health Lessons learned from a pilot study. **Home Healthcare Nurse**.18(7): 470-475.
- Smets, E.M., Garssen, B., Schuster - Uitterhoeve, A.L. and De Haes, J.C. (1993). Fatigue in cancer patients. **British Journal of Cancer** 68(2): 220-224.
- Smith ,S. L.(1996). Physical exercise as an oncology nursing intervention to enhance Quality of life. . **Oncology Nursing Forum**. 23(5) : 771-777.
- Stone, P., Richard, M. & Hardy, J. (1998). Fatigue in patients with cancer. **European Journal of Cancer** 34(11): 1670-1676.

- Tang. (1994). Qigong Therapy-its Effectiveness and Regulation. **AJCM**: 235-242.
- Varricchio, C.G. (1985). Selecting a tool for measuring fatigue. **Oncology Nursing Forum**. 12(2): 122-127.
- West, N. and Brown, H. (1996). In S. Denton (eds), **Breast Cancer Nursing**, pp65-76. London: Chapman & Hall.
- WHO. World Health Report 2004. <http://www.who.int/whr/2004>. (accessed 22/มี.ค./2548)
- Winningham, M. L. (1996). Fatigue. In S. L. Groenwald (ed.), **Cancer symptom management**, pp. 42-54. London: Jones and Bartlett Publishers International.
- Winningham, M.L., M., Nail, L.M., Burke, M.B., Brophy, L., Cimprich, B., & Jones, L. S. (1994). Fatigue and the cancer experience: The state of the Knowledge. **Oncology Nursing Forum**. 21(1) : 23-35.
- Woo, B. Dibble, S. L. Piper, Keating, S. B., and Weiss, M. C. (1998). Differences in Fatigue By Treatment methods in women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 25(5) : 915-920.
- Xu, J. (1999). Body, Discourse and the Cultural Politics of Contemporary Chinese Qigong. **The journal of Asian studies**. 58(4): 961-991.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



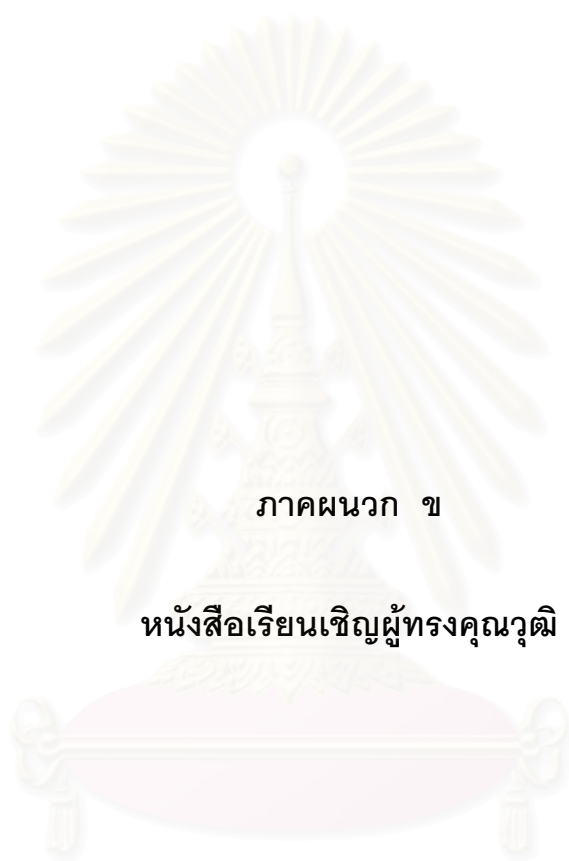
ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชีวพูนผล	ภาควิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงฉัตรทิยา สิริสิงห	อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์-ศัลยกรรม โรคมะเร็ง
พันตำรวจเอก นายแพทย์ทรงชัย สิมะโรจน์	นายแพทย์ (สบ5) หัวหน้างานศัลยกรรม สำนักงานแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ
นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง	นายแพทย์ 8 วช. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
นางสาวแม่นมณา จิระจรัส	พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยกรรมโรคมะเร็ง
นางสาวเพียงใจ ดาโลปการ	หัวหน้าหอผู้ป่วย วัชรารูทบน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทรอินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอ เรียนเชิญ นางสาวเพียงใจ ดาโลปการ หัวหน้าตึกเวชระชาชน ฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจตุลป)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวเพียงใจ ดาโลปการ

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทรอินทร์ โทร. 0-9223-6485

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต

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

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทรอินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอ เรียนเชิญ นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง นายแพทย์ 8 วช. เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทรอินทร์ โทร. 0-9223-6485

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤตจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

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

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทรอินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล-ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอ เรียนเชิญ พันตำรวจเอก นายแพทย์ ทรงชัย สิมะโรจน์ นายแพทย์ (สบ 5) หัวหน้างานศัลยกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจตุลป)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	พันตำรวจเอก นายแพทย์ ทรงชัย สิมะโรจน์
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810
<u>ชื่อนิสิต</u>	พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทรอินทร์ โทร. 0-9223-6485

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทอินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ธิดิยา สิริสิงห์ อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์โรคมะเร็ง

2. นางสาวแมนมนา จิระจรัส พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรคมะเร็ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ธิดิยา สิริสิงห์ และนางสาวแมนมนา จิระจรัส

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต

พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทอินทร์ โทร. 0-9223-6485

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบที่มุ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชีวพูนผล อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิตติ)
รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รศ.ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ผศ. ดร.ชูชื่น ชีวพูนผล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810
ชื่อนิสิต พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ โทร. 0-9223-6485



ภาคผนวก ค

หนังสืออนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและ

หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทอินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่อกความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และแผนกเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่อกแผนการสอนการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และแบบวัดความเหนื่อยล้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทอินทร์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทอินทร์ โทร. 0-9223-6485

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ธันวาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทอินทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง รก.4 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ รก.9, รก. 11 โดยใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ แผนการสอนการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และแบบวัดความเหนื่อยล้า ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทอินทร์ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทอินทร์ โทร. 0-9223-6485

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่ก่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย พ.ต.ท.หญิง วัชรวรรณ จันทรินทร์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษอาคารเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 8 โรงพยาบาลตำรวจ

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2252-8111 ต่อ 4327 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-9223-6485

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วย แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลตำรวจ

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

พ.ต.ท.หญิง วัชรวรรณ จันทรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-9223-6485

ความเป็นมาของโครงการ

ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและจากการรักษาที่ได้รับ โดยความเหนื่อยล้าที่เกิดมักจะเป็นอาการในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงและยังเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุไม่ว่าจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเอง อาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจและข้อมูลในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าจากอาการข้างเคียงการรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นหากอยู่ในระดับเล็กน้อยก็จะเป็นกลไกช่วยเตือนให้ร่างกายได้พักผ่อนและหลีกเลี่ยงจากภาวะเครียดที่จะมา มีผลกระทบต่อร่างกาย แต่ถ้าความเหนื่อยล้ามีระดับรุนแรง เกิดขึ้นบ่อยและคงอยู่เป็นเป็นเวลานานก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งยังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด พยาบาลในฐานะบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการป้องกันและหาทางบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ความเหนื่อยล้าที่ลดลงหรือหมดไปเพื่อให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่ก่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดและเพื่อให้เกิดเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแบบเป็นองค์รวมเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศาสตร์ทางการแพทย์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ค้นหารูปแบบการพยาบาลใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งระบบอื่นๆ และผู้ป่วยโรคอื่นต่อไป

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด ขอบเขต การรักษาข้อมูลและการยุติการเข้าร่วมการวิจัย และได้เซ็นยินยอมในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) จากนั้นผู้วิจัยจะให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับรวมทั้งการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากการข้างเคียงของการรักษา หลังจากวันผ่าตัด 2 วันและ 3 วัน และจะได้รับคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและวิถีทัศนัทกะการฝึกบริหารกาย-จิตแบบชีกงให้นำไปปฏิบัติที่บ้าน ในครั้งที่ 3 วันมาพบแพทย์ตามนัดผู้วิจัยจะพบผู้ป่วยเพื่อทบทวนและติดตามผลการปฏิบัติ ครั้งที่ 4 ในวันที่ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 1 ประเมินความเหนื่อยล้า ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 5 ในวันที่ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าชุดเดิมซ้ำอีกครั้งก่อนจบโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอในรูปแบบของผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ 0029.2(อกพ.) ๑๑

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

31 มกราคม 2549

เรื่อง อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุภัญญา ประจุกิตติ์

ตามที่ท่านได้ขออนุญาตให้ พันตำรวจโทหญิง วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ ทดลองใช้
เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการ
จัดการกับอาการร่วมกับการบริหาร กาย-จิต แบบซึ่กง ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่
ได้รับเคมีบำบัด” นั้น

คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้ว
เห็นว่า เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของแพทยสภา ว่าด้วยเรื่องการวิจัยในมนุษย์ จึงอนุญาตให้ดำเนินการ
ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก

(สุพัตน์ เสถะวิฒนะ)

ประธานอนุกรรมการการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลตำรวจ

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ

โทร. 0-2252-8111-25 ต่อ 4701



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 งานบริการการศึกษา
 เลขที่หนังสือรับ ๕๗๖
 ว.ด.ป. - 1 ส.ค. 2549
 เวลา 10.50 น.

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร.88196

ที่ กก.พิจารณาจริยธรรม/473/2549

วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 2/2549 เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2549 ที่ประชุมได้พิจารณารายละเอียดในโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAM COMBINED WITH QIGONG ON FATIGUE IN BREAST CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY) ของ พ.ด.ท.หญิง วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน คณะคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เพื่อโปรด

ทราบ และเห็นสมควรแจ้งให้รองคณบดีที่ปรึกษา (อาจารย์ ดร. สุจิตา นีระวัฒน์) ทราบเพื่อพิจารณาต่อไป

ดำเนินการ

พิจารณา

อื่นๆ

ลงชื่อ 1 มี.ค. 49

1 มี.ค. 49



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๐๒๔/๒๕๔๕

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงต่อ
ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด


เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๑-๔๕-๒๔ ๖

ชื่อหัวหน้าโครงการ พันตำรวจโทหญิง วิชรรวม จันทร์อินทร์

ที่ทำงาน แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ
โรงพยาบาลตำรวจ

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิยญา
เลขจึงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน


(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุณยส่ง องค์กรพัฒนากุล)

ลงนาม
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี


(ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน)

วันที่รับรอง

๑๘ มกราคม ๒๕๔๕



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

หลักการและเหตุผล

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย เนื่องจากมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่สามารถพบได้ทุกระบบของร่างกายและเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรในเกือบทุกประเทศทั่วโลก พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย มีอุบัติการณ์การเกิดสูงและมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (ศุภกร โรจนนิพนธ์, อดุลย์ รัตนวิจิตราศิลป์และกฤษ โภธิสุวรรณ, 2544:644;ธนิต วัชรพุกก์,2546: 282; Denton ,1996) โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 25-55 ปีมากที่สุด(National Cancer Institute, 2000: 6,28) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้นพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการหลักที่ผู้ป่วยประสบบ่อยที่สุดและยังเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานได้มากกว่าอาการอื่นๆ(Aaronson et al., 1999) ดังนั้นการจัดการกับความเหนื่อยล้าจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพราะนอกจากจะช่วยลดอัตราการสูญหายของผู้ป่วยขณะเข้ามารับการรักษาแล้วยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในขณะเข้ารับการรักษาและเมื่อสิ้นสุดการรักษาได้

ความเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นอาการหลักที่เกิดขึ้นได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง (Aistars,1987; David &Dominigue,1999; Schwartz, 2000; Gregory, 2001; Jong et al., 2002:283) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่ามีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นทุกระยะการดำเนินของโรค รวมถึงการรักษาที่ได้รับก็มีส่วนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่าเกิดความเหนื่อยล้าได้สูงถึงร้อยละ 69-100 (Richardson & Ream,1997: Ream et al.,2002:743ในจำนวนนี้ร้อยละ 60 เป็นความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Bower et al., 2000 : 743) และยังเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานได้มากกว่าอาการอื่นๆโดยเฉพาะใน 2 วันแรกของการรักษา(Aaronson et al., 1999; Jong et al., 2002:283; Ream et al.,2002) สอดคล้องกับ Piper (1991:898) ที่กล่าวว่าความเหนื่อยล้าจะเกิดขึ้นได้ทันทีตั้งแต่วันแรกที่ได้รับเคมีบำบัดและจะเกิดต่อเนื่องไปถึงวันที่ 4 หลังจากนั้นระดับความเหนื่อยล้าจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งในช่วงกลางของการได้รับเคมีบำบัด และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกันจะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากกว่าในรายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเดียว (Woo et al., 1998; Bower et al., 2000)

พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงเป็นบทบาทของพยาบาลที่จะชี้แนะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการและสาเหตุของอาการที่เกิดกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายก็มีบริบทสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต หรือ ปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าที่ไม่สามารถจัดการได้แตกต่างกันออกไป

ดังนั้นการนำเอาแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ 2001 มีแนวคิดที่ว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุ เช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการ และ อาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน อาการเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ประสบการณ์ที่เป็นผลสะท้อนของการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางจิตสังคม และเป็นการรับรู้หรือการตระหนักของแต่ละบุคคล อาการเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางที่ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลต้องเข้าใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการ ซึ่งได้จากการสังเกตหรือการรายงานซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับอาการและการจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการกับอาการแบ่งได้ 3 โมโนทัศน์ต่อไปนี้คือ (Dodd, et. al., 2001: 669)

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการจะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง (severity) สาเหตุ (cause) ภาวะคุมคาม (treatability) และผลของอาการชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรม การเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

2. กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) มีเป้าหมายเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้กลวิธี กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ การให้ยาในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย ในแต่ละรายก่อนเพื่อจะสามารถนำไปสู่กลวิธีจัดการกับอาการ

3. ผลลัพธ์ (Out come) เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัยคือ 1).ค่าใช้จ่ายโดยรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากรายได้ที่ลดลงหรือจากการที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน (Stommel, et al.,1993; Given, et al.,1994) 2).สภาวะอารมณ์ (emotional status) 3).การดูแลตนเอง (self care) 4).การทำหน้าที่ (functional status) 5).คุณภาพชีวิต (quality of life) 6).อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) 7).อัตราการตาย (mortality) และ 8).สภาวะอาการ(symptom status) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยแต่ละรายก็มีวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เหมาะสมกับตนเองแตกต่างกันออกไป การดูแลแบบผสมผสานเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ร่วมกันได้กับการพยาบาลในการที่จะจัดการกับความเหนื่อยล้า

การบริหารแบบชี่กงเป็นการผสมผสานระหว่างการออกกำลังกาย สมาธิ และการผ่อนคลาย (Guo, 1995: 39; Eisenberg, 1985 citing Tang, 1994: 235) โดยให้มีสมาธิตามการเคลื่อนไหวของร่างกายสัมพันธ์กับลมหายใจเข้าออก โดยให้หลักทั้งสามอย่างดำเนินไปพร้อมกัน ผู้ที่ฝึกปฏิบัติชี่กงเป็นประจำจะมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การหายใจช้าลง ความต้องการออกซิเจนและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง (Guo, 1995:40; Tang, 1994: 237) ซึ่งการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงเป็นวิธีการหนึ่งในการออกกำลังกายและขจัดความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เพราะในขณะที่ฝึกปฏิบัติชี่กงจะทำให้มีการหลั่งฮอโมนเอนโดรฟิน(Endorphin)ออกมามากขึ้น ซึ่งสารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของนิวโรเปปไทด์(neuropeptide) มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินที่มีอยู่ในร่างกาย สารเอนโดรฟินมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitted) หลังทั่วร่างกายส่งผลกระทบต่อ Operate receptor ลดความเจ็บปวดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว (Ryu, Jun, & Lee, 1996: 193-198) ลดอาการซึมเศร้าและยังช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับได้ดีขึ้น(Tangetal.,1989a, 1989c, 1990 cited in Tang , 1994:238) ผู้ที่ฝึกปฏิบัติชี่กงจะมีผลทำให้ร่างกายเกิดกระบวนการทางเคมีของเซลล์ทั่วร่างกายให้เข้าสู่สมดุลใหม่ (บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล, 2539:75) มีผลทำให้ระบบซิมพาเทติกมีความไวลดลงแต่ไปเพิ่มความไวในการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก สำหรับกล้ามเนื้อลายจะมีการคลายตัวลง ทดสอบไฟฟ้ากล้ามเนื้อก็พบระยะพักตัวของกล้ามเนื้อนานขึ้น ดังนั้นเมื่อสามารถลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อลงได้ก็จะทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลงได้เช่นกัน อมรรัตน์ ภิราธร(2541) ได้ศึกษาผลการบริหารกายแบบชี่กงต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการวิจัยพบว่า ชี่กงสามารถลดความดันโลหิตและความเครียด จากข้อมูลสนับสนุนและงานวิจัยที่ได้ศึกษาพบว่า ชี่กงเป็นเทคนิคการออกกำลังกายและคลายเครียดอย่างหนึ่ง อีกทั้งยังเป็นสิ่งที่คนทั่วไปสามารถฝึกได้ด้วยตนเองเป็นการบริหารกายที่ไม่ต้องสูญเสียเงินทอง ใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติไม่นานและทำได้ในทุกโอกาส ผู้ปฏิบัติจะรู้สึกสนุกสนานและยังเป็นการส่งเสริมจิตใจอันดีงามให้เกิดในตัวผู้ฝึกอีกด้วย ซึ่งในประเทศไทยมีผู้สนใจฝึกปฏิบัติจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลการปฏิบัติชี่กงต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คิดพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงมาใช้เป็นกลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเป็นโปรแกรมที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับการบริหารกาย- จิตแบบชี่กงมาใช้เป็นวิธีจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อเป็นแนวทางในการให้การ

พยาบาลแบบองค์รวมในการป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถนำความรู้ไปใช้จัดการกับอาการเหนื่อยล้าของตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความรู้ถึงผลประโยชน์การบริหารกาย-จิตแบบซิงกและสามารถนำไปใช้เพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้

คุณสมบัติของผู้ใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความเหนื่อยล้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาล ซึ่งต้องมารับเคมีบำบัด เป็นการรักษาเสริม
3. เป็นผู้ป่วยที่มีความยินดีและพร้อมให้ความร่วมมือที่จะรับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก
4. เป็นผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตในขณะก่อนและหลังการให้เคมีบำบัด เช่น มีภาวะซีด เม็ดเลือดขาวต่ำมาก ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติมาก
5. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี
6. เป็นผู้ป่วยที่สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนได้

กระบวนการสร้างโปรแกรม

ผู้วิจัยประเมินปัญหาผู้ป่วยพร้อมทั้งทำความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยซึ่งต้องรับรู้ถึงปัญหานั้น ๆ ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้สอนหรือชี้แนะส่วนผู้ป่วยแต่ละรายต้องลงมือปฏิบัติเองและผู้วิจัยกับผู้ป่วยต้องร่วมกันสรุปผลลัพธ์ที่ได้ออกมา

โครงสร้างโปรแกรม

ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย
2. การให้ความรู้
3. การบริหารกาย-จิตแบบชี่กง
4. การประเมินผล

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1. คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. ผู้ป่วยมีความยินดีและสมัครใจในการที่จะเข้าร่วมโปรแกรม
3. ใช้แบบฟอร์มใบสมัครเข้าร่วมกิจกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางการพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสามารถนำมาใช้ช่วยให้อาการเหนื่อยล้าบรรเทาลดลงได้
2. เป็นแนวทางการวิจัยต่อวิชาชีพพยาบาลที่จะนำเอาการดูแลแบบผสมผสานมาใช้ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลและก่อประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง การทำกิจกรรม

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
ครั้งที่ 1	<p>ขั้นตอนที่ 1 : การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 : การให้ความรู้</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 : การบริหารกาย-จิตแบบซิง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพ 2. เพื่อให้เกิดความไว้วางใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย 3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วย 4. เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถประเมินและทำความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย 5. เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงปัญหาแท้จริงให้ตรงกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย 6. เพื่อประเมินถึงระดับคะแนนความเหนื่อยล้าและความรู้ก่อนที่จะให้ความรู้กับผู้ป่วย <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเป็นการปรับความรู้และการรับรู้ของผู้ป่วย 2. เพื่อเป็นการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการรับรู้ของผู้ป่วย 3. เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติเอง 4. เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าได้ 5. เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีกลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้า <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเป็นกิจกรรมทางกายภาพบำบัดที่ช่วยเสริมในการจัดการ

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
ครั้งที่ 2	<p>ขั้นตอนที่ 4 : ประเมินความเหนื่อยล้า</p> <p>-ประเมินการรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง</p> <p>-ฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงกเน้นการหายใจที่ถูกวิธี</p>	<p>กับอาการเหนื่อยล้า</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์จากการ บริหารกาย-จิตแบบซิงก เพื่อให้เป็นตัวอย่างเปรียบเทียบเมื่อเริ่มทำการวิจัย</p> <p>เพื่อเพิ่มความเข้าใจ เห็นภาพการปฏิบัติผ่านสื่อวีดิทัศน์ เมื่อผู้ป่วยเข้าใจและเห็นถึงประโยชน์ของการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ก็จะปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยเอง</p>
ครั้งที่ 3	<p>ให้ความรู้การบริหารกาย-จิตแบบซิงกโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การฝึกซิงกอย่างง่าย 4 ท่า</p>	<p>1. เพื่อเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ช่วยเสริมในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์จากการ บริหารกาย-จิตแบบซิงก</p>
ครั้งที่ 4	<p>-สอบถามความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ</p> <p>-สอบถามอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น</p> <p>-ปรึกษาหารือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยในการแก้ไขปัญหาที่พบ</p> <p>-ให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นการเสริมแรงในการปฏิบัติตามโปรแกรมผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยในครั้งนี้อย่างใกล้ชิด</p>	<p>1. เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการปฏิบัติ และผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าลดลง</p> <p>2. แก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</p>
ครั้งที่ 5	<p>-ฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงกร่วมกัน</p> <p>-สอบถามปัญหาอุปสรรคจากการบริหารกาย-จิตแบบซิงก</p>	<p>เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลหลังจากที่ได้รับความรู้ในเรื่องกลวิธีการจัดการกับอาการและการบริหารกาย-จิตแบบซิงกว่าได้ผลเป็นอย่างไร</p>

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
ครั้งที่ 6	- ประเมินความเหนื่อยล้าหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1	- เพื่อเป็นการสรุปถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขที่ได้ผล - เน้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
ครั้งที่ 7	- ประเมินความเหนื่อยล้าหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 2	- เพื่อเป็นการวัดระดับคะแนนความเหนื่อยล้าและระดับความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1. สรุปถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิด 2. เพื่อเป็นการวัดระดับคะแนนความเหนื่อยล้าและระดับความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม

กิจกรรมขั้นตอนที่ 1

การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ
2. เพื่อให้เกิดความไว้วางใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย
3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ใน

มุมมองของผู้ป่วยเอง

4. เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถประเมินและทำความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย
5. เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงปัญหาแท้จริงให้ตรงกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย
6. เพื่อประเมินถึงระดับคะแนนความเหนื่อยล้าและความรู้ก่อนที่จะให้ความรู้กับผู้ป่วย

สาระสำคัญ

การประเมินประสบการณ์การรับรู้ของและความต้องการของผู้ป่วย เป็นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดเล่าประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยเอง ผู้วิจัยประเมินความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อที่จะบรรเทาความเหนื่อยล้า ในขณะที่เดียวกันต้องให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อม

กิจกรรม

1. แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์
2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล
3. ทำการประเมินระดับความเหนื่อยล้าและระดับความรู้
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่รับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้าที่ผ่านมา
5. ประเมินวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่จะจัดการกับอาการเหนื่อยล้า
6. ทำการนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สื่อ

1. ใบงานที่ 1 : แบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนตัว
2. ใบงานที่ 2 : แบบประเมินความเหนื่อยล้า
3. ใบงานที่ 3 : แบบประเมินความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าและมีท่าทางที่เต็มใจในการเล่าประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น
2. ผู้ป่วยและผู้วิจัยสรุปถึงสาเหตุของปัญหาความเหนื่อยล้าได้

ระยะเวลา 15 นาที

กิจกรรมขั้นตอนที่ 2

การให้ความรู้

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการปรับความรู้และการรับรู้ของผู้ป่วย
2. เพื่อเป็นการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการรับรู้ของผู้ป่วย
3. เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติเอง
4. เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าได้
5. เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีกลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้า

สาระสำคัญ

เป็นการปรับความรู้และการรับรู้ของผู้ป่วยให้ถูกต้องโดยการสร้างแผนการสอนและคู่มือสำหรับผู้ป่วย ให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันหากวิธีว่าจะมีวิธีใดที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงผลลัพธ์และอุปสรรค

กิจกรรม

1. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าถึงสาเหตุของปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น
2. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยใช้แผนการสอนและคู่มือการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า
3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติ
4. เมื่อพบกับผู้ป่วยในครั้งต่อไปสรุปถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างนำกลับไปลองปฏิบัติ
5. แจกคู่มือการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกให้ผู้ผู้ป่วยนำกลับไปทบทวนต่อที่บ้าน

6. อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เหมาะสมกับตนเองและผลความพึงพอใจหลังจากที่ได้รับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งอยู่ท้ายบทคู่มือ : การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สื่อ

1. แผนการสอน : การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. คู่มือ : การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การประเมินผล

1. ระดับคะแนนความเหนื่อยล้าหลังรับการเข้าร่วมโปรแกรม ๙ ลดลง
2. จากการบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เหมาะสมกับตนเองและผลความพึงพอใจหลังจากที่ได้รับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงก ซึ่งอยู่ท้ายบทคู่มือ : การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมขั้นตอนที่ 3

การบริหารกาย-จิตแบบซิงก

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ช่วยเสริมในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า

2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์จากการการบริหารกาย-จิตแบบซิงกูลาร์ที่สำคัญ

เป็นการใช้วิธีการดูแลแบบผสมผสานร่วมด้วยเพื่อช่วยในการบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งนี้อาการเหนื่อยล้าแสดงออกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

1. อธิบายเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงกูลาร์ให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ของการฝึก
2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าจะต้องฝึกทักษะอย่างไรบ้างตามคู่มือการจัดการกับ

อาการเหนื่อยล้าที่แจกให้

3. ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยรับการผ่าตัด 3 วันแล้ว โดยประเมินตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย ท่าที่ฝึกทำไม่จำเป็นต้องครบทุกท่า แต่เน้นการฝึกสมาธิตามการเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดพลังในตัวขึ้น และส่งผลกับระบบต่างๆในร่างกาย

สื่อ

1. แผนการสอน : การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. คู่มือ : การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ระยะเวลา 30 นาที

การประเมินผล

1. ระดับคะแนนความเหนื่อยล้าหลังรับการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ลดลง
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าที่สดชื่น และรู้สึกผ่อนคลาย
3. จากการบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เหมาะสมกับตนเองและผลความพึงพอใจหลังจากที่ได้รับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตแบบซิงกูลาร์ ซึ่งอยู่ท้ายบทคู่มือ : การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

กิจกรรมขั้นตอนที่ 4

การประเมินผล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลหลังจากที่ได้รับความรู้ในเรื่องกลวิธีการจัดการกับอาการและการบริหารกาย-จิตแบบซิงกูลาร์ว่าได้ผลเป็นอย่างไร
2. เพื่อเป็นการสรุปถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไขที่ได้ผล
3. เพื่อเป็นการวัดระดับคะแนนความเหนื่อยล้าและระดับความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม

สาระสำคัญ

เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไรมีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ร่วมกับการพยาบาลด้วยวิธีการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่จะสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้หรือไม่อย่างไร

กิจกรรม

1. ทำการประเมินผลลัพธ์ที่ได้โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยประเมินร่วมกับผู้วิจัย
2. ทำการประเมินระดับคะแนนความเหนื่อยล้าและวัดระดับความรู้หลังจากที่ครบ

ระยะเวลาการทดลอง

3. กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุก ๆ ท่าน

สื่อ

1. ใบงานที่ 2 : แบบประเมินความเหนื่อยล้า
2. ใบงานที่ 3 : แบบประเมินความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. แบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เหมาะสมกับตนเองและผลความพึงพอใจ

หลังจากที่ได้รับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ ซึ่งอยู่ท้ายบทคู่มือ : การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ระยะเวลา 10 นาที

ประเมินผล

1. ระดับคะแนนความเหนื่อยล้าหลังรับการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ลดลง
2. จากระดับคะแนนความรู้ที่วัดหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
3. จากการบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เหมาะสมกับ

ตนเองและผลความพึงพอใจ หลังจากที่ได้รับจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งก่ ซึ่งอยู่ท้ายบทคู่มือ : การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความเหนื่อยล้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดชุดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมานในระดับใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย

มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

ข้อ 7- 11 โปรดอธิบายความรู้สึกของท่านที่มีต่อความเหนื่อยล้าหลังจากได้เคมีบำบัดตามหัวข้อต่อไปนี้

ข้อ 7. ระดับความรู้สึกพอใจ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



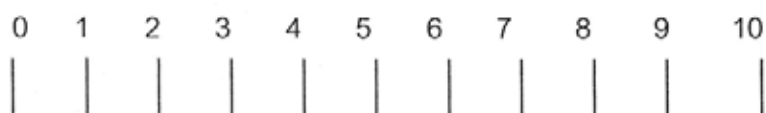
พอใจ

ไม่พอใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อ 12-22 หลังจากได้รับเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าเป็นอย่างไร

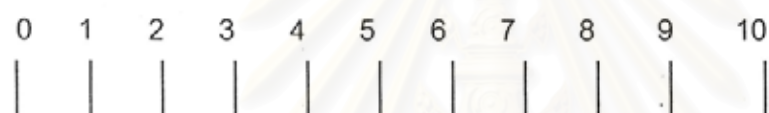
ข้อ 12 ระดับความแข็งแรง



แข็งแรง

อ่อนแอ

ข้อ 22 ระดับความคิดอ่าน



สมองปลอดโปร่ง

สมองไม่ปลอดโปร่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบทดสอบความรู้

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความ
เหนื่อยล้าจากการรักษาที่ได้รับ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในช่องซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย(√) ในช่องที่ตรงกับ
ความเห็นของท่านมากที่สุด กรุณาตอบทุกข้อ โดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เลือกตอบ ถูก เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ถูกต้อง

เลือกตอบ ผิด เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ผิด

คำถาม	ถูก	ผิด
1. มะเร็งเต้านมคือโรคที่มีความผิดปกติของการแบ่งเนื้อเยื่อของเต้านม		
2. มะเร็งเต้านมพบได้เป็นอันดับสองในเพศหญิง		
.		
.		
.		
20. ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดความเหนื่อยล้า ได้		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดความพึงพอใจและผลที่ได้รับจากการบริหารกาย-จิตแบบซิงก

1. ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหารกายแบบซิงก อย่างไร

<input type="checkbox"/> 1. พึงพอใจมาก	<input type="checkbox"/> 2. พึงพอใจปานกลาง
<input type="checkbox"/> 3. พึงพอใจเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> 4. ไม่พึงพอใจ

2. ท่านมีความพึงพอใจต่อกระบวนการบริหารจิตแบบซิงก อย่างไร

<input type="checkbox"/> 1. พึงพอใจมาก	<input type="checkbox"/> 2. พึงพอใจปานกลาง
<input type="checkbox"/> 3. พึงพอใจเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> 4. ไม่พึงพอใจ

3. ท่านคิดว่าการบริหารกาย-จิตแบบซิงกให้ผลต่อท่านอย่างไร

ความรู้สึก	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีผล
<ul style="list-style-type: none"> ● รู้สึกสบายและผ่อนคลาย ● จิตใจสงบ ● ตาสว่าง ● สดชื่นแจ่มใส ● คลายความกังวลกังวล ● หายเครียด ● ปลอดภัย ● เบาตัวและดีระยะ ● อยากหลับ ● มีพลังงาน ● สมารถดีขึ้น ● หายปวดเมื่อย ● แขนขามีแรงมากขึ้น ● อื่นๆโปรดระบุ 				

4. ท่านต้องการบริหารกาย-จิต แบบซิงกต่อไปหรือไม่.....
 เหตุผล.....

แผนการสอนเรื่อง ความเหนื่อยล้าและการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ความรู้เป็นรายบุคคลด้วยวิธีการสอนในเรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ ความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า และการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าจากโรคและอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยจะทำการประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยก่อน ร่วมกับการให้ความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ โดยมีสื่อการสอนคือ คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด

จำนวนผู้ป่วย	รายบุคคล
สถานที่	ตึกศัลยกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาริบัติ
ระยะเวลา	60 นาที
ผู้สอน	พ.ต.ท.หญิง วัชรวรรณ จันทร์อินทร์
วัตถุประสงค์	

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับ อาการของความเหนื่อยล้าและการจัดการกับอาการ เหนื่อยล้า
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงประโยชน์ของการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลในการบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ในเรื่องการจัดการกับอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงเกิ้ลไปปฏิบัติได้

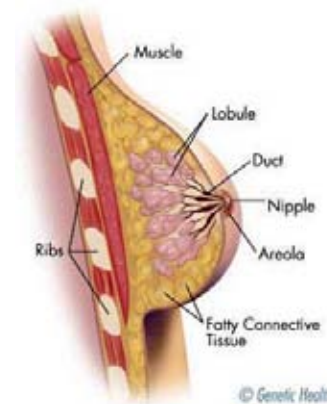
วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	ประเมินผล
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคมะเร็งเต้านมและความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด</p>	<p>บทนำ สวัสดิ์คะดิฉัน พ.ต.ท.หญิง วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ นิสิตปริญญาโทพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะขอให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่ การรักษาที่ท่านได้รับและแนวทางปฏิบัติที่จะทำให้ท่านมีชีวิตที่ดีท่ามกลางความเจ็บป่วยจากโรคและอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่ท่านกำลังได้รับอยู่ในขณะนี้ โดยข้อมูลดังกล่าวจะประกอบไปด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา <p>ขั้นเข้าสู่บทเรียน มะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของสตรีไทย พบมากในช่วงอายุ 45-55 ปี</p> <p>สาเหตุ สาเหตุที่แท้จริง ผู้หญิงหลายคนมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมแตกต่างกันไป แต่ปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นก็ไม่ได้หมายความว่า จะทำให้ผู้หญิงคนนั้นจะเป็นมะเร็งเต้านมเสมอไป ขณะที่ผู้หญิงส่วนใหญ่ซึ่งดูเหมือนไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆเลยกลับเป็นมะเร็งเต้านม แต่อย่างน้อยการรู้ปัจจัยเสี่ยงก็ยังดีกว่าไม่ทราบอะไรเลย</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ประกอบด้วย</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ชั้นนำ(3 นาที)เข้าสู่บทเรียน</p> <p>ผู้สอนกล่าว ทักทายและแนะนำเข้าสู่บทเรียน</p> <p>ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง</p>	<p>รูปภาพ โครงสร้างของเต้านม, สาเหตุ , ปัจจัยเสี่ยง</p>	

คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับ
การบริหารกาย - จิต แบบซีกง
สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด



มะเร็งเต้านม

หมายถึง การที่เนื้อเยื่อของเต้านมบางส่วนมีการเจริญเติบโต และเปลี่ยนแปลงไปอย่างผิดปกติโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้และเนื้อเยื่อที่ผิดปกติเหล่านั้นสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะบริเวณใกล้เคียง เช่น ต่อมท่อน้ำลาย กระดูก ตับ ปอด สมองหรืออวัยวะส่วนอื่นๆของร่างกายได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่}}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}} \times 100$$

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิติยนรากุล, 2547)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิติยนรากุล, 2547)

$$\text{S.D.} = \sqrt{\frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N - 1}}$$

เมื่อ	S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	X	แทน	ค่าของคะแนนแต่ละจำนวน
	\bar{X}	แทน	ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น
	$\sum (X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนข้อมูลของชุดนั้น

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	CVI	แทน	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา
	R	แทน	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	$\sum R$	แทน	ผลรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ(จำนวน ข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็น ในระดับ 3 และ 4)
	N	แทน	จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟา (α -Coefficient) สูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	K	แทน	จำนวนส่วนย่อยหรือจำนวนข้อคำถามของเครื่องมือวัด
	S_i^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนแต่ละส่วนย่อยหรือแต่ละข้อ
	S_x^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับของเครื่องมือวัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

สูตรทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย t-test (Independent sample) กรณีไม่ทราบ σ_1^2 และ σ_2^2 แต่สมมติให้ $\sigma_1^2 = \sigma_2^2$

$$\text{สูตร} \quad t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left(\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}\right)\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

เมื่อ	df	=	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
		=	$n_1 + n_2 - 2$
	\bar{X}_1	=	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
	\bar{X}_2	=	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
	n_1	=	ขนาดของกลุ่มทดลอง
	n_2	=	ขนาดของกลุ่มควบคุม
	S_1^2	=	ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มทดลอง)
	S_2^2	=	ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มควบคุม)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สูตรเคมีบำบัด และระดับความเหนื่อยล้าก่อนการทดลอง หลังการรับยาเคมีบำบัดชุดที่ 1 และชุดที่ 2

คู่ที่	กลุ่มควบคุม					กลุ่มทดลอง				
	อายุ	สูตรเคมี	ก่อนการทดลอง	หลังการรับยาเคมีบำบัดชุดที่ 1	หลังการรับยาเคมีบำบัดชุดที่ 2	อายุ	สูตรเคมี	ก่อนการทดลอง	หลังการรับยาเคมีบำบัดชุดที่ 1	หลังการรับยาเคมีบำบัดชุดที่ 2
1	51	1	4.77	1.91	3.05	51	1	5.05	6.27.	6.36
2	39	1	3.14	8.00	8.73	37	1	3.86	3.05	3.91
3	57	2	4.09	7.27	8.05	55	2	2.86	6.73	2.55
4	48	1	7.14	8.00	4.00	45	1	4.68	5.14	4.64
5	58	2	6.82	8.23	8.95	59	2	3.45	5.59	5.50
6	55	2	4.64	7.55	8.41	55	1	2.27	7.95	4.32
7	45	1	1.59	6.82	7.36	45	1	4.55	3.36	4.23
8	48	2	5.59	5.32	5.23	47	2	1.82	5.77	3.91
9	31	1	4.32	5.95	5.32	34	2	5.55	2.41	2.59
10	45	2	6.14	8.05	9.09	47	2	4.82	7.45	5.50
11	45	2	4.05	3.86	2.50	43	2	2.27	3.82	3.14

12	41	1	3.27	4.91	5.32	36	1	5.09	4.18	3.68
คู่ที่	กลุ่มควบคุม					กลุ่มทดลอง				
	อายุ	สูตรเคมี	ก่อนการทดลอง	หลังการรับยาเคมีบำบัดชุดที่ 1	หลังการรับยาเคมีบำบัดชุดที่ 2	อายุ	สูตรเคมี	ก่อนการทดลอง	หลังการรับยาเคมีบำบัดชุดที่ 1	หลังการรับยาเคมีบำบัดชุดที่ 2
13	43	1	5.55	8.32	8.91	42	1	2.91	6.45	3.82
14	56	1	2.73	7.36	8.05	56	1	4.68	6.55	4.86
15	52	2	4.55	7.50	8.59	50	2	2.91	3.18	2.50
16	51	2	2.95	4.05	6.00	47	2	1.64	6.77	4.55
17	53	2	3.05	4.82	6.91	50	2	4.50	4.59	5.18
18	44	1	6.27	8.09	5.09	47	1	1.91	7.05	4.23
19	43	2	3.32	6.00	6.32	40	2	1.32	2.41	2.45
20	49	2	3.91	7.32	7.18	49	2	3.68	6.00	3.50

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	พ.ต.ท.หญิง วัชรวรรณ จันทร์อินทร์
วัน เดือน ปี เกิด	29 พฤษภาคม 2504
ตำแหน่ง	พยาบาลสัญญาบัตร 2
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ อาคารเฉลิมพระเกียรติชั้น 8 โรงพยาบาลตำรวจ 492/1 ถ.พระราม 1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ปี พ.ศ. 2526 ศึกษาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปี พ.ศ.2530 ประกาศนียบัตรการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการ พยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปีพ.ศ 2543 ลาศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2547
ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ	
พ.ศ. 2526-2539	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
พ.ศ. 2540-2545	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย
พ.ศ. 2545-2546	ปฏิบัติงานพยาบาลประจำคลินิกโรคมะเร็ง
พ.ศ. 2546-ปัจจุบัน	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ เฉลิมพระเกียรติชั้น 8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย