



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้า
ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

**The Effect of Nutritional Self-Management Promoting Program on Fatigue
in Cancer Patients Receiving Radiotherapy**

จันทร์จิรา เกื้อกาญจน์

Janjira Kuakarn

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)**

Prince of Songkla University

2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้า
ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
ผู้เขียน นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญตา บาลทิพย์)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญตา บาลทิพย์)
กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่าผลงานนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือ

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการต่อความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
ชื่อผู้เขียน	นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ที่มารับบริการแผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 26 ราย และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการ 26 ราย กิจกรรมใน โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อสะท้อนตนเอง การตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และแบบวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา หาความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าที่ระดับ .87 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย สื่อนำเสนอภาพนิ่ง เอกสารคู่มือ และสมุดบันทึกการจัดการตนเอง ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติที่คู่ และสถิติที่อิสระ

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.54, p < .001$)

2. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.64, p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการ มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้ จึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมดังกล่าวมาใช้

เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่อไป

Thesis Title	The Effect of Nutritional Self-Management Promoting Program on Fatigue in Cancer Patients Receiving Radiotherapy
Author	Miss Janjira Kuakarn
Major Program	Nursing Science (Community Nurse Practitioner)
Academic Year	2014

ABSTRACT

This study is a quasi-experimental research which aims to study the effect of nutritional self-management promoting program on fatigue in cancer patients receiving radiotherapy. The recruited sample comprised 52 cancer patients receiving radiotherapy at the department of radiotherapy in one cancer hospital in the South. They were divided into two groups: 26 patients in the control group were treated normally and 26 patients in the experimental group were treated with the Nutritional Self-management Promoting Program. The activities of the program comprised educating, sub-group discussions to reflect themselves, aiming and practical planning including the continuous follow up by phone. The data were collected using a questionnaire on personal information, data records of disease and treatments and the form to measure fatigue in cancer patients receiving radiotherapy. Cronbach's alpha coefficient was calculated for the reliability, which was 0.87. The research instruments were Power Point documents, manuals and self-management notebooks investigated for content validity by three experts. Personal information was analyzed with descriptive statistics and the hypothesis was tested through dependent and independent t-test.

The findings were as follows:

1. The fatigue score of the experimental group after participating in Nutritional Self-management Promoting Program was significantly lower than the score before participating in the program ($t = 4.54, p < .001$).
2. The fatigue score of the experimental group after intervention was lower than the score of the control group with statistical significance ($t = -4.64, p < .001$).

In addition, the results showed that Nutritional Self-management Promoting Program was efficient in order to modify consumption behavior positively and could reduce

fatigue in cancer patients receiving radiotherapy. Therefore, this program should be provided as a guideline to treat cancer patients receiving radiotherapy in order to relieve fatigue.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	6
สมมติฐาน.....	10
นิยามศัพท์.....	10
ขอบเขตการศึกษา.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	11
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
สถานการณ์ปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา.....	13
สถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา.....	13
ปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา.....	14
ปัญหาด้านร่างกาย.....	14
ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์.....	15
ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ.....	16
ปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา.....	17
ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่ได้รับการรังสีรักษา.....	19
ความหมายของความเหนื่อยล้า.....	20
อาการ อาการแสดงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา.....	20

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา.....	26
การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา.....	27
การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา.....	29
แนวคิดการจัดการตนเอง.....	32
ความหมายของการจัดการตนเอง.....	32
ปัจจัยความสำเร็จในการจัดการตนเอง.....	33
กระบวนการส่งเสริมการจัดการตนเอง.....	34
การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการงานวิจัย.....	36
โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา.....	38
โภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา.....	39
หลักการส่งเสริมโภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา.....	42
กิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา.....	44
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	51
การดำเนินการวิจัย.....	52
ขั้นเตรียมการ.....	52
ขั้นปฏิบัติการ.....	52
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	58
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน.....	66
การทดสอบสมมติฐานการวิจัย.....	68
การอภิปรายผล.....	69
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง.....	69
ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา.....	71
ผลการทดสอบสมมติฐาน.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	79
สรุปผลการวิจัย.....	81
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	80
ข้อเสนอแนะ.....	80
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล.....	80
ด้านการบริหารการพยาบาล.....	81
ด้านการวิจัย.....	82
เอกสารอ้างอิง.....	83
ภาคผนวก.....	93
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	94
ข แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	95
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	97
ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	104
จ งานวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาออกแบบกิจกรรม.....	116
ฉ ตารางการวิเคราะห์งานวิจัยที่สำคัญในการนำมาพัฒนาโปรแกรม.....	117
ช การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์สถิติ.....	121
ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	123
ประวัติผู้เขียน.....	124

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
<p>1 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test).....</p>	59
<p>2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคและการรักษา และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคและการรักษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test).....</p>	64
<p>3 ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (N = 52).....</p>	67
<p>4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (N = 52)....</p>	68
<p>5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ โดยใช้สถิติทีอิสระ (N = 52)...</p>	69

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็ง 12.7 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 7.6 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 21.3 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 13 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2013) สำหรับประเทศไทย จากสถิติในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งมาตลอด และมีอุบัติการณ์เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคมะเร็ง 55,403 คน คิดเป็นอัตราการตาย 88.3 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2554 ที่ผ่านมา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยตายเพิ่มขึ้นเป็น 61,082 คน คิดเป็นอัตราการตาย 95.2 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 2,000 คนต่อปี นับเป็นอัตราเพิ่มที่ค่อนข้างสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ

มะเร็งเป็นกลุ่มของโรคที่เกิดจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่สารพันธุกรรม (DNA, Deoxyribonucleic acid) มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น ไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโตได้ และอาจมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง โดยผ่านทางหลอดเลือดและระบบน้ำเหลืองไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย (วงจันทร์, 2554) สำหรับการรักษามะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การให้เคมีบำบัด การรักษาด้วยรังสี การผ่าตัด ยีนส์บำบัด และอิมมูนบำบัด หลักในการรักษาที่สำคัญ คือ จะต้องกำจัดเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งการแบ่งตัวให้มากที่สุด ซึ่งอาจจะใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกันขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค ความรุนแรง การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง รวมถึงสภาพร่างกายของผู้ป่วย (ปรีชาและยุพาวรรณ, 2548) รังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีมักใช้เกือบทุกระยะของโรค ซึ่งมีการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด จะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสี (สุชาติพิศ, 2549) ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อมุ่งให้หายขาดหรือเพื่อบรรเทาอาการ และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวต่อไปได้อีกชั่วระยะเวลาหนึ่ง (พิทยภูมิ, 2551) อย่างไรก็ตาม ผลจากการได้รับรังสีรักษาไม่เพียงแต่ทำลายเซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายบริเวณข้างเคียงด้วย ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ใน

ระหว่างการรักษาหรือหลังครบการรักษาไปแล้ว อาการข้างเคียงที่เกิดจากผลกระทบบนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ได้แก่ เบื่ออาหาร ซีด อ่อนเพลีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการข้างเคียงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา อาการที่ส่งผลต่อภาวะดังกล่าว คือ การอักเสบของเยื่อช่องปาก อาการปากแห้ง ฟันผุ การรับรสอาหารลดลง อ้าปากได้แคบกว่าปกติ หลอดอาหารอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน และอาการท้องเดิน ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยกินอาหารน้อยลง น้ำหนักลด มีความผิดปกติของเกลือแร่ในร่างกาย จนเกิดภาวะทุพโภชนาการหรืออาการผอมแห้ง และในรายที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงมาก อาจถึงแก่ชีวิตได้ (ประภาพร, 2553)

ปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เกิดได้ทั้งจากผลของมะเร็งเอง โดยความผิดปกติในขบวนการเมตาบอลิซึมที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้เซลล์มะเร็งต้องดึงพลังงานไปจากเซลล์ปกติ (วิลรัตน์, 2552) และเกิดจากอาการข้างเคียงต่าง ๆ ของรังสีรักษา ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ร่างกายขาดสารอาหาร ก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จากการศึกษาของอันเซลและอากแมนซู (Unsal & Akmansu, 2006 อ้างตามสวนีย์, 2554) พบภาวะขาดสารอาหารของผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 31 และเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาถึงร้อยละ 43 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฉายแสงบริเวณศีรษะและคอ หรือการฉายรังสีผ่านบริเวณอุ้งเชิงกราน (พวงทอง, 2552) ซึ่งรังสีจะส่งผลให้ลดการดูดซึมอาหารของกระเพาะและลำไส้ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการของผู้ป่วย ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะโปรตีนที่ช่วยสร้างความแข็งแรงของใยกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวลดลง ผลที่ตามมาคือ ร่างกายอ่อนเพลียและทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า (Piper, 1991)

ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยซึ่งเกิดขึ้นในแต่ละวัน ร่างกายไม่สามารถคงความสมดุลของการสร้างและการใช้พลังงานไว้ได้ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ก่อให้เกิดความไม่สบาย โดยมึระยะเวลาและความรุนแรงที่แตกต่างกัน อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ซึ่งจะรบกวนความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของบุคคล (Piper, 2003) ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งโดยทั่วไปเกิดจากการที่ร่างกายของผู้ป่วยมีเซลล์ซึ่งมีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติและต้องอาศัยพลังงานเพื่อการแบ่งตัวมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ได้รับรังสีรักษา จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี โดยผลของรังสีรักษาจะก่อให้เกิดการสะสมของกรดแลคติก ไพรูเวท และไฮโดรเจนไอออน ซึ่งของเสียดังกล่าวเมื่อมีการสะสมมากขึ้นจะยิ่งทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะในกรณีที่มีการขาดอาหารจำพวกโปรตีน ซึ่งช่วยในการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

ก็จะนำไปสู่ความเหนื่อยล้ามากขึ้นเช่นกัน ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเกิดความรู้สึกเบื่ออาหารร่วมกับอาการข้างเคียงที่สำคัญของรังสีรักษา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน การอักเสบของเยื่อช่องปาก การรับรสอาหารลดลง หรือท้องเดิน ก็จะมีส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่จำเป็นน้อยลง จะเห็นได้ว่าปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะน้ำหนักลดในผู้ป่วยมะเร็ง มีสาเหตุมาจากอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี (โศภณและภัทรพิมพ์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของบีเวอร์ (Beaver, 2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจะทำให้น้ำหนักลด ได้ถึงร้อยละ 32.7 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโภชนาการ ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดสารอาหาร ร่างกายอ่อนเพลีย และทำให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา

ดังนั้นภาวะโภชนาการนับเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเต็มที่ มีภูมิคุ้มกันสูง ร่างกายทนต่ออาการข้างเคียงของรังสีรักษาได้ดี และช่วยฟื้นฟูเซลล์ร่างกายในส่วนที่สึกหรออันเป็นผลเกิดจากการรักษา เพื่อคงความแข็งแรงของร่างกาย (พวงทอง, 2552) หรืออย่างน้อยช่วยคงสภาพร่างกายไว้ไม่ให้เสื่อมโทรมกว่าที่ควรจะเป็น (ัชมน, 2550) จากการศึกษาของพงษ์พิพัฒน์ (Pongpipat, 2009) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับสารอาหารที่เหมาะสม มีการบริโภคอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ ช่วยให้ได้รับพลังงานและมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ทางหนึ่ง โดยอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา คืออาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ ที่สำคัญคือ โปรตีน เช่น เนื้อปลา ไข่ ถั่ว และผักบางชนิด ควรได้รับอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในทุกระยะของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (ยุคลสุญาณี และธีรยุทธ, 2552) นอกจากนี้ การตัดสินใจปรับเปลี่ยนรูปแบบของการรับประทานอาหาร และชนิดของอาหารด้วยตัวผู้ป่วยเอง ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมภาวะโภชนาการให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยพบว่า ผลของการจัดการกับอาการ โดยส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เพียงพอ สามารถช่วยลดความเหนื่อยล้า และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ (Brown et al., 2010) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ความสามารถในการจัดการตนเองด้านโภชนาการนับเป็นเรื่องสำคัญ ทั้งนี้เพราะตัวผู้ป่วยเองต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ทุกวัน ผู้ป่วยจึงต้องมีความรับผิดชอบในการควบคุมการปฏิบัติของตนเอง ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองด้านโภชนาการ ในการควบคุมผลกระทบจากโรคมะเร็ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา รวมทั้งการส่งเสริมให้มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเองจึงมีความจำเป็น ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองและควบคุมโรคได้นั้น จำเป็นต้องมีการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ดี เพื่อให้สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการตนเองเป็นวิธีการหรือกระบวนการที่บุคคลต้องจัดกระทำต่อตนเองด้วยตนเองอย่างตั้งใจตลอดเวลาที่ดำรงชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการตนเองด้านโภชนาการจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งจะต้องปฏิบัติเพื่อควบคุมและลดผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยมะเร็งจะต้องมีการเฝ้าระวังเมื่อมีภาวะทุพโภชนาการจากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง และได้รับรังสีรักษา เมื่อบุคคลประเมินและตัดสินใจแล้วว่าการปฏิบัตินั้น ๆ จะมีคุณค่าและตระหนักถึงสิ่งที่มาคุกคามชีวิต ก็จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม (Coates & Boore, 1995) การจัดการตนเองในภาวะเจ็บป่วยนั้นต้องมีทั้งกระบวนการคิด และปฏิบัติที่เป็นพลวัตอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิบัติตามที่คาดหวัง โดยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้เรียนรู้สิ่งที่สำคัญในการควบคุมโรคหรือความผิดปกติของตนเอง (Creer, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้มีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการศึกษาหลายเรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เอดส์ และหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรสินันท์, 2553; ทศนีย์, 2556; รัชวรณ, 2550) มีภาวะสุขภาพดีขึ้น (จารุณี, 2555; สุภัสสร, 2551) ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (อรัญญา, 2551; Wattana, 2006) และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง (ฐานิชญาณ์, 2553; รัตนภรณ์, 2554) จากผลการศึกษาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ และช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง

สำหรับงานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ได้แก่ การศึกษาของวัฒนพล (2555) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน และการศึกษาของศิริลักษณ์ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยทั้งสองโปรแกรมต่างประกอบด้วยกิจกรรมใน 3 ระยะด้วยกัน คือ 1) ระยะเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะ 2) ระยะจัดการตนเองด้วยตนเอง ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง และ 3) ระยะติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งผลการศึกษาต่างพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การศึกษาดังกล่าวยังไม่ได้ศึกษาถึงผลของโภชนาการต่อความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

สำหรับโปรแกรมที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การศึกษาของสวนีย์ (2554) ที่ทำการศึกษาดังกล่าวถึงผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและพาสูกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองที่ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย 2) การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ในเรื่องโภชนาการ การเดินร่ำเต้าต่อชั้นซี และการส่งเสริมการนอนหลับ 3) การอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อสะท้อนตนเอง และ 4) การให้คำปรึกษารายบุคคลและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เข้าฝึกการจัดการตนเองมีความเหนื่อยล้าลดลงและความพาสูกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวเป็นการส่งเสริมการจัดการตนเองแบบผสมผสาน ต้องอาศัยการฝึกทักษะในหลายมิติเพื่อช่วยลดอาการเหนื่อยล้า และมีความยากต่อการนำไปใช้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถจดจำท่าทางในการเดินร่ำหรือผู้ป่วยที่ไม่มีเวลาพักผ่อนระหว่างวันได้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเลือกรับประทานอาหาร และรูปแบบของการรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่จำเป็นในช่วงการรักษา (Doyle et al., 2006) ช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางโภชนาการแก่ผู้ป่วย อันส่งผลให้ลดอาการเหนื่อยล้าได้ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ของผู้วิจัย จึงทำการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเฉพาะในมิติโภชนาการเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งยังสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย และสะดวก รวมทั้งก่อให้เกิดผลในการควบคุมอาการเหนื่อยล้าได้ดีที่สุด (Brown et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การจัดการตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีศักยภาพในการจัดการกับโรคและผลข้างเคียงของรังสีรักษา สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง และจากการได้ศึกษาถึงโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานของวัฒนะ (Wattana, 2006) พบว่า มีแนวปฏิบัติของโปรแกรมที่มีขั้นตอนและรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้ง่าย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองจากงานวิจัยของวัฒนะ ซึ่งได้ประยุกต์ตามแนวคิดของแครี (Creer, 2000) มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยกิจกรรมประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย เป็นการให้ความรู้ในการจัดการตนเองด้านโภชนาการ 2) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ในการพัฒนาการบริโภคอาหาร 3) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านของผู้ป่วยแต่ละคน 4) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม และ 5) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ทั้งนี้โดยเชื่อว่าผลของโปรแกรมจะช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้และสนับสนุนให้มีการจัดการตนเอง นอกจากจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้รู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง ลดความวิตกกังวล และยังช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาจากโรคและการรักษาได้ดียิ่งขึ้น (Meraviglia, 2002) อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเอง ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
2. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper, 2003) ร่วมกับประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองของวัตตะนะ (Wattana, 2006) ตามแนวคิดของแครี (Creer, 2000) เข้ามาเป็นแนวทางในการศึกษา

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา เป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลียอย่างมาก ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และก่อให้เกิดความไม่สุขสบายในระหว่างที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกิดขึ้น สามารถรับรู้และแสดงออกได้ใน 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง (behavior/severity dimension) ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ (affective dimension) ด้านความรู้สึก (sensory dimension) และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ (cognitive/mood) นอกจากนี้ไปเปอร์ (Piper, 2003) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลจะมี

การรับรู้ประสบการณ์ความเหนื่อยล้าด้วยตนเอง และมีการจัดการความเหนื่อยล้าต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความเหนื่อยล้า นั้น ๆ ดังนั้นแนวคิดการจัดการตนเองจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา สามารถนำมาใช้เพื่อการส่งเสริมการบริโภค และเลือกวิธีการปฏิบัติในการบริโภคเพื่อลดความเหนื่อยล้าได้อย่างเหมาะสม

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานของวัตนะ (Wattana, 2006) ได้ประยุกต์ขึ้นตามแนวคิดของแครี (Creer, 2000) เป็นรูปแบบการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีรูปแบบและขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนดังกล่าวประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค และ 3) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม ทั้งนี้การจัดการตนเองของบุคคล เป็นความรับผิดชอบของบุคคลในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยบุคคลจะต้องเรียนรู้ในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และบุคลากรสุขภาพจะให้การสนับสนุน ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายในการส่งเสริมโภชนาการที่วางไว้ (Creer, 2000) ภายใต้กรอบแนวคิดโภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อลดอาการเหนื่อยล้าได้ รวมทั้งช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดและความซึมเศร้า อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคและการรักษาได้ดีขึ้น (Meraviglia, 2002)

อย่างไรก็ตาม นอกจากกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นแล้ว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ยังช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของตนเอง อันจะนำไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการตนเองที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม (Bodenheimer et al., 2002; Embrey, 2006) นอกจากนี้ยังมีวิธีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ซึ่งจะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (Kimman et al., 2010) ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ที่จะดำเนินการทดสอบผลในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาขึ้นตามรูปแบบการจัดการตนเองของวัตนะ (Wattana, 2006) ใน 3 ขั้นตอน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอีก 2 ขั้นตอน โดยจะดำเนินการทั้งหมดใน 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เป็นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติการจัดการตนเอง และแจกคู่มือความรู้ด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน อธิบายและฝึกการลงบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน

2. การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง เป็นการส่งเสริมผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายการบริโภค โดยการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย และให้ผู้ป่วยต้องตัดสินใจเลือก

เป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง หลังจากที่ได้สนทนาหรือปรึกษากับผู้วิจัยแล้ว โดยใช้ข้อมูลหรือความรู้ที่ได้รับช่วยในการกำหนดเป้าหมาย

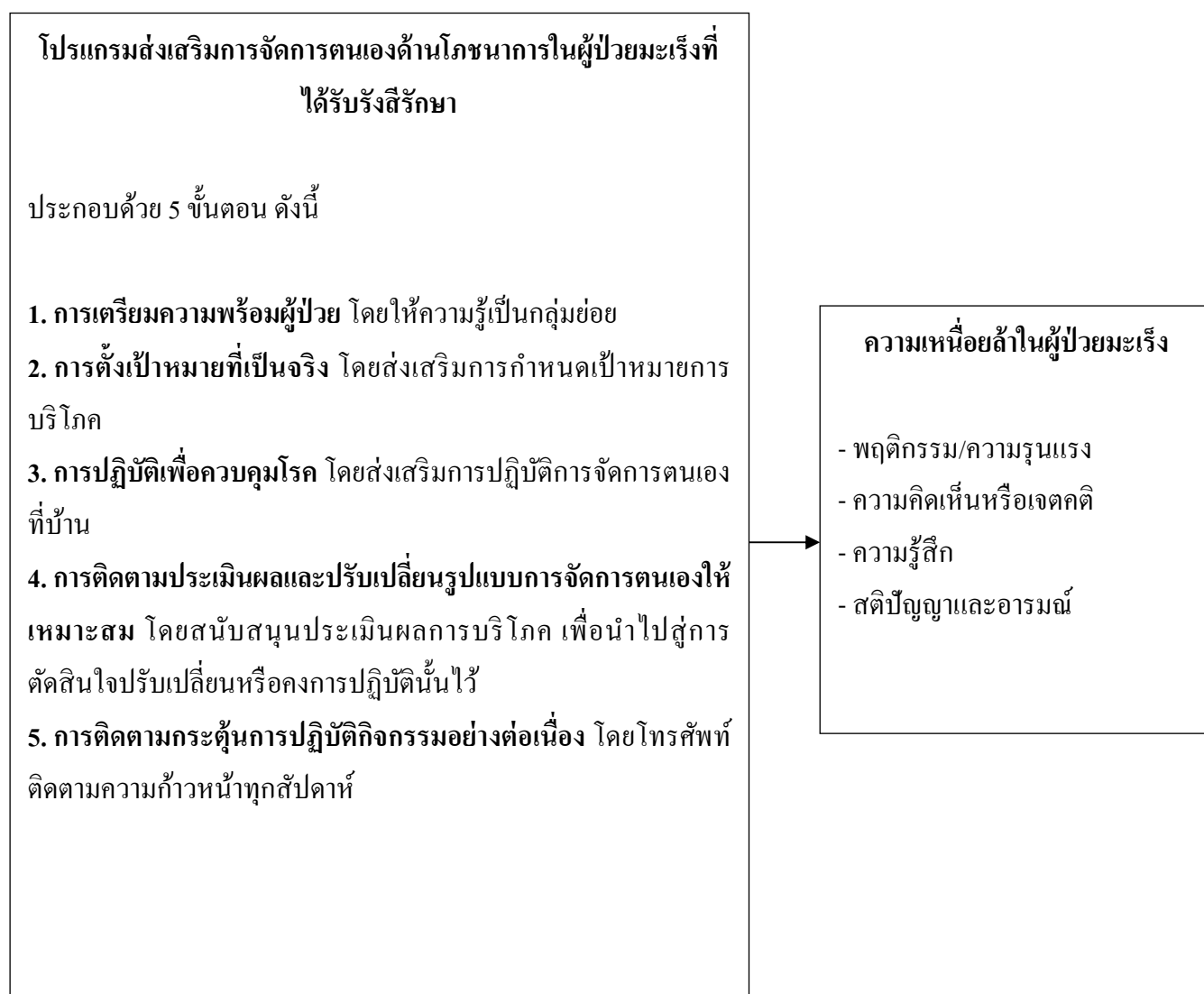
3. การปฏิบัติเพื่อควบคุม โรค เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเอง หลังจากที่ได้รับความรู้ กำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้วิจัยแล้ว เข้าใจแนวทางปฏิบัติตนตามแผนที่วางไว้ มีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติที่บ้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ผู้ป่วยวางไว้

4. การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม เป็นการสนับสนุนประเมินผลการบริ โภคที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนหรือคงการปฏิบัตินั้นไว้

5. การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ถัดไป ให้คำปรึกษาหรือความรู้เพิ่มเติมในกรณี que ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง และเป็นการให้กำลังใจในการฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน ดังสรุปเป็นกรอบแนวคิด ในภาพ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

1. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาคนที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โดยโปรแกรมพัฒนามาจากรูปแบบการจัดการตนเองของวัตตะนะ (Wattana, 2006) ซึ่งได้ประยุกต์ขึ้นตามแนวคิดของแครีย์ (Creer, 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการใน 5 ขั้นตอน คือ

1. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยจะเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มในเรื่องโรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อภาวะโภชนาการ วิธีการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการ หลักโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา และวิธีการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้า ให้ผู้ป่วยมีความรู้เพื่อเป็นข้อมูลในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ แล้วแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติตนที่บ้าน หลังจากนั้นแจกสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน พร้อมทั้งอธิบายและฝึกการบันทึก
2. การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการบริโภคและเป้าหมายการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการ โดยใช้ข้อมูลหรือความรู้ที่ได้รับ เป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย แล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง หลังจากนั้นเลือกแผนการปฏิบัติ ระบุระดับความมั่นใจในการปฏิบัติตามเป้าหมายและบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน
3. การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามบริโภคอาหารตามแผนในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้
4. การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม เป็นการสนับสนุนประเมินผลสำเร็จ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้จากสมุดบันทึกการ

จัดการตนเองที่บ้าน ถ้าไม่สำเร็จตามเป้าหมายก็ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไข โดยมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายร่วมกันกับผู้วิจัย แล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง และวางแผนการปฏิบัติที่สามารถทำได้เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายต่อไป

5. การติดตามกระแสนการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ พร้อมทั้งร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ถัดไป ให้คำปรึกษาหรือความรู้เพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง และเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยในการฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาว่ารู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกิดขึ้นสามารถรับรู้และแสดงออกได้ใน 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ซึ่งพิทยาภรณ์ (2548) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความเหนื่อยล้าระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง มีความเหนื่อยล้าระดับต่ำ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest, two-group design) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ที่มารับบริการแผนกรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในภาคใต้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ช่วยควบคุมโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ผู้วิจัยนำเสนอการทบทวน วรรณกรรมดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 1.2 ปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 1.3 ปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
2. ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 2.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า
 - 2.2 อาการ อาการแสดง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 2.3 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 2.4 การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 2.5 การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
3. แนวคิดการจัดการตนเอง
 - 3.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
 - 3.2 ปัจจัยความสำเร็จในการจัดการตนเอง
 - 3.3 กระบวนการส่งเสริมการจัดการตนเอง
 - 3.4 การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในงานวิจัย
4. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 4.1 โภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 4.2 หลักการส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
 - 4.3 กิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

สถานการณ์ปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

โรคมะเร็งเกิดจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่สารพันธุกรรมมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ และสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้ แม้ว่ามะเร็งจะมีการตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะต้น แต่พบว่าผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการและมีการลุกลามของเซลล์มะเร็งแล้ว ทำให้มีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี

สถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

มะเร็ง ถือเป็น โรคร้ายที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก สำหรับในประเทศไทย พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งมาตลอด และมีอัตราเพิ่มขึ้นเกือบ 2,000 คนต่อปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นับเป็นอัตราเพิ่มที่ค่อนข้างสูงซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า มะเร็งมีสาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคหลายประการ โดยสาเหตุ/ปัจจัยส่งเสริมเหล่านี้ อาจมีปฏิริยาต่อกัน หรือมีระยะเวลาที่ร่างกายสัมผัสกับสารมะเร็ง (carcinogens) อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกลูมิยีน เซลล์ปกติจึงกลายเป็นเซลล์มะเร็ง (วงจันทร์, 2554) และสามารถแพร่กระจายจากเซลล์ต้นกำเนิดไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้ (สุวรรณิและคณะ, 2555) หลักในการรักษาคือ จะต้องกำจัดเซลล์มะเร็งออกจากร่างกายให้มากที่สุด ปัจจุบันการรักษามะเร็งมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา อิมมูโนบำบัด และยีนบำบัด ซึ่งอาจจะใช้วิธีเดียวหรือหลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิด ระยะของโรค ความรุนแรง และการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (ปริยาและยุพาวรรณ, 2548) รังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีมักใช้เกือบทุกระยะของโรค ซึ่งมีการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด จะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสี (สุชาติพิทย์, 2549) ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อมุ่งให้หายขาดหรือเพื่อบรรเทาอาการ รวมทั้งใช้สำหรับป้องกันการลุกลาม และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้อีกระยะหนึ่ง (พิทยภูมิ, 2551)

ปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

การรักษาด้วยรังสีรักษา แม้ว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรค และมีชีวิตยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลจากการรักษาไม่เพียงแต่ทำลายเซลล์มะเร็งเท่านั้น ยังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายบริเวณข้างเคียงด้วย ซึ่งก่อให้เกิดเป็นปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัญหาด้านร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยรังสี จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย โดยอาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับรังสีเป็นชั่วโมงหรือหลายวันต่อมา ซึ่งจะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นกับปริมาณรังสีที่ได้รับ ระยะเวลาที่ใช้ในการรับการรักษาด้วยรังสีทั้งหมด บริเวณที่ได้รับรังสี ความไวของเซลล์ที่มีต่อรังสี และสภาพร่างกายของผู้ป่วย (พวงทอง, 2552) โดยผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นอาจเกิดในระยะเฉียบพลัน (acute effects) คือ เกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลังจากได้รับรังสี และจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้ภายใน 6-8 สัปดาห์หลังหยุดการฉายรังสี หรืออาจเกิดเป็นผลข้างเคียงระยะยาว (late effects) ที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาไปแล้ว 6 เดือน โดยเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงในระยะเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร เช่น การเกิดพังผืด (fibrosis) การฝ่อตัวของอวัยวะที่ถูกรังสี (atrophy) หรือการตายของเซลล์ (necrosis) (สุธาทิพย์, 2549) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นบ่อยจากผลของรังสีรักษา ดังต่อไปนี้

1. ผิวหนัง (skin reaction) การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังพบได้ในผู้ป่วยเกือบทุกราย เพราะการฉายรังสีที่อวัยวะใด ๆ ต้องผ่านผิวหนังทั้งสิ้น ผิวหนังอยู่ชั้นนอกสุดจึงได้รับปริมาณรังสีค่อนข้างสูง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับรังสี 1,000-2,000 เซนติเกรย์ หรือประมาณ 2-3 สัปดาห์ ผิวหนังจะมีรอยแดง (สุخورณ, 2548) ต่อมาเมื่อได้รับรังสีรักษาประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ ผิวหนังจะตกสะเก็ด แห้ง และเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลอครายใหม่ ซึ่งเกิดจากรังสีไปกระตุ้นให้มีการสร้างเมลานิน (melanin) มากขึ้นในเซลล์ผิวหนัง (ปริยาและยุพาวรรณ, 2548)

2. การกดไขกระดูก (myelosuppression) ไขกระดูกมีความไวต่อรังสีมาก โดยรังสีจะกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การผลิตเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล (neutrophil) เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือดลดต่ำลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด ภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายลดลง เกิดการติดเชื้อ

ได้ง่าย การแข็งตัวของเลือดช้ากว่าปกติ อาจทำให้เลือดไหลไม่หยุด ซึ่งหากมีอาการข้างเคียงดังกล่าว แพทย์อาจจะให้หยุดการฉายรังสีชั่วคราว จนกว่าเม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดจะกลับคืนสู่ภาวะปกติ

3. เบื่ออาหาร (anorexia) อาการเบื่ออาหารจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และจะมีอาการมากขึ้นเมื่อได้รับการฉายรังสี เช่น ในรายที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ จะทำให้การรับรสจากอาหารลดลง ปากเป็นแผล อ้าปากลำบาก บางรายจะมีอาการท้องอืด ประกอบกับผู้ป่วยอาจมีภาวะเครียด วิตกกังวลจากการรักษา ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อย ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง ร่างกายขาดสารอาหาร ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (ชวณพิศ, 2547)

4. อาการเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี อาจเกิดภายใน 1 สัปดาห์หลังจากการรักษา และอาการจะรุนแรงขึ้นตามปริมาณรังสีและระยะเวลาในการรักษา อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งขณะรับรังสีนี้มีหลายสาเหตุด้วยกัน ทั้งจากผลของโรคมะเร็ง จากการได้รับรังสีรักษา รวมถึงอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี เช่น การอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก เจ็บคอ กลืนลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายอ่อนเพลีย จนเกิดอาการเหนื่อยล้าในที่สุด (Piper, 1987) ทั้งนี้พบว่าภาวะดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับการหลั่งสารไซโตไคนีส (cytokinase) ทำให้กระบวนการเสริมสร้างเซลล์ลดลง ประกอบกับในขณะที่ฉายรังสีร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (วงจันทร์, 2554) นอกจากนี้อาจเกิดจากกลไกการกำจัดเซลล์มะเร็งของร่างกาย โดยการสร้างสารทูเมอร์เน็คโครซิสแฟกเตอร์ (tumor necrosis factor) ซึ่งสารนี้จะมีฤทธิ์ส่งเสริมให้กล้ามเนื้อมีการใช้โปรตีนมากขึ้น และมีฤทธิ์ลดการสังเคราะห์โปรตีนในกล้ามเนื้อ ทำให้ไฮโปรตีนลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อไม่มีประสิทธิภาพ (Bender, Yasko, & Strohl, 2000 อ้างตามจิราภรณ์, 2551) โดยอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนั้น สามารถรับรู้และแสดงออกได้ในหลายมิติ ทั้งด้านพฤติกรรม ความรู้สึก สติปัญญา และอารมณ์ (Piper, 2003)

ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์

การเผชิญกับการได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง จะส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ ดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวล การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาด้วยรังสี ย่อมทำให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตและสุขภาพของตนเองกำลังสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้ไม่สามารถทำนายสภาพความเจ็บป่วยและผลการรักษาของตนเองได้ชัดเจน ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ มักเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรค ผลของการรักษา ค่าใช้จ่ายใน

การรักษา การงาน และการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลง เช่น ต้องมารับการฉายรังสีทุกวัน รวมไปถึงถึงการต้องเป็นภาวะแก่ครอครัว และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ เป็นต้น ความวิตกกังวลเหล่านี้จะส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ คุณค่าในตนเองลดลง และเกิดความไม่แน่นอนในชีวิต (อภิรดี, 2547)

2. ความกลัว ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี จะต้องได้รับการชี้นำหรือหมักกับบริเวณผิวหนังเพื่อกำหนดตำแหน่ง ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าการฉายรังสีเป็นสิ่งที่น่ากลัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับรังสีมาก่อน (สุชาติพิศ, 2549) และจากสภาพโรคที่มักจะมีอาการรุนแรงขึ้นรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเลวร้าย เกิดความกลัวเกี่ยวกับการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ยังรู้สึกหวาดกลัวการเสียชีวิตเนื่องจากเข้าใจว่าโรคมะเร็งเป็นแล้ว ไม่มีโอกาสรักษาหาย เป็นต้น

3. อาการซึมเศร้า เป็นปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง มีรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 3-69 โดยอุบัติการณ์จะสูงขึ้นเมื่อโรคลุกลามมากขึ้น (วงจันทร์, 2554) อาการซึมเศร้าอาจเกิดจากผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรักษาอาจไม่ช่วยให้โรคหายขาด หรือมักกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยความซึมเศร้าและสิ้นหวัง (สุริย์, 2554) หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยเฉพาะอาการข้างเคียงของรังสีรักษา ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม ทำให้รู้สึกไร้ค่า และเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพบุคคล ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งบทบาททางครอบครัวและอาชีพการงาน ผู้ป่วยมะเร็งบางรายจะพยายามปิดบังความรู้สึกของตนเพราะเกรงว่าครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รักจะเสียใจ ซึ่งการปิดบังความรู้สึกที่แท้จริงจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเยียวยา หรือในบางรายไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าตนป่วยเป็นมะเร็ง เพราะไม่ต้องการสายตาที่มองด้วยความสงสาร หรือรู้สึกไม่สบายใจเมื่อใครถามถึงการเจ็บป่วยของตน จึงพยายามถอยห่างจากสังคมที่ตนดำรงอยู่ (สุริย์, 2554) อีกทั้งภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรม ทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่า ผู้ป่วยต้องรับการรักษาเป็นเวลานาน รวมถึงต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ครอบครัวของผู้ป่วยก็ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีค่าที่พัก ค่าอาหาร ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจภายในครอบครัวด้วย (ฉลาด, 2547)

จะเห็นได้ว่า ปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาโภชนาการตามมา

ปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจะเกิดผลกระทบด้านโภชนาการ อันเนื่องมาจากภาวะเบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง การดูดซึมสารอาหารไม่ดี และสูญเสียพลังงานทั้งจากผลของมะเร็งเอง ผลจากการได้รับการรังสีรักษา และผลจากสภาพจิตใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัญหาโภชนาการที่เกิดจากผลของมะเร็ง

1.1 เซลล์มะเร็งดึงพลังงานไปจากเซลล์ปกติ เนื่องจากเซลล์มะเร็งใช้พลังงานในการผลิตมาก จนไม่สามารถผลิตพลังงานด้วยตนเองได้เพียงพอ จะต้องดึงพลังงานมาจากแหล่งอื่นของร่างกาย เช่น คับ กล้ามเนื้อ ไขมันและโปรตีนมาใช้ ผู้ป่วยจะผอมลง อ่อนเพลีย และเกิดภาวะขาดอาหาร

1.2 เซลล์มะเร็งใช้ไขมันในการเสริมสร้างเยื่อหุ้มเซลล์ และส่วนประกอบในเซลล์ เช่น เยื่อหุ้มของก้อนมะเร็งเต้านม ซึ่งมีปริมาณโคเลสเตอรอลสูงเป็น 2 เท่าตัวของเยื่อหุ้มเซลล์ปกติ ผู้ป่วยมะเร็งที่เรื้อรังจึงมีลักษณะผอมแห้งจนเห็นกระดูก เนื่องจากไขมันตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายมีน้อยมาก

1.3 เซลล์มะเร็งจะดึงไนโตรเจนของเซลล์ปกติไปใช้ เพื่อสังเคราะห์เซลล์ที่กำลังขยายตัวใหม่ ทำให้ร่างกายผู้ป่วยชubbผอมลงเรื่อย ๆ

1.4 ระดับแคลเซียมในเลือดจะสูงขึ้นประมาณ 10-13 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากเซลล์กระดูกถูกทำลาย หรือลดการขับออกของแคลเซียมทางไต

1.5 เกิดการคั่งสะสมของสาร พวกราคอะมิโน ทริพโทเฟน เปปไทน์ โอลิโกนิวคลีโอไทด์ และสารเมตะบอไลต์ชนิดต่าง ๆ ซึ่งจะรบกวนการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมความหิว และทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร (วิมลรัตน์, 2552)

2. ปัญหาโภชนาการที่เกิดจากผลของการได้รับการรังสีรักษา

การได้รับการรังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เนื่องจากผลจากการได้รับการรังสีรักษา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด ก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง (ประภาพร, 2553) ซึ่ง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษา ที่ส่งผลต่อภาวะภาวะโภชนาการ มีดังต่อไปนี้ (สุชาติพิทย์, 2549)

2.1 การอักเสบของเยื่อช่องปาก (oral mucocitis) ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ และหน้าที่ของอวัยวะภายในช่องปากนี้ เป็นปัญหาสำคัญที่รบกวนความสุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา โดยเฉพาะการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปากเจ็บคอขณะรับประทานอาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง

2.2 อาการปากแห้ง (xerostoma) มักเกิดใน 1-2 สัปดาห์ หลังจากได้รับรังสี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำลาย โดยต่อมน้ำลายจะมีการสร้างน้ำลายลดลง ทำให้มีความเหนียวข้นและมีฤทธิ์เป็นกรด (ภัทรจิตร, 2547) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บในปากและคอมากขึ้น ทำให้มีปัญหาในการการกลืนอาหาร

2.3 ฟันผุ (dental caries) เป็นอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับรังสีรักษาประมาณ 2-3 เดือน เนื่องจากความผิดปกติของต่อมน้ำลาย ปริมาณน้ำลายที่ลดลง และมีความเป็นกรด ทำให้ความสามารถในการกำจัดเชื้อโรคในช่องปากลดลง จึงเป็นสาเหตุให้ฟันผุได้ง่าย ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดในปาก เจ็บฟัน ความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารลดลง ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย

2.4 การเปลี่ยนแปลงในการรับรสอาหาร (taste change) ความสามารถในการรับรสอาหารลดลง ซึ่งมักเกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับรังสีไปแล้วประมาณ 1-2 สัปดาห์ หรือประมาณ 1,000 เซนติเกรย์ เนื่องจากไมโครวิลไล (microvilli) และผิวหนังชั้นนอกของต่อมรับรส ถูกทำลายจากการฉายรังสี ทำให้ต่อมรับรสเสื่อมและฝ่อไป อาจจะมีเพิ่มมากขึ้นตามปริมาณรังสีที่ได้รับ ผู้ป่วยบางรายจะไม่สามารถรับรสอาหารใด ๆ เลย

2.5 กลืนอาหารลำบาก (dysphagia) เป็นผลมากจากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ ทำให้เกิดปัญหาในการกลืนอาหาร เนื่องจากมีการอักเสบของเยื่อในช่องปาก และมีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ น้ำลายแห้ง ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเมื่อรับประทานอาหาร โดยจะมีอาการกลืนอาหารลำบากหลังจากได้รับรังสีรักษาประมาณ 2-3 สัปดาห์ขึ้นไป จนกระทั่งระยะสุดท้ายของการรักษา ซึ่งอาการขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ ส่งผลต่อการรับประทานอาหารที่ลดลง

2.6 หลอดอาหารอักเสบ (esophagitis) การฉายรังสีบริเวณทรวงอกจะพบหลอดอาหารอักเสบ ซึ่งมักพบภายใน 2-3 สัปดาห์หลังจากได้รับรังสี จะพบว่ามีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก ในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีมากกว่า 5,000 เซนติเกรย์ อาจจะทำให้มีการตีบตันของหลอดอาหารได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง

2.7 คลื่นไส้อาเจียน (nausea/vomiting) พบได้ร้อยละ 69 ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา และเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณหน้าท้อง (วงจันทร์, 2554) เนื่องจากรังสีทำให้เซลล์ปกติและเซลล์มะเร็งถูกทำลาย ทำให้เกิดของเสียในร่างกายและในกระแสเลือด ก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้

2.8 อาการท้องเดิน (diarrhea) จะพบในช่วงสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ของการฉายรังสี จะพบอาการท้องเดินและปวดท้องได้ เนื่องจากรังสีจะทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น ในรายที่มีอาการอักเสบเฉียบพลันบริเวณลำไส้ใหญ่หรือทวารหนัก อาจมีอาการปวดเบ่ง ถ่ายอุจจาระบ่อย มีท้องเสียรุนแรง ทำให้เสียน้ำและเกลือแร่ ส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง เกิดปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง

3. ปัญหาโภชนาการที่เกิดจากสภาพจิตใจ

นอกจากผลของโรคและการรักษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งแล้ว ปัจจัยทางด้านจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ การเผชิญกับการได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง มีผลให้ผู้ป่วยตกใจกลัวและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า ตนเองกำลังสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง (อภิรดี, 2547) ประกอบกับการได้รับรังสีรักษาต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องห่างไกลจากบ้านและญาติพี่น้อง สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ หดหู่กำลังใจ ซึมเศร้า และมักจะเบื่ออาหาร ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการ ทั้งจากผลของมะเร็ง ผลของการรักษาด้วยรังสี และสภาพจิตใจที่ท้อแท้ หดหู่กำลังใจเมื่อต้องได้รับรังสีรักษา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้อ่อนเพลียและเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ความเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของบุคคลหรืออาการที่บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ ซึ่งเกิดได้หลายสาเหตุ และพบได้ทั้งในคนปกติและผู้ที่ยังป่วย รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็ง อาจเกิดขึ้นได้ในภาวะเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ไปเปอร์ (Piper, 2003) ได้ทำการศึกษารวบรวมรายงานและเอกสารต่าง ๆ ที่ศึกษาอุบัติการณ์ความเหนื่อยล้าไว้จำนวน 15 รายงาน และได้สรุปการเกิดอุบัติการณ์ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งว่ามีอัตราการเกิดความเหนื่อยล้าได้มาก ลักษณะการเกิดและความรุนแรงแตกต่างกัน ตามการวินิจฉัยโรค ระยะดำเนินการของโรค ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้ป่วย

ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกเหนื่อยจนถึงหมดกำลังของบุคคล ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายทั่วร่างกาย ซึ่งอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ ความเหนื่อยล้าไม่ได้เป็นเพียงอาการเดียว แต่เป็นกลุ่มอาการที่ครอบคลุมทั้งอาการและอาการแสดง ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของสภาวะหรืออาการของโรค (Piper, 2003) ซึ่งไม่สามารถคงความสมดุลของการสร้างและการใช้พลังงานไว้ได้ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอกจากนี้ความเหนื่อยล้าอาจเกิดขึ้นกับส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายหรืออาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันทุกส่วน ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา (Piper, 2003; Ream & Richardson, 1996) การพักผ่อนนอนหลับเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยล้าทุเลาลง (Carpenito, 1997; Piper, 1998) อาการทั้งหมดที่เกิดขึ้นจะไม่หายขาดหากไม่มีการปรับตัวที่เหมาะสม และจะไปรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของบุคคล (Piper, 2003)

อาการ อาการแสดง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเป็นกลุ่มอาการที่มีหลากหลายมิติ ที่แสดงออกมาเป็นอาการและอาการแสดงของความเหนื่อยล้า (Piper, 2003) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้

มิติด้านร่างกาย เป็นมิติที่สะท้อนถึงพื้นฐานของกลไกที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า กล่าวคือ เมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นร่างกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นมาก เป็นผลให้ต้องดึงพลังงานสำรองที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ ทำให้มีอาการเหน็ดเหนื่อย หมดพลังงานจนถึงหมดแรงปวดเมื่อยตามร่างกาย มีน้ศีรษะ รู้สึกง่วงซึมตลอดเวลา การเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีเกิดขึ้นในร่างกาย คือ ร่างกายมีการสะสมของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญมากขึ้น ได้แก่ มีกรดแลคติก ไพรูเวท และไฮโดรเจนไอออน ของเสียเหล่านี้จะมีผลให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง แล้วทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อได้

มิติด้านความรู้สึก เป็นมิติที่รวมถึงความรุนแรงของความเหนื่อยล้า อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเฉพาะที่ หรือเจาะจงในส่วน of ร่างกาย ทำให้รู้สึกว่าเหน็ดเหนื่อย รู้สึกเหนื่อยมากจนไม่สามารถรับได้ รู้สึกหมดพลัง รู้สึกว่าไม่สามารถเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง จะต้องพึ่งพาผู้อื่น และเกิดความรู้สึกไม่มีความสุขในชีวิต

มิติด้านสติปัญญาและอารมณ์ เป็นมิตีที่รวมถึงอาการและอาการแสดงที่สะท้อนถึงผลกระทบต่อความสามารถ ความตั้งใจ ความจำ ความคิด โดยความเหนื่อยล้าทำให้สูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง สมาธิและการตัดสินใจในการทำงานลดลง การรับรู้และความจำสั้น เกิดความสับสน อารมณ์ไม่มั่นคงเกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงตามไปด้วย

มิติด้านพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ เป็นมิตีที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของร่างกาย และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ร่างกายอ่อนเพลีย ต้องการนอนหลับพักผ่อนเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยนอนตลอด ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

จะเห็นได้ว่า ความเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในมิติต่าง ๆ ทั้งมิติด้านร่างกาย มิติด้านความรู้สึก มิติด้านสติปัญญาและอารมณ์ และมิติด้านพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเหนื่อยล้ารุนแรง จนกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้ามักเกี่ยวข้องกับปัจจัยหรือสาเหตุแตกต่างกัน โดยอาจเกิดจากปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งไปเปอร์ ลินเซย์ และดอดด์ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) ได้กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าไว้ 14 ปัจจัย ดังนี้

1. การสะสมของเสียจากการเผาผลาญ ตามปกติเซลล์กล้ามเนื้อจะมีของเสียอยู่ปริมาณน้อยมาก เนื่องจากมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลอยู่ตลอดเวลา แต่เมื่อสภาพแวดล้อมของเซลล์มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม ทำให้เกิดการสะสมของของเสียในกล้ามเนื้อจากการเผาผลาญมากขึ้น ของเสียที่สำคัญ ได้แก่ กรดแลคติก ไพรูเวท และไฮโดรเจนไอออน ของเสียเหล่านี้จะมีผลให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1991) อีกทั้งกรดแลคติกซึ่งเป็นของเสียสำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายแสง มีผลในการขัดขวางการไหลเวียนของเลือด ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนเกิดขึ้น (anaerobic metabolism) รวมทั้งมีส่วนไปแย่งแคลเซียมไอออนในการจับโทรโปเนนในขั้นตอนปฏิกิริยาระหว่างแอคตินกับไมโอซิน ซึ่งมีผลทำให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความอ่อนล้า (Piper, 2003) นอกจากนี้กรดแลคติกยังเป็นสารที่มีความจำเป็นในการดำรงชีพของเนื้องอกในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสามารถทำให้เกิดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้

2. แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ให้พลังงาน การเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารให้พลังงานเกี่ยวกับสารอาหารที่ได้รับ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน พบว่าปริมาณและชนิดของอาหารที่รับประทาน มีผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้า สารอาหารที่ได้รับจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสารให้พลังงานสูงเอทีพี (Adenosine Triphosphate [ATP]) ซึ่งเป็นแหล่ง

พลังงานของร่างกาย นอกจากนี้โปรตีนยังมีส่วนช่วยในการเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยมะเร็งมักมีอาการเบื่ออาหาร อาจทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายขาดอาหารให้พลังงานสูงเอทีพี หรือกล้ามเนื้อขาดโปรตีน ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดการหดตัวลดลง จึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1991) เช่นเดียวกับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา กระบวนการเมตาโบลิซึมในเซลล์เพิ่มมากขึ้น ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น ร่วมกับผลข้างเคียงจากการฉายรังสี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยน้ำหนักตัวลดลง เกิดความไม่สมดุลในการใช้พลังงานและสร้างสารที่ให้พลังงานสูงเอทีพี จึงมีการดึงพลังงานสะสมมาใช้ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา

3. แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน การเปลี่ยนแปลงการทำกิจกรรมและการพักผ่อน มีส่วนสำคัญต่อความเหนื่อยล้า โดยการพักผ่อนที่มากหรือน้อยเกินไปจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 2003) และสำหรับผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ส่วนมากมักมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายลดลงที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ไม่ได้มีการเคลื่อนไหวหรือไม่ได้ออกกำลังกาย จะมีประสิทธิภาพในการใช้ออกซิเจนลดลง ทำให้กล้ามเนื้อที่ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือขาดการออกกำลังกายเหล่านั้น มีความต้องการออกซิเจนในปริมาณที่มากกว่าปกติเพื่อคงไว้ซึ่งการทำงาน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย (Piper et al., 1987) และจากการศึกษาของเบอเกอร์และฮิงกินบอธแอม (Berger & Higginbotham, 2000) ได้ทำการศึกษาแบบแผนความเหนื่อยล้าและความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรม การนอนหลับ ความทุกข์ทรมานจากอาการปวด และสถานการณ์ทำหน้าที่กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด จำนวน 14 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมลดลงในระหว่างการรักษาถึงร้อยละ 65-80 ส่งผลให้กล้ามเนื้อไม่มีการทำงานหรือทำงานน้อย ร่างกายอ่อนเพลีย และเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น

4. แบบแผนการนอนหลับและการตื่น ความเหนื่อยล้าเกี่ยวข้องกับวงจรชีวิตภาพใน ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของการนอนหลับ โดยในระยะที่ 3 เป็นการนอนหลับช่วงที่ไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (non rapid eye movement sleep [NREM]) ร่างกายหลับสนิท กล้ามเนื้อทุกส่วนคลายตัว ร่างกายใช้พลังงานลดลง มีการสะสมพลังงานสูงเอทีพี การสะสมโปรตีนในกล้ามเนื้อในระยะที่ 4 มีการหลั่งฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต (Growth hormone [GH]) หากบุคคลนอนหลับไม่เพียงพอ อาจมีผลทำให้ร่างกายไม่สามารถสร้างพลังงานสูงเอทีพี โปรตีน หรือฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต เป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1991) นอกจากนี้ อาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ทำให้คุณภาพการนอนหลับลดลง และยังมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จะมีปัญหาการนอนไม่หลับที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวด และได้บัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน ทำให้ต้องตื่นขึ้นมา

กลางดึก ส่งผลรบกวนการนอนหลับ (Miaskowski & Lee, 1999 อ้างตามสวนีย์, 2554) อย่างไรก็ตาม ใ้
ตาม การพักผ่อนอย่างเพียงพอมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เนื่องจากช่วยให้
ผู้ป่วยลดการใช้พลังงาน และเกิดการสร้างพลังงานเพื่อรักษาสมดุลในร่างกายไว้ (Piper, 2003)
ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า และช่วยให้ความเหนื่อยล้าบรรเทาลง

5.แบบแผนของโรคหรือการเจ็บป่วย ความเหนื่อยล้าเกิดร่วมกับโรคต่างๆ ได้เสมอ
เช่น โรคติดเชื้อต่าง ๆ โรคเกี่ยวกับระบบประสาทกล้ามเนื้อ โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับ ความผิดปกติ
ทางโภชนาการ โรคขาดสารอาหาร โรคมะเร็ง เป็นต้น ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากเมื่อ
ร่างกายเกิดพยาธิสภาพ มีผลให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหาร และมีการดึงเอาพลังงานที่สะสมมาใช้
มากขึ้น อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคมะเร็งยังทำให้การขนส่งอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่ดี ภาวะ
ดังกล่าวเหล่านี้จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ และพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อ
ลดลง นอกจากนี้ ความเหนื่อยล้ายังขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรคด้วย (Piper, 2003) สำหรับ
โรคมะเร็งพบว่า ความเหนื่อยล้ามักเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าและระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง
โดยระยะหลัง ๆ ของโรคมะเร็ง แสดงถึงการมีก้อนเนื้อออกขนาดใหญ่ ทำให้เกิดการแย่งชิงอาหาร
ของก้อนเนื้อออก ทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ประกอบกับมีการเพิ่มขบวนการเผาผลาญในร่างกาย
ยิ่งส่งผลให้มีอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น (Ream & Richardson, 1996)

6.แบบแผนการรักษา วิธีการต่างๆ ในการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การผ่าตัด การรักษา
ด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา และการรักษาด้วยฮอร์โมน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้
โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการรักษาพร้อมกันหลายวิธี พบว่า เกิดความเหนื่อยล้าได้มากกว่าการรักษา
ด้วยวิธีเดียว (Woo et al., 1998) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มักมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น ได้แก่
คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย ซึ่งผลข้างเคียงจากการ
รักษาด้วยรังสีรักษาดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดการสูญเสียน้ำและ
เกลือ พลังงานที่เข้าสู่ร่างกายไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้ต้องมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้
ออกมาใช้ จนค่อย ๆ หดไปจนเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น อย่างไรก็ตาม ความเหนื่อยล้ายังขึ้นอยู่กับ
ขนาดรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ โดยความรุนแรงจะค่อย ๆ เพิ่มตามปริมาณและระยะเวลาการได้รับรังสี
จากการศึกษาของคริสท์แมน โอคเลย์ และ โครนิน (Cristman, Oakley, & Cronin, 2001) พบว่า
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายแสง จะเกิดความเหนื่อยล้าตั้งแต่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์แรก จากนั้น
จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในสัปดาห์ที่ 2 และคงอยู่ระดับสูงจนถึงสัปดาห์ที่ 5 และจะเพิ่มขึ้นสูงสุดใน
สัปดาห์ที่ 6 นอกจากนี้การได้รับยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ การรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเมื่อ
รับประทานแล้วทำให้รู้สึกมึนงง ง่วงซึม อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987)

7.แบบแผนสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมของบุคคล เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ สารที่ก่อให้เกิดอาการแพ้ต่าง ๆ มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล (Piper, 1991) โดยพบว่า การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น สถานที่ที่มีเสียงดังหรือสว่างมากเกินไป หรือสถานที่ที่อากาศไม่ถ่ายเท อาจมีผลให้ระบบประสาทที่ควบคุมความรู้สึกตัวหรือสติสัมปชัญญะถูกยับยั้ง ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง ง่ายขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่ ต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และต้องเข้ารับการฉายรังสีในโรงพยาบาลเป็นระยะ ซึ่งสภาพสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลแตกต่างจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ อาจเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ขาดความตื่นตัว ง่วงซึม ไม่อยากทำกิจกรรม ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง จึงนำไปสู่ความเครียด (Piper, 2003)

8.แบบแผนอาการแสดงของโรค อาการของโรคที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด เช่น อาการไข้จากการติดเชื้อ ความเจ็บปวด เบื่ออาหาร หอบเหนื่อย อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้เกิดความเครียดตามมา ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา จะมีอาการข้างเคียงของการรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ที่ช่วยในการสร้างพลังงานและการหดตัวของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง เป็นผลให้เกิดความเครียด (Piper et al., 1987)

9.แบบแผนสภาพจิตใจ ความผิดปกติทางด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุของความเครียดที่พบได้บ่อย เช่น ความกลัว ความเบื่อหน่าย ความเครียด ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า เนื่องจากความผิดปกติเหล่านี้ เป็นภาวะที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ซึ่งจัดว่าเป็นตัวกระตุ้นความเครียดทางอารมณ์ และหากมีความเครียดเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ความเครียดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ให้หลั่งฮอร์โมนหรือสารบางชนิดภายหลังจากร่างกายมีความเครียดออกมา (stress hormone) ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการทำงานมากเกินไป พลังงานในร่างกายที่มีอยู่ไม่เพียงพอ จึงต้องมีการดึงพลังงานสำรองออกมาใช้ เกิดภาวะพร่องพลังงาน อันจะนำไปสู่ความเครียดได้ (Aistars, 1987) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ทำให้ร่างกายมีการหลั่งโดปามีนลดลง ส่งผลให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดมากขึ้นได้ (Gutstein, 2001 อ้างตามศศิธร, 2550)

10.แบบแผนการใช้ฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในปอดหรือในกระแสเลือด ไม่ว่าจะสาเหตุใดก็ตาม ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ เช่น ภาวะซีด ที่พบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง (Piper et al., 1987) โดยภาวะซีดในผู้ป่วยมะเร็งจะเกี่ยวข้องกับจำนวนของเม็ดเลือดแดงที่ลดน้อยลง แต่ลักษณะของเม็ดเลือดแดงเป็นปกติ สาเหตุของภาวะซีดในผู้ป่วยมะเร็ง คือ ไชกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงได้ไม่เพียงพอ และภาวะซีดจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อได้รับการฉายรังสีเป็นเวลานาน ส่งผลต่อการทำงานของไขกระดูก ทำให้ฮอร์โมนที่ควบคุม

การสร้างเม็ดแดง (erythropoietin) ลดลง ผลที่ตามคือเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน และทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า (Piper, 1991) ทั้งนี้ภาวะซีดอาจตรวจได้โดยการตรวจเลือดตกตา และผลตรวจระดับฮีโมโกลบินทางห้องปฏิบัติการ โดยในผู้ป่วยมะเร็งนั้น หากระดับฮีโมโกลบินลดลงในช่วง 7-9 เปอร์เซ็นต์ (Elliott et al., 2001) จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

11.แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของการควบคุมสื่อประสาท ปกติศูนย์การควบคุมการหลับและตื่น จะอยู่ที่ระบบควบคุมความรู้สึกตัวหรือสติสัมปชัญญะที่ไฮโปทาลามัส เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นอวัยวะรับความรู้สึกต่าง ๆ จะมีการส่งสัญญาณผ่านระบบเรติคูลาร์แอกติเวติงไปยังสมองใหญ่ เพื่อให้เกิดการรับรู้และตื่นตัว จากนั้นจะมีการส่งสัญญาณไปยังไขสันหลัง เพื่อควบคุมการหายใจ การเต้นของหัวใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งการส่งสัญญาณไปยังส่วนต่างๆ นั้น จะต้องมีการควบคุมและการสื่อกระแสประสาทที่ดี แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเกิดจากตัวรับสัญญาณ ทางผ่านของสัญญาณ หรือสารที่ช่วยในการส่งสัญญาณ จะทำให้นักคนไม่ตื่นตัว ง่วงซึม ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง และเกิดความเหนื่อยล้าตามมาได้ (Piper, 2003)

12.แบบแผนทางสังคม เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนทางสังคม ในด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือมีปัญหาเศรษฐกิจ อาจทำให้นักคนรู้สึกเครียด จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา รวมถึงต้องเดินทางมารับการฉายรังสีอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องถอยห่างจากสังคม ส่งผลให้บทบาทและสัมพันธภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป หรืออาการข้างเคียงที่เกิดการฉายรังสี เช่น ผิวคำคล้ำ ผมหงอกหรือขนร่วง เกิดการเสียภาพลักษณ์ ทำให้นักคนแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลให้นักคนมีความเครียดด้านจิตใจและตามมาด้วยอาการเหนื่อยล้า นอกจากนี้ความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของนักคนลดลง ส่งผลให้นักคนแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น (Ferrell et al., 1996) ซึ่งจะยิ่งทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ และทำให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา

13.แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิต การเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์หรือแบบแผนการดำเนินชีวิต การเจริญเติบโตและพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงจากบุคคลที่มีสุขภาพดีมาเป็นบุคคลที่เจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจทำให้นักคนเกิดภาวะเครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และต้องได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี นักคนจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในชีวิต จากบุคคลที่มีสุขภาพดีกลายเป็นบุคคลที่เจ็บป่วย อาจทำให้เกิดความเครียด เมื่อเกิดภาวะเครียดร่างกายจะตอบสนองโดยการ ใช้พลังงานมากขึ้น เกิดเป็นความเหนื่อยล้าตามมาได้ (Aistars, 1987; Piper, 2003)

14. ปัจจัยภายในบุคคล เช่น อายุ เพศ เป็นต้น โดยพบว่าเมื่อบุคคลอายุมากขึ้นจะมีความเหนื่อยล้าได้ง่าย เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง เช่น การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ระบบการย่อยและดูดซึมไม่ดี ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานลดลง ซึ่งจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987) ส่วนปัจจัยภายในบุคคลทางด้านเพศ พบว่า เพศหญิงขณะมีประจำเดือน ขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด พลังงานในร่างกายจะลดลง ทำให้มีความเหนื่อยล้าได้ง่ายกว่าเพศชาย (Piper, 2003)

จากแนวความคิดการเกิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1987) แสดงให้เห็นว่า ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา มีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน แต่ที่สำคัญเกิดจากผลของโรคและการได้รับรังสีรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงต่าง ๆ จากการฉายรังสี นอกจากนี้การรักษาด้วยรังสีรักษายังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา

ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โดยความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้าทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงาน รู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย หดแรง เชื่องซึม การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น และมีการดึงพลังงานสะสมมาใช้ (Piper, 2003)

2. ด้านจิตใจ อารมณ์ ความเหนื่อยล้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อเนื่องมาจากผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดง่าย สับสน ขาดสมาธิในการทำสิ่งต่าง ๆ มีความกลัว ความเครียด และวิตกกังวล จากการศึกษาผลกระทบของความเหนื่อยล้าในระหว่างที่ได้รับการรังสีรักษา ต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรู้สึกขาดความมั่นคงในชีวิต คิดว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า คิดว่าความเจ็บป่วยที่ตนเองเผชิญมีความรุนแรงมากขึ้น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ซึมเศร้า และมีความวิตกกังวล (วัชรวรรณ, 2548; สายไหม, 2547)

3. ด้านสังคม ความเหนื่อยล้าทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของผู้ป่วยลดลง เช่น บทบาทของแม่ในการดูแลครอบครัว บทบาทภรรยาในการดูแลสามี

บทบาทการทำงานตามอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เช่น การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (Ferrell et al., 1996)

4. ด้านจิตวิญญาณ ความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต รู้สึกว่าโรคที่เจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น ความมีคุณค่าในตนเองลดลง จนรู้สึกเหมือนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และสำหรับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา และต้องฉายรังสีในบริเวณที่มองเห็นได้ ก็จะเกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ขาดความมั่นใจ สิ้นหวัง หดหู่ และท้อแท้เกิดขึ้น

จะเห็นได้ว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จะส่งผลเสียต่อบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องหาแนวทางในการบรรเทาความเหนื่อยล้า เพื่อที่จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

การประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

ปัจจุบันมีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินความเหนื่อยล้าไว้หลายลักษณะ ตามความสนใจและแนวคิดของผู้ศึกษานั้น ๆ ซึ่งสามารถสรุปเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าได้ 2 วิธี คือ การประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (objective data) และการประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกของบุคคล (subjective data) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (objective data) คือการแสดงออกด้านร่างกาย เป็นการประเมินลักษณะที่ปรากฏอาการให้เห็นถึงความเหนื่อยล้าได้อย่างชัดเจน เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายช้า ทำทางงุ่มง่าม ง่วงนอนตลอดเวลา เดินแล้วมีอาการเหนื่อย ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หงุดหงิด สีหน้าอิดโรย หายใจถี่ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้าของโรเทิน (Rhoten Analog Scale) (Rhoten, 1982) เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะมาตรวัดด้วยตัวเลข มีคะแนน 0-10 แบบสังเกตพฤติกรรมนี้ใช้สังเกตจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย 5 ด้าน คือ ลักษณะทั่วไป สีผิว การติดต่อสื่อสาร กิจกรรมหรือการแสดงออก และทัศนคติ เครื่องมือนี้สั้นและสะดวกในการใช้

2. การประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกของบุคคล (subjective data) เป็นการประเมินตามการรายงานความรู้สึกของผู้ถูกประเมิน เช่น มีความรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยอ่อน เชื่องซึม ไม่มีแรง รู้สึกว่าตนเองเกิดความผิดปกติ เกิดความไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ต้องการการพักผ่อน เป็นต้น (Hart et al., 1990; Piper, 2003) แบบวัดที่ใช้ประเมินจากความรู้สึกของบุคคลที่มีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย มีดังนี้

2.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้าชนิดมาตรวัดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale [VAS]) ของไปเปอร์ (Piper, 2003) ที่พัฒนาในระยะแรกประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสติปัญญา ความคิดต่อมาไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1989) ได้ปรับปรุงเป็นข้อคำถาม 42 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านระยะเวลา ด้านความรุนแรง ด้านการรับรู้ และด้านความรู้สึก ซึ่งไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1989) ได้นำไปประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 50 ราย ได้ค่าความสอดคล้องภายใน .85 ต่อมาไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ได้ปรับปรุงแบบประเมินความเหนื่อยล้าอีกครั้ง โดยลดจำนวนข้อคำถามลงเหลือ 22 ข้อคำถาม แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง จำนวน 6 ข้อ ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ จำนวน 5 ข้อ ด้านความรู้สึก จำนวน 5 ข้อ และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งคำตอบในแต่ละข้อเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยทางซ้ายประกอบด้วยวลี “ไม่เลย” และทางขวากำกับด้วยวลี “มากที่สุด” ซึ่งไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ได้นำแบบประเมินนี้ไปหาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 382 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .97 แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและในโรคเรื้อรังอื่น ๆ อย่างแพร่หลาย เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบค่าความเชื่อมั่นในระดับสูงอยู่ระหว่าง 0.91-0.99 (เพียงใจ, 2545; พิทยาภรณ์, 2548; Pritsanapanurungsie, 2000; Richardson et al., 1998; Woo et al., 1998)

จิราภรณ์ (2551) นำแบบวัดความเหนื่อยล้าที่แปลและดัดแปลงโดยพิทยาภรณ์ (2548) ไปใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับโยคะต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และได้ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .98 ส่วนรายด้านพบว่า ความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง เท่ากับ .97 ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ เท่ากับ .92 ด้านความรู้สึก เท่ากับ .96 และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ เท่ากับ .98

2.2 แบบประเมินสภาวะอารมณ์ (The Profile of Mood States [POMS]) ของมีแนร์ลอร์และดรอพเปลแมน (Menair, Lorr, & Droppleman as cited in Friedberg & Jason, 1998) เป็นชนิดมาตรวัดบอกด้วยวาจา (Verbal Rating Scale [VRS]) แบ่งเป็น 6 สภาวะ คือ ซึมเศร้า (depression) ตึงเครียด (tension) โกรธ (anger) สับสน (confusion) เหนื่อยล้า (fatigue) และแข็งแรง (vigor) มีค่าความเชื่อมั่นเป็นรายด้าน คือ ซึมเศร้า .81 ตึงเครียด .78 โกรธ .84 สับสน .67 เหนื่อยล้า .86 และแข็งแรง .87

2.3 แบบตรวจสอบอาการเหนื่อยล้า (The Fatigue Symptoms Checklist [FSC]) ของโยชิทาเกะ (Yoshitake, 1971 cited in Varricchio, 1985) ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือเพื่อประเมินความเหนื่อยล้าของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม มีคำถาม 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเหนื่อยล้าทั่วไป ความเหนื่อยล้าด้านจิตใจ และความเหนื่อยล้าเฉพาะที่ โดยความเหนื่อยล้าทั่วไป ได้แก่ อาการมีง่วงศีรษะ ร่างกายเหน็ดเหนื่อย ง่วงนอน เมื่อยล้าที่ตา ทำทางงุ่มง่าม และเคลื่อนไหวช้าลง ส่วนความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจ ได้แก่ ขาดสมาธิ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย หลงลืม ขาดความอดทน และขาดความมั่นใจ สำหรับความเหนื่อยล้าเฉพาะที่ ได้แก่ ปวดศีรษะไหล่แข็ง ปวดบริเวณบั้นเอว เมื่อยล้าที่ขา ต้องใช้แรงในการหายใจ รู้สึกกระหายน้ำ วิงเวียน หน้ามืด หน้าตากระตุก แขนขาสั่น จนถึงรู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วย โดยแต่ละข้อจะมีระดับคะแนน 1-9 โดย 1 หมายถึง ภาวะปกติสุข (feeling fit) จนถึงระดับ 9 หมายถึง เหน็ดเหนื่อยมากจนถึงหมดแรง (feeling extremely tired, exhausted) และได้ทดลองใช้กับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยพิทยาภรณ์ (2548) เพราะเป็นการประเมินการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของตนเอง และได้ผ่านการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมาแล้ว (จิราภรณ์, 2551) และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ .98 ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่ได้มีการปรับปรุงข้อคำถามแต่อย่างใด

การจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการกับความเหนื่อยล้า พบว่ามีการศึกษาถึงวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าไว้มากมาย ซึ่งสามารถสรุปวิธีการจัดการความเหนื่อยล้าได้ 2 วิธี คือ วิธีการจัดการความเหนื่อยล้าโดยการใช้ยา และการจัดการความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

1. การจัดการความเหนื่อยล้าโดยการใช้ยา การใช้ยาในการจัดการความเหนื่อยล้า นั้นพบว่า ในปัจจุบันได้มีการนำมาใช้อย่างมากมาย เพื่อลดระดับอาการเหนื่อยล้า เช่น การใช้ยาในกลุ่มลดความวิตกกังวล (antidepressant) ซึ่งจะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล คลายเครียด คลายกล้ามเนื้อ และรู้สึกเหนื่อยล้าลดลง หรือยาในกลุ่มยานอนหลับ ที่กวดการทำงานจากระบบประสาทส่วนกลาง มี 2 ประเภท คือ ยานอนหลับกลุ่มที่กวดการทำงานจากระบบประสาทส่วนกลางอ่อน ๆ ผลที่ตามมาคือ จะลดความวิตกกังวล แต่ไม่ถึงกับหลับ และยากลุ่มที่ออกฤทธิ์กวดการทำงานจากระบบประสาทส่วนกลางแล้วทำให้หลับ เพื่อช่วยในการพักผ่อนมากขึ้น

(Mock, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับประทานวิตามินก็เป็นกลไกการลดอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากวิตามินถือว่าเป็นสารอาหารชนิดหนึ่งที่ร่างกายต้องการ และมีความสำคัญในการช่วยให้กระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและการเผาผลาญสารอาหารให้เป็นไปอย่างปกติ

2. การจัดการความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา เป็นรูปแบบการลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง มีหลายวิธี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การจัดการอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย จากการศึกษาของสายไหม (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยมีความเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบวิธีการบรรเทาความเหนื่อยล้าอื่น ๆ อีก เช่น การเดินรำเท้าเพื่อชินชิ (สวนีย์, 2554) การบีบนิ้ว การประคบร้อน การฝังเข็ม (Ream & Richardson, 1999) และกิจกรรมโยคะ (จิราภรณ์, 2551) เป็นต้น

2.2 การส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากในการบรรเทาความเหนื่อยล้าวิธีหนึ่ง โดยการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ จะช่วยให้ร่างกายมีการเก็บสะสมพลังงานไว้ และนำไปซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อสมองและระบบประสาทได้พัก ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน ส่งผลให้อาการเหนื่อยล้าลดลง (Piper, 2003) ดังเช่น การศึกษาของปฤษฎิภาณูรังสี (Pritsanapanurungsie, 2000) ที่ทำการศึกษาแบบแผนความเหนื่อยล้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้การนอนหลับพักผ่อนเป็นวิธีการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้ามากถึงร้อยละ 70

2.3 การส่งเสริมการออกกำลังกาย/ ทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้สุขภาพดี โดยทำให้อวัยวะต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อ หัวใจ ปอด ทำงานดีขึ้น ช่วยในการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงอย่างแท้จริง อีกทั้งยังช่วยให้กรดแลคติกที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อถูกขับออกไป กล้ามเนื้อจึงมีแรงในการหดตัวมากขึ้น จึงคลายความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 2003) นอกจากนี้การออกกำลังกายยังทำให้มีการหลั่งสารสุขเอนโดฟิน (endorphin) ออกมา ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Robergs & Keteyian, 2003) จากการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมอย่างเหมาะสม พบว่าช่วยให้กล้ามเนื้อมีการทำงานดีขึ้น ส่งผลให้อาการเหนื่อยล้าได้ (ศศิธร, 2550)

2.4 การส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เป็นวิธีการจัดการความเหนื่อยล้าที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากอาหารมีความสำคัญต่อกระบวนการเผาผลาญ การสร้างพลังงานและการฟื้นฟูเนื้อเยื่อของร่างกายในส่วนที่สึกหรออันเป็นผลเกิดการรักษา ทำให้ร่างกายแข็งแรง (อาลิตา, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า การเลือกรับประทานอาหาร และรูปแบบการรับประทานอาหารเป็นสิ่งจำเป็นในช่วงของการรักษา (Doyle et al., 2006) ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งช่วยเพิ่มปริมาณของออกซิเจนในการหล่อเลี้ยงเซลล์ทั่วร่างกาย ส่งผลให้ลดอาการเหนื่อยล้า (Piper, 2003) ดังเช่น การศึกษาของบราวน์และคณะ (Brown et al., 2010) ที่พบว่า ผลของการจัดการกับอาการ โดยส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เพียงพอ สามารถช่วยลดความเหนื่อยล้า และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า มีวิธีการจัดการความเหนื่อยล้าหลายวิธี ซึ่งการเลือกวิธีการจัดการความเหนื่อยล้า นั้น จะขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกันของบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้หรือคำปรึกษาด้านสุขภาพเป็นวิธีการช่วยเหลือที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ และวางแผนอนาคตได้ ช่วยลดความเครียด ความกลัวและความวิตกกังวล นำไปสู่การบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 2003) ดังเช่นการศึกษาของอกันตรี (2544) ที่ทำการศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยพยาบาลจะให้ความรู้ และให้ข้อมูลเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการฉายรังสี ร่วมกับการให้คู่มือทัศนและแจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถนำความรู้ไปใช้เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ ดังนั้นจะเห็นว่า การให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งช่วยลดอาการเหนื่อยล้า โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอในช่วงของการรักษา เพื่อคงความแข็งแรงของร่างกาย นำไปสู่การบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ โดยทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการให้ความรู้และคำปรึกษา หรือแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาด้านโภชนาการด้วยตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทุกชนิด โดยเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยกระทำการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของตนเอง เพื่อควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรัง และผลกระทบจากโรคและการรักษา

ความหมายของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management) มีพื้นฐานมาจากความเชื่อที่ว่าบุคคลสามารถจัดการเพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ปัจจุบันหลายวิชาชีพทางด้านสุขภาพได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติ เช่น การแพทย์ การพยาบาล หรือ สุขศึกษา โดยความหมายของการจัดการตนเองจะมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบริบท ซึ่งอาจอยู่ในลักษณะที่เป็นกิจกรรมของผู้ป่วยเอง หรือเป็นโปรแกรมการดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้คำว่าจัดการตนเองและการดูแลตนเองแทนกันได้ (Deaton, 2000) อย่างไรก็ตาม การจัดการตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ได้แก่ การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงการกระทำของตนเอง เพื่อจัดการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Creer, 2000) สอดคล้องกับการให้ความหมายของคัวเทสและโบเร่ (Coates & Boore, 1995) ซึ่งให้ความหมายว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ โดยเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยเอง เมื่อผู้ป่วยประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีประโยชน์ ก็จะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม นอกจากนี้แคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) ให้ความหมายว่า การจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลจัดการต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบต่อสถานการณ์นั้น โดยมีการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง เช่นเดียวกับไรแอนและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ซึ่งให้ความหมายว่า เป็นการที่ผู้ป่วยควบคุมและมีความรับผิดชอบในการจัดการภาวะโรคเรื้อรังหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ยังมีแนวคิดของเคอร์ตินและมาเปส (Curtin & Mapes, 2001) ที่ให้ความหมายว่า การจัดการตนเองเป็นความสามารถของผู้ป่วย ในการมีส่วนร่วมจัดการกับภาวะสุขภาพเพื่อควบคุมโรค โดยความร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อลดความรุนแรงของโรค และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขในภาวะที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากที่มีผู้ให้ความหมายและคำจำกัดความของการจัดการตนเองไว้หลากหลายดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า การจัดการตนเองเป็นความรับผิดชอบของบุคคลแต่ละคนที่จะดูแลตนเอง

เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขในภาวะที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยอาศัยการชี้แนะและความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การจัดการตนเองจะมีประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายประการในการจัดการตนเองด้วย

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดการตนเอง

จากความหมายที่หลากหลายของการจัดการตนเอง เอ็มบริย์ (Embrey, 2006) จึงได้วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จที่เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และพบว่าการจัดการตนเองจะมีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วย 6 คุณลักษณะ ดังนี้

1. สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) การจัดการตนเองจะประสบความสำเร็จเมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถพัฒนาสมรรถนะแห่งตนได้จาก 4 แหล่งได้แก่ การเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติเอง (enactive mastery experience) การเรียนรู้ประสบการณ์จากความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experience) การชักจูงด้วยคำพูดให้บุคคลเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ (verbal persuasion) ร่วมกับมีสภาวะร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี (physiological and effective states) จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ (Bandura, 1997)

2. การใช้แหล่งประโยชน์ (resource use) เป็นการที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือแหล่งสนับสนุน และใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ โดยนำมาใช้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

3. การประสานความร่วมมือ (collaborative partnership) เป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลรักษา สร้างความสัมพันธ์อย่างมีส่วนร่วม โดยสิ่งสำคัญในการจัดการตนเองคือ การประสานความร่วมมือเพื่อที่จะมุ่งไปที่เป้าหมายเดียวกัน

4. การให้ความรู้ (education) เป็นคุณลักษณะสำคัญของการจัดการตนเอง เนื่องจากการให้ความรู้เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อันจะนำไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการตนเองที่ดี ซึ่งความรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์การทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพร่วมกับประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยเป็นการสอนทักษะการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาขึ้น ซึ่งจะต้องครอบคลุมปัญหาที่เฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย มีการจัดหาทักษะในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคและผลกระทบจากการรักษา เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมุ่งให้ผู้ป่วย

มีความเชื่อมั่นในความสามารถของคนที่นำไปปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี (Bodenheimer et al., 2002)

5. การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ (problem solving and decision-making) การให้ความรู้ในการจัดการตนเองต้องอยู่บนปัญหาที่เกิดขึ้น มีการสอนทักษะในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะ เป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่การมีทักษะในการตัดสินใจ สามารถเพิ่มศักยภาพในการจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และปรับให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิต

6. การตั้งเป้าหมายและการติดตามเป้าหมาย (goal setting and monitoring) การที่บุคคลจะไปถึงเป้าหมายได้นั้น ต้องมีการติดตามความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ โดยให้ผู้ช่วยประเมินติดตามบันทึกความก้าวหน้าที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และเป็นการช่วยให้การประสานงานระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยง่ายขึ้น การบันทึกเพื่อติดตามกระบวนการดังกล่าว จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการรับรู้ศักยภาพของตนเอง

ปัจจัยความสำเร็จของการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพดังกล่าว สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ และเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ทั้งนี้โดยอาศัยกระบวนการส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสม

กระบวนการส่งเสริมการจัดการตนเอง

ครีเยอร์ (Creer, 2000) กล่าวว่า การที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองในภาวะเจ็บป่วยจากโรคได้นั้น ต้องมีขั้นตอนของกระบวนการคิด และปฏิบัติตามที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของตนตามคาดหวัง มีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นส่วนสำคัญในทีมสุขภาพ ที่จะควบคุมโรคหรือความผิดปกติของตนเอง ทั้งนี้กระบวนการส่งเสริมการจัดการตนเองตามแนวคิดของครีเยอร์ (Creer, 2000) ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การกำหนดหรือคัดเลือกจุดมุ่งหมาย (goal selection) เป็นขั้นตอนของการกำหนดเกณฑ์ที่จะพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายและวัดความสำเร็จ โดยแต่ละบุคคลจะมีการกำหนดเกณฑ์ที่จะใช้ในการประเมินความสำเร็จ ภายหลังจากได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและรู้วิธีการที่จะปฏิบัติในการจัดการตนเอง ทำให้สามารถกำหนดจุดมุ่งหมายหลังจากได้พูดคุย ต่อรองและตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางบวกที่ตามมาจากการเลือกจุดมุ่งหมาย คือ กำหนดจุดมุ่งหมายอยู่บนพื้นฐานความชอบของผู้ป่วย เพิ่มพันธสัญญาในการปฏิบัติกิจกรรมให้ตรงกับจุดมุ่งหมาย กำหนดความคาดหวังของผู้ป่วย ที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความพยายามเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งการกำหนดจุดมุ่งหมายในภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น เป็นแนวทางที่เป็นรูปธรรมที่ให้ผู้ป่วยเห็นว่าจะบรรลุ

เป้าหมายได้ ต้องเกิดความพยายามของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของทีมการรักษา

2. การรวบรวมข้อมูล (information collection) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการติดตามตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) ซึ่งการติดตามตนเองเป็นพื้นฐานและมีความสำคัญในการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นและเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย แนวทางในการติดตามตนเองมี 3 ประการ คือ 1) ผู้ป่วยต้องกำหนดปรากฏการณ์ที่จะติดตาม สังเกตพฤติกรรมเป้าหมายที่วัดและประเมินได้ 2) การวัดและประเมินต้องมีความเป็นรูปธรรม มีความเชื่อมั่น และความน่าเชื่อถือพอในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูล และ 3) มีการสังเกตและบันทึกในช่วงเวลาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงที่ทีมสุขภาพกำหนด เช่น การชั่งน้ำหนักตัวก่อนอาหารเช้าทุกวัน การวัดความดันโลหิตวันละ 2 ครั้ง

3. การประเมินหรือการตีความข้อมูล (information processing and evaluation) เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และประเมินข้อมูล กล่าวคือ การนำข้อมูลที่รวบรวมมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยแนวทางการวิเคราะห์และประเมินข้อมูล มี 5 ประการ คือ 1) ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง 2) ทีมสุขภาพควรมีการสร้างแบบประเมินหรือแบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมีมาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินอาการตนเอง และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ยุ่งยาก 3) ผู้ป่วยสามารถประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวม โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด 4) ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้การประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ไขการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นได้ด้วยตนเอง และ 5) ในการวิเคราะห์และประเมินผลข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง

4. การตัดสินใจ (decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเอง หลังจากที่คุณรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และประเมินข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม โดยอาศัยข้อมูลเหล่านี้เป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีการจัดการตนเอง และคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของผู้ป่วย

5. การปฏิบัติ (action) เป็นการลงมือกระทำการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ โดยผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติได้นั้นควรมีอิสระในการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ และมีกลยุทธ์ที่กำหนดในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย เช่น ความเพียรพยายาม การควบคุมจิตใจ การผ่อนคลาย การมีตัวแบบ และการเสริมแรง เป็นต้น

6. การสะท้อนตนเอง (self-reaction) เป็นขั้นตอนของการประเมินความสามารถของตนเองและปรับเข้าเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามวัตนะ (Wattana, 2006) ได้ประยุกต์แนวคิดของเครียร์โดยนำมาใช้ในการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และได้เสนอขั้นตอนที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไว้ ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง (realistic personal goal setting) โดยเป้าหมายของการควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมระบุพฤติกรรมที่ตั้งใจจะปรับเปลี่ยนเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย

2. การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค (action to control illness) ได้แก่ การออกกำลังกาย การปฏิบัติพฤติกรรมกรบริโภคที่เหมาะสม การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการกับอาการแทรกซ้อน การปฏิบัติพฤติกรรมกรใช้ยาที่เหมาะสม และการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการกับความเครียดรวมถึงการพิจารณาปัญหาอุปสรรค และตัดสินใจจัดการกับปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายทั้งในส่วนของการปรับพฤติกรรมและการควบคุมโรค

3. การปรับรูปแบบการจัดการตนเองให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อการบรรลุเป้าหมาย (making adjustments to attain goal) คิดและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสม เนื่องจากการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น ผู้ป่วยต้องมีการปรับให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตหรือการปฏิบัติสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง เพื่อวัตถุประสงค์ของการควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค

4. การติดตามประเมินผล (monitoring) เป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง โดยเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้เป็นหลัก เพื่อประเมินความสำเร็จของการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน เป็นต้น

การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการงานวิจัย

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ จากฐานข้อมูลย้อนหลังประมาณ 10 ปี วิทยานิพนธ์ฉบับเต็มในประเทศไทย ฐานข้อมูลวารสารต่างประเทศ อันได้แก่ ProQuest, Medical, PubMed, Science Direct และ CINAHL พบว่า ได้มีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้อย่างหลากหลาย โดยมีการศึกษาที่สำคัญ ๆ จำนวน 5 เรื่อง (ดังรายการในภาคผนวก จ) ซึ่งผลจากการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในภาพรวมพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพเป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอด

อดทนเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง และพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ส่วนใหญ่ ออกแบบการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม ใช้เวลาในการศึกษาอยู่ในช่วง 4-6 สัปดาห์ โดยแต่ละงานวิจัยจะมีการกำหนดระยะเวลาที่แตกต่างกันออกไปเพื่อความเหมาะสมกับบริบท แต่เป็นที่สังเกตว่า ไม่ว่าจะใช้ระยะเวลาเท่าใด ผลการศึกษาพบว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การประเมินผลทันทีหลังได้รับโปรแกรมกับการติดตามประเมินผลหลังการทดลองซ้ำ ต่างทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง (จุฬารัตน์, 2550; วัฒนพล, 2555) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (รัชววรรณ, 2550) คัชนีมวลกาย (วัฒนพล, 2555) และคุณภาพชีวิต (Wattana, 2006) สำหรับกลวิธีการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้ร่วมกับฝึกทักษะ โดยมีการติดตามด้วยการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ ตัวแปรตามหรือผลลัพธ์ในการประเมินส่วนใหญ่นั้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง และติดตามผลการรักษาที่เกิดจากการจัดการตนเอง

เมื่อวิเคราะห์โปรแกรมการจัดการตนเองดังกล่าวข้างต้นพบว่า รูปแบบการจัดการตนเองส่วนใหญ่ก่อนข้างมีความเป็นนามธรรม ซึ่งยากต่อการนำไปปรับใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และจากการได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาของสวนีย์ (2554) ซึ่งได้มีกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้โปรแกรม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย 2) การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ในเรื่องโภชนาการ การเดินรำเต้าเต๋อซันซี และการส่งเสริมการนอนหลับ 3) การอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อสะท้อนตนเอง และ 4) การให้คำปรึกษารายบุคคลและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวเป็นการส่งเสริมกิจกรรมการจัดการตนเองแบบผสมผสาน ที่ต้องอาศัยการฝึกทักษะในหลายมิติเพื่อช่วยลดอาการเหนื่อยล้า ทำให้มีความยากต่อการนำไปใช้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่สามารถจดจำท่าทางในการเดินรำหรือผู้ป่วยที่ไม่มีเวลาพักผ่อนระหว่างวันได้ (ดังภาคผนวก ฉ) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโปรแกรมดังกล่าวได้มีการทดสอบผลของการจัดการด้านโภชนาการที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าด้วย แต่ผลของความเหนื่อยล้าที่ลดลงนั้น เกิดจากกิจกรรมการจัดการตนเองในภาพรวมหลายมิติ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเฉพาะมิติโภชนาการที่ส่งผลให้ลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้ โดยโปรแกรมนี้สะท้อนให้เห็นถึงการจัดการตนเองเพียงมิติด้านโภชนาการในการบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก และไม่เสียเวลา อีกทั้งพยาบาลผู้ดูแลสามารถจัดกิจกรรมได้ง่ายและประหยัดต้นทุน

นอกจากนี้ จากการทบทวนการศึกษาของวัตนะ (Wattana, 2006) ที่ได้ประยุกต์แนวคิดของแครี (Creer, 2000) มาเป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะ

เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยได้เสนอขั้นตอนที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 3) การปรับรูปแบบการจัดการตนเอง และ 4) การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจลดลง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการตนเองดังกล่าวมีประสิทธิภาพ ประกอบกับมีรูปแบบโปรแกรมที่เป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน สามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาได้ง่าย (ดังภาคผนวก ฉ) ดังนั้นในการออกแบบการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์จากรูปแบบการจัดการตนเองของวัตนะ (Wattana, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา โดยรูปแบบการจัดการตนเองประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เป็นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติการจัดการตนเอง 2) การตั้งเป้าหมาย เป็นการกำหนดเป้าหมายในการบริโภคและการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการ 3) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการบริโภคที่เหมาะสม 4) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม เป็นการประเมินผลการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการบริโภค และตัดสินใจปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และ 5) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ในทุกสัปดาห์ เพื่อสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง และเป็นการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ สำหรับการออกแบบการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นแบบวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม ระยะเวลาในการศึกษาทั้งหมด 5 สัปดาห์ ทั้งนี้รูปแบบโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถฝึกได้ง่าย สะดวก และไม่เสียเวลา นำไปสู่การบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างเหมาะสม

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

การส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ทั้งนี้เพื่อกองไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดี เพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย และลดความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ร่างกายจะค่อย ๆ ฟื้นฟูเซลล์ปกติที่ได้รับรังสีให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ ในระหว่างการได้รับรังสีรักษาหรือหลังครบการรักษาไปแล้ว ผู้ป่วยจึงควรต้องบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ถูกหลักโภชนบำบัด เพื่อช่วยฟื้นฟูเซลล์ร่างกายในส่วนที่เสียหายจากตัวโรค หรือผลจากรังสีรักษา ช่วยในการลดความรุนแรงของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ชัชมน, 2550; อาลิตา, 2556) ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักโภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ถูกต้อง เหมาะสมกับภาวะและอาการต่าง ๆ ของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติในเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยหลักโภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จะแตกต่างกันไปตามอวัยวะหรือตำแหน่งที่ได้รับรังสี ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (พวงทอง, 2552)

1. การฉายรังสีผ่านช่องท้อง โรคมะเร็งที่เกิดในช่องท้อง เช่น โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โรคมะเร็งตับอ่อน โรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งไต ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ที่ได้รับการฉายรังสีผ่านช่องท้อง จะมีโอกาสท้องเสียได้ง่าย จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสียง่าย เช่น อาหารเสาะท้อง อาหารรสจัด อาหารค้ำจืด อาหารไม่สุก อาหารไม่สะอาด อาหารที่บริโภคอาจเป็นอาหารอ่อนหรืออาหารธรรมดา ขึ้นอยู่กับสภาพและความต้องการของผู้ป่วย

2. การฉายรังสีผ่านอุ้งเชิงกราน ได้แก่ โรคมะเร็งนิ่ว โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก หรือโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณดังกล่าว มีโอกาสท้องเสียได้ง่าย หรือมีโอกาสเกิดปัสสาวะอุจจาระเป็นเลือดได้ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสียง่าย อาหารเสาะท้อง อาหารที่ก่อความระคายเคืองต่อเยื่อเมือก กระเพาะปัสสาวะและผนังลำไส้ นอกจากนี้ต้องระมัดระวังไม่ให้ท้องผูก และดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ

3. การฉายรังสีผ่านช่องปากและคอ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณดังกล่าว จะมีอาการปากคอแห้ง ไม่มีน้ำลาย หรือน้ำลายน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้รับประทานอาหารแห้งหรืออาหารธรรมดา อาจรู้สึกฝืด ติดคอ ผู้ป่วยจึงควรบริโภคอาหารอ่อน แต่ถ้าเป็นอาหารแห้งหรืออาหารธรรมดา เมนูอาหารควรมีแกงหรือซूपด้วยเสมอ เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของอาหาร นอกจากนี้การฉายรังสีบริเวณช่องปาก อาจทำให้รสชาติเปลี่ยนและทนต่อรสเผ็ดไม่ได้ ผู้ป่วยควรปรับเพิ่มรสชาติอาหารที่ละน้อยจนกลับเป็นปกติ

4. การฉายรังสีผ่านช่องอก ในโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เพราะการรักษาโรคมะเร็งชนิดนี้ใช้ปริมาณรังสีน้อย แต่ในผู้ป่วย

บางคนซึ่งไวต่อรังสีมาก ในช่วงให้รังสีรักษา อาจมีอาการคลื่นไส้ หรือเจ็บเวลากิน ดังนั้นเมื่อเกิดอาการควรปรับเป็นอาหารน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน จนอาการกลับมาเป็นปกติ

5. การฉายรังสีในโรคมะเร็งปอด ไม่มีผลกระทบต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วยในระยะยาวของชีวิต ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติหรืออาจเป็นอาหารอ่อน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและความต้องการของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมักมีเสมหะ จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ระคายคอ ซึ่งเป็นสาเหตุของการไอ

6. การฉายรังสีในโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีผลต่อการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยอ่อนแอ ควรรับประทานอาหารประเภทคูน้าหนักหรือสารอาหารให้พลังงานต่ำ ซึ่งช่วยลดโอกาสเกิดแขนบวมได้ นอกจากนี้ การดูแลเรื่องน้ำหนักถือเป็นปัจจัยสำคัญของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เนื่องจากเซลล์ไขมันสามารถส่งเสริมการทำงานของฮอร์โมนเอสโตรเจนได้

7. การฉายรังสีบริเวณสมอง บริเวณกล้ามเนื้อและกระดูก การฉายรังสีบริเวณดังกล่าว ไม่มีผลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วย จึงสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ หรืออาจเป็นอาหารอ่อน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและความต้องการของผู้ป่วย

จะเห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีทุกราย คงต้องการได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โปรตีน

การได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอ เป็นสิ่งจำเป็นที่สุดในทุกระยะของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา การฟื้นฟูและในระยะยาวต่อผู้ป่วยมะเร็ง การเลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนที่มีไขมันต่ำเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ได้แก่ เนื้อปลา เนื้อหมูไม่ติดมัน ไข่ ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนมพร่องมันเนย หรือนมที่มีไขมันต่ำ ถั่ว และพืชชนิดฝัก เช่น ถั่วฝักยาว มะรุม เป็นต้น โดยเฉพาะไข่และเนื้อสัตว์ ซึ่งเป็นแหล่งของโปรตีนที่ให้กรดอะมิโนครบถ้วนที่สุด ส่วนถั่วอาจจะให้กรดอะมิโนจำเป็นที่ร่างกายต้องการไม่ครบ มักจะขาดกรดอะมิโนจำเป็นชื่อว่า เมทไธโอนีน (methionine) ดังนั้นหากผู้ป่วยรับประทานเพียงธัญพืช ก็ควรรับประทานถั่วเหลืองร่วมด้วย เนื่องจากถั่วเหลืองให้กรดอะมิโนจำเป็นครบทุกชนิดเช่นกัน โดยผู้ป่วยมะเร็งควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนวันละ 10 เปอร์เซ็นต์ ของพลังงานทั้งหมดที่ได้จากโปรตีน (Brown et al., 2010) หรือรับประทานวันละ 6-12 ช้อนโต๊ะ (Pongpipat, 2009) ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โปรตีนมีความจำเป็นอย่างยิ่งในช่วงที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อช่วยเสริมสร้างเซลล์เนื้อเยื่อที่ได้รับรังสี ใน 1 วัน ควรได้รับโปรตีน 1.5 กรัม ต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โปรตีนจากเนื้อสัตว์ต้องระวังเป็นพิเศษ เพราะมักมีไขมันมากเกินไป และมักอยู่ในรูปของไขมันแฝง ทั้งนี้ผู้ป่วยควรรับประทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป

กลุ่มเนื้อสัตว์ที่รับประทานได้ คือ เนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อปลา สันในไก่ ออกไก่ เป็นต้น กลุ่มเนื้อสัตว์ที่ควรหลีกเลี่ยง คือ เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น หมูบด เนื้อสะโพก ไส้กรอก กุนเชียง เป็นต้น

คาร์โบไฮเดรต

สารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จะถูกเก็บไว้ในรูปของแป้ง เพื่อทำหน้าที่เป็นแหล่งอาหารสำรอง หรือถูกเปลี่ยนเป็นเซลลูโลส (cellulose) สารอาหารที่สำคัญในคาร์โบไฮเดรตคือ ไฟโตเคมีคอล (photochemical) และเส้นใยหรือไฟเบอร์ (fiber) โดยพบในรูปพืชต่าง ๆ เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท ข้าวสาลี พืชตระกูลผักต่าง ๆ และผลไม้ (Brown et al., 2010) โดยสารเคมีเหล่านี้ เมื่อเข้าสู่ร่างกายอาจทำให้เอนไซม์บางกลุ่มทำงานดีขึ้น ซึ่งเอนไซม์บางชนิดทำหน้าที่ทำลายสารก่อมะเร็งที่เข้าสู่ร่างกาย

ชนิดของคาร์โบไฮเดรต ประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (simple carbohydrate) คือ คาร์โบไฮเดรตที่ไม่มีสารชนิดอื่นประกอบอยู่ในโมเลกุล และคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) คือ คาร์โบไฮเดรตที่มีสารชนิดอื่น ๆ เช่น ไขมันหรือโปรตีน และนิวคลีโอไทด์ ประกอบอยู่ในโมเลกุลด้วย พบได้ในอาหารจำพวกธัญพืชต่าง ๆ เมล็ดถั่วต่าง ๆ ขนมปังโฮลวีท ข้าวซ้อมมือ ผลไม้ต่าง ๆ คาร์โบไฮเดรตให้พลังงานที่มีความสำคัญต่อร่างกายเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งควรได้รับคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน คือคาร์โบไฮเดรตที่มีสารชนิดอื่น ๆ เช่น ไขมัน หรือโปรตีน ประกอบอยู่ในโมเลกุลด้วย ได้แก่ ข้าวโอ๊ต ข้าวไม่ขัดสี ถั่ว ผักสีเขียว และสีเหลือง ผักต้ม ผักหวาน ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีท ธัญพืช เมล็ดถั่ว (ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วเขียว เป็นต้น) และผักที่มีแป้งสูง ได้แก่ ผักหัวต่าง ๆ ทั้งนี้ให้รับประทานอาหารในกลุ่มข้าวหรือธัญพืช (ไม่ขัดสี) วันละ 170 กรัมต่อวัน หรือประมาณ 8-12 ทัพพี (1 ทัพพี เท่ากับ 60 กรัม) โดยทั่วไปควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 ของพลังงานที่ต้องการแต่ละวัน โดยแบ่งรับประทานให้ครบทุกมื้อ อาจเน้นไปที่ข้าวไม่ขัดสี ธัญพืช ขนมปัง และควรมีการรับประทานอาหารที่หลากหลาย บางมื้อที่เบื่อการรับประทานข้าว อาจเปลี่ยนเป็นขนมปัง โดยขนมปัง 1 แผ่นจะให้พลังงานเทียบเท่ากับข้าว 1 ทัพพี หรืออาจเปลี่ยนเป็นถั่วเขียว หรือวุ้นเส้น ก็สามารถเลือกทดแทนข้าวได้เช่นกัน โดยใช้ตามหลักอาหารแลกเปลี่ยน (กมลและคณะ, 2552)

ผักและผลไม้

ผักและผลไม้เป็นสิ่งที่จำเป็นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เนื่องจากผลข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ท้องเสียระหว่างได้รับรังสีรักษา การได้รับผักและผลไม้จะช่วยลดการขาดน้ำและชดเชยสารอาหารที่สูญเสียไปได้ (Brown et al., 2010) การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ (cancer recurrent) ของมะเร็ง ผลไม้ 1 ส่วน ให้คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม และให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี เส้นใยอาหารประมาณ 2 กรัม (ยกเว้นน้ำผลไม้ซึ่งมีเส้นใยอาหารน้อยมาก) ผู้ป่วยควรรับประทานผลไม้สด เพราะจะได้ประโยชน์จากเส้นใย

อาหารด้วย เช่น แอปเปิ้ล ฝรั่ง มะละกอ เป็นต้น แต่ต้องระมัดระวังเรื่องความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร (กมลและคณะ, 2552) ซึ่งอาหารประเภทผักและผลไม้จะมีวิตามินมากกว่าอาหารประเภทอื่น นอกจากนี้ สารเบต้าแคโรทีนในผักผลไม้ ยังช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) สารนี้ช่วยป้องกันการถูกทำลายของเซลล์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเสียหายแก่ดีเอ็นเอ (DNA) ที่ทำให้เกิดมะเร็ง เบต้าแคโรทีนมักพบในผักสีส้ม เช่น แครอท ฟักทอง มะเขือเทศส้ม และในผลไม้ที่มีสีเขียวเข้ม เช่น องุ่น มะม่วง และแคนตาลูป เป็นต้น

ไขมัน

โดยทั่วไปแล้วอาหารประเภทไขมันควรระวังไม่รับประทานมากเกินไปในคนปกติ แต่คงไม่ถึงกับต้องงดรับประทานไขมันทุกชนิดไปเลย ควรได้รับไขมัน 15-20 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานที่ต้องการแต่ละวัน ควรเลือกใช้ไขมันที่เป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งสามารถพบได้ในเมล็ดพืช เช่น น้ำมันของฟักทอง ทานตะวัน งา ข้าวโพด ถั่ว จมูกข้าวสาลี ปริมาณที่เหมาะสมคือ การรับประทานน้ำมันพวกนี้วันละ 1-2 ช้อนโต๊ะ หรือรับประทานเมล็ด 2-3 ช้อนโต๊ะ สำหรับไขมันในกลุ่มโอเมก้า 3 และกลุ่มโอเมก้า 6 พบว่า ให้ผลดีในผู้ป่วยมะเร็ง กรดไขมันดังกล่าวพบในพวกของน้ำมันปลา ซึ่งการรับประทานเนื้อปลาทะเลจะได้รับไขมันประเภทดังกล่าวอยู่แล้ว ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรับประทานวิตามินเสริม ส่วนไขมันประเภทที่ควรงดเว้น คือ ไขมันที่เป็นกรดไขมันอิ่มตัวทุกชนิด เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ เป็นต้น รวมไปถึงไขมันที่เกิดจากการเผาไหม้ไม่ว่าจะเป็นการปิ้งย่างหรือการทอดน้ำมันซ้ำ เนื่องจากอาหารเหล่านี้จะมีสารเคมีที่เกิดจากการเผาไหม้ (Polycyclic aromatic hydrocarbon [PAH]) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งและอนุมูลอิสระจำนวนมาก

หลักการส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

การส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอเป็นเรื่องสำคัญ โดยให้คงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา โดยมีหลักการส่งเสริมโภชนาการ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดพลังงานที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ ควรได้รับพลังงานเท่ากับ 25-35 กิโลแคลอรี/น้ำหนัก/วัน และผู้ป่วยที่ผอม ควรให้พลังงานเพิ่มขึ้นเป็น 40-50 กิโลแคลอรี/น้ำหนัก/วัน (วิมลรัตน์, 2552)
2. การกำหนดสัดส่วนอาหารที่เหมาะสม สัดส่วนอาหารในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาควรได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ในแต่ละวัน ในผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้น้อย ควรแบ่งอาหารออกเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อให้ได้รับอาหารมากขึ้น โดยให้รับประทานอาหารหลัก 3 มื้อ

และให้อาหารเสริมระหว่างมือ เช่น นม เครื่องดื่ม ประเภทไมโล โอวัลติน ขนมหิงต่าง ๆ และผลไม้ เป็นต้น

3. การส่งเสริมการดื่มน้ำ ผู้ป่วยมะเร็งควรได้รับน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเพียงพอ วันละ 2,000-3,000 มิลลิลิตร

4. การจัดการด้านโภชนาการกรณีมีอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา โดยมีหลักการดังต่อไปนี้ (พวงทอง, 2552; วิมลรัตน์, 2552)

4.1 ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

1) ส่งเสริมให้รับประทานอาหารเช้า ๆ หรือค่อย ๆ รับประทานอาหารและเคี้ยวอาหารให้ละเอียด

2) ส่งเสริมให้รับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารนิ่ม ๆ ที่ย่อยง่าย

3) ส่งเสริมให้รับประทานอาหารมื้อละน้อย ๆ ถ้ามีอาการอาเจียนให้ไขหัวสูงหรือจัดให้อยู่ในท่านั่ง ให้รับประทานบ่อยครั้งขึ้น เช่น ให้รับประทานทุก 1-2 ชั่วโมง

4) ถ้าเริ่มมีอาการคลื่นไส้ ให้หายใจลึก ๆ ยาว ๆ และทำจิตใจให้สงบ หรือใช้เทคนิคผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจ

5) งดอาหารรสจัด อาหารก่อการระคายเคืองต่อเยื่อภายในช่องปาก คอ และอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร

6) ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว อย่านำร่างกายขาดน้ำ

4.2 ผู้ป่วยที่มีการรับรสเปลี่ยนแปลง

1) ส่งเสริมให้รับประทานอาหารหลากหลายชนิด และสลับหมุนเวียนกันไป ซึ่งอาจช่วยให้การรับรสปรับตัวได้ดีขึ้น

2) ส่งเสริมให้ดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีน้ำตาล หรือเคี้ยวหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาล อาจช่วยให้การรับรสดีขึ้น

3) ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธอาหารประเภทเนื้อแดง แนะนำให้รับประทานไข่ ปลา นมเต้าหู้ เพื่อช่วยให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนเพียงพอ

4) ส่งเสริมให้รับประทานอาหารมื้อเช้าที่มีโปรตีนและพลังงานมากที่สุด เนื่องจากตอนเช้าความอยากอาหารมักจะยังดีอยู่

5) จัดอาหารให้มีลักษณะน่ารับประทาน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากรับประทานอาหารมากขึ้น

6) ส่งเสริมให้รักษาความสะอาดในช่องปาก เพราะถ้าช่องปากไม่สะอาด มีการติดเชื้อในช่องปาก อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดรสอาหารเปลี่ยน

4.3 ผู้ป่วยที่มีอาการปากแห้งและเจ็บในปาก

- 1) ส่งเสริมให้จิบน้ำสะอาดบ่อย ๆ ครั้งละน้อย ๆ (ไม่ใช่ดื่ม) แล้วไม่ต้องกลืนให้หมดไว้ เพื่อช่วยทดแทนน้ำลาย ช่วยเพิ่มความชื้นในปากได้เป็นอย่างดี
- 2) หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ร้อนจัด เค็มจัด อาหารแห้งและแข็ง ควรให้อาหารอ่อนรสจืดและอาหารที่เคี้ยวง่าย
- 3) ส่งเสริมให้รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มเย็น ๆ จะช่วยลดอาการเจ็บในปาก และให้งดรับประทานอาหารร้อนจัด
- 4) ส่งเสริมให้ทำความสะอาดปากฟันก่อนและหลังอาหารทุกครั้ง และให้บ้วนปากบ่อย ๆ ด้วยน้ำยาบ้วนปาก เพื่อลดอาการเจ็บแผลในปาก
- 5) ถ้าภาวะน้ำลายแห้ง ทำให้บริโภคน้ำได้น้อยลง ควรเพิ่มอาหารเสริมระหว่างมื้อหลักที่เป็นอาหารน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน หรือเครื่องดื่ม
- 6) ส่งเสริมให้ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น สดชื่นของเซลล์ต่าง ๆ ทั่วร่างกาย แต่จะให้ผลต่อความชุ่มชื้นของช่องปาก เหงือก และฟัน น้อยกว่าการจิบหรืออมน้ำมาก

กิจกรรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

การส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงของการรักษา นับเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและแนะนำการรับประทานอาหาร เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และส่งผลให้บรรเทาความเหนื่อยล้า โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาด้านโภชนาการได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า วิธีการจัดการตนเองในผู้ป่วยจะสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การรักษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และต้องมีกระบวนการเป็นขั้นตอน มีการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปสู่เป้าหมาย (Creer, 2000) ผลของการจัดการตนเองสามารถช่วยลดอัตราการตาย และภาวะทุพพลภาพของโรคมะเร็ง รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งวัฒนะ (Wattana, 2006) ได้ประยุกต์แนวคิดของเคิร์ชมาใช้ในการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และได้เสนอแนวปฏิบัติในโปรแกรมและแผนการส่งเสริมการจัดการตนเอง ที่มีขั้นตอนและรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยได้ง่าย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยประยุกต์จากรูปแบบการจัดการตนเองของวัฒนะ

(Wattana, 2006) ตามแนวคิดของครีเยอร์ (Creer, 2000) มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ร่วมกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการออกแบบกิจกรรม โดยประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2008) และคัดเลือกมาใช้รวม 5 เรื่อง (ดังภาคผนวก จ) โดยโปรแกรมประกอบด้วย การดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เป็นระยะที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จะได้รับการสนับสนุนให้มีความพร้อมเพื่อการจัดการตนเองด้านโภชนาการ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และค้นหาวิธีการบริโภคด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อภาวะโภชนาการ วิธีการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการ หลักโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ที่สำคัญคือ แหล่งอาหาร 5 หมู่ และวิธีการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้า โดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม และแจกคู่มือความรู้ด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน รวมถึงอธิบายและฝึกการบันทึกในสมุดบันทึก (ฐานิชญาณ์, 2553: ระดับ 2; วัฒนพล, 2555: ระดับ 2) 2) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจะต้องกำหนดเป้าหมายการบริโภค และเป้าหมายการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการร่วมกันกับผู้วิจัย และผู้ป่วยต้องตัดสินใจเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง หลังจากที่ได้สนทนาหรือปรึกษากับผู้วิจัยแล้ว โดยใช้ข้อมูลหรือความรู้ที่ได้รับช่วยในการกำหนดเป้าหมาย และบันทึกลงสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน (ศิริลักษณ์, 2556: ระดับ 2) 3) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านของผู้ป่วยแต่ละคน ตามแผนในสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 4) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม เป็นขั้นตอนของการประเมินผลสำเร็จ โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง โดยถ้าไม่สำเร็จตามเป้าหมาย ผู้ป่วยและผู้วิจัยก็จะร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข โดยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีการที่เหมาะสมเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายต่อไป (Wattana, 2006: ระดับ 1) และ 5) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยจะโทรติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ พร้อมทั้งร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ถัดไป ให้คำปรึกษาหรือความรู้เพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง และให้กำลังใจในการฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน (สวนีย์, 2554: ระดับ 2)

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

ปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า ทั้งจากผลของมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา และจากสภาพจิตใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง ร่างกายอ่อนเพลียและทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วย การส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพราะตัวผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ทุกวัน ทำให้ต้องตระหนักถึงสิ่งที่จะมาคุกคามชีวิตของตน ก็จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาโดยนำแนวคิดการจัดการตนเอง มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งผลการศึกษาล้วนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยได้ดำเนินการตามโปรแกรมใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย 2) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 3) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 4) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม และ 5) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลที่ได้จะสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้า ชะลอการดำเนินโรคไปสู่ระยะที่รุนแรง และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคมะเร็งและรังสีรักษา อีกทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคลากรทีมสุขภาพ ในการใช้เป็นแนวทางพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาโดยทั่วไป กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด ที่ได้รับการรังสีมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง และยังอยู่ระหว่างการได้รับการรังสีรักษา
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป ช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารได้
3. ไม่เป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจากตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของงานวิจัยครั้งนี้จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของศิริลักษณ์ (2556) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดยคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.93 (ดังภาคผนวก) ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลใหญ่ แต่เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างจากงานวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 จากนั้นเปิดตารางค่าการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย และเพื่อป้องกันการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 28 ราย รวมเป็น 56 ราย ในการศึกษา

ครั้งนี้มีกลุ่มทดลองออกจากการศึกษา 2 ราย เนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุมออกจากการศึกษา 2 ราย เนื่องจากไม่สามารถประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองได้ จำนวน 1 ราย และเสียชีวิตในช่วงสัปดาห์ที่ 3 อีก 1 ราย เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 ราย

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวน 26 รายหลัง จัดเข้าเป็นกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (maching pair) ให้มีความคล้ายคลึงกันตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เพศ 2) อายุ 3) ชนิดของโรคมะเร็งเดียวกัน 4) ระยะของโรคมะเร็ง และ 5) ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน สิทธิรักษาพยาบาล ปัญหาค่าใช้จ่าย โรคประจำตัว ที่พักระหว่างการรักษา ระยะเวลาในการเดินทาง การนอนหลับพักผ่อน น้ำหนัก ส่วนสูง อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ รวมถึงอาการข้างเคียงด้านโภชนาการ ระดับความรุนแรง และวิธีการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการ

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก มีข้อคำถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ชนิดของการรักษา ตำแหน่งที่ได้รับการฉายรังสี จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ ปริมาณรังสีที่ได้รับ ระดับฮีโมโกลบิน(Hb)ระดับฮีมาโตคริต(Hct)ปริมาณออกซิเจนในเลือด (O_2 sat) และการตรวจรักษาอาการข้างเคียงด้านโภชนาการต่าง ๆ ที่ได้รับ

3. แบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ต้นฉบับเป็นแบบวัดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) ซึ่งพิทยาภรณ์ (2548) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง จำนวน

6 ข้อ 2) ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านความรู้สึกรู้จัก จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ จำนวน 6 ข้อ คำตอบในแต่ละข้อจะกำหนดช่วงของการให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข 10 ระดับ ตั้งแต่ 0-10 โดย “ 0 ” หมายถึง “ ไม่มีความรู้สึกต่อข้อนั้นเลย ตั้งแต่ “ 1 ” ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับ และ “ 10 ” หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อนั้นมากที่สุด การประเมินระดับความเหนื่อยล้า ทำโดยนำคะแนนรวมของแบบประเมินความเหนื่อยล้า ทหารด้วยจำนวนข้อ 22 ข้อ ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0-10 โดยระดับคะแนนยิ่งสูงความเหนื่อยล้าจะยิ่งมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามรูปแบบการจัดการตนเองของวัตตะนะ (Wattana, 2006) ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการปฏิบัติในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน คือ

1) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย เป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตั้งเป้าหมายการบริโภค โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม ในเรื่องโรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อภาวะโภชนาการ วิธีการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการ หลักโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และวิธีการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้า รวมทั้งแนะนำพร้อมยกตัวอย่างการบันทึกลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน ในการตั้งเป้าหมาย การเลือกแผนปฏิบัติ ระบุความมั่นใจในการปฏิบัติในการบริโภคตามเป้าหมาย การบันทึกรายการอาหารที่บริโภค การประเมินผลสำเร็จตามเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา หลังจากนั้นแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับการให้ความรู้ เพื่อใช้ศึกษาทบทวนการปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน

2) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการบริโภคที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นแต่ละสัปดาห์ เป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย แล้วให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับตัวเองหลังจากที่ได้สนทนาปรึกษากับผู้วิจัยแล้ว โดยใช้ข้อมูลหรือความรู้ที่ได้รับช่วยในการกำหนดเป้าหมาย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเลือกแผนการปฏิบัติ ระบุระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกรบริโภคอาหาร โดยให้ผู้ป่วยระบุตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง “ ไม่มีความมั่นใจเลย และ 10 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด โดย

ยี่ระดับความมั่นใจของผู้ป่วยตั้งแต่ระดับ 7 คะแนนขึ้นไป จะถือว่าเป้าหมายและแผนที่เลือกไว้มีความมั่นใจมากที่จะสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ และบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน

3) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกรบริโภคอาหารตามแผนที่เลือกไว้ในสมุดบันทึกการจัดการตนเองในแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

4) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม เพื่อสนับสนุนประเมินผลการบริโภคอาหารในแต่ละสัปดาห์ของผู้ป่วย ด้วยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ในสัปดาห์ที่ผ่านมาจากสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน โดยให้ผู้ป่วยประเมินผลสำเร็จตามเป้าหมายแต่ละสัปดาห์ ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายก็วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยตัดสินใจปรับเปลี่ยนเป้าหมายและแผนการปฏิบัติที่เหมาะสมในสัปดาห์ถัดไป

5) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลสำเร็จในการปฏิบัติกรจัดการตนเองของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ พร้อมทั้งร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ถัดไป ให้คำปรึกษาหรือความรู้เพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ถูกต้อง รวมถึงให้กำลังใจผู้ป่วยในการฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน

2. เครื่องมือประกอบโปรแกรมการจัดการด้วยตนเอง ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราต่าง ๆ นำมาเรียบเรียงเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อมอบให้กับกลุ่มตัวอย่างไว้ทบทวนการปฏิบัติตนที่บ้าน ในคู่มือมีเนื้อหาประกอบด้วย การรักษามะเร็งด้วยรังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อภาวะโภชนาการหลักโภชนาการที่เหมาะสม การจัดการอาการข้างเคียงต่าง ๆ และวิธีการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

2.2 สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (Power Point) เรื่องการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรักษา โดยใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสื่อที่มีรูปภาพประกอบ และมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

2.3 สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน พัฒนาขึ้นจากแบบบันทึกการจัดการตนเองด้านบริโภคอาหาร สำหรับผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ศิริลักษณ์, 2556) ใช้สำหรับบันทึกการจัดการตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ

รังสีรักษา เพื่อติดตามการบริโภคของตนเอง รวมทั้งประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ โดยเนื้อหาประกอบด้วย การบันทึกเป้าหมายการบริโภคและเป้าหมายการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการของตนเองแต่ละสัปดาห์ เลือกแผนปฏิบัติ ระบุระดับความมั่นใจในการปฏิบัติตามเป้าหมาย บันทึกรายการอาหารที่บริโภค บันทึกการประเมินผล ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (validity)

ในการควบคุมคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทั้งในส่วนของแบบประเมินความเหนื่อยล้า และ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง (validity) ของเครื่องมือที่สร้างขึ้น โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการด้านโภชนาการ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 1 ท่าน โดยประเมินในเรื่องเกี่ยวกับความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความ และภาษาที่ใช้ แล้วนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขและปรับปรุงให้สมบูรณ์

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามของแบบประเมิน จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. ดำเนินการขอหนังสือเพื่อการรับอนุญาตเข้าเก็บข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการแล้ว จึงทำการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ประวัติการรักษาจากแฟ้มประวัติ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

3. หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้วจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายโครงการ และการดำเนินงานวิจัยโดยสังเขป การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย จำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องตอบแบบสอบถาม ประมาณการระยะเวลาที่ต้องใช้ในการตอบแบบสอบถาม ชื่อ ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามและต้องการซักถาม

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงชื่อใน ใบยินยอม และดำเนินการตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นปฏิบัติการ

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนจำนวน 26 ราย หลังจากนั้นจึงดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยปราศจากการกระทำใด ๆ จากผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. พบกลุ่มควบคุมที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา ทำการแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการทำวิจัย หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาและประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าในตัวอย่างแต่ละราย พร้อมทั้งให้หมายเลขโทรศัพท์ให้กลุ่มตัวอย่างติดต่อได้ในกรณีเกิดอาการผิดปกติ หรือถูกเงินจากการเจ็บป่วย

2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการพบกันครั้งที่ 2 อีก 5 สัปดาห์ต่อมา ที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา โดยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในตัวอย่างแต่ละราย หลังจากนั้นจึงให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษามะเร็งด้วยรังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อภาวะโภชนาการ หลักโภชนาการที่เหมาะสม การจัดการอาการข้างเคียงต่าง ๆ และวิธีการจัดการด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้การบรรยาย อธิบายและฝึกการบันทึกในสมุดการจัดการตนเองที่บ้าน หลังจากนั้นแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อนำไปศึกษาที่บ้านต่อไป

กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ โดยใช้เวลาในการดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองทั้งหมด 5 สัปดาห์ และมีขั้นตอนในการดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย 2) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยและมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยทั้ง 2 ขั้นตอนนี้จะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 3) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 4) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม ใน 2 ขั้นตอนนี้จะดำเนินการให้ผู้ป่วยจัดเองตนเองที่บ้านเป็นเวลา 3 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 4 และ 5) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ กลุ่มทดลองจะถูกเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) และประเมินผลการทดลองหลังเสร็จสิ้น (สัปดาห์ที่ 5) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

การพบกันครั้งที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 1 ที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา)

1. แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการทำการวิจัย จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในตัวอย่างแต่ละราย

2. ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องโรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อภาวะโภชนาการ หลักโภชนาการที่เหมาะสม การจัดการอาการข้างเคียงต่าง ๆ และวิธีการจัดการด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ด้วยการเสนอภาพหนึ่งประกอบการสอน รวมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น

และเปิดโอกาสให้พิจารณาตรวจสอบการบริโภคที่ผ่านมาของตนเองว่าสอดคล้องกับความรู้ที่ได้รับหรือไม่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตั้งเป้าหมาย และเลือกแผนปฏิบัติการจัดการตนเองได้

3. อธิบายและยกตัวอย่างการบันทึกลงในสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางให้กลุ่มตัวอย่างสามารถบันทึกด้วยตนเองที่บ้านได้

ขั้นตอนที่ 2 การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง (สัปดาห์ที่ 1 ที่ตั้งผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา)

1. ใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายการบริโภค และเป้าหมายการจัดการอาการข้างเคียง โดยมีการสนทนาปรึกษากับผู้วิจัยก่อนกำหนดเป้าหมาย และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง หลังจากนั้นให้เลือกแผนการปฏิบัติในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างระบุความมั่นใจในการปฏิบัติการบริโภคตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กรณีระดับความมั่นใจน้อยกว่า 7 จะช่วยเหลือโดยการเสนอเป้าหมายอื่น หรือปรับเป้าหมายใหม่ให้ง่ายขึ้นจนมีระดับความมั่นใจในระดับ 7 ขึ้นไป แนะนำวิธีบันทึกรายการอาหารที่บริโภค บันทึกการประเมินผล ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกและประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายทุกสัปดาห์ โดยมีเกณฑ์แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) สำเร็จทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยสามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามแผนการบริโภคที่กำหนดไว้ทุกข้อ ทั้งด้านปริมาณและความถี่ตามเป้าหมาย อย่างน้อย 5 วันใน 1 สัปดาห์ 2) สำเร็จบางส่วน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามแผนการบริโภคที่กำหนดไว้ทุกข้อ ทั้งด้านปริมาณและความถี่ตามเป้าหมาย อย่างน้อย 3 วันใน 1 สัปดาห์ และ 3) ไม่สำเร็จ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามแผนการบริโภคที่กำหนดไว้ทุกข้อ ทั้งด้านปริมาณและความถี่ตามเป้าหมาย น้อยกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์ โดยข้อมูลที่ได้จะทำให้ผู้ป่วยทราบผลการปฏิบัติของตนเอง และเป็นแนวทางในการการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือวางแผนการปฏิบัติการบริโภคให้เหมาะสมในสัปดาห์ถัดไป รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการให้ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้าน หลังจากนั้นแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ให้นำไปศึกษาทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน

2. สอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงเวลาที่สะดวกในการให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ เพื่อร่วมกันตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ถัดไป และติดตามการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และแนะนำกลุ่มตัวอย่างว่าในระหว่างการดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงได้กับผู้ทำวิจัย หรือติดต่อทางโทรศัพท์ที่ได้ตลอด

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค (สัปดาห์ที่ 2-4 โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน)

1. กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการบริโภคอาหารและการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการด้วยตนเองที่บ้าน ตามแผนที่เลือกไว้ในสมุดบันทึกการจัดการตนเองในแต่ละสัปดาห์

2. จัดบันทึกรายการอาหารที่ตนบริโภคจริงในสมุดบันทึกการจัดการตนเองทุกวัน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม (สัปดาห์ที่ 2-4 โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลการจัดการตนเองทุกสัปดาห์)

1. กลุ่มตัวอย่างประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายและตามแผนที่เลือกไว้จากสมุดบันทึกการจัดการตนเองทุกสัปดาห์ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

2. กรณีประเมินผลแล้วพบว่าไม่สำเร็จ คือ กลุ่มตัวอย่างสามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามแผนการบริโภคที่กำหนดไว้ทุกข้อ ทั้งด้านปริมาณและความถี่ตามเป้าหมาย น้อยกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมาย หรือเลือกแผนการปฏิบัติการบริโภคและแผนการปฏิบัติเพื่อจัดการอาการข้างเคียงให้เหมาะสมในสัปดาห์ถัดไป เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-4)

1. ดำเนินการเลือกเวลาโทรศัพท์ในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ตามที่ได้สอบถามไว้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งนี้การสนทนาประกอบด้วย การทักทาย ให้กำลังใจในการฝึกการจัดการตนเอง ตอบข้อสงสัยตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ให้คำปรึกษาหรือความรู้เพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยังเข้าใจไม่ถูกต้อง สอบถามผลการปฏิบัติในสัปดาห์นั้น ๆ รวมทั้งช่วยเหลือในการกำหนดเป้าหมายและเลือกแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป

2. นัดหมายวันพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลการทดลอง ณ ดิจผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา ในสัปดาห์ที่ 5

การพบกันครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 5 ที่ดิจผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา)

1. กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นประเมินความเหนื่อยล้าโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแต่ละราย

2. ซักถามสุขภาพทั่วไป รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเอง ภายหลังจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองจนครบ 5 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัย

แสดงความเชื่อมั่นในตัวผู้ป่วยในการจัดการตนเองด้านโภชนาการ โดยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ร่วมกับ ชมเชยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องต่อไป

3. กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จะทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำ วิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างใน การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอน ตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการให้การพยาบาลหรือการรักษาแต่อย่างใด สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยจะเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอโดย ภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มี การบังคับใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มาประมวลและวิเคราะห์ทาง สถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทดสอบสมมติฐานแบบหางเดียว (one-tailed test) โดย กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยใช้สถิติ พรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการแจกแจงเป็นปกติ (test of normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และทดสอบความแปรปรวน (homogeneity of variances) ระหว่างชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ข้อมูลทั้งสอง กลุ่มมีความแปรปรวนเท่ากัน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) สำหรับตัวแปรช่วง มาตรา (interval scale) และระดับอัตราส่วนมาตรา (ratio scale) ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) หรือสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) สำหรับตัวแปรระดับนามมาตรา (nominal scale) และ อันดับมาตรา (ordinal scale)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ โดยการ ใช้สถิติทดสอบทีคู่ (paired t-test)

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ โดยการทดสอบทีอิสระ (independent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยทำการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 ราย ซึ่งกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 26 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 คน พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.50) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.77 ปี (SD=13.73) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.10) กึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 30.80) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 18,557.23 บาท (SD =25,982.91) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษา (ร้อยละ 67.30) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา (ร้อยละ 86.50) ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.20) กลุ่มตัวอย่างพักบ้านของตนเองระหว่างการรักษา (ร้อยละ 42.30) กว่าครึ่งหนึ่งใช้รถส่วนตัวในการเดินทางมารับการรักษา (ร้อยละ 59.60) ใช้เวลาในการเดินทางเฉลี่ย 1.31 ชั่วโมง (SD=0.82) เวลาในการนอนหลับส่วนมากอยู่ระหว่าง 4-6 ชั่วโมง (ร้อยละ 57.70) บุตรจะเป็นผู้ดูแลขณะรับการรักษา (ร้อยละ 44.20) กว่าครึ่งหนึ่งมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 59.60) อาหารที่รับประทานส่วนมากเป็นข้าวแกง (ร้อยละ 73.10) เฉลี่ย 3.27 มื้อ/วัน (SD = 0.68) กึ่งหนึ่งรับประทานปริมาณ 2 ทักพีต่อมือ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ เบื่ออาหาร (ร้อยละ 32.70) รองลงมาคือ คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 23.10) ส่วนมากมีความรุนแรงของอาการข้างเคียงอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 51.90) มีวิธีจัดการอาการข้างเคียงโดยการใช้ยา (ร้อยละ 22.10) และรับประทานอาหารอ่อน (ร้อยละ 21.10) ตามลำดับ ทั้งนี้จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม (ร้อยละ)	χ^2/t
	(n = 26)	(n = 26)		
	จำนวน	จำนวน		
เพศ				^a 0.18 ^{ns}
ชาย	10	9	19 (36.50)	
หญิง	16	17	33 (63.50)	
อายุ (ปี) (M = 56.77, SD = 13.73)				[*] 1.39 ^{ns}
18 - 29	0	1	1 (1.90)	
30 - 49	6	7	13 (25.00)	
50 - 69	15	13	28 (53.90)	
70 - 90	5	5	10 (19.20)	
สถานภาพ				^c 0.38 ^{ns}
โสด	1	2	3 (5.80)	
คู่	20	18	38 (73.10)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	5	6	11 (21.10)	
ระดับการศึกษา				^c 0.37 ^{ns}
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1	3 (5.80)	
ประถมศึกษา	13	13	26 (50.00)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	7	10 (19.20)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	0	1 (1.90)	
อนุปริญญา/ปวศ.	4	3	7 (13.50)	
ปริญญาตรี	3	2	5 (9.60)	

*Independent t-test, ^aFisher's Exact Test, ^bContinuity Correction, ^cPearson Chi-Square,

ns = non significance

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม (ร้อยละ)	χ^2/t
	(n = 26) จำนวน	(n = 26) จำนวน		
อาชีพหลักในปัจจุบัน				^c 0.40 ^{ns}
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0	1 (1.90)	
แม่บ้าน	4	5	9 (17.30)	
เกษตรกร	5	9	14 (26.90)	
รับจ้าง	6	6	12 (23.10)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	6	16 (30.80)	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท) (M = 18,557.23, SD = 25,982.91)				[*] 0.02 ^{ns}
2,000 - 5,000	3	3	6 (11.50)	
5,001 - 10,000	9	5	14 (26.90)	
10,001 - 15,000	6	12	18 (34.60)	
15,001 - 20,000	4	5	9 (17.30)	
20,001 - 25,000	2	1	3 (5.80)	
25,000 - 40,000	2	0	2 (3.80)	
สิทธิการรักษาพยาบาล				^c 0.37 ^{ns}
เบิกได้	1	2	3 (5.80)	
กองทุนผู้ป่วยมะเร็ง	1	2	3 (5.80)	
จ่ายค่ารักษาเอง	2	0	2 (3.80)	
ประกันสังคม	6	3	9 (17.30)	
บัตรประกันสุขภาพ	16	19	35 (67.30)	
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา				^c 0.40 ^{ns}
ปานกลาง	1	0	1 (1.90)	
เล็กน้อย	2	4	6 (11.50)	
ไม่มี	23	22	45 (86.50)	

*Independent t-test, ^aFisher's Exact Test, ^bContinuity Correction, ^cPearson Chi-Square,

ns = non significance

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม (ร้อยละ)	χ^2/t
	(n = 26) จำนวน	(n = 26) จำนวน		
โรคประจำตัว				^b 0.10 ^{ns}
มี	8	8	16 (30.80)	
ไม่มี	18	18	36 (69.20)	
ที่พักระหว่างการรักษา				^c 0.38 ^{ns}
บ้านเช่า	4	9	13 (25.00)	
บ้านป็นรักผู้ป่วยมะเร็ง	5	3	8 (15.40)	
บ้านญาติ	5	4	9 (17.30)	
บ้านตนเอง	12	10	22 (42.30)	
การเดินทางระหว่างรักษา				
เดิน	1	2	3 (5.80)	^c 0.38 ^{ns}
รถรับส่งของ ร.พ.	3	2	5 (9.60)	
รถประจำทาง	4	9	13 (25.00)	
รถส่วนตัว	18	13	31 (59.60)	
ระยะเวลาเดินทาง (ชม.) (M = 1.31, SD = 0.82)				[*] 0.91 ^{ns}
0.25 - 1	13	22	35 (67.30)	
> 1 - 2	6	3	9 (17.30)	
> 2 - 3	6	1	7 (13.50)	
> 3 - 4	1	0	1 (1.90)	
เวลานอนหลับ (ชม.) (M = 6.48, SD = 1.54)				[*] 0.12 ^{ns}
1.5 - 4	9	8	17 (32.70)	
> 4 - 6	15	15	30 (57.70)	
> 6 - 8	2	2	4 (7.70)	
> 8 - 9	0	1	1 (1.90)	

*Independent t-test, ^aFisher's Exact Test, ^bContinuity Correction, ^cPearson Chi-Square,

ns = non significance

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม (ร้อยละ)	χ^2/t
	(n = 26)	(n = 26)		
	จำนวน	จำนวน		
เวลานอนหลับ (ชม.) (M = 6.48, SD = 1.54)				*0.12 ^{ns}
1.5 - 4	9	8	17 (32.70)	
> 4 - 6	15	15	30 (57.70)	
ผู้ดูแลหลักขณะรับการรักษา				^c 0.37 ^{ns}
บุตรสะใภ้/บุตรเขย	1	0	1 (1.90)	
ดูแลตนเอง	2	0	2 (3.80)	
บุตร	5	18	23 (44.20)	
ญาติพี่น้อง/หลาน	8	2	10 (19.20)	
คู่สมรส สามี/ภรรยา	10	6	16 (30.80)	
ดัชนีมวลกาย (กก/ม. ²) (M = 22.00, SD = 4.03)				*0.58 ^{ns}
30.0 - 34.6 (อ้วนระดับ 2)	1	1	2 (3.80)	
15.7 - 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	2	3	5 (9.60)	
25.0 - 29.5 (อ้วนระดับ 1)	3	2	5 (9.60)	
23.0 - 24.9 (เกินเกณฑ์)	6	3	9 (17.30)	
18.6 - 22.9 (ปกติ)	14	17	31 (59.60)	
อาหารที่รับประทานประจำ				^c 0.40 ^{ns}
ข้าวต้ม	1	4	5 (9.60)	
ก๋วยเตี๋ยว	6	3	9 (17.30)	
ข้าวแกง	19	19	38 (73.10)	
จำนวนมื้ออาหาร (วัน) (M = 3.27, SD = 0.68)				^c 0.41 ^{ns}
1	0	1	1 (1.90)	
2	0	0	0 (0.00)	
3	18	19	37 (71.20)	
4	8	6	14 (26.90)	

*Independent t-test, ^aFisher's Exact Test, ^bContinuity Correction, ^cPearson Chi-Square,

ns = non significance

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม (ร้อยละ)	χ^2/t
	(n = 26)	(n = 26)		
	จำนวน	จำนวน		
ปริมาณข้าวต่อมื้อ (ทัพพี) (M = 1.90, SD = 0.75)				^c 0.38 ^{ns}
1	7	10	17 (32.70)	
2	12	14	26 (50.00)	
3	6	2	8 (15.40)	
4	1	0	1 (1.90)	
อาการข้างเคียง				^c 0.36 ^{ns}
อาหารไม่มีรสชาติ	0	1	1 (1.90)	
ท้องเสีย	1	1	2 (3.80)	
แผลในปาก	2	2	4 (7.70)	
ปากแห้ง	3	7	10 (19.20)	
ท้องผูก	4	2	6 (11.50)	
คลื่นไส้อาเจียน	6	6	12 (23.10)	
เบื่ออาหาร	10	7	17 (32.70)	
ระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียง				^c 0.38 ^{ns}
รุนแรงมาก	1	0	1 (1.90)	
ไม่มีอาการ	5	4	9 (17.30)	
รุนแรงปานกลาง	8	7	15 (28.80)	
รุนแรงเล็กน้อย	12	15	27 (51.90)	
วิธีการจัดการอาการข้างเคียง				^c 0.35 ^{ns}
พักผ่อน/นอนหลับ	1	2	3 (3.20)	
ทำจิตใจให้สงบนั่ง/สมาธิ	3	4	7 (7.40)	
ทำความสะอาดปากฟันบ่อย ๆ	7	3	10 (10.50)	
งดอาหารรสจัด	9	9	18 (18.90)	
จิบน้ำบ่อย ๆ	11	5	16 (16.80)	
รับประทานอาหารอ่อน	11	9	20 (21.10)	
ไช้ยา	15	6	21 (22.10)	

*Independent t-test, ^aFisher's Exact Test, ^bContinuity Correction, ^cPearson Chi-Square,

ns = non significance

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับ โรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า เป็น มะเร็งศีรษะและลำคอ (ร้อยละ 32.70) รองลงมาคือมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 28.80) ซึ่งส่วนมากอยู่ใน ระยะที่ 2 (ร้อยละ 63.50) โดยตำแหน่งที่ฉายรังสีคือช่องปากและลำคอ (ร้อยละ 34.60) จำนวนครั้งที่มารับรังสีรักษาเฉลี่ย 12.23 ครั้ง (SD = 6.23) ปริมาณรังสีที่ได้รับเฉลี่ย 710.06 เซนติเกรย์ (SD = 422.97) กว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะซิดเล็กน้อย (ร้อยละ 53.80) รองลงมาคือไม่ซิด (ร้อยละ 32.70) ปริมาณออกซิเจนในเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 99.15 เปอร์เซ็นต์ (SD = 0.96) และจากการตรวจภายในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีเยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้ง และเป็นฝ้าขาวที่ลิ้น จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 26.90) ทั้งนี้จากผลการเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคและการรักษา และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของโรคและการรักษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม (ร้อยละ)	χ^2/t
	(n = 26) จำนวน	(n = 26) จำนวน		
การวินิจฉัยโรคมะเร็ง				
ปอด	0	1	1 (1.90)	^c 0.37 ^{ns}
ปากมดลูก	2	4	6 (11.50)	
เม็ดเลือด/กระดูก	2	4	6 (11.50)	
ทางเดินอาหาร	5	2	7 (13.50)	
เต้านม	8	7	15 (28.80)	
ศีรษะและลำคอ	9	8	17 (32.70)	

*Independent t-test, ^aFisher's Exact Test, ^bContinuity Correction, ^cPearson Chi-Square,

ns = non significance

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม (ร้อยละ)	χ^2/t
	(n = 26)	(n = 26)		
	จำนวน	จำนวน		
ระยะของโรค				^c 0.38 ^{ns}
1	3	4	7 (13.50)	
2	17	16	33 (63.50)	
3	3	5	8 (15.40)	
ไม่ทราบ	3	1	4 (7.70)	
ตำแหน่งที่ฉายรังสี				^c 0.48 ^{ns}
รักแร้	0	2	2 (3.80)	
อู่เชิงกราน	2	3	5 (9.60)	
ทรวงอก	2	3	5 (9.60)	
ศีรษะ	2	7	9 (17.30)	
ช่องท้อง	5	2	7 (13.50)	
เต้านม	6	2	8 (15.40)	
ช่องปากและลำคอ	9	9	18 (34.60)	
จำนวนที่รับรังสีรักษา (ครั้ง) (M = 12.23, SD = 6.23)				[*] 0.02 ^{ns}
2 - 10	7	11	18 (34.60)	
10 - 15	10	8	18 (34.60)	
16 - 20	6	6	12 (23.10)	
20 - 26	3	1	4 (7.70)	
ปริมาณรังสีที่ได้รับ/ครั้ง (เซนติเกรย์) (M = 710.06, SD = 422.97)				[*] 0.41 ^{ns}
140 - 400	6	8	14 (26.90)	
401 - 800	11	10	21 (40.40)	
801 - 1,200	6	5	11 (21.20)	
1,201 - 1,820	3	3	6 (11.50)	

^{*} Independent t-test, ^aFisher's Exact Test, ^bContinuity Correction, ^cPearson Chi-Square,

ns = non significance

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม (ร้อยละ)	χ^2/t
	(n = 26)	(n = 26)		
	จำนวน	จำนวน		
ระดับฮีโมโกลบิน (gm %) (M = 13.24, SD = 3.97)				*0.57 ^{ns}
8.1 - 10.0 (ซีดปานกลาง)	4	3	7 (13.50)	
10.1 - 12.0 (ซีดเล็กน้อย)	14	14	28 (53.80)	
12.1 - 15.4 (ไม่ซีด)	8	9	17 (32.70)	
ปริมาณออกซิเจนในเลือด (%) (M = 99.15, SD = 0.96)				^c 0.37 ^{ns}
97	2	1	3 (5.80)	
98	3	7	10 (19.20)	
99	9	5	14 (26.90)	
100	12	13	25 (48.10)	
การตรวจรักษาที่ได้รับ				
ฟื้นฟู	1	3	4 (7.70)	^c 0.37 ^{ns}
การใช้ฟันปลอม	5	1	6 (11.50)	
เย็บช่องปากอักเสบ	8	6	14 (26.90)	
ปากแห้ง	4	10	14 (26.90)	
ฝ้าขาวที่ลิ้น/เหงือกอักเสบ	8	6	14 (26.90)	

*Independent t-test, ^aFisher's Exact Test, ^bContinuity Correction, ^cPearson Chi-Square,

ns = non significance

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ก่อนทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ โดย Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า คะแนนความถี่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาก่อนและหลังให้การดูแลของทั้งสองกลุ่มมีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ โดยได้ค่าสถิติที่ไม่มีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ภาคผนวก ข ตาราง ข 1) และเมื่อทดสอบความแปรปรวน (test of homogeneity of variance) พบว่า ค่าคะแนนทั้งสองกลุ่มมีความแปรปรวนเท่ากัน (ภาคผนวก ข ตาราง ข 2) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3

ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ ($N = 52$)

อาการเหนื่อยล้า	คะแนนความเหนื่อยล้ารายด้าน								p - value
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	
ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง									
กลุ่มควบคุม	0	8	2.63	1.87	0	7	4.56	1.64	0.34
กลุ่มทดลอง	0	7	2.82	1.52	0	7	1.79	1.30	0.00
ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ									
กลุ่มควบคุม	0	10	8.55	1.24	0	9	8.92	0.94	0.33
กลุ่มทดลอง	0	10	8.07	2.77	0	10	8.05	2.19	0.00
ด้านความรู้สึกรู้สึก									
กลุ่มควบคุม	0	10	2.59	1.71	0	6	4.20	0.94	0.21
กลุ่มทดลอง	0	10	2.91	1.46	0	10	1.76	1.30	0.00
ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์									
กลุ่มควบคุม	0	8	1.56	1.33	0	7	2.67	1.26	0.12
กลุ่มทดลอง	0	8	1.71	1.26	0	6	1.02	0.91	0.00

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาโดยรวมภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.54$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ ($N = 52$)

กลุ่มตัวอย่าง	n	ความเหนื่อยล้าโดยรวม				d	t	p - value
		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
		M	SD	M	SD			
กลุ่มควบคุม	26	3.67	1.15	3.84	0.75	0.17	-1.07	.29
กลุ่มทดลอง	26	3.73	0.92	3.04	0.79	0.69	4.54	.00

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการ

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีดังนี้ 1) ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน โดยคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.64$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ โดยใช้สถิติทีอิสระ ($N = 52$)

กลุ่มตัวอย่าง	n	ความเหนื่อยล้าโดยรวม				d	t	p - value
		ควบคุม		ทดลอง				
		M	SD	M	SD			
ก่อนทดลอง	26	3.67	1.15	3.73	0.92	0.06	-0.19	.85
หลังทดลอง	26	3.84	0.75	3.04	0.79	0.80	-4.64	.00

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการทดสอบผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจะนำเสนอการอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.50) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสถาบันแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2555) ที่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 60.33) เช่นเดียวกับการศึกษาของจิราภรณ์ (2551) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68) และพบมากในกลุ่มอายุ 50-69 ปี (ร้อยละ 53.90) ใกล้เคียงกับการศึกษาของประภาพร (2553) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 41-59 ปี (ร้อยละ 59.80) ทั้งนี้เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาหลายปีก่อนจะแสดงอาการและเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สำหรับด้านการศึกษาพบว่า กึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งคนไทยในช่วงอายุดังกล่าว ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาขั้นต้นในระดับประถมศึกษา โดยระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติการจัดการตนเอง ถึงแม้จะมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.80 ที่ไม่ได้รับการศึกษา แต่ก็พบว่า มีครอบครัวให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการฝึก

ทักษะการจัดการตนเอง และอ่านคู่มือให้ผู้ป่วยฟัง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากใช้บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 67.30) ซึ่งได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา (ร้อยละ 86.50) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอาชีพของผู้ป่วย คือทำธุรกิจส่วนตัวและค้าขายที่บ้านเป็นส่วนใหญ่

สำหรับโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.20) ซึ่งเป็นผลดีกับผู้ป่วย โดยความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งมักเกิดร่วมกับโรคต่าง ๆ (Piper, 2003) หากผู้ป่วยไม่มีโรคร่วมก็สามารถลดปัจจัยการเกิดความเหนื่อยล้าได้ทางหนึ่ง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเดินทางมารักษาไม่เกินหนึ่งชั่วโมง (ร้อยละ 67.30) เวลานอนหลับส่วนมากอยู่ระหว่าง 4-6 ชั่วโมง (ร้อยละ 57.70) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดที่ทำการศึกษ ส่วนน้อยที่อยู่ต่างจังหวัด แต่ก็ได้มาพักบ้านญาติ หรือบ้านเช่าใกล้ ๆ โรงพยาบาล ทำให้ใช้เวลาในการเดินทางมารักษาไม่มาก มีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ โดยการนอนหลับที่เพียงพอจะช่วยให้ร่างกายมีการเก็บสะสมพลังงานไว้ ทำให้รู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน และช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ทางหนึ่ง (Piper, 2003; Pritsanapanurungsie, 2000)

ในการศึกษาอาการข้างเคียงด้านโภชนาการ จากการได้รับรังสีรักษาในกลุ่มตัวอย่าง พบอาการเบื่ออาหารมากที่สุด (ร้อยละ 32.70) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจะมีอาการเบื่ออาหาร โดยความรุนแรงจะมากขึ้นตามระยะเวลาการได้รับรังสี (ชวนพิศ, 2547) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ยังพบความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 51.90) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสัปดาห์แรกของการรักษา ยังได้รับปริมาณรังสีไม่มาก ประกอบกับระบบการพยาบาลปกติจากพยาบาลประจำการ ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในเรื่องการรับประทานอาหารระหว่างการได้รับรังสีรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 59.60) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีวิถีจัดการอาการข้างเคียงโดยการไช้ยา (ร้อยละ 22.10) รองลงมาคือรับประทานอาหารอ่อน (ร้อยละ 21.10)

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยมะเร็งโดยทั่วไปในประเทศไทย กล่าวคือ เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษาที่พบบ่อยที่สุดคือ เบื่ออาหาร อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในเรื่องการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้จึงอาจไม่ได้รับผลกระทบจากความลำเอียงที่เกิดขึ้นจากการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (selection bias) ทั้งนี้จากการได้เปรียบเทียบความแตกต่างในลักษณะประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาเดินทาง การนอนหลับ อาการข้างเคียงด้านโภชนาการ และดัชนีมวลกาย พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคของกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่ม พบว่า เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอมากที่สุด (ร้อยละ 32.70) รองลงมาคือมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 28.80) และส่วนมากอยู่ในระยะที่ 2 (ร้อยละ 63.50) สอดคล้องกับสถิติทะเบียนมะเร็ง ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี (2552) ที่พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งช่องปากมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย และมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง โดยพบในระยะที่ 2 เป็นส่วนใหญ่ ใกล้เคียงกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ สาธารณสุข (2555) ที่พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งกระจายออกไปบริเวณใกล้เคียงกับอวัยวะที่กำเนิดมะเร็งหรือต่อมน้ำเหลือง (วงจันทร์, 2554; สุวรรณิและคณะ, 2555) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและเข้ารับการรักษา

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับรังสีรักษา โดยปริมาณรังสีก่อนการทดลอง อยู่ในช่วง 401-800 เซนติเกรย์ (ร้อยละ 40.40) รับรังสีน้อยกว่า 15 ครั้ง (ร้อยละ 34.60) โดยยังอยู่ในสัปดาห์ที่ 1-2 ของการรักษา และเมื่อพิจารณาระดับฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า โดยภาวะซีดในผู้ป่วยมะเร็งจะเกี่ยวข้องกับจำนวนเม็ดเลือดแดงที่ลดน้อยลง ทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และทำให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา (Piper, 1991) พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะซีดเล็กน้อย โดยระดับฮีโมโกลบินอยู่ระหว่าง 10.1-12.0 gm% (ร้อยละ 53.80) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซีดจากผลของรังสีรักษา เริ่มจากสัปดาห์แรกและจะมากขึ้นตามปริมาณรังสีที่ได้รับ อันส่งผลต่ออาการเหนื่อยล้า (จิราภรณ์, 2551) และเมื่อตรวจวัดความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าปกติ โดยระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ที่ 100 % (ร้อยละ 48.10)

ในส่วนของอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา ที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ประเมินโดยการตรวจภายในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้ง และเป็นฝ้าขาวที่ลิ้น (ร้อยละ 26.90) ซึ่งเป็นปัญหาโภชนาการที่เกิดจากผลของรังสีรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ (2554) ที่พบว่า การฉายรังสีทำให้เกิดอาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาและปริมาณรังสีที่ได้รับ โดยเฉพาะการฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ จะเกิดอันตรายโดยตรงต่อเนื้อเยื่อต่อมน้ำลาย ทำให้มีอาการปากแห้ง ส่วนประกอบของน้ำลายเปลี่ยนแปลงไป มีความเหนียวข้นและมีฤทธิ์เป็นกรด ทำให้รู้สึกเจ็บในปากและคอ เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง (สุชาติพิย์, 2549; ประภาพร, 2553)

ดังนั้น อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณลักษณะของข้อมูลด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับผู้ป่วยมะเร็งโดยทั่วไป กล่าวคือ เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอ และพบในระยะที่ 2 เป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังพบอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา คือ เยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้ง และเป็นฝ้าขาวที่ลิ้น ทั้งนี้จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งด้านชนิดมะเร็ง ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ได้รับรังสีรักษา ปริมาณรังสี ระดับฮีโมโกลบิน และอาการข้างเคียงที่พบจากการตรวจช่องปาก พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติพบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 4) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาคนที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตาราง 5) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการสามารถลดความเหนื่อยล้าได้ดีกว่าการพยาบาลปกติ ซึ่งผลที่เกิดขึ้นไม่ได้ถูกรบกวนจากคุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและคะแนนความเหนื่อยล้าก่อนการทดลอง แต่เกิดจากอิทธิพลของการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสามารถอภิปรายผลดังกล่าวได้ตามประเด็นต่อไปนี้

ประเด็นแรก อาจเป็นผลมาจากรูปแบบการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยมีจุดเน้นที่การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้สิ่งสำคัญในการควบคุมโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง (Creer, 2000) จุดเด่นของโปรแกรมได้เน้นการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยการสร้างแรงจูงใจและเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของตนเองให้ดีขึ้น 2) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ เนื่องจากได้มีการทำพันธสัญญากับตัวเองที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม 3) การลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค โดยเป็นการลงมือกระทำเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอิสระในการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ 4) การติดตามประเมินผลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการตนเองให้เหมาะสม ซึ่งเป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงการปฏิบัติของตนเองที่ผ่านมา ช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถวางแผนในการจัดการตนเองให้ถึงเป้าหมายต่อไปได้ และ 5) การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเอาใจใส่ และเกิดความมุ่งมั่นในการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้การปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองตามขั้นตอนดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดการเรียนรู้วิธีปฏิบัติ (ทัศนีย์, 2555) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย (อาลิตา, 2556) เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งเพิ่มปริมาณออกซิเจนในการหล่อเลี้ยงเซลล์ร่างกาย (Piper, 2003) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดความเหนื่อยล้าได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การจัดการกับอาการโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เพียงพอ ทำให้สามารถลดความเหนื่อยล้า และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ (Brown et al., 2010)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพโดยพูดคุยกับผู้ป่วยพร้อมครอบครัวอย่างเป็นมิตร ทำให้เกิดการยอมรับและไว้วางใจในตัวผู้วิจัย (Berg & Danielson, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการยอมรับในตัวพยาบาลจนมีความไว้วางใจกล้าที่จะซักถามข้อมูล (พิมพ์ประพรรณ, 2550) ทั้งนี้การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นการให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการ และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะซักถามและเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้วิจัยทราบถึงปัญหาอย่างแท้จริง ช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ และเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคให้ถึงเป้าหมาย

โปรแกรมดังกล่าวยังช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ โดยการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคที่ผ่านมาของตนเอง และใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับปริมาณอาหารและความถี่ที่ควรรับประทานในแต่ละมื้อ และยังหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารตามความเชื่อ เช่น งดเนื้อวัว ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สะท้อนว่า ตนเองรับรู้และเข้าใจว่าการรับประทานอาหารให้มีปริมาณเพียงพอ เป็นสิ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย และพยายามปฏิบัติ แต่หลังได้รับรังสีจะเริ่มรู้สึกเบื่ออาหาร เห็นแล้วมีอาการคลื่นไส้อยากจะอาเจียน อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการสะท้อนปัญหาดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาที่แท้จริงของตนเอง ทำให้ร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาได้ (Creer, 2000) นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคไปในทางที่ดีขึ้น ช่วยให้การปฏิบัติการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหามาตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านได้ ซึ่งการสอนทักษะในการแก้ปัญหาคือเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่การมีทักษะในการตัดสินใจ (Embrey, 2006) ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ

ธิดารัตน์ (2555) ได้ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีลักษณะการเผชิญโรคและผลกระทบจากการรักษาใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ โดยกิจกรรมในโปรแกรมได้มีการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ผลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีอาการไม่สุขสบายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังได้มีการให้ความรู้ในรูปแบบของการสอนแบบกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน ซึ่งเป็นกระบวนการสอนที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสแสดงความคิดเห็น และเกิดการเรียนรู้อย่างทั่วถึง (สุพรรณิภา, 2556) เป็นการนำผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพเช่นเดียวกันมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้การปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพจากสมาชิกอื่นในกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ รวมทั้งให้การสนับสนุนและให้กำลังใจสมาชิกกลุ่ม การให้ความรู้ประกอบด้วยการรักษามะเร็งด้วยรังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสีรักษาที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ วิธีการจัดการอาการข้างเคียง หลักโภชนาการที่เหมาะสม รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้า ดังนั้นถ้าหากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาที่เหมาะสม ย่อมช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของตนเอง อันจะนำไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการตนเองที่ดี และเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม (Bodenheimer et al., 2002; Embrey, 2006) ทั้งนี้ความรู้เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคไปในทางที่ดีขึ้น (วัฒนพล, 2555)

สำหรับการให้ความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยได้ใช้สื่อในการให้ความรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Spier, Costantio, & Fawcett, 2000) ได้แก่ การนำเสนอภาพนิ่งที่มีรูปภาพอาหารมีสีชัดเจน ตัวเลขแสดงปริมาณความถี่ในการบริโภคอาหาร มีคำบรรยายที่มีขนาดใหญ่ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่เป็นทางการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น สามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีการแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปอ่านทบทวนที่บ้านไว้เตือนความจำ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องมีสื่อ หรือการแจกคู่มือประกอบการให้ความรู้ จึงสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น (อารยา, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของอภันตรี (2544) ที่ทำการศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยพยาบาลจะให้ความรู้และให้ข้อมูลเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการฉายรังสี ร่วมกับการ

แจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยอีกหลายเรื่องที่น่าสนับสนุนว่า การนำคู่มือมาใช้ใน โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และส่งผลให้มีความเหนื่อยล้าลดลง (จิรภรณ์, 2551; วัชรวรรณ, 2548; สวนีย์, 2554)

นอกจากนี้ ในโปรแกรมยังมีสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านบริโภคนิสัย อันเป็นการส่งเสริมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย จะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างกระฉับกระเฉง และมีความกระตือรือร้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถึงเป้าหมายได้ (คูสิต, 2549) โดยข้อมูลที่ได้จากการบันทึกจะทำให้ผู้ป่วยทราบผลการปฏิบัติของตนเอง และมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือแผนการปฏิบัติที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีการพัฒนาการบริโภคที่ดีขึ้น อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าลดลง (Brown et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (ศิริลักษณ์, 2556) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับสมุดบันทึกไว้สำหรับบันทึกการจัดการตนเองด้านบริโภคนิสัยที่บ้าน หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และยังคงสอดคล้องกับผลการศึกษาของวัชรวรรณ (2548) ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งใน โปรแกรมมีการแจกแบบบันทึกการจัดการตนเองด้วยการบริหารกายจิต พบว่า หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนทำการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษานี้แม้จะมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองบางอย่างอาจทำได้ยาก แต่ผู้ป่วยก็มีญาติหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งตลอดโปรแกรมส่วนใหญ่พบว่า จะมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ปรับเปลี่ยนเมนูให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติที่เลือกไว้ คอยให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการบริโภคและแผนการจัดการอาการข้างเคียง รวมถึงช่วยจดบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง ทั้งนี้มีญาติหรือผู้ดูแลที่ช่วยเหลือในการจดบันทึกข้อมูลถึง 19 ราย ส่วนอีก 7 ราย สามารถจดบันทึกได้ด้วยตนเอง โดยพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม มีส่วนในการช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการจัดการตนเอง รวมถึงการเสริมแรง การให้กำลังใจ ผู้ป่วยให้มีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการตนเองให้เป็นผลสำเร็จ (Embrey, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของพิบูล ศิริรัตน์ และทัศนยา (2551) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

กว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ในการศึกษายังพบว่า มีผู้ป่วยที่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนจำนวน 8 ราย เพราะไม่มีเวลา ต้องทำกิจกรรมอื่นด้วยในแต่ละวัน อาจเนื่องมาจากขาดความตระหนักในการบันทึก แต่ก็พบว่า ผู้ป่วยยังมีการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองต่อเนื่องตลอดทั้งโปรแกรม

นอกจากนี้ ผลของโปรแกรมอีกส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง ซึ่งการกำหนดเป้าหมายนี้จะช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกถึงข้อผูกพันกับตนเอง มีแนวทางที่เป็นรูปธรรมที่ทำให้เห็นว่าจะบรรลุเป้าหมายได้ต้องเกิดความพยายามของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีส่วนในการจัดการกับโรคของตนเอง (Creer, 2000) ทั้งนี้จากการร่วมกันกำหนดเป้าหมายระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย พบว่า เป้าหมายที่ผู้ป่วยเลือกกำหนดมากที่สุดคือ เพิ่มการบริโภคอาหาร 5 หมู่ และเป้าหมายในการลดอาการข้างเคียงด้านโภชนาการที่เกิดขึ้นได้แก่ ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรสเปลี่ยนแปลง ปากแห้งและเจ็บปาก หลังจากนั้นให้เลือกแผนปฏิบัติและระบุความมั่นใจของตนเองในการปฏิบัติกรบริโภคให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ถ้าประเมินแล้วผู้ป่วยรายใดมีคะแนนน้อยกว่า 7 ผู้วิจัยและผู้ป่วยก็จะร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาปรับเปลี่ยนเป้าหมายใหม่ที่ยั่งยืนจนมีระดับความมั่นใจเท่ากับ 7 ขึ้นไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกรบริโภคให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ และให้บันทึกลงสมุดบันทึกการจัดการตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเป็นรายสัปดาห์ ซึ่งการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจว่าเป้าหมายจะสำเร็จในไม่ช้า (Bodenheimer & Handley, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของวอลเลซและคณะ (Wallace et al., 2009) ที่พบว่า การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยและเพิ่มระดับความมั่นใจ เช่นเดียวกับการศึกษาสิริลักษณ์ (2556) พบว่า การตั้งเป้าหมายและการตรวจสอบตนเองทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานของวัฒนะ (Wattana, 2006) ซึ่งในโปรแกรมมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวาน พร้อมระบุพฤติกรรมที่ตั้งใจจะปรับเปลี่ยนให้บรรลุเป้าหมาย ผลพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ประเด็นสุดท้ายที่ช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วย คือ การติดตามกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยวิธีการโทรศัพท์ติดตามทุกสัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่ง่าย สะดวก ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจและเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในโปรแกรมสม่ำเสมอ (Kimman et al., 2010) ซึ่งจากการติดตามและกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่สะท้อนว่า รู้สึกประทับใจที่มีผู้โทรศัพท์มาสอบถาม ให้ความรู้ คำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารและ

จัดการปัญหาด้านโภชนาการขณะรับรังสีรักษา สามารถสอบถามข้อสงสัยได้ทุกสัปดาห์ รับรู้ถึงความเอาใจใส่ดูแล ทำให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งโปรแกรม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสวนีย์ (2554) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยมีการโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลง และมีความผาสุกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในการศึกษานี้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติจัดการตนเองด้านการบริโภคอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้มีภาวะโภชนาการดีขึ้น อันส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเหนื่อยล้าลดลง ซึ่งแตกต่างจากการให้การพยาบาลตามปกติ ที่มีข้อจำกัดในการให้ข้อมูล เช่น สถานที่ไม่มีความเป็นส่วนตัว สังเกตได้ว่าขณะพยาบาลให้ความรู้จะมีผู้คนเดินพลุกพล่าน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการรับฟังคำแนะนำ อีกทั้งไม่มีสื่อประกอบการให้ความรู้ที่จะช่วยเพิ่มทักษะให้เข้าใจได้ง่าย พร้อมกันนี้ยังต้องปฏิบัติกิจกรรมภายใต้เวลาที่จำกัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ไม่เต็มที่ อีกทั้งการพยาบาลปกติยังไม่มียุทธศาสตร์ฝึกทักษะผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ขาดการแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคที่จริงจังแบบชัดเจน รวมถึงยังไม่มีการติดตามการปฏิบัติการบริโภคอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้หากพิจารณาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของคริสท์แมน โอคเลย์ และโครนิน (Cristman, Oakley, & Cronin, 2001) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายแสงจะเกิดความเหนื่อยล้าเริ่มตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังได้รับรังสี โดยจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามปริมาณรังสีที่ได้รับ และคงอยู่ระดับสูงจนถึงสัปดาห์ที่ 5 แต่ในการศึกษานี้กลับพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าในสัปดาห์ที่ 5 ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองเปรียบเทียบกับการศึกษาของสวนีย์ (2554) ซึ่งพบว่ามีคะแนนความเหนื่อยล้าก่อนการทดลองต่ำกว่าการศึกษาในครั้งนี้ และมีกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อลดความเหนื่อยล้า ได้แก่ โภชนาการ การเดินรำเต๋าเต๋อซันซี และการส่งเสริมการนอนหลับ ซึ่งต้องผสมผสานหลายมิติร่วมกันเพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แต่ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเหนื่อยล้าก่อนการทดลองที่สูงกว่าการศึกษาดังกล่าว และได้ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อลดความเหนื่อยล้าเฉพาะมิติโภชนาการ ผลพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน่าจะแสดงถึงประสิทธิภาพที่สูงกว่าของโปรแกรมในการลดความเหนื่อยล้าที่ได้พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษานี้จะมีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ซึ่งได้ลดลงเพียงเล็กน้อย

(ตาราง 4-5) จึงอาจทำให้ไม่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอันเป็นผลจากความเหนื่อยล้าที่ลดลงจากการทดลองในการวิจัยนี้

ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่พัฒนามาจากรูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานของวัตตะนะ (Wattana, 2006) ตามแนวคิดของเครียร์ (Creer, 2000) ซึ่งมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้พบว่ารูปแบบการจัดการตนเองดังกล่าว ต้องมีชุดกิจกรรมในโปรแกรมที่เป็นขั้นตอนและมีรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาสามารถปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองตามขั้นตอนที่ได้ออกแบบได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมโภชนาการตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้นกว่าเดิม อันส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีความเหนื่อยล้าลดลง ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษามากมายที่ได้ยืนยันผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ อันได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน (กรสินันท์, 2553; ทศนีย์, 2556; พัชรี, 2554; รัชวรณ, 2550; Wattana, 2006) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (จารุณี, 2555; สุภัสสร, 2551) ผู้ป่วยเอดส์ (ฐานิชญาณ์, 2553) ผู้ป่วยมะเร็ง (สวนีย์, 2554) ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อรัญญา, 2551) และผู้ป่วยหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง (รัตนภรณ์, 2554) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การวัดผลลัพธ์ทางคลินิกจากการนำโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ไปทดสอบซ้ำหรือนำไปใช้จริงในประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อติดตามผลในระยะยาว จึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการวิจัยต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับรังสีรักษา ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 ราย ที่มารับบริการแผนกรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งแห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 ราย ได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลอง 26 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย คู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง และสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และแบบวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับรังสีรักษา หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าที่ระดับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยหาค่าแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติไคสแควร์แบบฟิชเชอร์ (Fisher's exact-test) และสถิติที

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับรังสีรักษาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.54, p < .001$)

2. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.64, p < .001$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในขั้นตอนการทดลอง ไม่สามารถทำกิจกรรมในกลุ่มใหญ่พร้อมกันได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีช่วงเวลานัดมาฉายรังสีแตกต่างกัน ทำให้เดินทางมารับบริการไม่พร้อมกัน ผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน ตามช่วงเวลาของผู้ป่วยสะดวก อีกทั้งมีผู้ป่วยบางรายที่สิ้นสุดการรักษาก่อนวันประเมินผลการทดลอง ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางมาประเมินผล ซึ่งอาจมีผลต่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยใช้วิธีโทรศัพท์ติดตามประเมินผลในรายที่สิ้นสุดการรักษาก่อนวันประเมินผลการทดลอง

2. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการศึกษานี้ มีข้อจำกัดในพื้นที่ที่ระบบการสื่อสารทางโทรศัพท์ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยบางรายขณะอยู่ที่บ้านได้ในบางสัปดาห์ ซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองที่ไม่ต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยการมาพบผู้ป่วยที่โรงพยาบาลในช่วงเวลาที่มาฉายรังสี

3. การศึกษานี้ผู้ป่วยมีระดับคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทางคลินิก จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าระดับสูงได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลสามารถเรียนรู้ขั้นตอนต่าง ๆ ในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการครั้งนี้ และนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวมีขั้นตอนการจัดการตนเอง ที่มีจุดเน้นอยู่ที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อพฤติกรรม

บริโภคของตนเอง สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติต่อไป

2. การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ที่ได้มีการใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย มีการยกตัวอย่างอาหารด้วยภาพประกอบที่ชัดเจน มีคู่มือสำหรับผู้ป่วยไปศึกษาต่อที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถทบทวนความรู้ได้ตามต้องการ ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง

3. การจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว ได้สะท้อนถึงปัญหาอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการ เช่น ปัญหาด้านจิตใจหรืออารมณ์ ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาทางสังคม หรือเหตุการณ์อื่น ๆ เป็นต้น เพื่อการรับทราบปัญหาอย่างครอบคลุม สามารถตั้งศักยภาพมาใช้ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล นำไปสู่การเกิดประสิทธิผลของโปรแกรม

4. การส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ ควรเริ่มตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังได้รับการรังสีรักษา เนื่องจากผู้ป่วยยังได้รับปริมาณรังสีไม่มาก สามารถรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ ซึ่งจะช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารการพยาบาล ได้นำผลในการศึกษามาใช้ในการวางแผน เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรได้นำแนวคิดการส่งเสริมจัดการตนเอง มาช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

2. ควรมีนโยบายจัดอบรมเกี่ยวกับกลวิธีส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการ แก่เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสุขภาพ เน้นการบริการแบบองค์รวม ส่งเสริมความมีคุณค่า ศักยภาพ และความรับผิดชอบต่อตนเอง ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง และส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วม เพื่อการพยาบาลที่ดีคุณภาพดียิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่ได้พัฒนาขึ้นในครั้งต่อไป รวมทั้งควรติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยขยายระยะเวลาติดตามผลหลังเสร็จสิ้น โปรแกรม 1 เดือน หรือ 2 เดือน ตามความเหมาะสม เพื่อทดสอบผลของ

โปรแกรมเมื่อผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากรังสีในปริมาณที่สูงขึ้น และเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเอง

2. ควรนำขั้นตอนต่าง ๆ ในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ทดสอบผลในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เนื่องจากสามารถปฏิบัติได้ง่าย ประหยัดต้นทุน เห็นผลอย่างต่อเนื่องและชัดเจน นอกจากนี้อาจศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น ความผาสุก คุณภาพชีวิต หรือภาวะโภชนาการ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กมล ไชยสิทธิ์. ดวงสมร ทิจะทรัพย์, พัชราณี ภาวัตกุล, และศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2552). *โภชนบำบัดในผู้ป่วยมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: เน็กซ์เตปส์ดีไซน์.
- กรศินันท์ เลิศสกุลจินดา. (2553). *ผลการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- กัลยาณี บุญสิน, จงจิตร ตริตสาธุช, บุญศรี เจริญมาก. (2551). ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26, 519-525.
- จารุณี ปลายยอด. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองน้ำหนักตัวและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 18, 223-236.
- จิราภรณ์ บุตรทอง. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับโยคะต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุฬารักษ์ คำพานุชย์. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองอาการหายใจลำบากสมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ฉลาด แสงอาทิตย์. (2547). *ความเข้มแข็ง อคติ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ��ชมน์ ดำรงค์ธรรม. (2550). *การพัฒนาแนวทางการประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. โครงการใช้ผลงานวิจัย สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์. (2547). *เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ฐานิชญาณ์ หาญณรงค์. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ทัศนีย์ ชันทอง. (2556). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28, 85-97.
- คุณิต ขาวเหลือง. (2551). *การบูรณาการใช้สื่อประสมและสื่อหลายมิติเพื่อการสอนและการเรียนรู้*. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 18, 29-44.
- ชนากรณ์ แก้วยก. (2554). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบาก และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเล็กน้อย*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29, 35-39.
- ธิดารัตน์ หนัชชัย. (2555). *ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ธิดิภรณ์ ยอเสน. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เบญจมาศ ถาดแสง. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปริยา รอดปรีชา, และยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์. (2548). *การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเจริญผิดปกติของเซลล์*. ในคณาจารย์สถาบันบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 155-254). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์ การพิมพ์จำกัด.
- ประภาพร สูงชนศิริ. (2553). *ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ศูนย์มะเร็งอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ เพื่อสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- พิกุล ติตามาส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทัศนาศูร วรรณะปกรณ์. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *พยาบาลสาร*, 35, 72-83.
- พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร. (2551). *พื้นฐานทางรังสีรักษา*. กรุงเทพฯ: อ้วนน้ำพรินต์.
- พัชรี อ่างบุญตา. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง. (2548). *อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บริยะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พิมพ์ประพรรณ สถาพรพัฒน์. (2550). การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของใจ: Primary nurse for holistic care. *วารสารพยาบาลสวนดอก*, 13, 56-58.
- เพียงใจ คาโลปการ. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2552). *กินอย่างไรเมื่อเป็นมะเร็ง*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด.
- ภัทรจิตร บวรสมบัติ. (2547). มะเร็งศีรษะและคอ: การจัดการภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 22, 8-13.
- บุคล จันทเลิศ, สุญานี พงษ์ชนานิก, และธีรยุทธ นัมคณิศรณ. การประยุกต์ใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดนนทบุรี. *วารสารโภชนบำบัด*, 20, 51-58.
- รัชวรรณ คู่แก้ว. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- รัตนภรณ์ แซ่ลิ้ม. (2554). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- วราภรณ์ ดีเสียง. (2549). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วัชรวรรณ จันทรอินทร์. (2548). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงก์ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วัฒนพล ดิ่งชูกุล. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วันทนีย์ ดวงแก้ว. (2554). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. นราธิวาสราชนครินทร์วารสาร, 3, 1-14.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (บรรณาธิการ). (2552). โภชนาการและโภชนบำบัด เล่ม 2. สงขลา: ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศศิธร ศรีสุขศิริพันธ์. (2550). ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริลักษณ์ น้อยปาน. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรกุล. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สถิติทะเบียนมะเร็ง, โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. (2552). วันที่ค้นข้อมูล 2 มีนาคม 2556, ค้นจาก <http://www.suratcancer.go.th/cancerregistry>.
- สถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กรมการแพทย์ สาธารณสุข. (2555). วันที่ค้นข้อมูล 2 มีนาคม 2556, ค้นจาก <http://www.m-society.go.th>

- สวนีย์ บำรุงสุข. (2554). *ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติสาธารณสุข*. วันที่ค้นข้อมูล 10 ธันวาคม 2556, ค้นจาก <http://medinfo2.psu.ac.th/medrec/status.html>
- สายไหม คุ่มวิจิตร. (2547). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, กรุงเทพมหานคร.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2548). *การให้คำปรึกษาเชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างได้รับรังสีรักษา*. ปริญญาโท สาขาการศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- สุทธิลักษณ์ จันทะวัง. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุชาติพิศ อุปลาบัติ. (2549). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฉายรังสี (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. เชียงใหม่: เพ็ญฟ้าการพิมพ์.
- สุพรรณิภา สายทองเย็น. (2556). *การศึกษาวิธีจัดการเรียนการสอนแบบการอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อส่งเสริมการคิดเชิงเหตุผลของนักศึกษาสาขาวิชาการศึกษาศาสตร์ ชั้นปีที่ 2*. วารสารศึกษาศาสตร์, 35, 56-78.
- สุภัทสร ชมพู. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (บรรณาธิการ). (2554). *การพยาบาลองค์กรรวม: กรณีศึกษาการพยาบาลองค์กรรวมผู้ป่วยมะเร็ง การพยาบาลองค์กรรวมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. นนทบุรี: ธนาเพรส จำกัด.
- สุวรรณณี สิริเลิศระกุล, สุวดีกษณ์ วงศ์จรโรจน์, ประไพ อริยประยูร, และแมนมนนา จิระจรัส. (บรรณาธิการ). (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สมุทรปราการ: สันทวิกิจ พรินต์ติ้ง.
- โสภณ เรืองศิษฐ์, และภัทรพิมพ์ สรรพวิวงศ์. (2552). *ภาวะเบื่ออาหารและน้ำหนักลดในผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลานครินทร์วารสาร, 27, 503-508.

- อนุ อิศระพานิช. (2548). *ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและการได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อภิรดี ลดาจารย์. (2547). *การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อภันตรี กองทอง. (2544). *ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อรัญญา ชิดชอบ. (2551). *การจัดการตนเองกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อารยา ภัคดีศรี. (2553). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- อาลิตา เส้นขาว. (2556). *กินด้านป่วย อาหารด้านโรค*. กรุงเทพมหานคร: คลื่นอักษรการพิมพ์.
- Astars, J. (1987). Fatigue in the cancer patient: A conceptual approach to clinical problem. *Oncology Nursing Forum*, 14, 25-30.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients and nurses experiences of the caring relationship in hospital: An aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 500 -506.
- Berger, A., & Higginbotham, P. (2000). Correlates of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 27, 1443-1448.
- Beaver, M. E. (2001). Prediction of weigh loss during radiation therapy. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 125, 645-815.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, & Grumbach, K. (2002). Patient self management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2469-2475.

- Bodenheimer, T., & Handley, M. A. (2009). Goal-setting for behavior change in primary care: An exploration and status report. *Patient Education and Counseling, 76*, 174-180.
- Brown, J. K. Byer, T., Doyle., Coorneya, K. S., Demark-Wahne fried, W., & Koshi, L. H. (2010). Nutrition and physical activity during and after cancer treatment. *An American Cancer Society Guide for Informed Choice, 53*, 268-291.
- Carpenito, L. J. (1997). *Nursing diagnosis: A polication to clinical practice*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Chrisman, N. J., Oakley, M. G., & Cronin, S.N. (2001). Developing and using preparatory information for woman undergoing radiation therapy for cervical or uterine cancer. *Oncology Nursing Forum, 28* , 93-97.
- Coates, V. E., & Boore, J. R. P. (1995). Self-management of chronic illness implication for nursing. *International Journal of Nursing Studies, 32*, 628-640.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Bockaert, O. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-649). San Diego; CA: Academic Press.
- Curtin, R. B., Mapes, D. I. (2001). Health care management strategies of long-term dialysis survivors. *Nephrology Nursing Journal, 28*, 385-392.
- Deaton, C. (2000). Outcome measurement. *Cardiovascular Nursing, 14*, 116-118.
- Doyle, C., Kushi, L. H., Byers, T., Courneya, K. S., Demark-Wahnefried, W., & Grant, B. (2006). Nutrition and Physical Activity During and After Cancer Treatment: *An American Cancer Society Guide for Informed Choices, 56*, 323-353.
- Elliott, L., Groer, M., MacMorran, P., & Perkey, P. (2001). Behavioral disorders. In M.W. Groer (Ed.), *Advanced pathophysiology: Application to clinical practice* (pp. 57-99). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Embrey, N. (2006). A concept analysis of self-management in long term conditions. *British Journal of Neuroscience Nursing, 2*, 507-513.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Dean, G. E., Funk, F., & Ly, J. (1996). "Bone tired" : The experience of fatigue and its impact on fatigue of life. *Oncology Nursing Forum, 23*, 1539-1547.

- Friedberg, F., & Jason, L. A. (1998). *Understanding chronic fatigue syndrome: An empirical guide to assessment and treatment*. Washington, DC: Braun-Brumfield.
- Hart, L., Freel, M., & Milde, F. (1990). Fatigue. *Nursing Clinical of North America*, 25, 967-976.
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. (2008). *JBI level of evidence*. Retrieved January 9, 2009, from [http://www. Joannabriggs.edu.au/pubs/ approach.php](http://www.Joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php)
- Kanfer, F. H. (1991). Self-management Method. In helping people change: A textbook of methods. *New York: Pergamon*, 305-360.
- Kimman, M. L., Bloebaum, M. M., Dirksen, C. D., Houben, R. M., Lambin, P., & Boersma, L. J. (2010). Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer. *Biomed Central*, 10, 174.
- Meraviglia, M. G. (2002). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*, 17, 19-29.
- Mock, V. (2004). Evidence-based treatment for cancer- related fatigue. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 112-118.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The Revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in woman with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25, 677-684.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanism in cancer patients: Development nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, 14, 17-23.
- Piper, B. F. (1991). Alterations in energy: The sensation of fatigue. In S. B. Baird, R. McCorkle, & M. Grant (Eds.), *Cancer nursing: A comprehensive textbook* (pp. 894-908). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Piper, B. F. (2000). *The scoring instructions* (1 paragraph). Available E-mail: bpiper@unmc.edu.
- Piper, B. F. (2003). Fatigue. In V. C., Kohlman, A. M., Lindsey, & C. M. West (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing* (pp. 209-233). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Pongpipat, P. (2009). *Nutritional counseling intervention in cervical cancer patients undergoing chemoradiation*. (Unpublished Master's thesis). University of Mahidol, Bangkok.

- Pritsanapanurungsie, P. (2000). *Patterns of fatigue, related factors, and self-care action among breast cancer patient receiving chemotherapy*. (Unpublished master's thesis). University of Mahidol, Bangkok.
- Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue in patients with cancer and chronic obstruction airway disease: A phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 44-53.
- Ream, E., & Richardson, A. (1999). From theory to practice designing intervention to reduce fatigue in patient with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26, 1295-1303.
- Rhoten, D. (1982). Fatigue and the postsurgical patient. In C. M. Norris (Ed.), *Concept clarification in nursing* (pp. 277-300). Rockville, MD: Aspen.
- Richardson, A., Ream, E., & Willson, Barnett, J. (1998). Fatigue in patients receiving chemotherapy: Patients of changes. *Cancer Nursing*, 21, 17-30.
- Robergs, A. R. & Keteyian, J. S. (2003). *Fundamentals of exercise physiology: For fitness, performance, and health* (pp. 79-205). New York: McGraw-Hill.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57, 217-225.
- Spider, J. A., Costantino, M., & Fawcett, J. (2000). Video technique: Use in nursing research. *AAOHN Journal*, 48, 117-124.
- Varricchio, C. G. (1985). Selecting a tool for measuring fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 12, 122-127.
- Wallace, A. S., Seligman, H. K., Davis, T. C., Schillinger, D., Arnold, C. L., Bryant-Shilliday, B., et al. (2009). Literacy-appropriate educational materials and brief counseling improve diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 75, 328-333.
- Wattana, C. (2006). *Effect of the diabetes self-management program on knowledge of diabetes, glycemic control, cardiovascular risk, and quality of life among people with diabetes*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Chiangmai, Chaingmai.
- World Health Organization. (2013). *The World Health Report 2013*. Retrieved December 10, 2013, from [http:// www.who.int/healthinfo/statistics/mortestimates of deathly cause/en/](http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortestimates_of_deathly_cause/en/)

Woo, B., Dibble, S. L., Piper, B. F., Keating, S. B., & Weiss, M. C. (1998). Differences in fatigue by treatment methods in women with breast cancer. *Oncology Clinical Nutrition, 25*, 915-920.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของโคเฮน (Cohen, 1988)

การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) จากสูตร

$$\text{effect size} = \frac{X_C - X_E}{\sqrt{(SD_C^2 + SD_E^2)/2}}$$

จากการศึกษาของศิริลักษณ์ (2556) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง

$$\begin{aligned} \text{effect size} &= \frac{76.88 - 86.40}{\sqrt{(5.29^2 + 4.55^2)/2}} \\ &= \frac{-9.52}{4.93} \\ &= 1.93 \end{aligned}$$

ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.93 ซึ่งเป็นการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่มาก และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ .80 เมื่อเปิดตาราง โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 (Cohen, 1988) จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย

ภาคผนวก ข
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุม)

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการทำวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนียวแน่นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา” ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา และท่านจะได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลตามปกติ ดังนั้นการตัดสินใจของท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะเป็นสิทธิของท่าน และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ข้าพเจ้าใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 จะมีการนัดพบกับท่านอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 ท่านสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้โดยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อหากไม่ประสงค์ที่จะร่วมการวิจัยต่อ ส่วนชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านจะไม่ปรากฏในงานวิจัย และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับทุกประการ โดยจะมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมทั้งหมด

หากท่านมีข้อสงสัยในขั้นตอนการวิจัยหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล ท่านสามารถซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

.....
 (.....) (.....) (นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์)
 ผู้เข้าร่วมวิจัย พยาน ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง)

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้
ดำเนินการทำวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อย
ล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา” ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมภาวะ
โภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา และท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้าน
โภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา รวมทั้งฝึกการบันทึกลงสมุดบันทึกการจัดการ
ตนเองที่บ้าน ท่านจะได้รับสมุดบันทึก และคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อนำไป
ปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามทุก
สัปดาห์ เพื่อสอบถามผลการปฏิบัติและให้คำปรึกษาตามความต้องการ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วม
เป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ข้าพเจ้าใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง ครั้ง
แรกในสัปดาห์ที่ 1 และครั้งที่ 2 จะมีการนัดพบกับท่านอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 ท่านสามารถเข้าร่วม
กลุ่มได้โดยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อหากไม่ประสงค์ที่จะร่วมการวิจัยต่อ ซึ่งจะ
ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น ส่วนชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านจะไม่
ปรากฏในงานวิจัย และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับทุกประการ โดยจะมีการนำเสนอข้อมูลใน
ภาพรวมทั้งหมด

หากท่านมีข้อสงสัยในขั้นตอนการวิจัยหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล ท่านสามารถ
ซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

.....
(.....) (.....) (นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

พยาน

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 22 ข้อ
2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จำนวน 8 ข้อ
3. แบบวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และกรอกข้อความ
ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

วันที่สัมภาษณ์..... เลขที่แบบสอบถาม..... () กลุ่มควบคุม () กลุ่มทดลอง

1. เพศ () 1 ชาย () 2 หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา () 1 พุทธ () 2 คริสต์ () 3 อิสลาม
4. สถานภาพสมรส () 1 โสด () 2 คู่
() 3 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา () 1 ไม่ได้รับการศึกษา () 2 ประถมศึกษา
() 3 มัธยมศึกษาตอนต้น () 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
() 5 อนุปริญญา/ปวส. () 6 ปริญญาตรี
() 7 สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพหลักในปัจจุบัน () 1 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 2 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
() 3 เกษตรกรรม () 4 รับจ้าง
() 5 อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
() 1 ต่ำกว่า 5,000 บาท () 2 ระหว่าง 5,001-10,000 บาท
() 3 ระหว่าง 10,001-15,000 บาท () 4 ระหว่าง 15,001-20,000 บาท
() 5 ระหว่าง 20,001-25,000 บาท () 6 มากกว่า 25,000 บาท

8. สิทธิการรักษาพยาบาล () 1 เบิกได้ จากราชการ/รัฐวิสาหกิจ () 2 ประกันสังคม
 () 3 จ่ายค่ารักษาเอง () 4 บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 () 5 อื่น ๆ.....
9. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา () 1 ไม่มีปัญหา () 2 มีบ้างเล็กน้อย
 () 3 มีปานกลาง () 4 มีมาก
10. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นหรือไม่ () 1 ไม่มี
 () 2 มี ระบุ.....
11. ที่พักของท่านระหว่างการรักษา () 1 บ้านตนเอง () 2 บ้านของญาติพี่น้อง/คนสนิท
 () 3 บ้านเช่า () 4 อื่น ๆ.....
12. การเดินทางระหว่างการรักษา () 1 รถส่วนตัว () 2 รถประจำทาง
 () 3 เดิน () 4 อื่น ๆ.....
13. ระยะเวลาโดยประมาณที่ใช้ในการเดินทางไปกลับ () 1 น้อยกว่า 30 นาที
 () 2 ระหว่าง 30 นาที -1 ชั่วโมง
 () 3 ระหว่าง 1-2 ชั่วโมง
 () 4 ระหว่าง 2-3 ชั่วโมง
 () 5 ระหว่าง 3-4 ชั่วโมง
 () 6 มากกว่า 4 ชั่วโมง
14. ในเวลากลางคืนท่านนอนหลับประมาณกี่ชั่วโมง
 () 1 น้อยกว่า 4 ชั่วโมง () 2 ระหว่าง 4-6 ชั่วโมง
 () 3 ระหว่าง 6-8 ชั่วโมง () 4 มากกว่า 8 ชั่วโมง
15. ผู้ดูแลหลักของท่านขณะรับการรักษา () 1 คู่สมรส สามี/ภรรยา () 2 บุตร
 () 3 ญาติพี่น้อง/หลาน () 4 จ้างผู้ดูแล
 () 5 ไม่มีผู้ดูแล () 6 อื่น ๆ.....
16. น้ำหนักก่อนได้รับรังสีรักษา.....กิโลกรัม
17. น้ำหนักปัจจุบันของท่าน.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร (BMIสำหรับผู้วิจัย)
18. อาหารที่ท่านรับประทานส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวัน () 1 ข้าวแกง () 2 ก๋วยเตี๋ยว
 () 3 สลัด () 4 อื่น ๆ.....
19. จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน.....มื้อ/วัน ปริมาณ.....ทัพพี/มื้อ

20. อาการข้างเคียงด้านโภชนาการหลังได้รับรังสีรักษา

- () 1 คลื่นไส้ อาเจียน () 2 เบื่ออาหาร
 () 3 การรับรสชาติเปลี่ยนแปลง () 4 มีแผลในปาก
 () 5 ปากแห้ง () 6 ท้องเสีย
 () 7 อื่น ๆ.....

21. ระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงด้านโภชนาการที่เกิดขึ้น

- () 1 ไม่มีอาการ () 2 รุนแรงเล็กน้อย
 () 3 รุนแรงปานกลาง () 4 รุนแรงมาก

22. วิธีจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1 ใช้น้ำเย็น () 2 รับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารนิ่ม ๆ
 () 3 งดอาหารรสจัด () 4 ทำความสะอาดปากฟันบ่อย ๆ
 () 5 จิบน้ำบ่อย ๆ () 6 ทำจิตใจให้สงบ นั่งสมาธิ
 () 7 อื่น ๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. การวินิจฉัยโรค () 1 มะเร็งศีรษะและลำคอ () 2 มะเร็งปากมดลูก
() 3 มะเร็งเต้านม () 4 มะเร็งปอด
() 5 มะเร็งระบบทางเดินอาหาร (หลอดอาหาร, ตับ, ถุงน้ำดี)
() 6 อื่น ๆ
2. ระยะของโรค () 1 ระยะที่ 1 () 2 ระยะที่ 2 () 3 ระยะที่ 3
() 4 ระยะที่ 4 () 5 ไม่ทราบ
3. ชนิดของการรักษา () 1 รังสีรักษา () 2 รังสีรักษาร่วมกับการผ่าตัด
() 3 รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด
() 4 รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดและการผ่าตัด
() 5 อื่น ๆ
4. ตำแหน่งที่ได้รับการฉายรังสี () 1 ช่องปากและลำคอ () 2 ศีรษะ () 3 เต้านม
() 4 ทรวงอก () 5 ช่องท้อง () 6 อวัยวะสืบพันธุ์
() 7 อื่น ๆ
5. จำนวนครั้งที่มารับรังสีรักษา.....ครั้ง ปริมาณรังสีที่ได้รับ..... เซนติเกรย์/ครั้ง
6. ระดับฮีโมโกลบิน (Hb).....gm% ระดับฮีมาโตคริต (Hct).....% (ครั้งล่าสุด)
7. ปริมาณออกซิเจนในเลือด (O₂ sat).....% (ขณะเก็บข้อมูล)
8. การตรวจรักษาอาการต่าง ๆ ที่ได้รับ () 1 พินสุ () 2 การใช้พินปลอม
() 3 เชื้อบูช่องปากอักเสบ () 4 ปากแห้ง
() 5 อื่น ๆ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถาม โดยใช้เครื่องหมาย O วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้มากที่สุด โดย “0” หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย ตั้งแต่ “1” ขึ้นไป หมายถึง ความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงเลข “10”

ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง

1. ในขณะนี้ท่านรู้สึกทรมานจากอาการเหนื่อยล้ามากน้อยเพียงใด

ไม่รู้สึกทรมานเลย											รู้สึกทรมานมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถของท่านในการทำงานให้สำเร็จมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวนเลย											รบกวนมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

3. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถของท่านในการพบปะพูดคุย หรือมีกิจกรรมในสังคมร่วมกับเพื่อนฝูงมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวนเลย											รบกวนมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนเพศสัมพันธ์ของท่านมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวนเลย											รบกวนมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

5. โดยรวมแล้ว ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่ท่านประสบอยู่ในขณะนี้ รบกวนความสามารถของท่านในการเข้าร่วมสังคม กิจกรรมที่ท่านชอบมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวนเลย											รบกวนมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

6. อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้ มีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

ไม่รุนแรงเลย											รุนแรงมากที่สุด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

ด้านความเห็นหรือเจตคติ

กรุณาอธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร

- | | |
|--|---------------------------------|
| 7. เป็นสิ่งที่สนุกสนาน | เป็นสิ่งที่ไม่สนุกสนาน |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 8. เป็นสิ่งที่ยอมรับได้ | เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 9. เป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันร่างกายไม่ให้ทรุดโทรม | เป็นสิ่งที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรม |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 10. เป็นสิ่งที่ดี | เป็นสิ่งที่ไม่ดี |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |
| 11. เป็นสิ่งที่ปกติ | เป็นสิ่งที่ผิดปกติ |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |

ด้านความรู้สึก

12. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

แข็งแรง	อ่อนแอ
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

13. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

มีความตื่นตัว	ง่วงซึม
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

14. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

มีชีวิตชีวา	เหงาหงอย/ไม่กระตือรือร้น
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

15. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

สดชื่น	เหนื่อย
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

16. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

มีพลัง	หมดพลัง
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์

17. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

มีความอดทน

ไม่มีความอดทน

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

ผ่อนคลาย

ตึงเครียด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

ร่าเริง

ซึมเศร้า

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

สามารถรวบรวมสมาธิได้

ไม่สามารถรวบรวมสมาธิได้

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

สามารถจำสิ่งต่าง ๆ ได้

ไม่สามารถจำสิ่งต่าง ๆ ได้

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

สามารถคิดได้อย่างกระฉับกระฉ่าง

ไม่สามารถคิดได้อย่างกระฉับกระฉ่าง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แผนการส่งเสริมการจัดการตนเองด้าน โภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 2 ตัวอย่างสื่อนำเสนอภาพนิ่งประกอบการให้ความรู้

ส่วนที่ 3 ตัวอย่างสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้าน โภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 4 ตัวอย่างคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ส่วนที่ 1 แผนการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่/ ระยะเวลา/สื่อ	กิจกรรม	การประเมินผล
1. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย	- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการตนเองที่บ้านได้	- ดึกผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา - สัปดาห์ที่ 1 - 40 นาที - Power Point	<p>แนะนำตัวนักศึกษา</p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ด้วยทำทางที่เป็นมิตรสีหน้ายิ้มแย้ม พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์และระยะเวลาตลอดการเข้าร่วมวิจัย โดยจะให้ผู้ป่วยฝึกการจัดการตนเองที่บ้านเป็นเวลา 3 สัปดาห์ คือสัปดาห์ที่ 2-4 และนัดมาประเมินผลการวิจัยในสัปดาห์ที่ 5 ณ ดึกผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษาหลังจากนั้นขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา</p> <p>- ก่อนเข้าสู่เนื้อหา ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “คุณลุง/ป้า ทราบหรือไม่คะว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต้องรับประทานอาหารอย่างไร” ● “การรับประทานอาหารที่คุณลุง/ป้า ปฏิบัติในขณะนี้เป็นอย่างไบ้างคะ” <p>หลังจากผู้ป่วยตอบคำถาม ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่อง โรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อภาวะโภชนาการ หลักโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งที่</p>	- ผู้ป่วยมีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม - ผู้ป่วยได้รับความรู้ มีการซักถามข้อสงสัย และสามารถตอบคำถาม ผู้วิจัยได้ถูกต้อง

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่/ ระยะเวลา/สื่อ	กิจกรรม	การประเมินผล
2. การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง	- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายในการบริโภคและเป้าหมายการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการได้	- ดึงผู้ป่วยนอกแผนกรังสีรักษา - สัปดาห์ที่ 1 - 20 นาที - สมุดบันทึกการจัดการตนเอง	<p>ได้รับรังสีรักษา การจัดการอาการข้างเคียงต่าง ๆ และวิธีจัดตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าหลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม ให้ข้อมูลจนผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง และกำหนดเป้าหมายการบริโภคอาหารและเป้าหมายการจัดการอาการข้างเคียง โดยมีการสนทนากับผู้วิจัยก่อนกำหนดเป้าหมาย และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับตัวเอง แล้วเลือกแผนการปฏิบัติการบริโภคในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง โดยใช้คำถามปลายเปิดดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “จากความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับหลักโภชนาการที่ถูกต้อง คุณลุง/ป้า คิดว่าการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติอยู่ในขณะนี้ผ่านเกณฑ์ข้อใดบ้าง และมีอะไรที่ต้องปรับปรุงบ้างคะ” ● “เป้าหมายในการบริโภคของคุณลุง/ป้า ที่ต้องการคืออะไรคะ และเลือกแผนการปฏิบัติการบริโภคอะไรบ้างคะเพื่อที่จะให้ถึงเป้าหมายนั้น” ● “เป้าหมายในการจัดการอาการข้างเคียงด้านโภชนาการของคุณลุง/ป้า คืออะไรคะ และจะเลือกแผนการปฏิบัติอย่างไรบ้างคะ” 	- ผู้ป่วยสามารถกำหนดเป้าหมายเลือกแผนการปฏิบัติและบันทึกลงสมุดบันทึกการจัดการตนเองได้ถูกต้อง

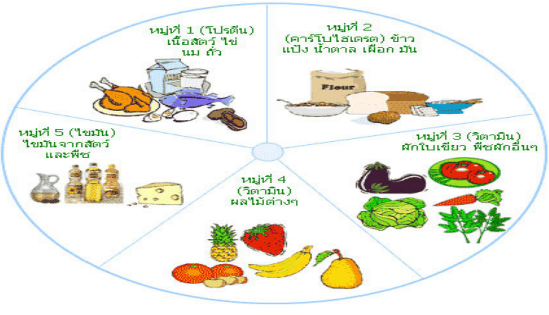
ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่/ ระยะเวลา/สื่อ	กิจกรรม	การประเมินผล
3. การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค	- เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน	- บ้านผู้ป่วยแต่ละคน - สัปดาห์ที่ 2-4 - สมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำการบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้าน และสาธิตวิธีการบันทึกพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม - ประเมินระดับความมั่นใจของผู้ป่วย หากมั่นใจน้อยกว่า 7 จะช่วยเหลือในการปรับเป้าหมายและวางแผนใหม่จนมีความมั่นใจตั้งแต่ 7 ขึ้นไป - มอบคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ให้ผู้ป่วยใช้ศึกษาทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน - นัดหมายผู้ป่วยในการพบกับผู้วิจัยครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 5 ที่ติดผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา - ผู้ป่วยปฏิบัติกรบริโภคอาหารด้วยตนเองที่บ้าน ใช้ข้อมูลความรู้ที่ได้รับหรือทบทวนจากคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการ - ผู้ป่วยจะต้องจดบันทึกอาหารที่ตนบริโภคในสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้านทุกวัน <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยกรณีมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือ 	- ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านได้

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่/ ระยะเวลา/สื่อ	กิจกรรม	การประเมินผล
4. การติดตาม ประเมินผลและ ปรับเปลี่ยน รูปแบบการ จัดการตนเองให้ เหมาะสม	- เพื่อ ประเมินผล และสามารถ ปรับเปลี่ยน รูปแบบการ จัดการตนเอง ให้เหมาะสม ได้	- คู่มือการ จัดการตนเอง ด้านโภชนาการ - บ้านผู้ป่วยแต่ละ คน - สัปดาห์ที่ 2-4 - สมุดบันทึก การจัดการ ตนเองที่บ้าน - คู่มือการ จัดการตนเอง ด้านโภชนาการ	- ผู้ป่วยประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายและตามแผนที่เลือกไว้จากสมุดบันทึกการจัดการตนเองทุกสัปดาห์ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด - กรณีประเมินผลแล้วพบว่าไม่สำเร็จ คือ กลุ่มตัวอย่างสามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามแผนการบริโภคที่กำหนดไว้ทุกข้อ ทั้งด้านปริมาณและความถี่ตามเป้าหมาย น้อยกว่า 3 วัน ใน 1 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือเลือกแผนการปฏิบัติการบริโภคให้เหมาะสมในสัปดาห์ถัดไปเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ● ผู้ป่วยโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยกรณีมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือ	- ผู้ป่วยสามารถ ประเมินผลและ ปรับเปลี่ยน รูปแบบการ จัดการตนเองที่ เหมาะสมได้

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	สถานที่/ ระยะเวลา/สื่อ	กิจกรรม	การประเมินผล
5. การติดตาม กระตุ้นการ ปฏิบัติกิจกรรม อย่างต่อเนื่องทาง โทรศัพท์	- เพื่อติดตาม ความก้าวหน้า ในการจัดการ ตนเองที่บ้าน	- สัปดาห์ที่ 2-4 - โทรศัพท์	<p>- ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้คำถามดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “ คุณลุง/ป้า ได้ปฏิบัติตามแผนตลอดทั้งสัปดาห์หรือไม่คะ ประเมินผลสำเร็จแล้วเป็นอย่างไรบ้างคะ” ● “ในขณะที่ปฏิบัติมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นหรือไม่ และมีแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างไรบ้างคะ” ● “เป้าหมายและแผนการปฏิบัติที่เลือกในสัปดาห์ถัดไปคืออะไรคะ” <p>- ให้คำปรึกษาและให้ความรู้เพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้อง จากนั้นประเมินความเข้าใจโดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามย้อนกลับได้ถูกต้อง จนเกิดความเข้าใจ รวมทั้งช่วยเหลือในการกำหนดเป้าหมายการบริโภคและวางแผนการปฏิบัติในสัปดาห์ถัดไป</p> <p>- พยายามให้กำลังใจในการฝึกการจัดการตนเองของผู้ป่วย</p> <p>- ตอบข้อสงสัยตามความต้องการของผู้ป่วย จนเกิดความเข้าใจ</p> <p>- นัดหมายผู้ป่วยในการพบกับผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 5 ที่ตั้งผู้ป่วยนอก แผนกรังสีรักษา และให้นำสมุดบันทึกการจัดการตนเองที่บ้านที่ด้วย</p>	- ผู้ป่วยสามารถ ฝึกปฏิบัติการ จัดการตนเองที่ บ้านได้ และมี การปฏิบัติการ บริโภคที่ดีขึ้น

ส่วนที่ 2 ตัวอย่างสื่อนำเสนอภาพหนึ่งประกอบการให้ความรู้

เนื้อหาครอบคลุมตามแผนการให้ความรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสีรักษา ผลข้างเคียงของรังสีรักษาต่อภาวะโภชนาการ หลักโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา การจัดการอาการข้างเคียงต่าง ๆ และวิธีการจัดการด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้า

<p>การจัดการตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา</p> <p>จันทร์จิรา เกื้อกาญจน์ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</p>	<p>หลักโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา คืออาหารหลัก 5 หมู่</p> 
<p>อาหารโปรตีนที่ควรบริโภค</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ เนื้อปลา สันในไก่ อกไก่ ✓ เนื้อหมูไม่ติดมัน ✓ ไข่ ✓ ถั่วเหลือง ✓ นมพร่องมันเนย 	<p>อาหารคาร์โบไฮเดรตที่ควรบริโภค</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ข้าวสวย ข้าวซ้อมมือ วันละ 8 -12 ทัพพี ✓ เส้นก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ บะหมี่ ✓ ขนมปังธัญพืชต่าง ๆ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>หากเมื่อการรับประทานข้าว ให้เปลี่ยนเป็นขนมปังโดยขนมปัง 1 แผ่น เทียบเท่ากับข้าว 1 ทัพพี</p> </div>
<p>อาหารไขมันที่ควรบริโภค</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ น้ำมันในเมล็ดพืช เช่น น้ำมันของฟักทอง ทานตะวัน งาข้าวโพด ถั่ว ✓ น้ำมันปลา <p>อาหารไขมันที่ควรงดเว้น</p> <ul style="list-style-type: none"> × น้ำมันปาล์ม × น้ำมันมะพร้าว กะทิ น้ำมันที่เกิดจากการปิ้งย่าง หรือการทอด 	<p>ผลข้างเคียงของรังสีรักษาที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ การอักเสบของเยื่อช่องปาก ❖ ปากแห้ง ❖ ฟันผุ ❖ การเปลี่ยนแปลงในการรับรสอาหาร ❖ กลืนอาหารลำบาก ❖ หลอดอาหารอักเสบ ❖ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ❖ ท้องเดิน

ส่วนที่ 3 ตัวอย่างสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา
(ส่วนปก)

สมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านโภชนาการ
สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา



ชื่อผู้ป่วย.....

อายุ.....ปี

ขอความร่วมมือผู้ป่วยบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง และสามารถสอบถามข้อสงสัย
ได้โดยตรงจากผู้วิจัย นางสาวจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์ เบอร์โทร 086-6064124

ส่วนที่ 3 (ต่อ) ตัวอย่างข้อมูลการบันทึกในสมุดบันทึกการจัดการตนเองด้านโภชนาการที่บ้าน
(หน้า 1)

สัปดาห์ที่ 1

1. เป้าหมายของข้าพเจ้าสัปดาห์ที่ 1 ด้านการบริโภค..... ด้านการจัดการอาการข้างเคียง.....	วัน /เดือน /ปี							2. ระดับความมั่นใจ	
	1	2	3	4	5	6	7	0	1 2 4 5 6 7 8 9 10
									ไม่มั่นใจ มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก
3. แผนการปฏิบัติที่ข้าพเจ้า จะรับประทานต่อ 1 มื้อ <u>อาหารโปรตีน</u> ○ เนื้อปลา เนื้อหมูไม่ติดมัน 3 ช้อนกินข้าว ○ สันในไก่ อกไก่ 3 ช้อนกินข้าว ○ อาหารทะเล 2 ช้อนกินข้าว ○ ไข่ 1 ฟอง ○ นม 1 แก้ว <u>อาหารคาร์โบไฮเดรต</u> ○ ข้าวสวย 3 ทัพพี/ข้าวต้ม ○ ก๋วยเตี๋ยว 1 ถ้วย ○ ขนมปัง 3 ชิ้น <u>ไขมัน</u> ○ น้ำมันจากพืชทอดทานตะวัน งา จมูกข้าวสาลี ข้าวโพด ถั่ว ½-1 ช้อนกินข้าว ○ เมล็ดพืช 1-2 ช้อนกินข้าว <u>ผักผลไม้</u> (ระบุเป็นผลหรือชิ้นคำ)								4. แผนการปฏิบัติเพื่อจัดการอาการข้างเคียง ด้านโภชนาการของข้าพเจ้า <u>อาการคลื่นไส้ อาเจียน</u> ○ เลี้ยวอาหารให้ละเอียด ○ ไม่นอนราบทันทีหลังรับประทานอาหาร ○ งดอาหารรสจัด ○ หายใจลึก ๆ ยาว ๆ ทำจิตใจให้สงบ <u>การรับรสเปลี่ยนแปลง</u> ○ รับประทานอาหารหลากหลายชนิด สลับหมุนเวียนกันไป ○ รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานอม เปรี้ยว เช่น สับประรด แอปเปิล ○ บ้วนปากหรือจิบน้ำบ่อย ๆ อย่า ปล่อยให้ปากแห้ง ○ หมั่นสังเกตเชื้อราในช่องปากอยู่เสมอ <u>ปากแห้งและเจ็บปาก</u> ○ จิบน้ำบ่อย ๆ มากกว่า 1 ลิตรต่อวัน ○ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ○ รับประทานอาหารอ่อนเคี้ยวง่าย ○ บ้วนปากหลังการบริโภคทุกครั้ง และแปรงฟันหลังอาหารหลัก 3 มื้อ	

ส่วนที่ 3 (ต่อ) ตัวอย่างแบบบันทึกการประเมินผลการจัดการตนเองด้านโภชนาการในสัปดาห์ที่ 1
(หน้า 3)

1. ประเมินผลสำเร็จตามเป้าหมาย

- สำเร็จทั้งหมด (ท่านสามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามแผนที่กำหนดไว้ทุกข้อ
อย่างน้อย 5 วันใน 1 สัปดาห์)
- สำเร็จบางส่วน (ท่านสามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามแผนที่กำหนดไว้ทุกข้อ
อย่างน้อย 3 วันใน 1 สัปดาห์)
- ไม่สำเร็จ (ท่านสามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้องตามแผนที่กำหนดไว้ทุกข้อ น้อย
กว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์)

2. ปัญหาอุปสรรค

- ไม่มี
- มี ระบุ.....
.....
.....
.....

3. แนวทางแก้ไขปัญหา

.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 4 ตัวอย่างคู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

(ส่วนปก)

คู่มือการจัดการตนเองด้านโภชนาการเพื่อลดความเหนื่อยล้า
สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา



จัดทำโดย

จันทร์จิรา เกื้อกาญจน์

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก จ

งานวิจัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาออกแบบกิจกรรม

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการออกแบบกิจกรรม ได้มีการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบัน โจแอนนาบริกส์ (JBI, 2008) และได้คัดเลือกมาใช้รวม 5 เรื่อง ได้แก่

1. วัฒนพล ตึงชูยกุล. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน เป็นงานวิจัยระดับ 2
2. สวณีย์ บำรุงสุข. (2554). ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา เป็นงานวิจัยระดับ 2
3. ศิริลักษณ์ น้อยปาน. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เป็นงานวิจัยระดับ 2
4. ฐานิษญาณ์ หาญณรงค์. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นงานวิจัยระดับ 2
5. Wattana, C. (2006). Effect of the diabetes self-management program on knowledge of diabetes, glycemic control, cardiovascular risk, and quality of life among people with diabetes. เป็นงานวิจัยระดับ 1

ภาคผนวก ฉ

ตารางการวิเคราะห์งานวิจัยที่สำคัญในการนำมาพัฒนาโปรแกรม

เรื่องที่ 1 Effect of the Diabetes Self-Management Program on Knowledge of Diabetes, Glycemic Control, Cardiovascular Risk, and Quality of Life Among People with Diabetes

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิธีการวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	จุดอ่อน/จุดแข็ง
Wattana,C. (2006).	ระดับ 1	1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้ารับ	- แบบ RCT - กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอแหลมสิงห์ อำเภอท่าใหม่ และบริเวณใกล้เคียง ในจ. จันทบุรี และมารับบริการ ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาล	- เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์ - โปรแกรมประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง 2) การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค ได้แก่	- ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 24 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ขณะอดอาหารลดลง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขณะอดอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมี	- จุดอ่อน 1. เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาได้ 2. ไม่ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการต่อความเหนื่อยล้าจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงได้

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิธีการวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	จุดอ่อน/จุดแข็ง
		โปรแกรม 2. เพื่อเปรียบเทียบ ระดับความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน การ ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด ภาวะเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด และ คุณภาพชีวิต ใน ผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมและกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาล ตามปกติ	ชุมชน หรือสถาน บริการปฐมภูมิ จ.จันทบุรี จำนวน 147 ราย โดยมีการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่ม ควบคุม	การออกกำลังกาย การ การบริโภคการจัดการ อาการแทรกซ้อน การ ใช้ยา และการจัดการ ความเครียด 3) การ ปรับรูปแบบการ จัดการตนเองให้เข้า กับแบบแผนการ ดำเนินชีวิต - วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้สถิติบรรยาย สถิติ ทดสอบทีคู่ และ วิเคราะห์ความ แปรปรวนร่วม	นัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001	- จุดแข็ง รูปแบบโปรแกรมมี ขั้นตอนที่ชัดเจน และมี ความเป็นรูปธรรม สามารถนำไปปรับใช้ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ รังสีรักษาได้ง่าย

เรื่องที่ 2 ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิธีการวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	จุดอ่อน/จุดแข็ง
สวณีย์ บำรุงสุข (2554)	ระดับ 2	1. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนความเหนื่อย ล้าระหว่างผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกที่ ได้รับรังสีรักษาที่เข้า ร่วม โปรแกรมการฝึก การจัดการตนเองและ กลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ 2. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนความผาสุก ระหว่างผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกที่ได้รับรังสี	- แบบวิจัยเชิง ทดลอง (experimental research) - กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกในระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการ รักษาด้วยรังสีรักษา และมารับบริการใน แผนกรังสีรักษาของ ศูนย์มหาวชิรลงกรณ์ ชัยบุรี จ.ปทุมธานี	- เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการเข้าร่วม โปรแกรมและหลังเข้า ร่วมโปรแกรม 5 สัปดาห์ - โปรแกรม ประกอบด้วย 1) การ ให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย 2) การฝึกทักษะการ จัดการตนเอง ในเรื่อง โภชนาการ การเดินรำ เต้าเต๋อซันซี และการ ส่งเสริมการนอนหลับ	- ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรม 5 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมี คะแนนความเหนื่อย ล้าต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมและมี คะแนนความผาสุก สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001	- จุดอ่อน 1. ต้องอาศัยการฝึก ทักษะในหลายมิติเพื่อ ช่วยลดอาการเหนื่อยล้า ทำให้ไม่สามารถอ้างถึง มิติโภชนาการเพียงอย่าง เดียวที่จะลดความเหนื่อย ล้าได้ 2. โปรแกรมดังกล่าวมี ความยากต่อการ นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ไม่สามารถจดจำ ท่าทางในการเดินรำหรือ

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิธีการวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	จุดอ่อน/จุดแข็ง
		รักษาที่เข้าร่วม โปรแกรมการฝึกการ จัดการตนเองและกลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ	และศูนย์มะเร็ง จ. ลพบุรี จำนวน 68 ราย แบ่งกลุ่ม ตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่ม อย่างง่าย (simple random sampling)	3) การอภิปรายกลุ่ม ย่อยเพื่อสะท้อนตนเอง 4) การให้คำปรึกษา รายบุคคลและติดตาม เยี่ยมทางโทรศัพท์ - วิเคราะห์ข้อมูลโดย ใช้สถิติบรรยาย สถิติ ทดสอบทีอิสระ และ วิเคราะห์ความ แปรปรวนร่วม		ผู้ป่วยที่ไม่มีเวลาพักผ่อน ระหว่างวันได้ - จุดแข็ง 1. เป็นโปรแกรมที่มี การศึกษาด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นมิติหนึ่งใน โปรแกรมห่วงที่ช่วย ลดอาการเหนื่อยได้ 2. เป็นโปรแกรมแบบ ผสมผสานการจัดการ ความเหนื่อยล้าในหลาย มิติ ทำให้สามารถแก้ไข สาเหตุของปัญหาได้อย่าง ครอบคลุม

ภาคผนวก ข
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์สถิติ

ตาราง ข 1

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Kolmogorov-Smirnov*

ความเหนื่อยล้าโดยรวม	n	M	SD	One-Sample	
				Kolmogorov-Smirnov Test	<i>p</i> - value
กลุ่มควบคุม	26	3.75	0.88	.60	.86
กลุ่มทดลอง	26	3.38	0.76	.38	.99

จากตาราง ข 1 จะเห็นได้ว่า ผลการแจกแจงของคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมในกลุ่มควบคุมจากรายผลลัพธ์ *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test* มีค่า *p*-value เท่ากับ .86 ส่วนกลุ่มทดลองมีค่า *p*-value เท่ากับ .99 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีค่า *Sig* > .05 หมายความว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตาราง ข 2

การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Levene test*

ความเหนื่อยล้าโดยรวม	Levene Statistic	df1	df2	<i>p</i> -value
กลุ่มควบคุม	0.12	1	50	.20
กลุ่มทดลอง	0.07	1	50	.20

จากตาราง ช 2 จะเห็นได้ว่า ผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองจากตาราง Test of Homogeneity of Variance พบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่า p -value เท่ากับ .20 ซึ่งค่า p -value $> .05$ หมายความว่า ความแปรปรวนของคะแนนความเหนื่อยล้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาคผนวก ข**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ จงเจริญ
อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณประจวบ หนูอุไร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

