

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

Development of Self-Care Promotion Model for Breast Cancer Patients

Receiving Mastectomy

สิริลักษณ์ จันแพร่มะ

Siriluck Chandrema

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2541

เลขที่ RC980.38 56/ 9781 6 .2
Bib Key 145481

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับการผ่าตัด

ชื่อผู้เขียน นางสาวสิริลักษณ์ จันทะระ

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์)

.....กรรมการกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย ชีเจริญ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย ชีเจริญ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุกัญญา โจนากิวัฒน์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์หัชชา ศรีปลั่ง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ก้าน จันทะระพรมมา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

และเป้าหมายในชีวิต การได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนด้วยตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว กำลังใจจากทีมสุขภาพและเพื่อนช่วยเพื่อน และการได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง อุปสรรค ได้แก่ การขาดข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ การขาดความร่วมมือการวางแผน การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะแทรกซ้อน และการขาดการสนับสนุน การนำรูปแบบนี้ไปใช้ให้เกิดผลสำเร็จพยาบาลจะต้องมีความรู้ มีทักษะ มีความเมตตา เอื้ออาทร มุ่งมั่นและมีสติรู้คิดพิจารณา การวิจัยนี้แสดงให้เห็นวิธีการช่วยเหลือในบทบาทของพยาบาลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมเป็นที่ยอมรับของแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ

Thesis Title	Development of Self-Care Promotion Model for Breast Cancer Patients Receiving Mastectomy
Author	Mrs. Siriluck Chandrema
Major Program	Adult Nursing
Academic Year	1998

Abstract

This study aimed to develop a self-care promotion model for breast cancer patients receiving mastectomy. The participants consisted of a group of 11 female breast cancer patients. The study was conducted in a hospital setting in Songkla Province during April-December 1996. The data collecting procedure included 4 steps: 1) pre-operation period, 2) post-operation period, 3) home stay period, 4) follow up period. The data was collected by in-depth interviews, observations, and writing field notes. Data was validated by triangulation techniques. The qualitative data analysis was carried out through techniques of grouping, coding, and developing categories and themes, and physical mobility of shoulder and arm was measured.

The finding indicated that most of the participants were 41-60 years old, married, Buddhists, and had completed primary school. They were diagnosed with second or third stage of breast cancer. The results of this study included the development of: a self-care promotion models, self-care manual for breast cancer patients and equipment for physical rehabilitation. The model consisted of : 1. Developing a harmonious relationship with patients. 2. Six steps of self-care promotion based on the patient's phenomena (why me?, understand condition and acceptance, feeling of incompleteness, new life barriers, return to normal life, volunteer to counsel other breast cancer patients.) 3. Strategies for promoting self-care included 1) providing continuous counseling, 2) providing knowledge and information, 3) encouraging mutual reflection and planning, 4) promoting mental support, 5) joining self-help group, 6) facilitating mental and physical comfort, 7) encouraging family support, and 8) advocating on patient's behalf. 4. Facilitating factors were hope and life goals, good nursing care, self-care assessment of shoulder and arm, family support, encouragement and continuous advice from nurses and health personnel, and self-help group. Inhibiting factors were insufficient knowledge, patients

were not included in planning of treatment, lack of shoulder and arm mobility, complications, and inadequate support. As the result of using this model, patients were capable of administering self-care without complication of lymphoedema. The range of physical mobility of shoulder and arm returned to normal or nearly normal level. In order for this model to be effective, nurses should process the following characteristics: knowledgeable, skillful, kind, committed, mindful, caring, and capable of critical thinking. The study identified the explicit role and function of nurses which were accepted by doctors, nurses, patients and relatives. The study had also demonstrated an holistic approach to patient care especially with spiritual care.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความช่วยเหลือจากหลายๆท่าน จึงขอกราบ
ขอบพระคุณ ศศ.ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ ศศ.น.พ.วิชัย ชี้อริญู ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำแนะนำ
ให้กำลังใจและช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ศศ.สุกัญญา โลจนากิวัฒน์และ รศ.น.พ.
หัชชา ศรีปลั่ง กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ซึ่งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ดร.สาวิตรี กิมชัย
อรุณเรือง ที่ให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดร.ประวัติ เวทย์ประสิทธิ์ ที่ให้ความ
กรุณาช่วยเหลือให้ความรู้ด้านภาษาต่างประเทศ ศศ.บงกช เก่งเขตกิจ ที่ให้คำปรึกษาในการจัดทำ
คู่มือสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการ
ค้นคว้าวิจัยส่วนหนึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและครอบครัวที่เป็นผู้ให้ข้อมูลถือว่าเป็นครูสำหรับผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ น.พ.ปริญญา สุนทรภรณ์ชัยและอาจารย์ภาควิชาศัลยกรรม
ทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ในช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณราตรี แก้วนพรัตน์ คุณทองทิพย์
หทัยโชติ คุณจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง คุณพรทิวา มีสุวรรณ คุณศิริพร ถิ่นทะกุล คุณศิริจันทร์ แก้ว
สนิท และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและคลินิกศัลยกรรมทุกท่าน ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก
ความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณ พ.ญ.พรนภา แซ่ตั้งและอาจารย์สุพจน์ สุขกฤต ที่ให้คำปรึกษาใน
การจัดพิมพ์วิทยานิพนธ์ น.พ.สถิต จินดาวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าตองเบซาร์ และน้องๆ
ในกลุ่มงานการพยาบาลที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ คุณวิลาวัล ผลพลอย คุณจินตนา สมนึก
คุณทิพมาส ชินวงศ์ คุณโฆมพัทธ์ มณีวัดและเพื่อนๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจ

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้การอบรมสั่งสอน และบุคคลสำคัญใน
ครอบครัว สามิและตุกรักทั้ง 2 คนและน้องๆที่ให้กำลังใจ สนับสนุนให้การวิจัยนี้สำเร็จสัมฤทธิ์
ผล คุณประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยนี้ขอบอบแด่ บุพการีและท่านผู้มีพระคุณทุกท่าน

สิวิลักษณ์ จันทรมะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ปัญหา:ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการวิจัย.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	9
การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการส่งเสริมการดูแลตนเองของ	
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.....	17
โรคมะเร็งเต้านม การรักษาและผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัด.....	17
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.....	28
การพยาบาลของโอเร็มกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	
ที่ได้รับการผ่าตัด.....	29
บทบาทของพยาบาลในการดูแลและการส่งเสริมการดูแลตนเอง	
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.....	37

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
3 วิธีการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือในการวิจัย.....	50
สถานที่ศึกษา.....	51
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย.....	52
บทบาทของผู้วิจัย.....	52
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	60
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง.....	60
ผลการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นก่อนเริ่มโครงการวิจัย.....	69
สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนได้รับการผ่าตัด.....	69
สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาล.....	76
รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.....	82
การสร้างสัมพันธภาพอย่างคุณภาพ.....	83
การส่งเสริมการดูแลตนเองตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	
การดูแลตนเอง.....	87
ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการ	
การผ่าตัด.....	156
เครื่องมือประกอบในการให้ความรู้.....	162
5 สรุปและข้อเสนอแนะ.....	166
สรุปการวิจัย.....	166
ความคิดเห็นของผู้วิจัย.....	170
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	172
บรรณานุกรม.....	176

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	199
ภาคผนวก ก. การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย.....	200
ภาคผนวก ข. การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไหล่และแขน.....	201
เปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้นแขนของผู้ป่วยแต่ละคน.....	206
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	209
ภาคผนวก ง. ตัวอย่างการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ประจำวัน.....	218
ภาคผนวก จ. โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของ ข้อไหล่และแขน.....	226
ประวัติผู้เขียน.....	228

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงการแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม.....	21
2	แสดงการรักษาร่วมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พบต่อมน้ำเหลืองให้ผลบวก.....	22
3	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	61
4	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษา.....	63
5	การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วย 3 กลุ่มในช่วงก่อนผ่าตัด.....	111
6	ระดับองศาของการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในท่าต่างๆ.....	204
7	ระดับของความแตกต่างเส้นรอบวงแขน.....	205

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัด.....	7
2 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	14
3 ระยะของการดูแลตนเองอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย.....	31
4 รูปแบบชั่วคราวตาม (โปรแกรม) การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัด.....	57
5 แสดงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด.....	64
6 สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังก่อนได้รับการผ่าตัด.....	71
7 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัด.....	84
8 การส่งเสริมการดูแลตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัด.....	89
9 วงจร 1 ทำไมต้องเป็นฉัน	90
10 วงจร 2 เข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง.....	102
11 ชนิดขบวนการของเหลวออกจากแผลผ่าตัด.....	104
12 แสดงแผนภาพทำการบริหาร แขนและไม้วัดระดับการไต่ฝาด.....	104
13 แสดงกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน.....	106
14 วงจร 3 ชีวิตคนครึ่งคน.....	114
15 แสดงกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว.....	119
16 แสดงการใช้เส้นมเทียมของผู้ป่วย.....	119
17 แสดงการดูแลแขนในกิจกรรมต่างๆ.....	121
18 วงจร 4 ขวากหนามชีวิตใหม่.....	125
19 ทำคิงเชือกขึ้นลง	131
20 ถ่ายกแขนขึ้นลงใช้ท่อพี. วี. ซี.	131
21 ทำไต่ฝานั่ง.....	131
22 วงจร 5 ปรับตัวและดูแลตนเองได้.....	134
23 การวัดองศาของการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ท่าอแขน.....	140
24 การวัดองศาของการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ท่ากางแขนออก.....	141

รายการภาพประกอบ(ต่อ)

ภาพประกอบ	หน้า
25 ระดับการไต่ฝานั่งเทียบกับก่อนผ่าตัดเปอร์เซ็นต์.....	142
26 ความแตกต่างของเส้นรอบวงแขนข้างที่ผ่าตัดด้านมเทียบกับก่อนผ่าตัด (ซ.ม).....	142
27 ความแตกต่างของน้ำหนักผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด.....	143
28 แสดงอุปกรณ์ที่ช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ของผู้ป่วย.....	144
29 วงจร 6 อุกฤษณ์เพื่อผู้อื่น.....	148
30 โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.....	161
31 แสดงเครื่องมือโกนโกนโกน.....	201
32 แสดงการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าอแขน และ เขยิบแขน.....	202
33 แสดงการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่ากางแขนออก.....	203
34 แสดงการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าหมุนแขนออกข้างนอก.....	204
35 แสดงการวัดเส้นรอบวงแขน.....	205
กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของข้อไหล่และแขนของผู้ป่วยที่ศึกษาแต่ละคน.....	206

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันโรคมะเร็งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด อุบัติการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปีตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา และยังเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 อันดับแรกของประเทศไทย รองจากอุบัติเหตุและโรคหัวใจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2538 : 93 ; อัลฟา รีเลิร์ซ, 2540 : 3) อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในเพศหญิงพบโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งในประเทศทางยุโรปและอเมริกา โดยมีอัตราการตายเป็นอันดับ 2 และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ประมาณ 1 - 2 เปอร์เซ็นต์ (Peckham, Pinedo & Veronesi, 1995 : 1243; Gale & Charette, 1995 : 179) สำหรับประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมในผู้หญิงเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 31.5) รองจากมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 33.1) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2538 : 7) อุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทยปี พ.ศ. 2532 - 2534 พบ 13.5 ASR (Age - Standardized Rate) สำหรับในภาคใต้ในปี พ.ศ. 2532 - 2534 พบ 12.1 ASR และสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยที่รับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อการรักษาได้ครบวงจรและรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ พบว่าสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 147 รายในปี 2537 เป็น 153 รายในปี 2538 คิดเป็นร้อยละ 13.2 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (ทะเบียนมะเร็ง หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2538) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่มาใช้บริการมีจำนวนมากขึ้น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เพิ่มขึ้นนี้ย่อมมีผลกระทบต่อการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งเต้านมมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมากก่อให้เกิดผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ตกใจ ช็อค ปฏิเสธ กลัว วิดกกังวล มีความรู้สึกไม่แน่นอน มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป (Marks-Maran & Pope, 1985 : 64 - 65 ; Wong & Bramwell, 1992 : 364 ; Hughes, 1993 : 228 ; Nelson, 1996 : 59) ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกมักจะใช้วิธีการผ่าตัดเฉพาะก้อนเนื้อออก (lumpectomy) หรือผ่าตัดเต้านมออก (mastectomy) ร่วมกับการผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้รักแร้ออกบางส่วน

(axillary node sampling) ปัจจุบันเชื่อว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคทั่วระบบ (system disease) จึงจำเป็นต้องมีการรักษาต่อเนื่องด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอว์โมนบำบัด เป็นการรักษาร่วมกันหลายวิธี (adjuvant therapy) ทั้งนี้เพื่อขจัดและทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ซึ่งจะทำให้หายจากโรคหรือทำให้ปลอดโรคนานขึ้น (ชนิต, 2534 : 251 ; Gale & Charette, 1995 : 181 - 183) แม้ว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่ดีสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในระยะแรก แต่ก็มีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นกับผู้ป่วยจากการรับรู้ว่าคุณเองเป็นโรคมะเร็งหรือเนื้องอกชนิดร้ายแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เสียวใจต่อการเจ็บป่วยและความรู้สึกเสียใจ อาศัยกับการสูญเสียเต้านม และผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดที่พบได้ คือ ความพร้อมของการใช้แขนข้างที่ผ่าตัดเต้านมและภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการชา เมื่อยแขน น้ำเหลืองคั่งใต้แผลผ่าตัด การติดเชื้อ แขนบวมและข้อไหล่ติด (Grand, 1994 : 229 ; โสภณและคณะ, 2534 : 6) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจและ สังคมคือ มีการเปลี่ยนแปลงต่อบทบาทหน้าที่การทำงานและสัมพันธภาพในครอบครัว (Northouse, 1989 : 276 ; Schover, 1991 : 112) ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ที่ดีของผู้หญิง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อาจมีผลต่อเพศสัมพันธ์ (Knobf, 1990 : 1394-5 ; Stern, 1990 : 503 -506) เนื่องจากผู้ป่วยขาดข้อมูลและมีทักษะไม่เพียงพอเหมาะสมในการดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง (Anderson, 1988 ; Ward & Griffin, 1990 ; Loveys & Klaich, 1991 ; Irvine et al., 1991 : 1116 ; Groenwald et al., 1993 : 721 - 722; Suominen et al., 1994)

ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของชีวิตผู้หญิงที่ถูกคุกคามด้วยโรคมะเร็ง ที่ทำให้สภาพจิตใจและสังคมเปลี่ยนแปลงไป สำหรับด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมของการใช้แขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เกิดความรู้สึกที่ไม่แน่นอนในชีวิต (Loveys & Klaich, 1991 : 75 ; Nelson, 1996 : 59) พยาบาลจึงต้องมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าการพยาบาลบุคคลแบบองค์รวม (holistic nursing care) เพื่อช่วยประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถเผชิญภาวะเครียดดังกล่าวและปรับปรุงได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะว่าคุณคนมีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถวางแผนจัดระเบียบปฏิบัติการกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย (Orem, 1995 : 113-116) ในการที่จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็ว ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับคำแนะนำ ได้รับข้อมูลความรู้ที่เพียงพอและได้มีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ตลอดจนการบริหารข้อไหล่และแขนที่เป็นการฟื้นฟูสภาพอย่างมีขั้นตอนที่

จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพทั้งร่างกายและจิตใจได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลง (Williams et al., 1988 : 192) นอกจากนี้บทบาทการสนับสนุนให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ปัญหาได้ดีขึ้นมีการร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพและปรับสภาพจิตใจได้รวดเร็วขึ้น ดังการวิจัยของกักสุกพิชฌ์และคณะ (2536 : 380) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยและคู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยคัดเต้านมออก พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องเพศอย่างมีแบบแผนทำให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้า และปรับตัวทางเพศได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจได้รวดเร็ว ส่วนด้านร่างกายภายหลังการผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนการเคลื่อนไหวนของข้อไหล่และแขนลดลง จากการวิจัยของสมจิต (2537 : ๗) เรื่องผลการเริ่มบริหารข้อไหล่ในเวลาที่ต่างกันต่อปริมาณสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด และความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม พบว่าการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดอย่างถอนรากแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy) สามารถที่จะผ่อนผันให้ผู้ป่วยเริ่มบริหารข้อไหล่หลังผ่าตัดได้ประมาณ 7 วัน เพราะการบริหารข้อไหล่เร็วเกินไปไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนก็จะทำให้เกิดอันตรายกับแผลผ่าตัดและสร้างความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วยมากขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมีเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพจิตใจ ฟื้นฟูสภาพร่างกายและพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อไหล่และแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม การยอมรับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ การฟื้นฟูสัมพันธภาพทางเพศ การปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตใหม่และการเข้าสังคม ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น (Knobf, 1990 : 1394 ; Johnson, 1994 : 26) แต่ในทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (Palsson & Norberg, 1995 : 276) ได้รับข้อมูลความรู้ไม่เพียงพอที่จะสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องหรือขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม (อุบล, 2536 : 12 ; Souminen, et al., 1994 : 6) และจากการศึกษาปรากฏการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมบนหอผู้ป่วยของผู้วิจัยในช่วงฝึกปฏิบัติการพยาบาลพบว่าปัจจุบันรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดไม่ชัดเจน คือ ผู้ป่วยเกิดปัญหาในช่วงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเจ็บป่วยเป็นมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจที่เพียงพอ ขาดข้อมูลและความเข้าใจในสถานการณ์มีปัญหาในการตัดสินใจรับการรักษาให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งผ่าตัดและช่วงหลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการสอนแนะนำของทีมสุขภาพตามทักษะประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ไม่มีแนวทางและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นรูปธรรมตามปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล อีกทั้งยังขาดคู่มือและสื่อที่เหมาะสม และขาดแนวทางการให้การ

ปริกษาในเรื่องจิตสังคมที่ชัดเจน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อช่วยลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติโดยอาศัยความร่วมมือของผู้วิจัยและผู้ป่วย ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่จะช่วยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดให้สามารถพัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้เหมาะสม มีความเข้าใจต่อการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ลดเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ทำให้การดูแลตนเองมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก่อนเริ่มโครงการเป็นอย่างไร
2. พยาบาลจะมีส่วนช่วยในการสนับสนุน และ ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดได้อย่างไร
3. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีกรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางการวิจัย 2 ส่วน คือ กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (theoretical framework) และกรอบแนวคิดวิธีการวิจัย (methodological framework) มีรายละเอียดดังนี้

1. กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem, 1991, 1995) โดยการใช้ความสามารถทางการพยาบาล และระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative system) และระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory system) เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการดูแลตนเองในด้านการเผชิญภาวะเครียดและการจัดการกับความเครียด การรับประทานอาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านภาพลักษณ์ และการแสวงหาการช่วยเหลือหรือแหล่งประโยชน์ โดยใช้วิธีการช่วยเหลือ 5 วิธีคือ การปฏิบัติกิจกรรมทดแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อม การสอน (Orem, 1991 : 11) และอาจใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การให้การปรึกษา ทั้งนี้จะต้องพิจารณาตามปัจจัยพื้นฐานและความแตกต่างระหว่างบุคคลตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละคน เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเป็นผู้ที่มีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เฉพาะเจาะจงที่จำเป็นเพื่อให้ตนเองสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายและปรับสภาพจิตใจ มีความรู้และทักษะในการสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดเต้านมได้อย่างเหมาะสม เพราะการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมมีผลกระทบทั้งร่างกาย จิตสังคมของผู้ป่วย (Greer et al., 1979 : 785 – 787 ; Groenwald et al., 1993 : 721- 722) ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้มีแนวคิดทางทฤษฎีอื่นๆ ที่ช่วยสนับสนุนเช่น ความเครียดและการเผชิญภาวะเครียด (stress & coping) การให้อำนาจ (empowerment) การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning theory) กลุ่มช่วยเหลือหรือเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) ความหวัง (hope) ความไม่แน่นอน (uncertainty)

2. กรอบแนวคิดวิธีการวิจัย ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคทาการ์ต (Kermmis & McTaggart, 1988) เป็นการวิจัยที่ต้องมีการร่วมมือ (collaboration) ของผู้วิจัย ผู้ป่วยและกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโดยการทดลองปฏิบัติและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งถือว่าการเรียนรู้อย่างเป็นระบบจากการกระทำร่วมกัน (อากรณ, 2534 : 6 ; Winter, 1995) ผู้วิจัยได้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะที่ต้องมีการปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง วงจรการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผน ซึ่งก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติตามแผนนั้นต้องมีการสำรวจปัญหาและแนวความคิดเบื้องต้น (reconnaissance) ของการเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการผ่าตัดเต้านม และระบบการช่วยเหลือให้บริการในหอผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อน

วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผน (planning) ประกอบด้วย การนำปัญหาที่ได้จากการสำรวจแนวคิดเบื้องต้นมากำหนดเป้าหมายร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พัฒนาสมรรถภาพของร่างกาย การฟื้นฟูสภาพจิตใจและกำหนดรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองชั่วคราวตามข้อมูลที่ได้จากการประเมิน ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย

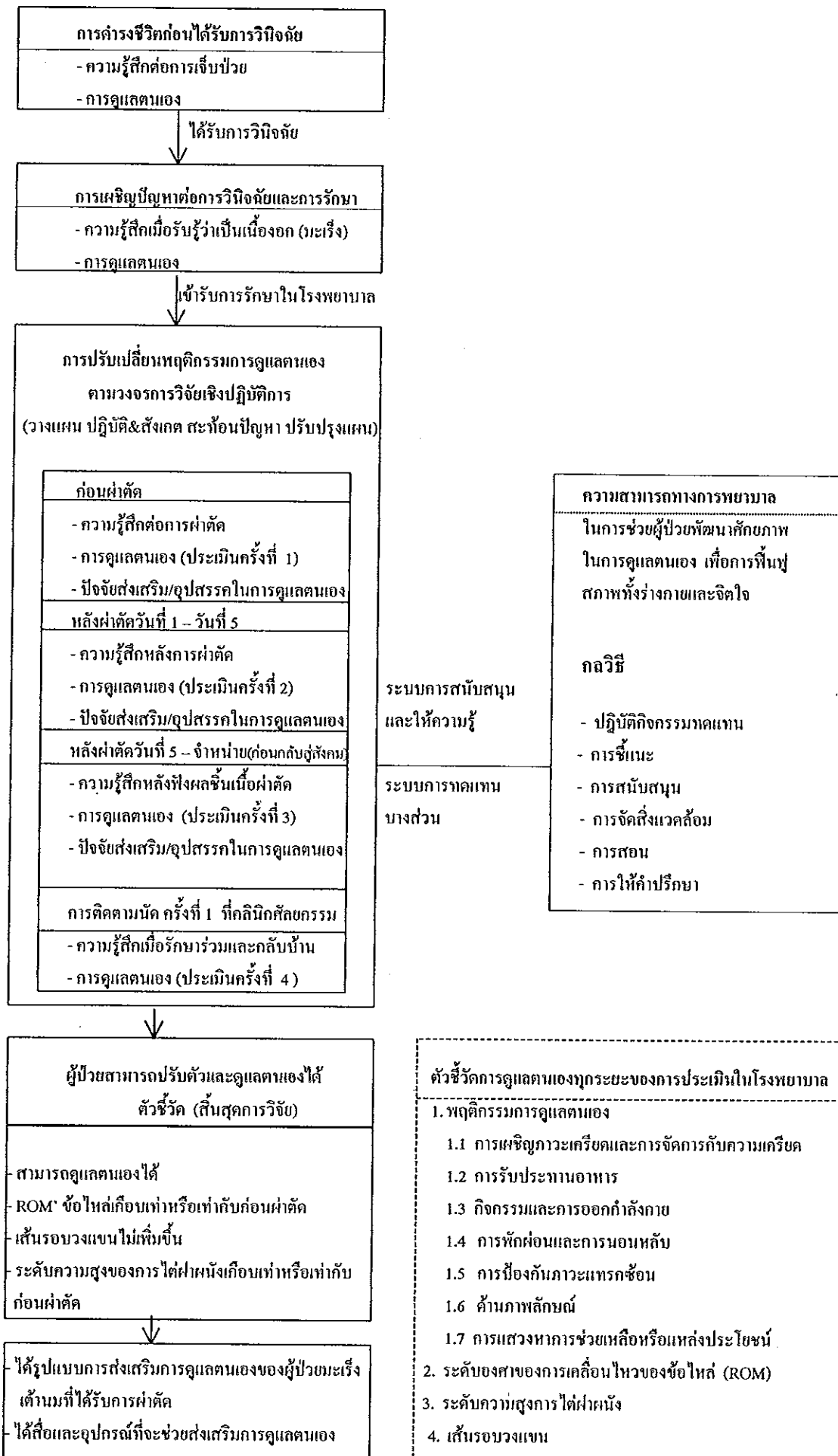
2. การปฏิบัติและสังเกต (acting & observing) นำรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองชั่วคราวที่วางแผนไปปฏิบัติ พร้อมกับสังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงระบบบริการผู้ป่วย ตลอดจนสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป

3. การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) เป็นการอธิบายสถานการณ์สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกร่วมของผู้วิจัยและผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์การดูแลตนเอง ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ กลวิธีส่งเสริมพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและปัญหาที่ต้องปรับปรุง ตลอดจนกระบวนการและความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ ซึ่งตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง คือ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขน ได้แก่ ระดับองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ (range of motion) ระดับความสูงของการไต่ฝ่าผนัง และเส้นรอบวงแขน

4. การปรับปรุงแผน (replanning) นำปัญหาจากการปฏิบัติมาปรับปรุงแผนเพื่อแก้ปัญหา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่องตามปรากฏการณ์จริงที่เกิดขึ้น

กรอบแนวคิดทั้ง 2 ส่วนนี้ต้องใช้ควบคู่กันไป โดยใช้กรอบแนวคิดวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นหลักและใช้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีสอดแทรก มุ่งเน้นที่จะส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้สามารถปรับตัว มีความรู้ ทักษะที่จะสามารถดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา สามารถดำเนินชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่ากรอบแนวคิดทั้ง 2 ส่วนนี้จะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้โดยส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน ระดับองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เกือบเท่าหรือเท่ากับก่อนผู้ป่วยผ่าตัด เส้นรอบวงแขนไม่เพิ่มขึ้น และระดับความสูงของการไต่ฝ่าผนังเพิ่มขึ้นหรือเกือบเท่ากับก่อนผ่าตัด เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะได้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด กลวิธีในการส่งเสริมการดูแลตนเอง และสื่อที่จะช่วยให้ความรู้ ข้อมูลที่เหมาะสม ดังได้สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด



นิยามศัพท์

การดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการเป็นการกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองในเรื่อง

1. การเผชิญภาวะเครียดและการจัดการกับความเครียด
2. การรับประทานอาหาร
3. กิจกรรมและการออกกำลังกาย
4. การพักผ่อนและการนอนหลับ
5. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
6. ด้านภาพลักษณ์
7. การแสวงหาการช่วยเหลือหรือแหล่งประโยชน์

การส่งเสริมการดูแลตนเอง หมายถึง วิธีการต่างๆ หรือการกระทำที่ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยนำมาใช้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตสังคมตามความเหมาะสมและความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละคนในการดำเนินชีวิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตสังคมตามสถานการณ์ที่เป็นจริง
2. ได้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการได้รับการผ่าตัดเต้านม
3. ได้สื่อที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยในการให้ความรู้และข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการได้รับการผ่าตัด
4. ได้แนวทางในการพัฒนาทักษะของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการได้รับการผ่าตัด
5. ได้แนวทางการจัดการเรียนการสอน เรื่องการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านการได้รับการผ่าตัด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในขอบเขตดังนี้

1. แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
2. โรคมะเร็งเต้านม การรักษาและผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

3.1 การพยาบาลของโอเร็มกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

3.2 บทบาทของพยาบาล ในการดูแลและการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

1. แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้รับความสนใจในวงการพยาบาลมากในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา (Meguire, 1990 : 413) เนื่องจากการตระหนักถึงช่องว่างระหว่างทฤษฎีการวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการเห็นความสำคัญของการวิจัยในปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของการพยาบาลที่เน้นด้านการปฏิบัติ รวมทั้งจะได้สืบค้นความรู้จากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ อย่างถ่องแท้ และสามารถทราบถึงปัญหาที่สะท้อนมาจากการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน เพื่อจะได้พัฒนารูปแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ (Kemmis & McTaggart, 1988)

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

มีผู้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้หลายท่าน สรุปได้ดังนี้

เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis & McTaggart, 1988 : 5) อธิบายว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบของการรวบรวมปัญหาหรือ คำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงาน (collective self-reflective inquiry) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสังคมใดสังคมหนึ่ง เพื่อต้องการที่จะพัฒนาหลักการ เหตุผล และวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้น และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้นๆ ให้สอดคล้องกับภาวะของสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาจเป็น

การวิจัยของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือการวิจัยของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (ตุกกัง, 2537: 15) ซึ่งถ้าเป็น การวิจัยของกลุ่มจะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) วิธี การปฏิบัติที่ถือว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นต้องมีการร่วมมือ (collaborative approach) ของ กลุ่ม ผู้ปฏิบัติงาน (Kemmis & McTaggart, 1988 : 6) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะเน้นการควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานของตนเองและกลุ่ม (self or group control) มากกว่าการใช้ผู้ควบคุมคุณภาพ (quality controller) หรือการประกันคุณภาพ (quality assurance program) (Elliott & Adelman, 1973 อ้างใน อารณ, 2534 : 4)

ปรัชญาพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การวิจัยแบบทดลองของการวิจัยเชิงคุณภาพ (อารณ, 2536 :7) จึงมีปรัชญาพื้นฐานเช่นเดียวกับปรัชญาของการวิจัยเชิงคุณภาพที่แตกต่างจากการวิจัยเชิง ปริมาณอย่างชัดเจน การวิจัยเชิงคุณภาพมีความเชื่อพื้นฐานตามกระแสแนวคิดของสำนัก ปรัชญาการตีความ (phenomenology, interpretive, natrualism) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจาก ทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ที่เชื่อว่า ความจริงแท้แน่นอนนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎ ธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะธรรมชาติหรือสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปรัชญาการตีความทางสังคมเกิดขึ้นเพราะมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมตามที่ถือ ว่าเหมาะสมตามบริบทที่ตนอาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆ จึงถือว่าข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ผู้ที่จะรู้ดีที่สุดคือผู้ที่เป็สมาชิกของสังคมนั้น จากแนวคิดดังกล่าว การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงอาศัย การทำความเข้าใจปัญหาต่างๆ ที่ต้องการการปรับปรุง แก้ไข หรือหาแนวทางในการพัฒนาโดย การมองปรากฏการณ์นั้นๆ ให้เห็นภาพรวม เน้นกระบวนการตั้งคำถามและเจาะลึกเพื่อให้ สามารถอธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจอย่างแท้จริง เป็นการศึกษาจากปรากฏการณ์หรือสภาพ แวดล้อมตามธรรมชาติ ไม่ควบคุมตัวแปรหรือสร้างสถานการณ์แบบควบคุมหรือทดลอง เน้นการ สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ถูกวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลตามการรับรู้ตามความรู้สึกและตาม ความหมายของผู้ถูกวิจัยซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในประสบการณ์นั้นๆ ผู้ถูกวิจัยจึงมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล กับผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด การวิเคราะห์ข้อมูลอาศัยการพรรณนาและวิเคราะห์แบบอุปนัย (inductive) เมื่อเข้าใจสภาพปัญหา ก็สามารถปฏิบัติกิจกรรม วิเคราะห์กิจกรรมและปรับปรุงการปฏิบัติเพื่อให้ ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาการปฏิบัติงานต่อไป

ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ลักษณะที่สำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสรุปได้ดังนี้ (Kemmis & McTaggart, 1988 : 22 - 25 ; Nolan & Grant, 1993 : 305-311)

1. เป็นการพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (improving by changing)
2. เป็นการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานหรือกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และผู้วิจัยหรือกลุ่มผู้วิจัย (collaborative/ participatory action research) ระดับความร่วมมือจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับเป้าหมายของการวิจัยซึ่งอาจเป็นเพียงการร่วมมือเป็นระยะๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการประยุกต์วิธีการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น หรือเป็นการร่วมมืออย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้
 - 2.1 มีการแลกเปลี่ยนและเปิดเผยค่านิยมของการปฏิบัติงานซึ่งกันและกัน
 - 2.2 ให้ตระหนักรู้ว่าปัญหามีอยู่จริง
 - 2.3 ให้มีความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน
 - 2.4 มีการรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
 - 2.5 มองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงมีทางที่จะเกิดขึ้นได้
 - 2.6 เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน
3. เน้นประเด็นปัญหาที่สัมพันธ์กับสถานการณ์เฉพาะของการปฏิบัติงาน เช่น อัตราการลาออกจากงานสูง ขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานต่ำ ปัญหาการคิดเชื่องช้า เป็นต้น การมีส่วนร่วมในการหยิบยกประเด็นปัญหาของผู้ปฏิบัติงานจะนำไปสู่การวางแผนแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) และการปรับปรุงแผน กระบวนการดำเนินเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง คล้ายกับกระบวนการพยาบาล จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ เป็นการทดลองปฏิบัติในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ โดยอาศัยเทคนิคการสะท้อนของกลุ่ม
4. เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง (critical analysis) เพื่อความเข้าใจสถานการณ์อย่างแท้จริง ตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้นๆ ไม่ใช่แก้ปัญหาอย่างผิวเผิน
5. เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษาและวิธีที่จะพัฒนา กิจกรรมนั้นๆ
6. เป็นกระบวนการทางการเมือง (political process) เพราะการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมักจะมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเสมอ การต่อต้านนี้เกิดขึ้นทั้งผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงาน

7. เป็นการบันทึกความก้าวหน้าและบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติของกลุ่มอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับกิจกรรมที่ศึกษา และวิธีการศึกษา

8. เป็นการศึกษาที่เริ่มจากวงจรเล็ก (กลุ่มเล็ก หรือแม้แต่วิจัยเพียงคนเดียว) แล้วจึงขยายเป็นวงจรใหญ่ (กลุ่มใหญ่ เช่น หอผู้ป่วย, แผนก, ภาควิชา, โรงพยาบาล)

9. มีเป้าหมายอยู่กับการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงาน กระบวนการเปลี่ยนแปลงอาจจะขึ้นกับวิธีการที่ผู้วิจัยคิดไว้ก่อนล่วงหน้า หรือเป็นผลจากการร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการวิจัย ผลสุดท้ายจะได้ข้อเสนอแนะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงาน

10. เป้าหมายสุดท้ายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ การพัฒนาทฤษฎีด้วยกระบวนการวิจัยอาจช่วยให้ได้ทฤษฎีใหม่ หรือดัดแปลงขยายทฤษฎีที่มีอยู่แล้วให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อาศัยกระบวนการวิจัยในรูปวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research spirals) ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การวางแผน (planning) ในขั้นตอนนี้จะมีการสำรวจปัญหาเบื้องต้น (reconnaissance) ก่อนจะตั้งเป้าหมายวางแผนร่วมกัน การปฏิบัติ (action) & การสังเกต (observing) การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) การปรับปรุงแผน (re-planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่พึงพอใจ ดังภาพประกอบ 2

วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่างๆ ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมีแนวทางดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล เพื่อหาคำตอบที่อธิบายสถานการณ์หรือกิจกรรมตามธรรมชาติของกิจกรรมนั้นๆ ทำให้เข้าใจสถานการณ์อย่างถ่องแท้ เข้าใจโครงสร้างวิธีการปฏิบัติ หลักการ และเหตุผลที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ของบุคคลต่างๆ ในสังคมนั้นๆ โดยเน้นความเข้าใจ ความรู้สึก คุณค่า ความหมาย วิธีการปฏิบัติและบทบาทของบุคคลโดยอาศัยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การใช้ข้อมูลเอกสาร และการประชุมกลุ่ม อาจใช้วิธีการต่างๆ ร่วมด้วยเช่น การจดบันทึกภาคสนาม (field notes) การถ่ายรูป การบันทึกแถบเสียง การบันทึกวิดีโอ เป็นต้น

นอกจากความเข้าใจสถานการณ์แล้ว การวิจัยเชิงปฏิบัติการยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการพัฒนากิจกรรมในสถานการณ์นั้นๆ มีความเข้าใจธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง การวางแผน การเปลี่ยนแปลง และการดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

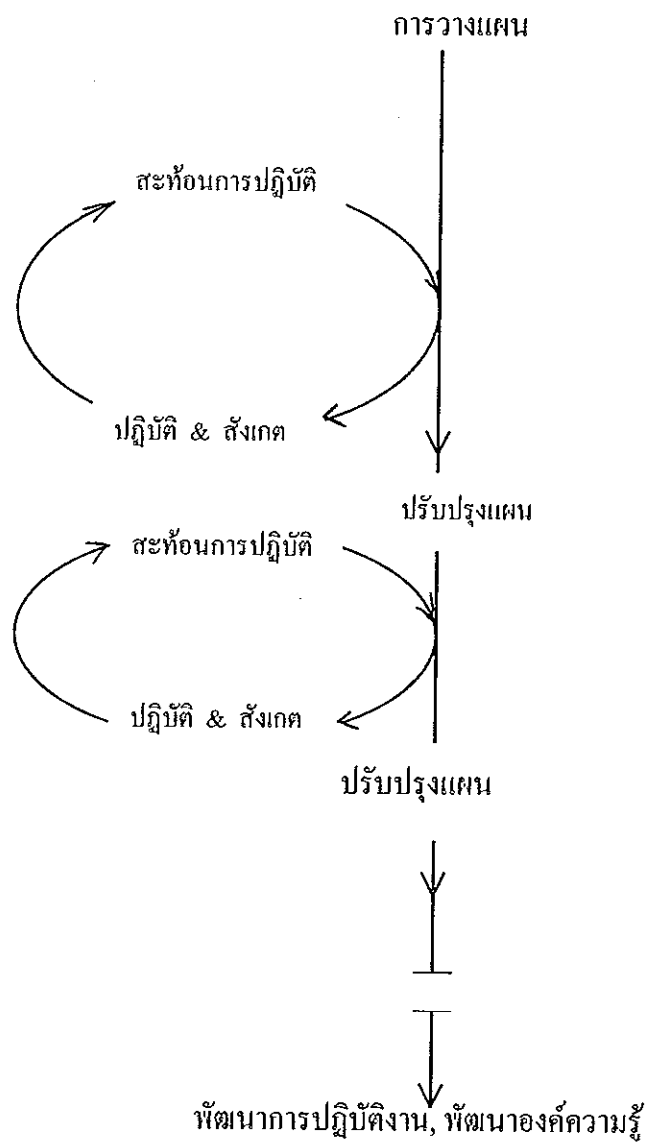
2. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้หลักการของเทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (triangulation techniques) ซึ่งเป็นการยืนยันด้วยข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อทดสอบความเป็นจริงตามธรรมชาติของสถานการณ์นั้นๆ ด้วยวิธีการประเมินให้เกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง (illuminative evaluation) จากข้อมูลที่เป็นตัวอักษร คำบรรยาย รูปภาพ ฯลฯ นำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล (coding and classification techniques) และแยกประเภทเพื่อนำมาสรุปเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี (proposal) โดยใช้เทคนิคการรวบรวมข้อเท็จจริงก่อนแล้วจึงสรุปเป็นหลักการทั่วไป ภายหลัง (grounded theory) เป็นการสรุปจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมให้เป็นนามธรรม การวิเคราะห์ข้อมูลเกิดขึ้นทุกขั้นตอนของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งการวิจัยครั้งสุดท้ายเพื่อสรุปเขียนรายงานการวิจัย เทคนิคที่สำคัญที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอน คือ เทคนิคการประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์วิจารณ์ สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง (critical reflection techniques)

โดยสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ (อากรณ, 2534 : 7)

- 2.1 อธิบายสถานการณ์
- 2.2 ตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง
- 2.3 จัดหมวดหมู่และแยกประเภทตามกลุ่มข้อมูล ตามหัวข้อ (theme) ที่เหมาะสม
- 2.4 เปรียบเทียบข้อแตกต่าง ความคล้ายคลึงของข้อมูลแต่ละประเภทโดยการวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งกับกลุ่มผู้วิจัย
- 2.5 สรุปประมวลเป็นหลักการหรือข้อเสนอเชิงทฤษฎี หรือทฤษฎีซึ่งต้องอาศัยหลักการวิทยาศาสตร์โดยวิธีการอุปนัย (induction) และความรู้เชิงทฤษฎีของผู้วิจัย

3. ความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถือว่ามีความเที่ยงตรงก็ต่อเมื่อข้อมูลเป็นความจริงตามธรรมชาติคือการรับรู้ของผู้ถูกวิจัยตามสถานการณ์จริง รูปแบบหลักการต่างๆ ได้มาจากการวิจัย สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้เป็นหลักในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ส่วนความเที่ยงตรงภายนอกนั้นวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่เน้นว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพราะถือว่ารูปแบบหรือหลักการมีความเหมาะสมตามสถานการณ์และยืดหยุ่นได้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง แต่ถ้าหลักการหรือรูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยทั่วไปก็ถือว่ามีความเที่ยงตรงภายนอก สำหรับความเชื่อมั่นของการวิจัยสามารถทดสอบได้โดยการยืนยันความจริงได้จากข้อมูลหลายแหล่ง

ภาพประกอบ 2 วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research spirals) (อากรณ์, 2534 : 5)



4. ข้อพิจารณาทางจริยธรรม วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการถือว่าจรรยาบรรณของนักวิจัยเป็นสิ่งสำคัญเพราะนักวิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จรรยาบรรณที่ถือปฏิบัติได้แก่ (อากรณ์, 2534 : 7-8)

4.1 การได้รับความยินยอมในกิจกรรม

4.2 การให้ผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทราบผลของการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 การแก้ปัญหาความขัดแย้ง โดยไม่ให้เกิดความเคียดแค้นหรือเป็นอันตรายต่อ
ผู้ถูกวิจัยและผู้ร่วมวิจัย

4.4 การปกปิดชื่อ ชื่อของบุคคลหรือสถานที่ที่ทำวิจัย

ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ข้อดีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่

1. มีกระบวนการวิจัยที่ต่อเนื่อง (dynamic) ชัดเจน ทำให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติงานที่สามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์จริง จึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมการปฏิบัติงานต่างๆ รวมถึงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล เช่น การนำเทคนิค หรือวิธีการใหม่ๆ มาใช้ในการพยาบาล การประยุกต์ผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาล การพัฒนาวิธีการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล การพัฒนาหอผู้ป่วย เป็นต้น
2. ผลการวิจัยทำให้ได้แนวคิดแบบองค์รวม (holistic) ไม่ใช่แบ่งแยกศึกษาส่วนย่อยๆ
3. ตอบคำถามที่ซับซ้อนที่ไม่สามารถตอบได้ด้วยวิธีการเชิงปริมาณ
4. มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความเข้าใจของผู้วิจัย และผู้ถูกวิจัย ทำให้เกิดความเข้าใจปัญหาและยอมรับการเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติงาน
5. เป็นการวิจัยในปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ จึงสามารถประยุกต์ใช้ผลการวิจัยได้ตรงตามสถานการณ์นั้นๆ เป็นการลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ

ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่

1. ไม่มีขอบเขตที่ชัดเจน ทำให้ใช้เวลาในการทำวิจัยมาก ค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะเมื่อต้องจ่ายผู้ช่วยวิจัย
2. เป็นการวิจัยที่มีลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ศึกษา จึงทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในสถานการณ์ทั่วไป แต่หากบริบทของแหล่งศึกษาล้ายคลึงกันก็สามารถนำหลักการที่ได้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัย ที่สามารถลดช่องว่างระหว่างทฤษฎี การวิจัยและการปฏิบัติของพยาบาล ช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย เกิดความร่วมมือและมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานของตน ซึ่งสามารถแบ่งระดับของการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ 3 ระดับดังนี้ (Holter & Schwartz - Barcott, 1993 : 298-304)

1. ระดับปฏิบัติการ (technical collaborative approach) ในระดับนี้เป็นการวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะทดสอบกิจกรรมเฉพาะอย่าง โดยมีกรอบทฤษฎีเป็นพื้นฐาน เพื่อให้ทราบว่าการกระทำที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ปฏิบัติได้จริงหรือไม่ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดรูปแบบที่ต้องการพัฒนา และกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสนใจ และตกลงใจเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมนั้น เช่น งานวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดูแลช่องปากด้วยตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (น้ำทิพย์, 2536) เป็นต้น

2. ระดับความร่วมมือ (mutual collaborative approach) เป็นการที่ผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงานทำการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจในสภาพของปัญหาและสาเหตุของปัญหาร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือปรับปรุงงาน เช่น การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค (สมจิต และคณะ, 2538) การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (วิลาวัล, 2539) เป็นต้น

3. ระดับความก้าวหน้า (enhancement collaborative approach) ในระดับนี้ผู้วิจัยจะมีเป้าหมายหลัก 2 ประการคือ 1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเผชิญกับปัญหา ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และอาศัยแนวคิดต่างๆ มาอธิบายหรือหาแนวทางในการแก้ปัญหา และ 2) เพื่อช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองโดย ผู้วิจัยจะเป็นผู้ตั้งคำถามเพื่อสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติอยู่ ซึ่งให้เห็นความแตกต่างระหว่างกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่กับหลักการที่ควรปฏิบัติ โดยการอภิปรายกลุ่มร่วมกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดปัญหาและความขัดแย้งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ กระตุ้นให้เกิดความคิดริเริ่มที่จะทำให้เกิดการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานเพื่อแก้ปัญหาในการทำงาน เช่น การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา (อาภรณ์และคณะ, 2540 : 231-257) และงานของเวบบ์ (Webb, 1993 : 124) ซึ่งเป็นการพัฒนาการดูแลตนเองและการบริหารจัดการในเรื่องที่พักอาศัยเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยให้ผู้ป่วยและญาติที่พักอาศัยมีส่วนร่วมกับการทีมสุขภาพ พระสงฆ์ ผู้ดูแลอาคาร ในการพัฒนางานการบริหารจัดการในการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ตัวอย่างทั้ง 2 โครงการนี้ใช้เวลาประมาณ 2-4 ปี และต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับอย่างเต็มที่ด้วยความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพงานอย่างแท้จริง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่อาศัยความร่วมมือของผู้วิจัยและผู้ปฏิบัติงานที่จะเข้าใจถึงปัญหาร่วมกันและหาทางแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติ มีการสะท้อนการปฏิบัติ การปรับปรุงแผนร่วมกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่อาศัยความรู้จากทฤษฎี การวิจัยมาปรับปรุงใช้ไปในทาง

ปฏิบัติ ลดช่องว่างได้ เป็นการพัฒนาทฤษฎีที่จะเกิดการปรับปรุงหรือพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีลักษณะเด่น ที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วย และผู้วิจัย ที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อนที่จะผ่าตัด โดยผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวางแผนอย่างมีเป้าหมายตามความต้องการเพื่อการฟื้นฟูสภาพของร่างกายและจิตใจ ได้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยได้ร่วมประเมินปัญหาและสะท้อนปัญหา พร้อมทั้งให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผนและหาวิธีการที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเพื่อทำให้เกิดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะสามารถมาช่วยในการหารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด และเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุมแบบองค์รวมจะเป็นการผสมผสานระหว่างความรู้ทางการพยาบาลและความรู้จากภูมิปัญญาและประสบการณ์ของผู้ป่วย และครอบครัว ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งด้านจิตใจ ร่างกายและสังคม ทำให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เป็นการช่วยเหลือแนะนำที่เป็นรูปธรรมในการดูแลตนเองตามบริบทนั้นๆ นอกจากนี้ เป็นการสร้างและถ่ายทอดอำนาจให้กับผู้ป่วยต่อการเลือกตัดสินใจในการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นเสมือนที่เลี้ยงที่ให้คำปรึกษาให้กับผู้ป่วยได้พัฒนาลักษณะความสามารถในการดูแลตนเอง จากการได้รับความรู้และได้ฝึกปฏิบัติ เลือกลสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองและกลวิธีที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง ทำให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเกิดความร่วมมือ การประสานงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและผู้วิจัย ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะสามารถช่วยให้เกิดการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นรูปธรรมได้ชัดเจนและเหมาะสม

2. โรคมะเร็งเต้านม การรักษา และผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัด

2.1 โรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมในประเทศไทยพบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งที่เกิดในผู้หญิงจากการที่มีอัตราเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จากพฤติกรรมที่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมดังนี้

2.1.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม มีดังนี้ (Dewit, 1992 : 754 ; Beare & Myers, 1994 : 2015 ; Gale & Charette, 1995 : 179)

- 2.1.1.1 ผู้หญิงที่อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม
 - 2.1.1.2 ผู้หญิงที่มีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว อายุน้อยกว่า 12 ปี (menarche)
 - 2.1.1.3 ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนช้า อายุมากกว่า 50 ปี
 - 2.1.1.4 ผู้หญิงที่มีลูกคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี
 - 2.1.1.5 ผู้หญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน ชอบรับประทานอาหารพวกไขมันมากหรือมีภาวะโรคอ้วน (obesity)
 - 2.1.1.6 ผู้หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน หรือได้ฮอร์โมนทดแทนเป็นเวลานาน
 - 2.1.1.7 ผู้หญิงที่ได้รับการสัมผัสกับรังสีเป็นเวลานานๆ
 - 2.1.1.8 ผู้หญิงที่มีประวัติการเป็นโรคถุงน้ำที่เต้านม (fibrocystic breast disease)
- ปัจจัยเสี่ยงของผู้หญิงที่กล่าวมามักพบว่าร้อยละ 25 ที่พัฒนาเป็นมะเร็งเต้านม (Gale & Charette, 1995 : 179)

2.1.2 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็น โรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีการแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อของเต้านม (breast tissue) มะเร็งเต้านมจัดเป็นอติโนคาซิโนมา (adenocarcinoma) ซึ่งมีจุดกำเนิดในอีพิทีเลียมเซลล์ (epithelial cell) และมักพบในท่อน้ำนม (ductal carcinoma) และพบได้น้อยในเต้านม (lobular carcinoma) และมีเพียงร้อยละ 1 ที่เกิดจากเซลล์ที่ไม่ใช่อีพิทีเลียม (non-epithelial cell) (Bear & Myers ; 1994 : 2016 ; Monahan, 1994 : 1896) การเจริญของเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรกเรียกว่า อินไซตู (in situ) การเกิดมะเร็งได้ท่อน้ำนมบริเวณหัวนมเรียกว่า พาเก็ต (Paget's disease) มีขนาดเล็กเป็นชนิดไม่ลุกลาม (non invasive) ตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพมากเป็นบริเวณด้านบนส่วนนอก (upper outer quadrant) ไปจนถึงด้านหาง (tail) พบประมาณร้อยละ 50 (Monahan, 1994 : 1896 ; Gale & Charette, 1995 : 179)

2.1.3 ชนิดของมะเร็งเต้านม

ชนิดของเนื้อเยื่อก่อนในเต้านมจากรายงานการตรวจชิ้นเนื้อ พ.ศ. 2526 - 2535 ที่พบมากทางภาคใต้ของประเทศไทยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีดังนี้ (ธนิต, 2534 : 236; หัซซาและคณะ, 2537 : 22)

2.1.3.1 Infiltrating duct carcinoma พบมากร้อยละ 91.8 มีลักษณะเป็นก้อนแข็งเหมือนหิน ไม่ยี้ดหยุ่น (gritty texture) การพยากรณ์โรคไม่ดี มักพบมีการลุกลามกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้

2.1.3.2 Infiltrating lobular carcinoma พบร้อยละ 3.8 มักจะพบก้อนกระจายไปเต็มมทั้งสองข้าง การพยากรณ์เหมือนกับชนิดท่อน้ำนม (ductal types)

2.1.3.3 In situ duct carcinoma พบร้อยละ 0.8 พบในระยะเริ่มแรกของมะเร็งเต้านม

2.1.3.4 Miscellaneous ชนิดเนื้อเยื่อที่เป็นหลายชนิดปนกันนั้น พบ ร้อยละ 3.6 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมปฐมภูมิทั้งหมด ที่พบทางภาคใต้ใกล้เคียงกับรายงานอื่นในประเทศไทย แต่พบ duct carcinoma ได้บ่อยกว่าประเทศตะวันตกเล็กน้อย มะเร็งชนิด duct carcinoma พบในเต้านมข้างขวาและซ้ายในสัดส่วนพอๆ กัน จากการตรวจ frozen section ของชิ้นเนื้อเต้านมทั้งหมด (หัชชาและคณะ, 2537 : 24)

การพยากรณ์และการคาดการณ์ของโรคมะเร็งในแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน จะขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนมะเร็ง ตำแหน่งที่เป็น ชนิดของพยาธิสภาพที่เป็น การตรวจค่าของ เอสโตรเจนรีเซพเตอร์ (estrogen receptor activity of tumors) การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือไม่ และการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ (metastasis) ในต่างประเทศสามารถตรวจทางนิวเคลียร์ (nuclear grade) การศึกษาล่าสุดสามารถตรวจค่าดีเอ็นเอของเซลล์ (DNA flow cytometry) จะช่วยในการตัดสินใจเป็นแนวทางในการรักษาต่อเนื้อได้ (Beare & Myers, 1994 : 2016; Gale & Charette, 1995 : 140)

2.1.4 อาการและอาการแสดง

มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกอาจไม่แสดงอาการที่ชัดเจนออกมา อาการที่พบได้บ่อยเป็นอาการปวดตึงบริเวณก้อนหรือมีก้อนแข็งๆ ผู้หญิงส่วนมากร้อยละ 90 จะคลำพบก้อนที่เต้านมด้วยตนเองโดยบังเอิญ (Gale & Charette, 1995 : 179) การตรวจค้นหาก้อนหรือมะเร็งที่เต้านมทำได้ง่ายด้วยการคลำตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะดูลักษณะก้อนที่เต้านมได้รักแร้ ก้อนที่พบมีลักษณะอย่างไร แข็ง กลม ตัดแน่น (fixed mass) หรือนุ่ม และมีลักษณะคล้ายฟองน้ำ มีการดึงรั้งของผิวหนัง ทำให้เต้านมรูปร่างเปลี่ยนแปลง มีรอยหยักบุ๋ม (dimpling, retraction) มีน้ำไหลออกจากหัวนมหรือไม่ ลักษณะเป็นเลือดหรือน้ำใส มีการอักเสบของเต้านม ผิวหนังบวมแดง มีการเปลี่ยนแปลงสีของผิวหนังหรือเส้นเลือดขยายบริเวณเต้านม สิ่งเหล่านี้จะสังเกตเห็นได้รูปทรงลักษณะอาการที่ผิดปกติ (Monahan, 1994 : 1897 ; Beare & Myers, 1994 : 2016)

ฝ่ายหอสมุด
ศูนย์หนังสือ อรรถกระวีสุนทร

2.1.5 การวินิจฉัยโรค

การตรวจค้นหาก้อนที่เต้านมหรือการตรวจค้นหามะเร็งเต้านมสามารถทำได้ ด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ถ้าก้อนมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร หรือขนาดของเต้านมใหญ่ คลำค้นหาลำบาก สามารถตรวจเต้านมด้วยวิธีถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านม (mammogram) ที่จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยจากการตรวจร่างกายได้ชัดเจนขึ้นก่อนคลำได้ถึง 2 ปี (ชุมศักดิ์, 2538 : 35) นอกจากนี้ แพทย์อาจใช้วิธีการเจาะหรือผ่าตัดก้อนออกไปตรวจดูความผิดปกติของก้อนเนื้อ บางรายแพทย์จะตรวจดูชิ้นเนื้อแช่แข็ง (frozen - section) เป็นการพิจารณาให้แน่ชัดก่อนที่จะตัดเต้านมออกหรือผ่าตัดก้อนเท่านั้น (Bear & Myers, 1994 : 2017)

2.1.6 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมทางคลินิก (staging of breast cancer)

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมมักจะแบ่งตามการแพร่กระจายของก้อนเนื้อไปยังอวัยวะอื่นๆ (tumor node metastasis classification) หรือระบบทีเอ็นเอ็ม (TNM classification) (Groenwald, 1993 : 928 - 929)

T = Tumor หมายถึง ขนาดของก้อนเนื้อที่คลำได้ ($T_1 - T_4$)

T_{is} = มะเร็งระยะเริ่มแรก (Carcinoma in situ) ไม่พบก้อนเนื้อ

T_1 = ขนาดของก้อนเนื้อน้อยกว่า 2 เซนติเมตร

T_2 = ขนาดของก้อนเนื้อมากกว่า 2 เซนติเมตร แต่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร

T_3 = ขนาดของก้อนเนื้อมากกว่า 5 เซนติเมตร

T_4 = ขนาดของก้อนเนื้อขนาดใดก็ได้แต่มีการยึดติดกับผนังช่องอกหรือผิวหนัง

N = Node หมายถึง คอมน้ำเหลืองที่รักแร้คลำได้ ($N_0 - N_3$)

N_0 = คลำคอมน้ำเหลืองที่รักแร้ไม่ได้

N_1 = คลำคอมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวได้ คอมน้ำเหลืองนั้นเคลื่อนไหวได้

N_2 = คลำคอมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันได้ และคอมน้ำเหลืองยึดติดแน่น เคลื่อนไหวไม่ได้

N_3 = มีการกระจายคลำคอมน้ำเหลืองที่ใต้ หรือแอ่งเหนือกระดูกไหปลาร้า (supraclavicular) ข้างเดียวกันได้

M = Metastasis หมายถึง การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง ($M_0 - M_1$)

M_0 = ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

M_1 = มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

การแบ่งระยะต่างๆ ของโรคมะเร็งเต้านมแสดงได้ ดังตาราง 1 (American Joint Committee on Cancer, 1992 : 153-154 , Monahan, 1994 : 1897)

ตาราง 1 แสดงการแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม

Stage	Tumor size (T)	Nodes (N)	Metastasis (M)
I	T ₁	N ₀	M ₀
IIA	T ₀ - T ₁	N ₁	M ₀
IIB	T ₂	N ₀	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀	M ₀
IIIA	T ₀ - T ₂	N ₂	M ₀
IIIB	T ₃	N ₀ , N ₁	M ₀
	T ₃	N ₂	M ₀
	T ₄	ANY N	M ₀
	ANY T	N ₃	M ₀
IV	ANY T	ANY N	M ₁

2.2 การรักษามะเร็งเต้านม (Treatment strategies) (Cleark , et al. 1992 : 417)

การรักษาด้วยวิธีการใดจะขึ้นอยู่กับระยะของโรค ตำแหน่งของก้อนการกระจายไป ต่อม น้ำเหลืองและอวัยวะใกล้เคียงจะประเมินจาก ประวัติ อาการ การถ่ายภาพ X-ray การทำ Bone scan การตรวจร่างกาย ตลอดจนการตรวจค่าฮอร์โมน estrogen receptor (ER) และ progesterone receptors (PR) ก่อนที่แพทย์จะตัดสินใจในการรักษา วิธีการที่นิยมในระยะเริ่มแรก คือการทำผ่าตัดเต้านม (mastectomy) และมีการรักษาร่วม (adjuvant therapy) ด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และฮอร์โมนบำบัดหรือร่วมกับทำหลายวิธี (Monahan, 1994 : 1897) มีแนวทางการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในแต่ละระยะของโรค ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าว เรื่องแผนการรักษาโรคมะเร็งเต้านมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (คณะกรรมการรักษาโรคมะเร็ง หน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2537 : 52 - 56) เพราะว่าโรงพยาบาลที่ศึกษาใช้แนวทางและแผนการรักษาของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดังนี้

2.2.1 ระยะของโรครุน 1 และ 2 (Stage 1 -2) เป็นระยะต้นใช้การรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งมี 2 วิธี ตามแต่สัณยแพทย์จะพิจารณาในแต่ละราย

วิธีของการผ่าตัด

2.2.1.1 การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (conservative breast surgery) เป็นการผ่าตัด แก่ก้อนเนื้อออกและเลาะต่อมน้ำเหลืองออก (axillary node dissection) ถึงระดับ 2 (แล้วแยก ต่อมน้ำเหลืองในระดับ 2 ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา) หลังจากผ่าตัดแล้วจะส่งผู้ป่วยฉายรังสีทุกราย

2.2.1.2 การผ่าตัดถอนรากแบบดัดแปลง (modified radical mastectomy) เป็นการ ผ่าตัดที่นิยมใช้มากที่สุด จะเป็นการผ่าตัดเลาะเต้านมออก เนื้อเยื่อไขมันบริเวณรักแร้ สำหรับเฉพาะ ที่สถาบันนี้จะเก็บกล้ามเนื้อเพคโตราลิสไมเนอร์ (pectoralis minor muscle) ไว้และเลาะต่อม น้ำเหลืองออกถึงระดับ 2 แยกต่อมน้ำเหลืองในระดับ 2 ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

2.2.2 ระยะของโรครุน 3 (Stage III) ถือเป็นการลุกลามเฉพาะที่ (locally advanced breast cancer) ให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษา ว่าจะผ่าตัดหรือจะให้การรักษาด้วยยา เคมีบำบัด (CMF) หรือให้ยาเคมีบำบัดก่อนแล้วตามด้วยการผ่าตัดหรือฉายรังสีรักษา

2.2.3 ระยะของโรครุน 4 (Stage IV) มีการลุกลามไปสู่อวัยวะอื่น (distant metastasis) ให้อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ ซึ่งจะพิจารณาให้ฮอร์โมนรักษาหรือยาเคมีบำบัด

หลังจากผ่าตัดใช้การรักษาร่วมด้วยการส่งผู้ป่วยไปฉายรังสีหรือและให้ยาเคมีบำบัด ขึ้น อยู่กับดุลพินิจของแพทย์ที่รักษาโดยจะพิจารณาจากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลือง ประกอบ ถ้าผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองให้ผลบวก ต้องให้การรักษาร่วม (adjuvant therapy) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการรักษาร่วมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พบต่อมน้ำเหลืองให้ผลบวก

การตรวจเอสโตเจน รีเซพเตอร์ (estrogen receptor)	การรักษา ช่วงก่อนหมดประจำเดือน (pre-menopause)	การรักษา ช่วงหลังหมดประจำเดือน (post-menopause)
ไม่รู้	ยาเคมีบำบัด (CMF) 6 คอร์ส	ยาเคมีบำบัด (CMF) 6 คอร์ส ยาค้านฮอร์โมนเอสโตเจน (Tamoxifen) 2 - 5 ปี
ผลบวก	ยาเคมีบำบัด (CMF) 6 คอร์ส ยาค้านฮอร์โมนเอสโตเจน (Tamoxifen) 2 - 5 ปี	ยาค้านฮอร์โมนเอสโตเจน (Tamoxifen) 2 - 5 ปี บางราย พิจารณายาเคมีบำบัดร่วม
ผลลบ	ยาเคมีบำบัด (CMF) 6 คอร์ส	ยาเคมีบำบัด (CMF) 6 คอร์ส อาจพิจารณาให้ยาทาโมซิเฟน 2-5 ปี

2.2.4.2 การรักษาต่อเนื่องด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) ใช้เวลา 3-6 เดือนที่นิยมใช้ มีอยู่ 4 สูตร (Clark et al., 1992 : 419) คือ

สูตร 1 CMF (cyclophosphamide, methotrexate, 5-fluorouracil) นิยมใช้มากที่สุด ยาเข็มแรกและเข็มที่ 2 ห่างกัน 8 วัน และให้รับประทานยา endoxan 1x3 ๑ p.c.x14 วัน นัดมาฉีดอีกทุก 28 วันจนครบ 5 คอร์ส (course)

สูตร 2 CAF (cyclophosphamide, adriamycin (doxorubicin), 5-fluorouracil)

สูตร 3 CMFVP (cyclophosphamide, methotrexate, 5-fluorouracil, Vincristin prednisolone)

สูตร 4 AC (adriamycin & cyclophosphamide)

การรักษาด้วยเคมีบำบัดอาจให้ร่วมกับฮอร์โมน พบว่าเพิ่มผลการตอบสนองที่ดีขึ้นแต่จะไม่ช่วยเพิ่มระยะเวลาของการมีชีวิตรอด ผลข้างเคียงของยา มีอาการคอแห้ง ปากแห้ง มีคลื่นไส้ อาเจียน อาจมีแผลในปาก ปัสสาวะสีแดงเข้ม มีการอักเสบกระเพาะปัสสาวะ ถ้าดื่มน้ำน้อย

สรุป การรักษาที่โรงพยาบาลที่ศึกษา ใช้แนวทางของแผนการรักษาโรคมะเร็งเต้านมเหมือนกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะใช้วิธีการผ่าตัดถอนรากแบบตัดแปลง โดยจะเก็บกล้ามเนื้อเพคโตราลิสมัดเล็กไว้ ซึ่งจะแตกต่างจากที่อื่นเหมือนกับการผ่าตัดเต้านมออกอย่างง่าย ร่วมกับการเจาะต่อมน้ำเหลืองออกถึงระดับ 2 (axillary node dissection level II) และมีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา อาจร่วมกับฮอร์โมนรักษา ขึ้นอยู่กับระยะวัยของผู้ป่วย ก่อนหรือหลังหมดประจำเดือน การรักษาต่อเนื่องมีความจำเป็นมีผลให้อุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำของโรคลดลงเพราะมีการถูกลำไ้ไปตามระบบน้ำเหลืองและเลือดได้แนวโน้มนการมีชีวิตรอดระยะแรกๆ ที่ยังไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองจะมีโอกาสรอดใน 5 ปี ถึงร้อยละ 85 และร้อยละ 75 ภายใน 10 ปี โอกาสรอดจะน้อยลงถ้ามีการถูกลำไ้ไปต่อมน้ำเหลืองมักจะกลับเป็นซ้ำอีกภายใน 5-10 ปี ต้องมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

2.2.5 แนวทางการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (breast cancer protocol)

โดยคณะกรรมการรักษาโรคมะเร็ง หน่วยมะเร็ง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2537 : 51-55) เสนอแนวทางการติดตามผลการรักษา ดังนี้

2.2.5.1 ใน 1 ปี แรกภายหลังการผ่าตัด นัดผู้ป่วยมาติดตามนัดทุก 1 - 2 เดือน ทำการตรวจร่างกายโดยละเอียด

2.2.5.2 ตรวจเม็ดเลือด (CBC) ตรวจเลือด เพื่อดูการทำงานของตับ (LFT) และเอกซเรย์ปอด ทุก 2 - 3 เดือน ในปีแรกและทุก 4 - 6 เดือน ในปีที่ 2

2.2.5.3 อัลตราซาวด์เต้านมทุก 1 ปี หรือเมื่อมีความผิดปกติของเต้านมจากการตรวจเลือด

2.2.5.4 เอกซเรย์กระดูก (bone Scan) ทุก 1 ปี

2.2.5.5 ตรวจเอกซเรย์เต้านม (mammogram) ทุก 1 ปี

2.2.5.6 ในช่วงปีที่ 2 ภายหลังผ่าตัด นัดผู้ป่วยมาตามนัด (follow up) ทุก 2-3 เดือน ทำการตรวจซ้ำ เช่นเดียวกับปีแรก

2.3 ผลกระทบจากการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม

ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอก หรือเนื้อร้าย มะเร็ง และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออก ย่อมมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ร่างกายและสังคมของผู้ป่วย ครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 ผลกระทบจากการได้รับการวินิจฉัย : เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ผู้หญิงที่กล่าวหรือตรวจพบก้อนที่เต้านม พบสิ่งผิดปกติและได้รับการตรวจระยะแรกจากแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอก ต้องผ่าตัดตรวจหรือบอกว่าเป็น มะเร็ง การได้รับคำตอบไม่ว่าเป็นเนื้องอก มะเร็ง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ช็อค ปฏิเสธ โกรธ สับสน กลัว (William Watt, 1989 : 35-37) จะสร้างความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ ในระยะนี้ผู้ป่วยกลัวคำว่า “โรคมะเร็ง” การรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งว่า เป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคที่รุนแรง มีอันตรายถึงชีวิต สามารถกระจายไปสู่อวัยวะอื่นของร่างกายได้ เกิดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน ทั้งจากการเจ็บป่วยภาวะสุขภาพและผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ต้องพึ่งพาช่วยเหลือตนเองได้ลดน้อยลงและกลัวตาย รวมทั้งผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจต่อการที่จะบอกผลการวินิจฉัยแก่สามีญาติพี่น้องหรือเพื่อน คือ ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น เนื้องอกร้ายแรง มะเร็ง ทำให้การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยมีผลให้เกิดความวิตกกังวลที่จะแสดงออกกับร่างกาย ดังนี้ นอนไม่หลับ ครุ่นคิด เศร้าโศก เสียใจรับประทานอาหารไม่ได้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เพราะร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน (Anderson, 1988 : 36 –37 ; Loveys & Katherine, 1991 : 77)

2.3.2 ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจมาก จากสภาพจิตใจที่ไม่สามารถปรับตัวรับสภาพต่อการรักษาได้และภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยๆ หลังการผ่าตัดมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง พอที่จะสรุปผลกระทบในแต่ละด้านดังนี้

2.3.2.1 ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเครียด ความวิตกกังวลสูงตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นภาวะของการที่บุคคลต้องเผชิญถึงแวดล้อมใหม่ ต้องปรับตัว และยังมี ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยด้วย (อรรณพ, 2532 : 1 - 4) ผู้ป่วยบางคนกลัว

อันตรายจากการดมยาสลบ กลัวการผ่าตัด กลัวเจ็บปวด กลัวการสูญเสียแขนง เพศหญิงมีความวิตกกังวลแสบมากกว่าเพศชายโดยเฉพาะการผ่าตัดบริเวณอวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ทางเพศ (ขนิษฐา, 2534 : 16)

2.3.2.2 ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน (ผ่องศรี, 2527 : 287-289) ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดแผล ผ่าตัด อาจมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพได้ ผู้ป่วยจะไม่กล้าขยับเคลื่อนไหว กลัวยื่นปวด กลัวแผลแยกได้ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

ก. ผลกระทบด้านร่างกาย

(1) การมีเลือดและน้ำเหลืองคั่งอยู่ใต้แผล (hematoma , seroma) พบมากหลังผ่าตัดคอนรอกแบบดัดแปลง เนื่องจากการผ่าตัดด้านมต้องเจาะเข้าใต้ผิวหนังเป็นบริเวณกว้าง และต่อมน้ำเหลืองออก หลังการผ่าตัดมีน้ำเหลืองซึมออกมาได้มาก แม้ว่าจะได้มีการป้องกันมิให้เลือดและน้ำเหลืองคั่งอยู่ในแผลโดยการใช้ท่อระบาย (drainage) แบบใช้เครื่องดูดต่อเนื่อง (Continueous Suction) หรือ ใช้ขวดสุญญากาศ (Radivac drain) ซึ่งบางครั้งเลือดออกมากหรือท่อระบายอุดตัน ทำให้เกิดลิ่มเลือดตกค้าง หรือการถอดท่อระบายเร็วเกินไปทำให้เกิดลิ่มเลือด น้ำเหลืองตกค้าง อาจทำให้เกิดแผลติดเชื้อ (ธนิต, 2534 : 251) มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย และวิตกกังวล ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดน้ำเหลืองคั่งได้แก่ ผู้ป่วยอายุมาก อ้วน การได้รับการฉายแสงก่อนผ่าตัด การใช้แขนเร็วหลังผ่าตัด ประสบการณ์ของแพทย์ผ่าตัด (ตำแหน่งที่ลงผ่าตัด การเย็บปิดเนื้อเยื่อ(skin flap) การปิดแผลแน่น (pressure dressing) และการวางตำแหน่งท่อระบายน้ำเหลือง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดช่วยลดการเกิดน้ำเหลืองคั่ง (Chilson, et al., 1992 : 753)

(2) การบวมของแขน (lymphoedema) พบได้บ่อยภายหลังการผ่าตัดด้านม (Woods & Mortimer, 1995 : 467 - 468) การบวมของแขนอาจเกิดขึ้นทันทีภายหลังผ่าตัด หรืออาจเกิดหลังผ่าตัดไปแล้ว 1-5 ปีก็ได้ (Aitken and Minton, 1983 : 1342) อาจเนื่องจากการตัดต่อมน้ำเหลืองได้รั้งหรือการฉายรังสีที่รั้งรั้ง การยกของหนักมากๆ และการบีบรัดทางไหลเวียนกลับของน้ำเหลืองที่แขน ทำให้อ่อนน้ำเหลืองอุดตันจึงทำให้เกิดแขนบวม(ธนิต, 2534: 250)

(3) ข้อไหล่ข้างเดียวกับที่ผ่าตัดด้านมถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (limitation of movement at the shoulder joint) พบมากในผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดด้านมชนิดคอนรอกแบบดัดแปลง แผลผ่าตัดใหญ่ลึก ถึงแอ่งบริเวณรักแร้ แผลเกิดเนื้อตายและเกิดการขึงของเลือดของน้ำเหลือง จึงทำให้เกิดเป็นเยื่อพังผืดมารัดบริเวณรักแร้ และพบว่าองศาของการเคลื่อนไหวข้อไหล่จะลดน้อยลงไปอีกถ้าผู้ป่วยมีการรักษาด้วยรังสีรักษาที่จะเกิดการหดรั้งมากขึ้น (Aitken & Minton,

1983 : 1345) หรืออาจเกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยเจ็บปวดแผล จึงไม่ขยับแขนและข้อไหล่และการดึงแขนแบบตัวตลอดเวลาติดต่อกันเป็นเวลานาน ขาดการบริหารแขนและข้อไหล่ ก็จะทำให้ข้อไหล่ติดแข็งได้

(4) อาการชาบริเวณคั่นแขนด้านใน (numbness & heaviness) เป็นเพราะเส้นประสาทที่มาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้น (intercostobrachial nerve) ถูกตัดขาดมีอาการมือชาหนักๆ ถ่วงๆ ปวดบริเวณท้องแขน อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยรำคาญ ไม่สุขสบายได้

(5) อาการปวดส่วนที่ถูกตัดออกไป (phantom pain) ปวดเสียวตึง ร้าวเป็นพักๆ บริเวณเด้านที่หายไป ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเสมือนว่ามีเด้านมอยู่ ทำให้ปวดเสียวเกิดความไม่สุขสบาย

(6) เส้นประสาทถูกกดเบียด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับอาการบวมของแขน พบได้บริเวณคอและข้อมือ เส้นประสาทถูกกดเบียดบริเวณข้อมือ โดยมีอาการมือหนักตึง ปวด และชาแขน และมีการบวมของแขนร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมาก

(7) มีความผิดปกติของรูปทรงในการทรงตัว จะปรากฏให้เห็นที่ส่วนไหล่และส่วนหลัง นั่นคือผู้ป่วยเมื่ออยู่หรือยืน นั่ง ยืน เดิน จะสังเกตได้ว่ามีไหล่เอียง ไหล่เอียงหลังโก่ง ซึ่งผลเสียของการทรงตัวไม่ดีคือจะเมื่อยล้าได้เร็ว และสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี

ข. ผลกระทบด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเศร้าเสียใจในการสูญเสียเด้านมสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย และมีการสูญเสียภาพลักษณ์ อีกทั้งยังมีความวิตกกังวล กลัวเจ็บปวด การกลืนซ้ำของโรคกลัวตาย และปัญหาของเพศสัมพันธ์ (Schover, 1991 : 112 - 113) การสูญเสียความภาคภูมิใจ การทำงานของแขนข้างเดียวกับการทำการผ่าตัดทำงานได้ไม่เต็มที่มีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือทำกิจกรรมได้เช่นเดิม อาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง บางครั้งต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงานใหม่ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ (Tarrier, 1984 : 29 - 30; Northous, 1988 : 276-283 ; Stern, 1990 : 506 - 508) การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและอารมณ์ที่ซึมเศร้า มีผลทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าสังคมไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มักพบว่าผู้ป่วยแยกตัวออก (ปีทมา, 2533 : 23 -24) การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเด้านมภายหลังตัดเด้านมจะมีความสัมพันธ์กับการช่วยเหลือสนับสนุนของครอบครัวและสังคม จากการศึกษาของ เฟเธอร์และเวนสเทอค (Feather & Wainstock, 1989 : 293 - 300) เรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเด้านมภายหลังการผ่าตัดกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายช่วยเหลือตอนที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยที่แต่งงานหรือแม่หม้ายมีการรับรู้การช่วยเหลือเหมือนกัน ส่วนผู้ป่วยที่หย่าร้างและยังไม่แต่งงานขาดการช่วยเหลือน้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยจะมีปัญหาทางด้านอารมณ์มาก

จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือให้กำลังใจ ผู้ป่วยที่ยังไม่แต่งงานหรือแต่งงานใหม่ๆ ต้องการที่ปรึกษาและผู้ที่ให้กำลังใจมากต่อการเผชิญปัญหา ซึ่งลาสรีและคณะ (Lasry et al., 1987 : 530) ได้ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมและเต้านมออกได้พบว่า ภาวะจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดมีปัญหาทางด้านจิตใจ 3 เรื่องด้วยกันคือ

(1) ความทุกข์ทรมานของจิตใจ ในช่วงแรกของการได้รับการวินิจฉัยและการผ่าตัดมักมีอาการซึมเศร้า มีความวิตกกังวล กลัว โกรธร่วมด้วย

(2) การดำเนินชีวิตประจำวัน จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การผ่าตัด การใช้แขน ความไม่สุขสบายของร่างกาย ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงมีผลต่อเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย คิดกังวล กลัวสามีรังเกียจ

(3) การกลัวการกลับเป็นซ้ำ กระทั่งถึงความรุนแรงของโรครักษาไม่หายขาด อาจมีการถูกลามของโรค เกิดความรู้สึกลึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคต

ค. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การรักษาต้องใช้ค่าใช้จ่ายทั้งค่าผ่าตัดรักษา ค่ายา และการรักษาร่วม ที่ต้องใช้เวลานาน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ มีเศรษฐกิจฐานะไม่ดีก็จะมีปัญหามาก ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ การรักษาที่ต่อเนื่องในการติดตามการรักษา ถ้าขาดข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยสนับสนุนก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ขาดการรักษา มีผลทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง หรือหยุดการรักษาไม่มาตามที่แพทย์นัดตรวจเป็นระยะๆ ทำให้การเกิดกลับซ้ำของโรคสูงขึ้น

ดังนั้น การเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยการได้รับการผ่าตัดเต้านมเป็นสถานการณ์ที่คุกคามและก่อให้เกิดความเครียด แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นมีความกลัว วิตกกังวล ความไม่แน่นอนต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงๆ ของการรักษาที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการปรับตัว ปรับใจ ให้สามารถดูแลตนเองฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมได้รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านแหล่งประโยชน์และข้อมูลที่จะทำให้ผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นไม่มีหรือลดน้อยลง ปรับตัวได้กับชีวิตใหม่ต่อการเจ็บป่วยให้รวดเร็ว จึงเป็นบทบาทการช่วยเหลือดูแลของระบบการพยาบาลในการส่งเสริมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมีจุดเน้นที่ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเองหรือมีความพร่องในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดให้ถึงระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ และการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (the theory of nursing system) 2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (the theory of self care deficit) 3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (the theory of self care) และ 6 มโนคติ คือ การดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลและความสามารถทางการพยาบาล ในที่นี้ขอกล่าวเฉพาะระบบการพยาบาล

3.1 ระบบการพยาบาล

โอเร็ม (Orem, 1991 : 62-63) กล่าวว่าเกี่ยวกับระบบการพยาบาลว่าเป็นผลที่ได้มาจากการปฏิบัติของพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามสภาวะของผู้ป่วยในเวลานั้น ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลได้ใช้ความสามารถทางการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย หรือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง น้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ระบบการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มาจาก 1) พยาบาลรับรู้ความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) พยาบาลมองเห็นขั้นตอนในการพัฒนาผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาลและการใช้ความสามารถทางการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาลที่จึงใจพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ระบบการพยาบาลจะได้แบ่งตามข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยออกเป็น 3 ระบบ คือ ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory system) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive - educative system) ในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะระบบทดแทนบางส่วนและระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนี้

3.1.1 ระบบทดแทนบางส่วน (Orem et al., 1995 : 310-311) จะเป็นการรับผิดชอบร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยกับพยาบาลที่จะต้องมีเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการสนองตอบต่อความต้องการการดูแล

ตนเองที่ จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่ จำเป็นซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ สำหรับกิจกรรมของการพยาบาลจะช่วยปฏิบัติกิจกรรมทดแทนที่ ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เอง และชดเชยข้อจำกัดพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ส่วนลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการพยาบาลในระบบนี้ได้แก่ 1) ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจาก โรคหรือการรักษาของแพทย์ 2) ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น และ 3) ขาดความพร้อมในการ เรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.1.2 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ระบบนี้จะนำไปใช้ เมื่อผู้ป่วยขาดความรู้หรือ ทักษะและผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง อาจเกิดจากต้องใช้เทคนิคที่ซับซ้อนหรือไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้ ซึ่งระบบนี้จะช่วยให้ผู้ป่วย สามารถ ตัดสินใจควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองและมีความรู้และทักษะที่ถูกต้อง โดยวิธีการ ช่วยเหลือ 4 วิธี คือ การสนับสนุน (support) การชี้แนะ การจัดเตรียมและพัฒนาสิ่งแวดล้อม (providing a developmental environment) และการสอน (teaching) (รายละเอียดอยู่ในบทบาท ของพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดหน้า 37)

3.2 การพยาบาลของโอเร็มกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action & goal oriented) ที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงระยะเวลานั้น เมื่อทำไปแล้วจะคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลตลอดจนการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล (Orem, 1991 : 138 - 140)

โอเร็ม (Orem, 1995 : 164 - 165) ได้กล่าวถึงระยะของการดูแลตนเองที่เป็นสิ่งที่ตั้งใจที่จะกระทำอย่างมีเป้าหมายได้แบ่งเป็น 2 ระยะคือ (ดังแสดงในภาพประกอบ 3)

ระยะที่ 1 การคาดการณ์ก่อนการกระทำ เป็นระยะที่หาข้อมูลความรู้ สืบสวน การ สะท้อนความเข้าใจที่จะเกิดการพิจารณา หาความหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่จะกระทำอย่างวิเคราะห์ ตั้งเคราะห์และการสะท้อนคิดพิจารณา เกี่ยวกับสิ่งที่กระทำว่าสามารถปรับเปลี่ยนได้หรือไม่ซึ่งได้ใช้ความรู้ในการตัดสินใจที่จะกระทำตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ

ระยะที่ 2 การตัดสินใจกระทำ เป็นการวางแผนการ ที่จะกระทำให้สู่เป้าหมายตามที่ต้องการโดยกำหนดการกระทำตามลำดับขั้นตอนที่ได้วางแผนมีการควบคุมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าไม่ตรงตามเป้าหมาย ก็จะปรับเปลี่ยนวิธีการ มีการประเมินผลต่อเนื่องภายใต้การเรียนรู้ให้ตรงสู่เป้าหมาย ซึ่งการกระทำตามความเข้าใจที่นำสู่การกระทำอยู่ 3 ช่วงคือ 1) การสืบสวนหา

ข้อมูล (investigate) 2) การลงมือปฏิบัติกระทำ (transitional) และ 3) ผลที่เกิดจากการกระทำ (production) การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนกระทั่งกลับไปมีชีวิตที่มั่นคงตามแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเริม มีดังนี้

3.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่จะต้องปรับให้เหมาะสมทั้งระบบพัฒนาการและจุดประสงค์ ดังนั้น กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องผ่าตัดเต้านม คือ

3.2.1.1 การได้รับอากาศที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการวางยาสลบ จะทำให้มีอาการไอ มีเสมหะในลำคอ อาจทำให้หายใจไม่สะดวก ฉะนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการไอที่มีประสิทธิภาพ (effective cough) การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องที่จะช่วยให้การหายใจเข้าออกได้เต็มที่ และการหายใจเข้าออกลึกๆ (deep breathing) ปอดขยายตัวได้เต็มที่ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเพื่อจะได้ดูแลตนเองหลังการผ่าตัดได้

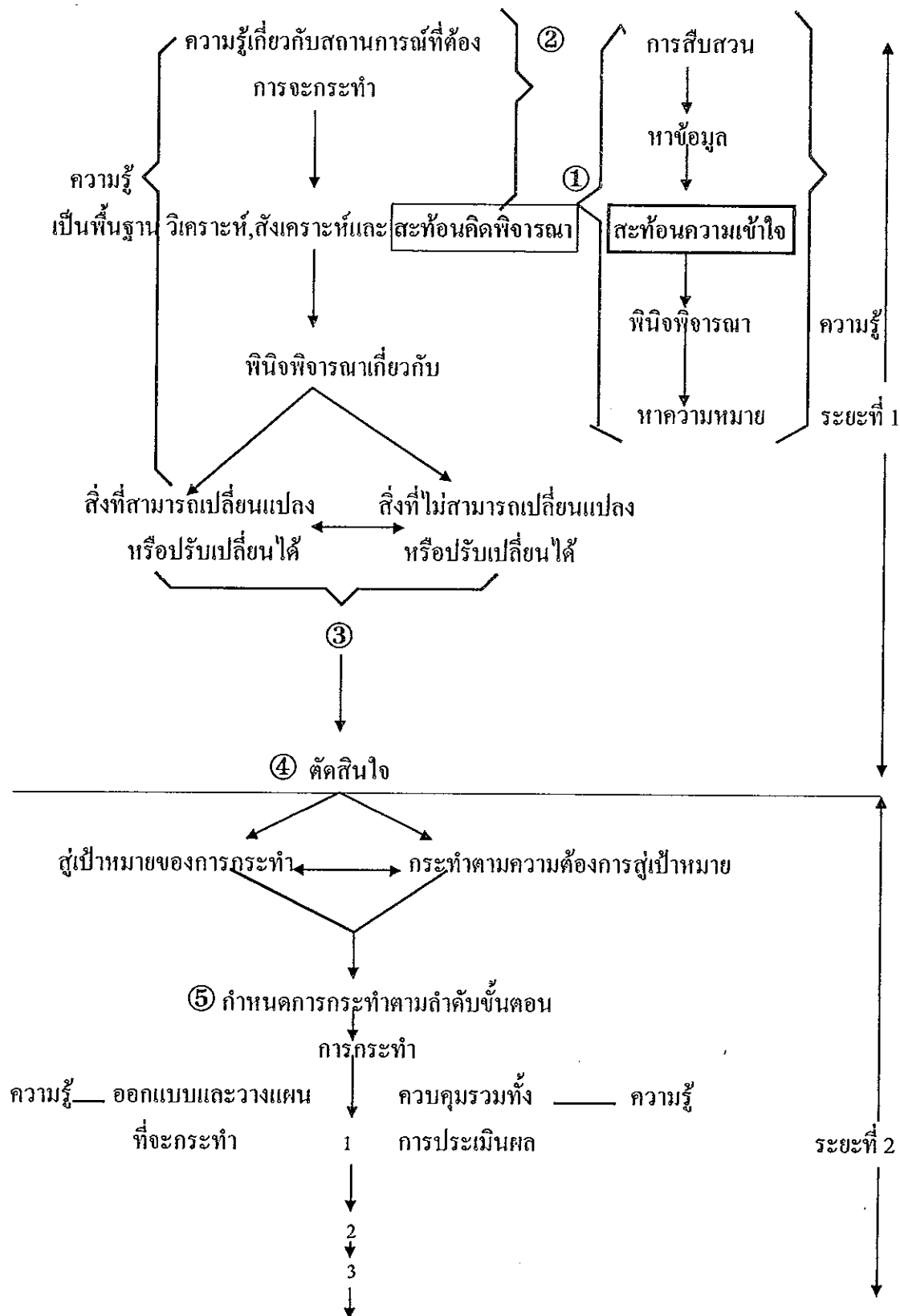
3.2.1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารที่เพียงพอ

จากปัญหาความเครียดมีผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง และขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารที่ช่วยการหายแผลได้เร็วขึ้น ต้องได้รับสารอาหารพวกโปรตีน และวิตามินซีที่เพียงพอจะกระตุ้นให้แผลหายเร็วโดยการรวมตัวของคอลลาเจน (collagen) ได้มากขึ้น (อุทุมพร, 2531 : 248) ตลอดจนอาหารที่จะช่วยด้านโรคมะเร็ง ลดอัตราการเกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ พวกไขมันต่ำ (low fat diet) พวกผัก ผลไม้ ธัญญาพืช เห็ด อาหารพวกผักที่มีเบต้าแคโรทีนสูง วิตามิน อี และวิตามินซี ที่เพียงพอ (Henderson, 1995 : 2053) ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจ ปฏิบัติตัวเรื่องรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเพียงพอ รวมทั้งน้ำดื่มให้มากเพียงพอที่จำเป็น ช่วงหลังผ่าตัด ช่วงการได้รับเคมีบำบัด เป็นต้น

3.2.1.3 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ

ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้รับการใส่ท่อระบายเลือดน้ำเหลืองที่ค้างจากแผลผ่าตัด ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงการระบายเลือด การดูแลหลอดเลือดพยาบาลสามารถทำงานได้ดีหรือไม่ การระวังการหักทับท่อระบาย ตลอดจนการสังเกตสี จำนวนที่ระบายออกมาที่จะสามารถขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ได้ การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระอาจมีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียด อาจมีอาการปัสสาวะบ่อย ท้องเดิน หรือ ท้องผูกได้ ต้องมีการดูแล

ภาพประกอบ 3 ระยะเวลาของการดูแลตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย (Orem 1995 : 165)



ตนเองที่จะลดความเครียดและการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการดังกล่าวหรือมีวิธีการจัดการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขึ้น

3.2.1.4 การคงความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

การทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกายของผู้ป่วยจะลดลงจากความเจ็บปวดแผล การใช้แขนข้างที่ผ่าตัดด้านมจะลดลง มีความจำเป็นต้องมีการบริหารข้อไหล่และแขน ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฟื้นฟูสภาพในแต่ละช่วง และระดับของการออกกำลังกายแต่ละขั้น (Walter & Miller, 1985 : 28) และประโยชน์ของการออกกำลังกาย รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับวิธีการและหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อให้การออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มาริสตา, 2535 : 20) ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับพักผ่อนด้วย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังผ่าตัดจากความเครียด สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ป่วยอาจพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับ ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเอง หาวิธีการให้นอนหลับพักผ่อนได้ อาจใช้หลายๆ วิธีเช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลาย การดื่มเครื่องดื่มพวกนมอุ่น รวมทั้งการรับประทาน ยานอนหลับ ถ้าไม่สามารถ จัดการปัญหาดังกล่าวได้

3.2.1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพ

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการเกิดแขนขม ข้อมือติด การดูแลแผล การเช็ดตัว ไม่อาบน้ำในระยะที่แผลยังไม่ตัดไหม ไม่ควรเกาแผล การวางแขนสูงเหนือระดับหัวใจ บนหมอน รวมทั้งการนั่ง เดิน การยกแขนสูงไว้เสมอ การบริหารข้อไหล่อย่างต่อเนื่อง การระวังไม่ให้วัดความดันโลหิต เจาะเลือด ไม่ให้เกิดบาดแผลที่แขนข้างที่ผ่าตัดด้านม มีการพักแขน รู้จักวิธีการดูแลแขนที่ป้องกันอันตรายอาจเกิดขึ้นหลีกเลี่ยงการใส่แหวน ใส่เสื้อแขนยาวเมื่อต้องเดินทาง ไม่อยู่ใกล้เตาไฟเป็นเวลานานการเลือกเสื้อผ้าชั้นในที่เหมาะสมตลอดจนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทุกเดือน (ชุมศักดิ์, 2538: 35) การป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ในระยะ 2 ปี เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันการกลับซ้ำของโรคเพราะการตั้งครรภ์มีผลต่อระดับการเพิ่มของฮอร์โมนเอสโตรเจน จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยคุมกำเนิดวางแผนครอบครัว วิธีที่ใช้มี การใส่ห่วง ฝังยาอนามัย ถ้าจะใช้ฮอร์โมนต้องมีขนาดต่ำ

3.2.1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด

เป็นการพัฒนาความสามารถของการใช้แขนข้างที่ทำการผ่าตัดด้านมที่ยังไม่สามารถยกขึ้นได้สูงเท่าก่อนผ่าตัด มีการบริหารข้อไหล่และแขนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของตนเองให้สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ การแสวงหาความรู้ข้อมูลในการที่จะดูแลตนเองในช่วงการรักษาต่อเนื่องต่อไป

3.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น จากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังจากผ่าตัด ซึ่งเป็นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดหรือการเอาชนะผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย จากภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย เป็นมะเร็งและการผ่าตัดมีผลกระทบต่อสภาพจิตสังคม ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องหาวิธีผ่อนคลาย ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ได้รับการพัฒนามา เช่น การหาสาเหตุ การแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การระบายความรู้สึก การสวดมนต์ การหาข้อมูลเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และวิธีการอื่นๆ ที่จะลดความเครียดความวิตกกังวล การหาเพื่อนปรึกษา

3.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น ความเจ็บป่วยจากโรค จากการรักษาและการวินิจฉัย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายการใช้แขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ดังนี้

3.2.3.1 ปฏิบัติตามแผนการรักษาและป้องกันผลข้างเคียงจากการรักษา

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด นอกจากการผ่าตัดเต้านมแล้วจะต้องมีการรักษาต่อเนื่องด้วยการฉายรังสี การใช้เคมีบำบัด (adjuvant therapy) เพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรค ผู้ป่วยต้องเข้าใจ มีความรู้ที่จะดูแลตนเอง ในขณะที่ได้รับการรักษาต่อสามารถปฏิบัติตามดูแลตนเองและสามารถซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจในการปฏิบัติตน

การปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การติดตามการรักษาต่อเนื่อง การหลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง และรับประทานอาหารด้านมะเร็ง การออกกำลังกายบริหารแขนอย่างสม่ำเสมอ และการป้องกันผลข้างเคียงจากการรักษา ผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัด การมีเลือดออกที่บาดแผล จากขวระบายเลือด (radivac drain) การเจ็บตึงแผล การยกแขนสูง อากาธา คั่งเหมือนเขมือมแทง มีการบริหารข้อไหล่และแขนตามท่าบริหารอย่างน้อยวันละหนึ่งครั้ง ช่วงระยะเวลาการบริหารประมาณ 20-30 นาที

3.2.3.2 การปรับทัศนคติและภาพลักษณ์

ผู้ป่วยมีการปรับตัวในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่นเพื่อคงไว้ซึ่ง ความมีคุณค่าแห่งตน ลดความวิตกกังวล มีพลังที่จะต่อสู้เข้าใจการเสริมศรัทธาแก่เต้านม ยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ สามารถปรับตัว

กับการมีชีวิตใหม่ในการมีข้อจำกัดของการใช้แขน ปรับเปลี่ยนวิธีการของการปฏิบัติกิจกรรมใหม่ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุก

3.2.3.3 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่

มะเร็งเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ ถ้ารู้จักวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ปัจจุบันเป็นยุคของการใช้เคมีอุตสาหกรรมและมลภาวะต่างๆ จึงทำให้บุคคลในยุคนี้นี้ต้องเรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากสารเคมีก่อมะเร็งทั้งที่อยู่รอบๆตัวโดยการหลีกเลี่ยงจากสิ่งเหล่านี้ให้มากที่สุด ด้วยการเลือกรับประทานอาหารบางอย่างที่สามารถทำลายหรือขจัดพิษจากสารเคมีเหล่านี้ให้ออกจากร่างกายและการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายที่จะขจัดมะเร็ง แต่เมื่อเป็นโรคมะเร็งจำเป็นที่เรียนรู้ชีวิตใหม่ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดพยาธิสภาพภายหลังการผ่าตัดเต้านม โดย

ก. การเรียนรู้เลือกรับประทานอาหารด้านมะเร็ง ที่ช่วยป้องกันการกลับซ้ำของโรค

ข. การปรับตัวในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่อาจเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและสามี (กศศุภพิชญ์ และคณะ, 2536 : 373) ในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะได้สะดวก ไม่เงินอาย

ค. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการพัก การใช้แขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม

ง. การปรับเปลี่ยนกิจกรรมใหม่รวมทั้งการออกกำลังกายที่ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้แข็งแรงขึ้น

จ. การจัดการภาวะเครียดด้วยการผ่อนคลาย การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังที่จะเอาชนะมะเร็งที่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ฉ. การตรวจเต้านมทุกเดือน และสังเกตการกลับซ้ำของโรคได้ ตลอดจนการไปปรึกษาแพทย์ทันทีและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นเกิดจากผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติและความสามารถที่จะเรียนรู้ กระทำ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการกระทำจะเป็นพื้นฐานนำไปสู่พลังความสามารถและจากพลัง 10 ประการ จะนำไปสู่การปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1995 : 164) กล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งสำคัญสิ่งแรกที่จะช่วยในการสืบสวนหาข้อมูล สะท้อนความเข้าใจ พิจารณาไตร่ตรองตัดสินใจกระทำ และในการพิจารณาไตร่ตรองต้องมีเหตุผล ด้วยการสะท้อนคิดพิจารณา ดังนั้นความรู้ที่ได้รับจะต้องเพียงพอเพื่อให้ ผู้ป่วยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ การขาดความรู้จึงมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถสนองตอบต่อความต้องการการดูแล ตนเองทั้งหมดจึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลสามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับ

ตนเอง ความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้น ด้วยการสะท้อนความเข้าใจอย่างคิดพิจารณาและต้องได้ข้อมูล ที่เพียงพอและเหมาะสมที่ช่วยการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการตรงตามวัตถุประสงค์ของการกระทำตลอดจนการสังเกตและประเมินผล ประสิทธิภาพของการกระทำดูแลตนเองตามที่เลือกอย่างต่อเนื่อง

การดูแลตนเองของผู้ป่วย พบปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงพอ ต้องให้ระบบการพยาบาลเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริมในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม และมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง ดังการวิจัยต่อไปนี้

แอนเดอร์สัน (Anderson, 1988 : 38-39) ได้เขียนในบทความเรื่องการเผชิญหน้าของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านม (facing up to mastectomy) โดยจากการศึกษาในงานวิจัยของฮอกกี (Hockey cited by Anderson, 1988 : 38) ที่ศึกษาในโรงพยาบาล 3 แห่งในประเทศอังกฤษที่เมืองลอนดอน และสกอตแลนด์ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 166 คน ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดจนถึงช่วงติดตามนัด (ประมาณ 4 - 16 สัปดาห์หลังการผ่าตัด) โดยให้พยาบาล 6 คนที่ได้ผ่านการฝึกเรื่องการสัมภาษณ์ ใช้การสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ผลของการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลที่จะทำให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ความก้าวหน้าของการหายของโรค แต่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลน้อยไม่เพียงพอร้อยละ 83 ต้องแสวงหาข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยกังวล จากการขาดข้อมูล เกิดมีช่องว่าง ในการติดต่อสื่อสาร ทำให้ ผู้ป่วยไม่สบายใจ พยาบาลส่วนใหญ่จะไม่มีเวลาเพียงพอแต่ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจมากในขณะนี้ ซึ่ง แอนเดอร์สัน ได้เสนอแนะการจัดระบบการพยาบาลให้มี พยาบาลผู้เชี่ยวชาญหรือพยาบาลที่ปรึกษาเฉพาะโรคมะเร็ง เป็นที่ปรึกษาให้ข้อมูลช่วยเหลือพยาบาลประจำการ

การศึกษาของเคราส์ (Krause, 1993 : 36) เรื่องการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนมากเกิดจากความกลัว ความไม่แน่นอน ขาดข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีปัญหาในการดูแลตนเองในการฟื้นฟูสภาพและการติดตามการรักษา

งานวิจัยของอุบล (2536 : 49) เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.08, P < 0.05$) เพราะการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมช่วย

ให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล เข้าใจสถานการณ์ มีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

งานวิจัยของสมจิต และคณะ (2540 : 34 - 45) ได้ศึกษาเรื่อง ทักษะคิดวิเคราะห์เรื่องปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี ทักษะคิดต่อโรคในทางลบ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวนั้น เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคโดยการเผชิญหน้าต่อสู้มากขึ้น และการปรับตัวดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีทักษะคิดต่อโรคในทางบวกมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคโดยการเผชิญหน้าต่อสู้มากกว่าผู้ป่วยที่มีทักษะคิดต่อโรคในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

งานวิจัยของสมจิต (2537) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลการเริ่มบริหารข้อไหล่หลังผ่าตัด ในวันที่ 1 และ 8 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบตัดแปลงต่อปริมาณสิ่งขับหลังจากแผลผ่าตัดและความเจ็บปวดจำนวน 30 คน พบว่า ผู้ป่วยที่เริ่มบริหาร ข้อไหล่หลังผ่าตัดวันที่ 1 มีปริมาณสิ่งขับหลังจากแผลผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มบริหารข้อไหล่หลังผ่าตัดวันที่ 8 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ส่วนระดับความเจ็บปวดพบว่า ผู้ป่วยที่เริ่มบริหารข้อไหล่หลังผ่าตัดวันที่ 1 มีความรู้สึกเจ็บปวดแผลกว่าผู้ป่วยที่เริ่มบริหารข้อไหล่หลังผ่าตัดวันที่ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ฉะนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดอย่างถาวรแบบตัดแปลง สามารถสอนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเริ่มบริหารข้อไหล่หลังผ่าตัด ได้ประมาณ 7 วัน

นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีวิธีการดูแลตนเองด้วยการรักษาแบบแพทย์พื้นบ้านร่วมด้วย เป็นรูปแบบการผสมผสานเทคโนโลยีการแพทย์พื้นบ้านและสมัยใหม่ที่จะมีกิจกรรมครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งก็เป็นเป้าหมายทางสาธารณสุขที่จะพัฒนาศักยภาพบุคคลให้เข้ามารับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและมีสำนึกถึงขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำรงอยู่อย่างต่อเนื่องในระยะยาว และมั่นคงแต่การดูแลตนเองของคนไทยยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งยังขาดการปฏิบัติที่เหมาะสม (ทัศนาศ, 2534 : 13) องค์ประกอบของการดูแลสุขภาพตนเอง จะต้องดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจให้เป็นไปอย่างปกติสุข การส่งเสริมผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีผลช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มการมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเอง มีผลทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้รวดเร็วขึ้น ดังการศึกษาวิจัยของวัชร (2537 : 1 - 6) เรื่องผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเองและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เป็นการสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของโอเริ่มที่ว่า การสอนผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล ให้เกียรติ และยอมรับต่อทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยที่อาจแตกต่างไปจากพยาบาลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมควบคุมตนเอง กระบวนการคิด พิจารณาและ

ตัดสินใจในการดูแลตนเอง โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลและการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดจะเป็นการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่มีเป้าหมายให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปรับสภาพจิตใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของข้อไหล่และแขนข้างที่ผ่าตัดเต้านม การยอมรับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ ฟื้นฟูสัมพันธภาพทางเพศสัมพันธ์ การปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตใหม่ และการเข้าสังคม ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ (Williams, et al., 1988 : 192; Knobf, 1990 : 1394 ; Johnson, 1994 :25 - 31)

พยาบาลจึงมีบทบาทที่จะให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านและควรมีการส่งต่อในการติดตาม เชื่อมผู้ป่วยที่บ้าน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองอย่างสมดุล (self-care abilities) กับความต้องการดูแลสุขภาพตนเอง (self-care demands) การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น จากผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยการผ่าตัด พยาบาลจะต้องให้การดูแลในการให้การช่วยเหลือ ดังที่โอเร็ม (Orem et al., 1995 : 14 - 20) ได้เสนอวิธีการช่วยเหลือในระบบพยาบาลไว้ 5 วิธี คือ 1) การปฏิบัติทดแทน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การจัดสิ่งแวดล้อม 5) การสอน และผู้วิจัยขอเพิ่มวิธีที่ 6 คือ การให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นบทบาทที่จำเป็นของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และครอบครัวให้สามารถเข้าใจสถานการณ์ ฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น (Crockford et al., 1993 : 1710 ; Anderson, 1989 : 85) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1 การปฏิบัติทดแทน เป็นวิธีการช่วยเหลือในช่วงหลังการผ่าตัด (24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด) พยาบาลสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในรายที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูลตัดสินใจและวางแผนการกระทำ ต้องบอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังเป็นอย่างไร และผู้ป่วยต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล พยาบาลต้องปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วย อาจจะทำหน้าที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือได้ เช่น การนำอ่างน้ำมาช่วยเช็ดตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการปีสสาวะ การเจรจาต่อรองแทนผู้ป่วย เป็นต้น

3.3.2 การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้ที่สามารถเลือกการกระทำได้และติดตามการกระทำได้โดยการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน เช่น ในเรื่องกลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดพลังอำนาจในตนเองขึ้น ในผู้ป่วยมะเร็งที่รู้สึกเผชิญปัญหาไม่ได้ อาจใช้การให้เขียนบันทึกบรรยายความรู้สึกต่างๆ (journal writing) ในลักษณะการบันทึกประจำวัน การอ่านหนังสือที่จะช่วยให้เกิดการความรู้และความเข้าใจหยั่งรู้ (insight) ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดจากการเรียนรู้ด้วยการอ่าน (bibliotherapy) อย่างหนึ่ง ถือว่าเป็นอาศัยการเรียนรู้จากงานวรรณกรรม (literature) ที่จะช่วยเพิ่มพลังจิตวิญญาณ (empower the spirit) ในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยออกมาให้เกิดความหวัง ความรู้สึกที่ต้องการเผชิญปัญหาที่จัดการกับภาวะการเจ็บป่วย (Hobus, 1992 : 323 -332) การแนะนำอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผล พวกโปรตีน วิตามินซีสูง และอาหารต้านมะเร็งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น (Lutz & Przytulski, 1994 : 618 – 620 ; Williams, 1995 : 457) นอกจากนี้การชี้แนะเป็นแรงจูงใจให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มักใช้ร่วมกับการสนับสนุน

3.3.3 การสนับสนุนมีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและกระทำการดูแลตนเองได้ในสภาพการณ์ต่างๆ แม้จะเจ็บปวดหรือเครียด ต้องใช้ทักษะของการติดต่อสื่อสารในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจนเกิดความไว้วางใจ (Arnold & Boggs, 1995) ทำให้การติดต่อช่วยเหลือผู้ป่วยอาจจะไม่ใช่คำพูด เป็นการมอง การสัมผัส การพูดให้กำลังใจ และการแสดงการช่วยเหลือทางกาย ให้ผู้ป่วยสามารถมีกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะ ริเริ่มตัดสินใจไปปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการสนับสนุนการหาหนังสือ เอกสาร วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นที่จะช่วยเหลือ การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย เช่น ไม่ช่วยในการบริหารหนังสือที่เหมาะสม (เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง) เป็นต้น

3.3.4 การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลจะจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจะเป็นแรงจูงใจในการสร้างเป้าหมายที่เหมาะสม และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมนี้เป็นทั้งด้านกายและด้านจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและค่านิยม การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ (self-concept) การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์และการพัฒนาทางด้านร่างกายจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับตนเองและผู้อื่นเพื่อให้ได้รับการชี้แนะสนับสนุน เช่น การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) (David et al., 1988 : 283 ; กฤตยา, 2534 : 19) หรือวิธีการช่วยเหลืออื่นๆ การช่วยเหลือวิธีนี้ร่วมกับการสอนและวิธีอื่นๆ

3.3.5 การสอน เป็นวิธีการช่วยเหลือทางตรงต่อผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้และทักษะที่จะต้องคำนึงถึงการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์ ไม่จำเป็นต้องอยู่ในชั้นเรียน จะเป็นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning) เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วย ซึ่งการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองต้องพิจารณาที่เวลาและการมีสัมพันธภาพเมื่อผ่าน

ไประยะหนึ่ง การสอนจะต้องคำนึงถึงอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยและการเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมกับการสอนนั้น วิธีการสอนที่ผู้วิจัยใช้ในการสอนบุคคล (ตัวต่อตัว) หรือสอนเป็นกลุ่มเล็กๆ (2 - 3 คน) แบบบรรยายพร้อมการสาธิต ให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติและได้นำเอาวิธีการไปใช้ได้ทันที ภายหลังการสอนในแต่ละเรื่อง ผลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จดจำได้ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับการสอนด้วยวิธีอื่นๆ (วิวัฒน์, 2538 :20)

เรื่องที่สอนได้แก่

3.3.5.1 การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

ก. การเตรียมความสะอาดของร่างกาย

ข. การฝึกทักษะการหายใจโดยใช้กลัมน้ำท้อง

ค. การฝึกเทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพ

ง. การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยวิธีการควบคุมการหายใจ โดยการฝึกลมหายใจเข้า-ออก ชั่วๆ ลึกๆ โดยพิจารณาที่ผนังหน้าท้อง เป็นการทําสมาธิอย่างง่าย (เลก, 2535 : 40)

3.3.5.2 การสอนเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย มีดังนี้

ก. การดูแลขจัดสุขุณยาศาให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการสังเกตเลือดน้ำเหลืองที่ระบายออกจากแผล จำนวนที่เพิ่มขึ้น สีของสิ่งที่ระบายออกมา

ข. การป้องกันแขนขม โดยการให้ยกแขนสูงตลอดเวลาแม้เวลาเดินนั่งข้างเตียงนอน ให้อยู่เหนือระดับอก จะทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ลดการคั่ง จะช่วยไม่ให้แขนขม (บรรจง, 2529 : 50 ; ธนิต, 2534 : 250 ; สายพร, 2530 : 19 ; Woods & Mortimer, 1995 : 467) การฝึกหัดพันผ้ายืด (elastic bandage)

ค. การป้องกันข้อไหล่ติด วันแรกหลังผ่าตัดให้มีการบริหารข้อไหล่และแขนแบบไอโซเมตริก การเกร็งแขนกำแบมือคลายเข้าออกครั้งละ 10 - 25 นาที การใช้มือ หวีผม การรับประทานอาหาร (แขนข้างที่ผ่าตัดด้านม) เริ่มบริหารวันที่ 3 หลังผ่าตัดยกแขน ได้ฝ่าผนัง เมื่อถึงสายท่อระบายสายแรกประมาณวันที่ 5 ก็เพิ่มการบริหารอย่างน้อย 4 ท่า ทำการแกว่งเขือกเป็นวงกลม ทำหมุนแขนเป็นวงกลม ทำดึงเขือกขึ้นลง และทำได้ฝ่าผนัง วันละประมาณ 15 นาที ค่อยเพิ่มมากขึ้นจากทำวันละครั้งเป็นเช้า - เย็น (Aitken & Miton, 1983 : 1345 ; สายพร, 2530 : 23 ; ธนิต, 2534 : 250 ; โสภา, 2534 : 5 ; Clark et al., 1992 : 423)

ง. การแก้ไขอาการชาบริเวณต้นแขนด้านใน โดยการฝึกบริหารแขนสม่ำเสมอ และยกแขนสูงเวลานอนจะทำให้อาการดีขึ้น

จ. การป้องกันความผิดปกติของรูปทรง วิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะการทรงตัวไม่ดี คือ ต้องกระตุ้นผู้ป่วยให้พยายามฝึกการทรงตัวให้ดี ในขณะที่ผู้ป่วยยืน นั่ง เดิน พยายาม

ตั้งศีรษะให้ตรง ยึดคอชิดหลัง และปรับระดับไหล่ทั้งสองข้างให้เท่ากัน และการใช้เด้ามนเข็ม จะช่วยส่งเสริมการทรงตัวและส่งเสริมความงามให้กับทรงอกของผู้ป่วยด้วย

สื่อที่ใช้ในการสอนมี แผ่นพับ คู่มือ วิดีทัศน์ หนังสือที่เหมาะสม กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จากการวิจัยของวัชร (2537 : 1) ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเอง และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยวิธีการให้ผู้ป่วยชมวิดีโอวีทัศน์ เรื่อง การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 3 วันแรก ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถปรับสภาพทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม อภิบาลของพยาบาลที่ท้าทายคือ การเป็นที่ปรึกษา

3.3.6 การให้คำปรึกษา (Counseling) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

การให้คำปรึกษา เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลสองคน ซึ่งดำเนินไปเพื่อช่วยเหลือฝ่ายหนึ่งที่กำลังประสบปัญหา ให้สามารถแก้ไขปัญหและพัฒนาตนเองให้เป็นบุคคลที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น (จิน , 2538 : 45)

การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ด้วยการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือ โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือด้วยการใช้คุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาและทักษะต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพในการทำความเข้าใจ สามารถค้นปัญหาที่แท้จริง สาเหตุของปัญหาและความต้องการ ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนปรับตัวให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต , 2538 : 1)

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางที่สร้างความเข้าใจเกิดความร่วมมือ ที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้คิดถึงปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่และเกิดความเข้าใจถึงปัญหาความเป็นไปของปัญหานั้นๆ ซึ่งจากผลการให้คำปรึกษาจะทำให้ ผู้รับการปรึกษา เกิดความรู้สึกสบายใจ มีกำลังใจที่สามารถเผชิญสถานการณ์ของชีวิตได้ และหาหนทางแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนปรับตัวได้ โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีในเชิงวิชาชีพ ที่ทำให้เกิดความศรัทธาไว้วางใจ ซึ่งพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีจรรยาบรรณ มีทักษะของการสื่อสารที่ดีในการให้ข้อมูลการเสนอการสรุป โดยอาศัยขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษา

3.3.6.1 หลักการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา ถือว่าสัมพันธ์ภาพ เป็นหัวใจสำคัญที่พยาบาลผู้ให้การปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้รับการปรึกษาหรือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพยาบาล มีจุดเน้นที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูลทางเลือกหลายทางแก่ผู้ป่วยและไม่คิดแทนผู้ป่วยไม่ตัดสินเหตุการณ์แทนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ ทราบถึงความรู้สึกของตนเอง และต้องกระบวนกรที่ต่อเนื่อง โดยพยาบาลต้องอาศัยขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษา

3.3.6.2 ขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

กระบวนการให้คำปรึกษามี 5 ขั้นตอน (จิ้น แบรี 2538 : 48 - 59) มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ

การสร้างสัมพันธ์ภาพ เป็นขั้นตอนแรกของการให้คำปรึกษา การสร้างบรรยากาศเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก อบอุ่นใจ เป็นกันเอง มั่นใจต่อการเปิดเผยปัญหา โดยพยาบาลต้องมีความสนใจในปัญหาของผู้ป่วยอย่างจริงใจ ต้องไวต่ออารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก สบายใจ ไร้กังวล ซึ่งการสร้างสัมพันธ์ภาพ ประกอบด้วย การยิ้มทักทาย การต้อนรับ การแนะนำตนเอง สถานที่ในหอผู้ป่วยการพูดคุยแบบเป็นกันเอง โดยเริ่มเปิดประเด็นปัญหาด้วยการฟังอย่างใส่ใจ เป็นการแสดงความพร้อมที่จะช่วยเหลือในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ

สิ่งที่แตกต่างจากการให้คำปรึกษาทั่วไป พยาบาลต้องเข้าไปพบผู้ป่วยแล้วสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้การต้อนรับ พยาบาลแสดงเจตนาและความรู้สึกที่ดี ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

ขั้นตอนที่ 2 การตกลงบริการปรึกษา

เป็นขั้นตอนที่พยาบาลและผู้ป่วยทำความตกลงเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในประเด็นที่จะปรึกษา ดูแลช่วยเหลือ บทบาทของแต่ละฝ่ายในกระบวนการปรึกษา เวลาที่ใช้ การรักษาความลับ เพื่อให้การให้การปรึกษามีทิศทาง เป้าหมาย และวิธีการที่ตรงกัน

ขั้นตอนที่ 3 การสำรวจ ทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ป่วย

เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ทบทวนความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน พยาบาลจะทำการติดตามเรื่องราวของปัญหา โดยการใช้ทักษะการฟัง การถาม การเงียบ การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล จนผู้ป่วยเกิดความกระฉ่างแจ้ง และเข้าใจได้ตรงกันในปัญหา สาเหตุ และความต้องการในการแก้ปัญหา ด้วยการใช้ทักษะ การสรุปความ การทำความเข้าใจ การพิจารณาเลือกประเด็นปัญหาที่น่าไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาที่ละขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผน แก้ไขปัญหา

เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มที่จะแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง ในช่วงนี้ ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัวโรครุนแรง การรักษา และปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ซึ่งพยาบาลควรให้ข้อมูลความรู้ สอนเทคนิคการผ่อนคลายหลายวิธี ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกทางปฏิบัติด้วยตนเอง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะเครียดลง พร้อมทั้งมีการวางแผนเตรียมตัวก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อผู้ป่วยได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่ โดยพยาบาลเป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก เป็นที่เลี้ยง ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้หาทางเลือก และการตัดสินใจด้วยตนเองในการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการวางแผนอย่างละเอียด การฝึกปฏิบัติที่มีขั้นตอนในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด การสนับสนุนให้กำลังใจในการฝึกก่อนปฏิบัติจริงทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เช่น การฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพ การถูกนั้หลังการผ่าตัด เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การยุติการปรึกษา

เป็นขั้นตอนสุดท้าย วิธีการปฏิบัติที่พยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การปรึกษา เอื้ออำนวยให้ ผู้ป่วยสรุปประเด็นปัญหาและการแก้ไขปัญหามหาแนวทางในการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดและความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการใช้ระยะเวลาช่วงที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ที่พยาบาลใช้การติดตามหลายครั้งจนผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพความสามารถในการแก้ไขปัญหหรือเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤต จนสามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง พยาบาลจะทำการยุติการให้คำปรึกษา

นอกจาก พยาบาลใช้กระบวนการให้การปรึกษาแล้ว จำเป็นต้องมีทักษะหรือเทคนิคที่เหมาะสมจะสามารถนำมาใช้ได้อยู่เสมอแม้ในการสนทนาได้ตอบกับบุคคลต่างๆ ในชีวิต ประจำวัน แต่ในการให้การปรึกษานั้นจะต้องฝึกหัดใช้ตามจังหวะที่เหมาะสม ถูกต้องเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีและสามารถช่วยเหลือบุคคลผู้ต้องการความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.6.3 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

เป็นกระบวนการของการให้การปรึกษาที่พยาบาล จะสามารถสัมผัสได้ตระหนักและรับรู้ได้ถึงความรู้สึกของผู้หญิงในช่วงของการเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่คุกคามต่อ จิตใจ จิตวิญญาณและร่างกาย การที่ต้องสูญเสีย “เต้านม” อันเป็นสิ่งที่รักต้องตกอยู่ในห้วงแห่งความซึมเศร้า เสียใจ ปฏิเสธ สับสน อาจจะมีหรือไม่มีคนที่เข้าใจคอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ที่จะช่วยให้คำปรึกษาให้คลายความทุกข์ใจ ลดความวิตกกังวลใจ

ดังนั้นบทบาทของพยาบาล ผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องการเตรียมตัวเตรียมจิตใจก่อนผ่าตัด การดูแลตนเองหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด การจัดการกับภาพลักษณ์ เช่น การ

แต่งตัว เพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด โดยเฉพาะการเตรียมด้านจิตใจให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลาย ที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลใจ เพราะพบว่าภายหลังผ่าตัด เต้านมออกถาวร แบบตัดแปลง ผู้ป่วยร้อยละ 25 มีความวิตกกังวลหรือมีภาวะซึมเศร้าต่อการสูญเสียเต้านม กว่าการถูกปฏิเสธและปฏิเสธได้ตอบจากสามี ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ (Schover, 1991 : 113) ผู้หญิงเหล่านี้ต้องการที่ปรึกษาที่ไว้วางใจใกล้ชิดพอที่จะพูดเรื่องส่วนตัวได้อย่างเปิดเผย พยาบาลที่จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องเพศจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้เวลากับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการสูญเสียเต้านมภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นอย่างไร ความสัมพันธ์กับสามีเป็นอย่างไร การตัดสินใจผ่าตัด เต้านมเป็นการตัดสินใจของใคร จากการศึกษาของนอร์เฮาส์ (Northouse, 1988) พบว่า การที่คู่สมรสได้ร่วมตัดสินใจให้กรรยาผ่าตัดเต้านม จะช่วยให้มีการยอมรับต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและกรรยาได้รับการประทับประคองทางจิตใจที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมา ผู้ป่วยมีการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์อย่างไร การรับฟังและให้ข้อมูลในเรื่องการเสริมสร้างเต้านมและการใส่เต้านมเทียม ผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร มีปฏิกิริยาอย่างไร เมื่อมีความสนิทสนมมากขึ้น พยาบาลสามารถใช้คำถามเจาะลึกในเรื่องเพศสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสามี ความพึงพอใจในสัมพันธภาพขณะนั้นเป็นอย่างไร สิ่งใดที่ผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยยอมรับ มองดูแผลผ่าตัดเต้านมหรือไม่

การสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องเพศสัมพันธ์ พยาบาลสามารถแนะนำเมื่อกลับบ้าน ให้ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ การเปลี่ยนท่าทางในการมีเพศสัมพันธ์ การใช้หมอนช่วยพยุงป้องกันบริเวณแผลผ่าตัดหรือการใช้เต้านมเทียมเพื่อถ่วงการกระแทก และอาจมีการจัดเปลี่ยนท่าที่นอนเพื่อความเหมาะสม โดยผู้ชายอยู่บนในท่าตะแคงโน้มตัวไปข้างหน้า (superior and front lateral position) (Stern, 1990 : 508 ; นงนุช, 2534 : 54) พยาบาลจะต้องช่วยให้สามีและผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา และร่วมอภิปรายถึงวิธีการแสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ที่ดีต่อกันได้อย่างเหมาะสม การเปิดโอกาสให้สามีมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลกรรยาจะช่วยเพิ่มความรู้สึกที่ดีต่อกัน การเปิดโอกาสให้คู่สามีกรรยาได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ การที่จะทำให้ผู้ป่วยและสามีเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัว ปรับจิตใจ ฟื้นฟูสัมพันธภาพทางเพศได้ เป็นบทบาทที่พยาบาลจะต้องให้คำปรึกษาต้องเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลง ความสูญเสีย ความทุกข์ทรมานด้าน จิตใจของผู้ป่วย

ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีการให้เวลากับผู้ป่วย การใช้เทคนิคการให้การปรึกษาที่เหมาะสม จะทำให้พยาบาลแสดงบทบาทการให้คำปรึกษาประสบผลสำเร็จ ซึ่งถือว่าเป็นบทบาท

อิสระที่จะช่วยให้การบรรลุเป้าหมายของการให้การพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) (สมพร, 2534 : 17)

ฉะนั้นพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ต้องพัฒนาทักษะเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีระบบ โดยจัดการแยกแยะข้อมูล เป็นหมวดหมู่ วิเคราะห์ข้อมูล สะท้อนข้อมูลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการสื่อสารจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น มีการเผชิญปัญหา หาหนทางแก้ไขอย่างมีสติ การยอมรับความจริง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพดีขึ้น การสร้างพลังใจให้ตนเองให้สามารถยืนหยัดต่อสู้กับโรคร้าย เกิดการเรียนรู้ มีการปรับเปลี่ยนความคิดให้เป็นในทางบวก (positive thinking) ซึ่งเป็นการปรับการรับรู้ใหม่เพื่อให้เกิดเพียงภาวะที่ก่อให้เกิดผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ในจิตใจได้ โดยไม่จำเป็นต้องควบคุมสถานการณ์ได้จริงๆ ด้วยการใช้ความคิดในทางบวกและความเป็นจริงที่เป็นอยู่มาแทนที่ความคิดที่ก่อให้เกิดผลในทางลบ (กรมสุขภาพจิต, 2538 : 107) และการมีความหวังที่จะต่อสู้ไม่ท้อแท้ จะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปรับตัว ปรับใจได้ดี ดังเช่น การวิจัยของผ่องศรีและคณะ (2537 : 39) ในเรื่องผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกลี้ภัย คุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปรึกษามีพฤติกรรมกระตือรือร้นให้ความร่วมมือและเอาใจใส่ในการดูแลตนเองมากขึ้น มองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อการดำรงชีวิตอยู่กับมะเร็งได้ดี มีสภาวะสมดุลด้านจิตใจมากขึ้น ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการดูแลด้านร่างกายในการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันและ ส่งเสริมสุขภาพแล้ว การดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยเมื่อยามเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการปรับตัว หนทางที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติปรับตัวได้เหมาะสมคือการเป็นที่ปรึกษา เป็นแนวทางใหม่ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง มองปัญหากระจ่าง ชัดเจนขึ้น เห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและเป็นผู้ตัดสินใจปัญหานั้นๆ ด้วยตนเอง (สมพร, 2534 : 14) พยาบาลจะเป็นเพียงผู้รับฟังปัญหา กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์หรือปัญหาทางอารมณ์ออกมา ซึ่งจะต้องมีขั้นตอนในการให้คำปรึกษา (ชมพูนุท, 2537 : 143 – 146 ; สมจิต, 2536 : 14) ได้กล่าวถึงหลักการให้คำปรึกษาจะเหมาะสมในการนำมาปรับพฤติกรรมของบุคคล และช่วยบุคคลในการเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ โดยให้ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่ เป็นเสมือนกระจกเงาที่สะท้อนให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาและแนวทางแก้ไขตนเองอย่างแจ่มชัดขึ้น ควรใช้การให้คำปรึกษาร่วมกับการสอนเทคนิค ทักษะในการให้การแก้ปัญหา เพื่อลดความตึงเครียดของสภาพจิตใจในขณะนั้นและการใช้วิธีการอื่นๆ ที่ช่วยให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น

3.4 กลยุทธ์ของการให้การช่วยเหลืออื่นๆ

3.4.1. การเพิ่มภูมิคุ้มกัน

จากการศึกษาบทบาทของฮอร์โมน ในฐานะเป็นตัวกลางที่เชื่อมโยงผลของอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยต่างๆ ในแขนง “psychoneuroimmunology” เป็นพื้นฐานในการดูแลบุคคลแบบองค์รวม การให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม การลดภาวะเครียดโดยการให้เขียนเรื่องราวประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่เจ็บปวด พบว่า การรับรู้ความเครียดลดลง การทำงานของ T - lymphocyte เพิ่มขึ้น และการเจ็บปวดจะน้อยลง (Pennebaker et al., 1988 อ้างตามสมจิต, 2538 : 3 - 4) ซึ่งผลนี้ชี้ให้เห็นประโยชน์ของการระบายความรู้สึกหรือการมีเพื่อนได้ระบายความทุกข์ใจ

การศึกษาของไซมอนตันและคณะ (Simonton et. al., 1992: 10-13) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานด้วยการได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจโดยการได้รับคำปรึกษา การปรับอารมณ์และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายอย่างง่าย เช่น การฝึกการหายใจ การนวด สามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยที่ใช้วิธีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งไซมอนตันได้อธิบายถึงหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นความรู้ใหม่ที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจและระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย (psycho - neuro - immunology) จากการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ในการปรับเปลี่ยนความคิดในทางบวก อารมณ์ดี มีผลที่ช่วยกระตุ้นสารเคมีในร่างกายที่จะทำให้อวัยวะสร้างภูมิคุ้มกันขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัด ที่ศูนย์ไซมอนตันมีชีวิตรอดที่ยาวนานกว่าผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ที่ขาดการสนับสนุนระหว่างร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน งานวิจัยและการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของจิตใจต่อร่างกายในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ โดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการคลายความเครียดหรือวิธีการเผชิญกับความเครียด เช่น การปรับความคิดในทางบวก การสร้างความหวัง การทำสมาธิ การผ่อนคลายโดยการฝึกหายใจ รวมทั้งการได้ตอบล้นองด้านความรู้สึกมีเพื่อนที่เข้าใจได้พูดระบาย เขียนระบาย การสัมผัสจากพยาบาล มีผลต่อการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และมีส่วนช่วยป้องกันโรคและฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วยได้ (สมจิต, 2538 : 4)

3.4.2. การให้อำนาจการตัดสินใจและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน จะทำให้เกิดผลสำเร็จในการเรียน การสอนมากยิ่งขึ้นทำให้เกิด พฤติกรรมการเรียนรู้มากขึ้น ดังเช่นการศึกษาวิจัยต่อไปนี้

การศึกษาของสุภาณี (2536 : ข) รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจนั้นเป็นรูปแบบการปรับชดเชย (compensatory model) ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือ 11 วิธี ดังนี้ 1) ลดภาวะไม่สุขสบาย 2) เตรียมผู้ป่วยเพื่อเผชิญปัญหา

ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา 3) ช่วยแปลความหมายของความเจ็บป่วยและช่วยแก้ความเข้าใจผิด 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพความเจ็บป่วย 5) อยู่กับผู้ป่วยและรับฟัง 6) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาใช้ 7) ช่วยเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการเจรจาต่อรอง 8) ให้คำปรึกษา 9) ช่วยให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา 10) ช่วยเหลือผู้ป่วยในการขจัดความเครียด และ 11) สอนชี้แนะ

การศึกษาของน้ำทิพย์ (2536 : 3) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งได้แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมี 9 วิธี คือ 1) การช่วยอำนวยความสะดวก 2) การทำแทนในบางส่วน 3) สอนวิธีการเคลื่อนไหวในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด 4) การสร้างความหวัง 5) การสร้างแรงจูงใจ 6) การช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักใช้วิธีเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม 7) การช่วยเหลือจากญาติ 8) การจัดอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ และ 9) จัดระบบบริการที่สนับสนุนการดูแลตนเอง

การศึกษาของวิลาวัฏ (2539 :4) การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบกลวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มี 11 วิธี คือ 1) สร้างสัมพันธภาพที่จริงใจ มีเป้าหมาย 2) สะท้อนการดูแลตนเอง 3) ตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ 4) หาความรู้/ฝึกทักษะการดูแลตนเองและเลือกทางปฏิบัติ 5) ให้สัญญาณต่อผู้อื่น 6) คิดข้อความช่วยเตือนจำ 7) สะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม 8) ติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 9) กระตุ้นเตือนจาก คู่สมรส/บุตร 10) ให้คำชมเชยกำลังใจและมั่นใจ 11) ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

การศึกษาของพิกุล (2539 : ก-ข) เป็นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งศึกษาผู้ติดเชื้อจำนวน 60 คน ผู้วิจัยได้ให้บริการที่คลินิก ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ใช้กระบวนการวิจัยที่อาศัยความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ติดเชื้อในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การประเมินความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและความพร้อมในการดูแลตนเอง การ ค้นหาวิธีและลงมือกระทำเพื่อจัดการกับปัจจัยเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ มี 6 หมวดคือ 1) จัดการกับความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ 2) ตรวจสอบการปฏิบัติดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง 3) จัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง 4) จัดวางระบบการดูแลสุขภาพตนเอง 5) ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับการติดเชื้อเอดส์ 6) ประสานงานความร่วมมือกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการช่วยเหลือ คือ สร้างสัมพันธภาพ

เชิงบำบัด ให้การรักษา ช่วยประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ สอนและแนะนำ ให้การรักษา เยียวยาอาการ เจ็บป่วย ประยุกต์และผสมผสานการดูแลแบบพื้นบ้านเสนอทางเลือกและให้อำนาจ ในการตัดสินใจ ส่งเสริมให้มีทักษะในการคิดและตัดสินใจ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับช่วย แก้ไข ปัญหาและให้การดูแลโดยตรง ส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสมและประสานความร่วมมือกับบุคคล ที่เกี่ยวข้อง ภายหลัง ผู้คิดเชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยการประเมินประสิทธิผลของโครงการ พบว่า ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น มีอาการเจ็บป่วยน้อยลงและมี คุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่เข้าโครงการได้เพียง 1-2 เดือนและคงตัวไปจนถึง 6 เดือน

การศึกษาของวัลลา (2540 : ก-ข) เป็นการศึกษารูปแบบและวิธีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จำนวน 28 คน ที่คลินิกโรคต่อมไร้ท่อ ซึ่งผู้วิจัย ได้ใช้วิธีการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยมี 11 วิธีคือ 1) ให้ข้อมูลและความรู้ 2) แนะนำ ชี้แนะหรือ ให้นำแนวทาง 3) ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 4) ประเมินภาวะสุขภาพ 5) ประสานการดูแลและความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 6) สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ 7) ช่วยเหลือในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่แทรกแซง 8) จัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือที่อำนวยความสะดวกต่อการดูแลตนเอง 9) สอนทักษะการปฏิบัติ 10) พัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 11) ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวม ในการควบคุมอาหารและการใช้อินซูลินสูงกว่าเมื่อเริ่มการวิจัย ระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาล เกาเหลดลงต่ำกว่าของเดือนที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีมากและ ดีมีจำนวนเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีความรู้สึกละอายใจเพิ่มมากขึ้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ แรงจูงใจ ระดับสติปัญญา และวุฒิภาวะ ความสามารถในการเฝ้าติดตามและตรวจสอบภาวะน้ำตาลในเลือด ประสิทธิภาพ ความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บริบทการดำรงชีวิต ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และทัศนคติของสังคมต่อการจัดการ ด้วยตนเอง

จากการวิจัยต่างๆ สรุปได้ว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นบทบาทที่พยาบาลจะช่วย ให้ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ แนวทางที่พยาบาลได้ช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยให้ครบแบบองค์รวมนั้น ทั้งด้านร่างกาย จิต สังคมของผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัยกลวิธีหลายๆ วิธีการที่จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับตัวได้ ต้องพิจารณาถึงความตั้งใจเป้าหมายการ ดูแลตนเอง ความร่วมมือโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้น การให้ความรู้ข้อมูลที่เหมาะสม

อาจใช้วิธีการชี้แนะ สนับสนุน สอน การจัดสิ่งแวดล้อมก็จะช่วยให้การเปลี่ยนพฤติกรรมบรรลุเป้าหมายได้มากขึ้น รวมทั้งการให้การปรึกษากับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมีอำนาจที่ตัดสินใจเลือกวิธีการในการปฏิบัติ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง มองเห็นปัญหา ปรับสภาพจิตสังคมได้ดีขึ้น การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นบทบาทที่สำคัญที่พยาบาลจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมสุขภาพ มีความรู้ทักษะในการปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในการเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติทักษะใหม่เป็นขั้นตอนย่อยๆ ง่ายๆ การสนับสนุนให้เกิดความหวังและความมั่นใจในการปฏิบัติ การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองก็จะให้การปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตใหม่ภายหลังการเจ็บป่วยได้ดีขึ้นช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ (William et al., 1988 : 192)

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมคทาการ์ต (Kemmis & McTaggart, 1988 : 10-15) ในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaboration approach) การวิจัยนี้ ผู้วิจัย และ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกันวางแผนเป้าหมาย ค้นหาปัญหา สาเหตุปัญหา ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และ ลงมือปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ซึ่งผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง เกิดการพัฒนาศักยภาพในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง ซึ่งมีผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องได้สนับสนุนส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม การศึกษาการปฏิบัติตัว และ ฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยช่วงที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ดังมีรายละเอียดของวิธีการวิจัยดังนี้ ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือในการวิจัย สถานที่ศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัดเต้านมในแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2538 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2539

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2539 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2539 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 11 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ

1. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี
2. ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกเพียงข้างเดียว
3. สื่อสารกับผู้วิจัยเข้าใจ
4. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่เส้นรอบวงแขน และ

ระดับความสูงของการไต่ฝ่าผนัง

1.2 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวคำถามผู้ป่วยรายบุคคล

ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้กับเพื่อนช่วยเพื่อน

2. เครื่องมือที่ใช้ประกอบในการสอนผู้ป่วย ได้แก่

2.1 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม

2.2 วิดีทัศน์เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา การบริหารข้อไหล่และแขน และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.3 แผ่นพับเรื่อง การบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรักษาต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัดเต้านมด้วยการฉายรังสี การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการเคมีบำบัด อาหารที่ช่วยการส่งเสริมการหายของแผลภายหลังผ่าตัด และ อาหารต้านมะเร็ง

2.4 หนังสือที่ต่าง ๆ เป็นหนังสืออ่านให้ความรู้ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาและมีการปรับตัวยอมรับโรคมะเร็ง เช่น เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง สมานกับคุณภาพชีวิต พิชิตมะเร็งชนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้ เป็นต้น

สื่อความรู้ทั้งหมดนี้ได้ผ่านการทดลองนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงทดลองนำร่อง (pilot study) พบว่าผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามสื่อได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาความสามารถในการใช้ข้อไหล่และแขน

3.1 ท่อพี.วี.ซี. ยาว 60 เซนติเมตร สำหรับการบริหารแขน 1 อัน / คน

3.2 สายยาง (ที่ใช้กระโดดออกกำลังกาย) ยาวประมาณ 1.5 เมตร สำหรับการบริหารแขนที่ใช้ดึงขึ้นลง 1 เส้น / คน

4. เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล

4.1 เทปบันทึกเสียง 1 เครื่อง และคลิ๊ปเทปสำหรับบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์

4.2 กล้องถ่ายรูป 1 กล้อง และฟิล์มสำหรับการบันทึกภาพกิจกรรมต่างๆ

4.3 เครื่องโกนิโอมิเตอร์ (goniometer) 1 เครื่องสำหรับวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

4.4 มีสเกทที่ใช้วัดระดับความสูงการได้ผ่านนั่งของผู้ป่วย

4.5 เทปวัดระบบเมตริก 1 เส้นสำหรับวัดเส้นรอบวงแขน

สถานที่ศึกษา

โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ที่มีขนาด 750 เตียง ให้บริการแก่ประชาชนในเขตจังหวัดสงขลาและจังหวัดใกล้เคียงทางภาคใต้ มีผู้ป่วยมาเริ่มมารับบริการมากเพราะสามารถให้บริการครบวงจรตั้งแต่การตรวจขั้นต้น (การตรวจขึ้นเนื้อ) การรักษาด้วยการผ่าตัด และการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา สหกรณ์บำบัดอีกทั้งมีเครื่องมือตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัย เช่น การก้อนที่ได้นามด้วยเครื่องมือโมกราฟฟี

สำหรับหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยมาเริ่มด้านมที่จะผ่าตัด คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง รับผู้ป่วยจำนวน 40 เตียง สำหรับบุคลากรในหอผู้ป่วยนั้น มีพยาบาลประจำการ 19 คน ผู้ช่วยพยาบาล 12 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 4 คน และเสมียน 1 คน ลักษณะการทำงานแบ่งเป็น 3 ผลัดมี เวรเช้าเวรบ่ายและเวรดึก เวรละ 8 ชั่วโมง โดยแบ่งการทำงานเป็น 3 ทีม ทีม A เดียง 1 - 12 ทีม B เดียง 13 - 24 ทีม C เดียง 25 - 40 เวรเช้าจะมีพยาบาล 5 - 6 คน ส่วนวันหยุดจะลดเหลือ 4 คน ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน เวรบ่าย พยาบาล 4 คน เวรดึก พยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 3 คน หัวหน้าเวรดึกจะเป็นผู้มอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่เวรเช้ารับผิดชอบแต่ละทีม ผู้ป่วยมาเริ่มด้านมที่รับใหม่จะอยู่ทั้ง 3 ทีมแล้วแต่ว่าทีมใดมีเตียงว่างและพิจารณาตามสภาพอาการผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนักจะไว้ใกล้กับเตียงเดออร์พยาบาลเพื่อสะดวกในการดูแล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลที่หมุนเวียนในแต่ละเวร กิจกรรมการสอนให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลได้สอนตามทักษะและประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่แต่ละบุคคลที่อยู่ในทีม นั้น ไม่มีแนวทางการสอนที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่เมื่อรับผู้ป่วยใหม่จะแนะนำสถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล การสอนเตรียมตัวก่อนผ่าตัดจะเป็นหน้าที่ของพยาบาล เวรบ่ายเตรียมล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัด 1 วัน การสอนบริหารหลังผ่าตัดจะบอกแนะนำให้ทำไม่มีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่แน่นอน การสอนก่อนกลับบ้าน พยาบาลจะสอนในวันที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน และไม่มีสื่อในการสอน

นอกจากนี้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะได้รับการนัดมาตรวจการนัดตรวจครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นช่วงประมาณ 4 - 8 สัปดาห์หลังการผ่าตัดด้านมออก เพื่อเป็นการติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเช้าของแต่ละวันที่แพทย์เจ้าของไข้จะออกตรวจ ซึ่งแพทย์อาจจะให้การรักษาร่วมภายหลังการผ่าตัด

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการถือว่านักวิจัยเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ (Streubert & Carpenter, 1995 : 37) การที่นักวิจัยต้องเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต้องคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดในการทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดกระบวนการวิจัย อาจทำให้เป็นการรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยได้ ดังนั้น ผู้วิจัยต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในเรื่องการเคารพสิทธิมนุษยชน ตลอดกระบวนการวิจัยในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยตรง คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเข้าร่วม หรือ ออกจากการวิจัยโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล (Field & Morse, 1985 ; Robley, 1995 : 45 - 46) ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อผู้ป่วยยินยอมก็ให้ลงลายมือชื่อในใบพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (รายละเอียดในภาคผนวก ก.) หรือการรับรองด้วยวาจา ตลอดจนคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ มีสิทธิที่จะรับรู้หรือตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจจะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย และการถ่ายภาพขณะทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้รับการอนุญาตที่จะนำมาเสนอจากผู้ป่วยและโรงพยาบาลที่ศึกษาแล้ว ซึ่งผลการวิจัยเสนอข้อมูลโดยใช้นามสมมุติ

บทบาทของผู้วิจัย

ในฐานะบทบาทของพยาบาล ผู้ให้การพยาบาล และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย และเป็นผู้ติดต่อประสานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยคนอื่นๆ เว้นแต่ในรายที่ผู้ป่วยอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการ ต้องการข้อมูล หรือ การช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือตามกรณี โดยไม่ถือเป็นผู้ป่วยที่ร่วมในศึกษาครั้งนี้

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (Field & Morse, 1985) ได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ และขั้นดำเนินการ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ประกอบด้วยการเตรียมตัวของผู้วิจัย การจัดเตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมหนังสือรับรองจากสถาบัน และ การฝึกทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ได้เตรียมตัวในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1.1 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย และ ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1.1.2 การเตรียมตัวด้านทักษะและเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ศึกษาเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ เทคนิคการสังเกต การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึกภาคสนาม จากหนังสือ วารสาร และ การบรรยายโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เข้ารับการอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา และ เข้าร่วมอบรมการประชุมเชิงปฏิบัติการในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งการฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคต่าง ภายใต้อำนาจแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ในช่วงศึกษานำร่อง จนสามารถพัฒนาทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้อง

1.1.3 การเตรียมตัวด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาและฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลภายใต้อำนาจแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างใกล้ชิด โดยฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 2 คน

1.2 การจัดเตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยติดต่อขอเครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ วิทยุทัศน์เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา แผ่นพับการบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดเต้านม จากสถาบันมะเร็ง กรุงเทพมหานคร แผ่นพับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากหน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และ วิทยุทัศน์เรื่องการบริหารข้อไหล่และแขนของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านม จากหน่วยเวชניתศน์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

1.2.2 สร้างเครื่องมือขึ้นเอง จากการศึกษาทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม 2 ท่าน ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม แบบบันทึกระดับของอาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ แผ่นพับเรื่องอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล อาหารด้านมะเร็ง แผ่นพับการรักษาต่อเนื่องภายหลังผ่าตัดเต้านมด้วยการฉายรังสี

1.2.3 จัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ไม้วัดระดับความสูงที่ใช้สำหรับให้ผู้ป่วยในท่าใด่ผ่าหน้า ท่อพี.วี.ซี. สำหรับช่วยพยุงแขนในการบริหารแขนในท่ายกแขนขึ้นลง และ สายยางใช้สำหรับผู้ป่วยบริหารแขนในท่าดึงขึ้นลง

1.2.4 จัดเตรียมหนังสือที่ช่วยให้ความรู้ และ เตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยให้พร้อมที่จะเผชิญต่อการเจ็บป่วย และ การดำรงชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เช่น เปลี่ยนชีวิตวิถีชีวิตมะเร็ง ชะนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้ สวมกับคุณภาพชีวิต และ หนังสือธรรมะต่าง เป็นต้น

1.3 การเตรียมหนังสือรับรองจากสถาบัน โดยผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 การฝึกทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล และ การนำเครื่องมือไปทดลองใช้ทดลอง ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปใช้ และ ฝึกทักษะโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกภาคสนามและการบันทึกเทปเสียงสัมภาษณ์ ได้ทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาที่คลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลที่ศึกษา และ ติดตามผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายและมารักษาตามนัดครั้งที่ 1 ที่คลินิกศัลยกรรม จำนวน 2 คน

2. ขั้นตอนการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพกับหน่วยงาน และ บุคคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฝ่ายการพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้ เจ้าหน้าที่ประจำตึกศัลยกรรมหญิง และ คลินิกศัลยกรรม โดยสร้างสัมพันธภาพแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดในการทำวิจัยนอกจากนี้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนและเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล และ ประโยชน์ที่คาดว่าผู้ป่วยจะได้รับพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และพินิจพิเคราะห์

2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการโดย

2.2.1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากประวัติของผู้ป่วย (เวชระเบียน) บันทึกต่างๆ รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และ ญาติในข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกต่างๆ (ภาคผนวก ค. หน้า 209 -217) ตลอดจนการวัดระดับของอาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เส้นรอบวงแขน และ ระดับความสูงของการไต่ฝ่ามั่งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และ เมื่อมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1

2.2.2 การสัมภาษณ์ผู้ป่วยแบบเจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการ ภายหลังสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว ขออนุญาตผู้ป่วยบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ พร้อมกับการสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วย และบันทึกภาคสนามในแต่ละช่วงที่ดูแลและสัมภาษณ์ผู้ป่วย ติดตามสัมภาษณ์และดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และ ติดตามเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 1 ซึ่งจะสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ปึงจัย และอุปสรรคต่างๆ ในแต่ละช่วงตามการรับรู้ของผู้ป่วย (emic view)

2.3 เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.3.1 การสัมภาษณ์ (interview) ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth Interview) โดยผู้วิจัยจะเตรียมแนวคำถามปลายเปิดไว้แล้ว ภาคผนวก ง. ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 90 นาทีต่อครั้ง ในห้องที่จัดขึ้นภายในหอผู้ป่วย หรือ ข้างเตียงผู้ป่วย ตามความเหมาะสมในสถานการณ์นั้น

2.3.2 การสังเกต (observation) กระทำไปพร้อมกับการสัมภาษณ์ โดยสังเกตพฤติกรรมต่างๆ เช่น ท่าทาง ปฏิกริยา สีหน้า น้ำเสียง สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย รวมทั้งการสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนข้างเตียง หรือครอบครัว ในทุกครั้งที่ไปที่หอผู้ป่วย และการเยี่ยมจะเปลี่ยนช่วงเวลาไปเยี่ยมในแต่ละวันเพื่อเป็นการสังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.3.3 การบันทึกภาคสนาม (field note) โดยการจดบันทึกในสมุดบันทึกต่อหน้าผู้ป่วย ในระหว่างการสนทนาโดยใช้คำย่อและบันทึกเฉพาะที่สำคัญ หรือการบันทึกเสียงลงเทป ขณะทำการสัมภาษณ์และสนทนา หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการถอดเทปบันทึกเสียงและบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนลงในแบบบันทึกสถานการณ์ทุกวันพร้อมกับตรวจสอบความสมบูรณ์และความตรงของข้อมูล

2.3.4 การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ในด้านข้อมูลและวิธีรวบรวมข้อมูล ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ระยะกลับบ้าน และเมื่อมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูล ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน และ สอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจากพยาบาลที่ให้การดูแล หรือ จากการบันทึกทางการพยาบาล (nurse's note) นอกจากนี้ สอบถามจากครอบครัว หรือญาติที่ดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบด้านวิธีรวบรวมข้อมูลโดยใช้การรวบรวมข้อมูลจากเทปบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนาม และ การสังเกต ทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และ เตรียมคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

2.3.5 การบันทึกต่างๆ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ มริยานโน (Mriano, 1995 : 478) ในการเขียนบันทึกความรู้สึกละเอียดต่อการวิจัย (personal note) บันทึกระเบียบวิธีการวิจัย กลวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติ (methodological note) และ การบันทึกทฤษฎี / แนวคิด / องค์ความรู้ในการอธิบายข้อมูล (theoretical note) ตัวอย่างการบันทึกที่แสดงใน ภาคผนวก ง. (หน้า 218 – 225)

2.4 ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยคัดเลือกเข้าวงจรการวิจัยครั้งที่ 1 คนเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด และ พักฟื้นหลังผ่าตัดวันที่ 5 จะเริ่มรับผู้ป่วยใหม่คนที่ 2 ให้การดูแล

พัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเองจนกระทั่งหลังผ่าตัดวันที่ 5 ได้รับผู้ป่วยคนใหม่เป็นคนที่ 3 ให้การดูแลผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยคนที่ 1 และ 3 ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดสงขลา 1 ครั้ง หยุดการรับผู้ป่วยใหม่เฉลี่ย 3 สัปดาห์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและติดตามผู้ป่วยในกลุ่มนี้ช่วงการตรวจตามนัด หลังจากนั้นได้รับผู้ป่วยคนที่ 4 ถึงคนที่ 7 ตามวิธีการเดียวกัน โดยพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองเหมือนกลุ่มที่ 1 และ ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งหมด 10 คน จนข้อมูลอิ่มตัว แต่เนื่องจากผู้ป่วยคนที่ 11 มีความสนใจ ตั้งใจที่จะขอเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบกับเป็นผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งน่าสนใจเนื่องจากได้ศึกษาผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามมาแล้ว 1 คน จึงต้องการข้อมูลมาเปรียบเทียบ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีผู้ป่วยทั้งหมด 11 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเมื่อได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยทราบ ผู้ป่วยทั้งหมดยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย นอกจากนี้มีผู้ป่วยรายอื่นขอเข้าร่วมในการวิจัยแต่ด้วยข้อจำกัดในการเก็บวิเคราะห์ข้อมูลจึงไม่สามารถรับได้ แต่ผู้วิจัยได้ให้การดูแล สอน แนะนำ ให้ข้อมูลความรู้เหมือนผู้ป่วยในการวิจัย แต่ไม่ได้เก็บข้อมูลสัมภาษณ์เจาะลึก การวิจัยครั้งนี้สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบทุกคนจนสิ้นสุดการวิจัย ใช้เวลาในการศึกษาผู้ป่วยประมาณ 1.5 - 2 เดือนต่อคน เมื่อเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้รูปแบบชั่วคราวของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ดังแสดงใน ภาพประกอบ 4 ซึ่งมีกิจกรรมหลักในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ดังนี้

2.4.1 สร้างสัมพันธภาพ ให้คำปรึกษา และ สะท้อนปัญหาให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

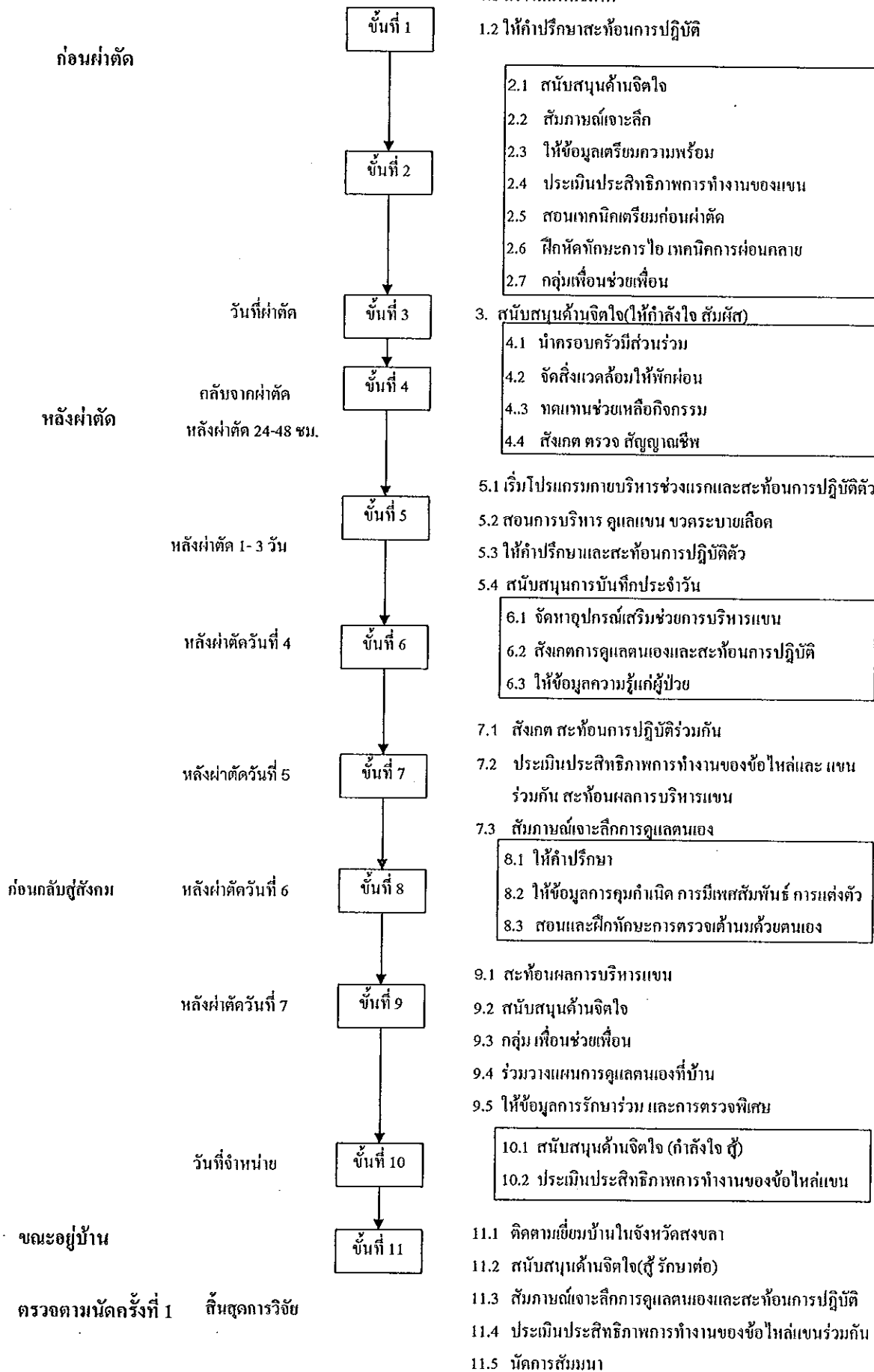
2.4.2 สัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อประเมินเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่การดำเนินชีวิตก่อนได้รับการวินิจฉัย (ระยะแรกที่พบก้อนจนกระทั่งมาโรงพยาบาล) และให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ให้ข้อมูลและความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขน

2.4.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยหลักการสอน และการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่

2.4.4 นำผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การผ่าตัดคนก่อนหรือในกลุ่มแรกๆ มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเองในลักษณะของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน

2.5 เมื่อสิ้นสุดการศึกษาสามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบทุกคน และ เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้จัดการสัมมนา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในวันที่ 24 ธันวาคม 2539 เวลา 13.30 - 16.00 น. ณ ห้องประชุมชั้นที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยเชิญ แพทย์เจ้าของไข้

ภาพประกอบ 4 รูปแบบชั่วคราว(โปรแกรม) การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่
ได้รับการผ่าตัด



พยาบาลในหอผู้ป่วยที่ศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา และ ผู้ป่วยในโครงการวิจัยที่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้ 8 คน เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลและผลการสรุปที่ได้ในแต่ละระยะ

2.6 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย สามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการรอบคอบใน 4 ระยะ คือ

2.5.1 ระยะที่ 1 ช่วงชีวิตก่อนผ่าตัด (ขั้นที่ 1 - 2)

2.6.2 ระยะที่ 2 ช่วงชีวิตหลังผ่าตัด (ขั้นที่ 3 - 7) และก่อนกลับสู่สังคม (ขั้นที่ 8 - 10)

2.6.3 ระยะที่ 3 ช่วงอยู่บ้าน (ขั้นที่ 11)

2.6.4 ระยะที่ 4 ช่วงมาตรวจตามนัด (ขั้นที่ 11)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ได้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็นข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการวิเคราะห์ในเรื่องของ

3.1.1 การแจกแจงความถี่ของข้อมูล ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล และ แจกแจงความถี่ของ ระดับของอาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ระดับความสูงของการไต่ฝาค้าง และ ความยาวเส้นรอบวงแขนที่เพิ่มขึ้น

3.1.2 การเปรียบเทียบระดับของอาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในแต่ละช่วงหลังผ่าตัดกับก่อนผ่าตัดโดยใช้ช่วงของเกณฑ์ปกติและเกณฑ์ขั้นต่ำเป็นค่าเปรียบเทียบ เพอร์เซนต์ของการเปลี่ยนแปลงระดับความสูงของการไต่ฝาค้างที่เพิ่มขึ้นเทียบกับก่อนผ่าตัดในแต่ละบุคคล ความแตกต่างของความยาวของเส้นรอบวงแขนที่เพิ่มขึ้นเทียบกับก่อนผ่าตัด และ ความแตกต่างของน้ำหนักตัวของผู้ป่วยแต่ละคนที่เทียบกับก่อนผ่าตัดในแต่ละช่วงของการประเมิน

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในเรื่องของ

3.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในทุกขั้นตอนของการวิจัย และ กระทำทุกวันหลังเก็บข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้ (Field & Morse, 1985 : 91 - 101 ; Sandelowski, 1995 : 371 - 375)

3.2.1.1 ถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนาม และตรวจสอบข้อมูลแล้วบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้องในการบันทึกสถานการณ์

3.2.1.2 เลือกคำที่เป็นหลัก (key words) จากแบบบันทึกสถานการณ์ นำ คำหลักมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล โดยเปรียบเทียบทั้งข้อมูลที่เหมือน และ แตกต่างกัน แยกประเภทได้กลุ่มคำหลักใหม่ตามวัตถุประสงค์การวิจัยหรือคำถามการวิจัย แล้วตีความเบื้องต้นตามแนวคิด/ทฤษฎีตามความคิดเห็นของผู้วิจัยและระบุเป็นแนวคิด/สมมติฐานชั่วคราว

3.2.1.3 ตั้งคำถามเพิ่มเติมในข้อมูลส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน พร้อมกับวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป

3.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว โดยการวิเคราะห์ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลตามแนวคิดของ สเตาซ์ และ คอรับิน (Strauss & Corbin, 1990 : 57 - 196) ดังแสดงในภาคผนวก ง.

3.2.2.1 นำคำหลักมาจัดหมวดหมู่โดยเปรียบเทียบข้อมูลประเภทต่างๆ และแยกประเภทข้อมูลในเรื่องการดูแลตนเองในแต่ละช่วง เช่น ความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเต้านม การเผชิญความเครียด การรับประทาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของแขน การบริหารข้อไหล่ การพักผ่อนนอนหลับ การปรับตัวกับชีวิตใหม่ และการจัดการภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยได้จัดคำหลักใหม่ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

3.2.2.2 ประมวลประเภทของข้อมูล และ คุณลักษณะของประเภทข้อมูลเข้าด้วยกันเมื่อเปรียบเทียบแล้วผู้วิจัยจะเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูลให้เกิดเป็นกรอบแนวคิดย่อยๆ นำมาตีความตามแนวคิด / ทฤษฎีและตามความคิดของผู้วิจัย

3.2.2.3 สร้างข้อสรุป (theme) โดยการเชื่อมโยงในความสัมพันธ์ของข้อมูล และการตีความตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะในการดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุปแล้ว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกันทุกขั้นตอนระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปวยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 11 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม โดยมีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การบันทึกเทป การถ่ายภาพ เครื่องวัดดวงตาข้อไหล่ใช้โกนิโอมิเตอร์ สายวัดความยาวเส้นรอบวงแขน ไม้วัดระดับความสูงของการไต่ฝ่าผืน และ แนวคำถาม นอกจากนี้มีรูปแบบชั่วคราว (โปรแกรม) การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม

นอกจากนี้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วนคือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณนั้น นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย เช่น การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ การเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เมื่อได้ข้อมูล และผ่านการตรวจสอบโดยใช้เทคนิคตรวจสอบสามเส้าแล้ว นำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน และ วิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย สรุปเป็นหลักการ หรือ ข้อเสนอเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด จนกระทั่งได้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลควบคู่กันไป โดยนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นก่อนเริ่มโครงการวิจัย
 - 2.1 สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนได้รับการผ่าตัด
 - 2.2 สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาล
3. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
 - 3.1 การสร้างสัมพันธภาพอย่างดูดยภาพ
 - 3.2 การส่งเสริมการดูแลตนเองตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.3 ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด
4. เครื่องมือประกอบในการให้ความรู้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาการผ่าตัดเต้านม ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2539 จำนวน 11 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี สอดคล้องกับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมที่ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป (ธนิต, 2534 : 245; Pool & Judkins, 1990 : 329; Peckham, Pinedo & Veronesi, 1995 : 1243) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ค้าขาย และทำงานบ้าน รายได้เฉลี่ย 2,001 - 4,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลและต้องรับการช่วยเหลือจากหน่วยงานสงเคราะห์ค่ารักษาของโรงพยาบาล ดังข้อมูลใน ตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 11 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ข้อมูล	จำนวน
อายุ (ปี)		อาชีพ	
20-30	2	เกษตรกรกรรม (สวนยาง)	3*
31-40	1	ค้าขาย	3*
41-50	4*	รับราชการ	2
51-60	4*	งานบ้าน	3*
สถานภาพ		รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน	
โสด	1	น้อยกว่า 2,000 บาท	3
คู่	8*	2,001 - 4,000 บาท	6*
หม้าย/หย่า	2	4,001 - 6,000 บาท	1
		6,001 - 8,000 บาท	1
ศาสนา		ความเพียงพอของรายได้	
พุทธ	9*	พอใช้และเหลือเก็บ	1
อิสลาม	2	พอใช้	4
		ไม่พอใช้มีหนี้สิน	6*
ระดับการศึกษา		การจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้	
ประถมศึกษา	8*	เบิกค่ารักษา (ต้นสังกัด)	2
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	บัตรประกันสุขภาพ (ข้ามเขต)	1
ประกาศนียบัตร	1	จ่ายเองและสังคมสงเคราะห์	4*
ปริญญาตรี	1	จ่ายเองทั้งหมด	3
		คนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์	1

* หมายถึงข้อมูลส่วนใหญ่

1.2 ภาวะสุขภาพและการรักษา

ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรูปร่างค่อนข้างอ้วน และมีโรคประจำตัว คือ 2 รายเป็นโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง มักคลำเจอก้อนด้วยตนเองและ พบก้อนเมื่อมีขนาดมากกว่า 2 ซม. ขึ้นไป หลังพบก้อน 1-5 เดือนจึงมารับการผ่าตัด จากการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 2A-3B ผู้ป่วยทั้ง 11 คน เข้ารับการผ่าตัดชนิด simple mastectomy and axillary node dissection ผู้ป่วยส่วนใหญ่

ได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างซ้าย หลังผ่าตัดได้รับการใช้เครื่องดูดระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดแบบต่อเนื่อง (continuous suction) ใน ผู้ป่วย 8 คน มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการฟื้นฟูร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่สะดวก ต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลและญาติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่นและไม่คุ้นกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เคย เช่น ใช้หม้อนอนข้างเตียงหรือบนเตียงในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วย 3 คนที่ใส่ท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดเป็นขวดสูญญากาศที่สามารถนำขวดเคลื่อนที่ไปห้องน้ำได้สะดวกกว่า พบภาวะแทรกซ้อน คือ การคั่งของน้ำเหลือง เกิดขึ้นช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 7-10 ภายหลังดึงสายระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดสายที่ 2 ออก ภาวะแทรกซ้อนน้ำเหลืองคั่งอาจเกิดขึ้นได้ภายหลังผ่าตัดจนถึงระยะที่ผู้ป่วยกลับบ้านในช่วง 1 - 6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด มักพบภาวะน้ำเหลืองคั่งในผู้ป่วยที่อ้วนระดับ 1 และระดับ 2 นอกจากนี้พบว่าน้ำเหลืองคั่งเกิดได้จากปัจจัยในเรื่อง อายุ ความอ้วน ตำแหน่งการใส่ท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพของแพทย์มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและประสิทธิภาพของท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัด (Chilson, et al., 1992 : 753) ศัลยแพทย์บางท่านจะใส่ท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดแบบต่อเนื่องที่ใช้เครื่องดูดตลอดเวลา เชื่อว่าจะช่วยการป้องกันการเกิดน้ำเหลืองคั่งได้แผลผ่าตัดเต้านมได้ดี

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่า ผู้ป่วย 6 คน เป็นมะเร็งเต้านมชนิดดุกตุมระยะ 2B - 3B ที่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง จึงทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับใช้เคมีบำบัด (adjuvant therapy) เพื่อช่วยให้การกลับซ้ำของโรคมะเร็งลดลง (Monahan, 1994 : 1897) ส่วนผู้ป่วย 4 คน พบว่า ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งเต้านมชนิดดุกตุมระยะ 2A ที่ยังไม่มี การกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองและผลการตรวจเฮสโตรเจน รีเซพเตอร์ มีผลบวก แพทย์พิจารณาให้ฮอร์โมนกับผู้ป่วย 1 คน ในการช่วยป้องกันการกลับซ้ำของโรค และมีผู้ป่วยเพียง 1 คนในกลุ่มที่ศึกษาครั้งนี้ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของเต้านมที่ตัดออกไม่พบเซลล์มะเร็ง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะ 1 (จากผลการตรวจชิ้นเนื้อที่มาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน มีเซลล์มะเร็ง) ไม่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งจากก้อนที่เต้านมไปที่อื่นๆ จึงไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ให้สังเกตอาการตรวจเต้านมด้วยตนเองและติดตามตรวจเป็นระยะ ดังข้อมูลในตาราง 4

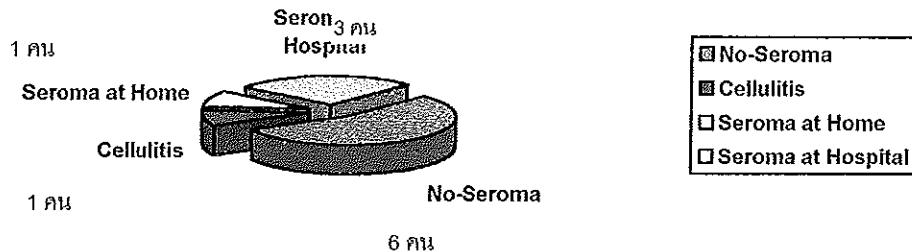
ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดโดยต่อกับเครื่องดูดแบบต่อเนื่อง 8 คน และเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่งได้แผลผ่าตัดได้ 4 คนและแผลผ่าตัดติดเชื้อ 1 คน (ดังแสดงในภาพประกอบ 5) ภาวะน้ำเหลืองคั่งที่เกิดขึ้น อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่ศึกษาอ้วนระดับ 1 และระดับ 2 และอายุมากช่วง 49 - 60 ปี แม้ว่าจะได้ป้องกันเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การไม่ใช้แขนข้างผ่าตัดเร็วก่อน 3 วันหลังผ่าตัด และผู้ป่วย 1 คน ใน 4 คน ที่มีท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดทำงานไม่ดี เลือดและน้ำเหลืองออกน้อยเพียง 45-100 ซีซี. มีผลทำให้เกิดน้ำเหลืองคั่ง

ตาราง 4 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษา (n = 11 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ข้อมูล	จำนวน
ขนาดของก้อน		การใส่ท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัด	
น้อยกว่า 2 ซม.	1	ขวดสุญญากาศ	3
2 - 3 ซม.	5*	ใช้เครื่องดูดแบบต่อเนื่อง	8*
4 - 5 ซม.	3	เต้านมที่ถูกตัด	
มากกว่า 5 ซม.	2	ข้างขวา	4
ระยะเวลา (ตั้งแต่พบก้อนจนกระทั่งผ่าตัด)		ข้างซ้าย	7*
น้อยกว่า 1 เดือน	1	ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	
1 - 2 เดือน	3	น้ำเหลืองกั่ง	4*
3 - 5 เดือน	4*	แผลผ่าตัดติดเชื้อ	1
มากกว่า 5 เดือน	3	ดัชนีมวลกายของร่างกาย (กก./ม²)	
ระยะของโรค		อ้วนระดับ 2 (30.0-39.9)	2
ระยะ 1	1	อ้วนระดับ 1 (25.0-29.9)	6*
ระยะ 2 A	4*	ระดับปกติ (20.0-24.9)	3
2 B	1	ผลการตรวจทางพยาธิเต้านมที่ตัด	
ระยะ 3 A	3	Infiltrating (invasive) ductal	
3 B	2	Carcinoma	10*
การตัดสินใจผ่าตัด		Lobular insitu	1
ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง	2	การรักษาร่วม	
ครอบครัวร่วมตัดสินใจ	2	ฮอร์โมน	1
ผู้ป่วยและสามี	7*	ยาเคมีบำบัด	2
การผ่าตัด		รังสีร่วมยาเคมีบำบัด	6*
MRM หรือ Simple Mastectomy		ยาเคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีรักษา	1
and Axillary node dissection	11		

* หมายถึงข้อมูลส่วนใหญ่

ภาพประกอบ 5 แสดงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด



ได้แผลผ่าตัด ซึ่งมีผู้ป่วยเพียง 2 คนที่แพทย์ใช้การป้องกันการเกิดน้ำเหลืองคั่งได้แผลผ่าตัดด้วยการใช้ผ้ายืดรัดแผลผ่าตัด (pressure dressing) เป็นส่วนที่ช่วยลดการเกิดน้ำเหลืองคั่งได้ ฉะนั้นการพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีความสำคัญต่อการรักษาที่ช่วยให้การรักษาได้ผลดีว่าการปล่อยไว้ก่อนโตและระยะของโรคลุกลาม จนต้องรักษาต่อเนื่องด้วยการฉายรังสีและใช้ยาเคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก

1.3 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลเชิงคุณภาพ

นอกจากนี้ขอเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะของการแสวงข้อมูล ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้แสวงหาทางเลือกใหม่ กลุ่มผู้ทำตาม กลุ่มผู้ไม่ยอมรับ ดังรายละเอียดดังนี้

1.3.1 กลุ่มผู้แสวงหาทางเลือกใหม่ มีจำนวน 5 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีลักษณะอยากรู้ สนใจ ชักถาม แสวงหาข้อมูล หาแหล่งช่วยเหลือจากการสอบถามผู้รู้หรือผู้ป่วยโรคเดียวกัน นำมาทดลองปฏิบัติดูแลตนเอง เป็นการลองผิดลองถูกโดยเลือกทางที่จะไม่ทำให้ต้องสูญเสียเต้านม และเสียค่าใช้จ่ายน้อย ในกลุ่มนี้ประกอบด้วยผู้ป่วย 5 ราย ได้แก่

ทองกวาว ปฏิเสธการผ่าตัด เพราะกลัวจะทำให้วิ่งไม่ได้และไม่ต้องการสูญเสียเต้านม เธอเป็นหญิงหม้าย วัย 55 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 3B มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง บุคลิกภาพดี ชอบแต่งตัว รักความสวยงาม สุขภาพแข็งแรง เป็นนักกีฬา รักการวิ่ง รักการอ่านและเขียน กล่าวว่า ภายหลังการผ่าตัดเธอจะวิ่งไม่ได้และไม่ต้องการสูญเสียเต้านม จึงแสวงหาทางเลือกวิธีการที่คิดว่า ทำให้ไม่ต้องสูญเสียเต้านม คือ วิ่งออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการนั่งสมาธิ เธอจึงปฏิเสธการผ่าตัด 2 ครั้ง มีอาการมากขึ้นจึงมารับการผ่าตัด ดังคำบอกเล่าของทองกวาว

“ที่ว่าต้องมีการรักษาอีกหลายวิธีไม่ใช่ผ่าตัดออกอย่างเดียว เคยอ่านหนังสือบอก
ว่า ถ้าทำร่างกายแข็งแรงช่วยต่อต้านโรคได้ ก็ลองวิ่ง กินอาหารบำรุงครบ
ห้าหมู่ ทำสมาธิ มีทางเลือกที่ดีกว่านมแพะข้างเดียว ถ้าจะตัดก็ตัดแต่ก้อน
เหมือนฝีสิ ไม่รู้ว่าเป็นอะไรคิดว่าป็นเนื้องอกธรรมดา ตอนนั้นคิดว่าอยากวิ่ง
แข่งขัน ถ้าเราผ่าตัดไปวิ่งไม่ได้ จึงบอกหมอไม่ผ่า...”

(สัมภาษณ์ก่อนผ่าตัด 2 เมษายน 2539)

ชงโค สถานภาพสมรสอยู่ 31 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 3B อาชีพค้าขาย ตรวจจาก
การสังเกตว่าน้ำหนักข้างซ้ายไม่ออกจึงได้พบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และแพทย์ได้ส่งตัวให้มา
รักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งแพทย์มีการรักษาให้ แต่เธอมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่มีเงินเพียง
พอที่จะมารักษา ดังนั้นจึงทดลองรับประทานกระเทียมที่เชื่อว่าจะช่วยให้ก้อนยุบ แต่เมื่อรับประทาน
แล้วอาการไม่ดีขึ้น เมื่อเวลาผ่านไป 2 เดือน ได้หาข้อมูลจากเพื่อนบ้าน เรื่อง “คนไข้ในวัง” จึงได้
ไปรอรับเสร็จสมเด็จพระบรมราชินีนาถ หลังจากนั้นเธอได้เป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์
ดังคำบอกเล่าของชงโค

“สงสัยแต่ที่แรกลูกไม่ดูคนข้างนี้ คิดว่าไม่เป็นอะไร พอไปหาหมอ ว่าเป็นมาก
ต้องส่งมารักษาที่นี่ ไม่มีเบี้ย (ไม่มีเงิน) ถามเพื่อนๆเค้าว่ามียาอะไรดี เค้าว่า
กระเทียม ก็ไปซื้อกระเทียมเม็ดขอแบ่งมาลองกินไป 20 เม็ด ไม่เห็นมันยุบ คิดว่า
ปล่อยไว้ไม่ได้ พอได้รู้ข่าวจากเพื่อนว่าสมเด็จพระนางเจ้าจะมาประทับที่ได้ ที่นรา ก็ยืม
เงินเค้ามาหมดไป แล้วคนที่ตาม เค้ามาขอ... ให้นำหนังสือที่หมอส่งตัวก็เลยถูกส่ง
มารักษาที่นี่...”

(สัมภาษณ์ก่อนผ่าตัด 7 พฤศจิกายน 2539)

ชบา หญิงอยู่ 31 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 3A คลำพบก้อนที่เต้านมโดยบังเอิญ แต่ไม่
ได้ผ่าตัดทันที เพราะไม่มีเงินค่ารักษา เธอได้แสวงหาทางเลือกวิธีอื่นๆ ที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย เนื่องจาก
เธอได้รับข้อมูลว่า มะเร็งตัดก็ตายไม่ตัดก็ตายอยากเก็บเงินให้ลูก จึงปฏิเสธการผ่าตัดครั้งแรก
แต่เมื่อเธอรู้ว่าตั้งครรถ์จึงกลับมารักษา ดังคำบอกเล่าของชบา

“หมอบอกต้องผ่าตัด ขอคุยกับที่บ้านก่อน เบี้ยก็ไม่ค่อยมี คนเค้าว่าตัดก็ตายไม่
ตัดก็ตาย เห็นคนเป็นหลายคนแถวบ้านได้ลองรักษากินยาหม้อเผื่อจะดีขึ้นบ้าง มี
คนหาย กินอยู่ 3 เดือน มันก็ไม่ยุบ...” (สัมภาษณ์ก่อนผ่าตัด 27 เมษายน 2539)

คาหรา หญิงคู่ วัย 42 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 3A คลำพบก้อนที่เต้านม เธอคิดว่าตนเองเป็นฝีไม่ใช่เป็นมะเร็ง เธอปฏิเสธการผ่าตัดเต้านมออก เนื่องจากมีประสบการณ์เห็นคนที่ผ่าตัดอยู่ได้ไม่นานเสียชีวิต กลัวการผ่าตัด และกลัวว่าการผ่าตัดทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปและกลัวว่าจะมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับสามี เธอจึงได้พบแพทย์หลายๆแห่งและแสวงหาทางเลือกในทางรักษาอื่นๆ คือ ใช้น้ำมันสมุนไพรนวด ยาพอกบริเวณก้อนที่เต้านม และรับประทานยาหม้อ อาการไม่ดีขึ้น จึงได้มาโรงพยาบาล

บุหงา หญิงคู่ วัย 53 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 3A สุขภาพไม่แข็งแรงมีอาการข้อเข่าเสื่อมปวดตึง เมื่อพบก้อนที่เต้านม เธอได้ไปพบแพทย์และแพทย์ให้ผ่าตัด แต่เธอขอกลับไปปรึกษากับลูกๆ ช่วงเวลา 2 เดือนที่รอเงินจากลูกเพื่อนำมาใช้จ่าย จึงแสวงหาวิธีการอื่นๆ เช่นการใช้น้ำมันสมุนไพร แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยกลุ่มผู้แสวงหาทางเลือกใหม่ทุกคนเป็นมะเร็งระยะที่ 3 ขนาดก้อนที่คลำได้มากกว่า 3 ซม.และคลำก้อนที่ต่อมน้ำเหลืองได้ ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดครั้งแรกที่พบก้อน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะสูญเสียเต้านม และไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ถึงข้อดีและข้อเสียในการรักษาหรือไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาอย่างครอบคลุม เช่น ได้รับคำบอกจากแพทย์ว่า “มีค่านั่นที่จะช่วยคุณได้” ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจทำไมต้องผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการดูแลตนเองด้วยการคิดหาวิธีการอื่นที่จะเสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่า สิ้นเปลืองน้อยกว่า และเป็นการรักษาเต้านมไว้ จึงคิดว่าเป็นวิธีที่ดีกว่าการถูกผ่าตัดและจากการได้รับคำแนะนำได้นำมาลองปฏิบัติ เป็นลักษณะการลองผิดลองถูก จึงทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาแสวงหา แหล่งช่วยเหลือต่างๆ ช่วงเวลาในการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ประมาณ 3 - 5 เดือน ก่อนจะเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง

1.3.2 กลุ่มผู้ทำตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวน 3 คน เป็นกลุ่มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อและประสบการณ์การปฏิบัติตามแพทย์แนะนำทำให้ฟื้นตัว หายเร็ว และเชื่อว่าการปล่อยไว้นานๆ โรคลุกลาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ มะลิ ลิลลี่ พิกุล

มะลิ หญิงคู่ วัย 52 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 2A รูปร่างท้วม ช่วยลูกสาวเลี้ยงหลานและขายของในร้านถ่ายรูป นิสัยเกรงใจผู้อื่นมักทำอะไรด้วยตนเอง ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ผ่าตัดมดลูกและได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ทำให้การฟื้นกลับคืนสู่สภาวะปกติเร็วขึ้น มะลิตัดสินใจรับรักษาเพราะกลัวว่าปล่อยไว้นานโรคลุกลาม ทำให้ถูกเค็ดรอนเป็นภาระลูก เพราะถูกรับผิดชอบออกค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ สำหรับการปฏิบัติเธอปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ดังคำบอกเล่าของมะลิ “หมอว่าจะไรดีก็เอาอย่างนั้น ผ่าชีวิตไว้กับหมออย่างเดียว นอกมาอะ...ทำตามหมอยากหายเร็วๆ”

ลิลลี่ สาวโสด อายุ 29 ปี อายุน้อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้ ทำงานขายของในห้างสรรพสินค้า นิยมรักการอ่านและเขียน เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 เธอมีปัญหาค่าใช้จ่าย แต่ครอบครัวสนับสนุนให้รับรักษา โดยที่น้องช่วยกันออกเงิน มีเพื่อนมาคอยดูแลที่โรงพยาบาล ลิลลี่ให้เหตุผลของการทำตามคำสั่งแพทย์ว่า

“เห็นคนข้างบ้านเป็นมะเร็งไม่รักษา ก้อนโตแตกออกรักษายาก...หมอว่าให้ทำอะไรดี เอาหมด.. ขอให้หายเร็วๆ.. อย่าให้ลามมาอีก เหมือนคนแถวบ้าน มันแตกลำบากแล้ว”

(สัมภาษณ์ก่อนผ่าตัด 10 กันยายน 2539)

พิกุล หญิงคู่วัย 60 ปี เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 2A เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดรักษาขาที่ถูกสะเก็ดระเบิด มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ คอใจง่าย มีความกังวลสูงเกี่ยวกับผ่าตัด ผู้ป่วยมีประสบการณ์เคยเห็นผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นมากโรคถูกถาม ทำให้ผู้ป่วยกลัวรักษาไม่หาย แต่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยเฉพาะสามีให้กำลังใจอยู่เป็นเพื่อนขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเชื่อมั่นแพทย์ ต้องปฏิบัติตามจึงเกิดผลดี ดังบอกเล่าของพิกุล

“เชื่อก่อนรับมาหาหมอเลยพอผ่าวิจัยที่โน่น 5 วันเค้าก็นัดไปฟังว่าเป็นเนื้อไอนั้น (มะเร็ง) บอกหมออะไรทำให้หายทำเลย ยาดีๆ ลูกๆ ญาติให้มาที่นี่ หมอที่นี่ก็ให้ตัดออกให้หมด ก็เอาออกไป มันไม่ดี ไม่เอาไว้เค้าจะผ่าเมื่อไหร่ อยากเอาออก

เร็วๆ จะรอดไหม ผ่าชีวิตไว้กับหมอ.... นี่จะหายไหม”

(สัมภาษณ์ก่อนผ่าตัด 5 พฤศจิกายน 2539)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ใช้ระยะเวลาสั้นภายหลังพบก้อนที่เต้านมจนได้รับการผ่าตัด ใช้เวลาเพียง 3 – 4 สัปดาห์ (กลุ่มผู้ทำตาม) เมื่อรู้ว่าตนเองมีอาการผิดปกติจะรีบมารักษาและผู้ป่วยบางคนมีการรับรู้โรคมะเร็งถ้าไม่รับรักษาล่วงไว้จะถูกลามทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความรุนแรง ความน่ากลัวของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจึงรีบมารักษา ซึ่งตรงกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ว่าได้รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง และการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสการเสี่ยงต่อการถูกลามของโรค ผู้ป่วยจะรีบมารักษา (Bishop, 1994 : 82 – 84)

1.3.3 กลุ่มผู้ไม่ยอมรับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความกลัว กังวลใจ เนื่องจากผู้ป่วยได้ข้อมูลที่ดีๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับข้อมูลเพิ่มเติมเพราะกลัวว่าจะได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองกังวล กลัวเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ กุหลาบ ดาวเรือง จำปา

กุหลาบ หญิงคู่ วัย 46 ปี เป็นมะเร็งระยะ 2B มีประสบการณ์การผ่าตัดถุงน้ำที่ด้านมข้าง ขวามา 5 ปี เคยดูแลพ่อและแม่ที่ป่วยเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยได้พบเห็นความเจ็บปวดทรมานที่เกิดขึ้นกับ บุพการีทั้งสอง ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธ ไม่ยอมรับรู้ข้อมูลและได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องจากเพื่อนสนิท ทำให้ผู้ป่วยกลัววิตกกังวลไม่ยอมรับ ดังเหตุผลของกุหลาบ “ไม่ยอมรับไม่ยอมรับ ทำใจไม่ได้ พอ หมอมาพูดจะผ่าตัด ที่นั่นหันหลังให้เลย ไม่อยากได้ยิน กลัวมากนึกไม่ออกกลัวอะไรไม่รู้ไปหมด” (สัมภาษณ์ 18 เมษายน 2539)

ดาวเรือง หญิงคู่ วัย 56 ปี เป็นมะเร็งขั้นที่ 2A ในระยะแรกไม่ยอมรับรักษา แต่ลูกๆ และ สามีสนับสนุนให้รักษา ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด กลัวกังวลเรื่องการวางยาลบและค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่ยอมรับรู้ข้อมูล กลัวจิตใจรับไม่ได้ ดังคำบอกเล่าของดาวเรือง

“ไม่ยอมรับอะไรตรงมาหาหมออย่างเดียว รู้มากแล้วใจจะเขว ตั้งใจจะผ่าเอาออก ห้ามบอกเลย เจอเองก็รู้เองลงเองไม่ยอมรับฟัง”
(สัมภาษณ์ 16 กันยายน 2539)

จำปา หญิงหม้าย วัย 53 ปี เป็นมะเร็งขั้นที่ 2A ได้รับข้อมูลจากเพื่อนบ้านที่เป็นมะเร็ง ด้านม ทั้งด้านดีและด้านลบ ทำให้จำปาไม่ยอมรับรู้เรื่องอะไรมาก เนื่องจากไม่ต้องคิดกังวลมาก จำปาเตรียมใจพร้อมเพื่อที่จะได้ผ่าตัดเร็ว ดังคำกล่าว “เพื่อนเค้าบอกมาแล้ว ให้ตัดออกเก็บไว้ไม่ดี ไม่ยอมรับรู้อะไรแล้ว เดี่ยวไม่สบายใจ”

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ปรับใจไม่ได้แม้ว่ายอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ต้องการได้ยิน สิ่งที่จะคิดว่าจะทำให้เกิดความหวาดกลัวมากขึ้นเกี่ยวกับการรักษา จึงใช้การเผชิญปัญหาที่เบี่ยงเบนไป ปฏิเสธไม่รับฟัง ซึ่งการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งแบบใช้อารมณ์สอดคล้องกับทฤษฎีของ Lazarus & Folkman, 1984 cited by Kagan & Evans, 1995 : 216 – 217) ได้กล่าวถึงบุคคล เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบมีการประเมินต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าการรับรู้ประเมินเป็นสิ่งที่คุกคามอันตรายต่อตนเองซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยมักเผชิญปัญหาด้วยการใช้อารมณ์ปฏิเสธความเป็นจริงหรือ เบี่ยงเบนไม่สนใจ

ฉะนั้นการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องระวัง คำพูดที่ใช้ไม่ควรบอกตรงๆ เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการปรับตัว ปรับอารมณ์ที่จะเผชิญกับปัญหาที่มา

คุกคาม ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาแบบใช้อารมณ์ มักจะใช้กลไกทางจิตมาช่วยลดภาวะ
 สิ่งที่มาคุกคามต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น ปฏิเสธ เพื่อที่จะลดความเครียดหรือความกลัวต่อสิ่งที่เกิด
 ขึ้นและผู้ป่วยหลีกเลี่ยง ไม่อยากได้ยินสิ่งที่ตนเองประเมินว่าถึงนั้นคุกคามต่อความรู้สึกหรือเป็น
 อันตรายกับตนเอง ดังตัวอย่างของ คาวเรืองที่ได้รับการบอกวินิจฉัยจากแพทย์ เธอเล่าให้ฟังว่า
 “หมอว่าสงสัยเป็น..... ไม่อยากพูดเลยหมอกันนี้พูดไม่เกลียดหู (พูดไม่น่าฟัง) บอกว่าเป็นมะเร็ง
 คนไข้ฟังใจเสีย..จะเป็นลม ไม่เหมือนหมอกันคนอื่นค่อยๆ บอก ป่านะสงสัยเป็นเนื้องอก... ต้องผ่า
 ก่อนดูก่อนถ้าไม่จริงหมอกงต้องตัดเต้าออกหมคนะ ฟังแล้วมันสบายหูกว่ากัน คำบางคำเราก็ไม่
 อยากได้ยินใจมันไม่ดี”

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม ทำให้เข้าใจการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาของ
 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ชัดเจนขึ้น มีประโยชน์ที่จะทำให้เข้าใจสาเหตุต่างๆ ของพฤติกรรมและการดูแล
 ตนเองของผู้ป่วย

2. ผลการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นก่อนเริ่มโครงการวิจัย

การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นก่อนเริ่มโครงการวิจัย เป็นการศึกษาเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจสถาน
 การณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนได้รับการผ่าตัดและสถานการณ์การดูแลรักษา
 พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาล เพื่อจะได้สามารถกำหนดกลวิธีการส่งเสริมการ ดูแล
 ตนเองของผู้ป่วยต่อไป ผลการศึกษามีดังนี้

2.1 สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนได้รับการผ่าตัด

ผลการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วงก่อนได้รับการวินิจฉัย
 เมื่อพบก้อนที่เต้านม แสวงหาการรักษาที่ไม่สูญเสียเต้านม การรีบไปพบแพทย์จนถึงการรับรู้การ
 เจ็บป่วยก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย พบว่า ก่อนพบก้อนที่เต้านมครั้งนี้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี บางราย
 เคยเป็นถุงน้ำหรือมีก้อนที่เต้านมมาก่อน มีผู้ป่วย 1 คน เคยได้รับการผ่าตัดมดลูก ผู้ป่วย 2 คน มีโรค
 ประจำตัวคือโรคหัวใจและข้อเข่าเสื่อม การพบก้อนเต้านมมีทั้งพบโดยบังเอิญ ตั้งใจคลำเพราะเคย
 ดูโทรทัศน์ที่สอนเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีอาการหวั่นมปุ่ม และแพทย์ตรวจพบเมื่อมา
 ตรวจร่างกาย

เมื่อพบก้อนแล้วผู้ป่วยได้มีการแสวงหาการรักษาต่างๆ โดยการไปพบหมอที่บ้าน คัมยา
 หม้อ ใช้น้ำพอก รับประทานกระเทียมมากขึ้น หั่นมาออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มี
 ประโยชน์ ผู้ป่วยบางรายหันมาเลือกใช้การทำสมาธิเพื่อต่อสู้กับโรค และส่วนมากไปตรวจกับ

แพทย์หลายๆท่านเพื่อความมั่นใจ โดยหวังว่าอาจจะไม่เป็นอะไรก็ได้ การตรวจรักษาจะเป็นการเอ็กซเรย์เต้านม อัลตราซาวด์เต้านม การตรวจชิ้นเนื้อ บางรายได้รับการทำ MRM เมื่อพบว่าเป็นมะเร็งก็ได้รับการผ่าตัดเต้านม ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งหรือเนื้อร้าย แต่มีบางรายทราบเพียงแต่ว่าตนเองเป็นเนื้องอก (ดูภาพประกอบ 6) ดังมีรายละเอียดสำคัญต่อไปนี้

2.1.1 ก่อนการวินิจฉัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 6 คนได้แก่ ทองกวาว ชบา ดาหระ ดาวเรือง จำปา ชงโค มีสุขภาพแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยเป็นโรคที่รุนแรง ะมัดระวังเรื่องการรับประทานอาหารมาตลอด มีผู้ป่วยเพียง 2 คนที่มีความผิดปกติที่เต้านม คือ ภูหลวงซึ่งเคยเป็นถุงน้ำ (cyst) ที่เต้านมข้างขวาได้รับการผ่าตัดเมื่อ 5 ปีก่อน ส่วนอีก 1 คน คือ ถิลลี้ เคยคลำก้อนได้ที่เต้านมข้างขวามา 1 ปี แพทย์ตรวจบอกว่าเป็นก้อนเนื้อธรรมดาไม่ได้รักษาให้สังเกตอาการและคลำดูขนาดก้อนต่อไป

นอกจากนี้ผู้ป่วย 3 คนมีโรคประจำตัวมาก่อน คือ พิgul เป็นโรคหัวใจ (myocardial infarction) มักตกใจง่าย เมื่อเวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจจะรู้สึกใจสั่น ส่วนมะลิ เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมดลูกเมื่อ 8 ปีที่แล้ว และบุหงา มีโรคประจำตัวข้อเข่าเสื่อมปวดเข่าต้องรับประทานยาเป็นระยะๆ

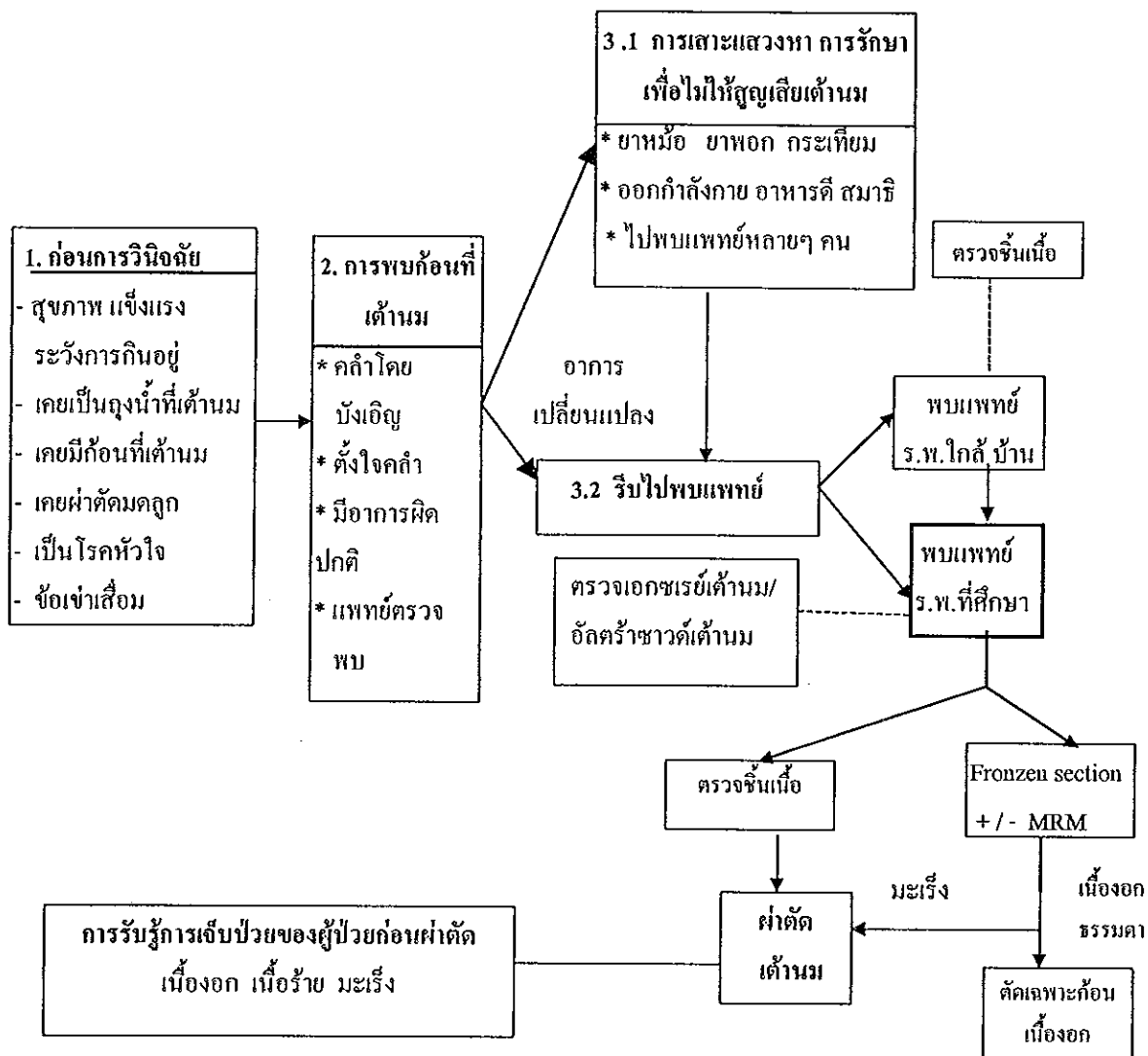
2.1.2 การพบก้อนที่เต้านม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มที่ศึกษาพบก้อนที่เต้านม มี 3 วิธี คือ

2.1.2.1 คลำพบโดยบังเอิญ ผู้ป่วย 7 คน (ทองกวาว มะลิ ชบา ดาหระ ดาวเรือง บุหงา พิgul) คลำพบก้อนโดยบังเอิญด้วยตนเองขณะผู้ป่วยอาบน้ำ ถูกหลานวิ่งชน ดบยุ่งกัคที่เต้านม โดยที่ไม่มีอาการแสดงใดๆ มาก่อน ดัง มะลิ เล่าว่า

“เล่นกับหลาน วิ่งชนที่พริ้ว (เต้านม) นี่ มันรู้สึกเจ็บแปลบๆ ลองคลำดู มีก้อนเจ็บๆ ตึง ไม่สบายใจ ไม่หาย พอหัวรุ่งก็บอกลูกสาว เค้าให้รีบมาหาหมอตรวจ”
(สัมภาษณ์มะลิ วันที่ 9 เมษายน 2539)

2.1.2.2 ตั้งใจคลำ พบผู้ป่วยเพียง 1 คน คือ ถิลลี้ ที่คลำตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างตั้งใจ ภายหลังจากดูรายการโทรทัศน์ที่เสนอการตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจึงลองคลำดูพบว่ามีก้อนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ได้ไปพบแพทย์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นก้อนเนื้อธรรมดาให้สังเกตอาการต่อ ผู้ป่วยคลำก้อนที่เต้านมอย่างสม่ำเสมอมาเป็นระยะทุกเดือน ครั้งสุดท้าย (ปี พ.ศ. 2539) มีอาการเจ็บๆ ที่ก้อนจึงได้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ถิลลี้ได้เล่าให้ฟังว่า

ภาพประกอบ 6 สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนได้รับการผ่าตัด



“หมอบอกให้คลำก็คลำดูมันไม่โต ตอนหลังลองคลำดูอีกรู้สึกเจ็บๆ ไม่แน่ใจโตขึ้นไหม ไม่สบายใจ เลยชวนพี่สาวไปเป็นเพื่อนไปหาหมอที่โรงพยาบาล.....หมอนัดตัดชิ้นเนื้อไปพิสูจน์”

(สัมภาษณ์ วันที่ 11 กันยายน 2539)

2.1.2.3 มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยเพียง 2 คน คือจำปาและชงโค จำปา สังเกตพบว่ามีหัวนมบวม ไม่เจ็บไม่เสียวที่เต้านม ได้ลองคลำดูพบว่ามีก้อนที่เต้านมได้ปรึกษาลูกสาว ในขณะนั้นผู้ป่วยมีอาการคันคันเป็นลมพิษ จึงได้ไปพบแพทย์ เรื่องลมพิษ ไม่คิดว่าจะเป็นอะไรที่เต้านม จำปา

เล่าว่า “ ไม่ตั้งใจไปหาหมอเรื่องตีนมบูม คิดว่าไม่เป็นไร..มันไม่เจ็บไม่ปวดอะไร พอตีเป็นลมพิษ มันคันก็เลยไปหาหมอ ไปแล้วก็ให้หมอเค้าตรวจดู...หมอบอกต้องผ่าดูก่อน พอตีไปคลินิก เค้าก็แนะนำให้ไปกรุงเทพ.. ดูๆว่าให้มาที่นี่ใกล้บ้านกว่า” (สัมภาษณ์เมื่อ 28 ตุลาคม 2539)

ชงโค มีลูกเล็กยังดูคนแม่ เธอได้สังเกตเห็นความผิดปกติของเต้านมข้างซ้ายว่า มีผิวหนังย่นเหมือนผิวส้ม ผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า “เห็นเต้านมข้างนี้ไม่เหมือนอีกข้าง นมไม่ค่อยไหล ดูไม่ค่อยนุ่ม แลดูผิวหนังย่นๆ เหมือนผิวส้ม เจ็บไม่เจ็บ ตึงๆ ก็ไปให้หมออนามัยแล เค้าก็บอกให้ไปโรงพยาบาล (โรงพยาบาล)”

2.1.2.4 แพทย์ตรวจพบ การวิจัยครั้งนี้พบ ผู้ป่วยเพียง 1 คน คือ กุหลาบ ที่มาตรวจสุขภาพต้องการตรวจมะเร็งปากมดลูก แพทย์ได้ตรวจคลำที่เต้านมพบก้อน ได้ส่งเอกซเรย์เต้านมพบมีเนื้ออกขนาดประมาณ 2 เซนติเมตร จึงรับผู้ป่วยเข้าผ่าตัด

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจตรวจเต้านมด้วยตนเอง อาจเป็นเพราะว่าขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรกหรือขาดการประชาสัมพันธ์ที่เผยแพร่ การรณรงค์ให้ผู้หญิงไทยได้ตรวจค้นหามะเร็งเต้านมด้วยตนเองหรือ เมื่อมีอาการผิดปกติรีบรักษาแต่เนิ่นๆ ผลการวิจัยนี้ช่วยยืนยันได้ว่าผู้หญิงที่ตรวจเต้านมตนเองทุกเดือนจะมีโอกาสตรวจพบสิ่งผิดปกติได้เร็วทำให้การรักษาได้ผลดี ดังเช่น ลิลลี่ เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้หญิงไทยส่วนใหญ่จะคลำพบก้อนที่เต้านมด้วยตนเองโดยบังเอิญมากกว่าการตรวจพบโดยแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพลู และ จูดกินส์ (Pool, N. K. & Judkins, F. A., 1990: 331) เกลและชาร์เรตต์ (Gale & Charette, 1995 :179) ที่พบว่า ร้อยละ 90 ที่ผู้หญิงสามารถคลำพบก้อนที่เต้านมได้ด้วยตนเอง และมีส่วนน้อย เพียงร้อยละ 10 ที่ตรวจพบโดยแพทย์ ผู้ป่วยมักจะมีอาการแสดงหรือจากการค้นพบเมื่อผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพ ส่วนในต่างประเทศผู้หญิงมีความรู้ในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจคลำเต้านมอย่างตั้งใจค้นหา

2.1.3 การจัดการเมื่อพบก้อนที่เต้านม

เมื่อผู้ป่วยพบก้อนที่เต้านมมีวิธีการจัดการ 2 วิธี คือ การแสวงหาการรักษาที่ไม่สูญเสียเต้านมและการรีบไปพบแพทย์ รายละเอียดดังนี้

2.1.3.1 การแสวงหาการรักษาที่ไม่สูญเสียเต้านม พบว่าผู้ป่วย 4 คน (ทองกวาว ขบา คามหา ชงโค) ได้ไปพบแพทย์แผนปัจจุบันและได้รับการยืนยันว่าเป็นเนื้องอก ซึ่งต้องตรวจวินิจฉัยด้วยการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ถ้าผิดปกติจะต้องตัดเต้านมออก ผู้ป่วยไม่ต้องการสูญเสียเต้านม ซึ่งอยู่ในระหว่างการใช้กลไกทางจิตป้องกันตนเองด้วยการปฏิเสธ แต่ได้สอบถามหาข้อมูลการดูแลรักษาเพื่อนำมาทดลองและปฏิบัติตามคำแนะนำของเพื่อนบ้านหรือญาติซึ่งผู้ป่วยต้องการแสวงหาการ

รักษาที่ไม่ต้องผ่าตัดด้านนอก ผู้ป่วยมีความหวังว่าก้อนเนื้อที่เกิดขึ้นคงไม่ใช่เนื้อมะเร็ง ได้ทำการทดลองใช้วิธีการอื่นๆ ที่มีความหวังทำให้หาย คือ ยาหม้อ ยาพอก การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การรับประทานกระเทียมและอาหารที่มีประโยชน์ ดังนี้

ก) ยาหม้อ พบผู้ป่วย 2 คน คือ ชบาและดาหระ ได้ใช้ยาสมุนไพรเป็นรากไม้ นำมาต้ม ซึ่งเพื่อนบ้านแนะนำให้มาทดลองต้ม 3 หม้อ พบว่าก้อนไม่ยุบจึงหยุดยา ดังคำบอกเล่าของชบา

“ที่แรกเจอก้อนก็มาหาหมอที่นี่ หมอเค้าจะตำก้อนไปดองว่า ถ้าเป็นเนื้อไม่ดีก็ตัดออกหมด ตอนนั้นไม่พร้อม ขอหมอลงบ้านไปคุยกับแฟนและพี่น้องก่อน พอกลับบ้าน เพื่อนบ้านแนะนำให้มาหาหม้อของหมอพระ ให้ต้มกินดู...ห้ามของแสลง หน่อไม้ แกงส้ม ก็ลองต้มกินดู ถูกเบี่ยกว่า ถ้าหายไม่ต้องตัดแต่ทั้ง ก็ลองดู เบี่ยก็ไม่มี แฟนก็ขับมอเตอร์ไซด์รับจ้างได้เบี่ยไม่พอดำหม้อ ค่ายา ตัวเราก็ตายขมได้ เบี่ยพอดำกับข้าว คนเค้าก็แกลง (พูด) ว่าถ้าเป็นมะเร็งรักษาก็ตาย ไม่รักษาก็ตาย ก็เลยไม่มาตามหมอนัด ”

(สัมภาษณ์ วันที่ 25 เมษายน 2539)

ข) ยาพอกและยาหม้อ พบในผู้ป่วย 1 คนคือ ดาหระ เป็นมุสลิมที่อาศัยในหมู่บ้านที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโดยใช้วิธีการพื้นบ้าน แม้ว่าเธอจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข แต่เมื่ออยู่ในภาวะที่ไม่ต้องการสูญเสียด้านนมไป เธอได้ทดลองหลาย ๆ วิธี เธอกลัวการถูกผ่าตัดด้านนม และกลัวชาวบ้านนินทา จึงได้เลือกใช้สมุนไพรมาพอกจนวดก้อนที่ด้านนม ทดลอง 2 เดือน พร้อมกับต้มยาหม้อรับประทานควบคู่กัน ดาหระได้เล่าว่า

“หมอบอกว่าต้องผ่าดู เราคิดว่ามันเหมือนฝี ผ่าแค่ก้อนออกไป แต่หมอบอกว่าถ้าผลตรวจเป็นเนื้อไม่ดีต้องตัดออกหมด ฟังแล้วใจไม่บายเลย ขอกลับมาคิดก่อนพอดีคนรู้จักแถวบ้านเค้าเอายาสมุนไพรมาให้มาให้นวดทา ดูลงนวดเข้า เย็นไม่อยากตัดของที่รักไป ชาวบ้านเห็นก็กลัวไปทั่ว มะไปเอายาหม้อมาให้ เค้าให้ต้มกินวันละ 2 ครั้ง ต้องลองดู เค้าว่าหายหลายคนแล้ว ”

(สัมภาษณ์ก่อนผ่าตัด เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2539)

ค) ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารดีและทำสมาธิ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงด้านทานโรค พบในผู้ป่วย 1 คนคือ ทองกวาว คิดว่าก้อนที่พบเป็นก้อนเนื้ออักเสบธรรมดา ถ้าภูมิคุ้มกันดีคงจะหายได้ เมื่อพบก้อนได้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์ได้จ่ายยาแก้อักเสบ

กลับมารับประทาน ก้อนไม่ยุบ บวมขึ้น มีอาการเจ็บตึง ๆ ได้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใหญ่ที่มีชื่อเสียง แพทย์ตรวจและเอกซเรย์เต้านมสงสัยว่าเป็นเนื้อร้าย นัดให้มาผ่าตัด แต่ไม่ยอมยกสูลูเลียงถึงที่รัก 2 อย่าง คือ เต้านม และอนาคตในการวิ่ง เพราะคิดว่าถ้าถูกผ่าตัดก็วิ่งไม่ได้ และกลัวลักษณะในสายตาของคนรอบข้างที่มองอย่างดูหมิ่น จึงตัดสินใจไม่ไปตามนัดที่จะผ่าตัด และได้เลือกการวิ่งออกกำลังกาย เข้า - เย็น กลางคืนนั่งสมาธิ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เธอทดลองปฏิบัติได้ 2 เดือน ดังคำสนทนาของ ทองกวาว กับ กุหลาบ ที่ว่า

“พี่ไม่ไปตามหมอนัด เพราะอ่านหนังสือ เค้าว่าออกกำลังกาย กินอาหารครบ 5 หมู่ อารมณ์ดี ทำสมาธิช่วยให้สุขภาพแข็งแรงหายจากโรคได้ ก็ลองทำ พี่คิดว่ามันต้องมีทางเลือกที่ดีกว่าการถูกตัดเต้านม คนบ้านๆ เคื่อก็บอกว่าไปโรงหมอ เคื่อจับตาคัดเคื่อหมด”

(การสนทนาระหว่าง ทองกวาว และ กุหลาบ เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2539)

ง) การรับประทานกระเทียมเม็ด พบผู้ป่วยเพียง 1 คน คือ ชงโค ได้ทดลองซื้อกระเทียมเม็ด ที่ญาติแนะนำว่า ช่วยแก้ความดัน ป้องกันมะเร็ง ในช่วงนั้นเธอได้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งแพทย์บอกให้เธอรู้ว่าเป็นมะเร็ง ต้องผ่าตัด เขียนใบส่งตัวให้แต่ด้วยฐานะการเงินไม่ดี สามีรับจ้างตัดอ้อยมีรายได้ไม่มาก ลูก 2 คน เธอขายของชำเล็กน้อยอยู่กับบ้าน ไม่มีเงินที่จะรักษา จึงรอโอกาส ขณะที่รอขอทดลองรับประทานกระเทียม ดังการสนทนาของ ชงโค และ พิภพ ชงโคเล่าให้ฟังว่า

“เบื่ยตอนนั้นหาไม่เลย พอที่เคื่อมาบอกว่ากระเทียมกินแก้มะเร็งได้ ก็ลองดูก่อน ลอง 2 เดือนมันไม่ยุบ มีแต่โตขึ้นใหญ่กว่าอีกข้าง”

(การสนทนา เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2539)

การแสวงหาทางเลือกอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้ในการเผชิญปัญหาเพื่อไม่ให้สูลูเลียงเต้านม แต่เป็นการแก้ปัญหาที่เกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจึงได้ทดลองวิธีการต่างๆ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าเมื่อวิธีดังกล่าวไม่ได้ผลดีผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล ก้าว และเริ่มตระหนักถึงอันตรายเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสที่ดีไป เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปสู่ต่อมน้ำเหลืองระยะของโรคที่ 3 และ 4

จ) ไปพบแพทย์หลายๆ คน พบว่าผู้ป่วย 5 คน ได้ไปพบแพทย์หลายคนเพื่อยืนยันความแน่ใจและหาวิธีการรักษาที่ไม่ต้องถูกตัดเต้านมออก ผู้ป่วยยอมรับการรับประทานยาดีกว่าการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียเต้านม ดังเช่นคำบอกเล่าของดาหรา

“เจอก่อนตังกาก็ไปหาหมอที่โรงพยาบาลที่บ้านหมอว่าท่อน้ำนมอักเสบให้ยามากินไม่ดีขึ้น เมื่อขงๆ ไปหาหมอที่จังหวัดว่าจะต้องขอผ่าดู....ก็เลยมาที่นี่เป็นโรงพยาบาลใหญ่ยาดีอาจไม่ต้องผ่า” (สัมภาษณ์ ก่อนผ่าตัด วันที่ 7 พฤศจิกายน 2539)

เมื่อผู้ป่วยได้ทดลองการรักษาด้วย วิธีการดังกล่าวใช้เวลาประมาณ 2 - 5 เดือนมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น หัวนมบวมเข้าข้างใน ก้อนโตขึ้น ก้อนมีลักษณะเหมือนอักเสบจะแตกบวมแดงร้อน จึงได้ตัดสินใจกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้แสวงหาทางเลือกใหม่ จากผลการคัดกรองเต้านมตรวจ ยืนยันว่าถ้าผู้ป่วยไม่รับรักษาโอกาสการลุกลามของโรคสูงพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมไปสู่ระยะ 3 ที่มีการกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้

2.1.3.2 รีบไปพบแพทย์ เมื่อผู้ป่วยพบก้อนที่เต้านมรีบมาพบแพทย์ด้วยความกังวลใจ ผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์มี 2 แห่ง คือ

ก) พบแพทย์ใกล้บ้าน พบในผู้ป่วย 5 คน แพทย์ได้ตรวจและคัดกรองที่เต้านมไปตรวจนัดฟังผลประมาณ 1 เดือน พบในผู้ป่วย 2 คนและผู้ป่วยอีก 2 คน ได้ขอมารักษาต่อที่โรงพยาบาลแห่งนี้และมีผู้ป่วย 1 คน คือ ชงโค มีก้อนที่เต้านมขนาดใหญ่มาก แพทย์จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลใหญ่สามารถให้การรักษาได้ครบวงจร

ข) พบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมด 9 คน ที่มารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ได้รับการตรวจเอกซเรย์เต้านมหรือตรวจอัลตราซาวด์เต้านม จะเป็นผู้ป่วยที่ตรงมาพบแพทย์ครั้งแรกจำนวน 5 คน และผู้ป่วยที่ไม่ประสบผลสำเร็จจากการทดลองรักษาด้วยวิธีต่างๆ ดังที่กล่าวในข้างต้น จำนวน 4 คน ได้มาพบแพทย์และได้รับการตรวจนัดให้ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่พบมีดังนี้

(1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเนื้องอกที่เต้านมตรวจ ภายหลังการตรวจแพทย์นัดผู้ป่วยฟังผลอีก 1 สัปดาห์ ถ้าผลตรวจขึ้นเนื้อเป็นมะเร็ง แพทย์จะรับตัวผู้ป่วยเข้ารักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออก มีจำนวน 2 คน คือ กุหลาบและ นุชงา ได้เล่าว่า

“ หมอไม่แน่ใจตัดก่อนไปดูก่อน เอาต่อมน้ำเหลืองไปด้วย ถ้าผลเป็นเนื้อไม่ดีก็ต้องตัดเต้านมออก ” (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2539)

“หมอตัดก่อนไปตรวจแล้วให้กลับบ้าน ดีใจคิดว่าคงไม่มีอะไร พอถึงวันนัด
หมอบอกว่าเป็นเนื้อร้าย มือเท้าอ่อนหมด ไม่คิดว่าจะเป็นเรา คิดว่ารอดแล้วที”
(สัมภาษณ์ก่อนผ่าตัด เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2539)

(2) ผู้ป่วยได้รับการนัดผ่าตัด พบจำนวน 7 คน แพทย์ได้ทำการผ่าตัดก้อนที่เต้านม
ตรวจชิ้นเนื้อแช่แข็ง (Frozen section) ก่อน ถ้าผลการตรวจเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็งก็จะตัดเต้านม
ออก มีเพียง 5 คน ที่รู้ว่าเป็นมะเร็งจากการบอกของแพทย์ที่ตรวจชิ้นเนื้อ ดังตัวอย่างของลิลลี่และ
พิกุล เหตุผลที่ ลิลลี่ ได้มารักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยและการรักษา เนื่อง
จากแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านที่ผู้ป่วยตรวจครั้งแรกบอกว่าต้องตัดเต้านมออก แต่ได้ขอกลับไป
คัดสินใจ ไปปรึกษากับครอบครัวก่อน พอเป็นผู้ให้กำลังใจเธอ สอนให้เอาธรรมชาติมารักษาจิตใจ
เมื่อเธอมาตามนัดแพทย์ (ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน) บอกว่าไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเต้านมออกให้สังเกต
อาการได้ เธอรู้สึกดีใจแต่เมื่อกลับบ้านได้ปรึกษากับพ่อและแม่ พี่สาวได้เล่าเรื่องของผู้ป่วยมะเร็ง
บ้านใกล้ๆ ปลอบก่อนไว้ไม่รักษาทำให้มะเร็งลุกลามไปอีกข้าง จึงทำให้ ลิลลี่ ต้องเดินทางมาพบ
แพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ด้วยความเชื่อมั่นการวินิจฉัยของแพทย์ แพทย์ได้อ่านผลการตรวจชิ้น
เนื้อ และตรวจเอกซเรย์เต้านม จึงได้รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด พบ
เป็นมะเร็งระยะ 1 ส่วนผู้ป่วยที่รู้ว่าต้องถูกผ่าตัดเต้านม อีกคนคือ ชงโค ภายหลังการรับยาเคมี
บำบัดทำให้ก้อนที่เต้านมยุบลง เธอได้รับการนัดให้มาผ่าตัดเต้านมออก

การเผชิญปัญหาและรับรู้ต่ออาการผิดปกติของการมีก้อนที่เต้านมก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย
ครั้งนี้ ผู้ป่วยทุกคนประเมินการเจ็บป่วย เมื่อรับรู้หรือสงสัยว่าเป็นมะเร็ง ว่าเป็นสิ่งที่รุนแรงที่สุด
ในชีวิต พบว่า ผู้ป่วย 6 คน คือ ทองกวาง มะลิ กุหลาบ ดาหระ ดาเวียงและจำปา รับรู้ว่าเป็นเนื้อ
งอกก่อนการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยยังมีความหวังว่าอาจเป็นเนื้องอกธรรมดาที่ไม่ต้องผ่าตัด และไม่ต้อง
สูญเสียเต้านม ส่วนผู้ป่วยอีก 5 คน คือ ชบา ลิลลี่ นุหงา พิกุล และชงโค รับรู้ว่าเป็นเนื้อร้ายหรือ
มะเร็งต้องถูกตัดเต้านมออก แต่ความรู้สึของผู้ป่วยทุกคน กลัว และวิตกกังวล ต่อความเจ็บป่วย
เป็นโรคมะเร็งและต้องสูญเสียเต้านม ผู้ป่วยกลุ่มผู้แสวงหาได้ใช้วิธีอื่นๆ ที่ไม่ต้องผ่าตัดเต้านม เป็น
การหลีกเลี่ยงไม่ต้องสูญเสียเต้านม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเผชิญปัญหาต่อความเครียดด้วยการใช้อารมณ์
ปฏิเสธ การรักษาด้วยการผ่าตัด และผู้ป่วยอีก 2 กลุ่มที่ยอมรับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ใช้การแก้
ปัญหาด้วยการหาเหตุผลที่ดีมายอมรับการรักษาในครั้งนี้

2.2 สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาล

จากการศึกษานำร่องก่อนเริ่มโครงการวิจัยพบว่า เมื่อผู้ป่วยพบก้อนที่เต้านมส่วนใหญ่จะมา
พบแพทย์ และได้รับการตรวจร่างกายและการเอกซเรย์เต้านม ถ้าแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งจะ

รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคัดในโรงพยาบาล หรือนักผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคัดในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนี้

2.2.1 ระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคัดในโรงพยาบาล จะมีความทุกข์ทรมานต่อการรอคอยทั้งผลการตรวจชิ้นเนื้อที่เต้านม ไม่ทราบว่าตนเองต้องถูกตัดเต้านมหรือไม่ หรือเพียงแค่ตัดก้อนเนื้อออกเท่านั้น สิ่งที่เกิดขึ้นมีผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาคัดเพื่อทำการผ่าตัดเต้านม ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

สถานการณ์การดูแลรักษาจากพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

1. การแนะนำสถานที่ กฎระเบียบของโรงพยาบาล
2. การซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณเต้านมที่ต้องคลำดูขนาดของก้อน และอาการผิดปกติอื่นๆ การเจาะเลือดเพื่อเตรียมผ่าตัด ก่อนวันผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวในเรื่องการทำความสะอาด บริเวณหน้าอกและรักแร้ข้างที่จะผ่าตัดเต้านม ด้วยวิธีโกนขนและให้ผู้ป่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย
3. การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน
4. การสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดย การพูดปลอบใจ ให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ
5. เจ้าหน้าที่ในทีมวิสัญญีแพทย์มาเยี่ยม ซักประวัติผู้ป่วยในตอนเย็นก่อนวันผ่าตัด ซักถามเกี่ยวกับโรคประจำตัว อาการแพ้ต่างๆ และให้ข้อมูลการงดน้ำอาหาร การปฏิบัติตัว แต่ไม่ได้บอกว่าเมื่อเข้าไปในห้องผ่าตัดแล้ว จะเจอสถานการณ์อะไรบ้าง เช่น การที่ต้องถอดเสื้อผ้าออกหมดและมีผ้าคลุมไว้ขณะทำการผ่าตัด ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยอยากได้รับข้อมูลเช่นกัน และผู้ป่วยอาจได้รับยากล่อมประสาทก่อนนอนเพื่อลดความวิตกกังวล

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีดังนี้

1. มีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย เป็นโรคมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อโรคมะเร็งว่าเป็น โรคที่ไม่หาย ดายเร็ว ผู้ป่วยบางรายขาดความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับ โรค สาเหตุ การรักษา การหาย การดูแลตนเอง ดังตัวอย่างคำถามจากผู้ป่วยที่ว่า “คนเป็นโรคนี้น่ากลัวไหม เป็นโรคในที่ลับเฉพาะ น่าอาย โรคนี้เป็นได้อย่างไร กินกี่ครั้ง ไม่มีใครเป็นเลยในครอบครัวเรายังเป็น” เป็นต้น
2. มีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดและการรักษา ถ้าผลการผ่าตัดพบว่าเป็นเนื้องอกชนิดร้ายหรือมะเร็ง ต้องถูกตัดเต้านม การผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเต้านม ผู้ป่วยบางรายจึง

กลัวการผ่าตัด ดังตัวอย่าง คำถามของผู้ป่วย “มีวิธีอื่นอีกไหมที่ไม่ผ่าตัด ผ่าตัดแล้วจะหายไหม แขนใช้งานได้เหมือนเดิมอีกไหม ผ่าเสร็จต้องกายแสงไหม เห็นเตียงโน้นตัดแล้วหมอให้กายแสง แล้วหายแล้วอายุสั้นจริงไหม” นอกจากนี้พบว่า การผ่าตัดมีผลต่อจิตใจที่ส่งผลมาสู่ ร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ และในบางสถานการณ์พบว่า การสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด ตัวอย่างเช่น กรณีเจ้าหน้าที่ไปแขวนป้ายไม่บอกเหตุผล บอกแต่ข้อห้าม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัย กังวล ไม่เข้าใจ กลัวการผ่าตัด เพราะผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ป่วยเล่าว่า

“เมื่อคืนพยาบาลมาแขวนป้าย มาเรียก....ป้า ป้าเคี้ยวหิ่งคนน้ำและอาหารหลังตี 12 เพราะต้องวางยาสลบพุงนี้ กินอะไรไม่ได้นะ..เราก็งงสงสัยไม่รู้ที่ว่าไม่ให้กินมัน เกี่ยวอะไรกับวางยานี้....นอนคิดอยู่มันข้องใจจัง”

3. มีความคับข้องใจ ไม่กล้าซักถาม จึงทำให้ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุม ทั้งนี้ผู้ป่วยบอกว่าบางครั้งเห็นพยาบาลงานยุ่ง ทำให้เกิดความเกรงใจ ดังคำบอกเล่า

“หมอบอกว่าต้องตัดไปดู คิดมาก ทำใจไม่ได้ บางครั้งก็พอทำใจ ไม่คิด แต่นึกถึงเราต้องถูกผ่าตัดจะทำตัวอย่างไร กลัวเจ็บ..ทั้งตัวคงไม่เหมือนเดิม จะถามพยาบาลก็ไม่กล้าถาม มีคนมาคุยส่วนใหญ่จะมาถามแปลกๆ...หมอบ้างพยาบาล บ้างว่าเป็นใจพุงนี้ผ่านแน่.... อยากถามหลายเรื่องมันข้องใจ เห็นเค้ายุ่งไม่มีเวลา ไม่ค่อยสบายใจ เลยคิดอยู่ตลอด เมื่อคืนนอนไม่หลับเลย”

2.2.2 ระยะหลังการผ่าตัด ในระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับการสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น เมื่อผู้ป่วยฟื้นรู้สึกตัวดีและสัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยจะถูกส่งกลับไปอยู่ที่หอผู้ป่วย พนักงานเงินเปลพร้อมผู้ช่วยพยาบาลจะมาส่งผู้ป่วยโดยเปลนอน

สถานการณ์การดูแลรักษาจากพยาบาลในระยะหลังการผ่าตัด

1. การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อม พยาบาลที่หอผู้ป่วยได้เตรียมรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด เช่น การปูผ้ายางรองที่เตียง ขามรูปไต หมอนไว้สำหรับรองแขนข้างที่ผ่าตัด เครื่องดูดแบบต่อเนื่องเพื่อไว้ต่อกับท่อระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัดหรือภาชนะรองสำหรับขูดระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัด เป็นต้น

2. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด โดยการจัดทำนอนไม่ให้ผู้ป่วยหนุนหมอน นอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการอาเจียน

3. ประเมินอาการหลังผ่าตัด จะเรียกชื่อผู้ป่วย บอกให้ผู้ป่วยรู้ว่าอยู่ที่ไหน ถามอาการผู้ป่วย และวัดสัญญาณชีพบ่อยๆ ทุก 30 นาที จนกระทั่งสัญญาณชีพอยู่ในช่วงสม่ำเสมอปกติ ก็จะวัดทุก 1 - 2 ชั่วโมง/ ครั้ง การวัดความดันโลหิตจะวัดแขนด้านตรงกันข้ามกับด้านที่ผ่าตัด เต้านมออก ในช่วงแรกจะไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร จนกว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดีจึงให้อาหารอ่อน และดูแลในเรื่องสารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับอย่างเพียงพอ ให้อาบน้ำตามแผนการรักษา

4. การดูแลแผลผ่าตัด โดยการจัดทำวางแขนข้างเดียวค้ำข้างที่ผ่าตัดเต้านมให้สูงกว่าระดับหน้าอก ดูแลสายท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมกับการสังเกตแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมผิดปกติหรือไม่ และดูแลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

5. การบริหารหลังการผ่าตัด ในช่วงหลังผ่าตัด พยาบาลและแพทย์มาเยี่ยม ตรวจสอบอาการพร้อมกับบอกให้ผู้ป่วยยกแขนสูง ดักข้าว หวีลม ให้ใช้แขนข้างที่ผ่าตัดเต้านมยกใช้ให้มากๆ ผู้ป่วยพยายามทำแต่ทำไม่ถูกวิธี มักจะยกเอียงศีรษะมาหาแขน ให้ผู้ป่วยบริหารยกแขนขึ้นลง ทำท่าต่างๆ ซึ่งในช่วง 3 วันแรกให้ผู้ป่วยฝึกการกำและแบมือแขนข้างที่ผ่าตัด และให้ทำกิจกรรมเล็กน้อย เช่น การใช้แขนข้างผ่าตัดรับประทานอาหาร แต่แพทย์บางท่านไม่ให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่ผ่าตัดเลยในช่วง 3 วันแรก จะเห็นได้ว่าการดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดมีความแตกต่างกัน จึงควรหาแนวทางการจัดทำโปรแกรมการบริหารเป็นขั้นตอนเป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

6. การสอนและการแนะนำผู้ป่วย ใช้วิธีการบรรยายโดยไม่มีสื่อการสอนที่ช่วยในการเตือนความจำหลังจากสอนแล้ว ผู้ป่วยยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด มีดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีแนวทางการให้พยาบาลที่ชัดเจนหรือโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นขั้นตอน การสอนของพยาบาลจะสอนตามประสบการณ์ ขาดคู่มือและสื่อที่ช่วยเตือนความจำ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ผู้ป่วยบางราย มีความสงสัยว่าทำไมต้องบริหารแขน เพราะมีความรู้สึkpวดตึง ไม่อยากยกและไม่กล้าขยับ เจ้าหน้าที่ (พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้) นำป้ายมาแขวน และได้ให้ข้อมูลว่า "ห้ามวัดความดัน เาะเลือดกดยาแขนข้างขวา....." เจ้าหน้าที่บางคนก็บอกเหตุผล บางคนแขวนป้ายบอกข้อห้ามไม่บอกเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่เข้าใจ

2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อไหล่ติด แขนข้างผ่าตัดบวม ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดด้านมแบบถอนรากตัดแปลงมีผลกระทบต่องานของแขนข้างที่ผ่าตัดด้านม ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในการบริหารแขนและการดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดด้านม

3. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครอบคลุมในช่วงเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน ในเรื่องการคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ การจัดการกับภาพลักษณ์ภายหลังการผ่าตัดด้านม

2.2.3 ขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัว ปรับบทบาทกิจกรรม และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่เพื่อจะได้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย จึงต้องมีการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านและให้ความรู้เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

สถานการณ์การดูแลจากพยาบาลในระยะมาตรวจตามนัด

1. การให้ข้อมูลการรักษาต่อเนื่อง เช่น การฉายรังสี
2. การติดตามนัดเป็นระยะๆ ผู้ป่วยไม่ได้บริหารข้อไหล่และแขนอย่างต่อเนื่องที่บ้าน อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยเจ็บตึงแผลผ่าตัด หรือผู้ป่วยขาดความเข้าใจเรื่องบริหารแขนและดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดด้านมที่บ้าน ผู้ป่วยกลับมาด้วยภาวะแทรกซ้อน คือ ข้อไหล่ติด แขนบวม

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะอยู่ที่บ้าน มีดังนี้

1. การไม่ได้มาตรวจตามแพทย์นัด ขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่กลับมารักษาคือ ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย “ไม่มารักษาต่อคิดว่าผ่าแล้วก็หาย กลัวเค้าว่าฉายแสงมันทำให้อายุสั้น”

2. ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเนื่องจากมีความขัดแย้งกับความเชื่อของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่า “หมอว่าให้กินปลามากๆ แต่เค้าว่าปลาดีนๆ กินแล้วคันแผลไม่กล้ากินหรรอก มันแสดงผล”

3. การดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยขาดการบริหารข้อไหล่และแขนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อไหล่ติดแข็ง แขนบวม เนื่องจากผู้ป่วยบางคนบริหารแขนเฉพาะอยู่ในโรงพยาบาลกลับบ้านไม่ได้ทำ และพบว่าผู้ป่วยที่รักษาร่วมด้วยการฉายรังสี ส่วนใหญ่ไม่สามารถกางแขนออกได้มากเพียงพอ ในช่วงฉายรังสีเนื่องจากผู้ป่วยขาดการบริหารข้อไหล่และแขน ทำให้ต้องเสียเวลาในการฟื้นฟูสภาพให้แขนสามารถกางออกได้

ประเด็นปัญหาการดูแลรักษาพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วย

จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ระยะของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดสามารถสรุปประเด็นปัญหาการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1. ขาดพยาบาลในการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะหรือพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางสำหรับเป็นที่ปรึกษาให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของครอกฟอร์ด (Crockford et al., 1993 : 1710) ที่กล่าวว่าพยาบาลส่วนใหญ่ขาดทักษะการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะ จึงมีผลให้พยาบาลขาดความมั่นใจในการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องการ
2. ระบบการพยาบาลแบบหมุนเวียนผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลหลายคน ไม่ได้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พยาบาลทำงานเป็นทีมพยาบาล 2 – 3 คนในแต่ละทีมต้องดูแลผู้ป่วยประมาณ 12 คน อีกทั้งยังมีผู้ป่วยหนักประเภท 1 หรือ 2 ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ทำให้เวลาส่วนหนึ่งของพยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยหนักที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้พยาบาลจะไม่มีเวลายามว่างที่ใช้เวลานานๆ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลที่จำเป็น ถ้าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nursing care) หรือการดูแลเฉพาะราย (case management) จะทำให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมแบบองค์รวมและมีเวลาให้ผู้ป่วยเฉพาะในการให้คำปรึกษาช่วยเหลือ แต่ในปัจจุบันอัตรากำลังพยาบาลยังมีไม่เพียงพอที่สามารถจัดการดูแลเฉพาะรายได้ และยังขาดพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางโรคมะเร็ง จึงไม่สามารถใช้ระบบบริการดังกล่าวได้
3. ขาดสื่อและคู่มือในการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วย ที่จะช่วยให้พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมเพียงพอเหมาะสมและผู้ป่วยสามารถนำกลับบ้านทบทวนได้
4. ขาดโปรแกรมขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพการบริหารข้อไหล่และแขนส่วนใหญ่นพยาบาลจะสอนตามประสบการณ์
5. ผู้ป่วยขาดการร่วมมือในการวางแผนและเลือกตัดสินใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองและขาดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง
6. ผู้ป่วยขาดข้อมูลที่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่ตระหนักถึงการรักษาคือ เนื่องจากได้รับข้อมูลน้อยหรือไม่ครอบคลุมในเรื่องการรักษาต่อเนื่องและบางครั้งได้รับข้อมูลไม่ตรงกันในทีมสุขภาพ การให้ข้อมูลมักเป็นกิจกรรมย่อยๆ ของการพยาบาล ไม่มีการวางแผนการให้ข้อมูลอย่างมีขั้นตอนแตกต่างกันตามทักษะความสามารถของเจ้าหน้าที่แต่ละคนทำให้ผู้ป่วยสับสน กังวล กลัว เครียดไม่เข้าใจซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุบล (2536 : 12) และเนลสัน (Nelson, 1996 : 64) ซึ่งพบว่า การให้ข้อมูลความรู้ที่ขาดความต่อเนื่อง มีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอในการปฏิบัติการดูแลตนเอง

ตนเอง 2. การส่งเสริมการดูแลตนเองตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนกลับสู่สังคมมี 6 วงจร คือ ทำไมต้องเป็นฉัน เข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง ชีวิตคนครึ่งคน ขวากหนามชีวิตใหม่ ปรับตัวและดูแลตนเองได้ และอุทิศตนเพื่อผู้อื่น 3. กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด มี 8 วิธี คือ 1) ให้ความรู้ปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 2) ให้ข้อมูลและความรู้ 3) สะท้อนปัญหา การวางแผนและการสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกัน 4) สนับสนุนด้านจิตใจ 5) เพื่อนช่วยเพื่อน 6) เชื้ออำนาจความศรัทธา 7) ครอบครัวมีส่วนร่วม 8) ประสานงานและเจรจาต่อรอง โดยมีปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเอง ได้แก่ ความหวังและเป้าหมายในชีวิต ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนด้วยตนเอง สนับสนุนจากครอบครัว กำลังใจจากทีมสุขภาพและเพื่อนช่วยเพื่อน ได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องและพบว่า อุปสรรคในการดูแลตนเองได้แก่ ขาดข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ ขาดความร่วมมือในการวางแผนการดูแลตนเอง ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะแทรกซ้อน ขาดการสนับสนุนทั้งด้านความช่วยเหลือและกำลังใจ ดังภาพประกอบ 7 ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การสร้างสัมพันธภาพอย่างดูดยภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเอง ให้ปรับตัว ปรับใจต่อการเจ็บป่วยได้ สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติภายหลังการผ่าตัดเต้านม สามารถป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้ มีทักษะในการแก้ปัญหา และสามารถดูแลตนเองในช่วงมารับการรักษาต่อเนื่องได้ ในการดำเนินการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยแสดงบทบาทเป็นพยาบาลผู้เข้าไปช่วยเหลือให้การดูแล โดยมี การประสานงานกับทีมสุขภาพที่เข้าร่วมรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าไปสร้างสัมพันธภาพอย่างมีดูดยภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการส่งเสริมการดูแลตนเอง ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

การสร้างสัมพันธภาพอย่างดูดยภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่มีเป้าหมายชัดเจน ผู้วิจัยได้ใช้หลักกระบวนการให้คำปรึกษา และการใช้เวลากับผู้ป่วย สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองเมื่อเริ่มสร้างสัมพันธภาพครั้งแรก โดยมีกลยุทธ์หรือวิธีการเฉพาะที่ใช้กับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มผู้ไม่ยอมรับ เป็นกลุ่มที่สร้างสัมพันธภาพได้ยากกว่ากลุ่มอื่นๆ เพราะผู้ป่วยแสดงท่าทีการพูดที่ปิดกั้นขอบเขตของตนเอง ต้องทำให้ได้รับความไว้วางใจก่อนจึงจะได้ข้อมูล โดย ผู้วิจัยได้แนะนำตัวให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่เข้ามาช่วยเหลือ

พยาบาล

ความรู้, ทักษะ, เนตดา
เอื้ออาทร, อดทน, มุ่งมั่น
มีสติ, รู้คิดพิจารณา

สัมพันธภาพ
ดุษฎี

ผู้ป่วย

ศรัทธา, ไว้วางใจ
มีพลังใจ, สู้
ไม่ท้อถอย

กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเอง

1. ให้ความสำคัญอย่างต่อเนือง
2. ให้ข้อมูลและความรู้
3. สะท้อนปัญหา วางแผน
& สะท้อนปฏิบัติร่วมกัน
4. สนับสนุนด้านจิตใจ
5. เพื่อนพ้องเพื่อน
6. เอื้ออำนาจและความสะดวก
7. ครอบครัวมีส่วนร่วม
8. ประสานงาน & เฝ้าติดตาม

ปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยน

การดูแลตนเอง

1. ทำไม่ต่อเนื่อง
2. เข้าใจสถานการณ์ & เอาชนะใจตนเอง
3. ชีวิตคนครึ่งคน
4. ขวากหนามชีวิตใหม่
5. ปรับตัว & อดทนเองได้
6. อึดทนเพื่อผู้อื่น

ปัจจัยสนับสนุน

1. ความหวัง & เป้าหมายในชีวิต
2. ได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสม
3. ประเมินประสิทธิภาพการทำงาน
ของหอโหลและแผนกด้วยตนเอง
4. สนับสนุนจากครอบครัว
5. กำลังใจจากทีมสุขภาพ & เพื่อนช่วยเพื่อน
6. ได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

อุปสรรค

1. ขาดข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ
2. ขาดความร่วมมือการวางแผน
3. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
4. มีภาวะแทรกซ้อน
5. ขาดการสนับสนุน

ภาพประกอบ 7 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องที่สงสัยอยากรู้ ทำให้ได้รับทราบข้อมูลที่จะนำไปหาวิธีการที่เหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเส้นมให้สามารถดูแลตนเองและปรับตัวได้ ผู้วิจัยบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่ผ่านมานาน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถให้การช่วยเหลือได้ การช่วยเหลือของผู้วิจัยคือเป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้เวลาติดตามเยี่ยมทุกวันในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งการติดตามเมื่อผู้ป่วยมาตามนัดครั้งที่ 1

ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยมีหลายปัจจัย ได้แก่

1. การให้เวลาที่รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ
2. การสะท้อนความรู้สึกให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเอง ผู้วิจัยไม่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ไม่บังคับในการปฏิบัติดูแลตนเอง แต่ให้ผู้ป่วยเลือกทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง
3. การแนะนำให้ข้อมูลในการปฏิบัติ และการประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาทำให้การให้ข้อมูลและการปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
4. ทำให้การปฏิบัติของพยาบาลที่มีความเอื้ออาทร ความเข้าใจสภาพจิตใจของผู้ป่วย และการแสดงเจตนาดีของผู้วิจัย ที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วย การสังเกตท่าทีภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้วิจัยไม่ไปรบกวนผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยไม่พร้อมที่ให้อาสา มีใจมาถามข้อมูลเพื่อทำการวิจัยแต่ไม่ได้ใส่ใจกับความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น การถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยสะท้อนใจ เกี่ยวกับการสูญเสียด้านม
5. ความสม่ำเสมอในการติดตามให้คำปรึกษา ด้วยความเต็มใจ

สิ่งที่บอกถึงสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยสามารถรับความรู้สึกได้จากการให้การดูแล การสัมผัส สายตาที่บอกเจตนาดีของผู้วิจัย ผู้ป่วยบางคนมีการทดสอบผู้วิจัยทั้งเรื่องการถามข้อมูลจากแพทย์หรือนักศึกษาแพทย์ว่าตรงกันหรือไม่ในเรื่องการดูแลแขนข้างที่ผ่าตัด ผู้ป่วยในกลุ่มผู้ไม่ยอมรับ การสร้างสัมพันธภาพยากกว่ากลุ่มอื่นๆ เพราะผู้ป่วยมักเก็บตัว ไม่พูด ไม่ถาม ผู้วิจัยใช้วิธีการถามเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการอยากรู้ก่อน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลเรื่องค่าใช้จ่ายและการช่วยเหลือด้านการเงิน บางครั้งผู้วิจัยต้องใช้การติดต่อขอข้อมูลจากสามีและลูกของผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ไม่ยอมรับการให้ข้อมูลต้องใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจะได้ผลดี ไม่ควรป้อนข้อมูลมาก ควรให้ในสิ่งที่จำเป็นจริงๆก่อนและใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ข้อมูล ข้อสังเกตที่บอกถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องส่วนตัว การเขียนบันทึกประจำวันถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีต่อผู้วิจัย และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ผู้ป่วยบอกความรู้สึกที่มีต่อผู้วิจัย ดังที่จำไปได้เล่าว่า

“ ที่แรกก็รู้สึกรำคาญ ไม่รู้ว่าพยาบาลต้องให้คำแนะนำและดูแล คิดว่ามีแต่หมอ
เห็นมาดูแลเรา ตามทุกวัน น้อง (ผู้วิจัย) เคঁาดี... สนใจช่วยเหลือเราดี... จนเรา
เข้าใจและยอมแพ้ ทั้งๆที่ไม่คิดว่าจะเล่าเรื่องส่วนตัวให้ใครฟัง.... ยอมรับว่าเขา
สนใจเอาใจใส่ดี ทั้งที่เราเคยแสดงท่าไม่พอใจ น้องเค้าไม่เคยแสดงกริยาไม่ดี...
จนเรายอมแพ้เอง เรามีเจตนาดีที่จะช่วยเราจริง”

(ข้อมูลจาก จำปา หลิงหม้าย วัย 49 ปี ในการสัมภาษณ์สรุปผลการวิจัย 24 ธ.ค. 2539)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

เมื่อพยาบาลนำกลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองมาช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระยะแรกของการสร้างสัมพันธภาพ ดังนี้

1. มีความศรัทธาและไว้วางใจผู้วิจัย ดังเช่น ข้อมูลการบันทึกประจำวันของผู้ป่วยและการ
สัมภาษณ์ พบว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกที่พยาบาลสามารถถ่ายทอดสื่อให้กับผู้ป่วยรับรู้ได้ถึง
ความเมตตา เอื้ออาทร ทำหน้าที่ให้เกียรติ สุภาพ กริยาที่แสดงออกของพยาบาล ผู้ป่วยสังเกตได้และ
รับรู้ถึงเจตนาที่ดี การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูล การรับฟังด้วยความตั้งใจ ใส่ใจ เป็นเพื่อนยาม
ผู้ป่วยทุกข์ใจ เศร้าใจ การใช้การสัมผัสจับมือยามที่ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ดังเช่น คำบอกเล่าของ
ทองกวาวที่ว่า “เหมือนรู้จักกันมานาน.... อยู่ใกล้น้อง (ผู้วิจัย) แล้วอบอุ่น.... เสมือนผู้รู้ใจ”

2. มีพลังใจ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่มีพลังใจต่อสู้ จากการสะท้อนให้เกิดความเข้าใจใน
สถานการณ์เกิดการเปลี่ยนแปลงยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้สิ่งที่เป็นจริง มีการเผชิญ
ปัญหาแบบแก้ปัญหา การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนช่วยเพื่อนทำให้
เกิดการเรียนรู้ มีความหวัง กำลังใจ มีเป้าหมายในชีวิตเกิดขึ้นอีกครั้ง พลังใจที่ถดถอยก็กลับคืนมา
เปลี่ยนเป็นสู้อย่างมีเป้าหมายด้วยความหวัง ดังกลอนที่ทองกวาวและบันทึกของกุหลาบได้เขียนขึ้น
ต่อไปนี้

“ ชีวิตนี้มีหวังใช้ครั้งหนึ่ง แม้พลาดถึงร้อยครั้งยังมีหวัง
หากดวงจิตคิดสู้อยู่ไม่ยั้ง คงสักครั้งสมหมายก่อนวายปราณ”

(บันทึกของทองกวาว หลิงหม้ายวัย 55 ปี เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2539)

“ ตั้งแต่เราลองทำฟ้อนคลาย กำลังใจจากทุกคนรอบข้าง เห็นพี่ทองกวาวผ่าตัด
แล้วแข็งแรงมาให้ข้อคิดกำลังใจ น้องสิริลักษณ์เอาหนังสือมาให้อ่าน เปลี่ยน
ชีวิตจิตใจและให้ข้อมูลที่ข้องใจ เกิดความรู้ ความเข้าใจ ตอนนี้ เราพร้อม
แล้วที่จะเข้าห้องผ่าตัด กำลังใจความพร้อมเต็มร้อย ขอขอบคุณ น้องสิริลักษณ์
และพี่ทองกวาวที่เปรียบเสมือนแสงสว่างที่ทำให้เราออกมาจากมุมมืดที่น่ากลัว

ต้นสนเว้งว้าง เธอให้ความเป็นกันเอง ให้ความอบอุ่น ให้กำลังใจที่จะทำให้เรารู้

สึกมีพลังที่จะต่อสู้กับโรคร้าย เราต้องชนะมัน”

(บันทึกประจำวัน เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2539 ของกุหลาบ หญิงคู่ วัย 46 ปี)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากสัมพันธภาพที่มีคุณภาพ มีความเหมาะสมในเชิงวิชาชีพด้วยความรู้สึกและเจตนาดีที่มีต่อกัน เกิดจากการที่พยาบาลมีความเข้าใจผู้ป่วย ใช้ความอดทนมีสติพิจารณาช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพลังใจสู้ มีความหวัง เอาชนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้

3. ฝ่าหาความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีพลังใจที่จะต่อสู้ มีความหวังและมุ่งไปสู่เป้าหมายในชีวิต เกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองในชีวิตใหม่ ความสนใจฝ่าหาความรู้ที่จะทำให้กลับไปแข็งแรงเป็นปกติ ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเพื่อนช่วยเหลือที่เป็นลักษณะถูกใจ ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงาน แนะนำและให้ข้อมูลหลายวิธีที่เป็นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เช่น ใช้หนังสือชนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้ เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง ฝึกสอนการทำสมาธิอย่างง่าย เป็นต้น การใช้กลุ่มเพื่อนผู้ผ่านประสบการณ์ที่ดีในการผ่าตัดเต้านม การรักษาต่อด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัด การนำครอบครัวมีส่วนร่วม การสนทนากับสามีและผู้ป่วยวางแผนเมื่อก่อนกลับบ้าน สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาและผู้เอื้ออำนวยความสะดวก จัดหาอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการบริหารแขน ผู้ป่วย 2 คนมีการคิดอย่างอิสระสามารถคิดค้นท่าการบริหารแขนด้วยตนเอง ใช้วิธีการดัดแปลงการดัดโคร์เซท มาเป็นวิธีหนึ่งในการบริหารแขน ทำให้ผู้ป่วยไม่เหงาเมื่อต้องถูกจำกัดบริเวณเนื่องจากการใส่ท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดที่ใส่กับเครื่องดูดแบบต่อเนื่อง เป็นการปรับตัวให้สถานการณ์ดีขึ้น

พยาบาลมีเจตนาดี ใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดี ให้คำปรึกษา มีความสม่ำเสมอจริงใจไม่ย่อห้อยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาและไว้วางใจ เมื่อผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วย มีกำลังใจ เกิดความหวังและมีเป้าหมายในชีวิต จะเกิดพลังใจที่จะต่อสู้ เกิดการเรียนรู้ ฝ่าหาความรู้ มาปฏิบัติเพื่อจะเอาชนะโรคร้ายอย่างมีความหวังคิดว่าจะไม่ตายเพราะโรคนี้นี้ คิดในทางบวก มองโลกในแง่ดี พร้อมทั้งจะอุทิศตนช่วยเหลือผู้อื่น เป็นความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ให้จิตใจสบายสงบเกิด จิตที่เป็นกุศล ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้นอย่างรวดเร็ว

3.2 การส่งเสริมการดูแลตนเองตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยศึกษาติดตามผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้านและกลับมาติดตามนัดครั้งที่ 1 เป็นการสิ้นสุดการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยสามารถแบ่งได้เป็น 6 วงจรได้แก่

1) ทำไมต้องเป็นฉัน 2) เข้าใจสถานการณ์ และเอาชนะใจตนเอง 3) ชีวิตคนครึ่งคน 4) ขวากหนามชีวิตใหม่ 5) ปรับตัวและดูแลตนเองได้ และ 6) อุทิศตนเพื่อผู้อื่น ซึ่งสรุปได้ดังภาพประกอบ 8 มีรายละเอียดต่อไปนี้

วงจรที่ 1 ทำไมต้องเป็นฉัน

วงจรนี้เป็นปรากฏการณ์การดูแลตนเองช่วงแรกของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าใจตนเองและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 1 – 2 วัน พบว่า ผู้ป่วย 5 คนทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งจากแพทย์ที่แจ้งผลการตรวจชิ้นเนื้อที่เต้านมให้ทราบ และผู้ป่วย 6 คน ไม่ทราบแน่ชัดว่าตนเองเป็นมะเร็งแต่สงสัย ผู้ป่วยทุกคนเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่คาดคิดว่าจะเป็นโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกสับสน กลัว กังวล ว่าโรคร้ายนี้เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างไร เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีก้อนเนื้ออก ต้องผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยสงสัยว่า ตนเองเป็นมะเร็ง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงที่ต้องสูญเสียชีวิตในเวลาอันสั้น รวดเร็วทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว ห่วงใยลูกและสามี แต่ในผู้ป่วยรายที่ไม่ทราบว่า ตนเองเป็นมะเร็งหรือในช่วงการปฏิบัติ ผู้ป่วยมักแสวงหาทางเลือกอื่นๆ ที่ไม่ต้องสูญเสียด้านมและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ดัง ตัวอย่างในกลุ่มผู้แสวงหาทางเลือกใหม่ (ดูรายละเอียดในหน้า 64 – 66) การส่งเสริมการดูแลตนเองในวงจรทำไมต้องเป็นฉัน สามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 9

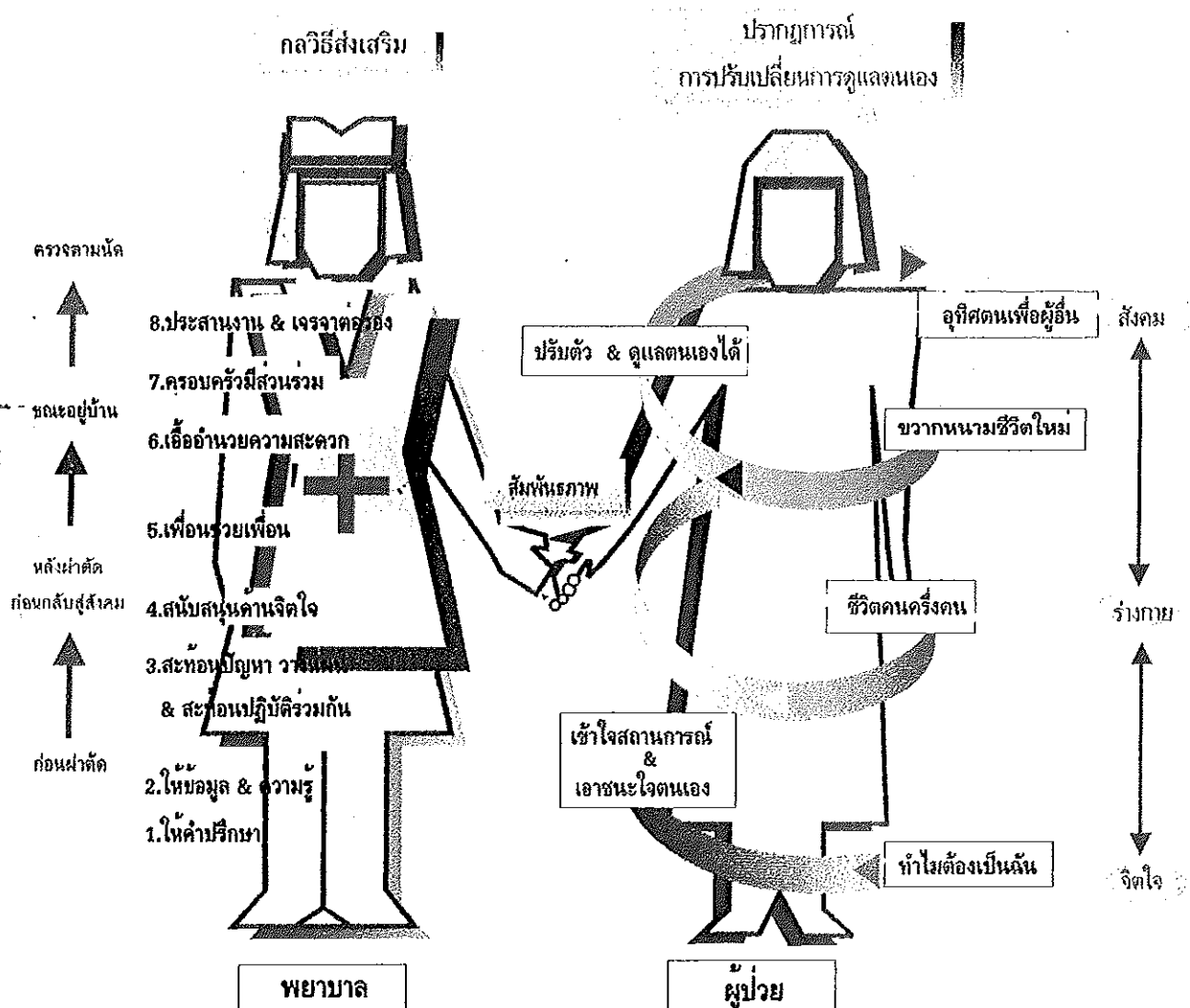
สถานการณ์ของผู้ป่วยในวงจรทำไมต้องเป็นฉัน

จากการศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยในวงจรนี้ สามารถสรุปปัญหาในเรื่องของ สภาพจิตใจและการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. สภาพจิตใจ

เมื่อพบก้อนที่เต้านมผู้ป่วยพยายามปลอบใจตนเองว่าเป็นเนื้องอกธรรมดา เหมือนเป็นฝีผ่าก็หาย ผู้ป่วย 2 คน ปฏิเสธการผ่าตัดเพราะช่วงนี้ผู้ป่วยสับสน กังวลใจ กลัวการสูญเสีย และ ผู้ป่วย 2 คน ได้มีการแสวงหาทางเลือกอื่นเนื่องจากไม่มีเงินเพียงพอที่จะมารักษา ส่วนผู้ป่วยอีก 7 คนถึงแม้ว่ายอมรับการผ่าตัดแต่ก็ยังรู้สึกกลัวและกังวลเช่นเดียวกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งในวงจรนี้พบว่า ผู้ป่วยทุกคนเกิดความรู้สึกว่า ไม่คาดคิดว่าจะเป็น กลัว กังวล และห่วงใย ไม่แน่ใจว่าทำไมตนเองเป็นโรคมะเร็ง มีรายละเอียดดังนี้

ภาพประกอบ 8 การส่งเสริมการดูแลตนเองตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด



ภาพประกอบ 9 วงจร 1 ทำไมต้องเป็นฉันท

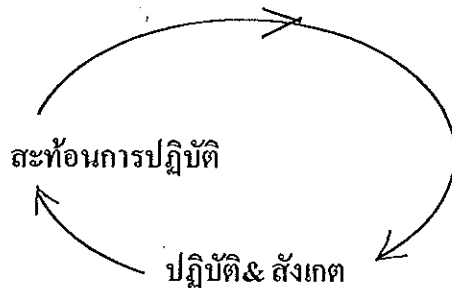
(แรกเริ่ม - เข้าใจตนเองและสถานการณ์)

ผลลัพธ์

- เข้าใจตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ไม่สามารถยอมรับการผ่าตัดได้ทุกคน

ปัจจัยส่งเสริม

- * ความหวัง และเป้าหมายในชีวิต
- * กำลังใจจากครอบครัว
- * การได้รับข้อมูลที่เหมาะสม



- ปฏิบัติตามรูปแบบชั่วคราว
- ให้คำปรึกษา
 - สนับสนุนด้านจิตใจ
 - ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ด้วยการอธิบายพร้อมแจกคู่มือ
 - แนะนำการบันทึกประจำวัน
 - สอน สาธิต เทคนิคผ่อนคลาย
 - สะท้อนปัญหาร่วมกับผู้ป่วย

อุปสรรค

- * ขาดข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ
- * ข้อจำกัดด้าน สายตา มองไม่ชัด คู่มือตัวหนังสือ เล็กมองไม่ชัดเจน

ปัญหา : ก่อนผ่าตัด

สภาพจิตใจ

- ไม่เข้าใจสถานการณ์ของตนเอง
- ปฏิเสธการผ่าตัด
- กลัวกังวลการผ่าตัด กลัวไม่หาย
- กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย
- กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง
- ขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค/ การรักษา

วางแผน

- ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย/การผ่าตัด
- ประเมินความรู้ เรื่องการผ่าตัด
- สืบหาข้อมูลการดูแลตนเอง
- กำหนดรูปแบบชั่วคราว ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูล ความรู้ สอน สาธิตและฝึกทักษะที่จำเป็น

ปรับปรุงแผน

- ปรับปรุงคู่มือให้ตัวอักษรใหญ่ขึ้น
- นำครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- เพิ่มภาพประกอบในการอธิบายขั้นตอน
- ให้ผู้ป่วยเขียนบันทึกประจำวัน (เฉพาะผู้ที่ชอบการเขียน)
- ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

1.1 ไม่คาดคิดว่าจะเป็น เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยทุกคนเพราะผู้ป่วยมิได้คาดคิดว่า ตนเองจะเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพดี และมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค เช่น เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีไขมันสูง ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกสับสน สงสัยว่าเกิดโรคนี้ขึ้นได้อย่างไรกับตนเอง ดังเช่นคำบอกเล่าของทองกวาว กุหลาบ และชบา ต่อไปนี้

“ชีวิตของเราไม่เคยคิดว่าจะเกิดขึ้น... ไม่เหลือแล้ว.. ไม่เข้าใจ.. ทำไมต้องตัด มีวิธีอื่นดีกว่านี้ไหมมันสับสน.. คิดมาก ไม่รู้เรื่อง คิดว่าเราเป็นคนเดียว”
(สัมภาษณ์ ทองกวาวเมื่อ 1 เมษายน 2539)

“สภาพจิตใจแย่มาก..... บอกไม่ถูก แทบรับไม่ได้.... มันสับสนไปหมด”
(สัมภาษณ์ กุหลาบเมื่อ 15 สิงหาคม 2539)

“เงินก็ไม่มี ชาวบ้านก็พูดมาก เป็นพันนี้ มีห้อง (ตั้งครรภ์) อีก มันสับสนไปหมด จะทำอะไรดี”
(สัมภาษณ์ ชบา เมื่อ 28 เมษายน 2539)

1.2 กลัว เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้ง 11 คน เพราะผู้ป่วยรับรู้หรือสงสัยว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง (ซึ่งคุกคามต่อร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณของผู้ป่วย) ร่วมกับการรับรู้จากประสบการณ์ตรงและการบอกเล่าของเพื่อนบ้าน เกี่ยวกับการผ่าตัดและผลกระทบของการผ่าตัด จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาสรุป ความกลัวที่พบในผู้ป่วยได้ 6 ประเด็นคือ กลัวตาย กลัวไม่ฟื้น กลัวเจ็บปวดทรมาน กลัวการสูญเสียเด็นนม กลัวโรคกลับเป็นซ้ำ และกลัวคนนิทา รายละเอียดมีดังนี้

1.2.1 กลัวตาย พบว่าผู้ป่วย 9 คน รับรู้ว่าการเป็นโรคมะเร็งทำให้คุกคามเป็นอันตรายต่อชีวิต และเสียชีวิตเร็วมีผู้รอดชีวิตน้อยหรือไม่มีเลย จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวตาย (มีสภาพจิตใจเศร้าหมอง) ดังคำบอกเล่าของพิกุลและบุหงา

“โรคนี้มีคนหายไหม...เห็นมีแต่ตายไม่รู้ว่าจะรอดไหมนี่เตรียมถ้ายรูปไว้แล้ว”
(กลุ่มผู้ทำตาม พิกุล สัมภาษณ์ ก่อนผ่าตัด เมื่อ 29 ตุลาคม 2539)

“โรคนี้เป็นแล้ว ไม่หายตายทั้งเพ”
(กลุ่มผู้แสวงหา: บุหงา รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง กล่าวด้วยน้ำเสียงเศร้า สิ้นหนาม่นหมอง ทุกข์ใจ)

1.2.2 กลัวไม่พิน พบในผู้ป่วย 3 คน ผู้ป่วยแสดงถึงความกลัวการวางยาสลบเพราะคิดว่าอาจจะไม่พิน ประกอบกับผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากเพื่อนบ้านว่า “การผ่าตัดดมยาไม่พิน” จึงทำให้ผู้ป่วยกลัวในสิ่งที่ตนไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ดังคำบอกเล่าของดาวเรืองว่า “กลัววางยาสลบไม่พิน แล้วหลับไม่ตื่น เห็นข้างบ้านไป ผ่าตัดดมยาไม่พิน”

1.2.3 กลัวเจ็บปวดทรมาน พบในผู้ป่วย 3 คน ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดว่า มีบาดแผลถ้าแผลใหญ่ก็จะเจ็บมากหรือผู้ป่วยบางคนได้รับข้อมูลที่น่ากลัวจากเพื่อน ก็จะเพิ่มความกลัวมากขึ้น เพราะผู้ป่วยจินตนาการเห็นสภาพของคนที่ถูกผ่าตัดเห็นเนื้อแดง ไม่เข้าใจว่ามีการเย็บปิดแผลจึงทำให้เกิดความกลัว ตลอดจนความวิตกกังวลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เรื่องการสวมใส่เสื้อผ้า กลัวเกิดความเจ็บปวดทรมาน ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังเรื่องการผ่าตัด ไม่ยอมรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับการผ่าตัดดังคำบอกเล่าของกุหลาบและ จำปา

“มันก็รัก (แต่นม) หากหายไป แต่กลัวเจ็บปวดมากกว่า.... ตัดเห็นเนื้อแดงๆจะใส่อะไร”
(สัมภาษณ์ กุหลาบ เมื่อ 18 เมษายน 2539)

“กลัวตอนพินมาจะเจ็บปวด แผลใหญ่มากไหม ช่วงนี้คงจะเจ็บมากเลยนะ”
(สัมภาษณ์ จำปา เมื่อ 28 ตุลาคม 2539)

1.2.4 กลัวสูญเสียภาพลักษณ์ พบในผู้ป่วย 8 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียใจ และกลัวว่าภาพลักษณ์ของตนเองไม่เหมือนเดิม กังวลว่าอาจมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับสามี ดังคำบอกเล่าของทองกวาว และ ดาหารา

“เสียใจของรัก (แต่นม) มีวิธีอื่นไหมอนุรักษไว้ เรายังมีคนน่ารักๆ ชอบๆอยู่... มีผู้ชายที่ต้องการเรา แต่ถ้าผ่าตัดคนหมด ไม่รู้ว่าเค้ายังจะชอบเราอีกหรือ”
(สัมภาษณ์ ทองกวาว เมื่อ 1 เมษายน 2539)

“กลัวเราไม่เหมือนเดิม (ตัดแต่นมออก) สามีไปมีใหม่เห็นมาหลายคนแล้ว เก็บไว้ใค้ยากเก็บ เหมือนผ่าฝีได้ไหม”
(สัมภาษณ์ ดาหารา เมื่อ 15 สิงหาคม 2539)

ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากค่านิยมของผู้หญิงต้องมีหน้าอก (แต่นม) เพราะรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดึงดูดเพศตรงข้ามเมื่อจะเกิดการสูญเสียจึงเกิดผลกระทบต่อความรู้สึกโดยเฉพาะผู้ที่มีการครอบครั

สัมพันธภาพกับสามีหรือเพื่อนชาย ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจจะหลีกเลี่ยงการรักษาด้วยการผ่าตัดด้านมออก ดังเช่น ผู้ป่วยกลุ่มผู้แสวงหา ซึ่งตรงกับการศึกษาของกิติ (2538:79) ที่กล่าวถึงการรักษา มะเร็งเต้านมด้วยวิธีอนุรักษณ์ด้านมพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการรักษาด้วยวิธีนี้มากกว่าการตัด เต้านมออกและมีความคิดเห็นว่าการรักษามะเร็งเต้านมในระยะแรกด้วยวิธีการอนุรักษณ์ด้านมน่าจะ เป็นทางเลือกของผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมอีกหนทางหนึ่ง

1.2.5 กลัวโรคกลับเป็นซ้ำ พบในผู้ป่วย 4 คน ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งจาก ประสบการณ์ที่เคยเห็นคนเป็นโรคนี มี การเป็นกลับซ้ำรักษาไม่หายขาด ทำให้เกิดความกลัวโรคจะ กลับซ้ำหลังการผ่าตัด ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของดาหระ และ มะลิ

“เห็นเพื่อนเตี้ย โนนัดแล้วเป็นมาอีกที่รักแระ ไม่รู้ว่าของเรจะเป็นมาอีกไหม”

(กลุ่มผู้แสวงหา : ผู้ป่วยสอบถาม แสวงหาข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวกังวล ผ่าตัดแล้วไม่หาย)

“ตัดแล้วหายเลยมัย กลัวเป็นอีกลำบาก เจ็บทรมาน”

(ผู้ป่วย มีประสบการณ์ตรงที่พบผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแล้วมีโรคกลับเป็นซ้ำ)

1. 2.6 กลัวคนนินทา พบในผู้ป่วย 3 คน อันเป็นผลเนื่องจากการที่สังคมของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกัน ผู้ป่วยคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด บางรายรู้สึกว่าการตัดทิ้งม ในหมู่บ้านจะซุบซิบนินทา กลัวว่าจะถูกเพื่อนบ้านมองดูอย่างรังเกียจที่ต้องสูญเสียเต้านมและคุณค่า ของตนเองลดลง ดังที่ทองกวาวและมะลิเล่าว่า ดังนี้

“คนรู้ (เพื่อนบ้าน) ว่าโค่นตัดนมทิ้ง ค่าตัวเราจะลดลง เพื่อนก็จะพูดมากโงะ กันอรร้อย”
(สัมภาษณ์ ทองกวาว เมื่อ 2 เมษายน 2539)

“ไม่อยากจะบอกใคร บางคนแหลง (พูด) ไม่ดี คนบ้านๆจะแหลงพัน โนนั่นพันนี้ มี แต่ตายๆอย่างเดียว”
(สัมภาษณ์ มะลิ เมื่อ 9 เมษายน 2539)

1.3 กังวล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมีความกังวลอยู่ 2 เรื่องคือ

1.3.1 กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ พบในผู้ป่วย 4 คน ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่ดี หรือไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จะมีความทุกข์ใจ กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา เพราะมีการรับรู้ว่ามีโรคมะเร็ง ค่าใช้จ่ายในการรักษามาก ทำให้ผู้ป่วยหลายคนไม่มารักษาตั้งแต่เริ่ม

แรก รอเก็บเงินก่อน หรือในบางรายขาดการรักษาเพราะไม่มีเงิน ดังคำบอกเล่าของ ชบา มะลิ และ ดาวเรือง ต่อไปนี้

“มาตรวจที่แรก หมอว่าเป็นเนื้องอก ต้องผ่ามาดู สงสัยถ้าเนื้อไม่ดีต้องตัดทิ้ง
คิดมาก เงินก็ไม่มี ขอกลับไปบ้านคุยกับญาติก่อน”

(กลุ่มผู้แสวงหา : ชบา สัมภาษณ์ เมื่อ 28 เมษายน 2539)

“เรื่องอื่นไม่กลัว กลัวอย่างเดียว เบี้ย(เงิน) ไม่รู้ต้องใช้ทำอะไร มานี้ต้องไปกู้
เค้ามา ลูกยังเรียนอยู่ กู้มั้งจ้ะเลย”

(กลุ่มผู้ไม่ยอมรับ : ดาวเรือง สัมภาษณ์ เมื่อ 17 กันยายน 2539)

ปัญหาด้านเศรษฐกิจและค่าใช้จ่าย เป็นอุปสรรคสำคัญที่มีผลต่อระยะเวลาในการมารับ
การรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้และเศรษฐกิจ
ไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลสูง

1.3.2 กังวลเป็นภาระผู้อื่น พบในผู้ป่วย 2 คน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกต่อความมีคุณค่าใน
ตนเองลดลง ถ้าต้องพึ่งพาผู้อื่น และกลัวเป็นภาระของลูกหลาน แต่อย่างไรก็ตามในรายที่รับรู้
ถ้าปล่อยให้เป็นมากโรคมะเร็งอาจลูกหลานจะรักษาไม่ได้ ต้องใช้ค่าใช้จ่ายมาก ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มผู้ทำ
ตามรับมารักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ในทางกลับกันในรายที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับรักษา เพราะกลัวสิ้น
เปลืองหรือทำให้ลูกเดือดร้อนและคิดว่ารักษาก็ไม่หายจึงกลัวว่าจะเป็นภาระแก่ผู้อื่น ดังตัวอย่าง
ของมะลิ และดาวเรือง

“ไม่อยากให้ลูกต้องมาเดือดร้อนกับตัวเรา เค้าทำมาหากิน เบี้ยที่เก็บมีไม่มากไม่
รู้พอไหม”

(กลุ่มผู้ทำตาม : มะลิ สัมภาษณ์ เมื่อ 9 เมษายน 2539)

“ไม่อยากไปรบกวนลูก เค้ามีครอบครัวแล้วทำให้เค้าเดือดร้อน รักษาหรือไม่
รักษาก็ตาย”

(กลุ่มผู้ไม่ยอมรับ : ดาวเรือง เมื่อ 16 กันยายน 2539)

1.4 ห่วงใย พบในผู้ป่วย 4 คน ที่มีลูกจะมีความห่วงใยลูก โดยเฉพาะในรายที่ลูกยังมีอายุน้อย
ทำให้ผู้ป่วยกังวลห่วงใย คิดถึงลูก เกิดความทุกข์ใจ เศร้าใจ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของชงโค และ
กุลลาบ

“ลูกเราก็งี้ยังเล็กฝากญาติไว้ ไม่รู้เป็นไงบ้าง คิดถึงก็คิดถึง ห่วงก็ห่วง ”

(สัมภาษณ์ ชงโก เมื่อ 7 พฤศจิกายน 2539)

“ลูกสาวกลับบ้านคนเดียว เป็นห่วง นอนไม่หลับเลย เมื่อคืนพ่อเด็กก็ไปเข้าเวร”

(สัมภาษณ์ กุหลาบ เมื่อ 27 เมษายน 2539 ก่อนการผ่าตัดเต้านม)

การศึกษานี้ทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกคนไม่คาดคิดว่าโรคมะเร็งจะเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยในระยะแรกผู้ป่วยมักจะเป็นแบบการใช้อารมณ์ มากกว่าการแก้ปัญหา ผู้ป่วยอยู่ในช่วงปฏิเสธ ไม่ยอมรับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดันเกสเคตเตอร์ และคณะ (Dunke-Schetter, et al., 1992, cited by Maes, S. et al., 1996 : 237) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และพบว่า ผู้ป่วยมีผลกระทบทางด้านจิตสังคมมากกว่าด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักใช้การเผชิญด้านอารมณ์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอน สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่เนื่องจาก ผู้ป่วยขาดข้อมูล ขาดการสะท้อนคิดพิจารณาไตร่ตรอง ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวกังวลมากในผ่าตัด และช่วงก่อนผ่าตัดเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์และ นันทา (2540 : 45) ในเรื่องความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทั้ง พบว่า การผ่าตัด เต้านมทั้งเป็นสภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยทุกคนต้องสูญเสียความเป็นเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์ ทำให้กระทบแบบแผนการดำเนินชีวิตและบทบาทของตนเองในสังคมเปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้เป็นสาเหตุให้ผู้ที่มีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ผู้ป่วยจำเป็นต้อง ได้รับการช่วยเหลือส่งเสริมการดูแลตนเองตั้งแต่ก่อนผ่าตัด พยาบาลต้องเข้าใจถึงสภาพจิตใจที่ต้อง ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือให้สามารถเผชิญปัญหาและผ่านภาวะวิกฤตนี้ได้

2. ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา พบว่า ผู้ป่วยทุกคนขาดความรู้ และความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยการผ่าตัด

สรุปได้ว่า ปัญหาที่พบในช่วงวงจรที่ 1 คือ ไม่เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ปฏิเสธการ ผ่าตัด กลัวการผ่าตัด กลัวตาย กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป และยังมี ปัญหาเรื่องขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการช่วยเหลือดังต่อไปนี้

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในวงจรที่ 1 “ทำไม ต้องเป็นฉัน” มีดังนี้

1. ให้คำปรึกษา

โดยผู้วิจัยได้เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว และประเมินสภาพ จิตใจ สิ่งที่เกี่ยวข้อง การสะท้อนปัญหาและสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง

การเผชิญปัญหาเมื่อพบก้อน เมื่อได้รับการวินิจฉัย การรับรู้ต่อการป่วยครั้งนี้ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังการวินิจฉัย การดูแลตนเองก่อนและหลังการผ่าตัด บุคคลที่ผู้ป่วยให้ความเชื่อถือไว้วางใจ ซึ่งเป็นการประเมินปัจจัยพื้นฐาน การเผชิญปัญหา การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและรักษา

ผู้วิจัยได้ประเมินความรู้สึของผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อเป็นการหาข้อมูลและสำรวจปัญหาพบว่าผู้ป่วยมักคิดเรื่องไกลตัวในอนาคตกว่า “เป็นโรคนี้อาย..มันตายเร็ว..ลูกยังเล็กอยู่..ไม่รู้เป็นได้ยังไง” จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัว ในสิ่งที่ยังอยู่ในอนาคต เมื่อทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสะท้อนข้อมูลกลับ ให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณา ให้เห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะผ่าตัดและให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และแนะนำให้ผู้ป่วยคิดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นปัจจุบัน ทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ในการให้คำปรึกษาในรายนี้ ผู้วิจัยใช้ทักษะการสื่อสารที่ดี การตั้งใจรับฟังอย่างเอาใจใส่ ทำความเข้าใจผู้ป่วย และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองและผ่อนคลาย ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นได้ ดังตัวอย่างจากบันทึกประจำวันของ ทองกวาว

ในวันที่ 1 เมษายน 2539 ฉันถูกสั่งให้กินน้ำคอกอาหารหลังเที่ยงคืน ในคืนนั้น แต่ฉันไปเห็นคนที่เขาค้นแล้วนอนอยู่ที่เตียงอีกซีกหนึ่ง ฉันเห็นสภาพเขาแล้วคิดว่าถ้าเราเป็นแบบเขาไม่รู้จะสมเพชเวทนาตัวเองขนาดไหนไม่รู้ว่ามีใครจะหาย ไม่ต้องทำอะไรกันละทีนี้และที่สำคัญฉันหมดสิทธิ์ หมกโกลาสวังตำราวงวัด ไม่มีโอกาสอีกแล้ว ถนนไปคางคางสายนี้มันช่างเต็มไปด้วยอุปสรรคขวากหนามเต็มไปด้วยสิ่งกีดขวางกั้นร้อยแปดทำให้ทุกอย่างซงกัหมก ฉันตัดสินใจว่าไม่ผ่าจะกลับไปรักษาโดยไม่ผ่าตัด ฉันแกลังกินขนมเข้าไปชิ้นหนึ่งเช้าวันนั้นก่อนไปผ่าตัด แดมน้ำอีกหนึ่งแก้วหนึ่งเต็มๆ ปลดป้ายที่แขวนเตียงว่า “งคนน้ำอาหาร” ออกเสีย...เมื่อเขามารับไปห้องผ่าตัด ฉันบอกหมอว่าฉันกินขนมเข้าไปเสียแล้วหมอโกรธ ว่าฉันว่า “ผมต้องการช่วยคนไข้ให้หายรู้ไหม ทำไมคุณเป็นคนอย่างนี้ คุณกลับไปคิดดูให้ดีก่อนแล้วกลับบ้านไปซะ” ฉันกลับมาที่เตียงตอนนั้นสับสนมาก คิดอะไรไม่ถูก นี่ฉันปฏิเสธการผ่าตัด 2 ครั้งแล้ว พอฉันมีนักศึกษาแพทย์มากลุ่มหนึ่ง ถามว่า “จะเอาอย่างไร ทำไมไม่ผ่า” ฉันบอกคำเดียวว่าไม่ผ่า เพราะฉันถือว่าชีวิตฉันก็คือชีวิตฉันเรื่องอะไรที่จะไปตัดมันออกให้มันหายไปให้มันมีปัญหายุ่งยาก..... ในขณะนั้นพลันสายตาดำฉันประสานเข้ากับสุภาพสตรีคนหนึ่ง (ผู้วิจัย) เธอยิ้มให้มองประสานตามาที่ฉันอย่างสนใจ ฉันนึกในใจว่าคุณพยาบาลคนนี้ทำไมสนใจเรานักต้องมีอะไรแน่ๆ....พวกนักศึกษาพอเห็นคุณพยาบาลมา

สนใจกันพวกเขาก็พากันไปหมด เธอได้เข้ามาหาฉันแนะนำตัว สีสหน้าที่เป็นมิตร รอยยิ้มที่ทำให้รู้สึกสบายใจ เธอช่างมาทันเวลาพอดีกับที่เรากำลังทุกข์ใจอย่างหนัก ซึ่งในชีวิตดูเหมือนว่าครั้งนี้แหละที่ตัดสินใจไม่ถูก.....เธอปิดม่านบางส่วน ทำให้เป็นส่วนตัวเรานั่งคุยกัน เธอให้ฉันระบายความรู้สึกเล่าสิ่งที่อึดอัดออกมา แล้วเธอบอกเรื่องผ่าตัดเต้านมและเอาหนังสือให้ดู ให้อ่านซึ่งตอนแรกฉันยังไม่เข้าใจแต่พอเธอพูดเธออธิบาย ฉันเข้าใจน้ำตาแห่งความปลื้มปีติรวมทั้งความ รันทดหลังไหลออกมาไม่ขาดสายฉันปล่อยให้น้ำตาของฉันไหลอยู่นาน เหมือนฉันได้ระบายความคับแค้นใจออกมาจนหมดสิ้น เธอเอามือมาจับมือ ฉันอย่างนุ่มนวล..บอกถึงความรู้สึกของเธอที่เข้าใจ..และหยิบกระดาษให้ฉันซับ น้ำตา..ฉันรู้สึกดีขึ้น..... เธอบอกว่าเมื่อผ่าตัดเต้านมออกแล้วพักฟื้น...ต่อไปก็ยัง กลับไปวิ่งได้ แต่ตอนนี้เราแก้ปัญหาตรงนี้ก่อนเอาไปตามขั้นตอน”

(จากบันทึกประจำวันของ ทองกวาว เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2539)

จากข้อมูลบันทึกของผู้ป่วยจะสามารถยืนยันได้ว่า ผู้วิจัยสามารถเปลี่ยนใจทองกวาวจาก ไม่เข้าใจปัญหามาเป็นเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นและเข้าใจตนเองโดยใช้ทักษะของผู้ให้คำปรึกษาที่อาศัย การสร้างสัมพันธภาพและช่วงจังหวะเวลาที่เหมาะสม การแสดงเจตนาดีพร้อมที่ให้การช่วยเหลือที่สามารถสื่อสารได้ทางสายตา สีหน้าท่าทาง รวมทั้งการใช้กระบวนการให้คำปรึกษา ได้สะท้อน ความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ พิจารณาด้วยเหตุผล ภายหลังจากผู้ป่วยได้ระบาย ความเครียด สิ่งที่ทำให้ทุกข์ใจออกมา ซึ่งเป็นการลดความกดดันของสภาพจิตใจลง

2. สัมพันธภาพด้านจิตใจ

โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ใจออกมาและผู้วิจัยใช้คำพูดปลอบโยนและนั่ง เป็นเพื่อนให้กำลังใจ ให้ความหวังและชี้แนะผู้ป่วยให้เข้าใจเป้าหมายในชีวิตว่ามีชีวิตอยู่เพื่อลูกหรือ ทำในสิ่งที่ตนเองตั้งใจไว้แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จพบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่ต่อสู้กับโรคมะเร็ง และผลกระทบจากการรักษาได้

3.เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการรอการผ่าตัด โดยให้ข้อมูลและความรู้ ที่ช่วยในการตัดสินใจรับการผ่าตัด ดังนี้

3.1 ให้ความรู้เรื่องการผ่าตัดเต้านมและผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านบวกและด้านลบ

3.2 ให้ข้อมูลเรื่องการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายจากสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

3.3 ให้ความรู้โดยการสอนและสาธิตเรื่องเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกหัด และใช้เทคนิคนี้ช่วยให้จิตใจสงบ ไม่คิดกังวล

3.4 แนะนำการบันทึกประจำวัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกโดยการเขียน

3.5 สะท้อนปัญหาร่วมกับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้สะท้อนปัญหาร่วมกับผู้ป่วยเรื่องผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดในการฝึกเทคนิคต่างๆ ดังตัวอย่างของมะลิ ที่ผู้วิจัยมีเวลาช่วงสั้นในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเพียงครึ่งวัน เนื่องจากผู้ป่วยรับเข้ามาในหอผู้ป่วยช่วงบ่ายและวันรุ่งขึ้นเป็นวันผ่าตัด ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลที่จำเป็น ผู้ป่วยรายนี้จัดอยู่ในกลุ่มผู้ทำตามจึงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีไม่มีอุปสรรคใน การสร้างสัมพันธภาพในเวลาที่จำกัด

“ปากกลัวเป็นมาก... ขอให้หายเถิดลูกเบิกคำรักษาไม่ได้.. ไม่อยากให้เค็ดคร้อน.. ใจอยากให้โรคไม่ร้าย..สบายใจ..ถ้าโรคร้ายทำหรือ ..คิดตัดใจทำหรือ..มีชีวิตอยู่ดีกว่า..ถ้าไม่ดีก็จบไป ตัดสินใจเองริบมา..ถ้าหมอว่าจะไรดีก็เอาอย่างนั้น..ฝากชีวิตไว้กับหมออย่างเดียว ..ลูกหมอ (ผู้วิจัย) บอกมาเถอะ...ต้องทำพันหรือให้หายกลับบ้านเร็วๆ..ก่อนนี้เคยผ่านคถูกหลายปีแล้ว..หมอบอกให้ลูกเร็วๆ พยายามทำตามหมอมว่า..มันหายเร็ว..แต่คราวนี้มันร้ายกว่าไม่รู้ว่าเป็นอะไร”
(สัมภาษณ์ มะลิ ก่อนวันผ่าตัด 9 เมษายน 2539)

ภายหลังการสอนผู้วิจัยได้แจกคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ที่ช่วยเตือนความจำให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวนความรู้อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และยังช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวล ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของกุหลาบ

“ตอนอยู่ที่บ้านเพื่อนบางคนก็พูดเรื่องผ่าตัดที่หวาดเสียว ทำให้เราใจแป้วลง แต่พอเจอเพื่อนให้กำลังใจ เราก็มีกำลังใจที่จะฮึดสู้ขึ้นมาอีก นื่องรู้ไหมวันแรกที่เข้ามาอนโรงพยาบาล 18 เมษายน ขณะนั้นจิตใจมันวุ่นไปหมด ความกลัวมันมีมากกว่าการฮึดสู้ ..จนรู้สึกบีบคั้นอย่างแรง..แต่มีคนมาพูดมากๆ เข้าน้ำตามันไหลจะไหลท่าเดียว ตอนนั้นจิตใจมันสับสนมากๆ จนเมื่อน้อง (ผู้วิจัย) มาคุยให้กำลังใจพร้อมอธิบายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา..พี่ยอมรับว่าตอนนั้นรับได้ไม่เต็มทีเพราะใจไม่ค่อยสบาย ...นื่องให้กำลังใจสอนวิธีการผ่อนคลายต่างๆ จิตใจมันรู้สึกสบายขึ้น”
(สัมภาษณ์ กุหลาบ เมื่อ 28 เมษายน 2539 ก่อนผ่าตัด)

การสะท้อนการปฏิบัติ

1. สิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัด คือ การสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้น และ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาว่า ผู้ป่วยที่รักษาในระยะเริ่มแรกมีโอกาสหาย และ หากมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามขั้นตอนจะช่วยลด หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ พบว่าเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีความหวังในการรักษาด้วยการผ่าตัด ว่าเป็นโอกาสที่ช่วยให้หายจากโรคมะเร็งไม่เป็นกลับซ้ำอีก หรือไม่ถูกถาม

2. การใช้เพื่อนช่วยเพื่อนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ในกลุ่มที่ไม่ยอมรับผ่าตัดจะช่วย ให้ผู้ป่วยสามารถปรับใจยอมรับการผ่าตัดได้

3. เป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย จะเป็นแรงผลักดันที่ช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้ให้มีชีวิตอยู่ เช่นอยู่เพื่อลูก หรือจุดมุ่งหมายที่ไม่สำเร็จต้องการมีชีวิตอยู่ทำให้สำเร็จ เช่น ชงโค มารักษามีความหวังว่าโรคมะเร็งจะหายและมีเป้าหมายที่ต่อสู้โรคนี้อให้มีชีวิตอยู่เพื่อลูก (ลูกยังเล็ก 2 คน) ดังนั้นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับการรักษาต้องประเมินให้รู้ถึงความหวังและเป้าหมายชีวิตของผู้ป่วยเพื่อนำมาส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่ต่อสู้กับโรคมะเร็ง

4. การให้ข้อมูล ความรู้ ด้วยการอธิบายไม่เพียงพอ ที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด เพราะผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง มักคิดจินตนาการไปในทางลบ ที่น่ากลัว จึงต้องปรับวิธีการใช้เป็นสมุดภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพในสถานการณ์จริง และการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่ผ่านประสบการณ์การรักษามะเร็งแล้วมา ด้วยการผ่าตัดที่สามารถปรับตัวต่อการผ่าตัดและดูแลตนเองดีมา ให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง

5. ข้อจำกัดสำหรับการบันทึกประจำวัน พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาค่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 7 ไม่สามารถเขียนบันทึกได้เนื่องจากการเขียนไม่คล่อง ไม่ถนัดการเขียน จึงได้ปรับปรุงโดยแนะนำวิธีการบันทึกประจำวันให้ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาตอนปลายและชอบเขียน

6. การสนับสนุนด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยทุกคนต้องการความเข้าใจและกำลังใจจากครอบครัวมากที่ทำให้มีพลังใจที่ต่อสู้เอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ เช่น ความกลัว ดังถูกถามได้กล่าวว่า “พอสามี ลูกมาให้กำลังใจมีแรงฮึดสู้ ความกลัวหายไป”

7. ข้อจำกัดด้านสายตา พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป มีปัญหาด้านสายตา คือมีสายตายาว การมองเห็นไม่ชัด บางคนต้องใช้แว่นตา ทำให้ไม่สามารถอ่านคู่มือได้ชัดเจน และมีข้อจำกัดในการใช้คู่มือต้องให้ความรู้ด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การให้สามีหรือญาติเข้าร่วมในการสอนและสาธิต และอ่านคู่มือการปฏิบัติตัวทบทวนให้ฟัง อย่างสม่ำเสมอวันละเรื่อง มีผลให้หลังผ่าตัดผู้ป่วยมี

ความรู้ในการดูแลตนเองดีขึ้น และผู้ป่วยพึงพอใจที่มีความอิสระในการเลือกหนทางการปฏิบัติด้วยตนเอง

8. คู่มือ ตัวอักษรขนาดเล็ก สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีข้อจำกัดด้านสายตาทำให้มีปัญหาในการอ่าน การมองเห็นไม่ชัดเจน จึงต้องปรับปรุงให้ตัวอักษรในคู่มือให้มีขนาดใหญ่ขึ้น

9. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ จิตใจสงบ สบายใจขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพื้นฐานของการทำสมาธิมาก่อนจะสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายได้รวดเร็ว

ปรับปรุงแผน

1. ปรับปรุงคู่มือให้มีขนาดตัวอักษรใหญ่ขึ้น
2. จัดทำสมุดภาพเหตุการณ์การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัดขึ้น
3. นำครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการวางแผนก่อนผ่าตัด เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีส่วนสนับสนุนในการช่วยเหลือผู้ป่วย
4. ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดด้านม สามารถปรับตัวได้ และดูแลตนเองได้ดี) มาให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจ

ผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองในวงจรที่ 1

การส่งเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยในวงจรนี้พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถยอมรับการผ่าตัดได้ทุกคน

ผลจากการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่คับข้องใจออกมา ได้รับคำปรึกษาจากผู้วิจัย ได้รับข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอที่ตัดสินใจและได้รับการสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องที่ต้องรักษา ถ้าเป็นโรคมะเร็งไม่ผ่าตัดจะเกิดอันตรายกับชีวิตได้และรักษา มีโอกาสที่จะหาย มีชีวิตรอดอยู่เพื่อดูลูกหรือทำในสิ่งที่วางเป้าหมายในชีวิตไว้ จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9 ราย) คนยอมรับการผ่าตัดในระยะแรกนี้ ส่วนอีก 2 คนต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น (ดังรายละเอียดในวงจรที่ 2 หน้า 103)

ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเองในวงจรที่ 1

ปัจจัยส่งเสริมในการดูแลตนเอง ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัด มีดังนี้

1. ความหวังและเป้าหมายในชีวิต ผู้ป่วยมีความหวังในการรักษาที่ช่วยให้หายจากโรคมะเร็งได้และมีเป้าหมายในชีวิต ที่ต้องการมีชีวิตอยู่เพื่อดูลูกหรือสิ่งที่ต้องการไปให้ถึงจุดมุ่งหมายของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัด

2. การสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ป่วยทุกคนต้องการ การสนับสนุนด้านจิตใจ กำลังใจ จากครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากคู่สมรส

3. การได้รับข้อมูลที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลในการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด เป็นขั้นตอนช่วยให้ไม่สับสนและเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ดีขึ้น ส่งผลให้ยอมรับการผ่าตัดได้เร็วขึ้น

4. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยกันที่ผ่านประสบการณ์การผ่าตัด เติ้นมมาแล้ว พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ไม่ยอมรับ หันมายอมรับ หรือรับฟัง ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด

อุปสรรคในการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะรับข้อมูล โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มผู้ไม่ยอมรับ เป็นผู้ที่ยังไม่ต้องการ ข้อมูล แต่การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ไม่ยอมรับฟังข้อมูลที่ผู้ป่วยคาดคิดว่าทำให้ตนเองเกิด ความรู้สึกไม่สบายใจ

2. ข้อจำกัดด้านสายตา เป็นอุปสรรคในการอ่านคู่มือและการบันทึกประจำวัน

โดยสรุปในวงจรนี้มีผู้ป่วย 2 คน ที่ยังไม่สามารถปรับใจยอมรับการผ่าตัดได้จึงต้องได้ รับการช่วยเหลือต่อเนื่องไปในวงจรที่ 2

วงจรที่ 2 เข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง

วงจรนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีการปรับสภาพจิตใจตนเอง เข้าใจตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น จากภาวะ สับสน กลัว ไม่แน่ใจ มาเป็นเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (ดูในภาพประกอบ 10) ทำให้ ผู้ป่วยมีความหวังต่อการรักษา และยอมรับการผ่าตัด โดยคิดว่าถ้าปล่อยทิ้งไว้เป็นเนื้อร้ายหรือ มะเร็ง มีโอกาสลุกลามอันตรายต่อชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยเอาชนะใจตนเองต่อความกลัว และกังวล มาเป็นยอมรับการผ่าตัด แต่มีผู้ป่วย 2 คนที่ปฏิเสธการรักษาไม่ยอมผ่าตัดเต้านมออกในระยะแรก คือ ทองกวาว และดาหระ ด้วยความกลัวการสูญเสียเต้านม ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเพื่อ หาทางแก้ไขสถานการณ์ที่ตนคิดว่า สูญเสียน้อยที่สุด ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. ปฏิเสธการผ่าตัด ผู้ป่วย 2 คน เป็นผู้ป่วยในกลุ่มผู้แสวงหาที่ปฏิเสธการผ่าตัดครั้งแรก เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมรับการรับวินิจฉัยและมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดในทางลบอันเป็นผลมาจากจาก ความเชื่อ และประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ว่า “มะเร็งตัดแล้วมักไม่รอด มันลาม ไปทั่ว” แม้ว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการรักษาแล้วก็ตาม

ภาพประกอบ 10 วงจร 2 เข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง

(ก่อนผ่าตัด - หลังผ่าตัด 1 วัน)

ผลลัพธ์

- มีความพร้อมในการผ่าตัด ขอมรับการผ่าตัด (11คน) ขอมรับด้วยเหตุผล 10 คน ขอมรับจำใจ 1 คน
- ผู้ป่วยใช้ เทคนิคการผ่อนคลายได้ผล 9 คน ทำให้ ความวิตกกังวลลดลงและมีจิตใจสงบ นอนหลับได้
- เข้าใจการดูแลตนเองในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ระยะ 48 ชั่วโมง
- แก้ไขปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา

ปัจจัยส่งเสริม

- * ได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสม
- * ได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง
- * การสนับสนุนจากครอบครัว
- * กำลังใจจากเพื่อนช่วยเพื่อน
- * ทีมสุขภาพและครอบครัว

อุปสรรค

- * ขาดความร่วมมือการวางแผน
- * เวลาในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดสั้น
- * บางครั้งไม่มีเพื่อนช่วยเพื่อนในหอผู้ป่วย

สะท้อนการปฏิบัติ

ปฏิบัติ & สังเกต

- สะท้อนปัญหาและวางแผนร่วมกัน
- ตั้งเป้าหมายร่วมกันและปฏิบัติตาม
- ให้คำปรึกษา
- ให้ข้อมูล ความรู้ โดย สอนเรื่อง เตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด และให้ผู้ป่วยดูสมุดภาพเหตุการณ์ประกอบ
- สอน และสาธิต การไออย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลแขนและการบริหารแขนหลังการผ่าตัด
- คู่มือทัศน เรื่องโรคกระเพาะและการรักษา การบริหารข้อไหล่และแขน
- ประสานงานกับทีมสุขภาพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- ใช้เพื่อนช่วยเพื่อน
- วัด ROM วัดเส้นรอบวงแขน สอนผู้ป่วยวัดระดับการไค้ฝ่าผ่นด้วยตนเอง

ปัญหา : ไม่ขอมรับการผ่าตัด (2 คน)

ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

วางแผน

- เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- ตั้งเป้าหมายและวางแผนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดร่วมกัน
- การให้คำปรึกษา
- ให้ความรู้การดูแลตนเองก่อน - หลังการผ่าตัด เช่น เรื่อง การเตรียมความพร้อมร่างกาย สอน สาธิตและฝึกการไอ การถูกนึ่ง
- ฝึกหัดการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย
- ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

การให้ความรู้พิจารณาผู้ป่วย 2 ประเภท

1. กลุ่มผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ง
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่รู้ว่าเป็นมะเร็งหรือกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง

ปรับปรุงแผน

- นำครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- ใช้เทปบันทึกเสียงการให้ข้อมูลและกำลังใจจากเพื่อนช่วยเพื่อน
- ปรับช่วงเวลาการดู ทัศน และตัดภาพ หวาดเสียวออก
- ปรับวิธีการให้ข้อมูล ใช้เพื่อนช่วยเพื่อน และการสะท้อนปัญหาในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

2. ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด จากการสัมภาษณ์ได้ประเมินความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การได้รับผ่าตัด จึงไม่มีความรู้ในเรื่องการเตรียมตัวดังกล่าวของ ลิลลี่ “ไม่เคยผ่าตัดดวงตาเลย.. เคยแต่ผ่าก้อนเนื้อไปตรวจเท่านั้น.. ไม่รู้เหมือนกันว่าเค้าทำอะไรบ้าง”

สรุปได้ว่า ปัญหาของผู้ป่วยในวงจรนี้ยังมีส่วนหนึ่งที่ไม่ยอมรับการผ่าตัดและขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือดังต่อไปนี้

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในวงจรที่ 2 “เข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง” การช่วยเหลือของผู้วิจัยในวงจรที่ 2 มีดังนี้

1. ให้คำปรึกษา

เมื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยในขณะนี้ พบว่า ในกลุ่มที่ยังไม่ยอมรับการผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดจากการรับรู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการผ่าตัดและยังไม่ยอมรับการวินิจฉัย ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอีกครั้งเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งและการรักษา ผลกระทบของการรักษาทั้งด้านบวกและด้านลบอีกครั้ง แล้วใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมาให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์มากขึ้นและนำสามีมาร่วมในการสนทนาด้วย ได้สะท้อนข้อมูลกลับให้ผู้ป่วยได้เห็นข้อดีและข้อเสียของการรับรักษา

2. ให้ข้อมูล ความรู้ ที่เพียงพอและเหมาะสมแก่ผู้ป่วย

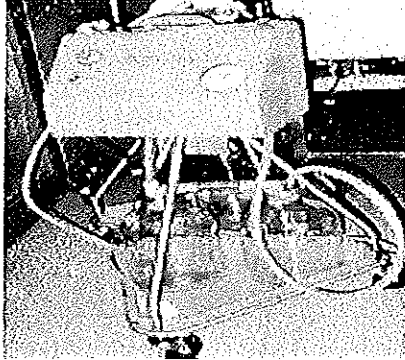
ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูล que ผู้ป่วยสงสัยหรือข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมให้ และเมื่อผ่านการศึกษา 2 วงจรแล้ว ผู้วิจัยสามารถสรุปลักษณะการให้ความรู้ออกเป็น 2 ลักษณะคือ ในกรณีที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งและในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้หรือสงสัยว่าเป็นมะเร็ง ดังนี้

2.1 กรณีที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งหรือเนื่องจากรายแรงให้ความรู้ต่อไปนี้

2.1.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา พร้อมกับแจกคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมและการเตรียมตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ใช้สมมุติภาพเหตุการณ์ประกอบในการอธิบาย เช่น อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังผ่าตัดจะมีขดระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัดกับสายต่อกับขดระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัด (ดูภาพประกอบ 11) ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีแผลยาวเฉียงจะถูกปิดแผลและพันด้วยผ้ายัดรัดแน่นช่วยให้เลือดหยุดจากแผลให้ผู้ป่วย เข้าใจ ไม่ตกใจ เป็นต้น

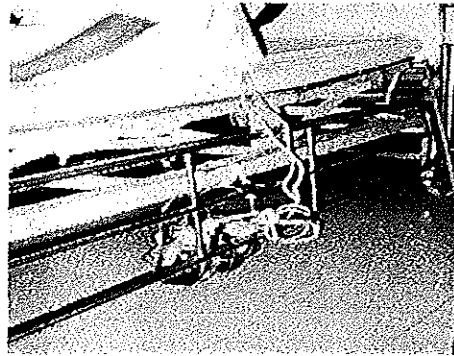
2.1.2 ให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือเสริม เช่น เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง ชนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้ เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ ให้ญาติอ่านให้ฟัง

ภาพประกอบ 11 ชนิดขวระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัด



“แบบขวลใหญ่”

การต่อท่อระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัดลงสู่
เครื่องดูดแบบต่อเนื่อง (Continuous Suction)



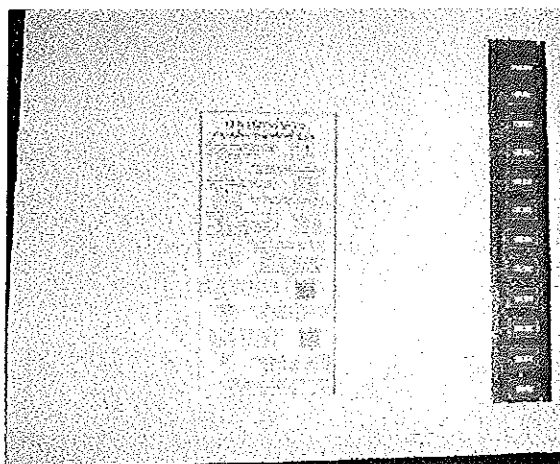
“แบบขวลเล็ก”

การต่อท่อระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัด
ลงสู่ขวลดูดสุญญากาศ (Radivac Drain)

2.1.3 แนะนำการจดบันทึกประจำวันแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายโดย
การเขียนระบายความรู้สึกและบันทึกเหตุการณ์ประจำวันเกี่ยวกับ กิจกรรมหรือเรื่องต่างๆ

2.1.4 สอนและสาธิตการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่ และแขน
โดยการวัดระดับความสูงของการไต่ฝ่าผนัง วัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ การวัดเส้นรอบวง
แขน ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินด้วยตนเองได้จากการอ่านค่าตัวเลข (ค่าสเกล) ของระดับการไต่
ฝ่าผนัง (ดูภาพประกอบ 12) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความจำเป็นของการบริหารข้อไหล่และแขน ว่า
เนื่องจากการผ่าตัดเอ็นและเส้นเอ็นที่เชื่อมต่อกันบางส่วนจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการ
ทำงานของข้อไหล่และแขนจึงต้องวัดไว้ก่อนผ่าตัด เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดให้ได้เท่าหรือ
เกือบเท่าก่อนผ่าตัด

ภาพประกอบ 12 แสดงแผ่นภาพทำการบริหารแขนและไม้วัดระดับการไต่ฝ่าผนัง



นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สร้างไม้วัดระดับการไค้ฝ่าผนึ่งที่มีสเกลเป็นตัวเลขให้เห็นชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยสามารถบริหารแขนด้วยการไค้ฝ่าผนึ่ง และประเมินความก้าวหน้าของการไค้ฝ่าผนึ่งด้วยตนเองได้ และมีรูปภาพทำการบริหารข้อไหล่และแขนทั้ง 10 ท่า ติดไว้ในหอผู้ป่วยด้วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถมาทบทวนท่าต่างๆ ใ้แม่นยำ ภายหลังสอนแล้ว

2.1.5 สอนและสาธิตเทคนิคการไค้อย่างมีประสิทธิภาพ และเทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการหายใจเข้า-ออก ช้าๆ ลึกๆ อย่างผ่อนคลายและการพิจารณาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ หน้าท้อง เป็นจังหวะ โดยจะฝึกปฏิบัติในรายที่ผู้ป่วยสนใจและยินดีที่จะฝึก

2.1.6 คู่มือชี้แจงเรื่องโรคมะเร็งและการรักษา การบริหารข้อไหล่และแขน พร้อมทั้งสอนและฝึกปฏิบัติ เรื่องการบริหารข้อไหล่และแขนในช่วง 3 วันแรกหลังการผ่าตัด ตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนที่ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวางแผน ดังแสดงในภาคผนวก จ. ซึ่งการฝึกปฏิบัติ ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกทำต่างๆ ในการบริหารข้อไหล่และแขนด้วยตนเอง

2.1.7 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้दानมเทียมและการผ่าตัดเสริมสร้างदानม ผู้ป่วยสามารถใส่दानมเทียมหลังผ่าตัด เมื่อแผลแห้งดีแล้ว (5 -7 วันหลังการตัดไหม) ส่วนการผ่าตัดเสริมสร้างदानมต้องรอหลังผ่าตัด 2 ปีเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการกลับซ้ำของโรค

2.2 กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้ว้ตนเองเป็นมะเร็งหรือสงสัยว้เป็นมะเร็งให้ความรู้ต่อไปน้

2.2.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดว้ ถ้าตัดชิ้นเนื้อออกไปตรวจแล้วพบว้เป็นเนื้องอกชนิดร้าย แพทย์จะตัดदानมออกไป แต่ถ้าเป็นเนื้องอกธรรมดาตัดแค่ก้อนเนื้อออกเท่านั้น

2.2.2 สอนและสาธิตเทคนิคการไค้อย่างมีประสิทธิภาพ และเทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการหายใจ เข้า-ออก ช้าๆ ลึกๆ อย่างผ่อนคลายและพิจารณาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ หน้าท้อง เป็นจังหวะ โดยจะฝึกปฏิบัติในรายที่ผู้ป่วยพร้อมหรือสนใจ

2.2.3 แนะนำและสอน การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขน โดยวัดระดับความสูงของการไค้ฝ่าผนึ่ง วัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ วัดเส้นรอบวงแขน อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความจำเป็นของการบริหารข้อไหล่และแขน เหมือนกับกลุ่มที่รู้ว้ตนเองเป็นมะเร็ง

3. ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการนำผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดदानมและสามารถปรับตัวดูแลตนเองได้ดี เพื่อมาสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็น ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยรายใหม่

ผู้วิจัยได้นำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมาให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย พบว่าในกลุ่มผู้แสวงหาและกลุ่มผู้ไม่ยอมรับมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมาให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถสร้างความเชื่อถือและความสนใจในข้อมูลที่ให้มากกว่าได้รับจากบุคคลอื่นที่ไม่ได้ผ่านประสบการณ์การผ่าตัดด้านนมมาก่อน โดยเฉพาะกลุ่มผู้แสวงหาต้องใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่ประสบผลสำเร็จในการรักษา รักษาหายแล้วและผู้ที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษา มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง มีภาวะแทรกซ้อนกลับมาหรือไม่ยอมรับการรักษาในระยะแรกจนโรคลุกลามไปอวัยวะอื่นๆ ข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้ง 2 ด้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มผู้แสวงหาเกิดความเข้าใจ ได้คิดพิจารณาตัดสินใจใหม่ด้วยตนเองว่าควรรับผ่าตัด นอกจากนี้เพื่อนช่วยเพื่อนยังเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การฝากซื้ออาหาร การให้กำลังใจ เป็นเพื่อนคุยยามเหงา เป็นต้น

สรุปได้ว่า การนำเพื่อนช่วยเพื่อนมาสนทนากับผู้ป่วยใหม่ ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ได้ข้อมูลการดูแลตนเอง มีความเข้าใจสถานการณ์ดีขึ้น และลดความวิตกกังวลลงได้ ซึ่งมีผู้วิจัยอยู่ร่วมในกิจกรรมเพื่อสนับสนุนและเสริมข้อมูลที่ถูกต้องและตอบข้อสงสัยในเรื่องที่ข้องใจในระหว่างการสนทนา หรืออาจมีครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ดังในภาพประกอบ 13

ภาพประกอบ 13 แสดงกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน



4. สะท้อนปัญหาและวางแผนร่วมกับผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้สะท้อนปัญหาร่วมกับผู้ป่วยเรื่องผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดที่เพียงครั้งวัน เนื่องจากผู้ป่วยรับเข้ามาในหอผู้ป่วยช่วงบ่ายและต้องผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลที่จำเป็น ผู้ป่วยรายนี้จัดอยู่ในกลุ่มผู้ทำตาม จึงมีผลทำให้การสะท้อนปัญหาเพียงให้ข้อมูลก็

เพียงพอไม่ต้องใช้เพื่อนช่วยเพื่อน เพราะผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ไม่มีปัญหาในการวางแผนเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด ดังคำบอกเล่าของมะลิ

“ปากกลัวเป็นมาก..ใจอยากให้โรคไม่ร้าย..สบายใจ..ถ้าโรคร้ายทำหรือ..คิดตัดใจทำ หรือ..มีชีวิตอยู่ดีกว่า..ถ้าไม่ดีก็จบกันไป..ตัดสินใจแล้วมาหาหมอ..ถ้าถูกหมอ (ผู้วิจัย) ว่าอะไรดีบอกมาเถอะ..ทำหั่นหรือ (ทำอะไร) ให้หายหลบบ้านได้เร็วๆ”
(กลุ่มผู้ทำตาม สัมภาษณ์ก่อนวันผ่าตัดหนึ่งวัน)

เมื่อผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำทำให้การสะท้อนปัญหาเรื่องความพร้อมของร่างกาย โดยเฉพาะการใช้แขนหลังผ่าตัด ที่ผู้ป่วยสามารถประเมินได้เองด้วยการไต่ฝ่าผืนและการเตรียมตัวในการฝึกทักษะ การไอ การหายใจอย่างผ่อนคลายและการเตรียมตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยกลุ่มผู้ไม่ยอมรับ ที่ไม่เปิดเผยตนเองจะระมัดระวังการพูดและให้ความร่วมมือน้อย ต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพและการสะท้อนปัญหาที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองมากขึ้น

5. ประสานงานกับทีมสุขภาพเรื่องการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เตรียมความรู้ให้ผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด ประสานงานกับสัตวแพทย์ หรือวิสัญญีแพทย์ในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในแนวทางเดียวกัน เช่น ในรายที่ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล แพทย์สั่งยากล่อมประสาทให้ผู้ป่วยรับประทานก่อนนอน

การสะท้อนการปฏิบัติ

1. การให้ข้อมูลและความรู้ เรื่องโรคมาเร็งและการรักษา ผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งใช้เพื่อนช่วยเพื่อนมาให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงอันตราย

2. ระยะเวลาในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดสั้น (1 – 2 วัน) แต่การปรับวิธีการให้ข้อมูลให้เหมาะสมโดยการให้ข้อมูลที่จำเป็นเท่านั้น ได้แก่ 1) การเตรียมตัวด้านร่างกาย 2) การสอนพร้อมสาธิตการไออย่างมีประสิทธิภาพและ เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกการหายใจ เข้า-ออก 3)อธิบายขั้นตอนการรับผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดและสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในห้องผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ส่วนกรณีที่ไม่มียุติเพื่อนช่วยเพื่อนในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ใช้เทปบันทึกเสียงเพื่อนช่วยเพื่อนที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัดและให้กำลังใจพร้อมกับใช้สมุดภาพเหตุการณ์

ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นวิธีการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเตรียมตัว ปรับใจได้ระดับหนึ่ง ดังคำกล่าวของบุหงา “ฟังเพื่อนเค้าแหลงแล้ว..ใจมันสบายขึ้น..ไม่ใช่มีเราคคนเดียวที่เป็นที่”

3. การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัด และกิจกรรม การให้ความรู้ก่อนผ่าตัดจะช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เช่นกรณีของจำปา ลูกสาวของจำปา ได้ช่วยอ่านคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยฟัง เพราะว่าผู้ป่วยอายุ 45 ปีขึ้นไปสายตาไม่ดี มีสายตาขาวหรือมีการศึกษาไม่สูงพอ คือ อ่านออกแต่ ไม่คล่องจึงทำให้ไม่ชอบอ่าน แต่มักชอบให้ลูก หลานอ่านให้ฟัง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนใจได้รับกำลังใจ

กรณีของ ดาหระ ที่สามีช่วยสนับสนุนอย่างเต็มที่ให้เธอต้องผ่าตัด เพราะถ้าสามีไม่สนับสนุนเธอคงขอกลับบ้าน ไปรักษาด้วยวิธีอื่นทำให้โรคมะเร็งลุกลาม

ดังนั้นควรสนับสนุนให้ครอบครัว โดยเฉพาะสามีมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการให้ความรู้กับครอบครัวในเรื่องการดูแลตนเองจะช่วยให้การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยดีขึ้นเพราะมีผู้กระตุ้นเตือนอยู่ใกล้ชิดและเป็นผู้ช่วยที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้ดี

4. การให้คู่มือทัศน เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ในช่วงก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยเกิดความกลัว เนื่องจากมีภาพขั้นตอนการผ่าตัดที่น่ากลัว หวาดเสียว ผู้วิจัยจึงได้เปลี่ยนช่วงเวลาของการให้คู่มือทัศนเป็นหลังการผ่าตัดวันที่ 3 และตัดภาพช่วงการผ่าตัดที่ผู้ป่วยสะท้อนกลับมาว่า น่ากลัวออก และหลังจบเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ถ้าผู้ป่วยไม่ถาม ผู้วิจัยถามผู้ป่วยเป็นการทบทวนความเข้าใจในเรื่องต่างๆ อีกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจและมีความรู้เพิ่มขึ้น

5. การสอนการประเมินการทำงานของข้อไหล่และแขนที่เป็นรูปธรรมชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินการทำงานของข้อไหล่และแขนได้ด้วยตนเอง ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงงูใจในการบริหารแขนหลังการผ่าตัดให้กับผู้สภากาแลม จากการสังเกตเมื่อผู้ป่วยเดินผ่านไม้ไต่ฝาดนาง ผู้ป่วยเดินไปวัดระดับการไต่ฝาดซึ่งผู้วิจัยและผู้ป่วยได้ใช้เป็นการตั้งเป้าหมายว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยฝึกหัดการบริหารแขนอย่างสม่ำเสมอจนแขนสามารถไต่ฝาดให้ระดับเกือบเท่าปกติมากที่สุด

6. สื่อ ตัวหนังสือมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยประเมินว่า มองเห็นไม่ชัดเจนจึงได้ทำการปรับสื่อทำคู่มือให้ขนาดตัวหนังสือตัวโตขึ้น ซึ่งผู้ป่วยประเมินว่าอ่านได้ชัดเจนมากขึ้น สามารถไล่แว่นตาอ่านได้

7. การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ในเรื่องของกรฝึกใช้สมาธิ ร่วมกับการให้กำลังใจให้มีความหวังต่อการรักษา พบว่า มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ มีความมั่นใจต่อการผ่าตัด และอาจจะส่งผลให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยที่พบค่าสูงก่อนผ่าตัดลดลงได้ เช่น ในผู้ป่วยรายหนึ่งที่ในขณะที่แรกเริ่มมีความดันโลหิตสูง 150/100 มม.ปรอท หลังฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย พบว่า ก่อนผ่าตัดความดันโลหิตลดลงเป็น 140/90 มม.ปรอท และหลังผ่าตัดกลับสู่ปกติ 130/90 มม.ปรอท โดยไม่ต้องใช้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งการทำจิตใจให้สงบเป็นสมาธิมีผลให้ความดันโลหิตลดลงได้ดังที่เบอร์นี อ้างในบรรจบ (2538 : 147) ยังกล่าวอีกว่าสมาธิช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลงหรือกลับสู่ปกติได้ และประเวศ (2535 : 11-12) กล่าวว่าบุคคลที่ทำสมาธิและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลพูดจาดีจากพยาบาลหรือแพทย์จะมีการหลังของเอ็นคอร์พินออกมาทำให้รู้สึกสบาย

การปรับปรุงแผน

1. ในกรณี ที่ไม่สามารถจัดหากลุ่มเพื่อนช่วยเหลือได้ ใช้เทปบันทึกเสียงการให้ข้อมูลและกำลังใจจากเพื่อนช่วยเหลือ
2. ปรับช่วงเวลาการดูวิดีโอ เป็นวันที่ 3 หลังการผ่าตัดและตัดภาพที่หวาดเสียน่ากลัวในขณะที่ผ่าตัด
3. ปรับวิธีการให้ข้อมูล ใช้เพื่อนช่วยเหลือและการสะท้อนปัญหาในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มใหม่ (ดูตามตาราง 5 หน้า 111)

ผลการส่งเสริมการดูแลตนเองในวงจรเข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง

1. มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัด พบว่าจากผู้ป่วยยอมรับการผ่าตัดทุกคน เพราะผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมในการพิจารณา การได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนผู้มีประสบการณ์ตรง และผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติและนำเทคนิคการผ่อนคลายไปใช้ได้ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและมีจิตใจสงบ นอนหลับได้ และได้รับกำลังใจจากทีมสุขภาพและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมและสามารถเอาชนะใจตนเองจนสามารถปรับตัวฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังผ่าตัดได้ดีขึ้น ดังคำบอกเล่าของทองกวาวและจำปา

“ไม่กังวลเลย เตรียมตัวขึ้นเตียง (ผ่าตัด) ก็ทำสมาธิด้วยการผ่อนคลายเหมือนที่น้อง (ผู้วิจัย) แนะนำ..ไม่ยากเลยที่อยู่ที่บ้านก็นั่งสมาธิ..ไม่เคยนอนทำเท่านั้น..มันรู้สึกดีเหมือนเก็บพลังเงียบ..ใจเราไม่วอกแวก ใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน..มันเลยเข้าไปผ่าตัดอย่างสบายไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น”

(สัมภาษณ์ ทองกวาวเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2539 หลังการผ่าตัดวันที่ 2 ที่หอผู้ป่วย)

“ใจพร้อม 100 เปอร์เซ็นต์..ใจสบาย เขามารับไปห้องผ่าตัด..เราก็ใช้หายใจเข้า..
ออกช้าๆ วางมือไว้ที่หน้าท้อง..ไม่คิดอะไร..กลับออกมาก็ไม่ปวดอย่างที่คิด..
สบายดี”

(สัมภาษณ์จำปาเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2539 หลังการผ่าตัดวันที่ 2 ที่หอผู้ป่วย)

2. แก้ไขปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย พบว่า ผู้ป่วย 4 คนภายหลังจากการแนะนำให้ข้อมูลและช่วยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ มั่นใจที่จะรักษา กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ดังคำบอกเล่าของบุหงา

“หมอก็บอกให้รักษาเถอะ..เบี่ยไม่มีปัญหา..แต่ป้าไม่กล้า..พอลูก (ผู้วิจัย) พูดก็
สบายใจขึ้น..นี่ก็บอกลุงให้ไปหาเบี่ยอยู่” (สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2539)

เมื่อผู้วิจัยได้ให้ความรู้ สาริการปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะที่ดูแลตนเองได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลา 3 วันในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีเวลานั้นเพียง 1 วัน ซึ่งในวงจรนี้เป็นความต่อเนื่องจากวงจรที่ 1 เป็นช่วงที่ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์แล้ว ได้เตรียมตัวฝึกปฏิบัติ เตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ เช่นฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การไออย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ในการให้ข้อมูลควรพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

สรุปผลการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มในช่วงก่อนการผ่าตัด (วงจรที่ 2)

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด โดยการใช้กลวิธีทั้ง 3 คือ การให้ข้อมูล การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการสะท้อนปัญหา สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ผลดีต้องพิจารณาดังนี้ (ดูตาราง 5)

กลุ่มผู้แสวงหาทางเลือกใหม่ การให้ข้อมูลต้องให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งด้านบวก คือ การนำเพื่อนที่ผ่านประสบการณ์การผ่าตัดที่รักษาหายดีหรือปฏิบัติตัวได้ดีมาพูดคุย และด้านลบคือ นำผู้ป่วยที่ไม่รักษาต่อเนื่องมีภาวะแทรกซ้อนมาพูดคุย เป็นการสะท้อนข้อมูลให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือมากกว่าการที่ทีมสุขภาพให้ข้อมูลด้านเดียว นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจและได้กำลังใจจากเพื่อนๆ

ตาราง 5 การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ป่วย 3 กลุ่มในช่วงก่อนการผ่าตัด

กลุ่ม	การให้ข้อมูล	เพื่อนช่วยเพื่อน	การสะท้อนปัญหา	จุดเปลี่ยน
1. ผู้แสวงหาทางเลือกใหม่	* ข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งด้านบวก (การรักษาเร็วได้ผลดี) และด้านลบ (การรักษาช้ามีการลุกลามของโรครวดเร็ว) * สามารถแต่งตัว และเสริมสร้างภาพลักษณ์ให้เหมือนเดิมได้	* ผู้ป่วยที่รักษาเร็ว (ด้านบวก) มาให้ข้อมูล * ผู้ป่วยที่รักษาช้า (หนีการรักษา) โรครุดลาม (ด้านลบ) มาให้ข้อมูล * ได้กำลังใจ “ไม่สายให้รักษา”	* โรครุนแรงถ้าการรักษาช้ามีความหวังถ้ารักษาเร็ว * การเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง	* เข้าใจสถานการณ์ * ขอมรับการผ่าตัด (เป็นทางเลือกสุดท้ายที่ดี ขอมจ้านการรักษาชีวิต) “เสียแต่นมดีกว่าเสียแขนขาใส่แขนเทียมได้”
2. ผู้ทำตาม	* การรักษาเร็วระยะแรก โอกาสหาย * การปฏิบัติตัวเป็นขั้นตอนอย่างเหมาะสม ถูกต้องทำให้ฟื้นตัวได้รวดเร็ว * สามารถแต่งตัว และเสริมสร้างภาพลักษณ์ให้เหมือนเดิมได้	* ได้รับข้อมูลและกำลังใจ จาก 1.ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาแล้ว อาการดีขึ้น 2.เปิดเทปบันทึกเสียงของผู้ป่วยในข้อ 1	* การตัดสินใจรักษารวดเร็ว - ระยะแรกมีโอกาหายจากโรคมะเร็ง * การฝึกปฏิบัติ การดูแลตนเองช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	* เข้าใจสถานการณ์พร้อมที่จะผ่าตัด
3. ผู้ไม่ยอมรับ	* เรื่องที่ผู้ป่วยต้องการรู้ (concern) เช่น ค่าใช้จ่าย , โอกาสหาย , ความเจ็บปวด * ใช้คำพูดว่า “นี่นอก” แทน “มะเร็ง” * ใช้เวลามากในการให้ข้อมูล และมีความสม่ำเสมอ อดทน มีสติ	* ผู้ป่วยซักถามข้อมูลข้อสงสัยจาก ผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การผ่าตัดด้วยตนเอง “กลัวใจเสีย ถ้ารู้มากไป”	* การตัดสินใจรักษาเร็วระยะแรกมีโอกาหายถ้าเป็นเนื้องอก (ไม่ใช่เนื้อร้าย) แม้เป็นเนื้อร้ายมีโอกาหายได้ถ้าปฏิบัติตัวดี	* ระยะแรก ไม่อยากรับฟัง...เมื่อผู้ป่วยความเข้าใจสถานการณ์ จึงปฏิบัติตาม

กลุ่มผู้ทำตาม เป็นกลุ่มที่สร้างสัมพันธภาพง่ายกว่ากลุ่มอื่นๆ ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับข้อมูล และขยันในการฝึกปฏิบัติในช่วงนี้อาจจะไม่จำเป็นต้องใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพราะบางครั้งไม่มีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเข้ารักษาในโรงพยาบาลและมีเวลานั้นเพียง 1 วันในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จะใช้เทปบันทึกเสียงเพื่อนช่วยเพื่อนที่ให้กำลังใจและให้ข้อมูลเปิดใจให้ผู้ป่วยฟัง พบว่าได้ผลดี ผู้ป่วยตัดสินใจรักษารวดเร็ว ยอมรับการผ่าตัด และการสะท้อนว่าถ้าผู้ป่วยรับมารักษาจะมีโอกาสหายจากโรคมะเร็งได้และการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองที่ดีจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้

กลุ่มผู้ไม่ยอมรับ เป็นกลุ่มที่ยากในการสร้างสัมพันธภาพ ต้องใช้ความสม่ำเสมอและอดทน การให้ข้อมูลต้องมุ่งไปที่ปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการก่อนให้การช่วยเหลือ จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับมิตรภาพใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมาให้ข้อมูลได้ผลดีมากเพราะผู้ป่วยจะซักถามผู้ป่วยกันเองมากกว่าการซักถามจากผู้วิจัยและทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยยังปฏิเสธ กลัว ไม่อยากรับรู้ข้อมูลกลัวว่าข้อมูลที่ได้รับจะเป็นข้อมูลที่น่ากลัว จึงกลัวข้อมูลใหม่ๆ ที่อาจทำให้กำลังใจลดลง และผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ด้วยตนเองมากกว่า ผู้วิจัยจึงได้ใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลซึ่งได้ผลดี และใช้การสะท้อนปัญหาให้ผู้ป่วยได้รู้ว่าการตัดสินใจรักษารวดเร็วในระยะแรกจะมีโอกาสหายได้ ถ้าปฏิบัติตัวดี

ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเอง

ปัจจัยที่ส่งเสริม มีดังนี้ คือ

1. ได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ามาโรงพยาบาล ในการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ และการให้ความรู้ที่เหมาะสมทีละขั้นตอน
2. การได้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลในการตัดสินใจและวางแผนที่จะดูแลตนเองอย่างเป็นขั้นตอน
3. การสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งด้านกำลังใจและการช่วยเหลือต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้าย
4. กำลังใจจากเพื่อนช่วยเพื่อน ทีมสุขภาพและครอบครัวช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่ดูแลตนเองได้ดีขึ้น

อุปสรรคที่ยับยั้งการดูแลตนเอง

1. สภาพจิตใจและความไม่ต้องการข้อมูล พบในผู้ป่วยกลุ่มไม่ยอมรับในในช่วงสั้นในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ยอมรับ ไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนที่เตรียมตัว ฝึกปฏิบัติ เพราะผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง อาจเนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยไม่สามารถเอาชนะความกลัว

หรือความวิตกกังวลได้ จึงไม่ต้องการรับข้อมูลเพิ่มที่จะทำให้จิตใจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่ร่วมมือในการวางแผน

2. เวลาในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดน้อย เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เวลาช่วงสั้นเพียง 1/2 - 1 วัน แล้วต้องผ่าตัดในวันรุ่งขึ้นทำให้การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจทำได้ไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยบางคนไม่สามารถปรับตัว

3. ขาดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เนื่องจากบางครั้งไม่มีเพื่อนช่วยเพื่อนอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ขาดการสนับสนุนจากเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับวิธีการใช้เทปบันทึกเสียงของเพื่อนช่วยเพื่อนไว้ให้กำลังใจแทน ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยได้

สรุปเมื่อสิ้นสุดวงจรที่ 2 ผู้ป่วยปรับใจยอมรับการผ่าตัดทุกคน แต่ผู้ป่วยบางคนมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะดูแลตนเองเพราะว่ามีเวลาช่วงสั้นและผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะฝึกปฏิบัติในการดูแลตนเอง

วงจรที่ 3 ชีวิตคนครึ่งคน

ในวงจรนี้เป็นช่วงหลังการผ่าตัด แม้ผู้ป่วยจะเข้าใจสถานการณ์ปรับตัวยอมรับการผ่าตัดแล้วแต่ผู้ป่วยมีความรู้สึกของการสูญเสียด้านมซึ่งเป็นที่รักและเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นเพศหญิง เกิดความรู้สึกเสียดย มองเหมือนตนเองพิการ มีอวัยวะไม่ครบถ้วน มีเพียงครึ่งเดียวทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง บางรายมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดในระยะแรกและผู้ป่วยบางคน (2 คน) มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการดูแลตนเอง สถานการณ์ของวงจรนี้สามารถสรุปได้ ดังภาพประกอบ 14

สถานการณ์ของผู้ป่วย ในวงจรชีวิตคนครึ่งคน

เป็นช่วงภายหลังการผ่าตัดที่ผู้ป่วยทุกคนพ้นจากการวางยาสลบและรับรู้การสูญเสียด้านม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเสียดย มองภาพตนเองเป็นผู้พิการ คุณค่าตนเองลดลงจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในระยะแรก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียทำให้การช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสูญเสียด้านม

ความหวังของผู้ป่วยทุกคนที่อยากให้ผลการผ่าตัดเป็นเนื้องอกธรรมดา แต่ความหวังได้สูญสลายไป เมื่อตื่นขึ้นมาผู้ป่วยรับรู้ว่าบัดนี้ตนเองเหลือด้านมเพียงข้างเดียว เกิดความรู้สึกเสียดย อาลัยอาวรณ์ ผู้ป่วย 9 คนแสดงความรู้สึกด้วยการร้องไห้ เสียดยที่ต้องสูญเสียด้านม ดังคำบอกเล่าของทองกวาวและมะลิ

ภาพประกอบ 14 วงจร 3 ชีวิตคนครึ่งคน

(หลังผ่าตัดวันที่ 1 – หลังผ่าตัดวันที่ 3)

ผลลัพธ์

- ขอมรับการสูญเสียด้านม ปรับใจคิดในทางบวก
- ผู้ป่วย 5 คน กล้าไม่กลัวมองแผลที่เกิดจากการผ่าตัด
- ดูแลตนเองหลังการผ่าตัดได้ดี
- รับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล
- ตรวจสอบการทำงานของขวระบายนได้ถูกต้อง
- วางแผนในการปรับปรุงภาพลักษณ์ด้วยตนเอง/ ร่วมกับ
ผู้วิจัยได้เหมาะสม

ปัจจัยส่งเสริม

- * ได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสม
- * กำลังใจจากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- * การสนับสนุนจากครอบครัว
- * ได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

อุปสรรค

- * การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
- * ขาดความร่วมมือในการดูแลตนเอง

สะท้อนการปฏิบัติ

ปฏิบัติ & สังเกต

- ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลัง ผ่าตัด
- ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระยะแรก
- ดูแล กระตุ้นให้ผู้ป่วยยกแขนสูงและการใช้แขนข้างผ่าตัด
- ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกของการสูญเสียด้านมและให้คำปรึกษา
- ปลอดภัย
- ให้ข้อมูลการเสริมสร้างภาพลักษณ์ด้านมเทียมและให้ผู้ป่วยได้สัมผัสและเห็นด้านมเทียม
- ให้ความรู้เรื่องอาหารส่งเสริมการหายของแผล
- ศึกษาศาสตร์เรื่องการบริหารข้อไหล่และแขน สอนและสาธิตการตรวจด้านมด้วยตนเอง
- สอนการตรวจสอบการทำงานของขวระบายนของเหลวจากแผลผ่าตัด
- เชื้ออำนาจความสะดวก

ปัญหา : การสูญเสียภาพลักษณ์

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระยะแรก

ความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการ

ดูแลตนเอง

วางแผน

- ประเมินการรับรู้ต่อการสูญเสียภาพลักษณ์
- ตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วย
- การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้าน จิตใจหลังการผ่าตัด
- สอนและสาธิตการดูแลแขน การบริหารตามโปรแกรมฟื้นฟูระยะแรก แบบ Isometric การถูกนึ่ง
- แนะนำการดูแลขวระบายนของเหลวจากแผลผ่าตัด
- แนะนำอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล
- วางแผนร่วมกันในการปรับปรุงภาพลักษณ์
- ประเมินการปรับกิจกรรมการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด

ปรับปรุงแผน

- นำครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนเรื่องการจัดหาอาหาร
- ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกายตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงหลังการผ่าตัด
- เพิ่มการให้ข้อมูล

“สมเพศ..เวลาที่มองดูตัวเราจาก 2 ข้างเหลือข้างเดียว....มันเป็นของที่ต้องปกปิด
(ด้านม).... มันหมดโอกาสที่จะให้ใครดู”

(ทองกวาว พุดด้วยน้ำเสียงเบา สั้น น้ำตาไหลออกมาในขณะที่พูดแสดงถึงความเสียใจ)

“เสียค่ายเต้า (ด้านม) ไม่เหมือนเพื่อน... คนหญิงควรมีพร้อม... แต่ถ้ามันไม่ดีก็ไม่
เอาไว้กลัวเป็นมากลำบาก”

(มะลิ มีสีหน้าที่เศร้า พุดเสียงเบา ซ้ำ บอกถึงความรู้สึกที่สะท้อนใจ เศร้าใจ)

2. ไม่ยอมรับการสูญเสียด้านม : พิการ นมแฟบ เหลือครึ่งเดียว

ผู้ป่วย 5 คนที่เปรียบตนเองเสมือนผู้พิการ ที่เหลือด้านมเพียงข้างเดียวหรือครึ่งเดียว
(นมแฟบ) ด้วยความรู้สึกว่าตนเองมีไม่ครบถ้วน คิดว่าเกิดมาเป็นผู้หญิงควรมีพร้อม ด้านมเป็น
สัญลักษณ์ทางเพศของผู้หญิง ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ต้องปกปิดเป็นความลับตลอดไป....เหมือนคนพิการมีครึ่งเดียว.. แต่มันไม่มีทาง
เลือกแล้ว....รักษาชีวิต.....เราต้องไม่ตายจากโรคนี้อ...ตัดแล้วต้องหาย”

(ทองกวาว ให้ข้อมูลเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2539 หลังการผ่าตัดด้านมออกวันที่1)

“เสียค่ายของแม่ให้มา (ด้านม) รักษาไว้ไม่ได้... แต่ถ้าของไม่ดีไม่อยากจะอยู่กับ
เรา... ก็ตัดทิ้งไป... เอาไว้มันฆ่าเรา.... ตอนนี้ชีวิตเราเหมือนคนครึ่งคน.... กลัว
สังคมรังเกียจ อายุ.... อยากถามเขาว่าสังคมต้อนรับเราไหม พี่น้องห่วงเราไหม”

(ดาวเรือง ให้ข้อมูลเมื่อ วันที่ 19 กันยายน 2538 หลังการผ่าตัดวันที่ 1)

“ไม่อยากแกล (มอง) ใจไม่ดี ... ไม่เหมือนเดิมแต่ครึ่งเดียว.. เสียค่าย.. นี่ถ้าเรามาแต่
แรกเขื่อยอมตัดแต่ก่อน... ก็คงไม่ลำบากใหญ่ต้องตัดหมด... ตอนนี้ก็ขอย่าให้มัน
ค้างคาอยู่ให้มันหมดไป”

(ดาหรา ให้ข้อมูลเมื่อ วันที่ 17 สิงหาคม 2539 หลังการผ่าตัดวันที่ 2)

“ตัดออกไปเสียค่าย... แต่ไม่อยากปล่อยไว้กลัวลาม... ไม่รู้ว่าเป็นแผลเป็นไหม...
ตัดใหม่จะเจ็บมากไหม... ไม่อยากกลับบ้าน... คงไปทำงานเพื่อน ๆ ก็ถามขอ
อีก..... เราเหลือครึ่งเดียวนมแฟบ ไม่เหมือนเพื่อน”

(กิลลี่ ให้ข้อมูลเมื่อ วันที่ 13 กันยายน 2539 หลังการผ่าตัดวันที่ 1)

3. คุณค่าตนเองลดลง

ผู้ป่วย 3 คนที่มีความรู้สึกว่าการผ่าตัดเต้านมออกทำให้คุณค่าในตนเองลดลง ไม่เหมือนผู้หญิงคนอื่นๆ น่าอาย ไม่เหมือนเดิมความเป็นผู้หญิงหายไปมีคนมอง ดังคำบอกเล่าของทองกวาว และคาหรา

“มันไม่เหมือนเดิม เหลือข้างเดียว ให้รู้ไม่ได้ว่าตัดนมทิ้ง ได้พูดกันทั่ว มันน่าอาย ทำให้คุณค่าตัวเราลดลง” (ทองกวาว สัมภาษณ์ เมื่อ 24 เมษายน 2539)

“ไม่บอกใคร ใครถามไม่สนิทกันจริงๆพูดไม่ได้ ชาวบ้านรู้แหล่งกันมาก มองดูน่าอายมันแสบทำให้ค่าตัวเราน้อยลง มันไม่พร้อมเหมือนคนอื่น....เป็น ผู้หญิงขาดไป” (คาหรา สัมภาษณ์ เมื่อ 18 สิงหาคม 2539)

ความรู้สึกสูญเสีย และค่าคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจ เป็นปัญหาทางจิตใจและสังคม ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออาจจะเป็นผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าสังคม ไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือแยกตัว เนื่องจากความรู้สึกต่อต้านเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนลึกซึ้งสำหรับสตรีเพศ เปรียบเหมือน ชีวิตเหลือเพียงครึ่งเดียว แม้ว่าสามียอมรับ มีส่วนร่วมตัดสินใจในการผ่าตัด แต่ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของการสูญเสียจะเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะหลังการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วย 5 คน จะไม่กล้าดูแผลตนเอง ไม่อยากพูดถึงเรื่องผ่าตัด เสมือนว่าผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะทวนนึกถึงความเจ็บปวดของการสูญเสียเต้านมจึงไม่ต้องการกล่าวถึงเรื่องการผ่าตัดเต้านมเพราะการผ่าตัดเต้านมมีผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยมาก

4. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระยะแรก ผู้ป่วยทุกคนมีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะมี ส่วนน้อย (4 คน) ที่มีอาการเจ็บคอ คอแห้ง ในช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 1 - 2 ดังคำบอกเล่าของลิลี่ และทองกวาว

“พอฟื้นขึ้นมา..มันคลื่นไส้มาก กินนมกล่องนึ่ง..มันอ้วกออกหมดเลย 3 ครั้งเวียนหัวแต่ไม่เจ็บแผลเลย” (ลิลี่ สัมภาษณ์ เมื่อ 13 กันยายน 2539)

“เมื่อวานอาเจียนออกหมด เจ็บคอ..มันเหมือนเสลดอยู่.. แล้วก็ตึงแผล” (ทองกวาว สัมภาษณ์ เมื่อ 23 เมษายน 2539)

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในระยะแรกที่พบได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะเป็นอาการข้างเคียงของยาชาลบที่ใช้กับผู้ป่วยช่วงของการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้พักฟื้นและได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอาการดังกล่าวจะดีขึ้นเนื่องจากฤทธิ์ของยาชาลบลดน้อยลง

5. มีความรู้ ความเข้าใจไม่เพียงพอในการดูแลตนเอง ผู้ป่วย 2 คนในกลุ่มผู้ไม่ยอมรับที่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด จะทำการรูก้นบนเตียง ไม่ถูกวิธีทำให้มีอาการเจ็บตึงแผลผ่าตัด เพราะว่าผู้ป่วยไม่ได้ฝึกหัดการรูก้นที่ค่อยๆ ตะแคงตัวลุกขึ้น ตั้งแต่ช่วงแรกก่อนผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการรู้ข้อมูล จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจไม่เพียงพอในการดูแลตนเอง ดังคำบอกเล่าของดาวเรือง

“มันเจ็บตึงแผลไม่อยากจะขยับยิ่งเวลาลุกมันตึงปวดมาก ..กลัวสายต่อ (สายท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัด) จะหลุดออกมา..ทำไม่ถูก”
(ดาวเรือง สัมภาษณ์ เมื่อ 19 กันยายน 2539)

สรุปได้ว่า ปัญหาที่พบในวงจรที่ 3 คือ ผู้ป่วยปรับใจต่อการสูญเสียไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระยะแรก และผู้ป่วยบางรายมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในวงจรที่ 3 “ชีวิตคนครึ่งคน” การช่วยเหลือของผู้วิจัยในวงจรที่ 3 มีดังนี้

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด โดยเมื่อผู้ป่วยกลับมาจาก การผ่าตัด ในช่วงแรกพยาบาล ผู้วิจัยและครอบครัวของผู้ป่วยได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้จนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกดี ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลในเรื่องต่อไปนี้

1.1 การจัดทำนอนราบไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้า วางแขนข้างที่ผ่าตัดด้านบนหมอนให้สูงกว่าระดับหน้าอก

1.2 การดูแลวาระบายของเหลวจากแผลผ่าตัด ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการผิดปกติทุก 30 นาทีจนกระทั่งคงที่แล้ว เปลี่ยนเป็นวัดทุก 1 - 2 ชั่วโมง

1.4 ประเมินภาวะแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อเริ่มฟื้นตัวจากยาชาลบ เช่น การสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน จัดอุปกรณ์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกเช่น ขามรูปไต พร้อม

ทั้งนี้แนะนำให้ขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือพยาบาลโดย การกดกริ่งเพื่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้ตลอดเวลา ตลอดจนให้ความรู้และคำแนะนำแก่ครอบครัวให้มีส่วนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรส่วนตัวที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในช่วงแรกหลังการผ่าตัด เช่น เรื่องการใช้หมอนนอน การวางแขนข้างที่ผ่าตัดบนหมอนเหนือระดับหน้าอก การเตรียม จัดสภาพแวดล้อมให้อื้ออำนวยต่อการพักผ่อน

1.5 เริ่มโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ ในช่วงวันที่ 1 - 3 หลังการผ่าตัด กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำการบริหารแขนแบบไอโซเมตริก (กำมือ แบนมือ) ให้ใช้แขนข้าง ที่ผ่าตัดด้านมช่วยในการรับประทานอาหาร หวีผม กระตุ้นให้มีการถูกเดินลงมาข้างเตียง ให้ยกแขนสูงวางบนหมอน และให้ระมัดระวังสายต่อท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดไม่ให้หักงอขณะตะแคงตัว

2. ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกของการสูญเสียแขน โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ใช้คำพูดปลอบโยน ใช้การสะท้อนความรู้สึกและให้ข้อมูลการเสริมสร้างภาพลักษณ์และการใช้แขนเทียม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สามารถเขียนบันทึกได้ ให้เขียนบันทึกประจำวันระบายความรู้สึก

3. ให้ความรู้และข้อมูลเรื่องการรับประทานอาหารที่ช่วยในการหายของแผลและอาหารด้านมะเร็ง หลังจากนั้นสังเกตและสอบถามเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วย และที่สำคัญ คือ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดหาอาหารพวกโปรตีนจากเนื้อปลา น้ำเต้าหู้ นมพร่องไขมัน และผัก ผลไม้จำพวกส้ม ฝรั่ง มะละกอ เป็นต้น

4. สอนการตรวจสอบการทำงานของขวระบายของเหลวจากแผลผ่าตัด พร้อมทั้งสาธิต ให้ผู้ป่วยเห็นสถานการณ์ตัวอย่างของขวระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดที่ทำงานไม่ดี เช่น เมื่อหูของขวระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดไม่กาง ให้รีบบอกให้พยาบาลทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งเขียนอธิบายการตรวจการทำงานของขวไว้ในคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งได้ให้แก่ ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด

5. ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา การบริหารข้อไหล่และแขน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ดังแสดงในภาพประกอบ 15) พร้อมกับสาธิตทั้งสาธิตการตรวจค้นความผิดปกติที่เต้านมให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

6. อื้ออำนวยความสะดวก ในรายที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากขวระบายของเหลวที่ต่อกับเครื่องดูดแบบต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถไปห้องน้ำได้ โดยการปลดท่อระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัด และนำมาต่อกับหลอดสุญญากาศชั่วคราว (ascepto syring)

ภาพประกอบ 15 แสดงกิจกรรม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว



ผู้ป่วยนอนที่เตียงควิทัศน์ เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา พร้อมครอบครัวและผู้วิจัย

การสะท้อนการปฏิบัติ

1. การให้ผู้ป่วยได้เห็นและสัมผัสเต้านมเทียม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีและเชื่อมั่นว่าสามารถสร้างภาพลักษณ์ที่ดีได้ มากกว่าการอธิบายโดยใช้รูปภาพเพียงอย่างเดียว (ดังภาพประกอบ 16)

ภาพประกอบ 16 แสดงการสัมผัสเต้านมเทียมของผู้ป่วย



2. การที่ครอบครัวได้มีส่วนในการจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบ เช่น แกงส์ปลา น้ำพริก หรือ ผลไม้รสเปรี้ยว เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น เนื่องจากอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยบางคนรับประทานได้น้อยเพราะคิดว่าเป็นอาหารแสดง เช่น ไม่รับประทานไก่เพราะกลัวมีคอโรนา เป็นต้น

3. การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและความรู้ เกี่ยวกับการจัดการกับภาพลักษณ์และการที่ได้เห็นเพื่อนที่ปรับตัวและดูแลตนเองดี สามารถกลับสู่สังคมได้อย่างปกติ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับการการสูญเสีย และปรับความคิดในทางบวกว่าการสูญเสียด้านมเพื่อรักษาชีวิตดีกว่าการสูญเสียแขน ขา มีการปรับใจคิดในทางบวกเพื่อให้จิตใจสบายขึ้น ดังคำกล่าวของทองกวาว

“ พี่เห็นแล้ว..ตัวอย่างคุณวรา (ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาหายมีชีวิตรอดมา 5 ปี)

นั่น ไม่บอกไม่รู้ที..ยังสวยพริ้งอยู่เลย..พี่ออกไปก็สวยเหมือนเดิมได้”

(ทองกวาว กล่าวหลังการผ่าตัดวันที่ 2)

4. การที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติในการจัดทำยกแขนสูง การวางแผนในทำต่างๆ และ การฝึกหัดการกางแขนออก พบว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในรายที่ต้องฉายรังสีต่อ คือ ช่วยให้สะดวกในการปฏิบัติขณะฉายรังสี และช่วยให้การไหลเวียนกลับของระบบน้ำเหลืองดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้เสมอคือ อาการแขนบวม ดังแสดงในภาพประกอบ 17

5. ในเรื่องของการถูกนั้ข้างเตียงพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ ในบางรายถูกนั้ในท่านอนหงายตรงๆ พบว่าทำให้มีอาการเจ็บ และตึงแผลมาก ทำให้ผู้ป่วยขยับถูกนั้ได้ช้ากว่าปกติ (ดังตัวอย่างในภาพประกอบ 17) ดังเช่น คาวเรืองที่ไม่ฝึกการถูกนั้บนเตียงก่อนผ่าตัด เพราะผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น ดังที่ได้เล่าให้ฟังว่า “ถ้ารู้ว่ามันตึงเจ็บเวลาถูกนั้แบบนี้..ก็คงหัดทำ เราคิดว่าแข็งแรงดีไม่น่ามีปัญหาคงต้องเรียนก่อนได้ทำใจ ดีที่ถูก (ผู้วิจัย) มาช่วย ...สอนให้ลองแบบนี้..เออมันดีไม่ตึงเจ็บเหมือนลูกตรงๆ เรามั่นใจแล้วก็ไม่อยากรู้อะไรก่อน...ไม่รู้ว่าจะผลดี ตอนหลังคงไม่สายที่จะฝึกทำอีกหลายเรื่อง”

6. การให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเกี่ยวสภาพร่างกายหลังผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และการใช้สมุดภาพเหตุการณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี และ เข้าใจเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในแต่ละระยะของการผ่าตัด ทำให้ฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น

ภาพประกอบ 17 แสดงการดูแลแขนของผู้ป่วยในกิจกรรมต่างๆ



นอนกางแขนออก (ยกแขนสูง)

ยกแขนสูงขณะนั่ง

ยกแขนสูงใช้หมอนรอง

ปรับปรุงแผน

1. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดหาอาหารให้แก่ผู้ป่วย
2. เพิ่มการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทั้งจากผู้วิจัย และ จากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เกี่ยวกับสภาพร่างกาย ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ร่วมกับการให้ดูสมุดภาพเหตุการณ์ และการใช้เทปบันทึกเสียงเพื่อนช่วยเพื่อนแทนในกรณีที่ไม่สามารถจัดหาผู้ป่วยที่จะมาพูดคุยได้

ผลการส่งเสริมการดูแลตนเองในวงจรที่ 3

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง เช่น สามารถตรวจสอบการทำงานของขั้วระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดได้ถูกต้อง ดูแลระดับกระบังไม่ให้สายต่อของสายระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดหักงอ และเมื่อขั้วระบายของเหลวไม่กาง ผู้ป่วยจะบอกให้พยาบาลทราบ เพื่อจัดการแก้ไขให้ขั้วระบายของเหลวทำงานได้ตามปกติ หรือการสังเกตแม้กระทั่งระดับเลือดที่น้อยลงหรือมากขึ้น เช่น ทองกวาวได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังด้วยความภาคภูมิใจว่า “เมื่อเข้าดูขั้ว (ระบายของเหลวจากแผลผ่าตัด) หนวดมันหุบ พี่รีบพาไปหาพยาบาล บอกว่า...หนวดหุบไม่กาง...มองดูน้ำเลือดมีมาก...พยาบาลเค้าก็เอาไปเท แล้วเอาไปจุดให้ขั้วทำงาน เค้าถามที่รู้ได้อย่างไร พี่ก็บอกว่า...อ่านจากคู่มือและน้อง (ผู้วิจัย) บอกที่ไว้ เค้าชมว่าเก่งมาก” นอกจากนี้ยังมีทักษะในการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในระยะแรกหลังผ่าตัดที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย รวมทั้งการปรับกิจกรรมประจำวันใหม่ในการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยระดับกระบังเรื่องอาหารแสดง และอาหารบำรุงตามความเชื่อของตน ผสมผสานกับอาหารที่ ผู้วิจัยได้แนะนำอาหารต้านมะเร็งและอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด มีผู้ป่วย 3 ราย ได้ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร มารับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล เช่น ผักใบเขียว และน้ำเต้าหู้ เนื่องจากได้รับความรู้ว่าอาหารเหล่านี้จะช่วยให้อุณหภูมิแข็งแรงและทำให้แผลหายเร็ว

2. ผู้ป่วยทุกรายสามารถปรับตัวยอมรับการสูญเสียเด้านม และ ปรับใจคิดในทางบวกภายหลังที่ให้ ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และ ได้รับข้อมูลเรื่องการเสริมสร้างเด้านม โดยใช้เด้านมเทียม นอกจากนี้มีการปรับความรู้สึกต่อการสูญเสีย ด้วยการคิดเปรียบเทียบว่าการสูญเสียเด้านมดีกว่าการสูญเสียอวัยวะอื่นที่มองเห็นหรือการรักษาชีวิตไว้ ทำให้ตัดสินใจยอมรับการสูญเสียได้ ดังคำบอกเล่าของ ดาวเรือง และ ชงโค

“เราเสียแค่นี้ (เด้านม) ดีกว่าคนที่แขนเสีย...ยังไ้รักษาชีวิตไว้ให้ลูกได้เรียกแม่..ตอนแรกก็ทำใจไม่ได้จริงๆ..พอคิด..ฟังลูก (ผู้วิจัย) พูดก็ว่าจริง..ต้องตัดใจ”
(สัมภาษณ์ดาวเรือง เมื่อ 19 กันยายน 2539)

“แฟนเค้าให้ตัดปล่อยไว้มันอันตราย..พอตัดแล้วบางครั้งก็คิดถึงเสียเลย..พอมายุเห็นมีเด้านมเทียมใจดีขึ้น...เสียมันไปดีกว่าให้มีชีวิตลูกดีกว่า..ลูกเรายังเล็กๆ”
(สัมภาษณ์ชงโค เมื่อ 11 พฤศจิกายน 2539)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถปรับใจยอมรับการสูญเสียเด้านมได้แล้ว แต่พบว่า ยังมีผู้ป่วย 5 ราย ที่กลัว ไม่กล้ามองแผลผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการปรับใจยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ยังคงมีความกังวล กลัวว่าแผลผ่าตัดจะไม่สวย คิดไม่ดี หรือกลัวว่าจะเป็นแผลเป็น ดังคำบอกเล่าของพิภกและกุหลาบ

“หมอมาทำแผลให้ตอนเช้า..ป้านิใช้เกลือล้าง..กลัวมันไม่สวย..ไม่เลศดีกว่า..ถามหมอเค้าว่าดีมันแห้งดีดี..คนชาย (สามี) เค้าอยากแลไม่กล้าให้แลหรอก”
(พิภก ได้เล่าให้ฟังเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2539)

“แรกที่ไม่อยากรู้กลัวแผลไม่ดี...หมอมาทำแผลให้ช่วงเช้าบอกว่าแผลบวมๆเล็กน้อย..ที่ไม่กล้ามอง..มันไม่เหมือนเดิม” (กุหลาบ ได้เล่าให้ฟังเมื่อ 1 พฤษภาคม 2539)

3. ผู้ป่วยสามารถวางแผนปรับปรุงภาพลักษณ์ได้อย่างเหมาะสม หลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปรับปรุง เสริมสร้างภาพลักษณ์ใหม่ เช่น การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม การใช้เต้านมเทียม ผู้ป่วยได้วางแผนก่อนกลับบ้านในการใช้อุปกรณ์เสริมสร้างภาพลักษณ์ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือในรายที่ไม่สามารถจัดซื้อเองได้ โดยได้จัดซื้ออุปกรณ์เสริมเต้านมคือ ฟองน้ำเสริมและ เต้านมเทียม ให้

ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเองในวงจรที่ 3

ปัจจัยส่งเสริมในการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. การได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง จากการที่ผู้วิจัยที่ได้ติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษา และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองตลอดจนปัญหาส่วนตัวครอบครัวหรือที่ทำงาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รู้สึกว่ามีที่ปรึกษา
2. การได้รับข้อมูลและกำลังใจจากเพื่อนช่วยเพื่อน ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเองใหม่ภายหลังการผ่าตัดเต้านม และ ได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ได้มีการพูดคุยปรับทุกข์กับเพื่อนผู้ป่วยโรคเดียวกัน ทำให้เกิดความเข้าใจเห็นใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองต่อไป
3. การสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งในเรื่องของการมาให้กำลังใจ กระตุ้นให้ระมัดระวังในการดูแลแขน การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การช่วยจัดหาน้ำให้เช็ดตัว หรือ ช่วยเช็ดตัว สระผมให้ รวมทั้งการจัดหาอาหารที่

ช่วยส่งเสริมการหายของแผล และสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่าย ถึงแม้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

4. การได้รับความรู้และคำแนะนำอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแต่ละระยะของการผ่าตัดร่วมกับความรู้ที่ได้รับจากคู่มือการปฏิบัติตัว แผ่นพับ หรือ หนังสือที่ผู้วิจัยจัดหาให้ เช่น เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง ชนะโรคร้ายด้วยหัวใจผู้ วิถีคลายเครียด เป็นต้น ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการผ่าตัดและยังช่วยส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการปรับตัวต่อสู้กับโรค

อุปสรรคในการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในผู้ป่วยรายที่ได้รับการใส่ท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดชนิดต่อกับเครื่องดูดแบบต่อเนื่อง ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย หรือการขับถ่าย

2. การไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยได้วางแผนร่วมกับผู้วิจัยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด แต่หลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่พลิกตะแคงตัว ไอได้ไม่ถูกต้อง ทำให้เสมหะไม่ออก จึงอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

สรุป วงจรนี้ผู้ป่วยปรับตัวที่ยอมรับการสูญเสียได้แต่ยังขาดความรู้และกังวลเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่องและผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากการใส่ท่อระบายของเหลวทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น

วงจรที่ 4 ขวากหนามชีวิตใหม่

เป็นช่วงหลังการผ่าตัดวันที่ 3 ถึงวันที่จำหน่ายในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีน้ำเหลืองคั่งใต้แผลผ่าตัดซึ่งพบในผู้ป่วย 4 คน และพบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 1 คน ทำให้ต้องปรับกิจกรรมของการดูแลตนเองภายใต้ข้อจำกัดของสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกว่าเป็นอุปสรรค เป็นขวากหนามในชีวิต ดังสรุปในภาพประกอบ 18

สถานการณ์ของผู้ป่วยในวงจรขวากหนามชีวิตใหม่

วงจรนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายหลังผ่าตัด ที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของแขนลดลง ไม่สามารถใช้งานได้เหมือนกับก่อนผ่าตัด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีความวิตกกังวลเรื่องการรักษาต่อเนื่อง และ

ภาพประกอบ 18 วงจร 4 ขวากหนามชีวิตใหม่
(หลังผ่าตัดวันที่ 3 - วันที่จำหน่าย)

ผลลัพธ์

- เข้าใจและสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนได้
 - สามารถปรับกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้
 - มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์
 - ขอมรับและเข้าใจเรื่องการรักษาต่อเนื่องและสามารถดูแลตนเองได้
 - ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน : น้ำเหลืองคั่ง 4 ราย
- แผลผ่าตัดติดเชื้อ 1 ราย

ปัจจัยส่งเสริม

- * การให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง
- * การสนับสนุนให้กำลังใจจากทีมสุขภาพ ครอบครัวเพื่อนช่วยเพื่อน

- * ผู้ป่วยสามารถประเมินประสิทธิภาพการทำงานข้อไหล่ได้ด้วยตนเอง

อุปสรรค

- * มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
- * ขาดการสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่าย
- * การออกกำลังแขนมากเกินไปทำให้แผลแยกได้

สะท้อนการปฏิบัติ

ปฏิบัติ & สังเกต

- ปรับกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับสภาพร่างกาย
- สอนและสาธิตการบริหารแขนให้ผู้ป่วยเลือกการบริหารด้วยตนเอง
- ให้คำปรึกษา ปลอบโยน ใ้การสัมผัส ให้กำลังใจในการเผชิญกับภาวะแทรกซ้อน
- ประสานงานกับทีมสุขภาพเรื่องการรักษาต่อเนื่อง และการสังกมสังเคราะห์ค่าใช้จ่าย
- ให้ข้อมูลการหยุดบริหารแขนชั่วคราวเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน
- การประเมินประสิทธิภาพการทำงานข้อไหล่ในวันที่ 5 หลังผ่าตัดและวันที่จำหน่าย

ปัญหา : ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น น้ำเหลืองคั่ง

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว)

กังวลเรื่องการรักษาต่อเนื่อง

ขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเอง

เรื่องการคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์

วางแผน

- ปรับกิจวัตรประจำวันภายใต้ข้อจำกัดของสภาพร่างกายหลังผ่าตัด
- การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การปรับปรุงภาพลักษณ์
- สอนและสาธิตการบริหารข้อไหล่และแขนในช่วงผ่าตัดระยะหลัง
- แนะนำการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน
- ประเมินประสิทธิภาพการทำงานข้อไหล่ในวันที่ 5 หลังผ่าตัดและวันที่จำหน่าย
- ให้ความรู้/ คำปรึกษาเรื่องการรักษาต่อเนื่อง
- ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระยะหลัง

ปรับปรุงแผน

- ประเมินการบริหารข้อไหล่ให้อยู่ในระดับที่ไม่ทำให้เกิดอันตราย
- แนะนำให้บริหารข้อไหล่เพียงวันละ 2 ครั้ง
- สอนการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารข้อไหล่
- แนะนำให้ใช้ผ้ายัดรัดรอบแผลผ่าตัดไว้ช่วยป้องกันน้ำเหลืองคั่งได้

ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเรื่อง การคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นผู้ป่วยได้เปรียบเสมือนขวากหนามชีวิตหลังการผ่าตัดที่ทำให้หนทางไม่ราบรื่นเหมือนอย่างผู้ป่วยคาดคิด ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ประสิทธิภาพการทำงานของแขนลดลง

ผลกระทบจากการผ่าตัด ทำให้ประสิทธิภาพของแขนข้างเดียวกับด้านที่ได้รับการผ่าตัด ใช้งานได้น้อยลง ทั้งนี้เพราะการผ่าตัด และการเกาะต่อน้ำเหลืองออกบางส่วน ทำให้มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทำให้ผู้ป่วยเจ็บและตึงแขน ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ และ ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้เหมือนเดิม เกิดความกังวลใจ กลัวกลับไปบ้านแล้วทำงานได้ไม่เหมือนเดิม ต้องพึ่งพา เป็นการระลอกหลาน ดังเช่นคำบอกเล่าของจำปา และ มะลิ

“อยากกลับไปทำงานจะไปช่วยลูกที่ร้าน (ถั่วเขียว) ขยี้ช่วงนี้ ไม่อยากมาอยู่เลย ๆ แขนมือขอลูก ลำบากใจ กลุ่มไม่รู้ว่ายายคิดจะทำงานให้แขนได้เหมือนเดิมไหม” (จำปา ให้ข้อมูลเมื่อ 31 ตุลาคม 2539 หลังการผ่าตัดวันที่ 1)

“ป้าไม่รู้จะทำอะไรได้พื่อนั้น มือข้างนี้ทำอะไรหนัก ๆ ไม่ได้ คิดว่าผ่าเสร็จมันจะยกขึ้นใหม่ ลูก (ผู้วิจัย) มาสอนกำมือพื่อนี้มันดีขึ้น” (มะลิ ให้ข้อมูล เมื่อ 12 เมษายน 2539)

นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนในเรื่องของ การมีน้ำเหลืองคั่งซึ่งพบในผู้ป่วยผู้ป่วย 4 คน และพบว่ามีการติดเชื้อ 1 คน ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดการบริหารข้อไหล่และแขนชั่วคราว ต้องรอจนกว่าภาวะแทรกซ้อนจะหายไปจึงกลับมาเริ่มการบริหารข้อไหล่และแขนใหม่

2. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าว่าผู้ป่วยที่ใส่ขดระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดแบบดูดต่อเนื่อง จะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวอยู่บริเวณข้างเตียง และต้องปรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ มาอยู่บริเวณข้างเตียง เช่น การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด หรือไม่เป็นอิสระ

“พอเห็นขวดใหญ่ไม่สบายใจเลย อยากถอดสายออกเร็วๆ..จะได้เข้าห้องน้ำเอง ... อยากถ่าย... อยากช่วยตัวเอง อึดอัดต้องขอ (ความช่วยเหลือ) ไม่ได้ตั้งใจ” (ดาวเรือง ให้ข้อมูลเมื่อ 20 กันยายน 2539)

มีการศึกษาที่พบว่า การใส่ขวกระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดแบบดูดต่อเนื่องสามารถระบายของออกได้เร็ว และป้องกันน้ำเหลืองคั่งได้ดี (Morris, 1973, cited by Chilson, et. al, 1992 : 753) แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่ใส่ขวกระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดที่ต่อกับเครื่องดูดแบบต่อเนื่อง 8 คน เกิดภาวะแทรกซ้อน คือมีน้ำเหลืองคั่ง ให้แผลผ่าตัด 4 คน ซึ่งทุกคนมีรูปร่างอ้วน (ดัชนีความหนาของร่างกายระดับ 1, 2) และมี 1 คน ที่มีการระบายของเสียที่คั่งในแผลผ่าตัดออกน้อย แสดงให้เห็นว่าการเกิดน้ำเหลืองคั่งใต้แผลผ่าตัดอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีก นอกเหนือจากชนิดของเครื่องดูดที่ใช้ เช่น อาจมีผลมาจากดัชนีความหนาของร่างกาย และตำแหน่งของการวางสายระบายของเหลวจากแผลผ่าตัด สอดคล้องกับที่ซิลสัน (Chilson, et al., 1992 : 753) ได้ศึกษาเพิ่มเติมว่า ความอ้วน และการวางตำแหน่งท่อระบาย เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการคั่งของน้ำเหลืองบริเวณใต้แผล

3. กังวลเรื่องการรักษาต่อเนื่อง

ประมาณวันที่ 7 หลังการผ่าตัดแพทย์ ในช่วงก่อนกลับบ้านแพทย์จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่อง ด้วยการฉายรังสี และการให้เคมีบำบัด ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยทุกคนมีความวิตกกังวล กลัวการฉายรังสี และการได้รับเคมีบำบัด จากความกลัวต่อผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น เช่น บางรายเชื่อว่าฉายรังสีทำให้อายุสั้น และการให้ยาเคมีบำบัด จะทำให้ผมจะร่วง และอ่อนเพลีย จากการเห็นผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดในหอผู้ป่วย ดังที่ขบากล่าวว่า

“วันนี้หมอบอกผลที่ตัดเต้านมว่า มันไม่ดีไปที่ต่อมน้ำเหลือง.... หมอว่าต้องให้ยาฉีดต่อ ..ไม่อยากรักษาต่อ..กลัวเพลีย..ผมก็ร้อง .เค้าว่ายามันแพง..ฉีดแล้วหายก็ดี..กลัวไม่หายเสียเบี้ยเปล่า” (ขบหาให้ข้อมูล เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2539)

4. ขาดความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองเรื่อง การคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกรายไม่ทราบถึงการดูแลตนเองเรื่องการคุมกำเนิด และการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ทราบว่าต้องมีการคุมกำเนิด 2 ปี เพื่อไม่ให้ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้น เพราะอาจส่งผลให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งได้ ดังที่ขงโคตั้งคำถามกับผู้วิจัยว่า

“นี่รอเพื่ออยู่ยากถาม... พี่ว่าเป็นโรคนี้เค้าห้ามยุ่งกับแฟนจริงไหมว่ามันคิดได้.... แล้วถ้าไม่ให้ท้องคุมยังไป....มุสลิมให้ปล่อยธรรมชาติ...แฟนเค้าก็รออยู่ยากรู้” (ขงโค ได้ให้ข้อมูล เมื่อ 15 พฤศจิกายน 2539)

นอกจากนี้ มีผู้ป่วย 1 รายคือชบา ที่มาโรงพยาบาลครั้งแรกเพราะคลำพบก้อน และแพทย์แนะนำให้ผ่าตัด แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ ขอกลับบ้านไปตัดสินใจ แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดในครั้งต่อไป กลับไปรักษาด้วยยาหม้อ เพราะเชื่อว่าผู้ป่วยมะเร็งนั้นไม่ว่าผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัดก็ตาม จะทำให้เสียชีวิตเท่ากัน ร่วมกับไม่ต้องการสิ้นเปลืองเงินทอง ต้องการเก็บเงินไว้ให้ลูก จึงตัดสินใจไม่รับการผ่าตัด แต่ต่อมาเมื่อผู้ป่วยตั้งครรถ์ และสังเกตพบว่าบริเวณหัวนมข้างขวายุบลงไป จึงคิดว่าเป็นอาการที่ผิดปกติ ร่วมกับเป็นห่วงลูกในท้องจึงตัดสินใจกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง แพทย์ได้ทำการผ่าตัด และส่งไปพบสูติแพทย์ ซึ่งมีแผนการรักษาให้ทำแท้งเพื่อการรักษา และทำหมันถาวร ทำให้เกิดผลกระทบแก่จิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก จากกรณีดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการคุมกำเนิด ทำให้มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เกิดผลกระทบด้านต่างๆ ตามมาดังที่ได้นำเสนอไป

สรุปได้ว่าปัญหาของผู้ป่วยที่พบในวงจรที่ 4 คือ มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ความสามารถในการทำกิจกรรมของลดลง วิตกกังวลเรื่องการรักษาต่อเนื่อง และ ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเรื่องการคุมกำเนิด และการมีเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงได้วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวจะยกตัวอย่างต่อไปนี้

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในวงจรที่ 4 “ชวากหนามชีวิตใหม่” มีดังนี้

1. ส่งเสริมการทำกิจกรรม และ การบริหารแขนภายหลังผ่าตัด โดยในช่วงวันที่ 3 หลังการผ่าตัด กระตุ้นให้ใช้แขนในการทำกิจกรรมมากขึ้น และ สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายของเหลวจากแผลผ่าตัดต้องงดขูดสุญญากาศ ได้จัดให้ผู้ป่วยใช้ถุงพลาสติกใส่ขวดระบายไว้เมื่อจะลุกเดิน ทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกเดินไปในที่ต่างๆ ได้สะดวกขึ้น สำหรับการบริหารแขนนั้น เริ่มจากการใช้ท่าที่ง่ายๆ ไปหาท่ายาก โดยเริ่มจากท่าละ 10-15 ครั้ง และค่อยๆ เพิ่มขึ้น เพื่อไม่ให้หักโหม ซึ่งภายหลังการผ่าตัด 3 วัน ผู้ป่วยได้เริ่มการบริหาร 10 ท่า (ดูรายละเอียดของโปรแกรมบริหารได้ในภาคผนวก จ. หน้า 226) โดยทำที่ผู้ป่วยบอกว่าใช้อุปกรณ์ช่วยลดความตึง ความเมื่อยล้าของแขนได้ดี คือ ทำคิงเชือกขึ้นบน และ ท่ายกแขนขึ้นลงเนื่องจากมี ท่อพี.วี. ซี.ช่วย พยุงแขน และทำได้ฝาค้าง จะเป็นทำให้ชีวิตความก้าวหน้าของการใช้แขนอย่างง่ายๆ ที่ผู้ป่วยจะใช้มาก ซึ่งผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ดังภาพประกอบ 19-21

นอกจากนี้ส่งเสริมให้เริ่มรับประทานอาหารโดยใช้แขนข้างเดียวกับที่ผ่าตัด รวมทั้งสอนและสาธิตการบริหารแขนให้ผู้ป่วยเลือกทำบริหารด้วยตนเอง โดยใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การทำงานข้อไหล่และแขน เพื่อพัฒนาสมรรถภาพการทำงานข้อไหล่และแขน ดังแสดงในภาคผนวก จ.

2. สอนการประเมินประสิทธิภาพการทำงานข้อไหล่และแขน ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ในเรื่องของการวัดระดับการไต่ฝาค้างทำให้ ผู้ป่วยทราบถึง ระดับความสามารถการทำงานของแขนที่ปกติ มาในวงจรรนี้ เป็นการวางเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพการทำงานข้อไหล่ และ แขนหลังผ่าตัดให้กลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด โดยประเมินความก้าวหน้าจากการวัดระดับการไต่ฝาค้างด้วยตนเอง สำหรับในส่วนของผู้วิจัยนั้นได้ประเมินก้าวหน้า โดยประเมินประสิทธิภาพการทำงานข้อไหล่ และ แขนของผู้ป่วย 4 ระยะ คือ ก่อนผ่าตัด หลังวันผ่าตัด 5 วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในวันที่มาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 และได้สะท้อนผลการบริหารแขน โดยการนำผลการประเมินประสิทธิภาพการทำงานข้อไหล่และแขน มาลงในกราฟเส้นตรง ดังแสดงในภาคผนวก ข. ซึ่งแสดงให้เห็นผลการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเองจาก การไต่ระดับฝาค้าง การใช้แขนทำงาน และได้สะท้อนการปฏิบัติด้วยการให้ผู้ป่วยดูจากกราฟ ความก้าวหน้าของแต่ละบุคคล

3. การอำนวยความสะดวก ในการจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยในการบริหารแขน เช่น สายยาง (สายน้ำเกลือมาดัดแปลงเป็นที่บริหารดึงขึ้นลง) ท่อ พี.วี.ซี. ดัดแปลงขนาดพอเหมาะสำหรับช่วยพยุงแขนในการบริหารยกแขนขึ้นลง นอกจากนี้จัดสิ่งแวดล้อม และ สถานที่ให้ผู้ป่วยสามารถลงมานั่งบริหารข้างเดียวได้ สำหรับการไต่ฝาค้างจะใช้ผนังด้านข้าง และผู้ป่วยได้คิดวิธีการบริหารแขนด้วยตนเอง โดยการไต่มือขึ้นเองโดยไม่ต้องใช้ฝาค้าง ซึ่งผู้ป่วยเรียกว่าท่าไต่ลม ทำให้สามารถปฏิบัติบนเตียงได้

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ น้ำเหลืองคั่งใต้แผลผ่าตัด และการติดเชื้อ รวมทั้งอธิบายปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แม้ว่าผู้ป่วยดูแลตนเองได้ดี เช่น การบริหารแขนที่มากเกินไป ตลอดจนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นปกติ ดังตัวอย่างเช่น

“ตกใจ สงสัยทำไมถึง ๆ ขึ้น มันบวม ๆ ที่แผล...หมอบอกว่ามีน้ำอยู่ใต้แผล เอะ ออกมาได้ 80 ซีซี. ออกเป็นน้ำเหลืองเห็นเค้าพูดกัน.. สงสัยจัง ระวังดูแลบริหารแล้ว..มันเกิดได้อย่างไร มันกลับซึมเข้าข้างในลามไปไหนต่อไหน”

(พิบูล ระบายความทุกข์ใจ เมื่อ 19 พฤศจิกายน 2539)

“หมอเค้าไม่ตัดไหม.. แผลก็ตึง ๆ ดูบวม ๆ ขึ้น ตึงมาก... ไม่อยากบริหาร ยกขึ้น
ปวด ไม่เคยเป็น.. หมอว่ามีน้ำอยู่... ว่าจะเจาะก็ไม่เจาะ.. ว่าเคียวมันซึมไปเอง..
ปวดจัง... กินก็ระวัง ไม่มีอะไรแสดง บริหารก็ทำไม่มาก ก็ไม่รู้ เห็นว่าจะให้
กลับบ้าน กลับไปต้องหาอะไรประคบน่าจะอีกเสบกัวเป็นหนอง...
เหมือนขวากหนามที่มันมาตำ... ทีมทางชีวิตใหม่ของเราไม่ราบรื่นเลย”
(ดาวเรืองให้ข้อมูลเมื่อ 25 กันยายน 2539)

นอกจากนี้เป็นการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการเจาะน้ำเหลืองได้
แผลผ่าตัดออกโดยแพทย์จะให้ใช้ผ้ายัดรัดรอบปิดแผลไว้ เพื่อป้องกันไม่ให้ น้ำเหลืองไหลซึม
ออกมามาก และช่วยลดน้ำเหลืองต้งได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิลสัน (Chilson, et. al., 1992 :
753) กล่าวถึงวิธี การใช้ผ้ายัดรัดแผลผ่าตัดว่า ช่วยลดการเกิดน้ำเหลืองต้งได้ ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มการ
สอนวิธีการพันผ้ายัดให้กับผู้ป่วย และ ผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม

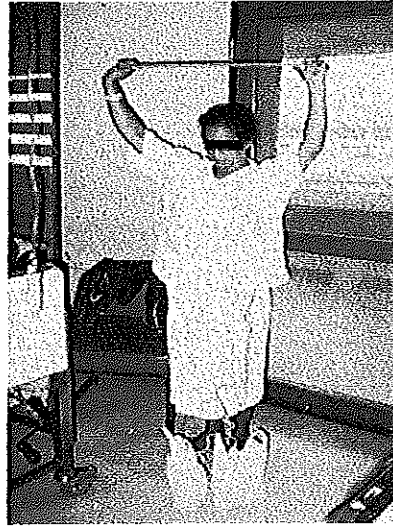
5. สนับสนุนให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการปลอมโยน ลัมผัสผู้ป่วยในยามที่
เสียใจที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยได้พยายามดูแลตนเองอย่างดี และบอกผู้ป่วยว่าภาวะ
แทรกซ้อนที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดี ให้ข้อมูลปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
ที่อาจทำให้ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น แสดงความชื่นชมในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามแล้ว
และให้กำลังใจ ในการเผชิญปัญหากับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ปลอบใจ และให้
เวลาปรับตัว และเริ่มการบริหารที่เป็นขั้นตอน เพื่อฟื้นฟูสภาพแขน และ ข้อไหล่ต่อไป ชมเชยให้
กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดี รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพ และสะท้อนการทำงานของข้อ
ไหล่และแขนให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนโดยการ วัดเส้นรอบวงแขน องศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่
และระดับการไต่ฝา เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยได้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

5. ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองที่บ้าน ในเรื่องของการตรวจด้านมด้วยตนเอง การคุม
กำเนิดในช่วง 2 ปีหลังการผ่าตัด การรักษาต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัด และ การประยุกต์ทำการ
บริหารข้อไหล่และแขนที่บ้าน เป็นต้น

6. ประสานงานกับทีมสุขภาพ โดยประสานงานกับแพทย์ในเรื่องของการรักษาต่อเนื่อง
การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ให้เป็นแนวทางเดียวกันเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน และประสานงาน
กับสังคมสงเคราะห์ในการช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาลเมื่อรับการรักษาต่อเนื่อง



ภาพประกอบ 19 ทำคิงเชือกขึ้นลง



ภาพประกอบ 20 ทำยกแขนขึ้นลง ใช้
ท่อพี.วี.ซี.ทำได้ขณะยังมีขวกระบาย
ของเหลวจากแผลผ่าตัด



ภาพประกอบ 21 ทำได้ฝ่าผนัง

การสะท้อนการปฏิบัติ

1. การให้คำแนะนำในเรื่องการบริหารข้อไหล่และแขน ควรแนะนำให้บริหารในระดับที่ไม่ทำให้เกิดอันตราย คือ ในช่วง 3 วันแรกหลังการผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารเพียงวันละ 1 – 2 ครั้ง เพราะเป็นช่วงที่มีการสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาประสาน ถ้าออกกำลังกายมากเกินไปอาจเกิดผลเสียมากกว่าผลดี คือทำให้แผลแยก หรือการติดของแผลไม่ดี

2. การใช้ผ้ายืดพันรอบแผลผ่าตัด ช่วยลดการคั่งของน้ำเหลืองใต้แผล ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพันผ้ายืดที่แผลผ่าตัด 2 คน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของน้ำเหลืองคั่งเลย

3. การที่ผู้ป่วยได้พบกับเพื่อนผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การฉายรังสี และ มีการดูแลตนเองที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัว และ วิตกกังวลต่อการฉายรังสีลดลงอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อ หรือการรับรู้ต่อการฉายรังสีในทางลบ หรือการตั้งใจที่จะปฏิเสธการฉายรังสีมาเป็น การยอมรับการฉายรังสีต่อภายหลังการผ่าตัด

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติการบริหารข้อไหล่และแขนที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง จากการได้เห็นผลสำเร็จที่ชัดเจน

ปรับปรุงแผน

1. เพิ่มสอนการประเมินการบริหารข้อไหล่และแขนให้อยู่ในระดับที่ไม่ทำให้เกิดอันตราย โดยแนะนำให้บริหารวันละ 2 ครั้ง
2. แนะนำให้ใช้ผ้ายืดรัดรอบแผลผ่าตัดเพื่อช่วยป้องกันการคั่งของน้ำเหลืองบริเวณใต้แผลผ่าตัด

ผลการส่งเสริมการดูแลตนเองในวงจรที่ 4

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วย 5 คนที่มีน้ำเหลืองคั่งได้แผล และมีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ได้ปรับกิจกรรมโดย งดการบริหารแขนไว้ชั่วคราว

2. ผู้ป่วย และ คู่สมรส มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังได้รับคำปรึกษาในเรื่องนี้จากผู้วิจัย เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน และ ปรับวิธีที่จะอยู่ร่วมกันภายใต้ข้อจำกัดภายหลังการผ่าตัด

3. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปรับตัวยอมรับการรักษาต่อเนื่องได้ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการแนะนำ หรือ ข้อมูล จากเพื่อนช่วยเพื่อน และ ผู้วิจัย เกี่ยวกับการฉายรังสี และการรับเคมีบำบัด ทำให้เกิดความเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง และยอมรับการรักษา มี เพียง 2 คนที่ต้องให้เวลาผู้ป่วยในการตัดสินใจ โดยผู้ป่วยขอกลับบ้านก่อน และกลับมารับการฉายรังสี และเคมีบำบัด ในช่วงเวลาต่อมา

ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเอง

ปัจจัยส่งเสริม มีดังนี้ คือ

1. การให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งด้านนมมีการรักษาต่อเนื่องผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ปัญหาในเรื่องส่วนตัว ค่าใช้จ่าย ที่เป็น

ปัญหาหลายๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองที่ได้ผลดี

2. การสนับสนุนให้กำลังใจจากทีมสุขภาพและครอบครัว เป็นสิ่งที่ผลักดันให้ผู้ป่วยมีพลังใจในการปฏิบัติต่อไป เช่น ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดหาอาหาร สนับสนุนค่าใช้จ่ายและให้กำลังใจในการฝึกบริหารแขน ให้การชมเชย หรือท้วงติงถ้าผู้ป่วยบริหารมากเกินไป เพราะอาจเป็นอันตรายได้ เป็นต้น

3. ผู้ป่วยสามารถประเมินประสิทธิภาพของการทำงานของข้อไหล่และแขนได้ด้วยตนเองจากการสะท้อนผลการปฏิบัติในการบริหารข้อไหล่และแขน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างง่าย เช่นระดับความสูงการไต่ฝาก่อนผ่าตัด มาเปรียบเทียบกับหลังผ่าตัดเป็นระยะทำให้ผู้ป่วยรู้ถึงความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสภาพร่างกายเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติต่อไป

สรุป ผู้ป่วย 3 คนที่มีภาวะแทรกซ้อนน้ำเหลืองคั่งเกิดขณะอยู่ที่โรงพยาบาลส่วนอีกคนหนึ่งคน พบน้ำเหลืองคั่งเกิดที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือสามารถดูแลตนเองได้และได้ปรับกิจกรรมที่บ้านแต่มีปัญหาผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะรับการรักษาค่อเนื่องทันทีหลังผ่าตัด เพราะต้องการกลับบ้านไปหาลูกก่อน

วงจรที่ 5 ปรับตัวและดูแลตนเองได้

เป็นช่วงประมาณวันที่ 5 หลังผ่าตัดจนกระทั่งมาตรวจตามนัด ซึ่งในระยะนี้แพทย์ได้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้ต้องมีการปรับตัวดูแลตนเองที่บ้าน จนกระทั่งมาตรวจตามนัด ในระยะนี้ผู้วิจัยได้วางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยดังจะกล่าวต่อไป และสำหรับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรนี้สรุปในภาพประกอบ 22

สถานการณ์ของผู้ป่วยในวงจรปรับตัวและดูแลตนเองได้

วงจรนี้ผู้ป่วยต้องมีการปรับกิจกรรมใหม่ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่บ้าน ภายใต้ข้อจำกัดของร่างกาย หรือพยาธิสภาพจากการผ่าตัด รวมทั้งการมารับการรักษาต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วย 2 คนที่ไม่สามารถปรับตัวยอมรับการรักษาค่อเนื่องได้ และผู้ป่วยเพียง 1 คนมีการฟื้นฟูการทำงานของข้อไหล่และแขนไม่ค่อเนื่อง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากผู้วิจัย และ ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับภาวะเครียด และ จัดการกับความเครียดได้เหมาะสม มีการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การบริหารข้อไหล่และแขนอย่างต่อเนื่อง ไม่พบปัญหาเรื่องข้อไหล่ติด และแขนบวม ตลอดจนมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแล

ภาพประกอบ 22 วงจร 5 ปรับตัวและดูแลตนเองได้
(หลังผ่าตัดวันที่ 5 – มาตรฐานนัด)

ผลลัพธ์

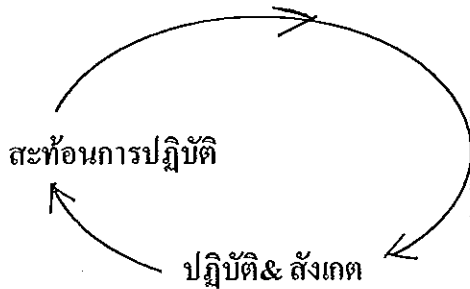
- ปรับกิจกรรมที่บ้านได้
- ขอมรับการรักษาต่อเนื่อง
- มีการดูแลและบริหารแขนอย่างต่อเนื่อง
- สามารถคิดวิธีปรับแต่งภาพลักษณ์ได้ด้วยตนเอง
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของข้อไหล่และแขน
(ข้อไหล่ไม่ติด แขนไม่บวม)

ปัจจัยส่งเสริม

- * การได้รับความแนะนำอย่างต่อเนื่อง
- * การสนับสนุนจากทีมสุขภาพและครอบครัว
- * คำชมเชย กำลังใจจากทีมสุขภาพ
- * การอำนวยความสะดวก
- * ได้รับข้อมูลการรักษาต่อเนื่อง

อุปสรรค

- * ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว
- * ภาวะแทรกซ้อน : มีน้ำเหลืองกั่งเกิดเมื่อกลับบ้าน



- ติดตามผู้ป่วยที่บ้านและการมาตรฐานนัดครั้งที่ 1
- ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนร่วมกัน
- สัมภาษณ์เจาะลึกการดูแลตนเองที่บ้าน
- ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจในการรักษาต่อเนื่อง
- เป็นตัวแทนในการเจรจาต่อรองให้ผู้ป่วยได้รับการบริการตามความต้องการ
- เฝ้าระวังความสะอาดในการจัดหาซื้อฟองน้ำและผ้าเช็ดมือให้

ปัญหา : การปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่

บ้านภายใต้ข้อจำกัดของร่างกาย

- ไม่สามารถปรับข้อยอมรับการรักษาต่อเนื่อง
- การฟื้นฟูสภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนไม่ต่อเนื่อง

วางแผน

- ตั้งเป้าหมายการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน
- ปรับวิธีการและเวลาในการบริหารข้อไหล่
- ให้ข้อมูลการมาตรฐานนัดและการรักษาต่อเนื่อง
- ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนร่วมกัน
- อำนวยความสะดวกและจัดหาอุปกรณ์ในการปรับปรุงภาพลักษณ์ เช่น ผ้าพันแขน
- ประเมินการยอมรับและวางแผนการรักษาต่อเนื่อง

ปรับปรุงแผน

- จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนให้ข้อมูลการรักษาต่อเรื่องการฉายรังสี
- การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1
- ประสานงานกับแพทย์ สังคมสงเคราะห์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1. การปรับกิจกรรมการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่บ้านภายใต้ข้อจำกัดของร่างกาย

ผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วยที่บ้านและจากการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัวในเรื่องภาระงานและบทบาทของแม่บ้าน มีเวลาพักผ่อนน้อย ทำให้อ่อนเพลีย และ ในรายที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกที่โรงพยาบาล เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยพบปัญหาภาวะแทรกซ้อน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน คอแห้ง อ่อนเพลีย และผู้ป่วย 2 คนที่มีภาวะแทรกซ้อนน้ำเหลืองคั่งที่บ้านแต่ต้องทำงานบ้านด้วยตนเอง ขาดผู้ช่วยเหลือ ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ไม่ได้บริหารข้อไหล่และแขนอย่างต่อเนื่อง ดังที่ดาวเรือง และ กุหลาบเล่าว่า

“กลับไปบ้านแผลผ่าตัดหมอกก็ไม่ตัดใหม่ให้...มันบวมตึงมากขึ้นเจ็บตึงมาก..ทำอะไรไม่ได้เลยต้องอาศัยลูกๆ ทำให้ชักส่ายก็ทำไม่ได้เลย”

“พอกลับไปบ้านไม่มีเวลาบริหารหรอก..บ้านรกมากอาศัยลูกไม่ได้..น่าน้อยใจจัง..แผลติดไม่ดี..มันวุ่นไม่หมดยิ่งเห็นบ้านรกๆ พานहुดหงิดไปหมดเลย”

2. ไม่สามารถปรับตัวยอมรับการรักษาต่อเนื่องได้ พบว่าผู้ป่วย 2 คนที่ไม่ยอมรับการรักษาโดยการฉายรังสี เนื่องจากมีความเชื่อว่าการฉายรังสี ทำให้อายุสั้น เป็นอันตราย หรือเป็นไฟที่เผาตัว จึงทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธในระยะแรก ดังคำบอกเล่าของดาหระ และกุหลาบว่า

“หมอให้ฉายแสงเลย..เราไม่พร้อมอยากกลับบ้านก่อน..จริงๆ กะบอกว่าฉายแสงไม่ดีมันเป็นลูกไฟร้อนหมด” (สัมภาษณ์ ดาหระก่อนกลับบ้าน)

“หมอนัดมาให้พี่ก่อนกลับบ้าน..อวกอยู่หลายวันเพลียจริงๆ แผลก็ไม่ค่อยดี..มันอ้าอยู่ไม่ติด..พี่ให้น้องข้างบ้านเป็นพยาบาลทำให้..มันตึงอยู่..นี่หมอนัดให้ฉายแสงด้วย 2 อย่างเลย..สงสัยทนไม่ไหวแน่”
(สัมภาษณ์ กุหลาบ มาติดตามนัดครั้งที่ 1)

สรุปได้ว่าปัญหาที่พบในวงจรที่ 5 คือ การที่ต้องปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่บ้านภายใต้ข้อจำกัดของร่างกาย ไม่สามารถยอมรับการรักษาต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพการทำงานข้อไหล่และแขนไม่ต่อเนื่อง

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในวงจรที่ 5 “ปรับตัวและดูแลตนเองได้” มีดังนี้

1. ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจในการรักษาต่อเนื่อง โดยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการฉายรังสี และ เคมีบำบัด รวมทั้งผลกระทบ หรือ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและสิ่งที่สามารถป้องกันได้ถ้ามีการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนี้ให้คำแนะนำเรื่อง การผ่อนคลาย อาหารต้านมะเร็ง ที่ช่วยลดการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง

2. นำผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่านประสบการณ์การฉายรังสี หรือ การได้รับเคมีบำบัด มาให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการรักษา และการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยช่วยเสริมข้อมูลแก่ผู้ป่วยสงสัย หรือ ให้ข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน พร้อมทั้งให้แผ่นพับเรื่องการดูแลตนเองในขณะที่ได้รับการฉายรังสี และ การดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด เพื่อเป็นข้อมูลความรู้ให้ผู้ป่วยได้ใช้ในการตัดสินใจรับการรักษา และสามารถดูแลตนเองเมื่อรับการรักษาได้อย่างเหมาะสม

3. เป็นตัวแทนในการเจรจาต่อรองให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามความต้องการ เช่น การกลับบ้านก่อนรับการรักษาต่อเนื่อง เช่นในรายของชงโค แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ให้ติดต่อกับทางหน่วยฉายรังสีก่อนในวันจันทร์ แต่ผู้ป่วยต้องการกลับบ้านในวันศุกร์ เพื่อไปดูแลลูก และ ความรู้สึกคิดถึงลูกมาก แต่ก็ยังไม่กล้าบอกความต้องการให้แพทย์ทราบแพทย์ ผู้วิจัยจึงได้ประสานงานติดต่อกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อขออนุญาตให้ผู้ป่วยลากลับบ้านก่อน ซึ่งแพทย์ก็อนุญาต เช่นเดียวกับในรายของ ดาหรา ซึ่งต้องการกลับไปหาลูกและเตรียมตัวก่อนที่จะมารับการฉายรังสี ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกกลัวใจมาก และ ยังตัดสินใจไม่ได้ว่าจะฉายรังสีต่อหรือไม่ ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฉายรังสีร่วมกับการนำเพื่อนช่วยเพื่อนมาให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจยอมฉายรังสีแต่ขอกลับบ้านไปหาลูก และขอเวลาเตรียมตัวก่อน ผู้วิจัยจึงเป็นตัวแทนเจรจาต่อรองกับแพทย์ให้กลับบ้านก่อน และ นัดมารับการฉายรังสีอีกครั้ง ซึ่งแพทย์ก็อนุญาต จากการติดตามผลพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมารับการฉายรังสีตามนัด

4. เอื้ออำนวยความสะดวกในการจัดหาซื้อฟองน้ำ และ เต้านมเทียม โดยผู้วิจัยได้ช่วยซื้อฟองน้ำรองใต้เสื้อชั้นในให้ผู้ป่วย 2 คน และ ช่วยติดต่อบริษัทที่จำหน่ายเต้านมเทียมพร้อมตั้งชื่อเต้านมเทียมในราคาส่วนลดให้แก่ผู้ป่วย 5 คน

5. ติดตามผู้ป่วยที่บ้านและการมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 เพื่อให้คำปรึกษาและสะท้อนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

6. ประเมินประสิทธิภาพของการทำงานของข้อไหลและแขนร่วมกัน โดย ผู้วิจัยได้ประเมินประสิทธิภาพของการทำงานของข้อไหลและแขนร่วมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะ ซึ่งผู้ป่วย

สามารถประเมินด้วยตนเองจากระดับความสูงการไต่ฝาผนังที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เป็นแรงจูงใจในการบริหารข้อไหล่และแขนต่อไป

การสะท้อนการปฏิบัติ

เมื่อสิ้นสุดการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรนี้ สามารถสรุปการสะท้อนการปฏิบัติที่เกิดขึ้นดังนี้

1. การนำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนมาให้ข้อมูลเรื่องการฉายรังสี ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการรักษามากขึ้น จากการที่ได้พบกับผู้ป่วยฉายรังสีที่ไม่ทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ยังได้รับกำลังใจ เกิดความมั่นใจในการรับการรักษามากยิ่งขึ้น
2. การประสานงานกับแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และ บุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก รวดเร็ว
3. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เข้าใจ และ เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอย่างถ่องแท้ อันจะทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

ปรับปรุงแผน

1. จัดหาเพื่อนช่วยเพื่อนให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่จะได้รับการรักษาต่อเนื่อง
2. ปรับวิธีการประสานงานระหว่างแพทย์ สังคมสงเคราะห์ในการช่วยเหลือค่าใช้จ่าย
3. ติดตามผู้ป่วยในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยส่งต่อทีมสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน

ผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองในวงจรที่ 5

เมื่อสิ้นสุดการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรนี้พบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยน และ ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. การเผชิญภาวะเครียดและการจัดการกับความเครียด พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มผู้แสวงหา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่วงหลังผ่าตัด จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล กลัวต่อการฉายรังสี และเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาต่อเนื่อง แต่เมื่อผ่านการส่งเสริมการดูแลตนเองในวงจรนี้ พบว่า ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงมาเป็นผู้ที่กล้าเผชิญปัญหา มีการปรับความคิด และนำเทคนิคการผ่อนคลายมาใช้ ช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง และสามารถปรับตัวยอมรับการรักษาต่อเนื่องได้

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มผู้ทำตามนั้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่วงหลังผ่าตัดจากการปกปิด ไม่กล้าเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบว่าได้รับการผ่าตัดด้านนม และมีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อ

กลับบ้านไม่เพียงพอ แต่ภายหลังได้รับการช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ กล้าที่จะเปิดเผย ให้ผู้อื่นทราบ และยังมีการถ่ายทอดความรู้ในการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยคนอื่นๆ ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มผู้ไม่ยอมรับ มีการปรับเปลี่ยนจากการได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสม ไม่เปิดเผยตนเอง (เคยได้รับข้อมูลผิด ปฏิเสธการช่วยเหลือ) แต่ภายหลังได้รับการช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับ และเปิดกว้างในการรับข้อมูลมากขึ้น (รับฟัง ใคร่ตรอง ยอมรับข้อเสนอแนะ)

2. การรับประทานอาหาร

มีการปรับบริบทนิสัยขณะอยู่ที่บ้าน และ ช่วงการรักษาต่อ โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารจากเดิมที่ชอบของมันๆ เช่น แกงกะทิ ไม่ชอบรับประทานผัก และ ผลไม้ มาเป็นการไม่รับประทานอาหารพวกไขมัน หรือ พวกกะทิ มารับประทานผักใบเขียว ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าว่า

ขบา : “แต่ก่อนไม่กินผักเลย แต่พอพี่ (ผู้วิจัย) แนะนำก็มาหัดกินผักนึ่ง ตำลึงข้างรั้วแถวบ้าน สัมกินทุกวันเลย แม่ไม่ให้กินปลาสด (ปลาไม่มีเกล็ดใหญ่) เคี้ยวกันจะเป็นหนอง ไก่กินไม่ได้ถ้าไม่ใช่ไก่บ้านมันโตเร็วต้องฉีดยาโมโนแน๊ ของมันแกงทิ ก็ไม่กิน อยากหายต้องระวังของแสดง”

ดาวเรือง : “กลับไปบ้านลูกสาวชื่อ ข้าวกล้อง มาให้กิน พวกงาทั้งหลายไม่เคยกินเลย..ก็ที่ถูก (ผู้วิจัย) แนะนำไปลูกสาวจัดการให้เสร็จ เคี้ยวแม่ต้องหัดกินจะได้แข็งแรง.. แกงทิก็ไม่กินแล้ว กลับไปกินผักโขม ตำลึง ลูกกอดูก (มะละกอ) แถวบ้านปลูกไว้ไม่ค่อยกินมาเจ็บคราวนี้ต้องหัดกินแต่ปลาเมื่อๆอื่นๆ กุ้งของทะเลควา กลัวกินเข้าไปแปลไม่ดี ต้องเชื่อไว้บ้างกลัวเป็นหนอง”

ชงโค “ผ่าตัดกลับไปบ้านพยายามกิน....หลังผ่าตัดน้ำหนักลง กลัวไม่มีแรงต้องฉายแสง ผื่นกินหมดทุกอย่างผก ฟักทอง ลูกกอดูก ชมพูบ้านเรา (ฝรั่ง) สัมเนื้อไก่ ปลา กินมีแรงไม่แพ้ (ฉายแสง) น้ำกินตลอดนี้ก็พกมาอย่างพี่ที่แนะนำ คอไม่แห้งเลย...เห็นคนอื่นร้อนในคอ นี่ดีไม่เป็นเลย”

3. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากเดิมก่อนรับการผ่าตัดที่ไม่เคยออกกำลังกายมาสู่การเต็มใจ มีความกระตือรือร้นที่จะบริหารข้อไหล่และแขนภายหลังผ่าตัด มีการปรับกิจกรรม

ประจำวันจากการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงข้อจำกัดของการใช้แขนข้างที่ผ่าตัด และการที่ผู้ป่วยได้รู้ว่าการออกกำลังแขนช่วยให้แขนแข็งแรงขึ้นจะสามารถกลับไปทำงานได้เหมือนปกติ และจากการเรียนรู้ด้วยตนเองว่า ถ้าไม่บริหารแขนจะรู้สึกเมื่อยล้า จึงมีการปรับเปลี่ยนการกระทำอย่างต่อเนื่อง แต่ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน คือ น้ำเหลืองคั่ง ผู้ป่วยจะลด และหยุดการออกกำลังข้อไหล่และแขนชั่วคราว และเมื่อภาวะแทรกซ้อนลดลงผู้ป่วยก็จะเริ่มฝึกการบริหารใหม่อีกครั้ง

นอกจากนี้มีการปรับท่าที่เหมาะสมในการบริหารแขนด้วยตนเองที่บ้าน เช่น การแกว่งแขน การยกแขนสูงโดยการใช้วิธีหนีบกระเป๋าวาดินเพื่อให้แขนยกสูง ซึ่งนับว่าเป็นการปรับตัวโดยใช้วิธีการที่แบบยล เพื่อให้ภาพลักษณ์น่าดู ไม่ทำให้ผู้อื่นสงสัย หรือแปลกใจ แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยได้ใช้กระบวนการคิดตัดสินใจ ใช้การคิดพิจารณาอย่างเป็นขั้นตอน และลงมือปฏิบัติการกระทำที่มีเหตุผล มีการประเมินผล และปรับเปลี่ยนการกระทำเพื่อให้ภาวะสุขภาพกายและจิตใจกลับคืนสู่ภาวะปกติภายหลังการสูญเสียแขน

4. การรักษาต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาร่วมกันระหว่างการฉายรังสี และ การให้เคมีบำบัด มี 1 คนที่มีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดเกิดขึ้นมาก ร่วมกับกับมีน้ำเหลืองคั่งได้แผลผ่าตัด จึงงดการฉายรังสีก่อน และอีก 1 ราย ที่ในช่วงรับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นมาก ประกอบกับมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และได้ทดลองรับประทานยาต้มแล้วมีอาการดีขึ้น จึงตัดสินใจไม่มารับการรักษาแผนปัจจุบันอีก ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าว่า

“ที่กลับไปออกตลอด เหลือ ทุนไม่ไหว ก็จะไปไหนไปไม่ได้” همینจะทำงานอะไรก็ได้ แต่ก็ตีหายขึ้น พอกินยาหมอ อาการดี ตอนนี้ทำงานได้หมดทุกอย่างเหมือนเดิม ผื่นกินยาขมหน่อย เข้า-เย็น.....สุขภาพที่ดีขึ้นมาก บริหารก็ทำตามปกติ วิ่งเดินออกกำลังได้ เราไม่ยกของหนัก แขนก็ไม่บวม”

(สัมภาษณ์ กุหลาบทางโทรศัพท์ 22 ธันวาคม 2539)

5. การพักผ่อนและการนอนหลับ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการพักผ่อน นอนหลับไม่เพียงพอ อันมีสาเหตุเนื่องมาจาก ความวิตกกังวล สภาพแวดล้อม หรือการได้รับการรบกวนจากผู้อื่น เนื่องจากในช่วงนี้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว และทุกข์ใจ ทั้งเรื่องการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษาร่วม ครอบครัวย และค่าใช้จ่าย มีผลให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย มีความตึงเครียดกังวลทำให้นอนหลับได้น้อย และในรายที่มีญาติมาเยี่ยมมากในวันนั้น การพักผ่อนลดลง บางครั้งสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการพักผ่อนมาก เช่น คาวเรื่อง ได้เตียงนอนที่ใกล้ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย มีผลมะเร็งส่งกลิ่นเหม็น ความเจ็บปวดแผลที่ผู้ป่วยร้องครางเป็นระยะ ซึ่งมีผล

ทำให้ คาวเรือนนอนไม่หลับ คิดกังวล กลัว หรือเสียงของเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหนักข้างๆเตียง สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลกระทบต่อการพักผ่อนและการนอนหลับมาก ภายหลังการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยได้เปลี่ยนเตียงย้ายออกไปเตียงที่ห่างออกไป ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น

6. การแสวงหาการช่วยเหลือหรือแหล่งประโยชน์

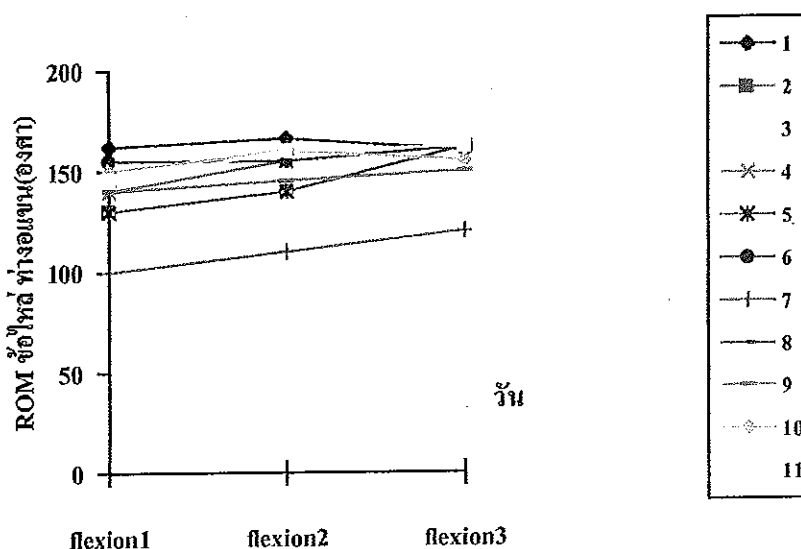
ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้ และแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ต้องการข้อมูลเรื่อง การช่วยเหลือสังคมสงเคราะห์ ค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากมีการรักษาพยาบาลหลังการผ่าตัด ต้องใช้ค่าใช้จ่ายมาก ทั้งผู้ป่วยและญาติที่คอยอยู่ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ช่วยเหลือแนะนำเรื่องที่พักรักษาของญาติที่วัด และการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ป่วย และ ครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง สามารถใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

7. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของข้อไหล่และแขน : ข้อไหล่ไม่ติดแน่นไม่บวม

การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขน จากผลของการพัฒนาศักยภาพ ตั้งแต่หลังผ่าตัด และ ติดตามประเมินเป็นระยะพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการข้อไหล่เพิ่มขึ้น และ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยผลการประเมินในช่วงการติดตามนัดครั้งที่ 1 พบว่า

6.1 องค์การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกท่า พบว่า มีการพัฒนาประสิทธิภาพการของ ข้อไหล่และแขนสูงกว่าระดับเกณฑ์ขั้นต่ำทุกคน โดยส่วนใหญ่ (8 คน) อยู่ในระดับเฉลี่ย 155 องศา โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่าอแขน และ ท่ากางแขนออก ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนกว่าทำอื่น ๆ ดังแสดงในภาพประกอบ 23 และภาพประกอบ 24 ตามลำดับ

ภาพประกอบ 23 การวัดองศาของการเคลื่อนไหวของไหล่ท่าอแขน (flexion)



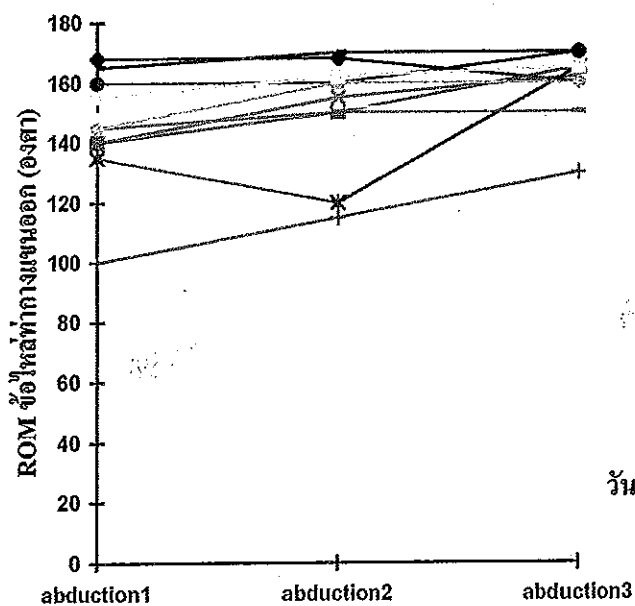
หมายเหตุ Flexion 1 = วันที่ 5 หลังการผ่าตัด

Flexion 2 = วันที่จำหน่าย(6 - 12 วันหลังผ่าตัด)

Flexion 3 = วันที่มาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 (4 - 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

ผลการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนระยะหลังผ่าตัดวันที่ 5 ซึ่งเป็นวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ วันมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ (ก่อนผ่าตัด) และเกณฑ์ขั้นต่ำที่คิดแปลงมาจากฮิค (Hicks, 1990 : 361) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (10 คน) อยู่ในเกณฑ์เกือบปกติ มีเพียง 1 คน (ดาวเรือง) ที่อยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนน้ำเหลืองคั่ง ในช่วงกักตัวอยู่ที่บ้าน และผู้ป่วยไม่กล้าบริหารในช่วงหลังผ่าตัด ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ขาดการฝึกทักษะก่อนผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการเรียนรู้ ต้องการแสวงหาช่วย ตนเอง จึงทำให้การพัฒนาช้ากว่าผู้ป่วยอื่น

ภาพประกอบ 24 การวัดองศาของการเคลื่อนไหวของไหล่ท่ากางแขนออก (abduction)



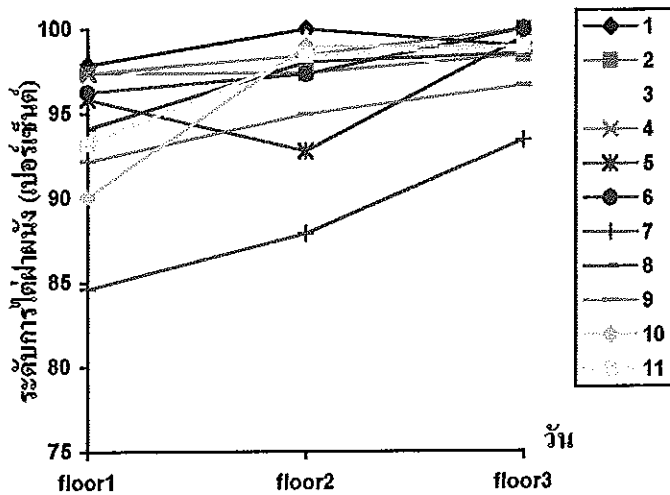
หมายเหตุ Abduction 1 = วันที่ 5 หลังการผ่าตัด

Abduction 2 = วันที่จำหน่าย(6 - 12 วันหลังผ่าตัด)

Abduction 3 = วันที่มาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 (4 - 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

6.2 ระดับการได้ฝึคนั่งเทียบกับก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พัฒนาความสามารถดีขึ้นในระดับร้อยละ 96-98 ดังแสดงในภาพประกอบ 25

ภาพประกอบ 25 ระดับการไต่ฝ้านิ่งเทียบกับก่อนผ่าตัดเป็นเปอร์เซ็นต์



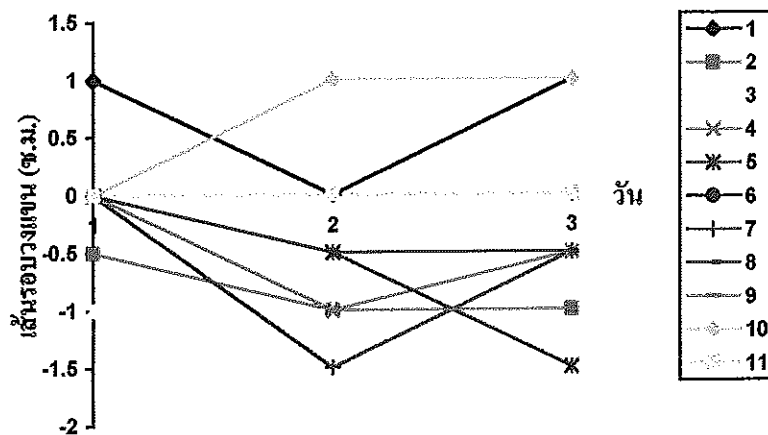
หมายเหตุ : floor 1 = วันที่ 5 หลังการผ่าตัด , floor 2 = วันที่จำหน่าย (6 - 12 วันหลังผ่าตัด)

floor 3 = วันที่มาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 (4 - 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

$$\text{เปอร์เซ็นต์ระดับการไต่ฝ้านิ่ง} = \frac{\text{ระดับการไต่ฝ้านิ่งหลังผ่าตัด (ซ.ม.)}}{\text{ระดับการไต่ฝ้านิ่งก่อนผ่าตัด (ซ.ม.)}} \times 100$$

6.3 ความแตกต่างเส้นรอบวงแขนข้างที่ผ่าตัดเทียบกับก่อนผ่าตัดพบว่าส่วนใหญ่ลดลงจากเดิม 0.5-1 ซม. ดังแสดงในภาพประกอบ 26

ภาพประกอบ 26 ความแตกต่างของเส้นรอบวงแขนข้างที่ผ่าตัดด้านมเทียบกับก่อนผ่าตัด (ซ.ม.)

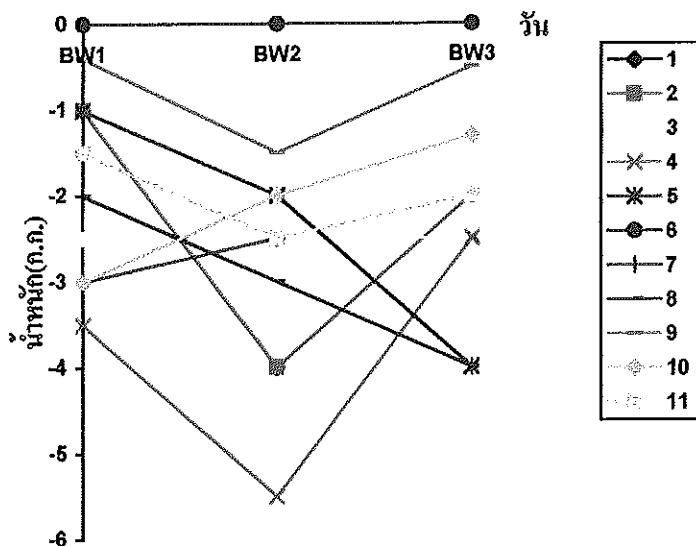


หมายเหตุ : 1 = วันที่ 5 หลังผ่าตัด , 2 = วันที่จำหน่าย (6-12 วันหลังผ่าตัด)

3 = วันที่มาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 (4 - 8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด)

6.4 เปรียบเทียบน้ำหนักของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด พบว่าลดลง 1-5 กิโลกรัม
 ดังแสดงภาพประกอบ 27 (หมายเหตุ : ค่าที่ได้เป็นค่าของ น้ำหนักหลังผ่าตัด - น้ำหนัก ก่อนผ่าตัด)

ภาพประกอบ 27 ความแตกต่างของน้ำหนักผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด



หมายเหตุ : BW 1 = น้ำหนักวันที่ 5 หลังผ่าตัด, BW 2 = น้ำหนักวันที่จำหน่าย,
 BW 3 = น้ำหนักวันที่มาตรวจตามนัด

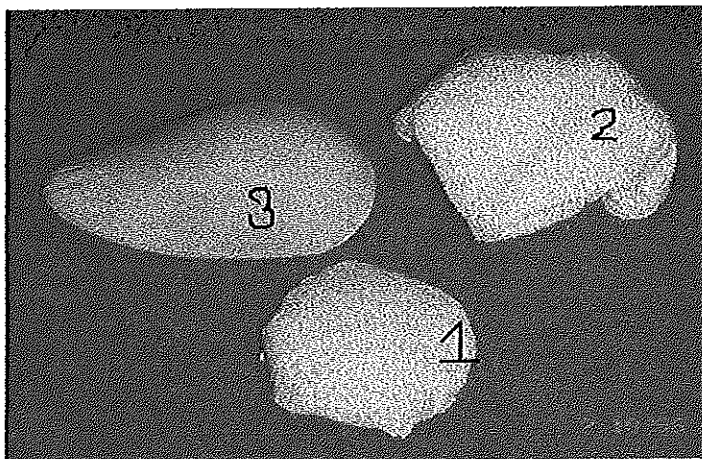
การพัฒนาความสามารถของประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนในผู้ป่วย
 มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด สามารถที่จะประเมินได้จากการวัดองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ใน
 ท่าอแขน และท่ากางแขนออกจะมีการเปลี่ยนแปลงของค่าได้ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
 ของสายพร (2530, 54) ที่พบว่าการเริ่มบริหารข้อไหล่หลังผ่าตัดได้ในวันวันที่ 2 และวันที่ 5 มีองศา
 การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าต่างๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 แต่ไม่
 สอดคล้องกันในเรื่องเส้นรอบวงแขน ที่พบเพิ่มขึ้นแต่ในการศึกษารุ่นนี้พบว่า เส้นรอบวงแขน
 ลดลงสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวที่ลดลงอาจเนื่องจากการปฏิบัติตัวดี แม้จะมีภาวะแทรกซ้อนน้ำเหลือง
 คั่ง มีการบวมเฉพาะบริเวณทรวงอก แผลผ่าตัด แต่คันแขนไม่บวม อาจส่งผลมาจากน้ำหนักที่
 ลดลง ร่วมกับการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีสูง และ ปรอดีนมากเพียงพอ
 ประกอบกับการบริหารข้อไหล่ ทำได้สม่ำเสมอ ทำได้เรื่อยๆ และทำไม่บ่อย อย่างต่อเนื่องวันละ
 1-3 ครั้ง การจัดทำกางแขนที่ถูกต้องตลอดเวลา ส่งผลให้กล้ามเนื้อต้นแขนข้างที่ทำผ่าตัดและ
 บริเวณใกล้เคียงเกิดการหดตัวและคลายตัวของหลอดเลือดแดง ช่วยทำให้การไหลเวียนของ
 น้ำเหลืองจากปลายแขนไปสู่ต้นแขนสะดวกขึ้น จึงทำให้น้ำเหลืองไหลเข้าสู่ระบบน้ำเหลือง
 และไหลสู่กระแสน้ำเลือดดีขึ้น (Humble, 1995 :1504) ตลอดจนการได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำ

สะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะ ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่มีข้อสงสัยคิดและแขนขาเริ่มดีขึ้น

7. ยอมรับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9 คน) ยอมรับการรักษาต่อเนื่อง แต่มี 2 คน คืออาหาร และ จำปาที่ในครั้งแรกปฏิเสธการฉายรังสี แต่ในระยะต่อมาได้ตัดสินใจยอมรับการฉายรังสี เนื่องจากได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพ และ ผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์ฉายรังสีมาก่อน ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาต่อเนื่อง

8. สามารถหาวิธีปรับปรุง ภาพลักษณ์ได้ด้วยตนเอง เช่น ใน การแต่งตัวของผู้ป่วย ใช้การใส่อุปกรณ์เสริมด้านมข้างที่หายไปจากการถูกผ่าตัดด้านมออกโดย ใช้ ทิชชูม้วนเป็นก้อน (รูป 1) ผ้าขนหนูผืนเล็ก (รูป 2) ฟองน้ำรอง และ เต้านมเทียม (รูป 3) ใส่ไว้ในเสื้อชั้นใน เพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ทำให้คนอื่นไม่รู้ว่าคุณได้ตัดเต้านมออก ดังแสดงในภาพประกอบ 28

ภาพประกอบ 28 แสดงอุปกรณ์ที่ช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ของผู้ป่วย



การให้การปรึกษาและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ในเรื่องการปรับปรุงภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยมองโลกในทางบวกมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเกิดความรู้สึกว่า “โลกนี้ก็ไม่โหดร้ายเกินไป” เนื่องจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปรับปรุงภาพลักษณ์ที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการกลับมาเป็นเหมือนเดิม มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ใช้สติไตร่ตรองคิดค้นอุปกรณ์ ที่จะช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ให้เหมือนเดิม ซึ่งสามารถสรุปอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในการปรับปรุงภาพลักษณ์ ได้ 5 ลักษณะ คือ

8.1 การใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กมาพับใส่ในเสื้อชั้นใน ดังที่มะลิเล่าให้ฟังว่า

“ป้าเอาผ้าผืนเล็กมารัดก่อน ซ้ำเชื่อให้สะอาด มาพับให้เล็กเอามารองใส่เสื้อในไว้ ลูก ๆ ว่ามองแล้วไม่รู้ที่ทำไมมีนม”

8.2) การใช้ฟองน้ำเสริมทรง พบในผู้ป่วย 3 คนดังที่ถูกลาเบลว่า

ถูกลาเบล : “พี่กลับไปแปลตติศีก์เอาฟองน้ำที่ฝากน้อง (ผู้วิจัย) ช่วยซื้อให้วันนั้นมาใส่เสื้อ มันก็ดูดี มองข้างนอกไม่รู้แฟนยังมาแซวเลย”

8.3 การใช้เต้านมเทียม พบในผู้ป่วย 4 คน ดังเช่นในรายของดาหระ และ ทองกวาวได้เล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า

ดาหระ : “ใส่แล้วมันเนียนดี.... มันมีน้ำหนัก... ยกแขนขึ้นก็ไม่ตามไปถ่วงดีเหมือนของจริง... คนอื่นพยายามจับตามองก็ไม่รู้..... กลับไปที่ก็ไม่มีใครรู้แล้วหลงกันมาก.. สบายใจขึ้น”

ทองกวาว : “พี่สลับกันใส่เต้านมเทียม.....ที่ใส่เวลาวิ่งกับไปทำงาน.... พวกเพื่อนพยายามมองก็ไม่รู้มันเหมือนของเดิมมาก..... ทำให้มั่นใจ.... สวยเหมือนเดิมได้อีก... พออยู่บ้านพี่ก็ใส่ฟองน้ำ สลับกัน สบายใจมาก.....คงไม่ผ่าตัดเสริมสร้างนมแล้วกลัวเจ็บ”

8.4 การใส่เสื้อคลุมปิดบังหรือใส่เสื้อหลวม ๆ พบในผู้ป่วย 3 คน ซึ่งการปรับปรุงภาพลักษณ์วิธีนี้อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยต้องฉายรังสี จึงไม่สามารถใส่เสื้อชั้นในได้ หรือในรายที่เป็นมุสลิมซึ่งมีผ้าคลุมศีรษะ จึงทำให้สามารถปกปิด ทำให้ผู้อื่นไม่รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ดังเช่นคำบอกเล่าของ จำปา และ ชงโค ดังต่อไปนี้

จำปา : “มาฉายแสงใส่เสื้อ.....ใส่คลุมมาอีกที่ไม่ต้องใส่เสื้อชั้นในมันจะดูก็สบายดี.. คนก็มอง ๆ..... ก็ไม่รู้เรามีเสื้อคลุมปิดเส้นซิคด้วยกลับไปบ้านก็ใส่เสื้อโปรงๆที่บ้าน...ไม่ต้องอายใครมีแต่ลูกๆ ทั้งนั้น”

ชงโค : “ตอนกลับบ้านเราก็ก็นใส่เสื้อผ้าคลุมหัว... คนแถวบ้านก็มอง ๆ... แต่ก็ดูไม่รู้แฟน.... ยังว่าไม่ต้องไปเปิดให้เขาดู..... บอกไปว่าแปลไม่คิดเชื่อ... ไม่รู้หรือกว่าเราตัดนม.... มองดูก็ยังเหมือนเดิม ... ฉายแสงครบก็ต้องหาซื้อฟองน้ำใส่บ้าง....นมมันใหญ่ข้างเดียว..... ถ้าไม่ใส่ผ้าคลุมหัวรู้แน่เลย”

9. มีการดูแลแขนและบริหารแขนอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้าใจข้อจำกัดของการใช้แขน คือ ต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น และในผู้ป่วยที่ไม่มีน้ำหนักก็มีการบริหารอย่าง

ต่อเนื่องที่บ้านวันละ 1 ครั้งด้วยการยกแขนสูง ไม่ยกของหนัก ไม่อุ้มหลาน หรือเวลาทำงานก็จะระวังไม่ให้เกิดบาดแผล

ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเองในวงจรที่ 5

ปัจจัยส่งเสริมในการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. การได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ช่วยในการวางแผนในการดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
2. การสนับสนุนจากทีมสุขภาพและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีพลังใจ มีกำลังใจที่จะต่อสู้อุปสรรคที่ขัดขวางการดูแลตนเอง ได้รับการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติ ได้รับการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา
3. การได้รับแรงเสริม เช่น คำชมเชย หรือ กำลังใจจากทีมสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวดีในการดูแลแขน หรือการบริหารแขนอย่างต่อเนื่องทำให้การประเมินประสิทธิภาพของข้อไหล่และแขนอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม
4. การได้รับการอำนวยความสะดวก ในการจัดหาอุปกรณ์การปรับปรุงสภาพลักษณะให้ กับผู้ป่วย
5. ได้รับข้อมูลเรื่องการฉายรังสี และ การให้เคมีบำบัด ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษาต่อ

อุปสรรคในการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และ การรักษาทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า และ ไม่ต่อเนื่อง
 2. ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะน้ำเหลืองคั่งเกิดเมื่อกลับบ้าน ทำให้ขัดขวางการดูแลตนเอง ส่งผลให้ปวดตึงแผล และต้องหยุดการบริหารข้อไหล่และแขนชั่วคราว
- ผู้ป่วยทุกคนสามารถปรับตัวกลับสู่สังคมเดิมได้ และมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้เพียงพอ ไม่พบภาวะข้อไหล่ติดและแขนบวม มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วงจรแรก คือ ระยะก่อนผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ สะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้น ใช้การสะท้อนคิดพิจารณาในการแก้ไขปัญหา ไม่หนีปัญหา หรือ ใช้อารมณ์ สามารถเอาชนะใจตนเอง และปรับตัวยอมรับการผ่าตัด มากกว่าการจำยอมต่อการผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตามเมื่อต้องประสบกับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยมองตนเอง และ เปรียบตนเองเสมือนดัง ชีวิตคนครึ่งคน จึงได้มี

การเตรียมตัว และให้ผู้ป่วยได้ร่วมวางแผนตั้งแต่วะก่อนการผ่าตัด ได้รับคำปรึกษา และฝึกทักษะการดูแลบริบาลข้อไหล่และแขน แต่ก็ยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ถึงแม้ว่าจะเป็นเพียงส่วนน้อยแต่ก็กระทบกับการดูแลตนเองหลังผ่าตัด เสมือนกับขวากหนามชีวิตใหม่ ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนกิจกรรม และการสร้างพลังอำนาจในตนเองให้กล้าเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างใช้สติพินิจพิจารณา ด้วยการสนับสนุนให้กำลังใจจากทีมสุขภาพ เพื่อนช่วยเพื่อน และ ครอบครัว ทำผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ พัฒนา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริหารข้อไหล่และแขนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และหาวิธีในการจัดการกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และการมารับการรักษาต่อเนื่อง

วงจรที่ 6 อูทิสตนเพื่อผู้อื่น

ในวงจรนี้ ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี การฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดได้รวดเร็ว พบว่า ผู้ป่วยยินดีที่จะเป็นอาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน ให้คนที่1 ช่วยให้อีกคนหนึ่ง ข้อมูลและกำลังใจเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยใหม่ที่ เข้ามารับการรักษาดูแลด้วย การผ่าตัดเป็นลูกโซ่โดยมีผู้ป่วยเป็นผู้ประสานในการนำผู้ป่วยมาพบกับผู้ป่วยใหม่ การที่มี ผู้ป่วยยินดีที่จะอูทิสตนเพื่อผู้อื่นอาจเป็นผลเนื่องมาจากความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ที่มีความเจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนเอง จึงยินดีให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังภาพประกอบ 29

สถานการณ์ของผู้ป่วยในวงจรอูทิสตนเพื่อผู้อื่น

จากผลการสะท้อนการปฏิบัติที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจสถานการณ์ได้ดีเมื่อได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยกัน แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า ไม่สามารถจัดหากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนได้ในทุกระยะของการให้ข้อมูลและส่งเสริมการดูแลตนเอง เนื่องจากไม่มีการจัดตั้งชมรมอาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนที่เป็นรูปธรรมแต่เป็นที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่งที่มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องการเป็นอาสาสมัครในการช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นให้ผ่านพ้นวิกฤตการณ์ของชีวิตได้เช่นเดียวกับตน ดังคำบอกเล่าของ กุหลาบ ดาวเรือง และ ทองกวาว

“รู้สึกเป็นกุศลที่ได้ช่วยเพื่อนมนุษย์ รู้สึกมีความสุขมีความสบายใจได้ช่วยป้าเตียงโน้น พี่ได้แนะนำทำบริหารแขนไหล่ ดูกะ (ผู้ป่วยรายใหม่) บอกว่าทำแล้วทำให้แขนยกสูงได้มากกว่าเดิม แค่นี้ก็ชื่นใจแล้ว” (กุหลาบ เล่าให้ฟังเมื่อ 5 พฤษภาคม 2539)

ภาพประกอบ 29 วงจร 6 อุทิศตนเพื่อผู้อื่น
(หลังผ่าตัด - ตกลอดไป)

ผลลัพธ์

- ผู้ป่วย 4 คนอุทิศตนช่วยเหลือ แนะนำ สอนการปฏิบัติตัวให้แก่ ผู้ป่วยคนอื่นๆ
- ผู้ป่วยทุกคนกลับบ้านไปสอนญาติและเพื่อนให้ตรวจตัวนมนด้วยตนเอง
- ผู้ป่วยทุกคนให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันขณะมารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหา : ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจได้เมื่อได้รับข้อมูลจากผู้ช่วยด้วยกันแต่ไม่สามารถจัดหากลุ่มเพื่อนช่วยเหลือในทุกระยะของการให้ข้อมูลและการส่งเสริมการดูแลตนเอง

วางแผน

- จัดหาอาสาสมัครเพื่อนช่วยเหลือ
- วางแผนร่วมกับอาสาสมัครในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดรายใหม่
- คงไว้ซึ่งความยั่งยืนของกลุ่มอาสาสมัคร

ปัจจัย

ส่งเสริม

- * การตระหนักต่อความสำคัญของการช่วยเหลือผู้อื่น
- * การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ

สะท้อนการปฏิบัติ

ปฏิบัติ & สังเกต

- การให้คำชมเชย ให้แรงเสริมผู้ป่วยอาสาสมัคร
- จัดหาผู้ป่วยมาเป็นอาสาสมัครในกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ
- ประสานงานกับหอผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ
- ประสานงานกับคลินิกศัลยกรรมและหอผู้ป่วยในการจัดหาอาสาสมัครเพื่อนช่วยเหลือ

อุปสรรค

- * การเดินทาง
- * ค่าใช้จ่าย
- * ขาดการประสานงานระหว่างหอผู้ป่วยและคลินิกศัลยกรรม

ปรับปรุงแผน

- การจัดตั้งชมรมประทุมรักษ์ขึ้น
- ประสานงานกับคลินิกศัลยกรรมและหอผู้ป่วยในการจัดหาอาสาสมัครเพื่อนช่วยเหลือ

“ช่วยแนะนำเพื่อนเค้า ไม่มีเงินให้รักษาต่อปรึกษาสังคมสงเคราะห์ได้ เห็นหน้าเศร้าๆ ..แขนก็ไม่สามารถต้องแนะนำคำแนะนำตาช่วยอะไรไม่ได้ แต่ปากช่วยได้ ช่วยคนอื่นรู้ สึกสบายใจ “

(ดาวเรือง เล่าให้ฟังเมื่อ 23 กันยายน 2539)

“สบายใจได้ช่วยคน เราหัวอกเดียวกัน ได้เล่าให้น้องกุหลาบฟังว่าต้องผ่าเอาออก ไว้ไม่ได้ก่อนพันนี้ น้องเค้ากลัวดัดกับเห็นเนื้อแดงๆน่ากลัวพอเล่าให้ฟังดู ที่เป็น ตัวอย่างน้องเค้าดีใจ....บอกว่าที่เป็นเสมือนแสงสว่างที่ช่วยบอกให้เห็นความจริง ไม่นั่นก็ไม่สบายใจ พี่รู้สึกหัวใจพอง...มีความสุขเห็นเพื่อนสบายใจขึ้น “

(ทองกวาว : เล่าให้ฟังเมื่อ 24 เมษายน 2539)

สรุปได้ว่าปัญหาที่พบในวงจรที่ 6 คือ การที่ไม่มีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่เป็น รูปธรรม ทำให้ไม่สามารถจัดหาเพื่อนช่วยเพื่อนในทุกระยะของการให้ข้อมูลและการส่งเสริมการ ดูแลตนเองได้

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดในวงจรที่ 6 “อุทิศ ตนเพื่อผู้อื่น” การดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจรนี้เป็นการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนให้เป็น รูปธรรมเพื่อให้มีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. จัดหาผู้ป่วยมาเป็นอาสาสมัครในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยเป็นการประสานงานกับ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่านการรักษาโดยการผ่าตัดมาแล้ว เป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ดีและมีความ ประสงค์ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอื่น

2. การให้คำชมเชย ให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วยอาสาสมัคร เพื่อให้มีแรงจูงใจและให้กำลังใจ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป

3. ประสานงานกับหอผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อนัด อาสาสมัครให้ข้อมูลและกำลังใจ

4. ประสานงานกับคลินิกศัลยกรรมและหอผู้ป่วยในการจัดหาอาสาสมัครเพื่อนช่วย เพื่อน เพื่อนำผู้ป่วยอาสาสมัครมาให้ข้อมูลและกำลังใจแก่ผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย

5. ประสานงานกับตัวแทนผู้อุทิศตนช่วยเหลือ ที่เป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มเพื่อนช่วย เพื่อนในการติดต่อให้เกิดกิจกรรมนี้ขึ้นเนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้อยู่ประจำที่โรงพยาบาลแห่งนี้จึงต้องหา ตัวแทนที่ดำเนินการต่อเนื่อง

การสะท้อนการปฏิบัติ

ในช่วงที่ดำเนินการศึกษาผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยแห่งนี้ในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่อุทิศตนเองช่วยเหลือผู้ป่วยรายใหม่ แต่ไม่ไปตามที่คาดหมายไว้เนื่องจากพยาบาลผู้ประสานงานได้ย้ายที่ทำงานออกไปหน่วยงานอื่นทำให้ไม่มีตัวแทนที่ชัดเจน มีเพียงพยาบาลที่เห็นวิธีการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ได้ผลดีจึงได้นำไปปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ยังไม่สามารถจัดตั้งกลุ่มได้

ปรับปรุงแผน

1. ติดต่อหาพยาบาลผู้เป็นตัวแทนคนใหม่
2. รายงานผลการศึกษาค้างนี้ให้ผู้บริหารทราบ เพื่อขอการสนับสนุนในการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองในวงจรที่ 6

1. ผู้ป่วย 4 คน อุทิศตนช่วยเหลือผู้ป่วยอื่น มีการแนะนำ สอนการปฏิบัติให้แก่คนอื่นๆ โดยผู้วิจัยติดต่อให้อาสาสมัครหรือผู้อุทิศตนช่วยเหลือ มาช่วยเหลือผู้ป่วยใหม่ในช่วงที่มาติดตามนัด โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่คลินิกัลยกรรมและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลับบ้านก็ได้สอนญาติและเพื่อนบ้านให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังคำบอกเล่าของพิกุล

“ปากลับบ้านไปมีคนมาเยี่ยมมาก..พี่น้อง..ลูกๆ เลยได้สอนพวกผู้หญิงเค้าให้ตรวจนม คลำดูก่อนมีน้ำ..ถูกเค้าว่า..แม่เค้านี้เก่งนะ ..ป้าว่ามันต้องสนใจดูแลตัวเองได้”

(สัมภาษณ์ เมื่อ พิกุลมาตรวจตามนัด 2 ธันวาคม 2539)

3. ผู้ป่วยทุกคนให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขณะมารับการรักษาในโรงพยาบาล มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น การช่วยเติมน้ำร้อน การช่วยเหลือในเรื่องการขับถ่าย หรือ การมานั่งคุยเป็นเพื่อน เป็นต้น ทำให้เกิดสังคมที่มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว ก็จะช่วยดูแลผู้ป่วยอื่น ซึ่งผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า การช่วยเหลือผู้อื่นทำให้สบายใจ และเกิดความภาคภูมิใจ ที่ได้มีส่วนช่วยให้ผู้อื่นมีความสุข ยินดีให้ความช่วย

เหลือและ พร้อมทั้งจะอุทิศตนเองเพื่อผู้อื่นดังบุหงา ชงโค และทองกวาวได้พูดไว้ในวันที่จัดสัมมนา กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา เมื่อ วันที่ 24 ธันวาคม 2539 ว่า

“ พร้อมทั้งจะมาช่วยเพื่อน อยากเห็นคนอื่นเค้าหายดี เหมือนตัวเรา ทำแล้วมัน
สบายใจ หัวใจมันโล่งดี “ (บุหงา ให้ข้อมูลเมื่อ 24 ธันวาคม 2531)

“ หมอที่ฉายแสง เค้าก็ให้ช่วยแนะนำ สอนบอกคนที่มาใหม่ เค้าเห็นว่าเราทำได้แขนก็ยก
ได้ก็ไม่ได้คิดขัด สบายใจมีใครมาใหม่ก็ช่วยแนะนำไปได้ช่วยเค้ามันสุขใจ “
(ชงโค บอกอย่างภาคภูมิใจในหน้ายิ้มแย้ม เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2539)

“ พี่ยินดีช่วยเหลือ ไม่อยากเห็นคนอื่นเสียโอกาส ซ้ำไป เหมือนที่ตัวของพี่ที่
เกือบจะสายไปแล้ว โชคดีที่มาเจอ น้อง(ผู้วิจัย) ที่ทำให้พี่สว่างขึ้นเห็นทั้งบวกและ
ลบ อยากช่วย เพื่อนๆร่วมโรคเดียวกัน รีบผ่าตัด ปฏิบัติตัวดีก็หายได้ มันไม่น่า
กลัวอย่างที่คิด “ (ทองกวาว ให้ข้อมูลเมื่อ 24 ธันวาคม 2539)

ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย สามารถเผชิญปัญหาผ่านพ้นภาวะวิกฤตที่
เกิดขึ้นได้ เกิดการเรียนรู้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อเห็นผู้ป่วยประสบปัญหา หรือ ความทุกข์
เช่นเดียวกับตนก็อยากที่จะช่วยเหลือ และเมื่อกระทำแล้วทำให้จิตใจสบาย เป็นกุศลจิตที่เกิดขึ้น มี
ความภาคภูมิใจว่าตนเองมีคุณค่าได้ทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นจึงเป็นผู้ที่อุทิศตนเองเพื่อผู้อื่น เสียสละ
จะเป็นอาสาสมัครที่จะให้ข้อมูล หรือความรู้ที่ได้จากประสบการณ์จริง รวมทั้งความสำเร็จของการ
ดูแลตนเอง หรือ ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นที่จะสะท้อนการปฏิบัติและปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
เหมาะสมตามสถานการณ์นั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัล (2539 : 122) ในเรื่องการ
ส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่ง
พบว่าเมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้จะเกิดความมั่นใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองซึ่งผู้ป่วยคง
ไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ได้ปรับเปลี่ยนและสามารถถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้อื่นได้อย่างมั่นใจด้วยความรู้สึก
ที่ภาคภูมิใจกับผลสำเร็จที่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำผู้อุทิศตนเหล่านี้เข้า
มาช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกายได้รวดเร็วขึ้น
การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงเป็นสิ่งจำเป็น การจัดให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมด้วยการนำเพื่อน
ช่วยเพื่อนมาช่วยให้ข้อมูลและสนับสนุนด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น

ปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวงจร 6

ปัจจัยที่ส่งเสริมในการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. การตระหนักต่อความสำคัญของการช่วยเหลือผู้อื่น ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองเกิดความรู้สึกที่ดี เห็นผู้อื่นกำลังทุกข์ต้องการที่ช่วยเหลือดังคำบอกเล่าของมะลิ

“กลับบ้านไปก็บอกที่บ้านให้เค้ากล่าว มีอะไรผิดปกติได้รับการรักษา ปล่อยไว้อันตราย อยากที่ช่วยผู้หนึ่งด้วยกัน อยากให้มีพร้อมของเราไม่ดีจำต้องเสียมันไป ช่วยบอกเค้าใจเราสบายโล่งบอกไม่ถูก มันโล่งดี มันคงเป็นความรู้สึกที่ดีเหมือนเราทำดีเราก็ได้ผลดีตามมา” (มะลิเล่าให้ฟังเมื่อ 23 เมษายน 2539)

2. การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ การประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้วิจัย ที่ให้การสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนทำให้เกิดผลสำเร็จมากขึ้น เพราะผู้ป่วยที่อยู่จังหวัดอื่น ๆ ต้องเดินทางมา ญาติมีส่วนร่วมเป็นเพื่อนเดินทาง โดยทางหอผู้ป่วยหรือคลินิกัลยกรรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พบสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

อุปสรรคในการดูแลตนเอง มีดังนี้

1. การเดินทาง พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสงขลาเพียง 2 คน ส่วนอีก 8 คนอยู่ในจังหวัดอื่นๆ ส่งผลให้การเข้ากลุ่มผู้ป่วยต้องเสียเวลาการเดินทางมา

2. ค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้เป็นข้อจำกัดในการเข้ากลุ่ม

3. ขาดการประสานงานระหว่างหอผู้ป่วยและคลินิกัลยกรรม ในการขอข้อมูลส่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเสร็จสิ้นการวิจัยและประกอบกับพยาบาลตัวแทนผู้ทัศนคนช่วยเหลือได้ย้ายไปหอผู้ป่วยอื่น จึงไม่มีผู้ประสานงานต่อ

การปรับปรุงแผน

1. ประสานงานเจ้าหน้าที่ในคลินิกัลยกรรมและหอผู้ป่วย ในการจัดหาอาสาสมัครเข้ากลุ่มเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งอาจเป็นนโยบายที่ต้องมีการเจรจาตกลงร่วมกัน

2. การจัดตั้งชมรมประทุมรักษ์ขึ้น เป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมสัมมนาทั้ง 8 คน ต้องการและอยากให้กิจกรรมกลุ่มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แต่เมื่อเสร็จสิ้นงานวิจัยครั้งนี้ยังไม่สามารถจัดตั้งได้ คงจะต้องเตรียมความพร้อมในอีกหลาย ๆ ด้าน

สรุป กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกรอบแนวคิด ในกระบวนการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อพัฒนาศักยภาพ และความสามารถของผู้ป่วยการปฏิบัติในวงจรที่ 1 - 6 ตามขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นในบริบทของแต่ละช่วงของการรักษา สามารถสรุปกลวิธีได้ดังนี้

1) ให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง

โดยเริ่มจากเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่กังวล คับข้องใจออกมา ผู้วิจัยเป็นผู้ฟังที่ดีให้เวลาตั้งใจรับฟังพร้อมกับการประเมินการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ว่าจัดอยู่ในกลุ่มประเภทใด (กลุ่มผู้แสวงหา กลุ่มผู้ทำตาม กลุ่มผู้ไม่ยอมรับ) เพื่อให้ผู้วิจัยจะได้เลือกใช้กลยุทธ์ที่ได้จากการเรียนรู้ ร่วมกับการติดตามให้การปรึกษาแนะนำจากการเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันขณะรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหา ได้สร้างความเข้มแข็งในตนเองมากขึ้น ดังแสดงในตาราง 5 หน้า 114 ทำให้ผู้ป่วยยอมรับ เข้าใจสถานการณ์ได้ดีขึ้น

2) ให้ข้อมูลและความรู้

ข้อมูลและความรู้ที่ให้ภายหลังการประเมินจากการสัมภาษณ์และการสนทนาในช่วงแรก เป็นข้อมูล que ผู้ป่วยข้องใจอยากที่จะรู้หรือต้องการและให้ความรู้ที่จำเป็นในการเตรียมตัว เตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัด โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ คือ การแนะนำหรือสอนจากสถานการณ์จริงที่ใกล้ตัวและนำประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมาเป็นตัวอย่าง ในแต่ละช่วงของการรักษา ภายหลังได้รับข้อมูลและความรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยทั้งหมดเข้าใจสถานการณ์ มีความรู้เพียงพอในการตัดสินใจเลือกและแสวงหาแนวทางการปฏิบัติ

3) สะท้อนปัญหา วางแผนและการสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน

โดยการสะท้อนความรู้สึก ความนึกคิด ปัญหาที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกตัดสินใจ การเลือกในการปฏิบัติซึ่งได้มาจากการร่วมกันสะท้อนคิด (reflective practice) มีการวางแผนร่วมกันในการดูแลตนเอง ในแต่ละช่วงของการรักษา ก่อน - หลังการผ่าตัด กิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ซึ่งไม่มีการควบคุมโดยเน้นการให้อำนาจ (empowerment) แก่ผู้ป่วยในการเลือกปฏิบัติ ผู้วิจัยได้สังเกตและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันถึงผลการกระทำที่เหมาะสม เพียงพอเกิดประสิทธิภาพ เช่น การบริหารข้อไหล่และแขน เป็นต้น จึงทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ในการบริหารแขน เช่น ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (ใส่ท่อระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัดแบบดูดต่อเนื่อง) ใช้ท่าได้ลมแทนการได้ฝาค้น ทำยืดไหล่ ทำดักโครเช่ เป็นต้น

4) สนับสนุนด้านจิตใจ

โดยการรับฟังให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆที่คับข้องใจออกมา ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาต่อการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต กระทบกระเทือนต่อจิตวิญญาณ จึงต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ต้องการคนที่รับฟังและปลอบโยนยามภาวะวิกฤต ผู้ป่วยต้องการเพื่อนที่สามารถพูดคุยได้ เข้าใจและยอมรับฟังความคิดเห็นของตนเอง ซึ่งการใช้เทคนิคการสัมผัส อยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพลังใจต่อสู้กับโรคร้าย และความรู้สึกที่เสียขวัญ ท้อแท้ หายไป เกิดความหวังที่ผู้เพื่อเป้าหมายในอนาคตต่อไป ผู้วิจัยได้นำวิธีการนี้ใช้ได้ผลดีสามารถสนับสนุนเพิ่มกำลังใจและลดความกังวลของผู้ป่วยได้มาก

5) เพื่อนช่วยเพื่อน

เป็นวิธีการของการนำผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ผ่านการผ่าตัดเต้านม มาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและให้กำลังใจ ปลอบโยนแก่ผู้ป่วยรายใหม่ในช่วงก่อนผ่าตัดและช่วงก่อนการรักษาต่อ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ได้ดีขึ้น ทำให้มีการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลและมีสติในการไตร่ตรองมากขึ้น มีพลังใจที่จะต่อสู้ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น เนื่องจากข้อมูลประจักษ์และการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูล que ผู้ป่วยเชื่อถือเห็นจริงและการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากเพื่อน (ผู้ที่เป็นโรคเดียวกัน) ทำให้ผู้ป่วยไม่คิดกังวลว่าตนเป็นอยู่คนเดียวหรือคิดว่าเป็นโรคที่น่าอายที่ต้องถูกคัดเต้านมทิ้ง ตลอดจนการได้รับกำลังใจ และคำแนะนำที่เหมาะสม

6) เอื้ออำนวยความสะดวก

ผู้วิจัยได้เอื้ออำนวยความสะดวกในการจัดหาอุปกรณ์ ในการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขน เช่น เชือกกระโดด (สายยางที่ใช้บริหารแขน) ไม้ที่ใช้สำหรับการบริหารข้อไหล่และแขนที่ช่วยผ่อนคลายความตึงของแขนเวลากลับขึ้น และช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกเรื่องการจัดหาฟองน้ำหรือเต้านมเทียม ที่ใช้เสริมสร้างให้ภาพลักษณ์ดีขึ้น ตลอดจนการจัดสถานที่ในการบริหารร่างกาย การพาไปห้องน้ำในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องระบายเลือดชนิดดูดตลอดเวลา ผู้วิจัยใช้หลอดดูดสูญญากาศมาต่อปลอกออกชั่วคราวเพื่อนำผู้ป่วยไปห้องน้ำเป็นต้น

7) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

การนำครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่ในระยะแรก การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว วางแผนการดูแลตนเองร่วมกับครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นและเห็นความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญในการช่วยกระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ

ใจจากการได้รับความเข้าใจ นอกจากนี้ยังช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาและการจัดหาอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามี่ที่ต้องเข้าใจผู้ป่วยและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจระหว่างสามี่กับผู้ป่วย รวมทั้งการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องเพศสัมพันธ์ให้กับผู้ป่วยและสามี่

8) ประสานงานและเจรจาต่อรอง

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล โดยการให้ข้อมูลหรือรายงานปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ร่วมทั้งการเจรจาต่อรองแทนผู้ป่วยกับแพทย์ หรือการแนะนำวิธีการเจรจาต่อรองให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ เช่น ในเรื่องของการขอลากลับบ้านก่อนที่จะกลับมารักษาต่อด้วยการฉีดยา

กลวิธีทั้ง 8 วิธีนี้นำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ ได้รับข้อมูลที่เหมาะสมและเพียงพอ มีพลังใจในการฟื้นฟูสภาพจิตใจและ สมรรถภาพของร่างกายภายหลังการรักษา และกลวิธีที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ การสะท้อนปัญหา ร่วมวางแผนและสะท้อนการปฏิบัติ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีสติที่ได้สะท้อนคิดพิจารณาซึ่งสอดคล้องกับระยะการดูแลตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมายของโอเร็ม (Orem 1995 : 165) มีการตัดสินใจในสิ่งที่กระทำด้วยการใช้เหตุผลและผล เป็นการเผชิญปัญหาและการปรับตัวอย่างเหมาะสมดีขึ้น การยอมรับต่อภาระสูญเสียสิ่งที่รัก เพราะในช่วงแรกของการวินิจฉัยผู้ป่วยสับสน ปลอบให้ตนเองเศร้าโศก หือแค้นนั้นไม่ใช่เรื่องผิดปกติ หากต้องใช้เวลากับผู้ป่วย สิ่งที่ดีที่สุดคือการให้ผู้ป่วยได้ระบายออกมากที่สุด

การรับฟังเป็นที่ปรึกษาของพยาบาลหรือทีมสุขภาพซึ่งแตกต่างจากการให้การปรึกษาโดยทั่วไปเพราะผู้วิจัยต้องเข้าไปหา ผู้ป่วยแสดงเจตนาที่ให้ความช่วยเหลือเป็นการให้การปรึกษาที่ไม่มีห้องเฉพาะใช้บริเวณข้างเตียงหรือบริเวณระเบียงในหอผู้ป่วย แต่หลักปฏิบัติการให้การปรึกษานั้น ผู้รับการปรึกษาจะมาหาผู้ให้การปรึกษามีห้องเฉพาะเป็นสัดส่วนเนื่องจากตามธรรมชาติปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพยาบาลต้องใช้การประยุกต์ปรับวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ เกิดพลังใจที่ต่อสู้ แต่วิธีการให้การปรึกษาใช้หลักเหมือนกันที่จะสะท้อนให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ เลือกตัดสินใจปฏิบัติเองโดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา ที่เสี่ยงในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การนำวิธีการสะท้อนปัญหาจะทำให้ผู้ป่วยได้เข้าใจตนเอง การรับรู้ เข้าใจความรู้สึกลึกซึ้งของตนเอง ความโกรธ เศร้าเสียใจ สูญเสียและห่วงใยเมื่อคิดถึงความตายที่ใกล้เข้ามา ความไม่แน่นอน ขาดพลังใจ และความหวังที่เกิดจากจิตใจที่ยอมรับไม่ได้ต่อโรคร้าย “มะเร็ง” การช่วยเหลือของผู้วิจัยที่นำกลวิธีทั้งหมดนี้มาใช้ได้ผลดีมีจุดเริ่มมาจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างมีคุณภาพ ที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความศรัทธาและไว้วางใจ จึงทำให้ผู้วิจัยได้เข้าถึงตัวตนของผู้ป่วยที่ส่งเสริมการดูแล

ตนเองที่ต้องเริ่มที่จิตใจก่อน ให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญหน้าอย่างท้าทาย ไม่วิ่งหนีปัญหา ก้าวสู่ชีวิตใหม่อย่างมีความหวังและพลังใจ มีความอดทนที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ในแต่ละช่วงของการรักษา

3.3 ปังจยสังเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ปังจยสังเสริมที่ช่วยให้การดูแลตนเองมีประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่อง มี 8 ประการ และมีอุปสรรคที่ขัดขวางการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด มี 5 ประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1 ปังจยสังเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ปังจยสังเสริมที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ ร่างกาย จิตใจและสังคมได้ดี ผลทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนและดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องมีดังนี้ คือ ความหวัง และเป้าหมายในชีวิต ได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสม การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนด้วยตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว กำลังใจจากทีมสุขภาพ การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

3.3.1.1 ความหวัง และเป้าหมายในชีวิต

ความหวังเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นไปได้และเชื่อว่าเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นปรารถนาให้บรรลุสู่เป้าหมาย ความหวังของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปตามข้อมูลการรับรู้ในแต่ละช่วง และความหวังจะขึ้นกับการพยากรณ์ของโรค การรักษา ขวัญกำลังใจจากบุคคล ใกล้ชิด เช่น ครอบครัว แพทย์พยาบาล จึงจะทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะเมื่อมีความหวังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจแม้ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต กล้าเผชิญที่จะ แลกเปลี่ยนความรู้สึกและพร้อมที่จะรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น มีความมั่นคงทางจิตใจขึ้น มีกิจกรรมในการกระทำที่สร้างสรรค์ในการดูแลตนเองเพื่อให้ไปสู่เป้าหมายในชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเป้าหมายในชีวิตส่วนใหญ่ของผู้ป่วยต้องการที่มีชีวิต อยู่เพื่อดูแลลูกเป็นกำลังใจให้ครอบครัว หรือต้องการทำสิ่งที่ต้องการให้สำเร็จเช่น การกลับไปเป็นนักวิ่ง ผู้ดำรงวัย รอคอยความสำเร็จของลูก นั้นเป็นการเห็นคุณค่าของตนเองที่เป็นประโยชน์มีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน มี ความหวังที่จะก้าวไปข้างหน้าให้สู่เป้าหมายแม้ว่ามีปัญหาเกิดขึ้น ฉะนั้นทีมสุขภาพควรช่วยกัน ส่งเสริมความหวังในทางบวกให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ความหวังนั้นเป็นพลังให้ผู้ป่วยก้าวต่อไป ในการต่อสู้กับโรคร้ายนี้

5.2.1.2 ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

ทั้งในเรื่องของการได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจ การให้การปรึกษา ให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกได้อย่างถูกต้อง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลต้องเข้าใจถึงปรากฏการณ์การที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

การให้การช่วยเหลือ ดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตามสถานการณ์ที่จะช่วยให้การปรับตัว เจริญปัญหา และการพัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม

3.3.1.3 การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนด้วยตนเอง

สิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จากการรับรู้ผลการสะท้อนการบริหาร ข้อไหล่และแขนด้วยตนเอง แขนทำงานได้ดีคล่องขึ้นและความสามารถไต่ฝาค้างได้ระดับสูงขึ้น ความตึงแขน อาการปวดเมื่อยลดลง

ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยได้ประเมินการทำงานของการใช้ข้อไหล่และแขนให้ผู้ป่วยได้รับรู้ใช้การสะท้อนระดับความสูงของการไต่ฝาค้าง เกิดการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้ป่วยได้เปรียบเทียบ ประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนที่ทำงานได้ดีคล่องขึ้น ซึ่งมีผลจากการออกกำลังการบริหารแขน จึงมีผลให้เป็นแรงจูงใจในการบริหารทุกวัน ดังนั้นการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขนได้ด้วยตนเองจึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองบริหารแขนอย่างต่อเนื่อง

3.3.1.4 การสนับสนุนจากครอบครัว

ครอบครัวมีส่วนสำคัญตั้งแต่ระยะแรก ทั้งในเรื่องของการสนับสนุนด้าน ข้อมูล ข้อคิดเห็นเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยได้มาตรวจรักษาและสนับสนุนด้านจิตใจ ค่าใช้จ่ายและสิ่งของการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ ซึ่งจากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ครอบครัวให้การสนับสนุนจะได้รับการรักษา ผู้ป่วยที่มีญาติมาติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสามีจะทำให้ฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ซึ่งตรงกับการศึกษาของภัทรภรณ์ที่พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่ คู่สมรส สามารถส่งเสริมการปรับตัวทางเพศได้และลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรให้การสนับสนุนด้านจิตใจให้เข้าใจถึงความรู้สึกและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผลจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง นอกจากนี้พบว่าเพื่อนบ้านในชุมชนที่มีส่วนช่วยสนับสนุนด้านกำลังใจและ กำลังทรัพย์ ผู้ป่วยที่มาจากชุมชนพบ 2 ราย ที่เพื่อนบ้านในหมู่บ้านเหมาธมาเยี่ยมและเอาเงินลงขันช่วยเหลือผู้ป่วย เกิดความรู้สึกที่ดี ตื่นเต้นใจ ตนเองมี คุณค่าขึ้น ตัวอย่างเช่น

บุหงา : “ที่บ้าน เพื่อนบ้านเหมาธมา เอากล้วยผลไม้มาฝาก ดีใจจนน้ำตาไหล ไม่คิดว่าเขาจะมากัน ตอนกลับเอาเงินมาให้เก็บไว้ค่ายา น้ำตาไหลพูดไม่ถูก คิดว่าถูกรังเกียจ ไม่มีใครสนใจ พอเห็นอย่างนี้มันปลื้มใจบอกไม่ถูก”

ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ ข้อมูล ค่าใช้จ่ายและสิ่งของ ทำให้การปรับตัวได้เร็ว และมีการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

3.3.1.5 กำลังใจจากทีมสุขภาพ และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กำลังใจของผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ได้รับการผ่าตัด คือ เป็นความรู้สึกที่ทำให้ไม่กังวล ไม่คิดมาก สบายใจและมีพลังที่จะสู้ เราต้องรอด ไม่ตายจากโรคนี

การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจในช่วงวิกฤตการณ์ของชีวิต เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากเพราะผู้ป่วยทุกคนในระยะแรกไม่สามารถที่ปรับตัว และยอมรับได้ต่อการรักษา แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจจากทีมสุขภาพ ตั้งแต่แพทย์เจ้าของไข้ การใช้คำพูดที่ทำให้กำลังใจไม่ทำลายความหวังแต่อยู่บนพื้นฐานความเป็นไปได้และความจริง ที่ทำให้ผู้ป่วยยืนหยัดต่อสู้ภายใต้ข้อมูลที่มีความหวัง แนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องที่ช่วยให้เข้าใจสถานการณ์มีพลังใจต่อสู้เอาชนะความกลัวและความวิตกกังวล ส่วนเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นกำลังใจเป็นตัวอย่างให้ผู้ป่วยได้แนวทางการปฏิบัติตัวและความรู้สึกที่ดี “ ที่แรกเรานึกว่าเป็นเรื่องน่าบัดสี เราเป็นคนเดียว พอรู้ว่ามีคนอื่นก็เป็นเหมือนเรา เหลือข้างเดียว บางคนก็น่าสงสารเจ็บยิ่งกว่าเรา ทำให้มีกำลังใจสู้เหมือนที่ทองกวาว เข้าเก่งมาให้กำลังใจว่าอย่าไม่เจ็บไม่รู้เรื่องที่ มานั่งคุยด้วย รู้สึกหัวใจมันดีขึ้นไม่เหมือนตอนแรก มันเหงา กลัวบอกไม่ถูก”

นอกจากการพูดให้กำลังใจ ปลอดภัยแล้ว การให้คำชมเชย การทักทาย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่ดีด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกที่ดี มีพลังใจที่ต่อสู้ อุดหนุน เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นผลทำให้การดูแลตนเองดีขึ้นเนื่องจากการได้รับกำลังใจ

3.3.1.6 ได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

การให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาในการติดตามเยี่ยมทุกวันมีผลทำให้ผู้ป่วยได้มีแหล่งซักถาม มีที่ปรึกษาในเรื่องที่ปรึกษาในเรื่องที่สงสัยหรือข้อข้องใจ ได้รับข้อมูล ทั้งในเรื่องการปฏิบัติตัว การรักษา และเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และเนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความต่อเนื่องสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ จึงมีส่วนให้คำแนะนำทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือปฏิบัติตาม และเมื่อประเมินแล้วเกิดผลดีอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้

3.3.2 อุปสรรคที่ยับยั้งการดูแลตนเอง

อุปสรรคที่ยับยั้งการดูแลตนเอง คือ การขาดข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ ขาดความร่วมมือในการวางแผน การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีภาวะแทรกซ้อน และการขาดการสนับสนุนดังมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.2.1 การขาดข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ

ผู้ป่วยที่ไม่ได้ข้อมูลและความรู้ที่เพียงพอทำให้การตัดสินใจ การดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่นในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย 5 คนต้องเสียเวลาที่มีค่าในการรักษาตั้งแต่ระยะแรกการไม่ได้รับข้อมูลเพียงพอและขาดความรู้ในการดูแลตนเองทำให้การตัดสินใจได้ช้า เสียโอกาสที่ดี

3.3.2.2 ขาดความร่วมมือในการวางแผน

ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวางแผนดูแลตนเองที่ละขั้นตอน ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด จะปฏิบัติตัวได้ดี พื้นฟูสภาพร่างกายได้รวดเร็ว แต่พบในผู้ป่วย 1 รายที่ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเองไม่ อยากให้มาบอกแนะนำ ในช่วงแรกก่อนผ่าตัด จึงขาดการฝึกลองปฏิบัติในการถู้นั่งบนเตียง การ ฝึกบริหารข้อไหล่และแขน ไม่อยากรับฟังในช่วงแรก ผลหลังผ่าตัดผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพได้ช้ากว่า ผู้ป่วยรายอื่นๆ แม้ว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแต่ขาดการวางแผนฝึกปฏิบัติก่อน มีความกลัวไม่กล้าบริหารแขน กลัวแผลตึงหรือแยก จึงทำให้การประเมินองศาการเคลื่อนไหวของ ข้อไหล่อยู่ในระดับต่ำกว่า ผู้ป่วยคนอื่นๆ แม้ว่าจะมากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำก็ตาม

ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือร่วมวางแผนและปฏิบัติตามแผนที่ละขั้นตอนก็ทำให้การฟื้นฟูสภาพ ร่างกายได้รวดเร็วขึ้น ดังนั้นอุปสรรคที่ยังยังให้การดูแลตนเองคือ การขาดความร่วมมือตั้งแต่ระยะ แรกก่อนผ่าตัด ขาดการฝึกปฏิบัติผลทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ

3.3.2.3 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากการใส่ท่อระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัด

แบบต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถเดินไปห้องน้ำได้ ต้องทำกิจกรรมที่เตียงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อจะออก กำลักร่างกายต้องใช้อุปกรณ์ ที่ช่วยให้สามารถบริหารข้างเตียงได้สะดวก แต่ทำให้ผู้ป่วยอึดอัด หงุดหงิดถูกจำกัดอิสระภาพ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น การใช้หมอนนอนจะไม่ สะดวก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ใส่ขั้วระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัดแบบต่อเนื่องที่ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้สะดวกคล่องตัวกว่า

การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการใส่ท่อระบายเลือดแบบเครื่องดูดตลอดเวลา จึงทำให้ ผู้ป่วยถูกจำกัดในการดูแลตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ

3.3.2.4 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ผู้ป่วย 4 คนที่มีภาวะแทรกซ้อนจากน้ำเหลืองคั่ง ทำให้ต้องหยุดการบริหารข้อไหล่และ แขนและการทำงานไม่สะดวก เจ็บตึง ทำให้การช่วยเหลือตนเอง การประกอบกิจกรรมลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีความสามารถการทำงานช่วยเหลือ ตนเองได้ดีกว่า

เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มีกระทบต่อการทำกิจกรรม การใช้แขน มีผลให้ต้องหยุด การบริหารชั่วคราว จนกว่าภาวะแทรกซ้อนลดลง ทำให้การฟื้นฟูสภาพการทำงานของแขน และ องศาการเคลื่อนไหวของข้อ ไหล่น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และทำให้การ ดูแลช่วยเหลือ ตนเองได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น

3.3.2.5 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

พบว่าผู้ป่วยจำนวน 3 คนที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา มาโรงพยาบาลล่าช้า ซึ่งมีผลต่อการถูกลามของมะเร็ง เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรกจะมีการพยากรณ์โรคดีกว่าการปล่อยโรคให้ลุกลาม และการรักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ดังนั้นการสนับสนุนทั้งด้านจิตใจและค่าใช้จ่ายมีความสำคัญที่ช่วยผู้ป่วยปรับตัวและมารับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายที่ไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่ายแล้วไม่มารับการรักษาหรือมารับการรักษาล่าช้า การขาดการสนับสนุนทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายและกำลังใจจากคนรอบข้างจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและดูแลตนเองไม่เหมาะสมได้

ฉะนั้นบุคคลากรที่ดูแลผู้ป่วยควรช่วยกันส่งเสริมปัจจัยที่เอื้อต่อการดูแลตนเองและช่วยลดอุปสรรคที่มีผลต่อการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัด ในลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ดังแสดงในภาพประกอบที่ 30 โดยโปรแกรมดังกล่าวพัฒนามาจากรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อให้สะดวกในการนำไปประยุกต์ใช้ ดังมีรายละเอียดดังนี้คือ

โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

เป็นโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัด . ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน และ มาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 ซึ่งการส่งเสริมการดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ก่อนกลับสู่สังคม และขณะอยู่บ้านโดยใช้การช่วยเหลือ 11 ขั้นตอน และในแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยกลวิธีการช่วยเหลือต่างๆ สรุปได้ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วยการส่งเสริมการดูแลตนเองในขั้นที่ 1 –4 โดยอาศัยกลวิธีต่างๆ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด แรกกับผู้ป่วย เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ การรับฟัง สะท้อนปัญหา ให้คำปรึกษา ขั้นที่ 2 เป็นการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัด โดยให้ข้อมูลเตรียมพร้อมเรื่องการรักษา การวางแผนร่วมกันในการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของแขน การสอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การฝึกทักษะการไอ สอนเทคนิคการผ่อนคลาย การสนับสนุนด้านจิตใจ การนำเพื่อนช่วยเพื่อนมาให้ข้อมูล และ กำลังใจ ขั้นที่ 3 เป็นการสนับสนุนด้านจิตใจก่อนเข้ารับการผ่าตัด ขั้นที่ 4 หลังกลับจากห้องผ่าตัดระยะแรก เป็นการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ การสังเกตตรวจวัด

ภาพประกอบ 30 โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด



สัญญาณชีพจนกลับสู่ปกติ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ในการให้กำลังใจ และช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย

ระยะหลังผ่าตัด เป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยเริ่มโปรแกรมการบริหารช่วงแรก จาก ท่าก้มและแบมือ และสอนการบริหารข้อไหล่และแขนในท่าต่างๆ การดูแลขบวนการหายใจของเหลวจาก แผลผ่าตัด การอำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมสถานที่ จัดหาอุปกรณ์ให้ร่วมกับวางแผนการฟื้นฟูสภาพให้สามารถดูแลตนเอง และ กลับบ้านได้เร็ว นอกจากนี้ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล การให้คำปรึกษา และ สะท้อนการปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขน

ระยะก่อนกลับบ้านสู่สังคม เป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเรื่องของการเตรียมความพร้อมในการรับการรักษา ร่วม โดยนำเพื่อนช่วยเพื่อนมาร่วมให้ข้อมูล รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองที่บ้าน

ขณะกลับบ้าน จนถึงมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน การประเมินภาวะแทรกซ้อน และประเมินการทำงานของข้อไหล่และแขน ตลอดจนการสนับสนุนด้านจิตใจในการรับการรักษาต่อเนื่อง

สิ่งที่สำคัญในการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวไปใช้คือ การเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแต่ละระยะอย่างถ่องแท้ ตลอดจนมีความรู้ ความสามารถในการนำกลวิธีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่ได้รับการผ่าตัด สามารถปรับตัวต่อสู้กับปัญหา หรือ อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

4. เครื่องมือประกอบในการให้ความรู้

ผลจากการวิจัยได้มีการปรับปรุงเครื่องมือประกอบในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจซึ่งประกอบด้วย สมุดภาพเหตุการณ์ เทปบันทึกเสียงการให้กำลังใจของเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อนเทียม อุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมในการบริหารข้อไหล่และแขน เช่น ไม้ไผ่ผ่าฝืน ท่อพี วี ซี ท่อนเล็ก สายยางกระโดด คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม แผ่นพับการบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดเต้านม แผ่นพับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แผ่นพับการรักษาต่อเนื่องด้วยการฉายแสง แผ่นพับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแผ่นพับอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผลภายหลังผ่าตัดและอาหารด้านมีแรง (เครื่องมือทั้งหมดอยู่ในภาคผนวก ค) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 สมุดภาพเหตุการณ์ เป็นสมุดอัลบั้มรูปถ่ายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเส้นนม เช่น ภาพแสดงลักษณะของขวระบายของเหลวออกจากแผลผ่าตัด แบบสัญญาณและแบบจุดตลอดเวลา ภาพกิจกรรมการสนทนาระหว่างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ภาพแสดงการบริหารข้อไหล่และแขน เป็นต้น สมุดภาพเหตุการณ์นี้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้และไม่คิดกังวลต่อเหตุการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์

4.2 เทปบันทึกเสียงการพูดให้กำลังใจของเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการบันทึกเสียงของเพื่อนช่วยเพื่อนที่ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ เทปบันทึกเสียงนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้ว่าตนเองมีเพื่อนไม่ได้เป็นโรคนี้คนเดียว และมีเพื่อนที่ให้กำลังใจ ใช้ได้ในกรณีที่หาเพื่อนช่วยเพื่อนไม่ได้และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเตรียมก่อนผ่าตัดน้อย (รับมาในโรงพยาบาลเพียง ครึ่งถึงหนึ่งวันแล้วผ่าตัดวันรุ่งขึ้น)

4.3 เต้านมเทียม ผู้วิจัยได้จัดหารูปภาพเต้านมเทียมและเต้านมเทียม (ของจริง) มาให้ผู้ป่วยดูเป็นตัวอย่างที่ช่วยเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการปรับปรุงภาพลักษณ์

4.4 อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการบริหารข้อไหล่และแขน มี 3 ชนิด คือ ไม้ไต่ฝาค้าง ท่อพีวีซี สำหรับยกพยางค์ เขือกกระดูก เป็นการดัดแปลงอุปกรณ์ต่างๆ มาช่วยในการฟื้นฟูสภาพของข้อไหล่และแขน ดังนี้ คือ

ไม้ไต่ฝาค้าง เป็นแผ่นสเกลไม้ที่บอกระดับความสูงเป็นเซนติเมตร ใช้ติดกับผนัง ให้ผู้ป่วยใช้แขนไต่ระดับไปเรื่อยๆ และผู้ป่วยสามารถประเมินความสูงได้ด้วยตนเอง (ดังแสดงภาพประกอบ 21 หน้า 131)

ท่อพีวีซี สำหรับพยางค์ เป็นท่อพีวีซี ขนาดเล็กที่ตัดให้มีขนาดประมาณ 60 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยได้ใช้ในการฝึกบริหารแขน คุณสมบัติของอุปกรณ์ชนิดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ปวดตึงแขนเวลายกแขนขึ้นเนื่องจากท่อจะช่วยพยางค์ และท่อนี้มีน้ำหนักเบาจึงทำให้ผู้ป่วยไม่เมื่อยถ้าเวลาที่ใช้บริหาร (ดังแสดงภาพประกอบ 20 หน้า 131)

เขือกกระดูก ครั้งแรกใช้สายยางจากชุดให้สารน้ำ (IV set) แต่มีขนาดเล็กไม่มีที่จับ ทำให้ไม่สะดวกจึงได้ปรับปรุงใช้เป็นเขือกกระดูกที่ทำด้วยพลาสติกมีความยืดหยุ่นดีแทน โดยผู้ป่วยใช้สายยางกระดูกนี้แขวนกับราวของม่านกันเตียงเป็นการประยুক্তแทนรอก ที่ให้สำหรับผู้ป่วยดึงเขือกกระดูกขึ้นลง (ดังแสดงภาพประกอบ 19 หน้า 131)

4.5 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมสร้างขึ้นมาจากการดัดแปลงคู่มือการให้ความรู้การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ของประเทศออสเตรเลีย เดนมาร์ก สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และประเทศไทย (สถาบันมะเร็ง ร.พ.ศิริราช ร.พ.รามาริบัติ) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด การดูแลแขน การบริหาร

ข้อไหล่และแขน และการติดตามการรักษา และปรับปรุงเนื้อหาเพิ่มเรื่องการวางแผนครอบครัว ปรับรูปภาพและเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและทันสมัย เพราะจากการนำไปปฏิบัติและสะท้อนการปฏิบัติ จากการวิจัย พบว่าผู้ป่วยต้องการความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุง รูปเล่มให้น่าอ่านน่าสนใจขึ้น ตัวอักษรชัดเจนอ่านง่าย สามารถสื่อได้ชัดเจนขึ้น

4.6 แผ่นพับการบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดเต้านม จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากหน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สามารถนำไปใช้ได้ สื่อชัดเจน จึงไม่ได้ปรับปรุง ส่วนแผ่นพับอาหารที่ช่วยการส่งเสริมการหายของแผลภาย หลังผ่าตัดและอาหารต้านมะเร็ง ผู้วิจัยได้จากการศึกษาอาหารต้านมะเร็งและอาหารที่ส่งเสริมการ หายของแผล ได้แก่ อาหารประเภทโปรตีนและวิตามินซีสูง และการปรับปรุงนารายการอาหารที่มี อยู่ในพื้นบ้านทางภาคใต้ มาประยุกต์ให้ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ในชีวิตรประจำวันได้ และยังมีแผ่น พับการรักษาต่อเนื่องด้วยการฉายรังสี และผู้วิจัยได้ปรับปรุงขนาดตัวอักษรให้เพิ่มขึ้น ชัดเจน ทำให้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสายตาเนื่องจากสูงอายอ่านได้ง่ายขึ้น

กล่าวโดยสรุปแล้วผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในรายที่เผชิญปัญหาปรับตัวได้ น้อย ไม่ยอมรับการรักษา มีภาวะแทรกซ้อน โรคอุทกกลาม เมื่อได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองตาม ปรัชญาการเปลี่ยนของผู้ป่วย ตามวงจร การวิจัยเชิงปฏิบัติการและทฤษฎีการพยาบาล ของโอเร็ม ซึ่งใช้เวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 9 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและพัฒนาการ ดูแลตนเองได้ ซึ่งเป็นอิทธิพลจากวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมี ส่วนร่วม ในการ ดูแลตนเอง สะท้อนปัญหาและสะท้อนการปฏิบัติ ร่วมกัน การได้รับการปรึกษา ได้ทุกระยะความรู้สึกรู้สึก ชักถามข้อข้องใจสงสัย ตลอดจนสามารถเลือก ปฏิบัติ เสนอแนะข้อคิด เห็นของตนได้ตลอดการวิจัย ที่ผู้วิจัยได้ติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยจะมีการเผชิญปัญหาใน แต่ละช่วงการรักษา ต้องการคำแนะนำผู้ให้ข้อมูลความรู้ที่เพียงพอและเหมาะสมในการตัดสินใจที่ กระทำการ ดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังตั้งใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้การฟื้นฟูสภาพของการทำงานของข้อไหล่และแขน อยู่ในเกณฑ์ ที่เกือบปกติเท่ากับก่อนผ่าตัด มีส่วนน้อย ที่มีภาวะแทรกซ้อน น้ำเหลืองคั่งที่เป็นผลจากหลายปัจจัยแต่ไม่ใช่ผลจากการดูแลตนเองไม่ดี เป้าหมายของผู้ป่วยทุกคนต้องการหายจากโรค ปลอดภัยจากการผ่าตัดสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ ตามปกติ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ มีวิธีที่จะเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองและมีภาพลักษณ์ที่ดี

การวิจัยครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย ในบทบาทของพยาบาลที่เป็น รูปธรรม ชัดเจนเป็นที่ยอมรับของแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนี้การวิจัยได้

สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตั้งแต่ในระยะแรกที่ทำให้ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดพิจารณาปัญหา และเข้าใจสถานการณ์ที่จะปรับตัวสามารถที่เผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาการดูแลตนเองเป็นการเฝ้าหาความรู้ที่เปรียบเสมือนอาวุธทางปัญญา ได้คำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่มีศักยภาพที่ดูแลตนเองได้ ถ้าได้รับการสนับสนุน และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้พบว่า การปรับเปลี่ยนของผู้ป่วยตามปรากฏการณ์การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นมี 6 วงจร คือ ทำไมต้องเป็นฉัน เข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง ชีวิตคนครึ่งคน ขวากหนามชีวิตใหม่ ปรับตัวและดูแลตนเองได้ อุทิศตนเพื่อผู้อื่น

ความสามารถทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญของการปฏิบัติพยาบาลที่มีคุณภาพสูง ซึ่งพยาบาลต้องมีความสามารถในการประยุกต์ทฤษฎีและความรู้ มีทักษะด้านการปฏิบัติ ด้านการสื่อสารหรือสัมพันธ์ที่ดี รวมทั้งความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) และการสะท้อนคิด (reflective thinking) การมีสติ มีเจตนาที่ดี มีเมตตา เอื้ออาทร ที่สร้างให้เกิดสัมพันธภาพที่เป็นคุณภาพ โดยอาศัย กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษา ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ การสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนช่วยเพื่อน แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจในตน (empowerment) และการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มการดูแลตนเองที่มีการสะท้อนการปฏิบัติที่ได้คิดพิจารณา สอดแทรกทุกขั้นตอนตาม บริบทที่เกิดขึ้น ระบบการพยาบาลที่ต่อเนื่องอย่างมีการวางแผนตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนจำหน่ายที่ครอบคลุม การติดตามที่มีแผนการจำหน่ายที่ชัดเจน จะทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย การดูแลที่มีคุณภาพความต่อเนื่องที่ลดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการจัดระบบการมอบหมายการดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (primary nurse) จะเอื้ออำนวยต่อการดูแลที่ต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาลที่ดูแลที่บ้านต่อในงานของศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน (home health care) เมื่อสิ้นสุดการวิจัยได้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด และเครื่องมือสื่อที่ใช้ประกอบในการให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอันจะเป็นแนวทางและประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาผ่าตัดต่อไป

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระดับการลงมือปฏิบัติร่วมกันทุกขณะขั้นตอน (mutual collaboration approach) เพื่อหารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนธันวาคม 2539 คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 11 คน ตามคุณสมบัติดังนี้คือ มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมออกเพียงข้างเดียว ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 วันขึ้นไปและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ในรายที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดสงขลา และติดตามนัดครั้งที่ 1 เป็นการสิ้นสุดการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ก่อนการผ่าตัด 2) หลังผ่าตัดและก่อนกลับสู่สังคม 3) ขณะอยู่บ้าน 4) ตรวจตามนัด โดยดำเนินการวิจัยตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกต การบันทึกภาคสนาม การตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า และการวิจัยเชิงปริมาณใช้การวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ระดับความสูงการไต่ฝ่าผืน และเส้นรอบวงแขน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เทคนิคการจัดหมวดหมู่ การตีความ การสรุปประเด็นและการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของข้อไหล่และแขน

ผลการวิจัยสรุป ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นก่อนเริ่มโครงการวิจัย

1.1 สถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งก่อนได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่คาดคิดว่าตนเองจะเจ็บป่วย คล่าพบก่อนโดยบังเอิญ มีการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยดังนี้ กลุ่มที่1 เป็นการแสวงหาการรักษาที่ไม่สูญเสียเต้านม ได้แก่ ยาฮอร์โมน ยาออก กระเทียมเม็ด ออกกำลังกาย อาหารดีบำรุง การทำสมาธิ การหาแพทย์หลาย ๆ คน มีจำนวน 5 คน ใช้ระยะเวลา 2-5 เดือนเมื่อก้อนโตขึ้นหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงจึงได้ตัดสินใจมารักษาแพทย์สมัยใหม่อีกครั้ง กลุ่มที่2 เชื่อมั่นหมอสมัยใหม่ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพบแพทย์ที่ใกล้บ้านและได้รับการตรวจขึ้นเนื้อจนกระทั่งผู้ป่วยฟังผลชิ้นเนื้อที่ตรวจจึงส่งมายัง รพ.ที่ทำการศึกษารั้งนี้หรือผู้ป่วยที่มารับการรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ศึกษาโดยตรง ด้วยความเชื่อถือว่าเป็น

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายและตรวจพิเศษแบ่งได้ 2 ประเภท คือ 1. ตรวจชิ้นเนื้อหรือฟังผลก่อนการตัดชิ้นเนื้อผ่าตัด 2. นัดผ่าตัดทำการตัดชิ้นเนื้อแข็งถ้าผลบวกระบุว่าเป็นมะเร็งต้องผ่าตัดเต้านมออก ถ้าเป็นเนื้องอกธรรมดาตัดแค่ก้อนออก ช่วงนี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเนื้องอก บางคนอยู่ในช่วงที่รู้หรือสงสัยว่าเป็น เนื้องอกและมะเร็ง มีผลทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยเกิดความกลัว กังวล สับสน เป็นห่วงใยถูก สามี ซึ่งพยาบาล (ผู้วิจัย) ได้ให้การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 ช่วง คือ 1) ก่อนผ่าตัด 2) หลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้านสู่สังคม 3) ขณะอยู่บ้าน 4) ตรวจสอบนัดเป็นการสิ้นสุดการวิจัย

1.2.สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาล

สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลก่อนเริ่มโครงการวิจัย สามารถสรุปปัญหาการดูแลรักษาพยาบาลในการช่วยเหลือได้ 6 ข้อ ดังนี้

1.2.1 ระบบการพยาบาลในหอผู้ป่วย เป็นลักษณะแบบทีมผสมผสานกับแบบหน้าที่และอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่จำนวนน้อยเมื่อเทียบอัตรากับผู้ป่วย ซึ่งทำให้พยาบาลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยหนักจึงไม่มีเวลาเพียงพอที่สนับสนุนด้านจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนด้านจิตใจที่เพียงพอและขาดพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางโรคมะเร็ง

1.2.2 การให้การปรึกษาทางเพศสัมพันธ์ที่ต้องใช้สัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการที่จะกล้าซักถามปัญหาเกี่ยวกับเรื่องนี้เพราะสังคมไทยการพูดเรื่องเพศเป็นเรื่องที่น่าอายต้องใช้ความกล้าที่สนิทสนมเพียงพอจึงเปิดเผยหรือกล้าถามข้อมูลในเรื่องนี้และพยาบาลที่มีทักษะการให้การปรึกษามีน้อยประกอบกับขาดพยาบาลผู้ให้การปรึกษาโดยเฉพาะ จึงเกิดผลกระทบ ผู้ป่วยปรับตัวปรับใจได้ช้า ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ กลัว ขาดกำลังใจ สับสน

1.2.3 ขาดสื่อและคู่มือในการให้ความรู้ ทำให้ผู้ป่วยขาดข้อมูลที่เพียงพอ เหมาะสมที่ช่วยให้ทบทวนเมื่อกลับบ้านในการดูแลตนเองและผลกระทบของการขาดข้อมูลทำให้ผู้ป่วยหนีการรักษา ไม่ยอมรับการผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากขาดการบริหารข้อไหล่และแขนและขาดการดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง

1.2.4 ขาดโปรแกรมขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพการบริหารข้อไหล่และแขน พยาบาลสอนตามประสบการณ์ไม่มีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดที่เป็นรูปธรรม ทำให้ผู้ป่วยบางคนขาดการฝึกทักษะที่เพียงพอในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.2.5 ผู้ป่วยขาดการร่วมมือในการวางแผนและเลือกตัดสินใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยขาดการปฏิบัติตัวต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพกระทำไม่ได้ช้าเพราะขาดความเข้าใจและความร่วมมือ

1.2.6 ผู้ป่วยขาดข้อมูลที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักการรักษาร่วมต่อเนื่องที่จำเป็นในการป้องกันการกลับซ้ำของโรคได้

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือที่สำคัญ คือ

- 1) การสนับสนุนด้านจิตใจ
- 2) การเตรียมตัวในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อผ่าตัดเต้านมออก
- 3) การได้รับคำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และวิถีจัดการกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

2. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพอย่างคลุยกกับผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องมีคุณสมบัติในการเตรียมพร้อมก่อนการช่วยเหลือผู้ป่วย 2) การส่งเสริมการดูแลตนเองตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งมี 6 วงจร และมีปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์นี้ 3) กลวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งมี 8 วิธี การส่งเสริมการดูแลตนเองมีเป้าหมายร่วมกันคือ เพื่อฟื้นฟูสภาพต่อการเจ็บป่วยให้รวดเร็ว โดยผ่านการสนับสนุนและให้ความรู้ และต้องได้รับการกระตุ้นเสริม จากปัจจัยในการปรับเปลี่ยนดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพที่เป็นคลุยก ะหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ ความศรัทธาและไว้วางใจ เชื่อถือ ความร่วมมือ ประกอบกับคุณสมบัติของพยาบาลในการเตรียมความพร้อมที่จะช่วยให้กลวิธีส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ผลดี พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ภาวะแทรกซ้อนและการจัดการ การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การบริหารข้อไหล่และแขน ปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ป่วยในช่วงวิกฤต มีทักษะ การให้คำปรึกษา การสะท้อนปัญหา การสังเกต เทคนิคการผ่อนคลาย การบริหารข้อไหล่และแขน นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาจิตใจ ให้มีความเมตตา เอื้ออาทร ปฏิบัติด้วยเจตนาที่ดีต่อผู้ป่วย ความอดทนมุ่งมั่นในการช่วยเหลือ แต่ต้องมีสติรู้คิดพิจารณาให้เท่าทันสภาพการณ์ในขณะนั้น ๆ ซึ่งการพยาบาลต้องใช้ทักษะการคิดต่อสื่อสาร ให้เกิดสัมพันธภาพที่เป็นวิชาชีพอย่างมีคลุยกต่อกัน

2.2 การส่งเสริมการดูแลตนเองตามปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งมี 6 วงจร คือ 1) ทำไมต้องเป็นฉัน 2) เข้าใจสถานการณ์และเอาชนะใจตนเอง 3) ชีวิตคนครึ่งคน 4) ขวากหนามชีวิตใหม่ 5) ปรับตัวและดูแลตนเองได้ 6) อุทิศตนเพื่อผู้อื่น โดยมีปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์มีดังนี้ ปัจจัยส่งเสริมคือ ความหวัง และเป้าหมายในชีวิต ได้รับการดูแลถูกต้องเหมาะสม การประเมินประสิทธิภาพ การทำงานของข้อไหล่ และแขนด้วยตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว กำลังใจ จากทีมสุขภาพ และเพื่อนช่วยเพื่อน รวมทั้งการได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง อุปสรรคที่มีผลทำให้การปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองคือ ขาดข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ ขาดความร่วมมือการวางแผน ถูกกำจัดการเคลื่อนไหว มีภาวะแทรกซ้อน ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เช่น เรื่องค่าใช้จ่ายแหล่งประโยชน์

2.3 กลวิธีส่งเสริมการดูแลตนเอง มี 8 วิธี คือ 1) ให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง 2) ให้ข้อมูลและความรู้ 3) สะท้อนปัญหา วางแผนและสะท้อนการปฏิบัติร่วมกัน 4) สนับสนุนด้านจิตใจ 5) เพื่อนช่วยเพื่อน 6) เอื้ออำนวยความสะดวก 7) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม 8) ประสานงานและเจรจาต่อรอง ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังการใช้กลวิธีส่งเสริมการดูแลตนเองไปปฏิบัติ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาและไว้วางใจเกิดความรู้สึกที่มีพลังใจสู้กับโรคร้าย มีการปรับเปลี่ยนตนเองในการเฝ้าหาความรู้ เพื่อเอาชนะโรคร้าย จุดเน้นที่สำคัญ การสะท้อนปัญหาให้ ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ การสะท้อนปฏิบัติ และการให้อำนาจแก่ผู้ป่วยในการเลือกทางปฏิบัติ การวางแผนร่วมกัน สิ่งที่เป็นกลวิธีที่สำคัญ คือการให้ข้อมูลความรู้ที่เหมาะสมเพียงพอ การสนับสนุนจิตใจให้กำลังใจทำให้เกิดความหวัง

3. คู่มือการปฏิบัติตัวและอุปกรณ์ที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

คู่มือและอุปกรณ์ ในการให้ความรู้และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ประกอบไปด้วยเครื่องมือประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม แผ่นพับการบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดเต้านม แผ่นพับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แผ่นพับการรักษาต่อเนื่องด้วยการฉายรังสี แผ่นพับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและแผ่นพับอาหารที่ช่วยการส่งเสริมการหายของแผลภายหลังการผ่าตัด และอาหารด้านมะเร็ง อุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารข้อไหล่และแขน ได้ดัดแปลง สายยางกระโดด ท่อพี.วี.ซี.ขนาดเล็ก ไม้ไผ่ระดับติดฝาผนัง แผ่นภาพทำการบริหารข้อไหล่ 10 ท่า

ความคิดเห็นของผู้วิจัย (personal reflection)

1. ความคิดเห็นต่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยทางการปฏิบัติพยาบาล เพราะมีขั้นตอนต่าง ๆ ที่สามารถนำมาปรับประยุกต์เข้าได้กับกระบวนการพยาบาล เป็นเรื่องที่พยาบาลผู้ปฏิบัติคุ้นเคย แต่มีข้อแตกต่างของระเบียบวิธีการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้ง มีระบบขั้นตอนการวิจัยมากกว่า จุดที่สำคัญของการปฏิบัติคือ การมีส่วนร่วม การสะท้อนปัญหา สะท้อนการปฏิบัติที่ทำให้เกิดความเข้าใจมีการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองจากปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงในช่วงวิกฤตการณ์ของชีวิตมาสู่การปรับตัวได้ของผู้ป่วย เกิดจากการความเข้าใจอย่างถ่องแท้ของปัญหาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะนั้น การสะท้อนถึงความรู้สึกรักของผู้ป่วย ความเข้าใจที่เกิดขึ้นของการศึกษาวิจัยทางคุณภาพทำให้เกิดการสร้างสัมพันธ์สภาพที่สมดุลระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ซึ่งเป็นดุลยภาพต่อกันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการวิจัยมีลักษณะเด่นที่การนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ทำให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมอย่างเหมาะสมตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงเช่น การดูแลตนเองที่บ้านในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายอย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นระบบและมีขั้นตอน ทำให้เกิดความร่วมมือประสานงานที่ดี ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าควรนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการศึกษาทางสาธารณสุขในการปฏิบัติเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยวิกฤตได้ครอบคลุมแบบองค์รวม

2. ความคิดเห็นต่อกลวิธีส่งเสริมการดูแลตนเอง ในการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการรับฟัง และสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นปัญหา การพูดปลอบโยนสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการให้ข้อมูลความรู้ ทำให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณา เผชิญปัญหา โดยวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองและได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและเพื่อนช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังได้ฝึกทักษะในการบริหารข้อไหล่และแขน และการดูแลตนเองที่จำเป็น เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้รับคำแนะนำต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วม จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในสถานการณ์ สะท้อนการปฏิบัติด้วยตนเองและสามารถปรับตัวดูแลตนเองได้

3. ความคิดเห็นและความรู้สึก ในการพัฒนาตนเองตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้เกิดการพัฒนาตนเองในเรื่องของการสะท้อนคิดพิจารณา การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล การพัฒนาทักษะและการติดต่อประสานงาน และความรู้สึกที่เกิดของผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้ เริ่มต้นจากอยากช่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เกิดความรู้สึกอยากทำวิจัย ท้าทายความสามารถของผู้วิจัย เมื่อได้ลงมือปฏิบัติงานวิจัย ทำให้เข้าใจผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและครอบครัวได้มากขึ้น เกิดการเรียนรู้

ร่วมกัน ผลของการวิจัยเป็นที่ยอมรับของทีมนักวิชาการ ผู้ป่วย และครอบครัว ทำให้เกิดผู้วิจัยความภาคภูมิใจในผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และวิชาชีพ แม้ว่าจะพบกับอุปสรรคต่างๆ มากมาย

4. ความคิดเห็นและความรู้สึกการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองมาประยุกต์ใช้ โดยการประเมินความพร้อมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พัฒนาการปฏิบัติการดูแลตนเองจากการสะท้อนให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหา การให้ความรู้ ข้อมูล และฝึกทักษะ การสะท้อนปฏิบัติ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุน การใช้เพื่อนช่วยเพื่อน จากนั้นนำมาจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมีการวางแผนร่วมกันทุกขั้นตอน ผู้วิจัยเปรียบเสมือนพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้สามารถพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

จากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยคิดว่าทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม สามารถนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยมะเร็งได้ครอบคลุม สามารถส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ จุดสำคัญคือ มีการสะท้อนคิด และการมีส่วนร่วม มีอำนาจในการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วย

5. องค์ความรู้ที่ช่วยขยายประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ระบบการพยาบาลของโอเร็มในการช่วยเหลือมี 5 วิธี ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรเพิ่มขยายการสนับสนุนทางด้านจิตใจให้ชัดเจนโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งจะมีปัญหาทางด้านจิต สังคมสูง ควรจะเพิ่มการให้การปรึกษาที่จะช่วยสนับสนุนด้านจิตใจ และการให้ข้อมูลที่ต่อเนื่อง ซึ่งคิดว่าผู้ป่วยจะสามารถปรับจิตใจยอมรับผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษา ทำให้เกิดความหวัง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด

ผู้ที่นำรูปแบบนี้ไปใช้ควรเรียนรู้เรื่องต่อไปนี้ คือ

1. การนำรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ต้องอาศัยพยาบาลที่มีประสบการณ์มีความรู้ มีจิตใจแน่วแน่ที่จะช่วยเหลือดังคุณสมบัติของพยาบาลที่แสดงในรูปแบบนี้ และมีทักษะการให้คำปรึกษา มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. การติดตามผู้ป่วยควรมีการประสานงานตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่าย การทำแผนการจำหน่ายเพื่อได้ข้อมูลในการติดตามเยี่ยมต่อบ้านและการประสานงานกับคลินิก ศัลยกรรมหรือทางแผนกรังสีในการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งการทำสมุดบันทึกให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวได้จัดบันทึกปัญหาต่างๆ หรือการดูแลตนเองกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. โรงพยาบาลที่มีคลินิกการให้คำปรึกษา ควรจัดบริการตั้งชมรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่น กลุ่มประพุ่มรัก มีกิจกรรมร่วมในการเป็นอาสาสมัครเยี่ยมให้กำลังใจ และข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่

4. ผู้ที่ใช้รูปแบบควรมีการบันทึกปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรค ในการใช้รูปแบบเพื่อจะได้ปรับปรุงแก้ไขต่อไป

5. ควรมีการติดตามผู้ป่วยในทุกระยะของการรักษา โดยในระยะก่อนผ่าตัดควรติดตามดูแลให้คำปรึกษาทุกวันเนื่องจากในช่วงนี้เป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวยอมรับการผ่าตัด ส่วนในระยะหลังผ่าตัดหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถดูแลตนเองได้ดี ก็สามารถเว้นระยะการติดตามได้วันเว้นวัน และที่สำคัญ คือในการติดตามเยี่ยมควรพิจารณาให้เหมาะสมกับระยะของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำรูปแบบไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ควรให้มีการอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษา การใช้โปรแกรมการบริหารข้อไหล่และแขน แก่พยาบาล การจัดทำคู่มือแนวทางหรือมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการ การดูแลผู้ป่วย ระบบการบริการถ้าสามารถจัดพยาบาลเจ้าของไข้ ก็จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบริการขึ้น

1.2. หอผู้ป่วยควรจัดหาสื่อและอุปกรณ์ต่างๆ ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น เครื่องฉายวิดิทัศน์ และม้วนวิดิทัศน์เรื่องโรคมะเร็งและการรักษา การบริหารข้อไหล่และแขนภายหลังผ่าตัดเต้านม การจัดทำคู่มือในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านม อุปกรณ์ที่ช่วยในการบริหาร ไม้ไผ่ผ่า สายยางช่วยบริหาร

1.3. การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มาให้ข้อมูลและช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน

1.4. การจัดให้ความรู้และข้อมูลเรื่องการใช้เต้านมเทียม และการใช้วิกผมปลอม รวมทั้งการจัดให้บริการ สอนวิธีประยุกต์วัสดุที่มาเสริมสร้างภาพลักษณ์ ที่ผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้ ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจยิ่งขึ้น

1.5. ระยะเวลาในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ควรมีเวลาอย่างน้อย 2 วัน

1.6. ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

1.7. การแนะนำ สอนให้ผู้ป่วยได้ฝึกหัด การใช้ผ้ายัดรัดรอบบาดแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดน้ำเหลืองคั่ง

1.8. ควรมีการส่งเสริมการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย

1.9. การบริการให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัวเพื่อบริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ตนเองตั้งแต่วะยะก่อนผ่าตัด จนกระทั่งกลับบ้าน

1.10 ควรมีการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยงานที่รักษาต่อ เช่น หน่วยรังสีรักษาศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน โดยการแนะนำพาผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ต้องรักษาร่วมไปพบแพทย์ที่มีผ่านประสบการณ์การฉายรังสีและได้เรียนรู้ในสภาพจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการตัดสินใจเลือกการรักษาได้ถูกทางช่วยลดความกลัว วิดกกังวลต่อการฉายรังสี

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1. ควรมีนโยบายและให้การสนับสนุนจัดระบบบริการที่จะเอื้ออำนวยต่อการบริการให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การพยาบาลเจ้าของไข้ และนโยบายในการจำหน่ายผู้ป่วย ไม่ควรขัดต่อความต้องการของผู้ป่วย

2.2 มีการสนับสนุนให้พยาบาลได้มีการศึกษาหรืออบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคมะเร็ง

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

3.1. มีการจัดการการเรียนการสอน ที่จะมุ่งพัฒนาทักษะในการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเอง การใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ในการที่จะช่วยป้องกันโรค มะเร็ง

3.2 มีการสอนการใช้เทคนิคในการผ่อนคลาย การให้คำปรึกษาที่เป็นรูปธรรม

4. ด้านการวิจัยทางการแพทย์

4.1 ควรมีการศึกษาหารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการฉายรังสี หรือเคมีบำบัด เพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้แต่ละช่วงของการรักษา เพื่อนำผลมาช่วยเหลือพัฒนาระบบบริการในการดูแลที่ต่อเนื่องครบถ้วน

4.2 ควรศึกษาถึงความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ในบทนี้ได้สรุปผลการวิจัย การดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนเข้าโครงการ สถานการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลก่อนเริ่มโครงการวิจัย รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด ความคิดเห็นของผู้วิจัย และข้อเสนอแนะ การนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า ได้องค์ความรู้ที่ช่วยขยายวิธีการช่วยเหลือของโอเร็มในการสนับสนุนด้านจิตใจ พยาบาลแสดงบทบาทการให้คำปรึกษา การใช้การสะท้อนคิดพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น และการให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีส่วนร่วมคิดตัดสินใจในการวางแผนดูแลตนเองตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี และเป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ยั่งยืนในการปฏิบัติ มีความอิสระทางความคิด ริเริ่มที่กระทำ ดังเช่นเรื่องการบริหารข้อไหล่และแขน การดูแลแขนที่ต้องกระทำตลอดไป ซึ่งวิธีการช่วยเหลือในการปรับตัวในช่วงภาวะวิกฤต ที่ได้ผลดี เพราะมีการสะท้อนปฏิบัติ การกระทำที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

จุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของผู้ป่วยที่มีผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม จากโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาทั้งการผ่าตัดและการรักษาร่วมต่อเนื่องได้แก่ การฉายรังสีและเคมีบำบัด จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดไป อย่างมีหลักการใช้เหตุผล ไม่ลองผิดลองถูก โดยมีพยาบาลทีมสุขภาพเป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา สนับสนุน ประสานงาน และครอบครัวรวมทั้งการใช้เพื่อนช่วยเพื่อนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทุ่มเทอย่างเต็มที่เต็มความสามารถที่ช่วยเหลือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีการพัฒนา ปรับตัวทั้งร่างกายและจิตใจให้สามารถดูแลตนเองได้ มีชีวิตที่กลับสู่สังคมได้อย่างมั่นใจและเป้าหมายที่สำคัญคือผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ยั่งยืน เพราะโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก จึงต้องมีการดูแลตนเอง ป้องกันสารก่อให้เกิดมะเร็งในร่างกาย โดยเฉพาะความเครียด ที่ลดลงได้ในผู้ป่วยที่ใช้เทคนิคการคลายเครียด ปรับจิตใจ รวมทั้งการนำการรักษาร่วมอื่นๆ แนะนำให้แก่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ เช่น อาหารบำบัด การฝึกทำสมาธิ นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีความสามารถที่ถ่ายทอดความรู้เทคนิคการ

ปฏิบัติ เช่นการตรวจด้านมด้วยตนเอง ให้แก่ครอบครัว เพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นการค้นหาและป้องกัน
มะเร็งแต่ระยะเริ่มแรก แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การศึกษานี้ใช้เวลานานในการติดตามผู้ป่วยทำให้สามารถพัฒนาระบบการ
ดูแลตนเองที่ชัดเจนได้โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง ที่เป็นรูปธรรมง่ายต่อการนำไป
ประยุกต์ใช้สำหรับทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อคุณภาพชีวิต การปรับ
ตัวทั้ง ร่างกาย จิตสังคม ได้อย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2538). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). คู่มือคลายเครียด ใน อินทิรา ปัทมินทร (บก.) การทำสมาธิเบื้องต้น หน้า 45- 46 : กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ท.)
- กรมสุขภาพจิต. (2538). คู่มือการดำเนินงานคลินิกคลายเครียด กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิติ จินดาวิทย์. (เมษายน-มิถุนายน 2538). การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด. วารสารโรค มะเร็ง, 21 (2), 74-80.
- กฤตยา แสงเจริญ. (2534). พยาบาลกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14. (1-7), 19-23.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (มิถุนายน 2534). การพยาบาลแบบองค์รวมกับการดูแลสุขภาพตนเอง. สภากาพยาบาล, 6 (2), 30 - 36.
- ก่องู๋ เชียงทอง และปรีชา ชลิตพงศ์. (2536). การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. (พิมพ์ครั้งที่ 2) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 11 (3), 16 - 28.
- คณะกรรมการรักษาโรคมะเร็ง หน่วยมะเร็ง. (2537). แผนการรักษาโรคมะเร็ง โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ พ.ศ. 2537. สงขลา : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (พฤษภาคม 2540). แนะนำหน่วยงาน. ข่าวคณะแพทย, 15 (130), 20 - 21.

จริยวัตร คมพัยค์ณ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6 (2), 96 - 106.

จริยวัตร คมพัยค์ณ์ (มิถุนายน 2534). พยาบาลกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง. สภากาพยาบาล, 6 (2), 20 - 22.

จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2537). ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งรับการวินิจฉัย. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาริบัติ, 14 (2-3), 37 - 44.

จีน แบรี่. (2538). คู่มือการฝึกหัดทักษะการให้การปรึกษา กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เอก ชนะสิริ. (2535). สมาธิกับคุณภาพชีวิต. (พิมพ์ครั้งที่ 7) กรุงเทพฯ: บริษัทแปลน พับลิชชิ่ง จำกัด.

ชมพูนุท พงษ์ศิริ. (2537). บทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษา. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย, 19 (3), 143 - 150.

ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์. (มีนาคม 2538). มะเร็งเต้านมยุคโลกาภิวัตน์. ใกล้หมอ, 19 (3), 32 - 37.

ณัฐธราภรณ์ บุญจันทร์. (2538). การนอนหลับ : แนวคิดทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13 (1), 10 - 18.

ทะเบียนมะเร็ง หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2535-2538). รายงานสถิติประจำปีของผู้ป่วยมะเร็ง. สงขลา : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.

ทัศนา บุญทอง. (มิถุนายน, 2534). แนวคิดของการดูแลสุขภาพตนเองกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน. สภากาพยาบาล, 6 (2), 11 - 14.

ทัศนีย์ เจริญศักดิ์. (2540). การให้การพยาบาลเมื่อมีการปวดไหล่. วารสารพยาบาลศาสตร์, 15(3), 9-12.

ธนิต วัชรพุกก์. (2534). Breast. ใน ชาญ ตันติพิพัฒน์. (บ.ก.) ตำราศัลยศาสตร์. (หน้า 235 - 252).
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีรนุช ห้านิรัลิตชัย. (2531). ผลของการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพการเคลื่อนไหวข้อไหล่และท่าทางการทรงตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทรวงอก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นงนุช บุญยัง. (2534). การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมและผู้ป่วยก้ำกึ่งเนื้อหัวใจตาย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 11 (3), 53 - 55.

นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

น้ำทิพย์ แสงจันทร์. (2536). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นิภา อัสวเพิ่มพูลผล. (2528). ผลของการพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตรานอนหลับในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บังอร ฤทธิ์อุดม. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรสพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรจง คำหอม. (2529). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. กรุงเทพฯ : เรื่องแสงการพิมพ์.

เบอร์นี เอสซีเกล. (2538). ชนะโรคร้ายด้วยหัวใจผู้ : พลังใจสร้างปาฏิหาริย์จี้คมะเร็ง. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ใน บรรจบ ชุณหสวัสติกุล. (บก.). กรุงเทพฯ : รวมพรรณสน.

ประคอง อินทรสมบัติ และคณะ. (2539). ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
ต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้
รับเคมีบำบัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 2 (1) : 57 - 68.

ประเวศ วะสี. (2535). วิถีกลางเครียด. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

ปัทมา คุปตจิต. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์สัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมการ
เผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2537). กลิ่นใส่อาเจียนหลังผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2 (4), 285 - 292.

ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ. (2537). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประทับประคองต่อการรับรู้ภาวะ
เจ็บป่วย ระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้
รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12 (4), 39 - 49.

เพ็ญจันทร์ ชื่นย่อง. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้
รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัรดา อิบราฮิม. (2534). การงูใจเพื่อการดูแลตนเอง. วารสารพยาบาล, 40 (2), 177 - 185.

ภักตฤกษ์ ตรีภักดิ์, ภักธกรณ์ ภักธโยธิน และวันดี เสวตมาลย์. (2536) ผลของการให้
ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยและคู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศ

และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยตัดเต้านมออก. รามาชิปิตสาร, 16 (4), 373-383.

กัทฤภพพิชญ์ ศรีกสิพันธ์ และมาลี วรลักษณ์กุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารพยาบาล, 44 (1), 47 - 55.

กัทรภรณ์ กัทรโยธิน. (2534). ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มารีสา ไกรฤกษ์. (2535). ออกกำลังกาย : พฤติกรรมการดูแลตนเอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 15 (4), 20 - 29.

ยูซุฟ กือรฏอวี. (2539). หะลาลและหะรอมในอิสลาม. ในบรรจง นินกาซัล (ผู้แปล) (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์.

กันทม เสรษฐกร. (2529). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาการอิเล็กทรอนิกส์การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูเล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

กลิตา ชีระศิริ. (2539). มะเร็ง-รักษาด้วยตนเอง:ตามแนวธรรมชาติบำบัด. กรุงเทพฯ : รวมทรรศน์.

วัชร กิ่งนึ่ง และคณะ. (2537) ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเองและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาชิปิต, 14 (2-3), 1 - 8.

วิจิตร บุญยะโทตระ. (2537). พิชิตมะเร็ง. กรุงเทพฯ : สามัคคีสาร.

วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2536). ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย : ทักษะที่แตกต่างกันระหว่างแนวคิดทางด้านการแพทย์กับแนวคิดของผู้ป่วย. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาชิปิต, 13 (2-3),

13 - 22.

วรสิลป์ วราลักษณ์. (2533). Shoulder Common Injuries and Diseases. โครงการตำราคณะแพทย
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรสิลป์ วราลักษณ์. (2536). Physical Examination of the Shouluder. ใน ก่อภู่ เชียงทอง
และปรีชา ชลิตพงศ์ (บ.ก.) การตรวจร่างกายทางออร์โธปีดิกส์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). (หน้า
153 -165). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิลาวัฏ ผลพลอย. (2539). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วัลลา คันตโยทัย. (2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิด
พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล.

วิไลลักษณ์ จันทร์พวง (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจาก
สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. (2538). ความยากลำบากของงานสุขศึกษา. วารสารเพื่อสุขภาพ, 7 (2),
20 -26.

สมจิต ชัยยะสมุทร. (2537). ผลการเริ่มบริหารข้อไหล่ในเวลาที่ต่างกันต่อปริมาณสิ่งขับหลั่งจาก
แผลผ่าตัดและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2532). ภาวะเครียดกับโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามาธิบดี,
9 (28), 33 - 41

สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วน วิ.เจ.พรินต์ติ้ง จำกัด.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2538). การดูแลคนแบบองค์รวม : ข้อเสนอแนะทางวิทยาศาสตร์. รามาธิบดีเวชสาร, 1 (1), 2 - 4.

สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2538). การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค : การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 1 (1), 7 - 22.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2534). พยาบาลกับบทบาทของผู้ให้การปรึกษา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 14, (1-4), 14 - 23.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2538). สถิติผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สายพร รัตนเรืองวัฒนา. (2530). การเปรียบเทียบผลการเริ่มต้นบริหารหัวใจเร็วและช้าในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัทยมหิดล.

สายชล จันทร์วิจิตร (2539). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดไต. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สารกรุงชิง. (สิงหาคม - กันยายน 2539). เพื่อสุขภาพ. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้, 10(6), 42-45.

สำนักจุฬาราชมนตรี. (ม.ป.ป.). ศาสนาอิสลามในประเทศไทย. (ม.ป.ท.)

สุนันทา จริยะเลิศศักดิ์. (กรกฎาคม - ธันวาคม 2535). มะเร็งเต้านม c-erb B-2 oncogene. วารสารโรคมะเร็ง, 126 - 127.

สุนีย์ จันทรมหาเสถียร และ นันทา เล็กสวัสดิ์. (2540). ความวิตกกังวลของผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมทั้ง. พยาบาลสาร, 24 (3), 39 – 47.

สุนิสา วัฒนกิตติศักดิ์. (2535). เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลตนเอง 2 วิธี ต่อคุณภาพชีวิตและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (มกราคม 2540). มะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย. หมอชาวบ้าน, 18 (213), 7.

สุภางค์ จันทวนิช. (2533). การตรวจสอบและการวิเคราะห์ข้อมูล. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการทำวิจัยเชิงคุณภาพและการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (อค์ดำเนินา).

สุภางค์ จันทวนิช. (2537). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาณี กาญจนจารี. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งของระบบโลหิตในการเผชิญกับโรค. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนมา คันทะเศรษฐ. (2535). ไต่ถามคิด. จุลสารฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์. 1 (1), 13 -18.

โสภา พิชัยยงค์วงศ์ดี และคณะ. (2534). ผลการให้กายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยที่มีข้อไหล่ติดภายหลังการผ่าตัดเต้านมร่วมกับรังสีรักษา. วารสารกายภาพบำบัด, 13 (2), 5 - 14.

โสภา กรรณสูตร. (2541). การใช้ชุดสื่อประสมสำหรับผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

หัชชา ศรีปลั่ง และคณะ. (2537). ก่อนในเต้านม : รายงานการตรวจชิ้นเนื้อ พ.ศ. 2526 – 2535. สงขลานครินทร์เวชสาร, 12, (1), 19 – 24.

อรพรรณ ถีอนุชวัชชัย. (2532). การเป็นที่ปรึกษา : บทบาทพยาบาลที่ทำหาย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ, 1 (1), 74 - 84.

อรวรรณ ถีทองอิน. (2532). ความเครียดของบุคคลที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 12 (2), 1 - 5.

อาคม เขียวศิลป์. (ตุลาคม - ธันวาคม 2528). Adjuvant chemotherapy for breast cancer. วารสารโรคมะเร็ง, 11, 159 - 167.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2534). การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. จดหมายข่าวสมาคมวิจัยเชิงคุณภาพแห่งประเทศไทย, 5 (1-2), 3 - 10.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 42 (1), 16 - 31.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2537). การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. ใน การประชุมวิชาการครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และ คณะ. (2540). การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1 (2), 231-257.

เอกพล วัฒน. (2534). เปลี่ยนชีวิตจิตใจมะเร็ง. ใน ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (บ.ก.). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2530). แนวความคิดเกี่ยวกับการสูญเสียและการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 5 (2), 157 - 165.

อุบล จ้วงพานิช. (2536). การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย : แนวทางใหม่ของพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 16 (3-4), 12 - 15.

อุบล จ้วงพานิช. (2536). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุทุมพร พรนฤสุวรรณ. (2531). แนวคิดเกี่ยวกับการอักเสบและการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6 (4), 243 - 249.

อัลฟา รีเลิร์ช. (2540). ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2540-2541. กรุงเทพฯ : ที่รพงษ์การพิมพ์.

Aitken & Minton. (1983). Complications associated with mastectomy. Surgical Clinical of North America, 63, 1331 - 1351.

Ali & Khalit, Z.H. (1991). Identification. of stressors, level of stress coping strategies and coping effectiveness among Egyptian mastectomy Patients. Cancer Nursing, 14 (5), 232 - 238.

American Joint Committee on Cancer. (1992). Manual for staging of cancer . In Beahrs O.H., Henson, D.E., Hutter, R.V.P. & Kennedy, B.J. (4th ed). (pp.149 - 154). Philadelphia : J B. Lippincott.

Anderson, J. (1988). Facing up to mastectomy. Nursing Times, 84 (3), 36 - 39.

Anderson, L. J. (1989). The Nurse's role in cancer rehabilitation : Review of the literature. Cancer Nurse, 12 (2), 85 - 94.

- Arnold, E. & Boggs, U.K. (1995). Interpersonal Relationships : Professional Communication Skills for Nurse. (2nd ed). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Banks, J.D. (1992). Counseling. In Bulechek, M.G. & Mc. Closkey, C.J. Nursing Interventions : Essential Nursing Treatments. (2nd ed). (pp.279 - 291). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Baron, R.H. (1994). Dispelling the myths of pregnancy - associated breast cancer. Oncology Nursing Forum, 21 (3) : 507 - 512.
- Beare, G.P. & Myers. (1994). Principles and Practice of Adult Health Nursing. (2nd ed). St Louis : Mosby.
- Beaver, K. et al. (1996). Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer. Cancer Nursing, 19 (1) : 8 - 19.
- Beckmann, H.J. (1989). Breast Cancer and Psyche. Viborg : I DEAS International.
- Benzein, E. & Savenan, B. I. (1998). Nurses' perception of hope in patients with Cancer : A palliative care perspective. Cancer Nursing, 21 (1), 10-16.
- Bishop, G.D. (1994). Health Psychology : Intergrating Mind and Body. Boston : Allyn and Bacon.
- Bray, C. (1986). Post operation pain : Altering the patient's experience through education. AORN, 43 (1), 672 - 683.
- Brown, P. (1989). The concept of Hope : Implication for care of the critical ill. Critical Care Nursing, 9 (5), 97 - 105.

- Bruns, N. & Grove, S.K. (1993). The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. Philadelphia : W.B. Saunders Company .
- Carlsson, M. & Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. Cancer Nursing, 17(5), 418 - 428.
- Carter, J.B. (1993). Long-term survivors of breast cancer a qualitative descriptive study. Cancer Nursing, 16 (5), 354 - 361.
- Chapman, K. (1994, July). When the prognosis isn't as good. RN, 55 - 57.
- Chilson, T.R. et al. (1992). Seroma prevention after modified radical mastectomy. American Surgeon, 58 (12), 750 - 754.
- Clark, C.J. & McGee, F.R. (1992). Oncology Nursing Society : Core Curriculum for Oncology Nursing. (2nd ed). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Connely, S.C. (1993). An empirical study of model of self care in chronic illness. CNS, 7 (5), 247 - 253.
- Cope, D.G. (1995). Functions of a breast cancer support group as perceived by the participants : An ethnographic study. Cancer Nursing, 18 (6), 472 - 478.
- Criddle, L. (1993). Healing from Surgery : A phenomenological study. Image : Journal of Nursing Scholarship, 17(2), 9 - 25.
- Crockford, et al. (1993). Nurse's perceptions of patient's feeling about breast surgery. Journal of Advanced Nursing, 18, 1710 - 1718.

- David, J. & Roul, R.K & Kuruvilla, J. (1988). Lessons of self-help for Indian women with breast cancer. Cancer Nursing, 11 (5), 283 - 287.
- Dawit, C. S. (1992). Keane's Essentials of Medical - Surgical Nursing. (3rd ed). Philadelphia : W.B. Saunders.
- Deane, K.A. & Degner, L.F. (1998). Information needs uncertainly, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. Cancer Nursing, 21(2), 117-126.
- Dittmar, S. (1989). Rehabilitation Nursing : Process and Application. St. Louis : The C.V. Mosby Company.
- Dodd, M.J. (1988). Patterns of self-care in patients with breast cancer. Western Journal of Nursing Research, 10 (1), 7 - 24.
- Dossey, B.M. et. al. (1995). Holistic Nursing : A Hand Book for Practice. (2rd ed). Gaithersburg : An Aspen.
- Doyle, C.D. & Stern, N.P. (1992). Negotiating self-care in rehabilitation nursing. Rehabilitation nursing, 17, 319 - 326.
- Edgar, L. & Rosbenger, Z. & Nowlis, D. (1992, February). Coping with cancer during the first year after diagnosis. Cancer, 69 (3), 817 - 828.
- Ellerhorst-Ryan & Goeldner. (1992). Breast cancer. Nursing Clinics of North America, 27 (4), 821 - 833.
- Feather, L.B. & Wainstock, M.J. (1989). Perception of post mastectomy patient the relationships between social support and network provider part I. Cancer Nursing, 12 (5), 290 - 231.

- Forbes, F.J. (1994). Surgery of early breast cancer. *Current Opinion in Oncology*, 6, 560 - 564.
- Gale, S. & Charette, J. (1995). Oncology Nursing Care Plans Texas : Skidmore – Roth Publishing inc.
- Gilbert, T. (1995). Nursing : Empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 865 - 871.
- Glenn, L.B. & Moore, A.L. (1990). Relationship of self-concept, health locus of control, and perceive a cancer treatment options to the practice of breast self-examination. *Cancer Nursing*, 13 (6), 361 - 365.
- Gould, K. et al. (1994). Breast cancer prevention : A summary of the chemo-prevention trail with tamoxifen. *Oncology Nursing Forum*, 21 (5), 835 - 840.
- Granda, C. (1994). Nursing management of patients with lymphoedema associated with breast cancer therapy. *Cancer Nursing*, 17 (3), 229 - 235.
- Groenwald, S.L. et al. (1993). Cancer Nursing Principles and Practice. (3rd ed). Philadelphia : Jones and Bartlett Publisher Inc.
- Gray, E.R., Doan, D.B. & Church, K. (1992). Empowerment issues in cancer. *Health Values*, 15 (4), 22 - 28.
- Gray, E.R., Doan, D.B. & Church, K. (1990). Empowerment and persons with cancer : Politics in cancer medicine. *Journal of Palliative care*, 6 (2), 35 - 45.
- Greer, S. & Pettingale, K.W. & Morris, T. (1979). Psychological response to breast cancer : Effect on outcome. *Lancet*, 13, 785 - 787.

- Harrism-W. & Graydon. (1993). Perceived informational needs of breast cancer patients receiving radiation therapy after excisional biopsy and axillary node dissection. Cancer Nursing, 16 (6), 449 - 455.
- Henderson, M.M. (1995). Nutritional aspects of breast cancer. Cancer, 75 (10), 2053 - 2058.
- Hicks, E. Jeanne. (1990). Exercise for Cancer Patients. In Basmajian J.J. & Wolff L. S. (ed.) Therapeutic Exercise. (5th ed). (pp.351-362). Baltimore: Willams & Wilkins.
- Hill, L. & Smith, N. (1990). Self-Care Nursing : Promotion of Health. (2nd ed). Norwalk : Appleton & Lange.
- Hilton, B.A. (1994). Family communication patterns in coping with early breast cancer Western Journal of Nursing Research, 16 (4), 366 - 391.
- Hirmots, B.M. & Dungan, J. (1991). Contract learning for self-care activities : A protocol study among chemotherapy outpatients. Cancer Nursing, 14 (3), 148 - 154.
- Hobus, R. (1992). Literature : A dimension of nursing therapeutics. In Miller, J.F. Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness. (pp.323 - 352) Philadelphia : F.A. David Company.
- Holter, & Schwartz-Barcott. (1993, July). Action research : What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? Journal of Advanced Nursing, 18 (7), 298 - 304.
- Hoskins, N.C.(1997). Breast Cancer treatment – related patterns in side – effects, psychological distress, and perceived health status. Oncology Nursing Forum, 24 (9), 1575 – 1583.

- Hunghes, K.K. (1993). Psychosocial and functional status of breast cancer patients : The influence of diagnosis and treatment choice. Cancer Nursing, 16 (3), 222 - 229.
- Humble, C.A. (1995). Lymphedema : Incidence, pathophysiology, management and nursing care. Oncology Nursing Forum, 22 (10), 1503 - 1509.
- Irvine, D. et al., (1991, February). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. Cancer, 15, 1097 - 1117.
- Ivey, & Gordon. (1994, July). Breast reconstruction : New image, new hope. RN., 45-83.
- Johnson, R.J. (1994, May). Caring for the women who's had a mastectomy Americian Journal Nursing, 25 - 31.
- Kagan, C., Evans, J, Kay, B. (1995). A manual of interpersonal skills for nurses : an experiential approach. London : Harper and Row.
- Kemmis, & McTaggart. (1988). The Action Research Planner. (3rd ed.) Victoria : Deakin University Press.
- Kinne, W.D. (1990, September). Surgical management of stage 1 and stage 2 breast cancer. Cancer, 66 (15), 1373 - 1377.
- Knobf, M.T. (1990, September). Symptoms and rehabilitation needs of patients with early stage breast cancer during primary therapy. Cancer, 66 (15), 1392 - 1401.
- Koopmeiners, L. et. al. (1997). How health care professionals contribute to hope in patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 24 (9), 1507 - 1513.

- Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it : patient's experiences. Cancer Nursing, 14 (5), 240 - 245.
- Krause, K. (1993). Coping with cancer. Western Journal of Nursing Research, 15 (1), 31 - 43.
- Lachman, D.V. (1996). Stress and self - care revisited : A literature review. Holistic Nursing Practice, 10 (2), 1 - 12.
- Lasry, . M. et al. (1987). Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. Journal of Chronic Disease, 40 (6), 529 - 534.
- Laura, A. T. (1995). Principles and Practice of Nursing Research, St. Louis : Mosby.
- Lavery, F. & Clarke, A. (1996). Causal attributions, coping strategies and adjustment to breast cancer. Cancer Nursing, 19 (1) : 20 - 28.
- Lauver, D. & Tak, Y. (1995). Optimism and coping with a breast cancer symptom. Nursing Research, 44 (4), 202 - 207.
- Logan, V. (1995). Incidence and prevalence of lymphoedema : A literature review. Journal of Clinical Nursing, 4 (4), 213 - 219.
- Longman, A J. , Braden, J.C. & Mishel, H. M. (1997). Pattern of association over time of side - effects burden, self - help, and self - care in women with breast cancer. Oncology Nursing Forum, 24 (9), 1555 -1560.
- Loveys, J.B. & Katherne, L. (1991). Breast cancer : demands of illness. Oncology Nursing Forum, 18 (1), 75 - 80.

Luckman, & Sorenson. (1987). Medical-Surgical Nursing A Psychophysiologic Approach. (3rd ed). Philadelphia : W.B. Saunders. Company.

Luker, A.K. et. al. (1995). The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. Journal of Advanced Nursing, 22 : 134 - 141.

Lutz, A.C. & Przytulski, R.K. (1994). Nutrition and Diet Therapy. Philadelphia : F.A. Davis Company.

Mariano, C. (1995). The Qualitative Research Process. In Laura, A. T. Principles and Practice of Nursing Research. (pp. 463-491) St. Louis : Mosby.

Maker, B.A. et al. (1994). Orthopedic Nursing. Philadelphia : W.B. Saunders .Company

Marks-Maran, D. & Pope, M.B. (1985). Breast Cancer Nursing and Counseling. London : Blackwell Scientific Publications.

Mast, M.E. (1998). Correlates of fatigue in survivors of breast cancer. Cancer Nursing, 21 (2), 136-142.

Maes, S. et al. (1996). Coping with chronic disease. in Handbook of coping : theory, research, applications. pp. 221-251. Zeidner, M. & Fndler, N.S. New York : John Wiley & Suns, Inc.

Mayers, M. & Pankratz, C. (1995). Mc.Graw-Hill Clinical Care Plans : Medical-Surgical Nursing. New York. Mc.Graw -Hill inc. Health Professions Division.

McSweeney, J.C. (1993). Making behavior change after a myocardial infarction. Western Journal of Nursing Research, 15(4) 441 - 455.

- Meriney, K.O. (1990). Application of Orem's conceptual framework to patients with hypercalcemia related to breast cancer. Cancer Nursing, 13 (5), 316 - 323.
- Miller, F.J. (1992). Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness, (2nd ed). Philadelphia : F.A. Davis Co.
- Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. Nursing Research, 42(3), 153-157.
- Mock, V. et al. (1994). A Nursing rehabilitation program for woman with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. Oncology Nursing Forum, 21 (5), 899 - 907.
- Monahan, F.D. et al. (1994). Nursing Care of Adults Philadelphia W.B. Saunders Company
- Munhall, L.P. & Boyd, C.O. (1993). Nursing Research : A Qualitative Perspective. New York : National league for nursing press.
- Nelson, J.P. (1996). Struggling to gain meaning : living with the uncertainty of breast cancer. Advances in Nursing Science, 18 (3), 59 - 76.
- Nolan, M. & Grant, G. (1993). Action research and quality of care : a mechanism for agreeing basic values as a precursor to change. Journal of Advanced Nursing, 18, 305 - 311.
- Northouse, L. (1988). The impact of breast cancer on patients and husbands. Cancer Nursing, 12 (5), 276 - 283.
- Northouse, L. (1989). A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. Oncology Nursing Forum, 16 (4), 511 - 514.

Northouse, L. (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands. Cancer Nursing, 12 (5) : 276 - 284.

Orem, E.D. (1991). Nursing : Concepts of practice, (4th ed) St.Louis : Mosby year book.

Orem, E.D., Taylor S.G. & Renpenning, M.K. (1995). Nursing : Concepts of Practice (5th ed) St.Louis : Mosby Year book.

Osborne, J.N. (1982). Sexuality and surgery. In Lion E.M. Human Sexuality in Nursing Process. (pp.397 - 708). New York : Wiley & Son.

Palsson, E. & Norberg, A. (1995). Breast cancer patient's experiences of nursing care with her focus on emotional support : The implementation of a nursing intervention. Journal of Advanced Nursing, 21, 277 - 285.

Peckham, Pinedo & Veronesi. (1995). Oxford Textbook of Oncology. (Volume 2). Oxford : Oxford university press.

Pool, N.K. & Judkins, A.F. (1990) A health investment that may save your life. Cancer Nursing, 13 (6), 329 - 334.

Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). Nursing Research : Principle and Methods. (5th ed) Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Reaby, L.L & Hort, K.L. & Vandervord. (1994). Body image, self concept, and self-esteem in women who had a mastectomy and either wore and external breast prosthesis of had breast reconstruction and women who had not experienced mastectomy. Health Care for Women International, 15, 361-375.

- Robley, L.R. (1995, January-February). The Ethics of Qualitative Nursing Research. Journal of Professional Nursing, 11(1), 45-48.
- Sandelowski, M. (1995) Focus on qualitative methods qualitative analysis : What it is and how to begin. Research in Nursing & Health, 18, 371 - 375.
- Sandelowski, M. (1995). Focus on equalization methods sample size in qualitative research. Research in Nursing & Health, 18, 179 - 183.
- Schoner, R.L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. Cancer Journal of Clinicians, 41 (2), 112 - 120.
- Shaw-Kendall. (1995, March). Breast cancer and its treatment. The Journal of Practical Nursing, 21 - 27.
- Simonton, O.C. et al. (1992). The healing journey. New York : Bantam Books.
- Sitton, E. (1992), Early and late radiation-induced skin alterations Part II : Nursing care of irradiated skin. Oncology Nursing Forum, 19 (6), 907 - 912.
- Skelton, R. (1994). Nursing and empowerment : concepts and strategies. Journal of Advanced Nursing, 19, 415 - 423.
- Spiegel, D. (1990, September). Facilitating emotional coping during treatment. Cancer, 66,(1) 422 - 1426.
- Stern, C. (1990). Body image concerns, surgical conditions and sexuality. In Fogel & Lauver. Sexual Health Promotion. (pp.498 - 508). Philadelphia : W.B. Saunders Company.

- Strauss, A. & Corbin J. (1990). Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques. London : SAGE publications.
- Streubert, J. & Carpenter D. (1995). Qualitative Research in Nursing : Advancing the Humanistic Imperative. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Suominen, T. (1992). Breast cancer patients' opportunities to participate in their care. Cancer Nursing, 15 (1), 68 - 72.
- Suominen, T. et al. (1994). Who provides support and how? : Breast cancer patients and nurses evaluate patient support. Cancer Nursing, 18 (4), 278 - 285.
- Souminen, T., Leino-Kilpi, H. & Laippala, P. (1994). Nurses' role in informing breast cancer patients : a comparison between patients' and nurses' opinions. Journal of Advanced Nursing, 19, 6 - 11.
- Tarrier, N. (1984). Coping after a mastectomy. Nursing Mirror, 154 (2), 29 - 30.
- Vatanasapt V. et al. (1993). Cancer in Thailand 1988-1991 IARC Technical Report No.16. Khon Kaen : Siriphan PRESS.
- Walter, C. & Miller. (1985). Moving Free : A Total Program of Post - Mastectomy Exercises. Indianapolis : The bobs-Merrill Company Inc.
- Ward & Griffin. (1990). Developing a test of knowledge of surgical options for breast cancer. Cancer Nursing, 13 (3), 191 - 196.
- Wartman, C.B. (1984). Social support, the cancer patient conceptual and methodologic issue. Cancer, 53 (15), 2339 - 2364.

- Watt, W. (1989). Coping with cancer. Nursing Time, 85 (28), 35 - 37.
- Webb, C. (1989). Action research philosophy methods and personal experience. Journal of Advanced Nursing, 14 (5), 403 - 410.
- Webb, Patricia. (1993). Health Promotion and Patient Education : A Professional's Guide. London : Chapman & Hall.
- Williams, et al. (1988). Effects of preparation for mastectomy/hysterectomy on women's post operative self-care behaviors. Int. J. Nurse. stud, 25 (3), 191 - 206.
- William, R.S. (1995). Basic Nutrition and Diet Therapy. (10th ed). St. Louis : Mosby.
- William, Watts. (1989). Coping with cancer. Nursing Time. 85 (28) : 35 - 38.
- Winter, R. (1995). Learning form Experience : Principles and Pracitice Action Research. London : The Falmer press.
- Wong, C.A. & Breamwell, L. (1992). Uncertainly and anxiety after mastectomy for breast cancer. Cancer Nursing, 15 (5), 363 - 371.
- Woods, M. & Mortimer, P. (1995). The psychosocial morbidity of breast Cancer patients with lymphoedema. Cancer Nursing, 18 (6), 467 - 471.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ใบพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อนางสิริลักษณ์ จันทรัมย์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของท่านที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม เพื่อที่จะสามารถช่วยให้ท่านฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมได้อย่างรวดเร็วและลดภาวะแทรกซ้อน ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและปฏิบัติที่จะหาวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดิฉันจะมาเยี่ยมท่านทุกวัน ตั้งแต่ท่านเข้ารับการรักษามาจนกระทั่งกลับบ้าน และนัดพบกันอีกครั้งในช่วงติดตามนัดครั้งที่ 1 จะทำการสัมภาษณ์ท่านและให้ท่านเล่าความรู้ที่แตกต่างๆ และวิธีการดูแลตนเอง อุปสรรค ปัญหาและปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองในแต่ละช่วงของการรักษา ดิฉันจะช่วยเหลือในการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ สนับสนุน เป็นที่ปรึกษาให้กับท่านตามความต้องการของท่าน เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตลอดการรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ท่านช่วยบันทึกกิจกรรมประจำวันในการดูแลตนเอง หรือ เล่ากิจกรรมประจำวันในการดูแลตนเอง ขณะสนทนาดิฉันขออนุญาตท่านจดบันทึกข้อมูลพร้อมกับทำการบันทึกเทปคำบอกเล่าของท่านไปพร้อมๆ กัน และขอถ่ายภาพกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารร่างกายและข้อไหล่เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ในการสนทนาแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30 - 90 นาที ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดดิฉันสัญญาจะเก็บไว้เป็นความลับ จะนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะในการวิจัยที่จะได้นำไปพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป ดิฉันจะใช้ชื่อท่านเป็นนามสมมติ และท่านมีสิทธิจะไม่เข้าร่วมงานวิจัยหรือออกจากงานวิจัยในเวลาที่ใดก็ได้โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับแต่ประการใด งานวิจัยนี้ใช้เวลาประมาณ 4 - 8 สัปดาห์ ในขณะที่ดิฉันมาพูดคุยเยี่ยมท่าน หากท่านมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาใดๆ ก็ตาม ขอให้บอกหรือซักถามโดยไม่ต้องเกรงใจ เพื่อดิฉันจะได้ให้การช่วยเหลือท่านได้ตามความเหมาะสม หวังว่าท่านคงให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ลงลายมือ.....

ลงลายมือ.....

(.....)

(นางสิริลักษณ์ จันทรัมย์)

ผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

นักวิจัย

วันที่.....เวลา.....

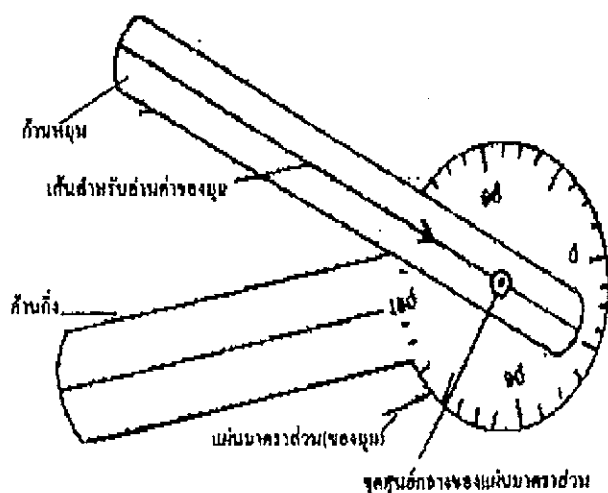
ภาคผนวก ข.

1. การประเมินประสิทธิภาพของการทำงานของข้อไหล่และแขน

1.1 การวัดระดับหรือการประเมินองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ก่อนผ่าตัดเค้านมักจะประเมินองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่เพื่อเปรียบเทียบกับค่าที่วัดได้ภายหลังการผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า โกนิโอมิเตอร์ (goniometer) (สายพร, 2530 : 26) โกนิโอมิเตอร์มีส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่งเป็นแผ่นวงกลมมีมาตราส่วน (scale) วัดมุมรวม 360 องศา เรียกว่า แผ่นมาตราส่วน ส่วนที่สองเป็นก้านติดกับแผ่น มาตราส่วนและยื่นออกจากแผ่นมาตราส่วนตามแนว 180 องศา และ 0 องศา ซึ่งเรียกว่า ก้านนี้เพราะขณะที่ใช้วัดก้านนี้จะอยู่กับที่ในตำแหน่งที่กำหนดให้ ส่วนที่สามเป็นก้านหมุนได้โดยรอบ ซึ่งจะเรียกว่าก้านหมุน มีจุดศูนย์กลางของแผ่นมาตราส่วน และก้านหมุนจะมีเส้นสำหรับอ่านค่าของมุมจากแผ่นมาตรฐาน ดังแสดงในภาพประกอบ 31

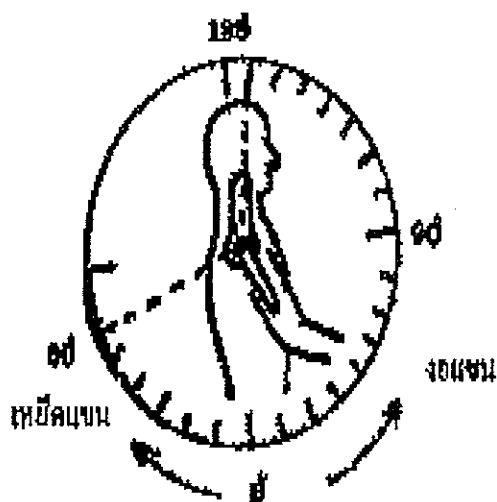
ภาพประกอบ 31 แสดงเครื่องมือโกนิโอมิเตอร์ (Goniometer) (Dittmar, 1989 : 367)



การศึกษาครั้งนี้จะใช้โกนีโอมิเตอร์วัดการเคลื่อนไหวข้อไหล่ 4 ท่า คือ
(สายพร, 2530 ; ธีรบุษ, 2531 ; โสภณและคณะ, 2534 ; วราศิลป์, 2536)

1.1.1 การวัดท่าอแขนและเหยียดแขน (flexion/extension) จัดทำให้ผู้ป่วยยืนตรง ฝ่ามือและแขนแนบด้านข้างลำตัว ผู้วัดยืนด้านข้างของผู้ป่วย วางจุดศูนย์กลางของแผ่นมาตราส่วนลงบนข้อไหลื่อด้านข้างที่อยู่ต่ำกว่าปุ่มกระดูกอะโครเมียม(acromion process) โดยให้ก้านหนึ่งของโกนีโอมิเตอร์วางขนานไปกับเส้นแบ่งครึ่งรักแร้ ส่วนก้านหมุนวางทาบกับกระดูกต้นแขน และผู้วัดสามารถหมุนให้เคลื่อนไหวไปตามการเคลื่อนไหวของแขน ในลักษณะแขนเคลื่อนไหวไปข้างหน้า เรียกว่า ท่าอแขน (flexion) และเคลื่อนไหวไปข้างหลัง เรียกว่า ท่าเหยียดแขน (extension) ดังแสดงในภาพประกอบ 32 (ค่าปกติของการเคลื่อนไหวในท่าอแขน เริ่มจาก 0-180 องศา และท่าเหยียดแขนเริ่มจาก 0-60 องศา (วราศิลป์, 2536 : 159)

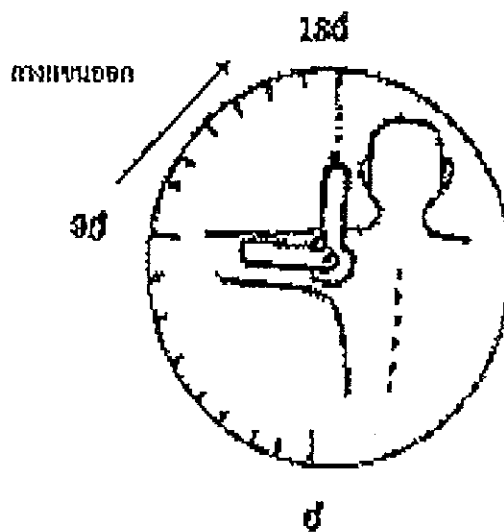
ภาพประกอบ 32 แสดงการวัดองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในท่าอแขนและเหยียดแขน
(วราศิลป์, 2536 : 159)



1.1. 2 การวัดท่ากางแขนออก (abduction) จัดทำให้ผู้ป่วยยืนตรง ฝ่ามือและแขนแนบด้านข้างลำตัว ผู้วัดยืนข้างหลังผู้ป่วย วางจุดศูนย์กลางของแผ่นมาตราส่วนของโกนีโอมิเตอร์ลงบนข้อไหล่ด้าน หลังที่อยู่ต่ำกว่าปุ่มกระดูกอะโครเมียน ให้ก้านหนึ่งของโกนีโอมิเตอร์วางอยู่บนกระดูกสัน หลัง ส่วนก้านหมุนวางทาบไปตามแนวของกระดูกต้นแขน และให้เคลื่อนไหวไปตามการเคลื่อน ไหวของแขน ดังแสดงในภาพประกอบ 33

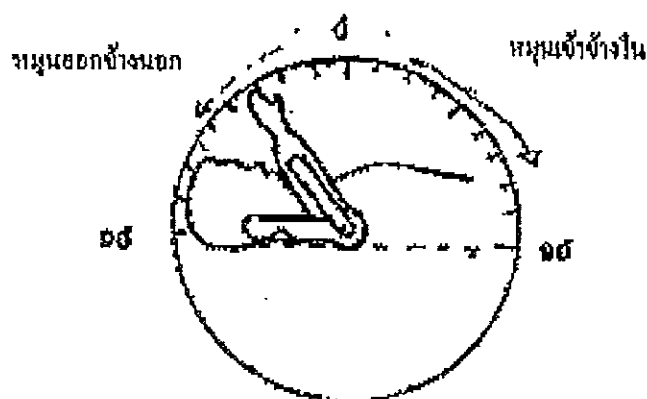
(ค่าปกติของการเคลื่อนไหวในท่ากางแขนออก เริ่มจาก 0-180 องศา)

ภาพประกอบ 33 แสดงการวัดองศาการเคลื่อนไหวข้อไหล่ในท่ากางแขนออก
(วารสารปี, 2536 : 159)



1.1.3 การวัดท่าหมุนแขนออกข้างนอก (external rotation) ให้ผู้ป่วนอนหงายวางด้านแขนท่ามูม
กาง 90 องศา กับลำตัว งอข้อศอกเป็นมุมฉาก โดยให้ปลายแขนตั้งตามแนวดิ่ง และหันฝ่ามือไปทาง
ปลายเท้า วางจุดศูนย์กลางของแผ่นมาตราส่วนที่ข้อศอก โดยให้ก้านนิ้ววางขนานไปกับเส้นแบ่ง
ครึ่งรักแร้ ส่วนก้านหมุนวางทาบกับส่วนปลายแขน และให้เคลื่อนไหวกไปตามการเคลื่อนไหวกของ
ปลายแขน ให้ปลายแขนเคลื่อนไหวกขึ้นไปทางศีรษะ เรียกว่า ท่าหมุนแขนออกข้างนอก ดังแสดง
ในภาพประกอบ 34

ภาพประกอบ 34 แสดงการวัดองศาการเคลื่อนไหวกข้อไหล่ในท่าหมุนแขนออกข้างนอก
(วารสิศิลป์, 2533 : 12, วารสิศิลป์, 2536 : 165)



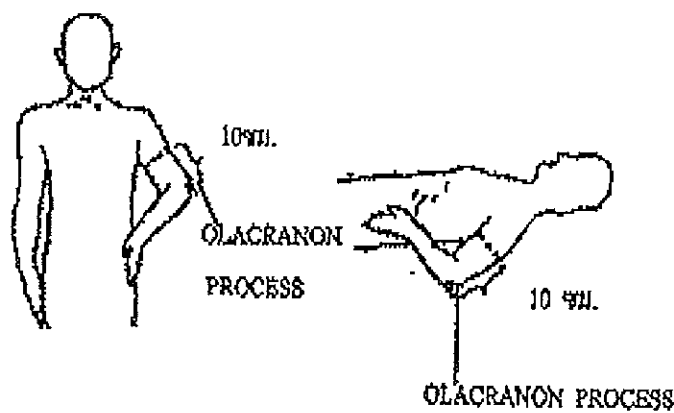
1.1.4 เกณฑ์การประเมินระดับองศาการเคลื่อนไหวกของข้อไหล่ในท่าต่างๆ ดังแสดงในตาราง 6
ตาราง 6 แสดงระดับองศาของการเคลื่อนไหวกข้อไหล่ในท่าต่างๆ (Hicks, 1990 : 361)

ระดับองศา	ท่าอแขน	ท่าเหยียดแขน	ท่ากางแขนออก	ท่าหมุนแขนออก ข้างนอก
ค่าปกติ (เกณฑ์ปกติ)	flexion 180	extension 60	abduction 180	external rotation 90
ก่อนจำหน่าย ควรทำได้อย่างน้อย (เกณฑ์ขั้นต่ำ)	110	50	90	55

1.2 การวัดเส้นรอบวงแขนข้างที่ทำผ่าตัดเต้านม

จัดทำผู้ป่วยขึ้นในท่าอแขน วัดเส้นรอบวงของแขนส่วนบนในระดับสูงกว่า olacranon process ขึ้นไป 10 เซนติเมตร ในทำขึ้น และทำนอน (โสภณและคณะ, 2534; Knobf, 1991, cited by Humble, 1995 : 1504) ดังแสดงในภาพประกอบ 35

ภาพประกอบ 35 แสดงการวัดเส้นรอบวงแขน
(โสภณและคณะ, 2534 ; ก่อภูและคณะ, 2536 : 165)



การวัดเส้นรอบวงแขนเปรียบเทียบค่าแตกต่างก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อการวินิจฉัยอาการของแขนบวม (lymphoedema) ดังแสดงในตาราง 7

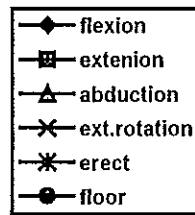
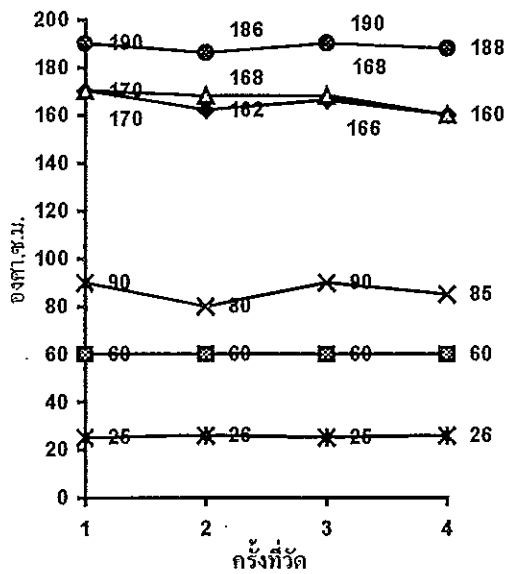
ตาราง 7 ระดับของความแตกต่างเส้นรอบวงแขน เป็นการวินิจฉัยอาการแขนบวมมีดังนี้

(Humble, 1995 : 1504)

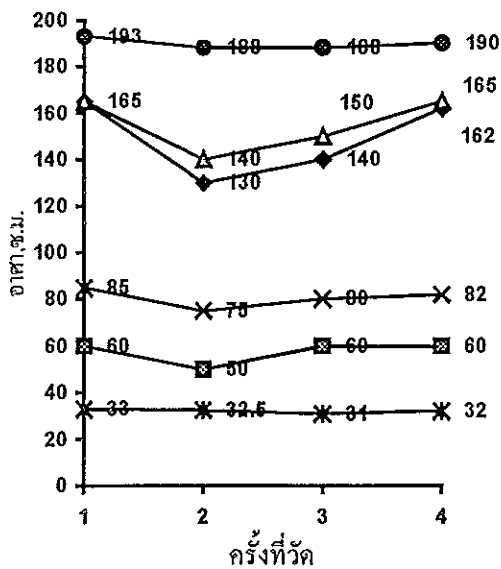
ค่าแตกต่าง	การวินิจฉัยของอาการแขนบวม
1 - 1.5 ซม.	เริ่มมีอาการ
3 ซม.	บวมเล็กน้อย
3 - 5 ซม.	บวมปานกลาง
มากกว่า 5 ซม.	บวมมาก (รุนแรง)

3. การเปรียบเทียบระดับการโค้งงอหลังผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดในแต่ละช่วงของการวิจัย
 ภาพประกอบ 36 ดังแสดงในกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงของข้อไหล่และแขนของผู้ป่วยแต่ละคน
 หมายเหตุ การวัดครั้งที่ 1 = ก่อนผ่าตัด , 2 = วันที่ 5 หลังผ่าตัด , 3 = วันที่จำหน่าย , 4 = วันตรวจตามนัด

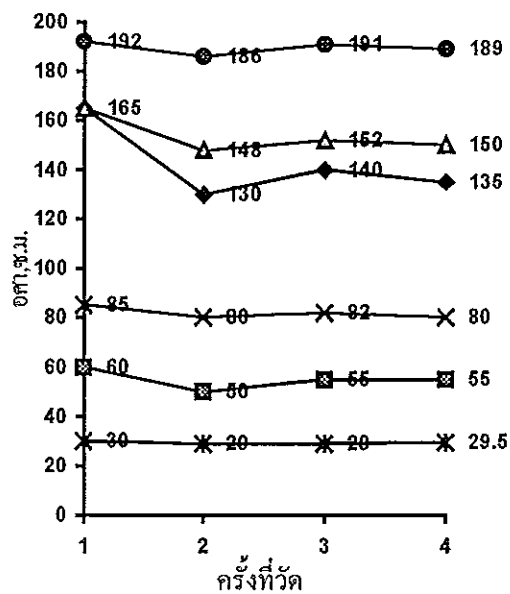
ทองกวาว(01)



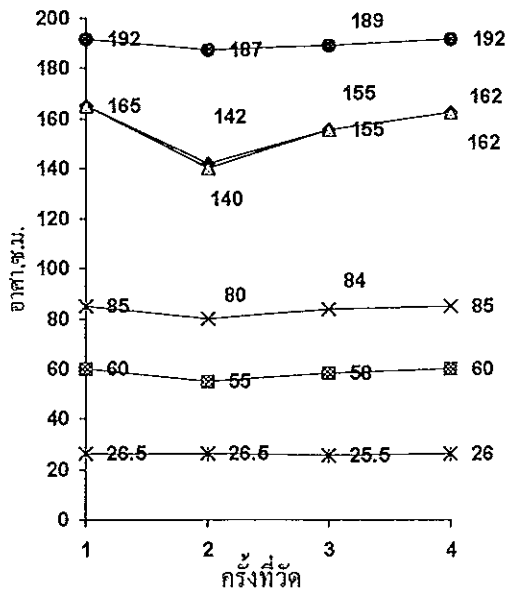
มะลิ (02)



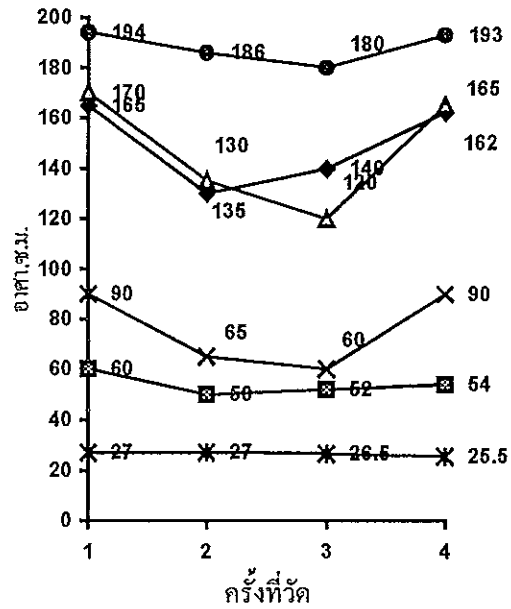
กุหลาบ (03)



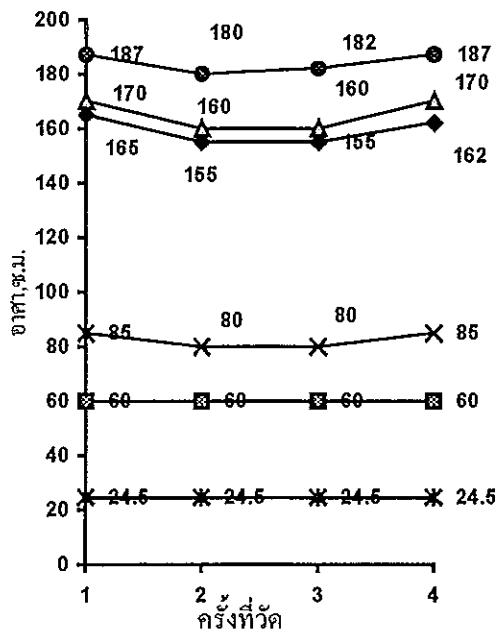
ขบนา(04)



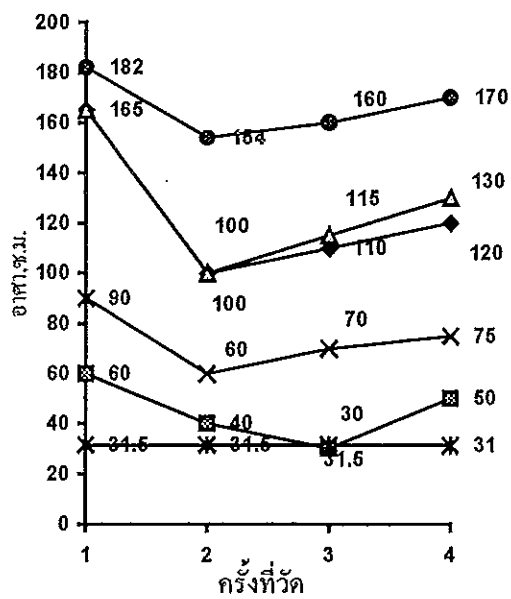
ดาหวา (05)



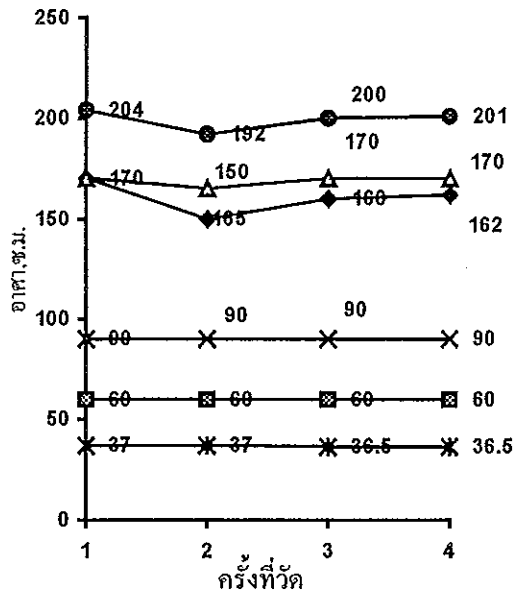
ลิบลี่(06)



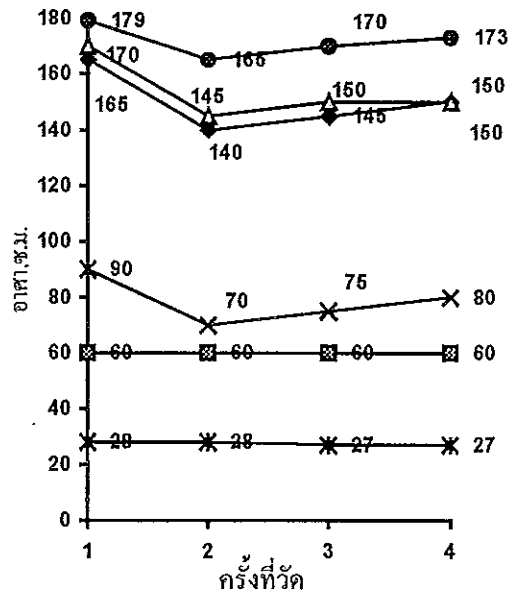
ดาวเรือง (07)



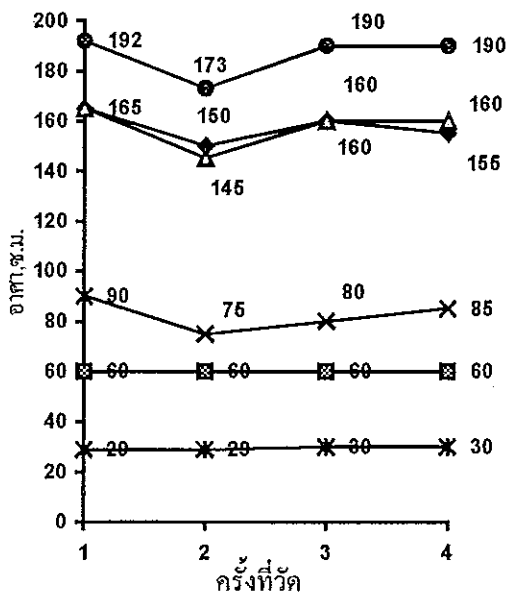
จําปี(08)



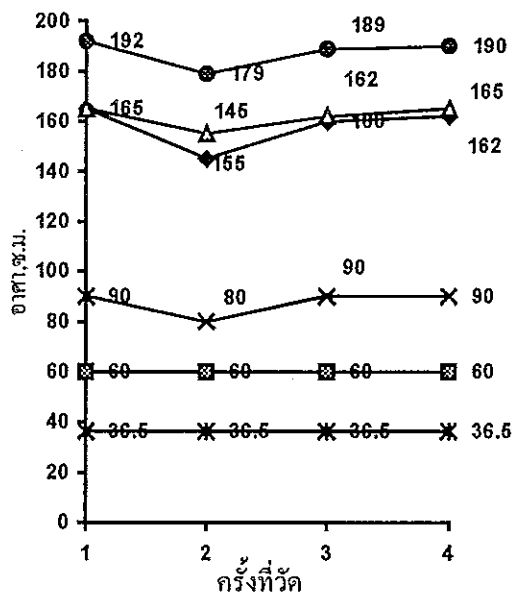
บุหงา(09)



พิกุล(10)



ชงโค(11)



ภาคผนวก ก.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา
- ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับของอาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่
เส้นรอบวงแขน และระดับความสูงของการได้ผ่าตัด

2. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แนวคำถามผู้ป่วยรายบุคคล
- ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

เครื่องมือที่ใช้เป็นสื่อในการสอนผู้ป่วย

1. คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม
2. วิดีทัศน์ เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมและการรักษา, การฟื้นฟูสภาพการบริหารข้อไหล่และแขน, การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. เอกสารแผ่นพับเรื่อง การบริหารร่างกายภายหลังผ่าตัดเต้านม, การตรวจเต้านมด้วยตนเอง, การรักษาแผลหลังการผ่าตัดเต้านมด้วยการฉายแสง, การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด, อาหารที่ช่วยการส่งเสริมการหายของแผลภายหลังผ่าตัดและอาหารต้านมะเร็ง
4. หนังสือต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพความพร้อมของผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนชีวิตพิชิตมะเร็ง, สมาริกับคุณภาพชีวิต, พิชิตมะเร็ง, ชนะโรคร้ายด้วยหัวใจสู้

--	--

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

นามสมมติ.....HN.....

ทำอยู่.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส (☐) โสด (☐) คู่ (☐) หม้าย/หย่า/แยก
3. ศาสนา (☐) พุทธ (☐) อิสลาม (☐) คริสต์ (☐) อื่นๆ
ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา (☐) ประถมศึกษา (☐) มัธยมศึกษา

 (☐) ประกาศนียบัตร/อาชีวศึกษา/อนุปริญญา (☐) ปริญญาตรี

 (☐) ปริญญาโท (☐) ปริญญาเอก
5. อาชีพ (☐) เกษตรกรรม (☐) รับจ้าง (☐) ค้าขาย

 (☐) ข้าราชการ (☐) รัฐวิสาหกิจ (☐) อื่นๆ
ระบุ.....
6. แขนข้างที่ถนัด (☐) ขวา() ซ้าย() ทั้ง 2 ข้าง
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน.....บาท
8. ความเพียงพอของรายได้ (☐) พอใช้และเหลือเก็บ (☐) พอใช้

 (☐) ไม่พอใช้ (☐) ต้องเป็นหนี้
9. วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (☐) เบิกค่ารักษาพยาบาล

 (☐) จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด

 (☐) มีประกันชีวิต/อุบัติเหตุ

 (☐) มีประกันสังคม

 (☐) ประกันสังคมสงเคราะห์

 (☐) อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา

1. ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก.
 Hct.....% BP.....mmHg P.....ครั้ง/นาที
 T.....C R.....ครั้ง
2. ระยะเวลาที่พบก้อน..... ขนาดของก้อน.....ซ.ม.
 Stage..... T..... N..... M.....
 เต้านมข้าง () ขวา () ซ้าย
3. การผ่าตัดวันที่.....
 ชนิดของการผ่าตัด () Simple mastectomy + node resection
 () MRM
 () อื่นๆ ระบุ.....
4. ผล Patho เป็น.....
 มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณ..... จำนวน.....ต่อม
5. การใส่ท่อระบายเลือด () ขวดสูญญากาศ () เครื่องดูดตลอดเวลา () ทั้ง 2 ชนิด
 off สาย 1 เมื่อ..... จำนวนรวมทั้งหมด.....C.C.
 off สาย 2 เมื่อ..... จำนวนรวมทั้งหมด.....C.C.
6. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด () Seroma () แผลแยก
 () ติดเชื้อ () แขนบวม
 () อื่นๆ ระบุ.....
7. การรักษาต่อเนื่อง.....
8. ญาติที่มาคอยดูแลขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล คือ.....
9. ลักษณะครอบครัว..... (มีลูกกี่คน อายุเท่าไร)
10. การผ่าตัดครั้งนี้เป็นการตัดสินใจของ () ผู้ป่วยคนเดียว () สามาร่วมตัดสินใจด้วย
 () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับองศาการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ เส้นรอบวงแขน และระดับ
ความสูงของการไต่ฝ่าผนัง

ครั้งที่	การเคลื่อนไหวของข้อไหล่		ท่านหมุนแขน ออกข้างนอก (external rotation) 90°	ความยาวเส้นรอบ วงแขน (ซม.)		ระดับความ สูงของ การ ไต่ฝ่าผนัง (ซม.)
	ทำงอแขนและเหยียดแขน (flexion/extension) 180 / 60°	ทำกางแขนออก (abduction) 180°		ทำขึ้น	ทำนอน	
1. ก่อน ผ่าตัด						
2. หลัง ผ่าตัด วันที่ 5						
3. วันที่ กลับ บ้าน						
4. นัด ครั้งที่ 1						

2. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก

ส่วนที่ 1 แนวคำถามผู้ป่วยรายบุคคล

คำชี้แจง

เป็นแนวคำถามที่ถามความรู้สึของผู้ป่วยในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียด การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แหล่งประโยชน์และบุคคลสำคัญ และการป้องกันอันตรายต่างๆซึ่งแนวคำถาม จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อยคือ

1.1 แนวคำถามที่ใช้ถามผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด มีจำนวน 18 ข้อ

- (ก่อนป่วย)
1. ท่านมีความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งก่อนๆ ที่ไม่ใช่ครั้ง นี้เป็นอย่างไร (ดูประสบการณ์การป่วย)
 2. ท่านดูแลตนเองอย่างไรเมื่อเวลาเจ็บป่วย
 3. เมื่อท่านไม่สบายใจมีปัญหาเกิดขึ้นท่านมีวิธีการจัดการอย่างไร
 4. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทไหนบ้าง ที่รับประทานประจำมีการเลือกอย่างไร
 5. ท่านมีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมอะไรบ้าง ระยะเวลาของการทำกิจกรรมนั้นในแต่ละครั้งนานเท่าไร และมีวิธีการทำกิจกรรมอย่างไร
 6. ท่านพักผ่อนนอนหลับปกติในแต่ละวันเป็นอย่างไร ท่านคิดว่าเพียงพอไหม
 7. บุคคลที่ติดต่อให้ความช่วยเหลือท่านมีใครบ้าง มีการช่วยเหลืออย่างไร
 8. บุคคลที่ท่านไว้วางใจและห่วงใยมากที่สุดมีใครบ้าง
 9. ท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพของท่านอย่างไร (มีการตรวจสุขภาพประจำปี)
- (ขณะป่วย)
10. การเจ็บป่วยครั้งนี้ แพทย์บอกการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไร และท่านมีความคิดอย่างไร (โรคนี้ในความหมายของท่าน)
 11. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้
 12. ท่านมีความสำคัญอย่างไร ในความคิดเห็นของท่าน
 13. ในการตัดสินใจผ่าตัดครั้งนี้ ท่านได้ตัดสินใจด้วยตนเองหรือมีผู้ใดร่วมในการตัดสินใจ และท่านมีความเชื่อต่อการผ่าตัดว่าเป็นอย่างไร

14. ท่านได้มีการเตรียมตัวในการรับการผ่าตัดอย่างไร และเคยมีประสบการณ์ในการ ผ่าตัด และเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลมาก่อนหรือไม่
15. ขณะนี้ท่านมีปัญหาหรือความกังวลในเรื่องใดบ้างอย่างไร
16. การผ่าตัดเต้านมมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร และมีความเชื่ออย่างไรต่อการรักษาโรคนี
17. ท่านมีวิธีการดูแลตนเองในช่วงการผ่าตัดอย่างไร
18. ท่านต้องการความช่วยเหลือในเรื่องใดบ้าง จากใคร

1.2 แนวคำถามที่ใช้ถามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 2 และช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 5 - 7

1.2.1 ช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 2 มีจำนวน 8 ข้อ

1. ขณะที่ท่านไปห้องผ่าตัดมีความรู้สึกอย่างไร (เล่าความรู้สึกทั้งหมด)
2. ท่านจัดการแก้ปัญหาหรือควบคุมอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างไร และวิธีการนั้นได้ผลหรือไม่
3. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรภายหลังการผ่าตัด
4. ท่านมีการดูแลแขน และขวกระบายเลือดอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงการทำกิจกรรมของท่านประจำวันอย่างไร ท่านใช้วิธีการใดแก้ไขเมื่อมีปัญหา
5. ท่านเล่าถึงกิจกรรมที่ท่านได้ทำหลังการผ่าตัดในการช่วยเหลือตนเอง และการได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลเป็นอย่างไร(การรับประทานอาหาร การทำ กิจกรรมและ การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น)
6. ท่านต้องการความช่วยเหลือในเรื่องใด จากใคร อย่างไร
7. อะไรที่ช่วยทำให้ท่านดูแลตนเองได้ดีขึ้นในช่วงนี้มีอะไรบ้าง และท่านทำอย่างไร (สิ่งประทับใจในการดูแลมีอะไร)
8. อะไรที่ทำให้ท่านดูแลตนเองหลังผ่าตัดวันที่ 1 - 2 ได้ไม่ดี มีอะไรบ้าง

1.2.2 ช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 5 - 7 มีจำนวน 10 ข้อ

1. การดูแลตนเองในช่วงที่ถึงสายระบายเลือดออกแล้ว ในการบริหารแขน ท่านมีความรู้สึกอย่างไร มีอุปสรรคหรือปัจจัยสนับสนุนอะไรที่ทำให้ท่านสามารถออกกำลังกายได้ดีหรือไม่ดี อย่างไร

2. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ตามคำแนะนำ (พวกวิตามินซี ผลไม้รสเปรี้ยว และโปรตีนจากเนื้อปลา เนื้อสัตว์อื่นๆ นม ไข่ ไขมัน) ท่านสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ (เพราะเหตุใด) ท่านมีความเชื่อต่ออาหารว่าอย่างไร (อาหารแสลง อาหารบำรุง) มีอะไรบ้าง ทำให้ไม่ถึงเช่นนั้น
3. ในช่วงนี้ท่านสามารถทำกิจกรรมการใช้แขนได้ดีขึ้นกว่าเดิมหรือไม่ ท่านคิดว่าเป็นเพราะอะไร
4. การพักผ่อนนอนหลับของท่านในช่วงนี้เป็นอย่างไร เพียงพอหรือไม่
5. แพทย์ได้บอกถึงการตรวจผลชิ้นเนื้อว่าอย่างไร และท่านมีความรู้สึกละอย่างไร
6. ท่านจะวางแผนการดูแลตนเองที่บ้านอย่างไร
7. เมื่อกลับบ้านแล้ว ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติท่านจะทำอย่างไร
8. ท่านต้องการความช่วยเหลือเรื่องใด จากใคร อย่างไร
9. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการผ่าตัดเสริมเต้านมใหม่ และการใส่เต้านมเทียม และท่านคิดว่าจะใช้วิธีการอะไร มีเหตุผลอย่างไร
10. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดูแลตนเองของท่านในช่วงนี้มีอะไรบ้าง (อุปสรรคได้แก่ใจอย่างไร)

1.3 แนวคำถามที่ใช้เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 มีจำนวน 8 ข้อ

1. ท่านดูแลแผลอย่างไรบ้าง มีการใช้แขนข้างที่ผ่าตัดเต้านมอย่างไร
2. การรับประทานอาหารของท่านเป็นอย่างไร
3. การพักผ่อนนอนหลับเป็นอย่างไร
4. เมื่อกลับบ้านท่านได้บริหารข้อไหล่และแขนอย่างไร
5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับความรู้ ทักษะที่ท่านได้รับจากคำแนะนำ การสอนก่อนกลับบ้าน ว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด มีอะไรที่จะเสนอแนะให้เพิ่มเติม คำแนะนำหรือการสอน
6. ท่านมีวิธีการจัดการอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้น การปรับกิจกรรมที่บ้านอย่างไร
7. ท่านมีความรู้สึกละอย่างไร ต่อการเปลี่ยนแปลงที่ต้องปรับกิจกรรมในการดูแลแผล การดูแลแขน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การแต่งตัว เพศสัมพันธ์ เป็นอย่างไร
8. ท่านมีการวางแผนการดูแลตนเองอย่างไรในการรักษาต่อเนื่องและท่าน

มีความรู้สึกอย่างไรต่อการรักษา (ถ้ารายละเอียดตามความรู้สึกทั้งหมด) ท่านมีความเชื่ออย่างไรต่อการรักษา

ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ใช้ 2 ช่วง ช่วงก่อนผ่าตัดและช่วงหลังผ่าตัด เป็นคำถามที่ผู้วิจัย ถามผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การผ่าตัด การรักษาร่วมหรือผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่ผ่าตัดถามผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การผ่าตัด

2.1 ช่วงก่อนผ่าตัด มีแนวคำถามจำนวน 6 ข้อ

1. ท่านผ่าตัดเมื่อใด มีก้อนมานานเท่าไร
2. ก่อนผ่าตัดท่านมีความรู้สึกอย่างไร หลังผ่าตัดแล้วท่านรู้สึกอย่างไร
3. ก่อนผ่าตัดท่านมีการเตรียมตัวเตรียมใจอย่างไรที่ทำให้มีพลังต่อสู้
4. ในขณะที่รอผ่าตัดท่านได้ใช้วิธีการลดความวิตกกังวล กลัวด้วยวิธีใด ทำอย่างไร
5. เมื่อท่านกลับมาจากผ่าตัดเป็นเช่นไร มีการดูแลตนเองอย่างไร
6. ท่านมีวิธีการดูแลแขนอย่างไร

2.2 ช่วงหลังผ่าตัด มีแนวคำถามจำนวน 5 ข้อ

1. ท่านรับประทานอาหารประเภทไหน เพราะเหตุใด
2. ท่านมีวิธีการบริหารข้อไหล่และแขนอย่างไร มีความรู้สึกอย่างไร
3. ท่านดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนของข้อไหล่และแขนอย่างไร
4. ท่านมีวิธีการดูแลขกระดูกสะบักคออย่างไร
5. สิ่งใดที่ทำให้มีกำลังใจต่อสู้มากขึ้น มีวิธีการอย่างไร

คู่มือและแผ่นพับต่างๆ

ในการวิจัยนี้มี สื่อที่ใช้ให้ความรู้ คือ คู่มือ 1 เรื่อง และแผ่นพับ 5 เรื่อง ดังนี้

1. คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม
2. แผ่นพับการบริหารร่างกายหลังการผ่าตัดเต้านม
3. แผ่นพับอาหารที่ช่วยการส่งเสริมการหายของแผลและอาหารต้านมะเร็ง
4. แผ่นพับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
5. แผ่นพับการรักษาต่อเนื่องหลังการผ่าตัดเต้านมด้วยการฉายแสง
6. แผ่นพับการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ภาคผนวก ง.

ตัวอย่างการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล

01 ทองกวาว อายุ 55 ปี
หญิงหม้าย อยู่คนเดียว(ลูกๆแยกครอบครัว) รับราชการ

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 1 เมษายน 2539 เวลา 11.00 - 13.00 น.

สถานที่ หอผู้ป่วยศัลยกรรม เตียง 10

1.แบบบันทึกสถานการณ์ (Personal note)

เหตุการณ์ : คุณทองกวาวเดินกลับจากห้องน้ำ มานั่งข้างเตียง (รูปร่างสันทนต์ หุ่นดี มองไม่แก่เหมือนอายุ ผมตัดสั้นซอยย้อมสีน้ำตาลอมแดง แต่งหน้าทาปากสีชมพูอ่อน) เรอมองไปที่เตียงตรงกันข้ามเตียง 9 (ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามของโรคไปที่ ปอดและตับ) มองด้วยความสงสัยเป็นอะไร ข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เข้านี้ปฏิเสธการผ่าตัดด้วยการรับประทานอาหารเมื่อไปถึงห้องผ่าตัดจึงบอกแพทย์ แพทย์จึงงดผ่าตัด บอกว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ

ผู้วิจัย เข้าไปแนะนำตัว รับฟังให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก แล้วถามถึงเหตุผลของการไม่ยอม ผ่าตัด ผู้ป่วยมองหน้า(เหมือนดูเจตนาของผู้ถาม) แล้วเชิญให้นั่งข้างๆ ได้ยกเก้าอี้มานั่งข้างๆ เตียง ได้ปี๋ค้มานั่งเกือบตลอดเตียงเพื่อให้เป็นส่วนตัว ผู้ป่วยเริ่มเล่าให้ฟังถึงคับข้องใจออกมา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและบอกเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ซึ่ง ผู้ป่วยซักถามแล้วหุคคิดสักครู่ ตัดสินใจให้ความร่วมมือ เซ็นต์ชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมในโครงการ ผู้วิจัยขออนุญาตในการอัดเทปการสัมภาษณ์ ขณะสนทนาเรื่อง กิจกรรมวิ่งและการปลูกต้นไม้ ผู้ป่วยมีแววตาของประกายแห่งความสุข แต่เมื่อพูดถึงเรื่องผ่าตัดตาแดงมีความเศร้าหมอง

ความรู้สึกของผู้วิจัย

- อยากรู้ทำไมผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด
- อยากจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์
- เข้าใจถึงความรู้สึกภาวะการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยในการสูญเสียสิ่งที่รัก

การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ(การถอดเทป)

คำหลัก	การสนทนา
<u>ทำไมต้องเป็นเรา</u> ก่อนมันโตขึ้น วิ่งออกกำลัง อยู่อย่างไทย คำพระเข้าข่ม เค้านมไม่รู้ทำอะไร ไหว้พระดักบาตร นับถือเจ้าแม่กวนอิม ทำกับข้าวกินเอง ควบคุมน้ำหนัก วิ่งเป็นชีวิต คนรู้จักหมด ไม่มีทางอื่นชดเชย	R: ที่ช่วยเล่าการเจ็บป่วย ให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ Pt: สงสัยเป็นได้ทุกอย่างโรออกกำลังกายแข็งแรง มาตลอด <u>ทำไมต้องเป็นเรา</u> หมอว่า สงสัย <u>ก่อนมันโตขึ้น</u> ค่าไปไม่ใช่ก็ปิดแผลแต่คิดว่า โอกาสอย่างนี้คงไม่มี ไม่เคยเจ็บป่วยเลย ปวดหัวเป็นไข้ ในชีวิตไม่เคยเป็นอะไรเลย ทำแต่ งานงาน <u>วิ่งออกกำลังมาตลอด</u> วิ่งมาตั้งแต่รุ่น จั๋ว รุ่นเล็กมาเรื่อยๆจนถึงตอนนี้ เลี้ยงลูกด้วย นมแม่ 3ท้องตามธรรมชาติ <u>อยู่อย่างไทยๆ</u> ใช้ ชีวิตอย่างไทย ศาสนาพุทธ เวลาไม่สบายใจ ใช้ <u>คำพระเข้าข่ม</u> ไม่สบายอ่านคำพระ ทำอย่างไร ชะนะความทุกข์ แต่เรื่องเจ็บป่วย เรื่อง<u>เค้านมไม่รู้</u> <u>ทำอะไร</u> เราทำไม่ได้ไม่ใช่เรื่องจิตใจ R: ที่ว่าอยู่อย่างไทยๆ อยู่อย่างไร Pt: ก็เรานับถือศาสนาพุทธ <u>ไหว้พระดักบาตร</u> เรื่องอาหารทานได้ทุกอย่าง ยกเว้นเนื้อวัว แผลงไม่ทาน <u>นับถือเจ้าแม่กวนอิม</u> ส่วนมาก หมู ปลา ไก่ <u>ทำกับข้าวกินเอง</u> กินให้ครบ 5 หมู่ อาหารคาวหวาน กะทิ ทานไม่มาก <u>ควบคุมน้ำหนัก</u> เราเป็นนักวิ่ง บางมื้อทานไม่มากจะถูก ตอนเช้าวิ่งไม่ขึ้นจะลดเย็นเหลือ จานเดียว R: พี่ชอบกีฬาวิ่งมากหรือ Pt: <u>วิ่งเป็นชีวิต</u> เพื่อไปล่ำรางวัล เพื่อให้สุขภาพ ได้มา เป็นผลพลอยได้ ต้องถือเวลาตี 3 ตื่นเข้า ห้องน้ำใส่ชุดนวดน้ำมัน ตี 4 พอตี 7 20 กิโลเมตร ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ไปคนเดียวทางที่ สว่าง <u>คนรู้จักหมด</u> คนขับรถ 10 ล้อยังรู้จัก วิ่ง มา 3-4 ปี หลังจากแยกทาง <u>ไม่มีทางอื่นชดเชย</u>

คำหลัก	การสนทนา
มีความสุขมาก ปลูกต้นไม้ สวดมนต์ ทุกอย่างเป็นทุกข์หมด ดวงเราไม่ดี ที่บ้านนอนหลับสบาย รักความสะอาด ไม่เคยมีปัญหา	รู้สึกมีความสุขมาก เหม็นออกไหลโชก, กลับมาอาบน้ำ สระผม แล้วก็ไปทำงาน บางทีหุงข้าวทาน ที่ทำงานอยู่ใกล้บ้าน กลางวันกลับมาจะมีอะไรในตู้เย็นก็มาคัดกิน เสาร์-อาทิตย์ ก็ไปนัด(ตลาดนัด) ที่ซื้อมาใส่ในตู้เย็นไว้ อยู่ง่ายๆ เย็นวันไหนไม่ว่างก็<u>ปลูกต้นไม้</u> ไม่ประดับพวกว่าน มีทุกชนิดเลย ปลูกเขียน ไม้มงคล ให้โชคลาภ เวลาหมดแล้ว วันต่อวัน R: ที่เข้านอนก็ห่มผ้าก่อนพอไหม เห็นกิจกรรมมาก P: นอน 3 ห่ม 4 ห่มดูแต่ข่าว ถ้ามีเป่าปิ่นจีนจะดู <u>สวดมนต์</u> ชื่นบิณุชด้วย รู้สึกมีความสุข ปลอดโปร่ง เหมือนอยู่คนเดียวในโลกนี้ แต่เรามีเพื่อนเหมือนไปสวรรค์รู้แจ้งเห็นจริงหมด แล้วการมีลูกมีตัวเป็นทุกข์ <u>ทุกอย่างเป็นทุกข์หมด</u> ไม่มีอะไรเป็นสุขเท่าคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า ถ้ารู้อย่างนี้ ที่จะไม่เอาตัวตั้งแต่ยังสาวเลย คิดในใจอย่างนี้ เราแก่แล้วคิดได้ แต่ก่อนเรายังเด็ก คิดว่ามีตัวเหมือนขึ้นสวรรค์ ที่แท่งนรก เพราะเราได้คนไม่ดี <u>ดวงเราไม่ดี</u> ไม่โทษใคร วันพระหุงข้าวเอาปิ่นโตไปวัดบ้าง ไปทำบุญ กลับบ้านนานๆที่เยี่ยมพ่อแม่ที่พัทลุง นอนวันหนึ่งมากถึง 6-7 ชั่วโมงก็พอแล้ว ตั้งนาฬิกาปลุกไม่ปลุกก็ตื่นเอง <u>ที่บ้านนอนหลับสบาย</u> เป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ลมเย็น ทำความสะอาดบ้านเพื่อนไปเที่ยวขอบ้านสะอาด <u>รักความสะอาดมาก</u> สะอาดที่สุด จ้างเด็กดูแลบ้าน รดน้ำต้นไม้ ที่มาอยู่ที่นี่ <u>ไม่เคยมีปัญหา</u>

คำหลัก	การสนทนา
เราดีกับเค้า เค้าก็ดีกับเรา	R : แสดงว่าที่บ้านก็มีเพื่อนมาก รู้จักกันหมด Pt : เป็นบ้านพักอยู่ติดๆกัน เราดีกับเค้า เค้าก็ดีกับเรา เพื่อนๆไม่มีใครเป็นพิเศษ ถูกเค้าก็ห่วงแม่ ถูกอยู่ไกล ไม่อยากบอกถูกต้องกลางานมา ลูกสาวมีแฟนเป็นหมอมหาหรรเรื่อ ที่คิดว่าจะไปหาลูกชายที่นราธิวาส เป็นตำรวจ ไปบอกแม่จะผ่าตัด แต่ไม่ละเอียดย่อนเหมือนลูกสาว <u>เรามีอะไรคุยกันได้อีกบ้าง</u>
เรามีอะไรคุยกันได้อีกบ้าง	R : มีเคยตรวจสุขภาพประจำปีไหม Pt : ไม่เคยตรวจสุขภาพ มีแต่บรีจจากเลือดทุกปี
อาบน้ำไปเจอ ญาติคำพบ	Pt : <u>ไม่เคยเจออะไร</u> วันนั้นอาบน้ำไปเจอ ญาติ <u>พบ</u> ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก คลอดที่บ้าน รับหมอศตวรรษครรมา คลอด 3 คน ไม่ได้เย็บปล่อยธรรมชาติ มีลูก 3 คน ไม่มีแล้ว ไปทำรีแพร์ที่ มอ.
อาบน้ำไปเจอ ญาติคำพบ	R : ทำไมถึงทำ ไม่กลัวเจ็บหรือ Pt : ตอนนั้นมาทำงานที่นี้ได้ใหม่ๆ ยังไม่เลิกกับแฟน ปากมดลูกกว้างจะหย่อนลงมาจึงไปทำหมอนก็บอกว่าเจ็บอย่าไปทำเลย พี่ว่า<u>เจ็บก็จะทำ</u>
เจ็บก็จะทำ กลัวไม่ดี	Pt : <u>ถ้าแก้ตัวกลัวไม่ดี</u> ไม่ได้ทำเพื่อเรื่องนั้น(sex) ทำเพื่อความสบายใจของตนเอง หมอนก็ทำให้ พอทำแล้วทั้งปวดทั้งเจ็บ ก็อยู่ๆมาก็มาเจ็บเรื่องก่อนนี้ ต้องเข้าห.อีก ครั้งก่อนไม่เกี่ยวกับการเป็นโรค ครั้งนี้เรา<u>เคยเป็นมะเร็ง</u> ว่าจะไม่ผ่าแล้ว
เป็นมะเร็ง	R : พี่รู้สึกอย่างไร การเจ็บป่วยครั้งนี้ Pt : การเจ็บป่วยครั้งนี้ หมอบอกเป็นมะเร็ง ก็คงจะ<u>ใจหดหู่</u> <u>ฉันไม่น่าจะเป็น</u> <u>เรี่ยวแรงมันสูญหมด</u> จากการที่เราเป็นนักวิ่งมาราธอน(หิบบรูปถ่ายรับถ้วยรางวัลมาให้ดู) <u>หือหดหู่</u> ถ้าหนีไปได้
ใจหดหู่ ฉันไม่น่าจะเป็น เรี่ยวแรงสูญหมด หือหดหู่	

ตั้งตัวอย่างบางส่วนของกรเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายวัน

สมมุติฐาน	ทำไมผู้ป่วยไม่ยอมรับการผ่าตัดหนีปัญหา จากการไม่ยอมทศูญเสีย หรือจากอะไร ผู้ป่วยปรับใจยอมรับ การผ่าตัดไม่ได้ จากการกลัว ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงและการกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมไม่ได้(การวิ่ง)ความวิตกกังวลเครียด กลัวสังคม มองตนเองคุณค่าลดลง
การช่วยเหลือ	ทำให้ผู้ป่วยยอมรับ ทางเลือกที่ดีเข้าใจสถานการณ์ของตัว สังหาร ความอนิจจัง เพราะผู้ป่วยมีพื้นฐานการใช้ศาสนา "เอาคำพระเจ้าข่ม" การสะท้อน ให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณา อาจทำให้เข้าใจสถานการณ์ดีขึ้น เสริมแรงเอาเพื่อนช่วยเพื่อนมาให้ทั้งด้านบวก(รักษาหายขาด)และด้านลบ(เป็นมาก ปลออยหนีหมอ) เพื่อให้เห็นทางเลือกที่ดีไม่หนีปัญหา
การวางแผน	*เพิ่มความเข้าใจภาวะถูกลามของโรค ถ้าไม่รับรักษา *ใช้เพื่อนช่วยเพื่อนมาคุย *เตรียมข้อมูลให้รู้ถึงวิธีการเสริมสร้างภาพลักษณ์ใหม่ *การสอนเทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิอย่างง่าย *การใช้วิธีการเขียนบรรยาย อ่านหนังสือจะทำให้ได้ผ่อนคลายและเรียนรู้มากยิ่งขึ้น

คำถามการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

1. ตั้งแต่เจอกับผู้ป่วยมีวิธีการจัดการอย่างไร
2. การดูแลตนเองในช่วงที่หนีหมอไป 2 ครั้ง ทำอะไร
3. อะไรที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนใจมายอมรับการผ่าตัด
4. ประสพการณ์การเตรียมตัวก่อนหลังผ่าตัดมีหรือไม่ ผู้ป่วยวางแผนไว้อย่างไร

การสังเกต (Observational note)

ผู้ป่วยเป็นคนแแต่ตัว รักความสวยงาม มีระเบียบ จากการจัดเข้าของข้างเตียง มีความเชื่อมั่นในตัวเองจากการพูด และมีความภาคภูมิใจที่แสดงออกจากแววตาถึงความสำเร็จจากการวิ่งที่ได้รับรางวัล การผ่าตัด การศูญเสียทำให้ผู้ป่วยเศร้า ร้องไห้ (การกระทบกระเทือนต่อจิตวิญญาณ) เมื่อพูดถึงเรื่องนี้

2. แบบบันทึกวิธีการดำเนินการ(Methodological Note)

วิธีการที่ผู้วิจัยเข้าไป จะเริ่มจากแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ(สังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วย) ถามคำถามทั่วไปก่อนแล้วค่อยลงถึงปัญหา(ที่รู้มาจากพยาบาลในคิดว่าผู้ป่วยไม่ยอมเล่าชัด) รับฟัง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกับข้อใจ(ถูกกว่าเป็นผู้ป่วยคือ) จึงค่อยๆสะท้อนปัญหา เสริมข้อมูล พอมีความเข้าใจก็เริ่มขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในโครงการวิจัย บอกการ พินัยสิทธิ์และขอสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ขอบันทึกเทปให้เป็นไปตามธรรมชาติข้างเตียง แต่ปิดม่าน ให้เป็นส่วนตัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้กล้าแสดงความรู้สึกระบายออกมา ใช้การสื่อสารทั้ง สายตาและการสัมผัสให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความรู้สึกที่ ผู้วิจัยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือ ยินดีรับฟัง ปัญหา (บทบาทการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูล)

วิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ดีขึ้น

1. การให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจออกมา
2. การสะท้อนปัญหา
3. การให้ข้อมูลที่สำคัญตรงกับปัญหาของผู้ป่วยในการช่วยการตัดสินใจ
4. ใช้เพื่อนช่วยเพื่อนให้เห็นสถานการณ์จริง เกิดการสะท้อนคิดพิจารณา เข้าใจสถานการณ์

3. แบบบันทึกทฤษฎี (Theoritical Note)

ผู้วิจัยใช้หลักการ	บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counseling)	-รับฟังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบาย
		-ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลตรงกับปัญหาของผู้ป่วย
		- การให้เวลาผู้ป่วยซักถาม
		- การสะท้อนปัญหา
		- แสร้งความรู้สึก
		- ให้ข้อมูล
		- กำลังใจ
		- ทักษะการสื่อสารที่ดี
		- การแนะนำตัว
		- การรับฟัง
		- การใช้สายตาที่มีเจตนาดี
		- แสดงความเอื้ออาทร

ผู้ป่วยมีภาวะเครียดต่อการเผชิญปัญหาไม่ได้

- * ปรับใจ ยอมรับการผ่าตัดเด็นนอกหมกไม่ได้ เนื่องจากอยู่ในระยะสับสน ปฏิเสธ
- * อาจเนื่องจากยังไม่เข้าใจในสถานการณ์หรือหนีความจริง
- * ขาดข้อมูลมาช่วยสนับสนุนทางเลือกที่ดี หรือการแก้ไขสถานการณ์ไม่ให้เลวร้ายเหมือนที่ผู้ป่วยคาดคิด
- * ผู้ป่วยไม่บอกใคร ผู้สนับสนุนด้านจิตใจไม่มี ทำให้้อัดอั้น คัดสินใจคนเดียว กับการขาดข้อมูลที่เพียงพอ
- * สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวมากที่สุด การสูญเสีย " เด็นนม " อยู่ในระหว่างการโศกเศร้า สูญเสีย
 - ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป ความรู้สึกการมีคุณค่า
- * การสูญเสียคุณค่าในตัวเอง (Self esteem) ลดลง
 - การวิ่งไม่ได้เพราะวิ่งเป็นชีวิต การถ่วงถ่วง สิ่งที่ชอบ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น ถ้า

ผ่าตัดเด็นนม

ฉะนั้นผู้ป่วยมะเร็งเด็นนมที่ได้รับการผ่าตัดเด็นนม มีผลกระทบทั้งร่างกายและจิตวิญญาณของผู้ป่วยมาก

ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล 1 Theme

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 11 คน นำมาวิเคราะห์ได้ดังนี้

Theme

ทำไมต้องเป็นฉัน

ไม่คิดว่าจะเป็นกับเรา

กลัว

สูญเสีย

กังวล ห่วงใย

การตีความ “ทำไมต้องเป็นฉัน”

ผู้ป่วยทุกคนเกิดความไม่แน่ใจ ไม่คาดคิดว่าจะเป็น(โรคมะเร็ง)กับตนเอง สับสน กลัว กังวล โรคภัยนี้เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างไร ทำไมโรคนี้อาจมาเกิดขึ้นกับตนเองทั้งที่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนี้อ การได้รับการวินิจฉัยที่คาดว่าเป็นมะเร็งต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดก่อให้เกิดความรู้สึกที่ต้องสูญเสียเด็นนมซึ่งเป็นสิ่งรักของผู้หญิง จึงทำให้ผู้ป่วยบางคนปฏิเสธการผ่าตัดในระยะแรก และแสวงหาทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเป็นโรคมะเร็งซึ่งการรับรู้ต่อโรคว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงที่ต้องสูญเสียชีวิตในเวลาอันสั้น รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก กลัว ห่วงใยบุตรและสามี แต่ในผู้ป่วยที่ไม่รับรู้ว่าคุณเองเป็นมะเร็งหรือ

ในช่วงการปฏิเสธมักแสวงหาทางเลือกที่ไม่ต้อง สูญเสียต้นทุนและใช้ค่าใช้จ่ายน้อย ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่แฝงอยู่ คือ ไม่คิดว่าจะเป็นอย่างกับเรา กลัว กังวล สับสน ห่วงใย ปฏิเสธ สูญเสีย ซึ่งได้มาจาก Categories ดังที่แสดงไว้

Categories	Keyword
ไม่คิดว่าจะเป็นอย่างกับเรา	ไม่คิด ไม่ฝันว่าจะเป็นกับเรา ไม่น่าจะเป็นแบบนี้ ไม่คิดว่าจะเป็น ไม่เคยคิดว่าจะเกิดขึ้น ทำไมต้องมาเป็นอย่างกับเราด้วย
กลัว	สารพัด มันเศร้า เหมือนตายทั้งเป็น ตาย ไม่พิน(ผ่าตัด) เจ็บปวดทรมาน โรคกลับซ้ำ
สูญเสีย	คนครหา คนแหล่งไม่ดี มีแต่ตายอย่างเดียว สามีไปมีใหม่ เสียตายของรัก โดนตัดนมทิ้ง ค่าตัวลดลง
กังวล	ค่าใช้จ่าย ถูกเค็ดรื้อน เป็นการระงู
สับสน	สภาพจิตใจแย่ แทบรับไม่ได้ มันสับสนบอกไม่ถูก
ห่วงใย	คิดถึงถูก อยู่อย่างไร ห่วงถูกอยู่คนเดียว ฝากเค้าเลี้ยง
ปฏิเสธ	หนีหมอ ทางเลือกอื่น ไม่อยากผ่า ลองหลายอย่าง

ภาคผนวก จ.

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของข้อไหล่และแขน

(โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด)

วันที่ 1 หลังการผ่าตัด 1. นอนยกแขนสูง (ปลายมือสูงกว่าต้นแขน) วางมือบนหมอน หรือยกแขนทาง 90° (อ้ารักแร้) สลับกัน
2. นอนหงายและนอนตะแคงด้านตรงข้ามกับข้างที่ตัดเต้านม เวลาตะแคงให้หมอนข้างกอดวางมือและแขนข้างเดียวกับตัดเต้านมอยู่ในระดับสูง

วันที่ 2-3 หลังการผ่าตัด 3. กำมือแบมือสลับกันเป็นระยะ ๆ วันหนึ่งอย่างน้อย 3 ครั้ง ครั้งละ 10 - 20 ที
4. ใช้แขนเดียวกับข้างที่ผ่าตัดเต้านม หวีผม รับประทานอาหาร ถ้าง่วง (โดยที่ไม่เอียงศีรษะลงตามไป)
5. ปฏิบัติตามข้อ 1, 2 เวลานอน ส่วนเวลานั่งข้างเดียวใช้หมอนหรือวางมือบนเตียง ให้สูงกว่าระดับอก เวลาเดินให้แกว่งแขนสลับกับการใช้มือ อีกข้างช่วยยกประคองแขนเดียวกับที่ผ่าตัดเต้านม

วันที่ 4-วันจำหน่าย 6. เริ่มบริหารตามท่า 10 ท่า ดังแสดงในแผ่นพับการบริหารร่างกาย หลังการผ่าตัดเต้านม ทำที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีจากง่ายไปสู่ท่ายาก เริ่มท่าทีละน้อยครั้ง ค่อยเพิ่มระยะเวลาจาก 10-30 นาที วันละอย่างน้อย 1 ครั้ง

ทำที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ทำที่ 1 ท่ายกมือขึ้นกางแขนหมุนข้อมือและไหล่

ทำที่ 2 ท่าดึงเชือกขึ้นลง เชือกช่วยพยุงแขนไม่ให้ตึงปวด เป็นท่าที่นิยมปฏิบัติ

ทำที่ 3 ท่าหมุนแขนเป็นวงกลม หรือท่าไม้แป้

ทำที่ 4 ท่ายกไม้ขึ้นลง 3 ระดับ

ทำที่ 5 ท่าไต่ฝาค้าง ถ้ามีขวดท่อนบายเลือดแบบดูดตลอดเวลาใช้การไต่กลมแทน ไต่ฝาค้าง (การค้นคิดของผู้ป่วย) ทำนี้ผู้ป่วยสามารถประเมินความสามารถการทำงานของข้อไหล่และแขนได้ได้ด้วยตนเอง จากการดูสเกลบอกตัวเลข

ท่าที่ 6 ท่าถักโครเชต์ ผู้ป่วยเอางานฝีมือมาทำจะใช้หมอนรองได้แขนสูงยกขึ้นลง
เป็นการบริหารและได้งาน หายเหงา

ท่าที่ 7 ท่าเช็ดตัว ใช้ผ้าเช็ดตัวผืนยาวเช็ดถูขึ้นลงสลับกัน 2 แขน

ท่าเดินผู้ป่วย : ใช้วิธีการหนีบกระเป๋าลือของไว้ที่แขนข้างผ่าตัดด้านม
(ยกแขนสูง) ไม่อุ้มหลาน ยกของหนัก ไม่ห้อยแขนนาน

* เมื่อกลับบ้าน : ผู้ป่วยจะใช้ท่าที่ 2 ในระยะแรกแขนใช้ไม่คล่อง ต่อมาจะใช้เพียงท่าที่ 1, 5, 6, 7 เท่านั้น การบริหารวันละหนึ่งครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที จนเหงื่อออกชุ่มก่อนอาบน้ำ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวสิริลักษณ์ จันทะระ
วัน เดือน ปีเกิด 16 เมษายน 2502

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
อนุปริญญาพยาบาลและอนามัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	2523
ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	2524
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	2525

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2525 – 2532	พยาบาลประจำการ แผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล ร.พ.ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล น.ม.หิตล
พ.ศ. 2533 – 2534	พยาบาลวิชาชีพ 5 - 6 ฝ่ายการพยาบาล ร.พ. แม่สอด จ.ตาก
พ.ศ. 2535 – 2537	พยาบาลวิชาชีพ 6 ฝ่ายการพยาบาล ร.พ.ป่าดงเบขาร์ จ.สงขลา
พ.ศ. 2538	พยาบาลวิชาชีพ 7 ว.ช.(ด้านการพยาบาล) กลุ่มงานการพยาบาล ร.พ.ป่าดงเบขาร์ จ.สงขลา
พ.ศ.2539 - ปัจจุบัน	หัวหน้าพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ อ.สะเดา จังหวัดสงขลา 90240 โทรศัพท์ (074) 521-485-6