ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังใน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Effects of the Supportive Nursing Program on Hope in Patients With Advanced Breast Cancer Receiving Chemotherapy

กฤษณา สังขมุณีจินดา

Kritsana Sungkamuneejinda

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้เขียน นางสาวกฤษณา สังขมุณีจินดา

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	**คณะกรรมการสอบ**
.....	.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)	(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)
	.....กรรมการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)
……...	……กรรมการ
(ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์)	(ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์)
	.....กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์)
	.....กรรมการ
	(รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....

(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ผู้เขียน	กฤษณา สังขมุณีจินดา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2554

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่มารับบริการ ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ และ 25 ราย เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษาที่ได้รับและแบบประเมินความหวัง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและเครื่องมือทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความหวังโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนด้วยสถิติทีคู่ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 21 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.49$, $p<.001$)

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 21 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F_{(1, 48)} = 151.81$, $p < .001$]

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความหวังเพิ่มมากขึ้นซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ในหน่วยเคมีบำบัดต่อไป

Thesis Title	Effects of the Supportive Nursing Program on Hope in Patients With Advanced Breast Cancer Receiving Chemotherapy
Author	Kritsana Sungkamuneejinda
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2011

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of the supportive nursing program on hope in patients with advanced breast cancer receiving chemotherapy. The 50 subjects attending to a chemotherapy clinic at a selected regional hospital were purposively selected and equally assigned to either the control or experimental group. The first 25 subjects in the control group were received routine care, while the later 25 subjects in the experimental group were received the Supportive Nursing Program. The instruments for data collection consisted of the demographic questionnaire and the hope questionnaire. The content validity of the program and instruments was examined by five experts. The reliability of hope questionnaire was examined and yielded the Cronbach's alpha coefficient, reliability of 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and ANCOVA. The results of the study were as follows:

The results revealed that:

1. After receiving the supportive nursing program the 21st day, the experimental group had higher mean score of hope than before receiving the program the 1st day with statistical significance at the level (t = -17.49, p<.001).

2. As for comparison of posttest score between two group, the experimental group also had higher mean scores of hope than control group with statistical significance at the level [$F_{(1,48)}$ = 151.81, p < .001].

The supportive nursing program can be used to enhance hope among patients with advanced breast cancer patient receiving chemotherapy.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญ	(6)
รายการตาราง	(9)
รายการภาพประกอบ	(10)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
สมมุติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
กรอบแนวคิด	5
นิยามศัพท์	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	9
โรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม	10
ความหมายมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม	10
การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามด้วยยาเคมีบำบัดและผลข้างเคียง	10
การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด	13
ผลกระทบของมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและการได้รับยาเคมีบำบัด	14
ความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด	16
แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง	16
คุณค่าของความหวัง	17
ประเภทและมิติของความหวัง	18

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

กระบวนการของความหวัง..... 20
ปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด..... 21
ความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด..... 23
เครื่องมือในการประเมินระดับความหวัง..... 24
การศึกษาที่เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความหวัง..... 26
การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. 28
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม..... 28
ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม..... 28
แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม..... 30
โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้ในผู้ป่วย..... 31
โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนา..... 33
สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม..... 35
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย..... 36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 36
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง..... 36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 37
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... 40
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... 41
การดำเนินการวิจัย..... 41
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 43
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... 45
ผลการวิจัย..... 45
การอภิปรายผล..... 51

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	55
สรุปผลการวิจัย	55
ข้อจำกัดการวิจัย	56
ข้อเสนอแนะ	56
บรรณานุกรม	59
ภาคผนวก	70
ก. ข้อตกลงเบื้องต้นในการการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ	71
ข. การคำนวณขนาดอิทธิพล	72
ค. ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	73
ง. งบประมาณการวิจัย	75
จ. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	76
ฉ. เครื่องมือที่ใช้ในการสนับสนุนทางการพยาบาล	80
ช. ตัวอย่างคู่มือการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด	91
ซ. หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	98
ฌ. กราฟแสดงความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังในวันที่ 1 และ 21 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	99
ญ. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	100
ฎ. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	101
ประวัติผู้เขียน	102

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และผลความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์.....	46
2	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในวันที่ 1 และวันที่ 21.....	49
3	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่..	51
4	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 21 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม.....	50

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด.....	7
2	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	44

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายไปสู่ระบบต่างๆ ของร่างกายได้ง่ายและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง (กิติ, 2547) เนื่องจากสาเหตุของโรคมะเร็งเต้านมยังไม่เป็นที่ทราบชัดเจน แต่เชื่อว่ามีปัจจัยในเรื่อง เพศ อายุ สิ่งแวดล้อม ฐานะทางสังคม การใช้ยาคุมกำเนิด เป็นต้น เป็นสิ่งกระตุ้นในการเกิดมะเร็งเต้านม (กริช, 2545; สุรพงศ์, 2547ก; Bottomley, 2003; Lee, Park, & Park, 2008; Mohsin et al., 2003; Pinder et al., 2003) โดยทั่วไปพบว่าสตรีมักตรวจพบมะเร็งเต้านมล่าช้าและอยู่ในระยะลุกลาม (Songklanagarind Tumor Registry, 2009) ซึ่งหมายถึง มะเร็งเต้านมในระยะที่ 3 ขึ้นไป ก้อนมะเร็งจะมีขนาดต่างๆ หรือโตมากกว่า 5 ซม. คลำพบต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกันและมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (กิติ, 2547ก; Cancer Council Victoria, 2008)

ในปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลามมีหลายวิธี แต่วิธีหนึ่งซึ่งนิยมใช้กันคือ การรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพออกฤทธิ์ทั่วร่างกาย (สาวิตรี, 2547; Ballou & Tseng, 1995; Cancer Council Victoria, 2008) อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อให้เกิดผลข้างเคียงแก่ผู้ป่วยได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ผมร่วง แผลในปาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และไม่มีกำลังใจในการรักษา (เพียงใจ, 2545; Ballou & Tseng, 1995; Brown et. al, 2009; Cancer Council Victoria, 2007; Koski & Venner, 2003; McIlfatrick, Sullivan, McKenna & Parahoo, 2007)

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดส่งผลต่อจิตสังคมและจิตวิญญาณผู้ป่วยเช่นกัน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรับรู้เกี่ยวกับโรคว่าเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงใกล้เคียงกับความตายต้องประสบกับความทุกข์ทรมานมะเร็งเต้านม เป็นสัญลักษณ์ของโรคที่หมดหวังในการรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยกระทบด้วยโรคมะเร็งเต้านมว่า เป็นสิ่งบั่นทอนและทำลายความหวัง (จุฬาวรรณ, 2544) หากการรักษาด้วยเคมีบำบัดแล้วอาการไม่ดีขึ้น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะรู้สึกเศร้าโศก วิตกกังวลถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต (Svensson, Brandberg, Einbeigi, Hatschek, & Ahlberg, 2009)

ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากตาย และทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และหมดกำลังใจในการรักษาต่อไปได้ (Rodin et al., 2009) มีการศึกษา พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง เต้านมระยะลุกลามและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดย่อมมีอาการแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความหวังของผู้ป่วย (Mystakidou et al., 2006; Yennurajalingam, Palmer, Zhang, Poulter, & Bruera, 2008) นอกจากนี้สำหรับในบริบทของสังคมไทย วงศ์หงส์กุล และคณะ (Wonghongkul et al., 2000) ศึกษาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อเจ็บป่วย โดยการประเมินความเครียดและความหวังเมื่อรอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตจะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหมดหวังและทำให้ความสามารถในการเผชิญและแก้ปัญหาลดลง

ความหวังเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ การศึกษาของกิปสันและปาร์เกอร์ (Gibson & Parker, 2003) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์โดยเป็นแรงผลักดันในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และความหวังช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีสุขภาพจิตที่ดี เฮิร์ท (Herth, 2000) กล่าวว่า ความหวังเป็นความรู้สึกและพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความเชื่อมั่นว่าจะได้รับในสิ่งดีๆ ในอนาคต อย่างไรก็ตามความหวังมีความเป็นพลวัตร อาจมีการแปรเปลี่ยนได้จากมีความหวังเป็นความสิ้นหวังได้ตลอดเวลา (Cutcliffe & Herth, 2002) หากผู้ป่วยมีความหวังในการรักษาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการมีชีวิตต่อไปและสามารถที่จะริเริ่มการกระทำและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ของตนเองในการดำเนินชีวิตและต่อสู้กับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Benzein & Saveman, 1998) ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยหมดหวังในการรักษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปจึงอาจคิดฆ่าตัวตายได้ (Kylma, 2005)

อีไบร์ทและไลออน (Ebright & Lyon, 2002) ศึกษา เรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับความหวังและปัจจัยที่มีผลในการส่งเสริมความหวังในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม พบว่า ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการลุกลามของโรคมากขึ้น ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อความหวัง ได้แก่ ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Dufault & Martocchio, 1985; Farran et al., 1992) ประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาทั้งของตนเองและผู้อื่น (Cutcliffe & Herth, 2002; Dufault & Martocchio, 1985) ความสามารถทางปัญญา ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาและแรงสนับสนุนทางสังคม (ธนพัฒน์, 2550; Dufault & Martocchio, 1985; Farran & Mccann, 1989; Farran & Popovich, 1990) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการพึ่งพาอาศัยกันในสังคมเพื่อให้บุคคลสามารถบรรลุ เป้าหมายของตัวเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ และเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สามารถปรับตัวในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ (Borneman, Stahl, Ferrell, & Smith, 2002; Hogan, Linden, & Najarian, 2002)

ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดความหวังของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้นและสามารถส่งผลให้ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ ในระดับสูง (Ebright & Lyon, 2002) โดยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเซลเตอร์ โฟเลย์และทีเซลล์ (Salter, Foley, & Teasell, 2009) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและมีคุณค่าในตัวเอง

การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยมีหลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล การให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่ม และการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานระหว่างรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น การศึกษาของครอเชอร์ ทอมเตอร์ และการ์สเก (Crothers, Tomter, & Garske, 2005) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมแบบเชิงวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับความพอใจ และการเกิดความหวังในผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การให้สุขศึกษา การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และการจัดการความเครียด พบว่าช่วยลดความเครียดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าและรู้สึกโดดเดี่ยวและช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกสามารถเผชิญปัญหาได้ (Fukui, Koike, Ooba, & Uchitomi, 2003) ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจะรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและมีความหวังในการรักษาเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพจากครอบครัว กลุ่มเพื่อนและจากกลุ่มวิชาชีพ (Mattioli, Repinski, & Chappy, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซิงเลทารี่ กู๊ดไวและคาร์เทอร์ (Singletary, Goodwyn, & Carter, 2009) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคล มีความหวังและเข้มแข็งในการเผชิญปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ (จิรพร, 2550; บังเอิญ, 2550; พนิดา, 2550; พิกุล, 2550; พรทิพย์, 2550; พรนภา, 2550) และแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัวหรือจากผู้ชำนาญตามองค์กรวิชาชีพ (Hogan et al., 2002) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Salter et al., 2009) โดยช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวังในผู้ป่วยผู้ชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (Weber, et al., 2004) แต่สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดยังมีการศึกษาในขอบเขตที่จำกัด ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงของความหวังได้ตลอดเวลาและอาจเกิดความรู้สึกหมดหวังในการรักษาเมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้น (Bedell, 2000) สำหรับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ

ลุกลามที่มารับเคมีบำบัด ได้รับการดูแลนั้นจะให้การดูแลตามอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของโรค และเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง ร่วมกับการให้เอกสารอ่านประกอบ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับบริการในแต่ละวันมีจำนวนมาก ซึ่งอาจส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลแบบสม่ำเสมอแก่ผู้ป่วยทุกรายได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของความหวังในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป ทางผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดโดยมีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อการประเมินการเกิดอาการแทรกซ้อนและการจัดการอาการ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการอาการ และช่วยเสริมสร้างความหวังให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดในการดำรงชีวิตอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะต่อสู้กับอาการที่เกิดขึ้นทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อน (วันที่ 1) และหลัง (วันที่ 21) ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน
2. เพื่อเปรียบเทียบความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลัง (วันที่ 21) เข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนมีคะแนนความหวังสูงกว่าคะแนนความหวังก่อน (วันที่ 1) เข้าโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนหรือไม่
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนความหวังสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) หรือไม่

สมมุติฐานของการวิจัย

1. คะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลัง (วันที่ 21) เข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนสูงกว่าคะแนนความหวังก่อน (วันที่ 1) ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน

2. คะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง) สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 50 ราย

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่นำมาใช้ คือ แนวคิดเกี่ยวกับความหวังของเฮิร์ท (Hert, 1992) กับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981)

ความหวังตามแนวคิดของเฮิร์ท (Hert, 1992) หมายถึง ความคาดหวังโดยมีความเชื่อมั่นที่จะได้รับหรือประสบแต่สิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งเฮิร์ทได้ปรับเปลี่ยนมิติทางด้านของความหวังโดยรวมด้านที่คาบเกี่ยวกันเข้าด้วยกัน ได้เป็น 3 ด้าน คือ (1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (inner sense of temporality and future) เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคต (2) ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (inner positive readiness and expectancy) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ เป็นความรู้สึกพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (inner connectedness with self and others) เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ

ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีโอกาสลดลงได้ เนื่องจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลและการสนับสนุนจากพยาบาลเพื่อส่งเสริมความหวัง มีการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความหวังอย่างมีนัยสำคัญ (p<.01) (Ebright & Lyon, 2002) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

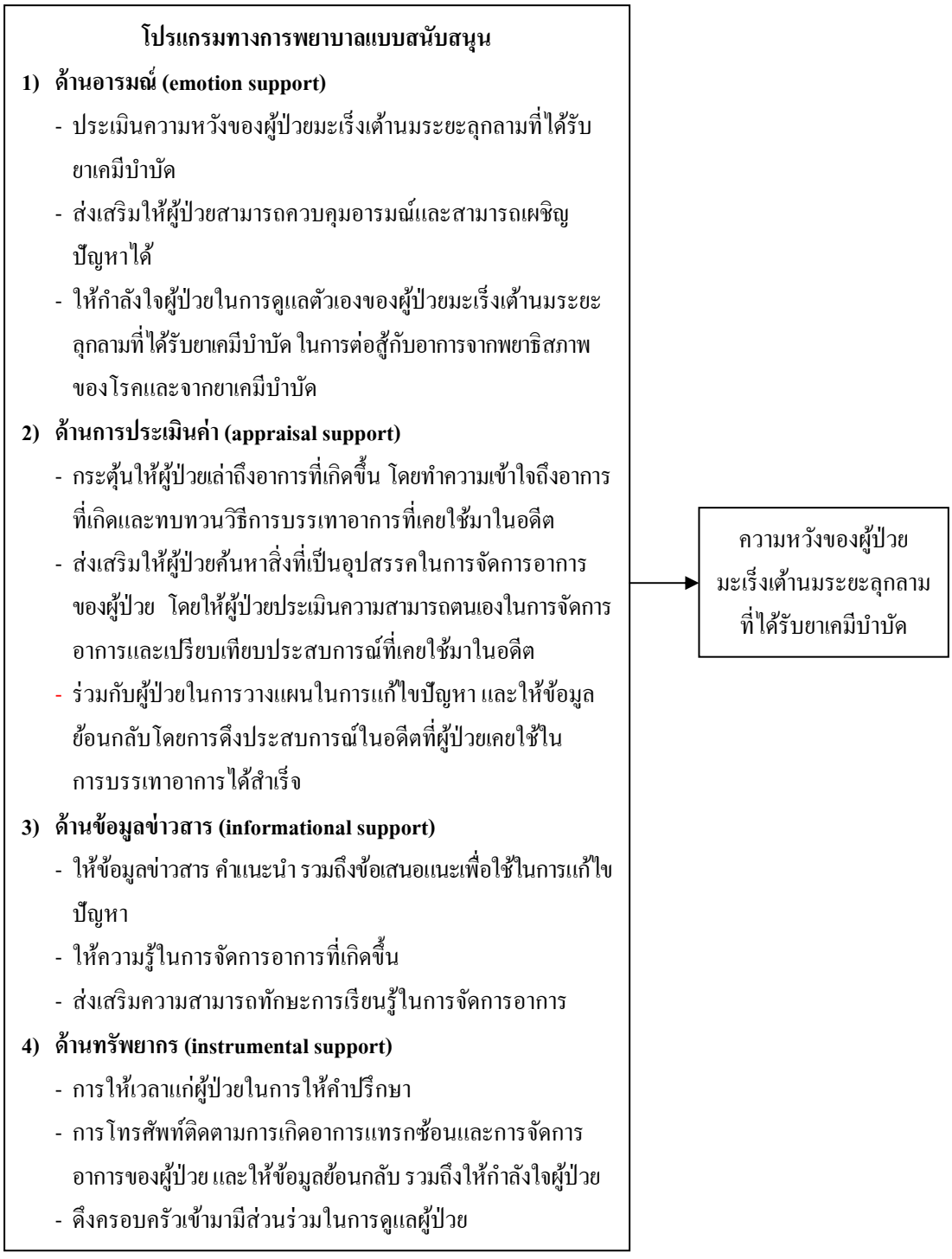
การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) หมายถึง การช่วยเหลือโดยมีการพึ่งพาอาศัยกันในสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ซึ่งบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและเฮาส์ ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้านได้แก่

1) ด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการให้ความห่วงใยเห็นอกเห็นใจ ให้ความผูกพัน ให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ ความไว้ใจและการรับฟัง บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจในการดูแลตัวเองและช่วยค้นหาแรงยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

2) ด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการยอมรับในการกระทำ มีการยกย่องชมเชย เพื่อนำไปใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมของตนและผู้อื่น บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อค้นหาความหวังในการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองและมีความมั่นใจในตัวเองในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น

3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ ได้แก่ การให้ข้อมูล หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะแห่งการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง

4) ด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการให้การช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร การให้เวลาในการให้คำปรึกษาในการจัดการกับอาการและการดึงครอบครัวเข้ามามี ส่วนร่วมเพื่อให้การช่วยเหลือในส่วนของ วัตถุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา การปรับสิ่งแวดล้อม หรือการให้บริการต่างๆ โดยตรง บทบาทของพยาลในการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ ได้แก่ การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเวลาโดยให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการให้คำปรึกษา



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

นิยามศัพท์

โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน หมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนจากผู้วิจัย โดยใช้กระบวนการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ เป็นการให้ความห่วงใยเห็นอกเห็นใจ ให้ความผูกพัน ให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ ความไว้ใจและการรับฟัง 2) ด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการยอมรับในการกระทำ มีการยกย่องชมเชย เพื่อนำไปใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมของตนและผู้อื่น 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา 4) ด้านทรัพยากร เป็นการให้การช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา การปรับสิ่งแวดล้อม หรือการให้บริการต่างๆ โดยตรง

การพยาบาลปกติ หมายถึง การพยาบาลตามรูปแบบและตามกิจกรรมของหน่วยเคมีบำบัด ได้แก่ การสอบถามอาการที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งก่อนในวันที่มารับยาเคมีครั้งถัดไป การแจกเอกสารแผ่นพับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโทรมาสอบถามข้อสงสัยในการปฏิบัติตัวได้

ความหวัง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองโดยการคาดหมายว่าจะได้รับสิ่งดีๆ ในเหตุการณ์นั้น และมีความเชื่อมั่นในทางบวกที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต โดยใช้แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท Herth Hope Index (1992) แปลเป็นไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) ซึ่งประเมินความหวังในด้านต่างๆ 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและความคาดหวังในทางบวก และด้านที่ 3 ความสัมพันธ์ภายในตนเองและระหว่างตนเองกับผู้อื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวังในการดำรงชีวิตต่อไป

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎี ตลอดจนการทบทวน ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. โรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม
    1.1 ความหมายมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม
    1.2 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามด้วยเคมีบำบัดและผลข้างเคียง
    1.3 การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับเคมีบำบัด
    1.4 ผลกระทบของมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและการได้รับเคมีบำบัด
2. ความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
    2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง
    2.2 คุณค่าของความหวัง
    2.3 ประเภทและมิติของความหวัง
    2.4 กระบวนการของความหวัง
    2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
    2.6 ความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
    2.7 เครื่องมือในการประเมินความหวัง
    2.8 การศึกษาที่เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความหวัง
3. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
    3.1 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
    3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
    3.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม
    3.4 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้ในผู้ป่วย
    3.5 โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนา
4. สรุปผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

มะเร็งเต้านมนับว่าเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรี จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับ 1 (American Cancer Socity, 2008) สำหรับในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งปากมดลูก (Songklanagarind Tumor Registry, 2009) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม มีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ฐานะทางสังคมการใช้ยาคุมกำเนิด เป็นต้น (สุรพงศ์, 2547ก; Bottomley, 2003; Lee et al., 2008; Mohsin et al., 2003; Pinder et al., 2003) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มาเข้ารับการรักษาล่าช้าและมักอยู่ในระยะลุกลาม (Songklanagarind Tumor Registry, 2009)

ความหมายมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม หมายถึง มะเร็งตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป ซึ่งตามคำจำกัดความ คือ มะเร็งเต้านมที่มีสิ่งต่อไปนี้ (กิติ, 2547ก; สุรพงษ์, 2547ข; Cancer Council Victoria, 2008) ได้แก่

T3N1M0	หมายถึง	ก้อนมะเร็งขนาดมากกว่า 5 ซม. และคลำต่อมน้ำเหลืองที่ข้างเดียวกันได้ และเคลื่อนไหวได้ เซลล์มะเร็งไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ
T0-3 N2 M0	หมายถึง	ก้อนมะเร็งที่มีขนาดต่างๆ คลำพบต่อมน้ำเหลืองที่ข้างเดียวกันได้แต่ยึดแน่นไม่เคลื่อนไหว และไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกล
T4N0-3 M0	หมายถึง	ก้อนมะเร็งขนาดต่างๆ ที่มีการยึดติดกับผนังทรวงอกหรือผิวหนังก้อนที่เต้านม อาจจะคลำต่อมน้ำเหลืองที่ข้างเดียวกันได้ เคลื่อนไหวได้หรือไม่ได้ และอาจมีการกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองด้านใน หรืออาจมีการอักเสบร่วมด้วย และไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกล

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามด้วยยาเคมีบำบัดและผลข้างเคียง

การรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลามได้แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การรักษาเฉพาะที่ ได้แก่ การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา และการรักษาทั้งระบบ ได้แก่ การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด และการรักษาด้วยเคมีบำบัด (จตุรงค์ และนรินทร์, 2546; ประสาน และนรินทร์, 2546; สาวิตรี, 2547) เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีการแพร่กระจาย (systemic disease) และส่วนใหญ่จะตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมเมื่อมีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นและต่อมน้ำเหลืองแล้ว ทำให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดมีบทบาทมากขึ้น

ในการรักษาแบบเสริม เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถออกฤทธิ์ได้ทั่วร่างกายทำให้สามารถรักษาได้ครอบคลุม พบว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคได้และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย นับได้ว่าเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง (สาวิตรี, 2547; Campbell, Lane, Martin, Gelmon, & McKenzie, 2007) การตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่ได้รับ คุ้มต่อความเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียง ผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ในไขกระดูก เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เซลล์รากผม เป็นต้น รวมทั้งคุณภาพชีวิต ในปัจจุบันการให้ยาเคมีบำบัดนิยมนำยาแต่ละตัวจากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกัน และใช้ยาที่มีคุณสมบัติเสริมฤทธิ์กัน และมีอาการข้างเคียงที่แตกต่างกัน การรักษาด้วยเคมีบำบัดหลายตัวร่วมกันจะช่วยลดการเกิดอาการข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการข้างเคียงของยาได้ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา (สาวิตรี, 2547)

สำหรับยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่นำมาใช้ในโรงพยาบาลส่วนมากมีทั้งหมด 4 สูตร ได้แก่ 1) สูตรซีเอ็มเอฟ (CMF) ประกอบด้วย ซัยโคลฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide: C) เมทโทเทรกเสท (methotrexate: M) และไฟฟ์-ฟลูโอโรยูราซิล (5-fluorouracil: F) 2) สูตรเอฟเอซี (FAC) ประกอบด้วย ไฟฟ์-ฟลูโอโรยูราซิล (5-fluorouracil: F) อะเดรียมียซิน หรือ ด๊อกโซรูบิซิน (adriamicin: A or doxorubicin) และซัยโคลฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide: C) 3) สูตรเอฟอีซี (FEC) ประกอบด้วย ไฟฟ์-ฟลูโอโรยูราซิล (5-fluorouracil: F) อีพิรูบิซิน (epirubicin: E) และซัยโคลฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide: C) และ 4) สูตรเอซี (AC) ประกอบด้วย อะเดรียมียซิน หรือด๊อกโซรูบิซิน (adriamicin: A or doxorubicin) และซัยโคลฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide: C) ซึ่งยาทั้งสี่ชุด จะให้ทางหลอดเลือดดำ ยาทุกชุดจะให้ทุก 21 วัน การเลือกให้ยาชุดใดแก่ผู้ป่วยจะดูอาการของผู้ป่วยและปฏิกิริยาตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละราย การได้รับยาเคมีบำบัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงตามกลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดที่พบบ่อยในการรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลาม และอาการข้างเคียง จำแนกตามกลุ่มยาที่ใช้บ่อย (Wilkes & Barton-Burke, 2006) มีดังต่อไปนี้

1. ซัยโคลฟอสฟามายด์ เป็นยาเคมีบำบัดที่อยู่ในกลุ่มอัลคาไลน์ติ้ง เอเจนท์ (alkylating agent) ออกฤทธิ์ไม่เฉพาะเจาะจงต่อวงจรชีพของเซลล์ ทำให้เกิดการไขว้สายของดีเอ็นเอ (DNA) จึงไม่มีการสร้างดีเอ็นเอขึ้นใหม่และการแบ่งตัวของเซลล์

อาการข้างเคียงของซัยโคลฟอสฟามายด์ ได้แก่

ผลต่อผม เล็บ และผิวหนัง: ผมร่วง เล็บ และผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ ท้องเสีย และพิษต่อตับ

ผลต่อไขกระดูก: กดไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือดและเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้มีการติดเชื้อ เลือดออกง่าย

ผลต่อกระเพาะปัสสาวะ: อาจทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะเป็นเลือดได้

2. เมทโทเทรกเสท (methotrexate: M) เป็นยาเคมีบำบัดที่จัดอยู่ในกลุ่มแอนตี้เมทตาบอไลท์ (antimetabolite) ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อวงจรชีพของเซลล์ ยาไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ดีไฮโดรโฟเลทรีดักเทส (enzyme dihydrofolate reductase) ซึ่งยับยั้งการเปลี่ยนกรดโฟลิกเป็นกรดเตตราไฮโดรโฟลิก (tetrahydrofolic acid) มีผลระงับการสร้างสารตั้งต้นของดีเอ็นเอ อาร์เอ็นเอ (RNA) ทำให้ไม่เกิดการสร้างดีเอ็นเอและอาร์เอ็นเอ

อาการข้างเคียงของเมทโทเทรกเสท (methotrexate: M)

ผลต่อปอด: อาจปอดอักเสบทำให้เกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซ

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ ท้องเสีย และพิษต่อตับ

ผลต่อไขกระดูก: กดไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือดและเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้มีการติดเชื้อ เลือดออกง่าย

3. ไฟฟ์-ฟลูโอโรยูราซิล (5-fluorouracil: F) เป็นยาเคมีบำบัดที่จัดอยู่ในกลุ่ม antimetabolite ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อวงจรชีพของเซลล์ ต่อต้านการเผาผลาญสารอาหาร โดยเข้าไปทำให้เกิดความผิดปกติในอาร์เอ็นเอซึ่งมีผลต่อการสร้างดีเอ็นเอด้วย

อาการข้างเคียงของไฟฟ์-ฟลูโอโรยูราซิล (5-fluorouracil: F)

ผลต่อผม เล็บ และผิวหนัง: ทำให้ผมร่วง เล็บ และผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กระเพาะอาหารอักเสบ และท้องเสีย

ผลต่อไขกระดูก: กดไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือดและเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้มีการติดเชื้อ เลือดออกง่าย

4. อะเดรียไมยซิน (adriamicin) หรือด๊อกโซรูบิซิน (doxorubicin) เป็นยาเคมีบำบัดที่จัดอยู่ในกลุ่มแอนทราไซคลีน แอนตี้ไบโอติก (anthracycline antibiotics) ออกฤทธิ์ไม่เฉพาะเจาะจงต่อวงจรชีพของเซลล์ ยาจะไปจับกับดีเอ็นเอและยับยั้งการสร้างดีเอ็นเอ การสร้างอาร์เอ็นเอที่ต้องพึ่งดีเอ็นเอ

อาการข้างเคียงของอะเดรียไมยซิน (adriamicin) หรือด๊อกโซรูบิซิน (doxorubicin)

ผลต่อผม เล็บ และผิวหนัง: ทำให้ผมร่วง เล็บ และผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ

ผลต่อไขกระดูก: กดไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือดและเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้มีการติดเชื้อ เลือดออกง่ายและซีด

ผลต่อระบบหัวใจ: ซึ่งจะแสดงอาการของ โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) หรือโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiomyopathy)

5. อีพิรูบิซิน (epirubicin: E) เป็นยาเคมีบำบัดที่จัดอยู่ในกลุ่ม antitumor antibiotics ออกฤทธิ์ไม่เฉพาะเจาะจงต่อวงจรชีพของเซลล์ ยาจะไปจับกับดีเอ็นเอและยับยั้งการสร้างดีเอ็นเอ การสร้างอาร์เอ็นเอที่ต้องพึ่งดีเอ็นเอ

อาการข้างเคียงของอีพิรูบิซิน (epirubicin: E)

ผลต่อผม เล็บ และผิวหนัง: ทำให้ผมร่วง เล็บ และผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ

ผลต่อไขกระดูก: กดไขกระดูกทำให้การสร้างเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือดและเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้มีการติดเชื้อ เลือดออกง่ายและซีด

ผลต่อระบบหัวใจ: ซึ่งจะแสดงอาการของ โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) หรือโรคของกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiomyopathy) จากกลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดทำให้มีอาการข้างเคียงที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งอาการต่างๆ ล้วนแล้วแต่มีผลต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด

เนื่องจากการรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลามด้วยยาเคมีบำบัดเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งอาจเกิดอาการเป็นพิษได้ เพราะขนาดของยาที่ใช้ต้องมีปริมาณที่มากเพียงพอเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง และต้องใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ใช้ยาเคมีเพื่อการบำบัดรักษาจึงต้องมีความระมัดระวังและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดังนี้ (สาวิตรี, 2547; Campbell et al., 2007)

ก่อนการให้ยาเคมีบำบัดแต่ละครั้ง จะต้องมีการตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด กรณีได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก จะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลและเภสัชกรเกี่ยวกับระยะเวลาที่ให้ยา อาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเฉพาะตัวบุคคล ซึ่งผลที่เกิดขึ้นอาจไม่เหมือนกันในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้จะได้รับตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) ตรวจดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) ตรวจดูการทำงานของตับ (liver function test) และไต (blood urea nitrogen, creatinine) สำหรับในการให้ยาเคมีแก่ผู้ป่วยครั้งต่อไปจะต้องตรวจดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดทุกครั้ง และจะติดตามตรวจตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจดูการทำงานของตับและไต ทุก 3 เดือน

ผลกระทบของมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

มะเร็งเต้านมระยะลุกลามเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานร่วมกับการได้รับเคมีบำบัด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบทางด้านร่างกายเกิดจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม จะมีอาการอยู่ระหว่าง 5 - 10 อาการ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ผมร่วง แผลในปาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน วิตกกังกล สูญเสียและซึมเศร้า (Crown, 2003; Chernecky, 1999; Dolle et al., 2009; Gelinas & Fillion, 2004; Schreier & Williams, 2004; Williams, Ducey, Sears, Williams, & Tobin-Rumelhart, 2000) เป็นต้น อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดเพียงอาการเดียวแต่เกิดขึ้นเป็นกลุ่มอาการ คือ เกิดขึ้นร่วมกันและส่งผลต่อกัน สามารถสรุปอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามได้ ดังนี้

1.1 อาการปวด

อาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Mystakidou et al., 2006) สำหรับอาการปวดเกิดจากก้อนมะเร็งไปกดเบียดอวัยวะอื่น กดทับเส้นประสาท หรือกดกระดูก เป็นผลให้มีการบาดเจ็บของโครงสร้างกล้ามเนื้อหรืออวัยวะภายในร่างกายทำให้มีการกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความเจ็บปวดที่มีตามผิวหนัง อวัยวะภายในกล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ซึ่งเป็นอาการปวดทางด้านร่างกาย (nociceptive pain) ทำให้มีอาการปวดแบบเสียดแทง เจ็บตื้อๆ หรือเจ็บเหมือนโดนกด อาการปวดแบบนี้จะสามารถบอกตำแหน่งได้ (สุรพงษ์, 2547ค) สำหรับอาการปวดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่วนมากจะพบว่ามีอาการปวดทางระบบประสาท (neuropathic pain) จะมีอาการปวดแบบแสบร้อน เสียดแทง ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (Wilkes & Barton-Burke, 2006)

1.2 อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า

อาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยล้าเป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ครั้งที่ 3 นอกจากนี้ยังพบว่า อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า จะยังคงมีอาการในระดับเล็กน้อยอยู่ประมาณ 2 เดือน หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครั้งสุดท้าย (Berger, Higginbotham, 2000; Williams et al., 2000) อาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้ทั้งจากพยาธิสภาพจากโรคและจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด เกิดจากการขาดน้ำ ขาดอาหาร ความไม่สมดุลของเกลือแร่ และการสะสมของของเสียในร่างกายจากการทำลายของเซลล์มะเร็งและจากเคมีบำบัดโดยไปกดการทำงานของไขกระดูก ซึ่งจะทำให้ความเข้มข้นของเลือดต่ำ ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมี

อาการอ่อนเพลียอ่อนล้า (Bower et al., 2000) ซึ่งอาการอ่อนเพลียมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Dirksen, Belyea, & Epstein, 2009) ความเหนื่อยล้ายังมีความสัมพันธ์กับความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่งผลให้ผู้ป่วยอาจขาดการรักษาหรือการรักษาไม่เป็นไปตามกระบวนการทำให้เพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำหรือเพิ่มการแพร่กระจายของโรคมากขึ้น (Lee, 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าความอ่อนเพลีย และเหนื่อยล้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการลดอาการปวด และผู้ป่วยจะเกิดความเครียด วิตดกังวล รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกแยกออกจากผู้อื่นส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าได้ (Yennurajalingam et al., 2008)

1.3 ผมร่วง

ผมร่วงเป็นอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่เข้าไปทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวด้วย คือ เซลล์รากผม อย่างไรก็ตามผมที่หลุดร่วงจากการได้รับยาเคมีจะกลับมางอกใหม่หลังจากได้รับยาประมาณเดือนที่ 3 หรือ 6 หลังหยุดยา (Cancer Council Victoria, 2008) ซึ่งในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดและมีอาการผมร่วง อาการผมร่วงไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อทางด้านร่างกาย แต่จะส่งผลถึงสภาพจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะขาดความมั่นใจในบุคลิกความเป็นตัวของตัวเองได้ขาดหายไป และรู้สึกอาย (Cancer Council Victoria, 2007)

1.4 แผลในปาก เบื่ออาหาร

แผลในปาก เบื่ออาหาร เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดที่มีต่อเซลล์เนื้อเยื่อบุช่องปากทำให้อักเสบซึ่งจะเกิดได้ในวันที่ 3-7 หลังจากได้รับเคมีบำบัดและจะมีอาการแผลในปากใน 3-5 วันต่อมา และจะมีอาการอยู่นาน 2-3 สัปดาห์ จากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบและเกิดแผลในปากส่งผลให้ความยากอาหารของผู้ป่วยลดลง จนเบื่ออาหาร (Karagozoglu & Ulusoy, 2004) ผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดแผลในปากหลังได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยล้า วิตกกังวล และมีปัญหาในการนอนหลับ (Brown et al., 2009)

1.5 คลื่นไส้ อาเจียน

ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะก่อให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยเมื่อยาเคมีบำบัดดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ผ่านไปที่ส่วนต้นของลำไส้เล็ก ยาเคมีจะไปกระตุ้นเซลล์ในลำไส้เล็กให้สร้างสารสื่อประสาท ซึ่งสารนี้จะไปจับกับตัวรับสารสื่อประสาทที่ผนังของลำไส้เล็ก แล้วส่งกระแสประสาทไปที่สมองไปกระตุ้นส่วนที่ควบคุมการอาเจียนจึงทำให้เกิดการอาเจียน (Dibble et al., 2007; Lee, Dibble, Pickett, & Luce, 2005) เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนติดต่อกันจะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารและน้ำได้ผู้ป่วยจึงมีอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Dodd et al., 2001)

2. ผลกระทบทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรคปฏิกิริยาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกสูญเสีย รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต (Carr, House, Wortman, Nesse, & Kessler, 2001; Wonghongkul et al., 2000; Woodward & Webb, 2000) โดยเฉพาะถ้าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด แต่อาการไม่ดีขึ้นและมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งจนเข้าสู่ระยะลุกลามผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะรู้สึกเศร้าโศก วิตกกังวลถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต (Svensson et al., 2009) กิปสันและปาร์เกอร์ (Gibson & Parker, 2003) ได้ทำการศึกษาถึงแหล่งที่มาของแรงผลักดันทางด้านจิตใจในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิต พบว่า แรงผลักดันในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีสุขภาพจิตที่ดีในการดำเนินชีวิตต่อไป คือ ความหวัง

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดนอกจากจะต้องทนทุกข์ทรมานจากผลกระทบของอาการทางด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาจากเคมีบำบัดแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังส่งผลให้ความสามารถในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นในระยะลุกลามของโรคที่ได้รับการรักษาลดลง (Rodin et al., 2009; Woodward & Webb, 2000) มีความปรารถนาในการมีชีวิตอยู่ลดลง การได้รับการส่งเสริมความหวัง จึงนับว่ามีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหวังเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต เมื่อบุคคลมีความหวังก็ย่อมที่จะพยายามกระทำสิ่งต่างๆ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะตกอยู่ในภาวะใดก็ตาม ซึ่งอาจอยู่ในภาวะที่เป็นสุขมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงหรืออยู่ในภาวะที่เป็นทุกข์ มีภาวะของการเจ็บป่วย บุคคลนั้นอาจถือได้ว่ากำลังเผชิญกับภัยอันตรายอย่างหนึ่ง จึงพยายามหาทางออกให้แก่ตนเองอย่างมีความหวัง และจะพยายามกระทำสิ่งต่างๆ ให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนหวัง

เฮิร์ท (Hert, 1992) ได้ให้ความหมายของความหวังไว้ว่า เป็นความคาดหวังโดยมีความเชื่อมั่นที่จะได้รับหรือประสบแต่สิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งความหวังเป็นกระบวนการของความคิด การรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออกและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการคาดหมายต่อเหตุการณ์ที่ดีอย่างต่อเนื่องและความเชื่อมั่นในทางบวก ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าการกระทำของตนจะนำ

ไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังในอนาคต (Dufault & Martocchio, 1985; Farran & Popovich, 1990; Herth, 1990) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต เป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีลักษณะเป็นพลวัตเปลี่ยนแปลงได้ตามอายุ เวลา และสถานการณ์ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ยุ่งยากได้ (Bauer-Wu, 2005)

ความหวังเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการตราบเท่าที่มีชีวิตอยู่ (Herth, 2000) ความหวังจึงมีความสำคัญ และเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต (Vellone et al., 2006) เพราะความหวังจะช่วยให้เกิดแรงผลักดันที่จะช่วยให้บุคคลก้าวไปข้างหน้าอย่างมีกำลังใจ ซึ่งเป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจในการเผชิญความจริงโดยคาดการณ์ไว้ว่าสิ่งเลวร้ายจะไม่เกิดขึ้น หรือถ้าเกิดขึ้นคงมีหนทางในการแก้ไข (Bauer-Wu, 2005) ความหวังจึงมีความสำคัญต่อบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและภาวะที่กำลังเผชิญกับระยะวิกฤตโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับกับความการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสามารถที่จะปรับตัวได้ (Vellone et al., 2006)

คุณค่าของความหวัง

ความหวัง เปรียบเสมือนพลังที่เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Herth, 1990; Miller, 1992; Stoner, 1997) บุคคลทุกคนจะต้องมีความหวังอยู่ในระดับหนึ่งไม่ว่าจะอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หรือเจ็บป่วย หรือเมื่อต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยุ่งยากเพียงใดก็ตาม โดยเฉพาะในขณะที่บุคคลประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต หรือรู้สึกทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยความไม่แน่นอน การสูญเสีย การพลัดพราก (Kylma, 2005) นอกจากนี้ความหวังยังส่งผลให้บุคคลมีความกระตือรือร้นในการแสวงหาแนวทางในการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล จึงอาจกล่าวได้ว่าความหวังเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญกับความเครียด โดยเฉพาะในภาวะที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ซึ่งเป็นสภาพที่ต้องการความหวังอย่างมากในการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ ความหวังจึงมีบทบาทสำคัญยิ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยของตนได้ อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Hall, 1994; Miller, 1985) และมีความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Carson, Soeken, Shanty, & Terry, 1990)

ประเภทและมิติของความหวัง

ดูฟอลท์และมาท็อคชโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ได้แบ่งประเภทของความหวังออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ความหวังทั่วไป และ 2) ความหวังเฉพาะ

1. ความหวังทั่วไป (generalized or global hope) เป็นความหวังที่มีความเป็นนามธรรมสูง ขอบเขตกว้าง เปรียบเสมือนสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ แต่จะช่วยป้องกันความสิ้นหวัง (despair) เมื่อบุคคลประสบความล้มเหลวในความหวังเฉพาะ ทำให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งความหมายในชีวิต ทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยมีความหวังทั่วไปเป็นแรงจูงใจที่รับผิดชอบต่อชีวิต ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างรอบคอบ มีความยืดหยุ่น

2. ความหวังเฉพาะ (particularized or specific hope) เป็นความหวังที่มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม เป็นสิ่งที่สำคัญต่อชีวิต ก่อให้เกิดพลังในการปรับตัวต่ออุปสรรคต่างๆ

บุคคลทุกคน จะมีความหวังทั่วไปและความหวังเฉพาะอยู่ในปริมาณแตกต่างกันไปในบางสถานการณ์ ความหวังทั่วไปจะเด่นชัดมาก ได้แก่ในสถานการณ์ 1) เมื่อความหวังเฉพาะถูกคุกคามอย่างรุนแรง 2) เมื่อความหวังเฉพาะได้รับความสนใจน้อยมากเพราะมีความไม่แน่นอนสูง 3) เมื่อความหวังเฉพาะไม่เป็นจริง และ 4) เมื่อความหวังเฉพาะมีความเป็นไปได้น้อย บางสถานการณ์บุคคลอาจมีแต่เฉพาะความหวังทั่วไป เช่น ผู้ป่วยใกล้ถึงแก่กรรม เป็นต้น

นอกจากนี้ ดูฟอลท์และมาท็อคชิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ได้แบ่งความหวังทั่วไปและความหวังเฉพาะออกเป็น 6 มิติ ดังนี้

1. มิติด้านจิตใจ (affective dimension) ประเด็นที่สำคัญในมิตินี้ คือ อารมณ์และความรู้สึก ผู้ที่มีความหวังจะมีความรู้สึกในทางที่ดีและเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง มีความรู้สึกมั่นใจ ไว้วางใจ มีความสุข อิ่มเอมใจ แม้ว่าบางครั้งอาจไม่แน่ใจในความหวังของตนอยู่บ้างก็ตาม อย่างไรก็ดีความไม่แน่ใจเช่นนั้นอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล หวั่นไหว ความสงสัย ความเครียดและความเศร้าใจได้ แต่ถ้าบุคคลได้รับการประคับประคองช่วยเหลือ ให้มีความเชื่อมั่นในสิ่งที่หวัง ก็จะเกิดความรู้สึก สดชื่นแจ่มใส มีชีวิตชีวา อบอุ่นและมีความสุข รู้สึกว่าตนเข้มแข็งมากขึ้น มีความไว้วางใจในสิ่งอื่น ๆ รอบตัวมากขึ้น ระดับความรู้สึกนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

2. มิติด้านสติปัญญา (cognitive dimension) เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความประสงค์ จินตนาการ ความสงสัย การรับรู้ ความคิด ความจำ การเรียนรู้ การประมวลผล การแปลความหมาย และการตัดสินใจ ในมิตินี้เชื่อว่า ความหวังจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์รอบตัว เวลาที่ใช้ในการพิจารณาเรื่องที่หวังรวมถึงขอบเขตและลักษณะของสิ่งที่หวัง และการประเมินความเป็นไปได้ของเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งในการประเมินความเป็นไปได้ของเป้าหมาย

ที่ต้องการนั้น จะเป็นการประเมินตนเองของบุคคลถึงข้อจำกัดของความหวังตามความเป็นจริงว่าจะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ประเมินแหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกตนเองว่า จะส่งเสริมให้ตนบรรลุเป้าหมายตามความหวังได้มากน้อยเพียงใด ลักษณะของบุคคลที่มีความหวังในมิติด้านสติปัญญา คือ เป็นความหวังของบุคคลที่เกิดจากการไตร่ตรองแล้ว และหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ตามความเป็นจริง และจะละทิ้งความหวังที่พิจารณาแล้วว่าเป็นไปไม่ได้ สร้างความหวังใหม่หรือเปลี่ยนความหวังเป็นความประสงค์ (Wish)

3. มิติด้านพฤติกรรม (behavioral dimension) ก็คือ การกระทำ (action) เพื่อให้บรรลุผลในสิ่งที่ปรารถนา ได้แก่ ด้านจิตใจ (การจัดระบบความคิด วางแผนและตัดสินใจ) ด้านร่างกาย (กิจกรรมของร่างกายและการทำหน้าที่ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่สมดุล การออกกำลังกาย การพักผ่อน) ด้านสังคม (การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น) ด้านศาสนาและความเชื่อ (การสวดมนต์ การตักบาตร และการทำตามประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อ)

4. มิติด้านความผูกพัน (affiliative dimension) เป็นมิติที่มุ่งเน้นถึงความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น ซึ่งเป็นบ่อเกิดของความหวัง องค์ประกอบของมิตินี้ ได้แก่

4.1 การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม

4.2 ความผูกพันใกล้ชิดกับผู้อื่นหรือสิ่งอื่นนอกเหนือจากตนเอง ซึ่งไม่จำกัดเพียงความผูกพันระหว่างบุคคลเท่านั้น แต่รวมถึงความผูกพันของบุคคลที่มีต่อสิ่งมีชีวิตอื่น บุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว และพระเจ้าหรือศาสนาอีกด้วย

5. มิติด้านเวลา (temporal dimension) ในมิตินี้กล่าวว่า ความหวังนั้นสัมพันธ์กับเวลาเป็นเรื่องที่บุคคลคาดหวังถึงอนาคต ซึ่งในกระบวนการของความหวังนั้นบุคคลจะต้องประมวลเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันเข้ามาประกอบการคิดด้วย ระดับของความหวังนั้นอาจสัมพันธ์กับเวลาหรือไม่ก็ได้

เกี่ยวกับอดีต เหตุการณ์ในอดีตมีอิทธิพลต่อความหวังของบุคคลในหลายๆ ด้าน เช่น บุคคลที่เคยสมหวังในอดีต มักจะมีความว่า ตนจะประสบความสำเร็จอีกในอนาคต หรือความผิดหวังในอดีตอาจเป็นบทเรียนให้บุคคลมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหา และหวังว่าเหตุการณ์ที่ผิดหวังในอดีตจะไม่เกิดขึ้นอีกในอนาคต โดยสรุป ความผิดหวังในอดีตจะเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรอบคอบมากขึ้น

เกี่ยวกับปัจจุบัน มีผลต่ออนาคต โดยบุคคลมักจะสานต่อสถานการณ์ปัจจุบันไปสู่อนาคต บุคคลหวังว่าในปัจจุบันจะประกอบเป็นส่วนหนึ่งของอนาคตหรือหวังว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะนำไปสู่สิ่งที่ดีกว่าในอนาคต

เกี่ยวกับอนาคต ความหวังของบุคคลแตกต่างกันออกไป และอาจเป็นความหวังที่กำหนดช่วงเวลาเฉพาะที่จะบรรลุผลสำเร็จหรือไม่ก็ได้

6. มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม (contextual dimension) ได้แก่ สถานการณ์ในชีวิต ที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสีย รองลงมา ได้แก่ การแลกเปลี่ยนโอกาส ประสบการณ์ความคิด ความรู้สึกกับบุคคลอื่น สิ่งที่ทำให้มีการตั้งเป้าหมาย เปลี่ยนแปลง หรือดัดแปลงเป้าหมาย การพิจารณาถึงคุณค่าของบุคคล และความหมายในชีวิต เป็นต้น

เนื่องจากความหวังในแต่ละมิติต่างก็มีความชัดเจน และมีอิทธิพลต่อกันและกัน ระดับของความหวังในแต่ละมิติความหวังจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เนื่องจากบุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนขอบเขตของความหวังเพื่อรักษาความสมดุลของกาย จิต สังคมของบุคคลนั้น

ต่อมา เฮิร์ท (Hert, 1992) ได้ปรับเปลี่ยนมิติทางด้านของความหวังของดูฟอลท์และมาท็อคชิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) โดยรวมด้านที่คาบเกี่ยวกันเข้าด้วยกัน ได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (inner sense of temporality and future) ประกอบด้วย มิติด้านสติปัญญาและเวลา เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคต

2. ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (inner positive readiness and expectancy) ประกอบด้วย มิติด้านอารมณ์และพฤติกรรม เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและพยายามที่จะทำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ เป็นความรู้สึกพร้อมที่จะทำตามแผนเพื่อให้บุคคลบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (inner connectedness with self and others) ประกอบด้วย มิติด้านความผูกพันและบริบทของความผูกพันและเป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ

จากการรวมมิติความหวังของเฮิร์ท ทำให้เห็นถึงความเกี่ยวโยงของแต่ละมิติของความหวังและมิติที่มีอิทธิพลต่อกันและกัน แต่อย่างไรก็ตามมิติของความหวังมีการแปรเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา เพราะมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อความหวังทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกที่ส่งผลต่อตัวบุคคล

กระบวนการของความหวัง

ความหวังมีลักษณะเป็นพลวัตร ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ความหวังสามารถแปรเปลี่ยนมาเป็นความสิ้นหวังได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามามีผลกระทบกับบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ (Kylma, 2005) ดังนั้นหากบุคคลประสบกับเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติในชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อความหวังอาจจะเป็นในด้านบวกหรือลบ และในบางสถานการณ์มีผลช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาความหวังขึ้นมาหรือ

ทำให้ความหวังที่มีอยู่เกิดการเปลี่ยนแปลงไป (Herth, 2000) การเข้าใจในธรรมชาติของความหวังและการวิเคราะห์ความคิดที่เกี่ยวข้องกับความหวังโดยอยู่บนพื้นฐานของความจริง (Benzein & Saveman, 1998) และการรับรู้ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น (Herth, 2000, 2001) และสามารถให้การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการส่งเสริมความหวังจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ไขเพื่อผ่านพ้นเหตุการณ์นั้นๆ ไปได้ (Cutcliffe, 1997; Herth, 1990)

ไคล์มา (Kylma, 2005) ได้กล่าวถึง กระบวนการ การเปลี่ยนแปลงของความหวังว่า ประกอบด้วย ความหวัง ความสิ้นหวัง (despair) และความหมดหวัง (hopelessness) โดย

ความหวัง ความหวังเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่จะช่วยให้บุคคลเข้มแข็ง มีกำลังใจในการต่อสู้กับเหตุการณ์หรือภาวะวิกฤตที่เข้ามามีผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและในอนาคต (Kylma, 1996)

ความสิ้นหวัง (despair) เกิดจากความทุกข์ทรมานอย่างใหญ่หลวง เป็นเหตุการณ์ที่เข้ามามีผลกระทบต่อบุคคล เป็นสิ่งที่เข้ามาทำลายความหวังและนำไปสู่ความหมดหวัง (hopelessness)

ความหมดหวัง (hopelessness) เป็นสภาวการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างไม่มีทางเลือกหรือไม่มีพลังอำนาจที่จะต่อรองหรือกระทำสิ่งใดๆ ได้อีก บุคคลจะใช้ชีวิตอย่างไร้จุดหมายขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ซึ่งหากบุคคลอยู่ในภาวะนี้อาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ (Carr et al., 2001)

กระบวนการความหวัง ความสิ้นหวัง และความหมดหวัง มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงซึ่งกันและกันดังการศึกษาของไคส์มา (Kylma, 2005) กล่าวว่า ถ้าความสิ้นหวังและความหมดหวังเกิดขึ้นจะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับอาการหรือการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ลดลง แต่ถ้าหากมีความหวังจะช่วยให้บุคคลมีแรงขับในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งความหวังจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ดังนั้น การนำแนวคิดการสร้างเสริมความหวังมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นและเหมาะสม เพราะจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นองค์รวม โดยไม่ได้มุ่งเน้นแต่เพียงการรักษาโรคเท่านั้น แต่ยังคำนึงถึงการดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีกำลังใจในการเผชิญกับโรคและรักษาได้ แต่ทั้งนี้ความหวังนั้นจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

ปัจจัยที่มีผลต่อความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความหวังก็ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Dufault & Martocchio, 1985; Farran & Popovich, 1990) ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในลักษณะที่ส่งเสริม สนับสนุน หรือ

คุกคามต่อความหวัง จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง โดยแบ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยภายนอกบุคคล (Cutcliffe & Herth, 2002; Dufault & Martocchio; Farran & Mccann, 1989; Farran & Popovich; Farran et al., 1992) ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล เกิดจากความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล ทั้งในทางที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนความหวัง

1.1 ความสามารถทางปัญญา เป็นการรับรู้ ความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือศักยภาพของบุคคลในการประเมิน และการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มาคุกคาม กล่าวคือ เมื่อมีสถานการณ์ที่วิกฤตหรือคุกคามต่อชีวิตของบุคคล บุคคลที่มองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีแนวทางแก้ไข หรือบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีแนวทางที่จะสามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ จะเป็นบุคคลที่มีความหวังในระดับสูง จากการศึกษาที่ผ่านมา การให้ข้อมูลจากการสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วย (Salonen et al., 2009) การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงในผู้หญิงที่มีประวัติทางครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม (Spector et al., 2009) และโปรแกรมการดูแลตัวเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Chung, Cimprich, Janz, & Mills-Wisneski, 2009) ซึ่งมีส่วนช่วยในการเตรียมตัวและการตัดสินใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

1.2 ภาวะสุขภาพกายและความเจ็บป่วย ถึงแม้ว่าความหวังจะเป็นสภาวะทางจิตใจ แต่เนื่องจากร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ดังนั้นสุขภาพกายจึงเป็นเป้าหมายพื้นฐานในการนำไปสู่ด้านอื่นๆ ซึ่งรวมถึงการเกิดความหวังด้วย บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ย่อมมีพลังใจที่จะคิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และมีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่จะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Tian, Chen, & Hang, 2009) ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ส่งผลให้ความพร้อมในการจัดการอาการลดลงจนส่งผลกระทบต่อความหวังได้ (Sarna & Brecht, 1997)

1.3 ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ พระผู้เป็นเจ้า หรืออำนาจต่างๆ ที่อยู่เหนือการทำนาย จะสามารถช่วยให้ความหวังบรรลุผล ทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางจิตใจ กล่าวคือ ความเชื่อทางศาสนา ปรัชญา ความศรัทธา และสิ่งที่เหนือธรรมชาติ เป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อความหวังของบุคคล (สุพิศ, 2549; Benzein, Norberg, & Saveman, 1998)

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล เป็นสิ่งที่มีผลต่อความหวังของบุคคล ซึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมตัวบุคคล บุคคลรอบข้าง และทุกสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล

2.1 แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นต้น แรงสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย

การตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม โดยสิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวังตามมา (Bowman, Rose, Radziewicz, O'Toole, & Berila, 2009; Cameron, Booth, Schlatter Ziginskas, & Harman, 2007)

2.2 ประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมา ทั้งของตนเองและผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย จะเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวังได้ (ธนพัฒน์, 2550; Laccetti, 2007)

จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ อีไบร์ทและไลออน (Ebright & Lyon, 2002) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความหวังอย่างมีนัยสำคัญ (p<.01) ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ การให้การพยาบาลโดยเข้าใจพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด จึงนับว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความหวังในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป

ความหวังในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีโอกาสที่จะเผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อชีวิตได้ตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค การแจ้งข้อมูลโรคและการรักษาจากแพทย์ ตลอดจนถึงช่วงการรักษา ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากการรักษาและจากโรคของผู้ป่วยเอง ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีผลกระทบและคุกคามต่อความหวังของผู้ป่วยทั้งสิ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เต้านมผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสีย วิตกกังวล รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิตต่อไป (Carr et al., 2001; Wonghongkul et al., 2000; Woodward & Webb, 2000) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกบั่นทอนกำลังใจ และหมดหวังในการต่อสู่กับโรคและการรักษา (จุฬาวรรณ, 2544; Tian et al., 2009) ซึ่งเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะมีความหวังในการได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ช่วยแนะนำวิธีการแก้ปัญหาและเข้าใจในสิ่งที่กำลังเผชิญในการเจ็บป่วยนั้น (Posadas, Simpkins, Liotta, MacDonald, & Kohn, 2005; Smith & Sparkes, 2005; Wiles, Cott, & Gibson, 2008) หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแต่อาการไม่ดีขึ้นมีการแพร่กระจาย ของเซลล์มะเร็งจนเข้าสู่ระยะลุกลามผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะรู้สึกเศร้าโศก วิตกกังวลถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต (Svensson et al., 2009) ผู้ป่วยจะต้องต่อสู้กับอาการต่างๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อความหวัง สำหรับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยจะหวังให้มีคนที่เข้าใจ คอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในการเผชิญปัญหา ตลอดจนช่วยให้ตายอย่างสงบสุข (Jahraus, Sokoloky,

Thurston, & Guo, 2002; Herth, 2001; Little & Sayers, 2006; McClement & Chochinov, 2008) ซึ่งการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหวังของผู้ป่วยมะเร็ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งและสามารถให้การช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความหวังที่เป็นจริงได้ (Chu-Hui-Lin Chi, 2007; Ebright & Lyon, 2002; Mattioli et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าการให้การสนับสนุนทางด้านสังคม การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความหวังเพิ่มขึ้น (Angell et al., 2003)

จากการศึกษาของมิสตากิดัว และคณะ (Mystakidou et al., 2006) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและได้รับเคมีบำบัดส่งผลต่อความหวังของผู้ป่วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วงศ์หงส์กุล และคณะ (Wonghongkul et al., 2000) พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมและระยะของโรคมีการลุกลามมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียด รู้สึกถึงความไม่แน่นอนและหมดหวังในชีวิต และจากการศึกษาของ โรดินและคณะ (Rodin et al., 2009) พบว่า มะเร็งเต้านมระยะลุกลามจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต มีความวิตกกังวลเมื่อมีอาการมากขึ้นก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าและหมดหวังในชีวิต ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงมีความต้องการการดูแลมากขึ้น นอกจากนี้มีการศึกษาถึงการให้การสนับสนุนด้านจิตใจในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต และเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความหวังส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี (Gibson & Parker, 2003)

จากที่กล่าวมาความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จึงมีความสำคัญในด้านของการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการมีความหวังจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความหวังจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

เครื่องมือในการประเมินระดับความหวัง

การศึกษาครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินระดับความหวังของ เฮิร์ท (Herth, 1990, 1992) โดยทางผู้วิจัยได้สรุปถึงวิธีการประเมินความหวังตามองค์ประกอบของความหวังทั้ง 3 ด้าน (Cutcliffe & Herth, 2002; Dufault & Martocchio, 1985) ดังนี้

1. ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต คือ การมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและอนาคต การมีความมุ่งมั่น มีความกล้าหาญ มีความสุข การคิดการพูดกับตนเองในทางบวก การวางแผนในการดำเนินชีวิต การตั้งความหวังอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง การยอมรับ

ว่าความหวังในอนาคตเป็นไปได้หรือเป็นไปไม่ได้ การกล้าเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ โดยไม่รู้สึกกลัวหรือท้อแท้

2. ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวังคือ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้เกิดขึ้น ความมุ่งมั่นกระทำเพื่อไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การได้พูดถึงความสุข ความทรงจำที่ดีในอดีต การสร้างคุณค่าให้กับตนเอง

3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่นคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บุคคลในครอบครัว/เพื่อนหรือพยาบาล การมีความรู้สึกมีส่วนร่วมในบางสิ่งบางอย่าง การแบ่งปันประสบการณ์ การได้รับกำลังใจ การได้รับการประคับประคองทางอารมณ์ การสัมผัสรับรู้ถึงความรู้สึกยินดีที่จะรับฟัง การมีความเชื่อถือศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ เช่นการสวดมนต์ การทำบุญ การทำสมาธิ การปฏิบัติตามศาสนพิธีต่างๆ การพบกับสมาชิกและผู้นำทางศาสนา การมีความเข้มแข็งในการมองโลก ความสามารถในการพึ่งตนเองและดำรงบทบาทที่ตนคาดหวัง

ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้า พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ได้นำเครื่องมือของเฮิร์ทมาใช้ในการประเมินความหวัง ซึ่งเครื่องมือในการประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index) สร้างขึ้นตามความคิดของ ดูฟอลท์ และมาท๊อคชิโอ (Dufault and Martocchio's Model of Hope) ตั้งแต่ปี 1985 จากเดิมมี 40 ข้อ มีการพัฒนาปรับปรุงมาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถามให้สั้น กะทัดรัด และชัดเจน จนเหลือข้อคำถาม 12 ข้อ มีการวัดความตรงตามโครงสร้างโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกจากโรงพยาบาล สถานพักฟื้นทางจิต และพยาบาลจากหน่วยเยี่ยมบ้าน มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาตลอด และมีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโดยช่วงแรก จะมีการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้เป็นอย่างดี และมีผู้นำมาใช้ประเมินความหวังในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ อย่างได้ผลเช่นกัน ได้แก่ ความหวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (ธนพัฒน์, 2550) ผลการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา (ทิพย์วิมล, 2546) ผลของการสร้างเสริมความหวังต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง (ชมพูนุช, 2546) เป็นต้น เฮิร์ท (Herth, 2000) ได้นำเครื่องมือวัดความหวัง Herth Hope Index (HHI) ของเฮิร์ท (Herth, 1992) มาใช้วัดความหวังในกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกที่กลับเป็นซ้ำ ผลของค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ระดับ 0.91 นอกจากนี้ได้มีผู้ศึกษานำเครื่องมือไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น 0.83 (Nekolaichuk & Bruera, 2004) สำหรับในประเทศไทย สุนทรี (2543) ได้นำเครื่องมือวัดความหวัง Herth Hope Index (HHI) ของ

เฮิร์ท (Herth, 1992) มาประเมินความหวังในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่ามีค่าความเชื่ออยู่ที่ระดับ 0.80

การศึกษาที่เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความหวัง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศจากฐานข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2542-ปัจจุบัน วิทยานิพนธ์ฉบับเต็มในประเทศไทย ฐานข้อมูลวารสารต่างประเทศ ProQuest Medical, Science Direct, PubMed, CINAHL และ Cochrane ได้มีผู้ศึกษานำโปรแกรมต่าง ๆ มาใช้เพื่อเพิ่มความหวังต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ดังนี้

1.1 กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้ป่วย มีการศึกษาในกลุ่มเยาวชน (ตะวัน, 2547; วสิกาล, 2550)

1.2 กลุ่มผู้ป่วย มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ ดังนี้ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (จงกลม, 2544) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (จันทนา, 2540) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช.ไอ.วี. (ชลธิดา, 2545; สรายุทธ์, 2543; สุมาลี, 2549) ผู้พิการ (ศรวณีย์, 2548) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (จินตนา, 2546) ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา (ทิพย์วิมล, 2546; สุนทรี, 2543) และผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ (Herth, 2000)

2. การออกแบบวิจัยแตกต่างกัน ดังนี้

2.1 รูปแบบการวิจัย แบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดซ้ำ (repeated measures design: one group) (จงกลม, 2544; ชลธิดา, 2545; ศรวณีย์, 2548; สุมาลี, 2549; Herth, 2000)

2.2 รูปแบบการวิจัย แบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม แบ่งกลุ่มโดยการจับคู่ (matched pair) (ทิพย์วิมล, 2546; สรายุทธ์, 2543)

2.3 รูปแบบการวิจัย แบบทดลอง (experimental research) แบบ The Pre-Post test control group design (ตะวัน, 2547; วสิกาล, 2550)

2.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา อยู่ในช่วง 1 เดือน ถึง 9 เดือน (จงกลม, 2544; จินตนา, 2546; ชลธิดา, 2545; ทิพย์วิมล, 2546; วสิกาล, 2550; ศรวณีย์, 2548; สรายุทธ์, 2543; สุนทรี, 2543; Herth, 2000)

2.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินผล มีความแตกต่างกันตามระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้ ประเมินความหวังทุกสัปดาห์ (ตะวัน, 2547; วสิกาล, 2550) ประเมินความหวังทุก 2 สัปดาห์

(ทิพย์วิมล, 2546; สรายุทธ์, 2543; Herth, 2000) และประเมินความหวังทุก 1 เดือน (จินตนา, 2546; ศรวณีย์, 2548; สรายุทธ์, 2543; สุนทรี, 2543; Herth, 2000)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้เครื่องมือประเมินความหวังในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและระยะสุดท้าย พบว่า Herth Hope Index: HHI มีระดับความเชื่อมั่นที่ 0.83, hope visual analog scale: Hope-VAS มีระดับความเชื่อมั่นที่ 0.83 และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) มีระดับความเชื่อมั่นที่ 0.63 (Davis, 2005) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index: HHI) (Herth, 1992) ซึ่งได้ศึกษาและพัฒนาจากการศึกษาที่ผ่านมาของสุนทรีย์

4. โปรแกรมการทดลองและผลการศึกษา มีดังนี้

4.1 ผลการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความหวัง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จงกลม, 2544)

4.2 การใช้จิตบำบัดกลุ่ม พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังเข้าจิตบำบัดกลุ่มมีคะแนนความหวังสูงกว่าก่อนเข้าจิตบำบัดกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (ชลธิดา, 2545)

4.3 การฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรค พบว่า นักศึกษากลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคมีระดับความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตะวัน, 2547)

4.4 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (จินตนา, 2546; ทิพย์วิมล, 2546; วสิกาล, 2550; ศรวณีย์, 2548; สรายุทธ์, 2543; สุมาลี, 2549; สุนทรี, 2543; Herth, 2000)

จะเห็นได้ว่ามีการนำโปรแกรมต่างๆ มาใช้เพื่อเพิ่มความหวังในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ แต่สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการนำโปรแกรมต่างๆ มาใช้รวมทั้งโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเพิ่มความหวังในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงของความหวังในทางที่ดีขึ้น (Singletary et al., 2009) นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการให้คำปรึกษาและข้อมูลสำหรับแก้ไขปัญหาให้มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย (Kristjanson, Chalmers, & Woodgate, 2004) และจากการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 2000) พบว่าความหวังมีการเปลี่ยนแปลงที่สองสัปดาห์ ดังนั้นผู้วิจัยเชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเพิ่มความหวังให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเหมาะสม เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเองและมีกำลังใจในการดำรงชีวิตเพิ่มมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการสนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมโดยมีการพึ่งพาอาศัยกันและช่วยเหลือกันในสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ได้รับการยอมรับจากสังคม รู้สึกได้รับความรักและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นในสังคม จะได้รับการสนับสนุนทางด้านความคิดและการตัดสินใจ (House, 1981; Schaefer et al., 1981) ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ด้านการช่วยเหลือกันโดยการมีปฏิสัมพันธ์กัน

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคลคล โดยการช่วยเหลือกันทำให้บุคคลที่เป็นผู้รับรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง รู้สึกได้รับการยอมรับจากสังคมและยังเป็นที่ต้องการของสังคม

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงการช่วยเหลือกันในสังคมที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ศึกษาแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายด้าน ซึ่งมีทั้งความเหมือนและความแตกต่าง พอสรุปได้ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการให้การดูแลแบบสนิทสนม การให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลสามารถรับรู้ว่า ตนเองได้รับการเอาใจใส่เกิดความรู้สึกผูกพัน ทำให้มีความไว้ใจซึ่งกันและกัน บุคคลรู้สึกได้รับความรัก (Cobb, 1976; House, 1981; Schacfer et al., 1981)

การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นการดูแลช่วยเหลือโดยการแสดงออกให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญและมีความหมายต่อผู้อื่น บุคคลอื่นให้การยอมรับและมองเห็นคุณค่านั้นด้วย (Cobb, 1976; House, 1981; Schacfer et al., 1981)

การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support or network) เป็นการแสดงออกที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคม โดยที่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือกันจนบุคคลรู้สึกถึงความผูกพัน (Cobb, 1976; House, 1981; Schacfer et al., 1981)

การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุ สิ่งของหรือทรัพยากร (tangible support or instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านวัตถุ สิ่งของ หรือเงินทอง รวมถึงการเข้าไปช่วยเหลือด้วยแรงงาน หรือการให้บริการต่างๆ โดยตรง (House, 1981; Schacfer et al., 1981)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ แก่บุคคลเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ปัญหา และรวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการกระทำของบุคคลโดยตรง (House, 1981; Schacfer et al., 1981)

การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า (appraisal support) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการยอมรับในการกระทำ มีการยกย่องชมเชย เพื่อนำไปใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมของตนและผู้อื่น (House, 1981)

จะเห็นได้ว่ามีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นด้านต่างๆ แต่จะมีบางด้านที่มีเหมือนกัน และบางด้านมีการคาบเกี่ยวกัน แต่อย่างไรประเภทของการสนับสนุนทางสังคมจะถูกแบ่งเพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเจาะจงมากยิ่งขึ้น

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (emotion support) บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

2. ด้านการประเมินค่า (appraisal support) บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อค้นหาความหวังในการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) บทบาทของพยาลในการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ คือ การให้ข้อมูล หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและเคมีบำบัด

4. ด้านทรัพยากร (instrumental support) บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ คือ การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเวลา โดยให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการให้คำปรึกษาและมีการดำเนินโปรแกรมโดยผู้วิจัยจะทำการติดตามผู้ป่วย จำนวน 2 ครั้ง

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมไว้แตกต่างกันสามารถสรุปแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ (natural support systems) เป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งครอบครัวที่ให้การสนับสนุนทางสังคมได้เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวจะต้องรู้ถึงความต้องการพื้นฐานของกันและกัน มีความเข้าใจกัน เกิดการยอมรับในความต้องการของกันและกัน ซึ่งจะต้องผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. กลุ่มเพื่อน (peer support systems) บุคคลในกลุ่มนี้จะมีประสบการณ์ที่ได้รับผลกระทบรุนแรงต่อชีวิต แต่สามารถปรับตัวต่อสู้กับปัญหาได้และมีการแก้ไขพัฒนาไปในแนวทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งและสามารถให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกับประสบการณ์ของตนเองได้

3. กลุ่มองค์กรศาสนา (organized religious support systems) เป็นองค์กรทางศาสนาที่มีความเชื่อทางศาสนาที่เหมือนกัน โดยมีการพบปะกันที่โบสถ์ วัด มัสยิดหรือสถานที่ ซึ่งทางกลุ่มได้นัดหมายไว้เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก เพราะความเชื่อจะทำให้รู้สึกมีคุณค่าและมีความหมายในชีวิต การปฏิบัติตามหลักการทางศาสนาจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางในการดำเนินชีวิตมากขึ้นรวมไปถึงการเข้าใจทางด้านภาวะสุขภาพ

4. กลุ่มสนับสนุนโดยองค์กรวิชาชีพ (organized professional support systems) ในกลุ่มนี้ได้แก่ กลุ่มที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ แพทย์ พยาบาล จนถึงนักสังคมสงเคราะห์ที่ให้การดูแลทางด้านสุขภาพ ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มอื่นๆ ไม่เพียงพอหรือถูกใช้ไปหมดแล้วก็จะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มนี้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (organized self-help support groups not directed by health professionals) สำหรับในกลุ่มนี้จะประกอบด้วยอามาสมัครและกลุ่มองค์กรที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกลุ่มอาสาสมัครจะให้การช่วยเหลือสำหรับบุคคลที่มีความต้องการหรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาเองได้ ส่วนองค์กรที่เข้ามาให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มที่พยายามเปลี่ยนพฤติกรรมหรือส่งเสริมการปรับตัวของสมาชิก รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางด้าน

สังคมมีตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ คือ ครอบครัว จนไปถึงระดับตติยภูมิ คือ องค์กรต่างๆ ที่คอยให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงการกระทำ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงเป็นกลุ่มสนับสนุนโดยองค์กรวิชาชีพที่สามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ เพื่อช่วยส่งเสริมความหวังให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้ในผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศจากฐานข้อมูลย้อนหลังประมาณ 10 ปี วิทยานิพนธ์ฉบับเต็มในประเทศไทย ฐานข้อมูลวารสารต่างประเทศ ProQuest Medical, Science Direct, PubMed CINAHL และ Thailist ได้มีผู้ศึกษานำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างโรคเรื้อรัง ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (พรนภา, 2550) กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ (จิรพร, 2550; พิกุล, 2550; พรทิพย์, 2550) กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (พนิดา, 2550) กลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (บังเอิญ, 2550) กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอกเลือดสมอง (Salter et al., 2009) กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Weber et al., 2004) และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก (Fukoi et al., 2003)

2. การออกแบบวิจัย แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

2.1 รูปแบบการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (จิรพร, 2550; บังเอิญ, 2550; พนิดา, 2550; พิกุล, 2550; พรนภา, 2550; พรทิพย์, 2550; Fukoi et al., 2003; Weber et al., 2004) และการทบทวนวรรณกรรมที่ทำการวิจัยแบบกึ่งทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Salter et al., 2009)

2.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา อยู่ในช่วง 6 สัปดาห์ ถึง 10 สัปดาห์ (จิรพร, 2550; บังเอิญ, 2550; พนิดา, 2550; พิกุล, 2550; พรนภา, 2550; พรทิพย์, 2550; Fukoi et al., 2003; Weber et al., 2004)

2.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินผล การศึกษาส่วนใหญ่มีการประเมินผลทุกสัปดาห์และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง (จิรพร, 2550; บังเอิญ, 2550; พนิดา, 2550; พิกุล, 2550; พรนภา, 2550; พรทิพย์, 2550; Fukoi et al., 2003; Weber et al., 2004)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือตามแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb, 1976) เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซาลัส (Schacfer et al., 1981) และของเฮาส์

(House, 1981) (จิรพร, 2550; บังเอิญ, 2550; พนิดา, 2550; พิกุล, 2550; พรนภา, 2550; พรทิพย์, 2550; Fukoi et al., 2003; Salter et al., 2009; Weber et al., 2004)

4. ตัวแปรตามหรือผลลัพธ์ในการประเมิน ในแต่ละงานวิจัยมีการประเมินผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างกันดังนี้

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.001) (พรนภา, 2550)

4.2 พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหัวใจ โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคไตวายเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังของผู้สูงอายุโรคหัวใจ โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคไตวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.001) (จิรพร, 2550; บังเอิญ, 2550; พนิดา, 2550; พิกุล, 2550; พรทิพย์, 2550)

4.3 การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลการสนับสนุนทางสังคมต่ออารมณ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.05) ทุกวรรณกรรม (Salter et al., 2009)

4.4 อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.05) (Weber et al., 2004)

4.5 ปัญหาการเข้าสังคมและความเหงา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดปัญหาการเข้าสังคม และความเหงา ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p<.05) (Fukoi et al., 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางองค์กรวิชาชีพ ดังนั้นการนำการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการส่งเสริมความหวังแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดความรู้สึกในทางบวก เกิดความมุ่งมั่น แน่วแน่ กล้าเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นโดยไม่รู้สึกกลัวหรือท้อแท้ และมีความหวังโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของ ความจริง การส่งเสริมความหวังสามารถทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับแนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนา

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้เลือกนำกรอบแนวความคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ซึ่งได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการให้ความห่วงใยเห็นอกเห็นใจ ผูกพัน ความรักการดูแลเอาใจใส่ ความไว้ใจและการรับฟัง 2) ด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการยอมรับในการกระทำ มีการยกย่องชมเชย เพื่อนำไปใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมของตนและผู้อื่น 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา 4) ด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการให้การช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา การปรับสิ่งแวดล้อม หรือการให้บริการต่างๆ โดยตรง มาใช้ในการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการส่งเสริมความหวัง และเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนโดยองค์กรวิชาชีพ (organized professional support systems) ซึ่งผู้วิจัยจะทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านอารมณ์ (emotion support) การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และสามารถเผชิญปัญหาได้ ผู้วิจัยจะรับฟังปัญหา สิ่งที่ผู้ป่วยกังวลโดยผู้วิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจในการดูแลตัวเองของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ในการต่อสู้กับอาการจากพยาธิสภาพของโรคและจากเคมีบำบัด (Schreier & Williams, 2004; Svensson et al., 2009) ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษา (Schreier & Williams, 2004)

2. ด้านการประเมินค่า (appraisal support) ด้านการประเมินค่าผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อค้นหาความหวังในการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน (Heidrich et al., 2009) ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามใช้ความสามารถของตนเองในการดูแลตัวเองและประเมินอาการตัวเอง และค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการจัดการกับอาการ (Williams et al., 2000) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น (Jahraus, Sokolosky, Thurston, & Guo, 2002)

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) ด้านข้อมูลข่าวสารผู้วิจัยให้ข้อมูล เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยหรือคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด โดยครอบคลุมเนื้อหาเรื่องอาการและการจัดการกับอาการ ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจมากขึ้นหากทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Jahraus et al., 2002;

Heidrich et al., 2009) เป็นการส่งเสริมความสามารถทางปัญญาซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมความหวัง (McDougall, 2001) พร้อมทั้งแจกแผ่นพับเรื่องการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

4. ด้านทรัพยากร (instrumental support) สำหรับในด้านนี้ทางผู้วิจัยเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเวลาโดยให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการให้คำปรึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการเกิดอาการแทรกซ้อนและการจัดการอาการของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ (Radziewicz et al, 2009; Salonen et al., 2009) และดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยให้เวลาแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ครอบครัวยังสามารถให้การสนับสนุนในของแรงงานในการช่วยปฏิบัติหน้าที่บางอย่างแทนผู้ป่วย และในด้านของเงินทองในการรักษา (Bowman et al., 2009)

จะเห็นได้ว่าความหวังเป็นพลวัตร คือ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลังอำนาจในตัวบุคคลที่จะแสดงออกมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นๆ ที่บุคคลได้เผชิญอยู่ในขณะนั้น โดยที่บุคคลจะมีความหวังว่าจะพบเจอแต่ในสิ่งที่ดี (Herth, 1992) สำหรับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดนั้นช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด มีความรู้ในการจัดการอาการ มีความมั่นใจและมีกำลังใจ รวมถึงแรงบันดาลใจในการจัดการอาการสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงของการเจ็บป่วยได้

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีจำนวนมากขึ้น แม้ว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยได้อย่างกว้างขวาง เช่น ความเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ระบบทางเดินอาหาร ผมร่วง และการสร้างเม็ดเลือด เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยเคมีบำบัดก็มีบทบาทมากขึ้นในการนำมาใช้ในการรักษาแบบเสริม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนหนึ่งคิดว่าตัวเองต้องตายในระยะเวลาอันใกล้และไม่มีความหวังในการมีชีวิตอยู่และการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามด้วยเคมีบำบัด ซึ่งมีสาเหตุมาจากอาการจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามระยะลุกลาม สามารถเผชิญกับปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาได้ และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกในทางบวก เกิดความมุ่งมั่น แน่วแน่ กล้าเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นโดยไม่รู้สึกกลัวหรือท้อแท้ และมีความหวังโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริง การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ทางผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเพิ่มความหวังสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด จึงเลือกใช้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ซึ่งได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ เป็นการให้ความห่วงใยเห็นอกเห็นใจ ผูกพัน ความรักการดูแลเอาใจใส่ ความไว้ใจและการรับฟัง 2) ด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยการยอมรับในการกระทำ มีการยกย่องชมเชย เพื่อนำไปใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมของตนและผู้อื่น 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา 4) ด้านทรัพยากร เป็นการให้การช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา การปรับสิ่งแวดล้อม หรือการให้บริการต่างๆ โดยตรง มาใช้ในการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการส่งเสริมความหวัง นอกจากนี้ทางผู้วิจัยเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากสนับสนุนโดยองค์กรวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพ ซึ่งจากผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีความหวังในการดำรงชีวิตและสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับบริการ ณ หน่วยเคมีบำบัด ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด ของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา

ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและได้รับยาเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
2. รับรู้ว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและได้รับยาเคมีบำบัด
3. มีระดับคะแนนความหวังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 12-36.59 คะแนน เมื่อทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index) (Herth, 1992)
4. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมในการศึกษาทำวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิทและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของศรวณีย์ (2548) เรื่องผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีจิตสภาวะนิยมต่อความหวังของผู้พิการ ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ

8 ราย โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของโคเฮน (Cohen, 1988) ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .77 (ภาคผนวก ข) จากนั้นเปิดตารางอำนาจ การทดสอบของโพลิทและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 50 ราย คัดแยกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและทดลองโดยการจับคู่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบประเมินที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ความพอเพียงของรายได้ การพักอาศัย ความสม่ำเสมอของญาติที่มาดูแลที่โรงพยาบาล และการวินิจฉัยโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษาที่ได้รับ ประกอบด้วย แบบสอบถามการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค สูตรยาเคมีที่ได้รับ อาการที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความหวัง โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการประเมินความหวัง คือ Herth Hope Index (Herth, 1992) ซึ่งเป็นการประเมินความหวังตามผลที่คาดหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีความเป็นไปได้ของเป้าหมายที่คาดหวัง เป็นความหวังที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือสิ่งที่ตนนับถือศรัทธา ซึ่งแปลเป็นไทยโดย สุนทรีย์ (2543)

แบบประเมินความหวัง (สุนทรีย์, 2543) ประกอบด้วย คำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ คือ

ด้านที่ 1 ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 6 และ 11

ด้านที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและความคาดหวังในทางบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 4, 7, 10 และ 12

ด้านที่ 3 ความสัมพันธ์ภายในตนเองและระหว่างตนเองกับผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3, 5, 8 และ 9

ในจำนวนข้อคำถามทั้งหมดนี้ เป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ (ข้อ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, และ 12) และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ (ข้อ 3 และ 6) ใช้มาตราส่วนประมาณค่าของแบบประเมินความหวัง 4 ระดับ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิด ความรู้สึกในปัจจุบันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยปานกลางหรือพอประมาณ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยปานกลางหรือพอประมาณ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

เกณฑ์การให้คะแนน มีรายละเอียดดังนี้คือ

	ข้อคำถามด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

ข้อที่เป็นข้อความทางลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน

การแปลความหมายคะแนนความหวังโดยรวมอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน ข้อความทางลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน คะแนนความหวังโดยรวมที่วัดได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยการใช้อันตรภาคชั้น คือ

12.00-24.59	คะแนน หมายถึง	ความหวังระดับต่ำ
24.60-36.59	คะแนน หมายถึง	ความหวังระดับปานกลาง
36.60-48.00	คะแนน หมายถึง	ความหวังระดับสูง

คะแนนความหวังรายมิติ แต่ละมิติมีคะแนนเท่ากัน คือ อยู่ในช่วง 4-16 คะแนน ข้อความทางลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน ความหวังรายมิติที่วัดได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยการใช้อันตรภาคชั้น คือ

4.00-8.59	คะแนน หมายถึง	ความหวังรายมิติระดับต่ำ
8.60-12.59	คะแนน หมายถึง	ความหวังรายมิติระดับปานกลาง
12.60-16.00	คะแนน หมายถึง	ความหวังรายมิติระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางการพยาบาล เป็น 4 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้ใจ โดยผู้ป่วยยอมรับการดูแลเอาใจใส่จากผู้วิจัย และสามารถพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดได้ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ซึ่งประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพซึ่งจะทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ โดยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และการปฏิบัติตัวขณะเข้าร่วมวิจัยจนผู้ป่วยเข้าใจ

กิจกรรมที่ 2 กระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าถึงปัญหาและระบายความคับข้องใจที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง

ด้านที่ 2 ด้านการประเมินค่า (appraisal support) ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทำแบบประเมินความหวัง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อค้นหาความหวังในการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น และจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะสามารถควบคุมอาการได้ในครั้งต่อๆ ไป ซึ่งประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 3 การอภิปรายร่วมกันถึงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอาการที่ผ่านมา ที่เหมาะสมกับปัญหาโดยมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

กิจกรรมที่ 4 พูดคุยซักถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการจัดการอาการด้วยตนเองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และเสริมแรงโดยการให้คำชมเชย กำลังใจใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ด้านที่ 3 ด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) ผู้วิจัยให้ข้อมูล หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยส่งเสริมความสามารถทางปัญญาของผู้ป่วยในการเรียนรู้การจัดการ

อาการ พร้อมทั้งแจกคู่มือในการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยให้ข้อมูล และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและยาเคมีบำบัด โดยครอบคลุมเนื้อหาเรื่องอาการ และการจัดการกับอาการเมื่อเกิดอาการ

กิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการจัดการอาการ

ด้านที่ 4 ด้านทรัพยากร (instrumental support) ผู้วิจัยเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเวลาโดยให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการให้คำปรึกษา และดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้ คือ

กิจกรรมที่ 7 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามอาการและการเกิดอาการแทรกซ้อนและการจัดการอาการของผู้ป่วย และให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมถึงให้กำลังใจผู้ป่วยหลังจากให้โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนในสัปดาห์ที่ 3 หลังได้รับเคมีบำบัด

รวมระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนทั้งสิ้นประมาณ 30 – 60 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (content validity)

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ในส่วนของแบบประเมินความหวังและโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	2	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	2	ท่าน
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเคมีบำบัด	1	ท่าน

ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การหาความเที่ยง (reliability)

หลังจากนำแบบสอบถามที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ต้องได้รับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมและเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยจะคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา กระบวนการสนับสนุนทางสังคมและการเก็บข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดช่วงดำเนินการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้น ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างด้วยการเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือผู้ศึกษาจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ ในการศึกษาครั้งนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางด้านจิตใจรุนแรงหรือต้องการความช่วยเหลือและขอคำปรึกษาจะส่งต่อเพื่อให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูล ณ หน่วยเคมีบำบัด รวมทั้งการขออนุญาตดูแฟ้มประวัติผู้ป่วย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยจัดกระทำในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 ผู้วิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยเคมีบำบัด ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วยและแนะนำผู้วิจัย

2.2.1 ผู้วิจัยขอทราบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลที่รับผิดชอบหน่วยเคมีบำบัดและติดตามการรักษา และผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ป่วยด้วยตนเองเมื่อได้รับอนุญาต

2.2.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการสร้างสัมพันธภาพต่อไป โดยผู้วิจัยแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างว่าเป็นนักศึกษาปริญญาโท จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจเรื่อง ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในการช่วยเพิ่มความหวังในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.2.3 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

2.2.4 พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความหวัง หากมีความหวังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเพื่อทำการทดลอง

2.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้จัดกระทำในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ผู้วิจัยจัดกระทำ ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจจากแพทย์ และพยาบาลประจำคลินิกสอนผู้ป่วยตามปกติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินความหวัง และพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อมาตามแพทย์นัดในครั้งต่อไปในการมารับยาเคมีบำบัด

ครั้งที่ 2 วันที่ 21 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในการมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อมา โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความหวัง ครั้งที่ 2 และบอกผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัยในครั้งนี้ และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกราย

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง)

ผู้วิจัยจัดกระทำ ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ก่อนกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจจากแพทย์ตามปกติ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยเคมีบำบัดเพื่อ แนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยอีกครั้ง จากนั้นให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความหวัง และดำเนินการตามโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนทุกกิจกรรม โดยใช้ผลการประเมินความหวังในการให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมความหวังกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 2 ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันที่ 14 และให้โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 3 วันที่ 21 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในการมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อมา โดยให้โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนหลังการพบแพทย์ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความหวัง และผู้วิจัยได้บอกผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัยในครั้งนี้และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

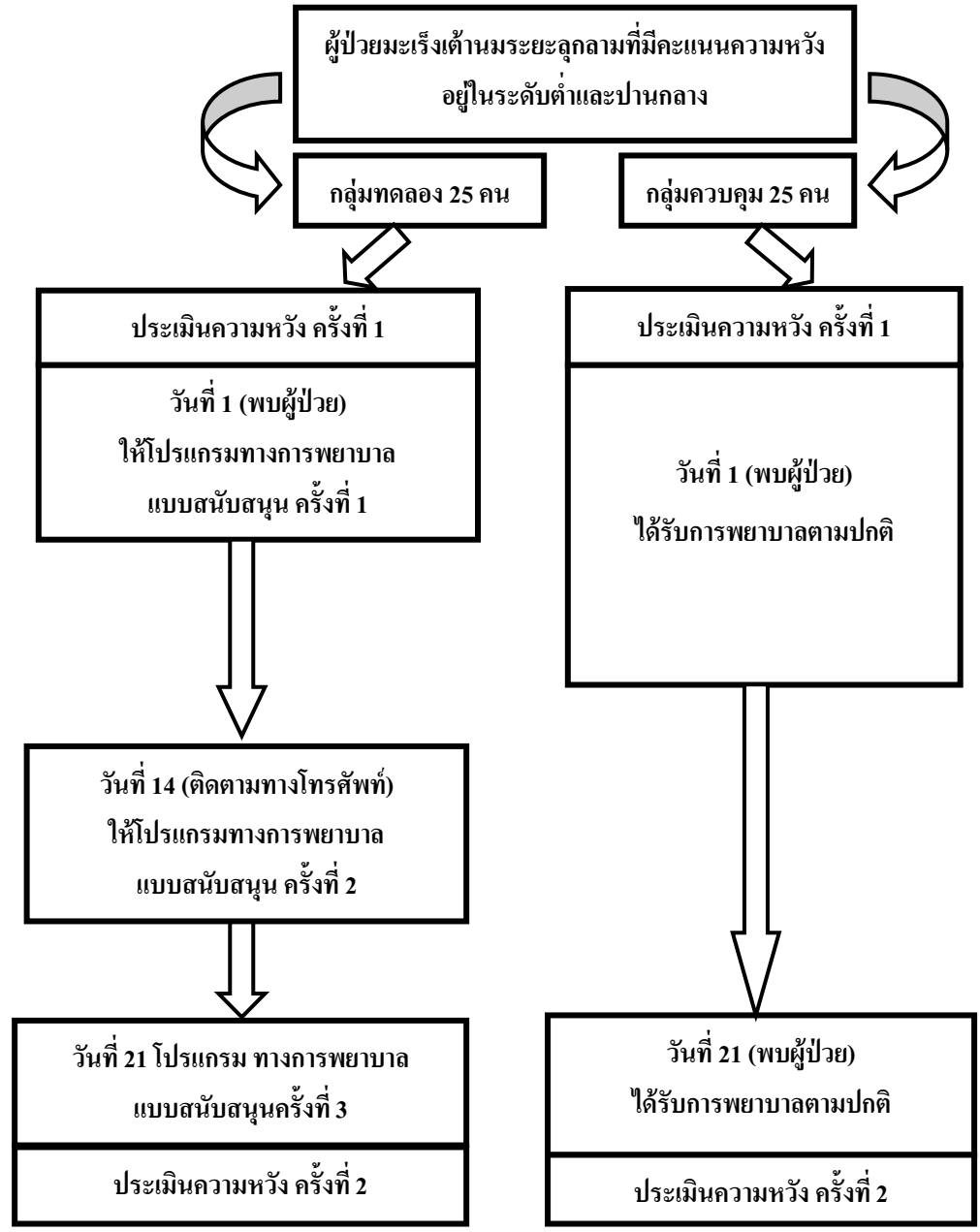
ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษา สถิติความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลองในวันที่ 1 และ 21 โดยใช้สถิติทีคู่ (dependent t-test) ภายหลังทดสอบแล้วว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าว

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนความหวังของครั้งที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ขั้นตอนดำเนินการทดลอง



ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเปรียบเทียบความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน และเปรียบเทียบความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่มารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง จำนวน 50 ราย ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2553 ถึงเดือนธันวาคม 2553 โดยนำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนสูงกว่าคะแนนความหวังก่อนได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนมีคะแนนความหวังสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย ที่เข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามรายละเอียด ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 36 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86 กลุ่มตัวอย่างมากกว่ากึ่งหนึ่งมีสถานภาพคู่อยู่ด้วยกันกับสามีร้อยละ 60 โดยมีรายได้พอเพียงและมีเงินเก็บร้อยละ 44 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 84 และเมื่อมาโรงพยาบาลญาติพามาทุกครั้งร้อยละ 82 กลุ่มตัวอย่างประมาณกึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 48 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่มาทำการรักษา ณ หน่วยเคมีบำบัด มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 26 มารับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 3 จากผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยประมาณกึ่งหนึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร AC ร้อยละ 40 และได้รับการรักษาด้วยยาในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังรับยาเคมีบำบัดเป็นยา plasil คู่กับ dexametazole ร้อยละ 48 สำหรับอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่พบบ่อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย ร้อยละ 62 ซึ่งผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 68 ได้รับการผ่าตัด และร้อยละ 32 ไม่ได้รับการผ่าตัดก่อนการให้ยาเคมีบำบัด ดังแสดงตามตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ และผลความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (N = 50)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N = 25)	กลุ่มทดลอง (N = 25)	กลุ่มตัวอย่าง (N = 50)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)				0.33 NS
20-29	1 (4)	2 (8)	3 (6)	
30-39	3 (12)	8 (32)	11(22)	
40-49	6 (24)	6 (24)	12 (24)	
50-59	12 (48)	6 (24)	18 (36)	
60-69	3 (12)	3 (12)	6 (12)	
ค่าอายุเฉลี่ย (ปี)	50.52	43.56	47.04	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.22	10.29	10.25	
	Min = 28, Max = 68	Min=28, Max = 63	Min = 28, Max = 68	

NS = no significance, $p >. 05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N = 25)	กลุ่มทดลอง (N = 25)	กลุ่มตัวอย่าง (N = 50)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ศาสนา				0.22 NS
พุทธ	20 (80)	20 (80)	40 (80)	
อิสลาม	5 (20)	5 (20)	10 (20)	
สถานภาพสมรส				0.62 NS
โสด	3 (12)	6 (24)	9 (18)	
คู่อยู่ด้วยกัน	16 (64)	14 (56)	30 (60)	
คู่แยกกันอยู่	-	1 (4)	1 (2)	
หม้าย	5 (20)	3 (12)	8 (16)	
หย่า	1 (4)	1 (4)	2 (4)	
การศึกษา				0.07 NS
ไม่ได้รับการศึกษา	-	3 (12)	3 (6)	
ได้รับการศึกษา	25 (100)	22 (88)	47 (94)	
ความพอเพียงของรายได้				0.44 NS
พอเพียงและมีเงินเก็บ	9 (36)	13 (52)	22 (44)	
พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ	12 (48)	8 (32)	20 (40)	
ไม่พอเพียงแต่ไม่มีภาระหนี้สิน	4 (16)	3 (12)	7 (14)	
ไม่พอเพียงแต่มีภาระหนี้สิน	-	1 (4)	1 (2)	
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ				0.26 NS
ครอบครัว	21 (84)	21 (84)	42 (84)	
ญาติ	4 (16)	2 (8)	6 (12)	
คนเดียว	-	2 (8)	2 (4)	
ความสม่ำเสมอของญาติที่พามาโรงพยาบาล				0.49 NS
ทุกครั้ง	19 (76)	22 (88)	41 (82)	

NS = no significance, $p >. 05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N = 25)	กลุ่มทดลอง (N = 25)	กลุ่มตัวอย่าง (N = 50)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ความสม่ำเสมอของญาติที่พามาโรงพยาบาล (ต่อ)				
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	1 (4)	1 (4)	2 (4)	
4-6 ครั้ง/สัปดาห์	2 (8)	-	2 (4)	
ไม่เคยพามาเลย	3 (12)	2 (8)	5 (10)	
สูตรยาเคมีที่ได้รับ				0.67 NS
AC	10 (40)	10 (40)	20 (40)	
AC+T	6 (24)	3 (12)	9 (18)	
CMF	1 (4)	2 (8)	3 (6)	
FAC	8 (32)	10 (40)	18 (36)	
ครั้งที่มารับยาเคมีบำบัด				0.57 NS
ครั้งที่ 1	4 (16)	6 (24)	10 (20)	
ครั้งที่ 2	7 (28)	3 (12)	10 (20)	
ครั้งที่ 3	5 (20)	8 (32)	13 (26)	
ครั้งที่ 4	3 (12)	4 (16)	7 (14)	
ครั้งที่ 5	3 (12)	3 (12)	6 (12)	
ครั้งที่ 6	3 (12)	1 (4)	4 (8)	
ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนที่ได้รับ				0.81 NS
Aloxi	3 (12)	3 (12)	6 (12)	
Ondengetron	6 (24)	8 (32)	14 (28)	
Plasil+dexametazole	12 (48)	12 (48)	24 (48)	
Dimen+Motilium+Plasil	4 (16)	2 (8)	6 (12)	
อาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด				0.78 NS
อ่อนเพลีย	21 (84)	23 (92)	24 (48)	
คลื่นไส้ อาเจียน	18 (72)	15 (60)	33 (66)	
กังวลเกี่ยวกับอาการ	11 (44)	14 (56)	25 (50)	

NS = no significance, $p > .05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N = 25)	กลุ่มทดลอง (N = 25)	กลุ่มตัวอย่าง (N = 50)	χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด (ต่อ)				
ผมร่วง	3 (12)	2 (8)	5 (10)	
ชาตามปลายมือ	1 (4)	2 (8)	3 (6)	
ปวดเมื่อยตามร่างกาย	3 (12)	1 (4)	4 (8)	
การผ่าตัด				0.54 NS
ได้รับการผ่าตัด	18 (72)	16 (64)	34 (68)	
ไม่ได้รับการผ่าตัด	7 (28)	9 (36)	16 (32)	

NS = no significance, $p >. 05$

การศึกษาครั้งนี้ประเมินความหวังของกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ ก่อนได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (วันที่ 1) และหลังได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (วันที่ 21) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในกลุ่มควบคุมวันที่ 1 และวันที่ 21 เท่ากับ 26.24 และเท่ากับ 24.36 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยความหวังวันที่ 1 และในวันที่ 21 เท่ากับ 25.40 เท่ากับ 37.04 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในวันที่ 1 และ วันที่ 21 (N =5 0)

วันที่	กลุ่มควบคุม (N = 25)		กลุ่มทดลอง (N = 25)	
	M	SD	M	SD
วันที่ 1 (ก่อน)	26.24	4.50	25.40	2.72
วันที่ 21 (หลัง)	24.36	5.15	37.04	2.58

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (วันที่ 21) สูงกว่าคะแนนความหวังก่อนได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (วันที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความหวังในกลุ่มทดลอง (วันที่ 1) ก่อนได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (M = 25.40, SD = 2.72) และ (วันที่ 21) หลังได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (M = 37.04, SD = 2.58) ด้วยสถิติทีคู่ (dependent t-test) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -17.49, p<.001) ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (dependent t-test) (N = 25)

วันที่	M	SD	t
ก่อนได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (วันที่ 1)	25.40	2.72	-17.49*
หลังได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (วันที่ 21)	37.04	2.58	

*p<.001

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนความหวัง (วันที่ 21) สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวัง วันที่ 21 ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความหวัง วันที่ 1 เป็นตัวแปรร่วม (covariate) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังวันที่ 21 ของกลุ่มทดลอง (M = 37.04, SD = 2.59) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 24.36, SD = 5.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 151.81, p < .001) ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 21 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) (N = 50)

คะแนนความหวัง	N	M	SD	F
กลุ่มควบคุม (วันที่ 21)	25	24.36	5.15	151.81*
กลุ่มทดลอง (วันที่ 21)	25	37.04	2.58	

*p<.001

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนและกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผลการทดสอบด้านคุณสมบัติทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 50-59 ปี ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมที่พบอุบัติการณ์การป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในช่วงอายุ 50-59 ปี อยู่ในอันดับ1 (Songklanagarind Tumor Registry, 2009) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน และส่วนมากได้รับการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 4 สูตร ด้วยกัน คือ AC ร้อยละ 40 FAC ร้อยละ 36 AC+T ร้อยละ 18 และ CMF ร้อยละ 6 ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการแทรกซ้อนจากยา

เคมีบำบัด ที่สำคัญ คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และแผลในปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Dibble et al., 2007; Lee et al., 2005) พบว่าอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีอาการคลื่นไส้ และอ่อนเพลียได้จึงจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนที่นำ มาใช้ ได้แก่ Plasil+dexametazole ร้อยละ 48 Ondengetron ร้อยละ 28 Dimen+Motilium+Plasil ร้อยละ 12 Aloxi ร้อยละ 12 ซึ่งยาเหล่านี้จะมีฤทธิ์ในการช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (วันที่ 21) สูงกว่าคะแนนความหวังก่อนได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (วันที่ 1)

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของกลุ่มทดลองใน (วันที่ 21) สูงกว่า วันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *(p* < .001*)* (ดังตาราง 2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฮิร์ท (Herth, 2000) ที่พบว่าความหวังมีการเปลี่ยนแปลงที่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (ดังตารางที่ 2)

ซึ่งผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า หลังจากให้การพยาบาลตามโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนที่ใช้สามารถส่งเสริมความความหวังในกลุ่มทดลองได้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีความรู้ในการจัดการอาการ มีความมั่นใจและมีกำลังใจ รวมถึงแรงบันดาลใจในการจัดการอาการสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงของการเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความหวังที่สูงขึ้น โดยโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะให้การสนับสนุนใน 4 ด้าน ด้วยกันคือ

1. ด้านอารมณ์ ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าถึงปัญหาและระบายความคับข้องใจที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และสามารถเผชิญปัญหาได้ และรับฟังปัญหาสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งการได้รับกำลังใจและประคับประคองทางอารมณ์จากพยาบาลทำให้ผู้ป่วย สัมผัสรับรู้ถึงความรู้สึกยินดีที่จะรับฟังช่วยส่งเสริมความหวังในมิติด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Hert, 1992) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม โดยสิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวังตามมา (Bowman et al., 2009; Cameron et al., 2007)

2. ด้านการประเมินค่า ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง และค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการจัดการกับอาการได้ รวมถึงใช้ความสามารถในการดูแลตัวเองตัวเอง กิจกรรมเหล่านี้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและอนาคตให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง กล้าเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ โดยไม่รู้สึกกลัวหรือท้อแท้ ช่วยส่งเสริมความหวังในด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Hert, 1992) ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเกิดอาการมาแล้วและในอดีตเคยบรรเทาอาการได้ ถ้ามีอาการในครั้งต่อไปผู้ป่วยก็จะสามารถที่จะควบคุมอาการได้ (Brown et al., 2009; McIlfatrick et al., 2007) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น และจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะสามารถควบคุมอาการได้ในครั้งต่อๆ ไป สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยและมีแนวทางที่จะสามารถจัดการกับอาการและสถานการณ์นั้นได้ จะช่วยให้มีความหวังเพิ่มขึ้น (Spector et al., 2009)

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อมูล หรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งแจกคู่มือในการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการส่งเสริมความสามารถทางปัญญาทำให้ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจและความมุ่งมั่นกระทำเพื่อไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมายมากขึ้นและมีความหวังเพิ่มขึ้นในที่สุด (Hert, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยมองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีแนวทางแก้ไขซึ่งจะช่วยเพิ่มความหวังได้ (Salonen et al., 2009)

4. ด้านทรัพยากร โดยให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการให้คำปรึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการเกิดอาการแทรกซ้อนและการจัดการอาการของผู้ป่วยทุกสัปดาห์ และดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในอารมณ์มากขึ้น โดยสอดคล้องกับมิติของความหวังในด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บุคคลในครอบครัว/เพื่อนหรือพยาบาล การมีความรู้สึกมีส่วนร่วมในบางสิ่งบางอย่าง การแบ่งปันประสบการณ์ การได้รับกำลังใจ การได้รับการประคับประคองทางอารมณ์ การสัมผัสรับรู้ถึงความรู้สึกยินดีที่จะรับฟัง (Hert, 1992) ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความสามารถในการพึ่งตนเองและความสามารถของตนเองในการดำรงบทบาทตามที่ตนคาดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการให้ข้อมูลจากการสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความมั่นใจในการแก้ปัญหาสามารถช่วยให้มีความหวังเพิ่มขึ้นได้ (Salonen et al., 2009)

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง) มีคะแนนความหวัง สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความหวังหลังการทดลอง ในวันที่ 21 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) (ตาราง 4) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน สามารถส่งเสริมความหวังได้จริงและมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ซึ่งทั้งนี้อาจเนื่องจากการพยาบาลตามปกติโดยที่พยาบาลให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของโรค และอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง ร่วมกับการให้เอกสารอ่านประกอบ อย่างไรก็ตามเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับบริการในแต่ละวันมีจำนวนมาก อาจทำให้พยาบาลไม่สามารถให้การพยาบาลแบบไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกด้านซึ่งมีผลต่อความหวังของผู้ป่วย สำหรับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนเพื่อส่งเสริมความหวังนั้น ได้มีการจัดทำเป็นโปรแกรมทางการพยาบาลพร้อมการวางแผนการให้การพยาบาลทุกด้าน ในการติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมีทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ผู้ป่วยได้ประเมินสถานการณ์และความสามารถ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับและการให้ข้อมูลเพิ่มเติม กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรู้ในการจัดการอาการ มีความมั่นใจและมีกำลังใจ รวมถึงแรงบันดาลใจในการจัดการอาการสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงของการเจ็บป่วยได้

การเห็นความสำคัญของความหวังและช่วยให้ความหวังเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการดำรงชีวิตต่อไป ไม่ใช่ผลที่เกิดขึ้นจากการรักษาเพียงอย่างเดียวที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาจากภาวะการเจ็บป่วย แต่เป็นการยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนสามารถส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดียิ่งขึ้น

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่มีระดับคะแนนความหวังตั้งแต่ต่ำถึงปานกลาง ที่มารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยวัดผลสองครั้ง คือ ก่อนการทดลอง (ในวันที่ 1) และหลังการทดลอง (วันที่ 21) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2553

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ พัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) โดยแบ่งการสนับสนุนทางการพยาบาลออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษาที่ได้รับ 3) แบบประเมินความหวัง โดยมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบ สอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.90

ผู้วิจัยนำข้อมูลวิเคราะห์ผล ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวิเคราะห์โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง) (วันที่ 1) ก่อนได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน และ (วันที่ 21) หลังได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน ด้วยสถิติทีคู่ (dependent t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง ระหว่างผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน (กลุ่มทดลอง) หลังได้รับโปรแกรมทางการพยาบาล

แบบสนับสนุน (ในวันที่ 21) ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับครอบครัว ได้รับการศึกษา และรายได้มีความเพียงพอและมีเงินเก็บ ผลการทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *($p > .05$)* เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนกลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 21 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวัง ในวันที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.49$, $p<.001$)
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนกลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยความหวังในวันที่ 21 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความหวังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F_{(1, 48)} = 151.81$, $p < .001$]

ข้อจำกัดการวิจัย

ในการศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนในรูปแบบกึ่งทดลองไม่สามารถควบคุมตัวแปรร่วมอื่นที่อาจมีผลต่อความหวังได้ เช่น ความวิตกกังวล โรคประจำตัว เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและมีข้อจำกัดของเวลาในการทำการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาครั้งนี้มีจุดเด่น คือ การผสมผสานกระบวนการที่หลากหลาย ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีกระบวนการคิด และให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ถึงความสามารถเกี่ยวกับการลดอาการแทรกซ้อน การให้แรงเสริมตามพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นแรงขับต่อการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลมีความเป็นส่วนตัวสามารถดึงศักยภาพของแต่ละบุคคลออกมารวมถึงปัญหา

อุปสรรคของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความแตกต่างตามบริบทของแต่ละรายผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการติดตามระดับความหวังและประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีระดับความหวังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งพยาบาลมีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และสามารถเผชิญปัญหาได้

2. ควรสนับสนุนให้พยาบาลเห็นความสำคัญของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนไปใช้กับมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการให้การพยาบาลแบบผสมผสานโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม ได้แก่ การประเมินตนเอง กลวิธีการจัดการในการดูแลตนเอง โดยวิเคราะห์ถึงอุปสรรคที่เกิด ขณะที่พยาบาลช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับและการให้กำลังใจผู้มะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความหวัง

ด้านการศึกษา

ในด้านการศึกษา ควรมีการจัดอบรมหรือให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลอย่างต่อเนื่องในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและมีการวางแผนการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนด้านนโยบายในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด สอดคล้องกับบริบท และลักษณะการปฏิบัติงานของหน่วยให้บริการ และควรมีการสนับสนุนด้านงบประมาณ อัตรากำลัง สถานที่ ที่เหมาะสม และสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อส่งเสริมความหวัง ทั้งนี้เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวสามารถเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรออกแบบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในรูปแบบกลุ่มเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบบเพื่อนช่วยเพื่อน

2. ในการศึกษาผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนในครั้งนี้ มีการติดตามประเมินผลในระยะสั้น ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวหลังเข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีการติดตามระดับความหวังทุก 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลที่ได้รับและการเปลี่ยนแปลงระดับความหวังของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายถึงผลกระทบต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ที่เข้าร่วมโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุน เพราะจะได้ข้อมูลในเชิงลึกจากการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

กริช โพธิสุวรรณ. (2545). มะเร็งเต้านม: บทบาทของศัลยกรรม. ใน สุมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกุล นภาพันธ์ (บรรณาธิการ), *โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา Practical Points in Oncology* (หน้า 265-321). เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

กิติ จินดาวิจักษณ์. (2547). Management of Locally Advanced Breast Cancer. ในสุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนสิริ และจรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (หน้า 253-256). กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.

จตุรงค์ ตันติมงคลสุข และนรินทร์ วรวุฒิ. (2546). มะเร็งเต้านม ตอนที่ 4 การรักษามะเร็งเต้านมที่เป็นมากและการติดตามการรักษา. ใน นรินทร์ วรวุฒิ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งวิทยา 1* (หน้า 99-114). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรพร แอชตัน. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา เกษมโชติพันธุ์. (2546). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความหวังในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จันทนา เตชะคฤท. (2540). *ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุฬาวรรณ สุระกุล. (2544). *ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จงกลม ทองจันทร์. (2544). *ผลการระลึกถึงความหลังอย่างมีรูปแบบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

ชลธิดา สิมะวงศ์. (2545). *การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ตะวัน วาทกิจ. (2547). *ผลของโปรแกรมฝึกความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่ดีต่อความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลกของเยาวชน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บังเอิญ แพรุ้งสกุล. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประสาน ขจรรัตนเดช และนรินทร์ วรวุฒิ. (2546). มะเร็งเต้านม ตอนที่ 2 การรักษาเฉพาะที่ของโรคมะเร็งเต้านม. ใน นรินทร์ วรวุฒิ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งวิทยา 1* (หน้า 57-78). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์. (2546). *ผลการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อความหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

ธนพัฒน์ ไชยป้อ. (2550). *ความหวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พนิดา โยวะพุย. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิกุล ตินามาส. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรทิพย์ ราชภัณฑ์. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรนภา ไชยธารา. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

วสิกาล ญาณสาร. (2550). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของ Trotzer ที่มีต่อการตระหนักรู้ในตนเองและความหวังของเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรวณีย์ อันสะโก. (2548). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมต่อความหวังของผู้พิการ.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

สรายุทธ์ พงษ์ภุมนา. (2543). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีโรเจอร์ต่อความหวังของผู้ติดเชื้อเอช.ไอ.วี. โรงพยาบาลชลบุรี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

สุพิศ สงนวล. (2549). *ประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความสุขทางวิญญาณ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สุมาลี ชัยศรีสวัสดิ์. (2549). *ผลของการเสริมสร้างความหวังต่อการคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็นโรคเอดส์.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรพงษ์ สุภาภรณ์. (2547ก). The High Risk Women. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนสิริและ จรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (หน้า 143-168). กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.

สุรพงษ์ สุภาภรณ์. (2547ข). Nonpalpable Mammographic Breast Cancer. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนสิริ และจรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (หน้า 143-168). กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.

สุรพงษ์ สุภาภรณ์. (2547ค). Early Invasive Breast Cancer. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนสิริ และจรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (หน้า 143-168). กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.

สาวิตรี เมาฬีกุลไพโรจน์. (2547). Systemic Therapy in Breast Cancer. สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุมิต วงศ์เกียรติขจร, วิชัย วาสนสิริ และจรัสพงษ์ เกษมมงคล (บรรณาธิการ), *มะเร็งเต้านม* (หน้า 143-168). กรุงเทพมหานคร: โฆษิตการพิมพ์.

สุนทรี วัฒนเบญจโสภา. (2543). *ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

American Cancer Society. (2008). Cancer Statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, *58,* 71-96.

Angell, K., Kreshka M. A., McCoy, R., Donnelly, P., Turner-Cobb, J. U., & Graddy, K., et al. (2003). Psychosocial intervention for rural women with breast cancer the sierra stanford partnership. *Journal of General Internal Medicine*, *18,* 499-507.

Ballou, R. J., & Tseng, M. T. (1995). Chemosensitivity of cultured human breast cancer. In W. L. Donegan & J. S. Spratt (Eds.), *Cancer of the Breast* (4 th ed.) (pp 529-533). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.

Bauer-Wu, S. (2005). Seeds of hope, blossoms of meaning. *Oncology Nursing Forum, 32*, 927-933.

Bedell, C. (2000). Breast Cancer. In B. M. Nevidion & K. W. Sowers (Eds.), *A Nurse's Guide to Cancer Caer* (3 th ed.) (pp 62-82). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Benzein, E., Norberg, A., & Saveman, B-I. (1998). Hope: future imagined reality. The meaning of hope as described by a group of healthy Pentecostalists. *Journal of Advanced Nursing, 28*, 1063-1070.

Benzein, E., & Saveman, B-I. (1998). One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 35*, 322-329.

Berger, A. M., Higginbotham, P. (2000). Correlates of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherpy: A pilot study. *Oncology Nursing Forum, 27,* 1443-1448.

Borneman, T., Stahl, C., Ferrell, B. R. & Smith, D. (2002). The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 4*(1), 21-33.

Bottomley, A. (2003). Quality-of-Life data interpretation: An update on key issues in advanced breast cancer. In J-M. Nabholtz., K. Tonkin., D. M. Reese., M. S. Aapro., & A. U. Buzdar. *Breast Cancer Management: Application of Clinical and Translational Evidence to Patient Care* (2 nd ed.) (pp 411-422). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Oncology Nursing Forum, 18,* 743-753.

Bowman, K. F., Rose, J. H., Radziewicz, R. M., O'Toole, E. E., & Berila, R. A. (2009). Family caregiver engagement in a coping and communication support intervention tailored to advanced cancer patients and families. *Cancer Nursing, 32*(1), 73-81.

Brown, C., McGuire, D. B., Peterson, D. E., Beck, S. L., Dudley, W. N., & Mooney, K. H. (2009). The experience of a sore mouth and associated symptoms in patients with cancer receiving outpatient chemotherapy. *Cancer Nursing, 32*, 259-270.

Cameron, L., Booth, R., Schlatter, M., Ziginskas, D., & Harman, J. (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology, 16,* 171-180.

Campbell, K. L., Lane, K., Martin, A. D., Gelmon, K. A., & McKenzie, D. C. (2007). Resting energy expenditure and body mass changes in women during adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing, 30,* 95-99.

Cancer Council Victoria. (2007). *Coping with Chemotherapy.* Melbourne, Australia: Cancer Council Victoria.

Cancer Council Victoria. (2008). *When cancer won't go away.* Melbourne, Australia: Cancer Council Victoria.

Carr, D., House, J. S., Wortman, C., Nesse, R., & Kessler, R. C. (2001). Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed Persons. *The Gerontological Society of America, 56,* 237-248.

Carson, V., Soeken, K. L., Shanty, J., & Terry, L. (1990). Hope and spiritual well-being essentials for living with AIDS. *Perspectives in Psychiatric Care, 26*(2), 28-34.

Chernecky, C. (1999). Temporal differences in coping, mood, and stress with chemotherapy. *Cancer Nursing, 22(4),* 266-276.

Chung, L., Cimprich, B., Janz, N., & Mills-Wisneski, S. M. (2009). Breast cancer survivorship program. *Cancer Nursing, 32*, 236-245.

Chu-Hui-Lin Chi, G. (2007). The role of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, *34,* 415-424.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38,* 300-314.

Cohen, J. (1988). *Statisiical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Crothers, M. K., Tomter, H., & Garske, J. P. (2005). The relationships between satisfaction with social support, affect balance, and hope in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 23*(4), 103-118.

Crown, J. (2003). High-Dose chemotherapy in the adjuvant therapy of breast cancer: The argument for further investigation. In J-M. Nabholtz., K. Tonkin., D. M. Reese., M. S. Aapro., & A. U. Buzdar. *Breast Cancer Management: Application of Clinical and Translational Evidence to Patient Care* (2 nd ed) (pp 589-598). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Cutcliffe, J. R. (1997). Hope, counseling and complicated bereavement reaction. *Journal of Advanced Nursing, 28,* 754-761.

Cutcliffe, J. R., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 1:its origins, background and nature. *British Journal of Nursing, 11*, 832-840.

Dibble, S. L., Luce, J., Cooper, B. A., Israel, J., Cohen, M., Nussey, B., & Rugo, H. (2007). Acupressure for chemotherapy-induced nausea and vomiting: A randomized clinical trial. *Oncology Nursing Forum, 34,* 813-820.

Dirksen, S., Belyea, M., & Epstein, D. (2009). Fatigue-Based subgroups of breast cancer survivors with insomnia. *Cancer Nursing, 32*, 404-411.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., & Humphreys, J., et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33,* 668-676.

Dolle, J. M., Daling, J. R., White, E., Brinton, L. A., Doody, D. R., & Porter, P. L., et al. (2009). Risk factors for triple-negative breast cancer in women under the age of 45 years. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 18,* 1157-1165.

Dufault, K., & Martocchio, B. C. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America, 20*, 379-391.

Ebright, P., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factors that enhamce hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 29,* 561-568.

Farran, C. J., & McCann, J. (1989). Longitudinal analysis of hope in community-based older adults. *Archives of Psychiatric Nursing, 3*, 272-276.

Farran, C. J., & Popovich J. M. (1990). Hope: A relevant concept for geriatric psychiatry. *Archives of Psyhiatric Nursing, 5*(2), 124-130.

Farran, C. J., Wilken, C., & Popovich J. M. (1992). Clinical assessment of hope. *Issues in Mental Health Nursing, 13*, 129-138.

Fukui, S., Koike, M., Ooba, A., & Uchitomi, Y. (2003). The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for japanese women with primary breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 30,* 823-830.

Gelinas, C., & Fillion, L. (2004). Factors related to persistent fatigue following completion of breast cancer treatment. *Oncology Nursing Forum, 31,* 269-278.

Gibson, L. M. R, & Parker, V. (2003). Inner resources as predictors of psychological well-being in middle-income African American breast cancer survivors. *Cancer Control, 10*(5), 52-59.

Hall, B. A. (1994). Way of maintaining hope in HIV disease. *Research in Nursing & Health, 17*(4), 283-293.

Heidrich, M. S., Brown, L. B., Egan, J. J., Perez, A. O., Phelan, H. C., Yeom, H., Ward, E. S. (2009). An individualized representational intervention to improve symptom management (IRIS) in oder brest cancer sorvivors: Three pilot studies. *Oncology Nursing Society, 36,* 133-143.

Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing, 15*, 1250-1259.

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing, 17,* 1251-1259.

Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 1431-1441.

Herth, K. A. (2001). Development and implementation of a hope intervention program. *Oncology Nursing Forum, 28,* 1009-1017.

Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions Do they work?. *Clinical Psychology Review, 22,* 381-440.

House, J. S. (1981). Work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall.

Jahraus, D., Sokoloky, S., Thurston, N. & Guo, D. (2002). Evaluation of an education program for patients with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing, 25*, 266-275.

Karagozoglu, S., & Ulusoy, M. F. (2004). Chemotherapy: The effect of oral cryotherapy on the development of mucositis. *Cancer Nursing, 14,* 754-765.

Koski, S., & Venner, P. (2003). Chemotherapy-induced nausea and vomiting. In J-M. Nabholtz., K. Tonkin., D. M. Reese., M. S. Aapro., & A. U. Buzdar. *Breast Cancer Management: Application of Clinical and Translational Evidence to Patient Care* (2nd ed) (pp 489-500). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kristjanson, L. J., Chalmers, K. I., & Woodgate, R. (2004). Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 31*(1), 111-119.

Kylma, J. (2005). Dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS: a substantive theory. *Advances in Nursing Science, 52*, 620-630.

Kylma, J. (1996). Hope in nursing research: a meta-analysis of the ontological and epistemological of research on hope. *Journal of Advances Nursing, 25,* 364-371.

Laccetti, M. (2007). Expressive writing in women with advanced breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 34,* 1019-1024.

Lee, E-H. (2001). Fatigue and hope: Relationships to psychosocial adjustment in Korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research, 14*(2), 87-93.

Lee, J., Dibble, S. L., Pickett, M., & Luce, J. (2005). Chemotherapy-induced nausea/vomiting and functional status in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing, 28(4),* 249-255.

Lee, S-M., Park, J-H., & Park, H-J. (2008). Implications of systematic review for breast cancer prediction. *Cancer Nursing, 31*(5), 40-46.

Little, M., & Sayers, E-J. (2006). While there's life hope and the experience of cancer. *Social Science & Medicine, 59*, 1329-1337.

Mattioli, J. L., Repinski, R., & Chappy S. L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherary. *Oncology Nursing Forum, 35*, 822-829.

McClement, S. E., & Chochinov, H. M. (2008). Hope in advanced cancer patients. *European journal of cancer, 44*, 1169-1174.

McIlfatrick, S., Sullivan, K., McKenna, H., & Parahoo, K. (2007). Patients' experiences of having chemotherapy in a day hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, *59*, 264-273.

Miller, J. F. (1985). Hope. *American Journal of Nursing, 85*(1), 23-25.

Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness*. Philadelphia: F. A. Davis.

Mohsin, S. K., Bardon, V-J., Arpino, G., Chamness, G. C., & Allred, D. C. (2003). Prognostic and predictive factors in breast cancer: An evidence-based medicine approach. In J-M. Nabholtz., K. Tonkin., D. M. Reese., M. S. Aapro., & A. U. Buzdar. *Breast Cancer Management: Application of Clinical and Translational Evidence to Patient Care* (2 nd ed.) (pp 391-410). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2006). Psychological distress of patients with advanced cancer influence and contribution of pain severity and pain interference. *Cancer Nursing, 29*, 400-405.

Nekolaichuk, C. L., & Bruera, E.(2004). Assessing hope at the end of life: validation of an experience of hope scale in advanced cancer patients. *Palliative Support Cancer, 2*(3), 243-253.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice (5 ed.)*. New Jersey: Upper Saddle River.

Pinder, S. E., Ellis, I. O., Lee, A. H.S., & Elston, C. W. (2003). Prognostic factors in invasive breast cancer using histology. In J-M. Nabholtz., K. Tonkin., D. M. Reese., M. S. Aapro., & A. U. Buzdar. *Breast Cancer Management: Application of Clinical and Translational Evidence to Patient Care* (2 nd ed) (pp 411-422). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Posadas, E. M., Simpkins, F., Liotta, A., MacDonald, C., & Kohn, E. C. (2005). Proteomic analysis for the early detection and rational treatment of cancer-realistic hope?. *European Society for Medical Oncology, 16*, 16-22.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6 th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.

Radziewicz, R., Rose, J. H., Bowman, K. F., Berila, R. A., O'Toole, E. E., & Given, B. (2009). Establishing treatment fidelity in a coping and communication support telephone intervention for aging patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer Nursing, 32*, 193-202.

Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2009). Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science & Medicine, 68,* 562-569.

Salonen, P., Tarkka, M-T., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Astedt-Kurki, P., Luukkaala, T., & Kaunonen, M. (2009). Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. *Cancer Nursing, 32*, 177-190.

Salter, K., Foley, N., & Teasell, R. (2009). Social support intervention and mood status post stroke: A review. Manuscript submitted for publication.

Sarna, L., & Brecht, M-Y. (1997). Dimensions of symptom distress in women with advanced lung cancer: A factor analysis. *Heart & Lung, 26*(1), 23-30.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function of social support. *Journal of behavior medicine, 4,* 381-406.

Schreier, A. M., & Williams, S. A. (2004). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 31*(1), 127-130.

Singletary, C., Goodwyn, M. A., & Carter, A. P. (2009). Hope and social support in adults who are legally blind at a training center. Manuscript submitted for publication.

Smith, B., & Sparkes, A. C. (2005). Men, sport, spinal cord injury, and narrative of hope. *Social Science & Medicine, 61*, 1095-1105.

Songklanagarind Tumor Registry. (2009). Breast Cancer. In Cheamchit, T. & Paradee, P. (Eds.) *Hospital-Based Cancer Registry Songklanagarind Hospital Annual Report 2008.* (pp 32-35). Songkhla, Thailand.

Spector, D., Mishel, M., Skinner, C. S., DeRoo, L. A., & Sandler, D. P. (2009). Breast cancer risk perception and lifestyle behaviors among white and black women with a family history of the disease. *Cancer Nursing, 32*, 299-308.

Stoner, M. H., & Keampfer, S. H. (1985). Recalled life expectancy information, phase of illness and hope in cancer patients. *Research in Nursing and Health, 8*(3), 269-274.

Svensson, H., Brandberg, Y., Einbeigi, Z., Hatschek, T., & Ahlberg, K. (2009). Psychological reactions to progression of metastatic breast cancer-An interview study. *Cancer Nursing, 32*(1), 55-63.

Tian, J., Chen, Z-c,. & Hang, Li-F. (2009). The effects of psychological status of the patients with digestive system cancer on prognosis of the disease. *Cancer Nursing, 32*, 230-235.

Vellone, E., Rega, M. L., Galletti, C., & Cohen, M. Z. (2006). Hope and realted variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing,* 29(5), 356-366.

Weber, B. A., Roberts, B. L., Resnick, M., Deimling, G., Zauszniewski, J. A., & Musil, C., et al. (2004). The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psycho-Oncology, 13*(3), 47-60.

Wiles, R., Cott, C., & Gibson, B. (2008). Hope, expectations and recovery from illness: a narrative synthesis of qualitative research. *The Authors Journal compilation, 64,* 564-573.

Wilkes, M. G & Barton-Burke, M. (2006). Oncology nursing drug handbook. Massachusetts: Jones and Bartlett.

Williams, P. D., Ducey, K. A., Sears, A. M., Williams, A.R., Susan, E., & Bunde, P. (2000). Treatment type and symptom severity among oncology patients by self-report. *International Journal of Nursing, 38*, 359-367.

Wonghongkul, T., Moore, S. M., Musil, C., Schneider, S., & Deimling, G. (2000). The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast Cancer. *Cancer Nursing, 23*, 422-429.

Woodward, V., & Webb, C. (2000). Women's anxieties surrounding breast disorder: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(1), 29-41.

Yennurajalingam, S., Palmer, J. L., Zhang, T., Poulter, V., & Bruera, E. (2008).Association between fatigue and other cancer-related symptoms in patients with advanced cance *Springer-Verlag, 15,* 1125-1130.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (one - way repeated measures ANOVA) และใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) ในการทดสอบ ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบทีนั้น ได้กำหนดไว้ว่าข้อมูลที่จะนำมาใช้ทดสอบ ต้องมีการแจกแจงแบบปกติ มีความแปรปรวนเท่ากัน แสดงว่าคะแนนความหวังของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงเวลามีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบการแจกแจงของคะแนนความหวัง ดังนี้

1. ใช้สถิติ Kolmogorov-Sminov test ทดสอบการแจกแจงพบว่าชุดข้อมูลคะแนนความหวังในวันที่ 1, และ 21 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ ($p > .05$)

2. ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อ 2-3 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) คือ ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (test of normality) และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของคะแนนความหวังดังนี้

2.1 ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของคะแนนความหวังในวันที่ 1, และ 21 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าชุดข้อมูลคะแนนความหวังในวันที่ 1, และ 21 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ ($p > .05$)

2.2 ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของคะแนนความหวังในวันที่ 1, และ 21 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Levene's test พบว่าชุดข้อมูลมีความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ภาคผนวก ข

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้การคำนวณค่าอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณของโคเฮน (Cohen, 1988)

$$ES = \frac{\mu^1 - \mu^2}{\sqrt{SD1^2 + SD2^2}/2}$$

μ^1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

μ^2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_1 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

SD_2 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของศรวณีย์ (ศรวณีย์, 2548) เกี่ยวกับผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีจิตสภาวะนิยมต่อความหวังของผู้พิการ

μ^1 (กลุ่มทดลอง) = 43.50 μ^2 (กลุ่มควบคุม) = 39

SD_1 = 9.04 SD_2 = 7.31

$$ES = \frac{43.50 - 39}{\sqrt{9.04^2 + 7.31^2}/2}$$

$$= 0.77$$

จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพลความแตกต่าง effect size = 0.77 จึงปัดขนาด effect size เป็น .80 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโพลิทและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย

ภาคผนวก ค
ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางสาวกฤษณา สังขมุณีจินดา เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจจากแพทย์ตามปกติ ให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินความหวัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์แล้วให้พยาบาลประจำคลินิกสอนผู้ป่วยตามปกติ และจะพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตามแพทย์นัด ครั้งที่ 2 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความหวัง ครั้งที่ 2 และในการพบกลุ่มตัวอย่างในครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้บอกผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดโครงการวิจัยในครั้งนี้และกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกราย

พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกและแบบสอบถาม และจะสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ส่วนชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย
วันที่.....เดือน.....พ.ศ 2553

ลงชื่อ .....
(นางสาวกฤษณา สังขมุณีจินดา)
ผู้วิจัย

ภาคผนวก ค (ต่อ)
ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาวกฤษณา สังขมุณีจินดา เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการที่เกิดขึ้นทั้งจากพยาธิสภาพจากโรคมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามและจากภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด รวมถึงการหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อให้มีความหวังในการดำรงชีวิตต่อไป โดยทำแบบประเมินความหวัง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและคิดคะแนนความหวัง ซึ่งจะนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมความหวังในแต่ละด้านที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ตามคะแนนความหวังหลังจากนั้นดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการประเมินค่า 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร 4) ด้านทรัพยากร และจะมีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยทุก 2 เพื่อประเมินความหวัง และให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม หากมีผลกระทบเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลขั้นต้นและดูแลให้ท่านได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล สำหรับข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับท่านและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดรายอื่น เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มความหวังในการดำรงชีวิตต่อไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม

ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากท่านเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลาจากตัวผู้วิจัยเอง โทรศัพท์ 089-5876962 หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือประสงค์จะไม่ลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ดิฉันขอขอบพระคุณมากค่ะที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

.....	.....
(.....)	นางสาวกฤษณา สังขมุณีจินดา
ผู้เข้าร่วมวิจัย	ผู้วิจัย
(วัน/เดือน/ปี).....	(วัน/เดือน/ปี).....

ภาคผนวก ง
งบประมาณการวิจัย

จำแนกตามหมวดเงินงบประมาณดังนี้

หมวดค่าวัสดุอุปกรณ์

ค่าวัสดุสำนักงาน (ค่าถ่ายเอกสาร, ค่ากระดาษ)	6,000	บาท
ค่าวัสดุคอมพิวเตอร์ (ตลับหมึก, แผ่นดิสก์)	2,000	บาท
ค่าวัสดุเชื้อเพลิง (ค่าน้ำมันรถยนต์ในช่วงทำวิจัยของผู้วิจัย)	8,000	บาท
รวมเงินทั้งสิ้น	16,000	บาท

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษาที่ได้รับ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับความหวัง จำนวน 12 ข้อ

เลขที่แบบสอบถาม □□

□ กลุ่มควบคุม □ กลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความที่เป็นจริงที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุ .....ปี

2. ศาสนา

( ) 1. พุทธ ( ) 2. คริสต์

( ) 3. อิสลาม ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ อยู่ด้วยกัน ( ) 3. คู่ แยกกันอยู่

( ) 4. หม้าย ( ) 5. หย่า

4. การศึกษาสูงสุด

( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา ( ) 3. มัธยมต้น

( ) 4. มัธยมปลาย/ ปวช. ( ) 5. อนุปริญญา/ ปวส. ( ) 6. ปริญญาตรี

( ) 7. สูงกว่าปริญญาตรี

5. ความพอเพียงของรายได้

( ) 1. พอเพียง และมีเงินเก็บ ( ) 2. พอเพียง แต่ไม่มีเงินเก็บ

( ) 3. ไม่พอเพียง แต่ไม่มีภาระหนี้สิน ( ) 4. ไม่พอเพียง และมีภาระหนี้สิน

6. ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับ

( ) 1. ครอบครัว ( ) 2. ญาติ

( ) 3. เพื่อน ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....

7. ความสม่ำเสมอของญาติที่มาดูแลที่โรงพยาบาลคือ

( ) 1. ทุกวัน ( ) 2. 2-3ครั้ง/สัปดาห์

( ) 3. 4-6 ครั้ง/ สัปดาห์ ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....

8. การวินิจฉัยโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วย

( ) 1. เนื้องอกที่เต้านม ( ) 2. มะเร็งเต้านม

( ) 3. มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ( ) 4. มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย

( ) 5. แพทย์ไม่ได้แจ้ง ( ) 6. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับโรค อาการและการรักษาที่ได้รับ จำนวน 4 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. การวินิจฉัยโรค.....
.....
.....

2. ระยะของโรค.....
.....

3. สูตรยาเคมีที่ได้รับ.....
.....
.....
.....
.....

4. อาการที่ผู้ป่วยมีในตอนนี้.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ประเมินระดับความหวังในแต่ละด้านของผู้ป่วย

การเลือกตอบถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความคิด ความรู้สึกในปัจจุบันของท่านเป็นอย่างมาก

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านปานกลางหรือพอประมาณ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านปานกลางหรือพอประมาณ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านเป็นอย่างมาก

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ในอนาคต ฉันจะกลับมามีสุขภาพที่แข็งแรงได้				
2. ฉันมีเป้าหมายจะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีที่สุด ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต				
3. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่คนเดียวในโลก				
4. ท่ามกลางอาการผิดปกติของโรคที่ฉันมีอยู่ ฉันรู้สึกว่ายังมีความหวังที่จะดีขึ้น				
5. สิ่งที่ฉันเชื่อและศรัทธา จะช่วยให้ฉันมีอาการดีขึ้น				
6. ฉันรู้สึกหวาดหวั่นกับความเจ็บป่วยของฉันในอนาคตข้างหน้า				
7. ฉันจำช่วงเวลาที่มีสุขภาพที่แข็งแรงในอดีตได้และฉันคาดหวังว่าจะกลับมามีสุขภาพแข็งแรงอีกครั้ง				
8. ฉันมีจิตใจเข้มแข็งพร้อมที่จะต่อสู้กับโรค				
9. ฉันสามารถให้ความรักความเอาใจใส่แก่บุคคลอื่นๆ รวมทั้งได้รับสิ่งเหล่านี้จากบุคคลอื่นๆ ด้วย				
10. ฉันมองเห็นหนทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้า				
11. ทุกวันนี้ฉันมีพลังความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่				
12. ชีวิตของฉันยังมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อบุคคลอื่น				

ภาคผนวก ฉ
เครื่องมือที่ใช้ในการสนับสนุนทางการพยาบาล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 คู่มือการจัดการอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งเต้านมและเคมีบำบัด

โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาล ได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางการพยาบาล 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางการพยาบาลด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางการพยาบาลด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางการพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางการพยาบาลด้านทรัพยากร ทั้งนี้การสนับสนุนทางการพยาบาลจะมีความสอดคล้องกับมิติของความหวังทั้ง 6 มิติ (Dufault & Martocchio, 1985) คือ มิติด้านจิตใจ มิติด้านสติปัญญา มิติด้านพฤติกรรม มิติด้านความผูกพัน มิติด้านเวลา และมิติด้านสถานการณ์แวดล้อม ซึ่งเฮิร์ท (Hert, 1992) ได้ปรับเปลี่ยนมิติทางด้านของความหวังโดยรวมด้านที่คาบเกี่ยวกันเข้าด้วยกัน ได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 2) ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น โดยมีพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีความหวังในการดำเนินชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์และวิธีการปฏิบัติตามลำดับ ดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีความหวังในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 50 ราย

ระยะเวลา

ในแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 30-60 นาที

ผู้ดำเนินการ

นางสาวกฤษณา สังขมุณีจินดา นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

อุปกรณ์และสื่อ

คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ประเมินผล

1. จากการสังเกต และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
2. จากความสนใจ และซักถามของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียดเนื้อหาในกิจกรรม	กิจกรรม		สื่อ / อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้วิจัย	ผู้ป่วย		
	บทนำ ในปัจจุบันมะเร็งเต้านมมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงมากขึ้น ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าอัตราการอยู่รอดและอัตราการหายขาดจากโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เพราะมีการพัฒนาทางการแพทย์และการนำยาเคมีบำบัดใหม่ๆ มาใช้รักษาโรคมะเร็งเต้านม ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด อาจส่งผลให้มีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ซึ่งท่านอาจต้องปรับเปลี่ยนกิจวัตรบางอย่างให้เหมาะสมกับการรักษา และท่านควรมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมายในการรักษา นอกจากนี้ท่านควรรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับและ ผลข้างเคียงของยาชนิดนั้นๆ เพื่อเรียนรู้และแสวงหา วิธีการจัดการกับอาการและ	- พูดบทนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อเข้าสู่การสนับสนุนทางการพยาบาล	- ฟังบทนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด		

วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียดเนื้อหาในกิจกรรม	กิจกรรม		สื่อ / อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้วิจัย	ผู้ป่วย		
ด้านอารมณ์: เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และสามารถเผชิญปัญหาได้	การดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ ท่านต้องมีกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแสวงหาวิธีป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นทั้งจากโรคและการรักษา ตลอดจนการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง **เนื้อหา** การให้การสนับสนุนด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนี้ *การสนับสนุนด้านอารมณ์* โดยผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยผู้ป่วยยอมรับการดูแลเอาใจใส่จากผู้วิจัย และสามารถพัฒนาสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดได้โดยที่ผู้วิจัยเข้าใจถึงสภาพจิตใจและชีวิต ความเป็นอยู่พื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วย				

	ให้เข้าใจใน				
วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียดเนื้อหาในกิจกรรม	กิจกรรม		สื่อ / อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้วิจัย	ผู้ป่วย		
ด้านการประเมินค่า : - เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วย และวางแผนในการแก้ไขปัญหา - เพื่อส่งเสริม	ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้จะมีความเกี่ยวโยงกับมิติของความหวัง คือมิติด้านจิตใจ และมิติด้านความผูกพัน ในขั้นนี้ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 และ 3 *การสนับสนุนด้านการประเมินค่า* ในด้านนี้ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทำแบบประเมินความหวัง และจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิต และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อค้นหาความหวังในการหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน จะเน้นให้ผู้ป่วยค้นหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น โดยแสวงหาการบรรเทาอาการจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเกิดอาการมาแล้วและ				

ให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถ	ในอดีตเคยบรรเทาอาการได้ถ้ามีอาการในครั้งต่อไป ผู้ป่วยก็จะ				
วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียดเนื้อหาในกิจกรรม	กิจกรรม		สื่อ / อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้วิจัย	ผู้ป่วย		
ตนเองในการจัดการอาการและเปรียบเทียบประสบการณ์ในอดีตที่เคยใช้มา ด้านข้อมูลข่าวสาร : เพื่อส่งเสริมความสามารถทาง	สามารถที่จะควบคุมอาการได้ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนย้อนกลับในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น และจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะสามารถควบคุมอาการได้ในครั้งต่อๆ ไป ในขั้นตอนนี้จะมีความเกี่ยวโยงกับมิติของความหวัง คือมิติด้านสติปัญญาและมิติด้านพฤติกรรม ในขั้นนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่กิจกรรมที่ 2, 4,และ 5 *การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร* ในด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและเคมีบำบัด โดยครอบคลุมเนื้อหาเรื่องอาการ และการจัดการกับ				

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ปัญญาของผู้ป่วยโดยการเรียนรู้การจัดการอาการ	อาการเมื่อเกิดอาการ ซึ่งผู้วิจัยจะส่งเสริมความสามารถทางปัญญาของผู้ป่วยในการเรียนรู้การจัดการอาการ พร้อมทั้งแจกคู่มือในการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับ				
วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียดเนื้อหาในกิจกรรม	กิจกรรม		สื่อ / อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้วิจัย	ผู้ป่วย		
ด้านทรัพยากร : เพื่อประเมินติดตามการเกิดอาการแทรกซ้อนและการจัดการอาการของผู้ป่วย และให้ข้อมูล	เคมีบำบัด ในขั้นตอนนี้จะมีความเกี่ยวโยงกับมิติของความหวัง คือ มิติด้านสติปัญญา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 และ 7 *การสนับสนุนด้านทรัพยากร* ในด้านของทรัพยากรทางผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเวลาโดยให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการให้คำปรึกษาโดยการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้จะมีความเกี่ยวโยงกับมิติของความหวัง คือมิติด้านเวลา มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม มิติด้านจิตใจ มิติด้านความผูกพันและมิติด้านสติปัญญา ซึ่งประกอบด้วย				

ย้อนกลับ รวมถึงให้กำลังใจผู้ป่วย	กิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 8 และ 9 **<u>การดำเนินการตามกิจกรรมต่างๆ</u>** *กิจกรรมที่ 1* สร้างสัมพันธภาพซึ่งจะทำให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ โดยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทาง	-สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว	-แนะนำตัว -ฟังวัตถุประสงค์		
วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียดเนื้อหาในกิจกรรม	กิจกรรม		สื่อ / อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้วิจัย	ผู้ป่วย		
	ทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย มะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด *กิจกรรมที่ 2* ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความหวัง *กิจกรรมที่ 3* กระตุ้นและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าถึงปัญหาและระบายความคับข้องใจที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง แนะนำให้ผู้ป่วยหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาเป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์	บอกวัตถประสงค์ -ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามเกี่ยวกับความหวัง -กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ปู้ป่วยเล่าถึงปัญหาที่ต้องเผชิญ -ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	-ทำแบบประเมินความหวัง -เล่าถึงปัญหาที่ต้องเผชิญ		

	กิจกรรมที่ 4 การอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอาการที่ผ่านมา ที่เหมาะสมกับปัญหาของตนเองด้วยตนเองโดยมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ใช้เวลาประมาณ 10 นาที	-สอบถามผู้ป่วยถึงอาการที่เกิดขึ้น และการจัดการอาการที่ผ่านมา	-ตอบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและการจัดการอาการ		
วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียดเนื้อหาในกิจกรรม	กิจกรรม		สื่อ / อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้วิจัย	ผู้ป่วย		
	กิจกรรมที่ 5 พูดคุยซักถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการจัดการอาการด้วยตนเอง จากประสบการณ์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และเสริมแรงโดยการให้คำชมเชย กำลังใจใช้เวลาประมาณ 10 นาที *กิจกรรมที่ 6* ผู้วิจัยให้ข้อมูล และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามและเคมีบำบัดโดยครอบคลุมเนื้อหาเรื่องอาการ และการจัดการกับ	-สอบถามถึงอุปสรรคในการจัดการอาการ -ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการและการจัดการอาการ	-ตอบเกี่ยวกับอุปสรรคในการจัดการอาการ -ฟังการให้ข้อมูล	-คู่มือการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด	

	อาการเมื่อเกิดอาการ *กิจกรรมที่ 7* ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการจัดการอาการ *กิจกรรมที่ 8* ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามอาการและการเกิดอาการแทรกซ้อนและการจัดการอาการของผู้ป่วย	-ให้ข้อมูลย้อนกลับในวิธีที่ผู้ป่วยใช้ -ให้กำลังใจผู้ป่วย -โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการ	-ฟังการให้ข้อมูล -ตอบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและ	-โทรศัพท์	
วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียดเนื้อหาในกิจกรรม	กิจกรรม		สื่อ / อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
		ผู้วิจัย	ผู้ป่วย		
	และให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมถึงให้กำลังใจผู้ป่วยหลังจากให้โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 3 หลังได้รับเคมีบำบัด *กิจกรรมที่ 9* ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความหวัง ครั้งที่ 2 (ทางโทรศัพท์) *กิจกรรมที่ 10* ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความหวัง ครั้งที่ 3 (ในการมารับเคมีบำบัดครั้งต่อไป)	และการจัดการอาการของผู้ป่วย -ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความหวัง -ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความหวัง	การจัดการอาการ -ทำแบบประเมินความหวัง -ทำแบบประเมินความหวัง		

ภาคผนวก ช

ตัวอย่างคู่มือการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

ส่วนปก

คู่มือการจัดการอาการ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับยาเคมีบำบัด

นางสาวกฤษณา สัจจมุณีจินดา
นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คู่มือการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
หน้าคำนำ

คำนำ

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามมีหลายวิธี แต่การรักษาที่ดีที่สุด คือ การรักษาแบบผสมผสาน ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย

การจัดทำและเผยแพร่ “คู่มือการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการอาการที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดการอาการ และช่วยในการเสริมสร้าง ความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด อันจะนำไปสู่ความสามารถในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้

ผู้จัดทำ

คู่มือการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
หน้าสารบัญ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทนำ	1
โรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม	3
ยาเคมีบำบัดคืออะไร	4
ชนิดของยาเคมีบำบัด	4
ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	6
การเตรียมตนเองก่อนได้รับยาเคมีบำบัด	7
การดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด	8
การดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด	8
วิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด	11
อาการทางด้านร่างกาย	11
อาการปวด	11
อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า	14
อาการผมร่วง	16
อาการแผลในปาก	18
อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน	21
อาการที่เกิดต่อผิวหนังและเล็บ	21
อาการอื่นๆ	22

คู่มือการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
หน้าบทนำ (หน้า 1)

บทนำ

ในปัจจุบันมะเร็งเต้านมมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงมากขึ้น ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่ในขณะเดียวกัน ก็พบว่าอัตราการอยู่รอดและอัตราการหายขาดจากโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เพราะมีการพัฒนาทางการแพทย์และการนำยาเคมีบำบัดใหม่ๆ มาใช้รักษาโรคมะเร็งเต้านม ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด อาจส่งผลให้มีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ซึ่งท่านอาจต้องปรับเปลี่ยนกิจวัตรบางอย่างให้เหมาะสมกับการรักษา และท่านควรมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมายในการรักษา นอกจากนี้ท่านควรรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ผลข้างเคียงของยาชนิดนั้นๆ เพื่อเรียนรู้และแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

สิ่งที่สำคัญ คือ ท่านต้องมีกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดูแลสุขภาพตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยแสวงหาวิธีป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นทั้งจากโรคและการรักษา ตลอดจนการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

คู่มือการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
หน้า 3

โรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรี ซึ่งในประเทศไทย พบว่าการเกิดมะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับ 1 การให้เคมีบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม โรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะพบในระยะลุกลาม คือ จะอยู่ในระยะที่ 3 ซึ่งระยะที่มีการลุกลามของก้อนมะเร็งไปยังอวัยวะข้างเคียง

ยาเคมีบำบัดคืออะไร ?

ยาเคมีบำบัด คือ การรักษาด้วยยาเคมี เพื่อควบคุม หรือทำลายเซลล์มะเร็ง โดยการออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโต และแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง และทำลายเซลล์มะเร็งโดยตรง แต่ในขณะเดียวกันยาเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติด้วยเช่นกัน ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้อาเจียน ผมร่วง เป็นแผลในปาก เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับชนิดของยา ความแข็งแรงของร่างกาย และความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ป่วย

-

-

-

-

-

-

สรุป

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีหลายวิธี ยาเคมีบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่ถูกเลือกนำมาใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามเพื่อบรรเทาอาการและเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่มีต่อร่างกาย

ความสามารถในการจัดการกับอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นผู้ป่วยจะรู้สึกมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป

นอกจากนี้ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ และกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดจะเป็นแรงผลักดันอย่างหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังในการต่อสู้กับโรคและอาการแทรกซ้อนจากการรักษา

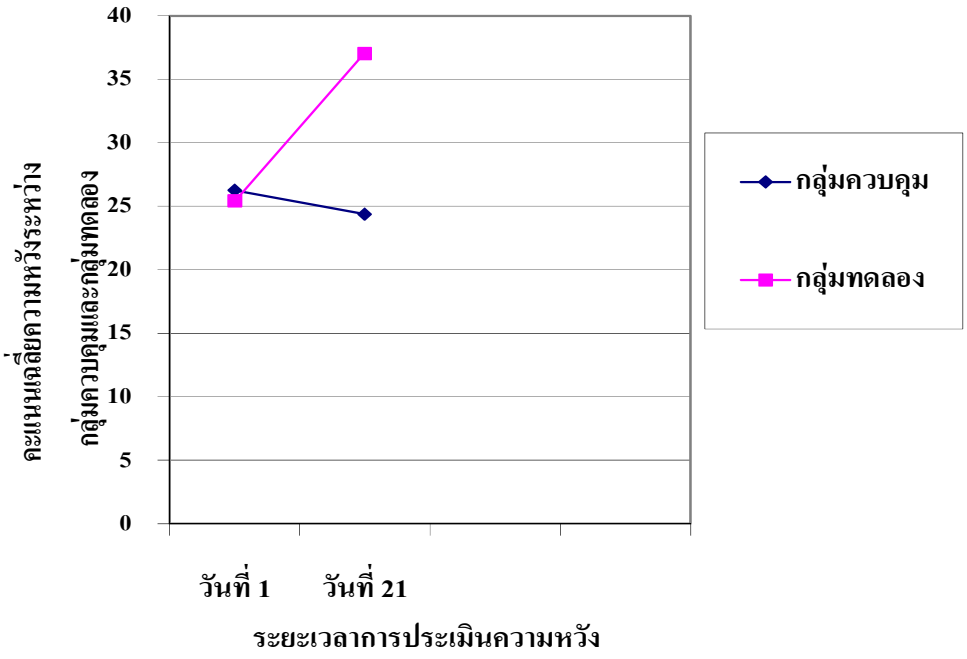
คู่มือการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
หน้าสุดท้าย

อย่านำความผิดหวังของเมื่อวาน
มาปิดบังความหวังของวันพรุ่งนี้

หากท่านมีข้อสงสัย โปรดติดต่อผู้วิจัย
นางสาวกฤษณา สังขมุณีจินดา
หมายเลขโทรศัพท์ 089-5876962

ภาคผนวก ซ

ภาคผนวก ฌ



ภาพ 3 กราฟแสดงความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังในวันที่ 1 และ 21 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภาคผนวก ญ

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังรายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังรายด้านของกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 และ วันที่ 21 (N=25)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง	วันที่ 1 (ก่อน)	วันที่ 21 (หลัง)
	M	M
ด้านที่ 1 ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต	8.28	7.84
ด้านที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและความคาดหวังในทางบวก	8.72	8.40
ด้านที่ 3 ความสัมพันธ์ภายในตนเองและระหว่างตนเองกับผู้อื่น	9.24	8.12
รวม	26.24	24.36

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังรายด้านของกลุ่มทดลองในวันที่ 1 และ วันที่ 21 (N=25)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง	วันที่ 1 (ก่อน)	วันที่ 21 (หลัง)
	M	M
ด้านที่ 1 ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต	8.40	11.92
ด้านที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและความคาดหวังในทางบวก	8.20	13.4
ด้านที่ 3 ความสัมพันธ์ภายในตนเองและระหว่างตนเองกับผู้อื่น	8.80	11.72
รวม	25.40	37.04

ภาคผนวก ฎ
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์
   ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
   มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
   มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

3. ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
   มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

4. คุณวิลาวัลย์ พิชัยรัตน์
   ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด
   โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

5. คุณจิรา แก่นยะกูล
   หน่วยเคมีบำบัด
   โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวกฤษณา สังขมุณีจินดา

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5110420048

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	2548

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี