

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหน่วยรังสีรักษาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 90 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2549 ถึง ตุลาคม 2549 ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย และประสบการณ์การดูแลแบบผสมผสาน
- 1.2 การรับรู้สาเหตุของการเกิดมะเร็ง
- 1.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง
- 1.4 อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับรังสีรักษา

2. การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา

- 2.1 การดูแลแบบผสมผสานที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งนำมาใช้ระหว่างได้รับรังสีรักษา
- 2.2 วัตถุประสงค์ของการใช้การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา
- 2.3 ความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการ
- 2.4 การดูแลแบบผสมผสานที่นำมาใช้จัดการกับอาการข้างเคียงแต่ละกลุ่มอาการ
- 2.5 ระดับความพึงพอใจในผลที่ได้รับจากการนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66 ปี (Min = 60, Max = 80, SD = 5.86) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.70) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.60) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.90) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 57.80) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 24.50) มีรายได้เหลือเก็บ (ร้อยละ 53.30) ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้ของตนเองจากการ

ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 37.80) กลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะ และลำคอมากที่สุด (ร้อยละ 25.60) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งเฉลี่ย 5 เดือน (Min = 1, Max = 14, SD = 3.60) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลแบบผสมผสานเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 95.60) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย และประสบการณ์การดูแลแบบผสมผสาน (N = 90)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	56.70
หญิง	39	43.30
อายุ (\bar{X} = 66.00, Min = 60, Max = 80, และ SD = 5.86)		
สถานภาพสมรส		
โสด	8	8.90
คู่	68	75.60
หม้าย/หย่า/ร้าง	14	15.50
ศาสนา		
พุทธ	80	88.90
อิสลาม	8	8.90
คริสต์	2	2.20
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	6	6.70
ประถมศึกษา	52	57.80
มัธยมศึกษา	7	7.80
ประกาศนียบัตร หรืออนุปริญญา	9	10.00
ปริญญาตรี	16	17.80

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ/งานบ้าน	26	28.90
เกษตรกร	22	24.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	23.30
ข้าราชการบำนาญ	21	23.30
ความเพียงพอของรายได้		
เหลือเก็บ	48	53.30
พอกินพอใช้	32	35.80
ไม่ค่อยพอใช้	10	9.00
แหล่งที่มาของรายได้หลัก		
การประกอบอาชีพ	34	37.80
สามี/ภรรยา	24	26.70
บุตร/หลาน	24	26.70
ดอกเบี้ย	4	4.40
เงินบำนาญ	4	4.40
อวัยวะที่เป็นมะเร็ง		
ศีรษะ และลำคอ	23	25.60
ช่องปาก	16	17.80
หลอดอาหาร	16	17.80
ปากมดลูก	15	16.70
เต้านม	8	8.90
ลำไส้ใหญ่	6	6.70
ต่อมลูกหมาก	2	2.20
กระเพาะปัสสาวะ	2	2.20
ผิวหนัง	2	2.20
ระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งเฉลี่ย 5 เดือน (Min =1, Max = 14, SD = 3.60)		

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การดูแลแบบผสมผสาน		
เป็นประจำ/เกือบทุกครั้ง	4	4.40
เป็นบางครั้ง	86	95.60

การรับรู้สาเหตุของการเกิดมะเร็ง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุมากเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 37.80) รองลงมา คือ เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง พันธุกรรม กรรมเก่าและได้รับสารพิษจากสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 31.10, 13.30, 13.30 และ 4.40 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

แสดงจำนวน และร้อยละของการรับรู้สาเหตุของการเกิดมะเร็ง (N = 90)

สาเหตุของการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบสาเหตุ	34	37.80
ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	28	31.10
พันธุกรรม	12	13.30
กรรมเก่า	12	13.30
ได้รับสารพิษจากสิ่งแวดล้อม	4	4.40

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$, SD = 0.71, Min = 2, Max = 5 จากคะแนน 1-5 คะแนน) และรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งรายด้านในระดับมากทุกด้าน ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งโดยรวม และรายด้าน (N = 90)

การรับรู้ความรุนแรง	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับความรุนแรง
อาการของโรค	2-5	4.14	0.57	มาก
ภาวะแทรกซ้อน	2-5	3.99	0.71	มาก
การพยากรณ์โรค	2-5	4.29	0.72	มาก
การรักษา	2-5	4.33	0.83	มาก
โดยรวม		4.19	0.71	มาก

อาการข้างเคียงระหว่างได้รับรังสีรักษา

อาการข้างเคียงระหว่างได้รับรังสีรักษา สามารถจัดกลุ่มได้ 4 กลุ่ม (ตาราง 4) ดังนี้

1. อาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ น้ำหนักลด (ร้อยละ 91.10) เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า (ร้อยละ 82.20) รับประทานอาหารได้น้อย (ร้อยละ 77.80) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 75.60) ปากแห้ง/คอแห้ง (ร้อยละ 40.00) การรับรสเสียไป (ร้อยละ 38.90) กลืนลำบาก (ร้อยละ 37.80) เจ็บปาก (ร้อยละ 31.10) ท้องอืด/แน่นท้อง (ร้อยละ 23.30) และท้องผูกเรื้อรัง (ร้อยละ 8.90)
2. อาการทางจิตใจ ได้แก่ เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ (ร้อยละ 73.30) วิตกกังวล (ร้อยละ 71.10) เครียด (ร้อยละ 71.10) ก้าว (ร้อยละ 68.90) อารมณ์เสีย/หงุดหงิด (ร้อยละ 64.40) ซึมเศร้า (ร้อยละ 64.40) และนอนไม่หลับ (ร้อยละ 61.10)
3. อาการทางผิวหนัง ได้แก่ คัน (ร้อยละ 46.70) ผิวหนังตลอกสะเก็ด (ร้อยละ 26.70) มีผื่นแดง (ร้อยละ 26.70) ผิวแตกแฉิม (ร้อยละ 17.80) และมีตุ่มขึ้นบริเวณผิวหนัง (ร้อยละ 13.30)
4. อาการอื่นๆ ได้แก่ ภูมิคุ้มกันต่ำลง (ร้อยละ 44.40) เสียเหงื่อ (ร้อยละ 26.70) ซีด/โลหิตจาง (ร้อยละ 24.40) ปัสสาวะลำบาก/แสบขัด/บ่อย (ร้อยละ 21.10) ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย (ร้อยละ 20.00) และชาปลายมือ/ปลายเท้า (ร้อยละ 6.70)

ตาราง 6

แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มอาการข้างเคียงที่พบมากระหว่างได้รับรังสีรักษา (N = 90)

อาการข้างเคียง*	จำนวน	ร้อยละ
อาการของระบบทางเดินอาหาร		
น้ำหนักลด	82	91.10
เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า	74	82.20
รับประทานอาหารได้น้อย	70	77.80
เบื่ออาหาร	68	75.60
ปากแห้ง/คอแห้ง	36	40.00
การรับรสเสียไป	35	38.90
กลืนลำบาก	34	37.80
เจ็บปาก	28	31.10
ท้องอืด/แน่นท้อง	21	23.30
ท้องผูกเรื้อรัง	8	8.90
อาการทางจิตใจ		
เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ	66	73.30
วิตกกังวล	64	71.10
เครียด	64	71.10
กลัว	62	68.90
อารมณ์เสีย/หงุดหงิด	58	64.40
ซึมเศร้า	58	64.40
นอนไม่หลับ	55	61.10
อาการทางผิวหนัง		
คัน	42	46.70
ผิวหนังตลอกสะเก็ด	24	26.70
มีผื่นแดง	24	26.70
ผิวแตกเยิ้ม	16	17.80
มีตุ่มขึ้นบริเวณผิวหนัง	12	13.30

* กลุ่มตัวอย่างตอบได้มากกว่า 1 อาการ

ตาราง 6 (ต่อ)

อาการข้างเคียง*	จำนวน	ร้อยละ
อาการอื่นๆ		
ภูมิต้านทานลดลง	40	44.40
เสียงแหบ	24	26.70
ซีด/โลหิตจาง	22	24.40
ปัสสาวะลำบาก/แสบขัด/บ่อย	19	21.10
ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย	18	20.00
ชาปลายมือ/ปลายเท้า	6	6.70

* กลุ่มตัวอย่างตอบได้มากกว่า 1 อาการ

การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา

การดูแลแบบผสมผสานที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งนำมาใช้ระหว่างได้รับรังสีรักษา

ผลการศึกษา พบว่าการใช้สารชีวภาพเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนเลือกใช้ (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ การบำบัดโดยการประสานกายและจิต (ร้อยละ 72.20) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

แสดงจำนวน และร้อยละของการดูแลแบบผสมผสานที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งนำมาใช้ระหว่างได้รับรังสีรักษา (N = 90)

การดูแลแบบผสมผสาน*	จำนวน	ร้อยละ
การแพทย์ทางเลือก	2	2.20
โยคะ	2	2.20
การบำบัดโดยการประสานกายและจิต	65	72.20
สมาธิ/สวดมนต์	21	23.30
ละหมาด/อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน	8	8.80
การประกอบพิธีกรรม	36	40.00
ทำบุญ/ถวายสังฆทาน	12	13.30
บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์/ขอขมาเจ้าที่และเจ้า	10	11.10
กรรมนายเวร		

ตาราง 7 (ต่อ)

การดูแลแบบผสมผสาน*	จำนวน	ร้อยละ
กินน้ำมัน/เช็ดตัวด้วยน้ำมัน	5	5.50
เข้าทรง/ไล่ผี/หมอบบ้านทำพิธี	3	3.30
ปลุกเสกคาถา/ผ้ายันต์	2	2.20
ทำพิธีสะเดาะเคราะห์/ต่ออายุ	2	2.20
บูชาเจ้าที่/บูชาเจ้าแม่กวนอิม/กินเจ	2	2.20
การใช้สารชีวภาพ	90	100.00
สมุนไพร	78	86.70
กินสมุนไพรอัดเม็ด/แคปซูล	38	42.20
สมุนไพรต้มกิน	22	24.40
สมุนไพรกินสด	8	8.80
ประคบสมุนไพร	8	8.80
อบสมุนไพร	2	2.20
อาหารชีวจิต	12	13.30
การจัดกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย	2	2.20
การนวด	2	2.20
พลังบำบัด	4	4.40
ไทเก๊ก	1	1.10
ชีกง	1	1.10
พลังลมปราณ	1	1.10
พลังจักรวาล	1	1.10

* กลุ่มตัวอย่างตอบได้มากกว่า 1 วิธี

วัตถุประสงค์ของการใช้การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การดูแลแบบผสมผสาน เพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากที่สุด (ร้อยละ 53.30) รองลงมา คือ บรรเทาหรือลดอาการข้างเคียงของรังสีรักษา (ร้อยละ 42.20) ทำให้จิตใจสงบ/โปร่งใส (ร้อยละ 37.80) ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 32.20) และช่วยเสริมผลการรักษาด้วยรังสี (ร้อยละ 31.10) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

แสดงจำนวน และร้อยละของวัตถุประสงค์ของการใช้การดูแลแบบผสมผสาน (N = 90)

วัตถุประสงค์ในการใช้การดูแลแบบผสมผสาน*	จำนวน	ร้อยละ
รักษาสุขภาพให้แข็งแรง	48	53.30
บรรเทาหรือลดอาการข้างเคียงของรังสีรักษา	38	42.20
ทำให้จิตใจสงบ/โปร่งใส	34	37.80
ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ	29	32.20
ช่วยเสริมผลการรักษาด้วยรังสี	28	31.10

* กลุ่มตัวอย่างตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการ

ผลการศึกษา พบว่าความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.29$, $SD = 1.32$, $Min = 1$, $Max = 3$ จากคะแนนเต็ม 1-3 คะแนน) โดยความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการของการบำบัดโดยการประสานกายและจิตสูงสุด ($\bar{X} = 2.79$, $SD = 0.92$) รองลงมาคือ พลังบำบัด การใช้สารชีวภาพ การจัดการกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย และการแพทย์ทางเลือก ($\bar{X} = 2.50$, $SD = 1.25$; $\bar{X} = 2.43$, $SD = 1.78$; $\bar{X} = 2.00$, $SD = 1.41$ และ $\bar{X} = 1.75$, $SD = 1.26$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9

แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลแบบผสมผสานจำแนกตามความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการโดยรวม และรายด้าน (N = 90)

การดูแลแบบผสมผสาน	ความมากน้อย ของแหล่ง บริการ		ความสะดวกใน การไปใช้บริการ		ความยากง่าย ของการเข้าถึง แหล่งบริการ		ระดับ
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
การแพทย์ทางเลือก	1.50	1.06	2.00	1.41	1.75	1.26	ปานกลาง
การบำบัดโดยการประสาน กายและจิต	2.63	1.09	2.94	0.75	2.79	0.92	มาก
การใช้สารชีวภาพ	2.28	1.13	2.57	0.77	2.43	1.78	มาก

ตาราง 9 (ต่อ)

การดูแลแบบผสมผสาน	ความมากน้อย ของแหล่ง บริการ		ความสะดวกใน การไปใช้บริการ		ความยากง่าย ของการเข้าถึง แหล่งบริการ		ระดับ
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
	พลังบำบัด	2.50	1.25	2.50	1.25	2.50	
โดยรวม	2.18	1.18	2.40	1.12	2.29	1.32	ปานกลาง

การดูแลแบบผสมผสานที่นำมาใช้จัดการกับอาการข้างเคียงระหว่างได้รับรังสีรักษาแต่ละกลุ่มอาการ

การดูแลแบบผสมผสานที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งนำมาใช้จัดการกับอาการข้างเคียงแต่ละกลุ่มอาการ ดังแสดงในตาราง 8 มีดังนี้

1. อาการของระบบทางเดินอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้สารชีวภาพ เมื่อมีอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร โดยมีการใช้มากในกลุ่มตัวอย่างที่น้ำหนักลด (ร้อยละ 88.90) เพื่อย่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 74.40) รับประทานอาหารได้น้อย (ร้อยละ 65.60) และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 62.20) ซึ่งสารชีวภาพที่นำมาใช้ คือ บอระเพ็ด (ร้อยละ 20.00) และฟ้าทะลายโจร (ร้อยละ 16.70)

2. อาการทางจิตใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้การบำบัดโดยการประสานกายและจิต โดยมีการใช้มากในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ (ร้อยละ 65.60) วิดกกังวล (ร้อยละ 61.10) เครียด (ร้อยละ 60.00) กลัว (ร้อยละ 55.60) และอารมณ์เสีย/หงุดหงิด (ร้อยละ 54.40)

3. อาการทางผิวหนัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้สารชีวภาพ เมื่อมีอาการข้างเคียงทางผิวหนัง โดย 3 อันดับแรกของอาการทางผิวหนังที่เลือกใช้สารชีวภาพ คือ คัน (ร้อยละ 25.60) ผื่นแดง/ผื่นคัน (ร้อยละ 22.20) และมีผื่นแดง (ร้อยละ 20.00) ซึ่งสารชีวภาพที่นำมาใช้ คือ เกล็ดฟงพอนตัวเมีย (ร้อยละ 24.40) และพลุ (ร้อยละ 21.10)

4. อาการอื่นๆ ได้แก่ ภูมิคุ้มกันลดลง เสียเหงื่อ/ไอหิตจาง ปัสสาวะลำบาก/แสบขัด/บ่อย ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย และชาปลายมือ/ปลายเท้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้สารชีวภาพ ได้แก่ พริกไทย (ร้อยละ 22.20) และตะไคร้ (ร้อยละ 20.00) เมื่อปัสสาวะลำบาก/แสบขัด/บ่อยที่เลือกใช้การแพทย์ทางเลือก (โยคะ) (ร้อยละ 2.20) และการจัดกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย (การนวด) (ร้อยละ 2.20) เมื่อปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย และชาปลายมือ/ปลายเท้า และเลือกใช้พลังบำบัด (ชี่กง) (ร้อยละ 2.20) เมื่อภูมิคุ้มกันลดลง

ตาราง 10

แสดงจำนวน และร้อยละ ของการนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้จัดการกับอาการข้างเคียงแต่
ละกลุ่มอาการระหว่างได้รับรังสีรักษา (N = 90)

อาการข้างเคียง (จำนวน)	การดูแลแบบผสมผสาน*				
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
อาการของระบบทางเดินอาหาร					
น้ำหนักลด (82)	-	-	80 (88.9)	-	-
เพ็ช/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า (74)	-	-	67 (74.4)	-	1 (1.1)
รับประทานอาหารได้น้อย (70)	1 (1.1)	-	59 (65.6)	-	3 (3.3)
เบื่ออาหาร (68)	1 (1.1)	-	56 (62.2)	-	2 (2.2)
ปากแห้ง/คอแห้ง (36)	-	-	23 (25.6)	-	-
การรับรสเสียไป (35)	-	-	12 (13.3)	-	-
กลิ่นลำบาก (34)	-	-	14 (15.6)	-	-
เจ็บปาก (28)	-	-	26 (28.9)	-	-
คลื่นไส้ (27)	-	-	27 (30.0)	-	-
อาการของระบบทางเดินอาหาร (ต่อ)					
อาเจียน (23)	-	-	27 (30.0)	-	-
ท้องอืด/แน่นท้อง (21)	-	-	21 (23.3)	-	-
ท้องผูกเรื้อรัง (8)	1 (1.1)	-	4 (4.4)	-	-
อาการทางจิตใจ					
เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ (66)	-	59 (65.6)	-	-	-
วิตกกังวล (64)	-	55 (61.1)	-	-	-
เครียด (64)	-	54 (60.0)	-	-	-
กลัว (62)	-	50 (55.6)	-	-	-
อารมณ์เสีย/หงุดหงิด (58)	-	49 (54.4)	-	-	-
ซึมเศร้า (58)	-	42 (46.7)	-	-	-
นอนไม่หลับ (55)	2 (2.2)	40 (44.4)	-	-	-

ตาราง 10 (ต่อ)

อาการข้างเคียง (จำนวน)	การดูแลแบบผสมผสาน*				
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
อาการอื่นๆ					
ภูมิคุ้มกันต่ำลง (40)	-	-	-	-	2 (2.2)
เสียงแหบ (24)	-	2(2.2)	20 (22.2)	-	-
ซีด/โลหิตจาง (22)	-	-	20 (22.2)	-	-
บัสสาวะลำบาก/แสบขัด/บ่อย (19)	-	2(2.2)	6 (6.7)	-	-
ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย (18)	2 (2.2)	-	-	2 (2.2)	-
ชาปลายมือ/ปลายเท้า (6)	2 (2.2)	-	-	2 (2.2)	-

* การดูแลแบบผสมผสาน 1 = การแพทย์ทางเลือก, 2 = การบำบัดโดยการประสานกายและจิต, 3 = การใช้สารชีวภาพ, 4 = การจัดกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย, 5 = พลังบำบัด

ระดับความพึงพอใจในผลที่ได้รับจากการนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในผลที่ได้รับจากการใช้การดูแลแบบผสมผสานโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.29$, $SD = 0.49$) การแพทย์ทางเลือก การบำบัดโดยการประสานกายและจิต และพลังบำบัด มีความพึงพอใจในผลที่ได้รับในระดับมาก ($\bar{X} = 2.50$, $SD = 1.77$; $\bar{X} = 2.35$, $SD = 0.42$ และ $\bar{X} = 2.50$, $SD = 1.77$ ตามลำดับ) ที่เหลือมีความพึงพอใจในผลที่ได้รับในระดับปานกลาง ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในผลที่ได้รับจากการนำการดูแลแบบผสมผสานแต่ละวิธี และโดยรวมมาใช้ ($N = 90$)

การดูแลแบบผสมผสาน	ความพึงพอใจในผลที่ได้รับ		
	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การแพทย์ทางเลือก	2.50	1.77	มาก
2. การบำบัดโดยการประสานกายและจิต	2.35	0.42	มาก
3. การใช้สารชีวภาพ	2.13	0.75	ปานกลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

การดูแลแบบผสมผสาน	ความพึงพอใจในผลที่ได้รับ		
	\bar{X}	SD	ระดับ
4. การจัดกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย	2.00	1.41	ปานกลาง
5. พลังบำบัด	2.50	1.77	มาก
โดยรวม	2.29	0.49	ปานกลาง

การอภิปรายผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย และประสบการณ์การดูแลแบบผสมผสาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง จำนวน 90 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.70) มีอายุเฉลี่ย 66 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.60) (ตาราง 1) ซึ่งตรงกับผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2546 ที่พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ส่วนระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.80) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.90) สอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุในภาคใต้ ซึ่งสำรวจในปี 2546 พบว่าผู้สูงอายุในภาคใต้จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด และส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี, 2547) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอมากที่สุด (ร้อยละ 25.60) รองลงมาคือ มะเร็งในช่องปาก (ร้อยละ 17.80) ซึ่งจากสถิติผู้สูงอายุโรคมะเร็ง 10 อันดับที่พบมากในผู้ชายของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา พบว่าผู้ป่วยชายจะมีสถิติมะเร็งศีรษะ และลำคอมากเป็นอันดับแรก และในปี พ.ศ. 2548 มีจำนวน (ร้อยละ 20.80) (หน่วยมะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2548)

ประสบการณ์การดูแลแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การดูแลแบบผสมผสานเป็นบางครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 95.60) (ตาราง 3) จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ประสบการณ์มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล เนื่องจากประสบการณ์เป็นผลจากการเรียนรู้หรือรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การถ่ายทอดความรู้ผ่านสายใยของครอบครัว (บุศราและคณะ, 2546) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยก็จะแสวงหาแนวทาง วิธีการต่างๆ ที่จะมาช่วย

ในการปรับสมดุลของตนเอง แต่การที่จะนำวิธีการใดมาใช้ นั้น การมีประสบการณ์ในการปฏิบัติมาก่อนจะทำให้สามารถใช้วิธีการต่างๆ นั้นได้ดี (สุพิศ, 2549) ดังเช่นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการบำบัดเยียวยาด้วยสมานติของกาญจนา (2548) พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ศึกษาธรรมชาติและปฏิบัติมาก่อนที่จะเป็นมะเร็ง เป็นปัจจัยสนับสนุนให้สามารถบำบัดเยียวยาโรคมะเร็งได้ดี เพราะเนื่องจากเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีภาวะต่างๆ เกิดขึ้นมากมายจากโรคเอง และการรักษา ซึ่งจะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการมีประสบการณ์ในการปฏิบัติมาก่อนจะช่วยให้การส่งเสริมในการปรับสมดุลได้ง่ายขึ้น และจากการศึกษาของผกากรอง (2545) พบว่าประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมาในอดีตเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเลือกใช้การรักษาแบบพื้นบ้าน เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น วิธีการหรือการรักษาแบบใดที่เคยรักษากับตนเองหรือบุคคลในครอบครัวแล้วได้ผลก็จะนำกลับมาใช้ในการรักษาครั้งต่อไปเมื่อมีการเจ็บป่วยซ้ำด้วยโรคหรืออาการอย่างเดียวกันอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์วัลย์ และคณะ (2530) ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ที่พบว่าทางเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับเงื่อนไขประสบการณ์ของผู้ป่วย สอดคล้องกับการ ศึกษาของกฤษณา, ประคอง, และสมจิต (2542) ที่พบว่า ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้และพฤติกรรม การแสวงหาระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ คือ ประสบการณ์การรักษาของตนเอง และบุคคลในครอบครัว

การรับรู้สาเหตุของการเกิดมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุมากที่สุด (ร้อยละ 37.80) รองลงมา คือ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และการกินหมาก (ร้อยละ 31.80) พันธุกรรมและกรรมเก่า (ร้อยละ 13.30) (ตาราง 4) ซึ่งจากทฤษฎีการเกิดมะเร็ง พบว่าการเกิดมะเร็งเป็นกระบวนการที่เซลล์ปกติถูกเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็ง (neoplastic cell) ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน และได้มีความพยายามที่จะอธิบายกลไกการเกิดมะเร็งเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและรักษามะเร็ง แต่จนถึงปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับมะเร็งยังไม่สามารถสรุปเป็นกลไกการเกิดที่ชัดเจน ได้แต่เพียงข้อสรุปว่าการเกิดและการดำเนินของโรคมะเร็งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในระดับพันธุกรรม และการทำงานของยีนส์ (ปริยา และยุพาวรรณ, 2541; พัสมณท์, 2543; สุดาพรรณ, 2545; Pfeifer, 1997) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่มีไขมันมากเกินไป การดื่มเหล้าจัด การตากแดดมากเกินไป หรือการได้รับกัมมันตภาพรังสีจากกากนิวเคลียร์ที่นำไปทิ้งหรือที่รั่วออกมา หรือการสัมผัสกับสารเบนโซไพรินส์ ล้วนมีส่วนทำให้อัตราการเกิดมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ทำให้คนมีแนวโน้มเป็นมะเร็งได้ง่าย (ลลิตา และนิทรภาพร, 2544) สอดคล้องกับการศึกษา

ของสุพิศ (2549) ในเรื่องประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่าผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย เชื่อหรือรับรู้ว่าการเป็นโรคมะเร็งเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ 2 ราย เชื่อหรือรับรู้ว่าจะเกิดจากผลกรรมที่ได้สร้างมาก่อนการเจ็บป่วย เช่น กินเนื้อสัตว์ เป็นการเอาบาปจากสัตว์มาใส่ตัวเองและกรรมเก่าที่ตนเองได้เคยสร้างมาแต่อดีต และ 1 ราย เชื่อว่าเกิดจากพันธุกรรม การดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่ ซึ่งในสังคมไทยพบว่าเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุก็มักจะนำความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมมาใช้ปรับความคิดของตนเองเพื่อให้ได้พิจารณาเข้าใจเหตุผลตามสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนเองมีความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังเช่นการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 75 ราย ของบุปผา (2536) พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อหรือรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากกรรมเก่า (ร้อยละ 33.33)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19, SD = 0.71$) (ตาราง 5) จากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลรับสัมผัสและแปลผลสิ่งเร้านั้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมาว่าโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่นั้นมีความทุกข์ทรมาน หากโรคดังกล่าวมีอาการที่ทุกข์ทรมานและมีความยุ่งยากในการรักษา ก็ส่งผลต่อการรับรู้ว่ามี ความรุนแรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งร่วมกับการรักษาด้วยรังสี จะทำให้เกิดการรับรู้หรือเข้าใจ ให้ความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง (Bauman, 1965 cited by Kozier et al; 1989) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัว วิดกกังวล ก่อให้เกิดความเครียด มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่มีความร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต อาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีความรู้สึกที่ชีวิตจะสั้นลง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ไม่มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป เหมือนกำลังเผชิญกับชะตากรรมที่น่ากลัว เป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิต เมื่อเป็นโรคแล้วต้องประสบกับความทุกข์ทรมาน เพราะพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น จะบั่นทอนการดำรงชีวิตที่เป็นปกติสุข ต้องพบกับความเจ็บปวด มีความไม่แน่นอนในชีวิต สูญเสียค่าใช้จ่ายมากและใช้เวลารักษาที่ยาวนาน (กนกนุช, 2541; เบนจมาภรณ์, สุจิตรา, และพันทวี, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัตเจน (2543) และสมพร (2541) โดยได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับมาก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา (2543) เกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามแนวทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง

เมื่อดูเลือดขาว พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีโรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรง เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้ และอยู่ใกล้ชีวิตความตาย

อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับรังสีรักษา

การดูแลแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้สอดคล้องกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น โดยสามารถจัดกลุ่มอาการข้างเคียงได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

1. อาการของระบบทางเดินอาหาร

อาการของระบบทางเดินอาหารที่พบมากที่สุด คือ น้ำหนักลด/รับประทานอาหารได้น้อย/เบื่ออาหาร อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า (ตาราง 6) ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ส่งผลให้การย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารลดลง (Iwamoto, 2001) หรือเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวด ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องจากโรคหรือผลข้างเคียงจากการรักษาทำให้ความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้น้ำหนักลดลง นอกจากนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ศีรษะและลำคอ ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีบริเวณลำคอ (ตาราง 3) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ ปากแห้ง/คอแห้ง การรับรสเสียไป กลืนอาหารลำบาก และเจ็บปาก (ตาราง 4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ น้ำลายเหนียว ผื่นแดง เจ็บคอจากการอักเสบ ปากแห้ง/คอแห้ง หลอดอาหารอักเสบ กลืนอาหารลำบาก เสียงแหบ เยื่อจมูกอักเสบ และการรับรสอาหารมีการเปลี่ยนแปลง (Rose, Shrader-bogen, Korlath, Priem & Larson, 1996) อาการเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และน้ำหนักลดได้

อาการของระบบทางเดินอาหารที่พบบรองลงมา คือ กลืนลำบาก เจ็บปาก ปากแห้ง/คอแห้ง และการรับรสเสียไป เกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ศีรษะและลำคอ (ตาราง 3) ซึ่งอาจเกิดจากก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่หรือมีการแพร่กระจายเข้าไปในลำคอ หรือกดเบียดทางเดินอาหารส่วนต้นทำให้กลืนอาหารลำบาก กลืนแล้วเจ็บ (ประนอมและวิณา, 2544) นอกจากนี้จากการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อในช่องปาก โดยรังสีจะทำลายเซลล์เยื่อในช่องปาก และอาการปาก/คอ/น้ำลายแห้ง โดยเป็นผลจากการฉายรังสีโดนบริเวณต่อมน้ำลาย ทำให้ต่อมน้ำลายมีการผลิตน้ำลายลดลง และทำให้น้ำลายมีความเหนียวมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาในการกลืน และเจ็บปวดในการรับประทานอาหาร มักพบอาการหลังได้รับรังสีประมาณ 2-3 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงระยะสุดท้ายของการรักษา และอาจมีระยะเวลาจนถึง 6 เดือน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ได้รับ (Iwamoto, 2001) นอกจากนี้การฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ

มีผลต่อผู้ป่วยรศ ทำให้ความสามารถในการรับรศลดลงโดยรังสีมีการทำลายโครงสร้างของปมรับรศ ทำให้ปมรับรศมีการฝ่อและเสื่อม

อาการของระบบทางเดินอาหารที่พบเป็นอันดับสาม คือ เพ็ลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า จากการศึกษาคพบว่า เป็นอาการที่พบได้บ่อย จากผลข้างเคียงของการรักษามะเร็ง (Nail, 2002) พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี ร้อยละ 75-100 (Peck & Boland, 1977; King, Nail, Kreamer, Strohl & Johnson, 1985) ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาด และระยะความรุนแรงของโรค โดยการฉายรังสีมีผลทำให้อัตราการเจริญเติบโตของเซลล์ลดลง ทำให้เซลล์ที่เป็นส่วนของกล้ามเนื้อ มีอัตราการฟื้นสภาพลดลง กล้ามเนื้อจึงหดตัวไม่ดีเกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อได้ (Bender, Yesko & Strohl, 2000) การได้รับรังสีมีผลกระทบต่อเซลล์ต่อปกติ ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานจำนวนมากในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เป็นผลให้ร่างกายมีพลังงานลดลงเกิดความเหนื่อยล้าตามมาได้ (Continuum Cancer Centers, 2003) นอกจากนี้อาการเบื่ออาหารเป็นสาเหตุหนึ่งในหลายๆ สาเหตุที่ร่วมกันทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเกิดอาการเพ็ลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารที่จะนำมาใช้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และสร้างภูมิคุ้มกัน เป็นผลให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าได้ (สุดสวาท, 2542)

2. อาการทางจิตใจ

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังมีแบบแผนการดำเนินของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละระยะของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่างๆ มากมาย ทั้งจากโรคและการรักษาที่ได้รับ จำต้องพึ่งการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งโรคมะเร็งเป็นโรคที่ควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจาย และมีโอกาสเกิดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะเจ็บป่วย มีความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น(อภิรัตน์, 2547) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ

จากการที่ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งว่าเป็นโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต ดังนั้นในช่วงที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัย ผู้ป่วยมักมีปฏิกิริยาตอบสนองของโรค โดยมีอาการวิตกกังวล เครียด และกลัว เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด วิธีการรักษาส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย และทำให้ความสามารถของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และมีความไม่แน่นอนในผลการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวในหลายลักษณะ เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด กลัวการรักษาด้วยรังสี กลัวถูกทอดทิ้ง เป็นต้น และลักษณะความเจ็บป่วยของโรคมะเร็ง มักมีความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะความรุนแรงของโรค รวมทั้งกระบวนการรักษาโรคมะเร็งยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก

ถึงความเลวร้าย หรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย แม้ว่าภาวะการเจ็บป่วยอาจไม่ได้กำเริบ หรือยังไม่ใช้ภาวะสุดท้าย (สมภพ, 2544; O'Brien, 1999) ซึ่งสิ่งเหล่านี้คุกคามความมั่นคงทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งมักมีอาการเสีย หงุดหงิดได้ง่าย ทั้งนี้อาจเกิดจากความกลัว และวิตกกังวลเป็นสาเหตุสำคัญ (พรพนนิภาและประอรนุช, 2530) เนื่องจากโรคมะเร็งตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไป รับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่าเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรง รักษาไม่หาย นำไปสู่ ความตาย (จารุวรรณ, 2538; ผ่องศรี, 2541; ลัพณา, 2544) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ประกอบกับโรคมะเร็งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนชีวิต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย ก้าวร้าวจากการปรับตัวลดลง

นอกจากนี้จากความรู้สึกหวาดกลัวการเสียชีวิต หรือการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง และมีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีเรี่ยวแรง เก็บตัว ไม่สนใจตนเอง เกิดการถดถอย ความรู้สึกดังกล่าวหากเกิดขึ้นมากๆ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (วาริรัตน์, 2545)

นอนไม่หลับ อาจเกิดจากปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทางด้านร่างกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวด/เจ็บ ได้แก่ เจ็บปาก ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย และปวดศีรษะ (ตาราง 6) ความปวดมีผลต่อการนอนหลับ โดยมีผลกระทบแบบแผนการนอนหลับ ทำให้นอนไม่หลับต้องตื่นเวลากลางคืนเนื่องจากความปวด หากความปวดมีความรุนแรงมาก ยิ่งส่งผลกระทบ การนอนมากตามไปด้วย (Potter & Perry, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของปีลินธน์ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนหลับกับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่า การนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับความปวด เนื่องจากขณะใกล้หลับสมองจะลดการรับรู้จากสัญญาณประสาททั่วร่างกาย แต่ถ้าร่างกายมีส่วนใดส่วนหนึ่งปวด สมองจะตอบรับสัญญาณความปวดเป็นเหตุให้นอนไม่หลับ (บรรจบ, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเครียด และกลัวอยู่ในลำดับต้นๆ ของอาการที่พบบ่อย (ตาราง 6) ความวิตกกังวล เครียด และกลัวมีความเกี่ยวข้องกับการนอนหลับ เมื่อมีความวิตกกังวล เครียด และกลัวเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ถูกกระตุ้นให้ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา เป็นผลให้การนอนหลับน้อยลง และเมื่อนอนหลับได้น้อยทำให้เกิดความกังวลเพิ่มขึ้น เนื่องจากในขณะรู้สึกกลัวหรือกังวลจะไปกระตุ้นระบบซิมพาเทติก (sympathetic activity) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์

(corticosteroid) และอดรีนาลิน (adrenaline) ทำให้เพิ่มปฏิกิริยาการเผาผลาญ (catabolism) มากขึ้น ทำให้ร่างกายตื่นตัวจึงมีอาการนอนหลับยาก (Hoddgson, 1991)

3. อาการทางผิวหนัง

การฉายรังสีภายนอก ผิวหนังจะมีปฏิกิริยาโดยตรงกับรังสีที่ได้รับ เป็นปฏิกิริยาเฉียบพลันและเรื้อรัง เมื่อได้รับรังสี 1,000-2,000 เซนติเกรย์ หรือประมาณ 2-3 สัปดาห์ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึงร้อยละ 50 ทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้เกิดผื่นแดง (erythema) บริเวณผิวหนังที่ได้รับรังสี เนื่องจากภาวะการคั่งของเลือดในบริเวณที่ได้รับรังสี และมีอาการคันร่วมด้วย ในระยะต่อมาเมื่อบริเวณผิวหนังได้รับรังสีประมาณ 4,000 เซนติเกรย์ ผิวหนังจะเริ่มแห้ง ตกสะเก็ด และเปลี่ยนเป็นสีดํา (dry desquamation) คล้ายรอยไหม้ เกิดจากรังสีไปกระตุ้นให้มีการสร้างเม็ดสี (melanin) มากขึ้นในเซลล์ผิวหนัง (Sittion, 1997)

4. อาการอื่นๆ

ภูมิคุ้มกันลดลง รังสีจะมีผลต่อไขกระดูก โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีปริมาณไขกระดูกลดลง การผลิตเม็ดเลือดแดงของร่างกายน้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะซีดหรือโลหิตจางร่วมกับร่างกายจะขาดกิจกรรมการสลายตัวของเซลล์ (phagocytolysis activity) ภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายก็จะลดลง มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติเกิดเลือดไหลไม่หยุด และเกิดติดเชื้อง่าย (อภิวิติ, 2546)

ปัสสาวะลำบาก/แสบขัด/บ่อย system) เกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ปากมดลูก และกระเพาะปัสสาวะ (ตาราง 3) ได้รับการฉายรังสี หรือสอดใส่แร่รักษา บริเวณช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน ซึ่งมีผลต่อการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ จึงเกิดอาการระคายเคืองปัสสาวะบ่อย แสบ ขัด หรือปวดแสบได้

ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย ความปวดเป็นอาการที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นปรากฏการณ์ที่มีความรุนแรงและทุกข์ทรมาน (Cleeland et al., 1994) ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่ผู้ป่วยมากที่สุด (Bonica, 1990) ส่วนใหญ่ปวดแบบเรื้อรัง (สถาพรและคณะ, 2535) ไม่สามารถขจัดให้หายไปได้โดยเด็ดขาด โดยความปวดที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวพันระหว่างกาย จิต สังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ อันจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า วิดกกังวล ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และทุกข์ทรมาน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Ferrell, 1996., Glover et al., 1995., Roth & Breitbart, 1996) จากการศึกษาของสมพร และคณะ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากมะเร็งมีจำนวนเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่มีอาการปวดตามร่างกายเพียงตำแหน่งเดียวที่เหลือ 4 ใน 5 จะมีอาการปวดตั้งแต่ 2 ตำแหน่งขึ้นไป โดยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีอาการปวดตั้งแต่ 4 ตำแหน่ง

ขึ้นไป และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการบำบัดอาการปวดอย่างไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอาการปวด ซึ่งเกิดจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยการฉายรังสี พบได้ประมาณร้อยละ 19 ผู้ป่วยอาจปวดทันที ขณะได้รับรังสีรักษา หรือปวดในระยะต่อมา เนื่องจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายจะทำให้ปวดแบบตื้อๆ อาจมีอาการชาปลายมือปลายเท้า ปวดแสบปวดร้อนรุนแรงและต่อเนื่อง ความรู้สึกปวดเพิ่มขึ้นเมื่อเคลื่อนไหว ถูกสัมผัส หรืออุณหภูมิสภาพแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป (วันเพ็ญ, 2541)

การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา

การดูแลแบบผสมผสานที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งนำมาใช้ระหว่างได้รับรังสีรักษา

ผลการศึกษา พบว่าการดูแลแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ การใช้สารชีวภาพ รองลงมา คือ การบำบัดโดยการประสานกายและจิต พลังบำบัด การแพทย์ทางเลือก และการจัดกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การใช้สารชีวภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การใช้สารชีวภาพเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 100.00) (ตาราง 7) โดยจัดเป็นการดูแลแบบผสมผสานในกลุ่มพืชสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์จากพืชสมุนไพรที่เป็นยา (Herbal Medicine) จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การที่สมุนไพรเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด เนื่องจากเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับวิถีชีวิตของคนไทยมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (ไมตรี, สุจินดา และยงยุทธ, 2544) และสมุนไพรไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง เป็นสิ่งที่พอจะหาได้ในท้องถิ่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล การคมนาคมไม่สะดวก ประกอบกับผู้สูงอายุมีอายุมาก ไม่สะดวกที่จะเดินทางไปมาไกลๆ ทำให้มีการหันมาใช้สมุนไพรกันมากขึ้น (เพ็ญญา, 2538) วิธีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลแบบผสมผสาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 42.20) รับประทานสมุนไพรอัดเม็ด/แคปซูล คือ การนำสมุนไพรมาบดเป็นผงแล้วผสมกับน้ำผึ้งปั้นเป็นลูกกลอนนำไปผึ้งแดดจนแห้งแล้วนำมารับประทาน ซึ่งวิธีนี้เหมาะกับสมุนไพรที่มีการละลายน้ำยากหรือกลิ่น รส ไม่ชวนรับประทาน การรับประทานสมุนไพรอีกวิธีที่พบคือ การนำสมุนไพรมารับประทาน (ต้ม) จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 24.40) ซึ่งวิธีนี้เหมาะกับสมุนไพรที่มีสารสำคัญละลายในน้ำ การดูดซึมค่อนข้างดี แต่รสชาติไม่ดี (พัชรี, 2544) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเอาสมุนไพรทุกชนิดตามสูตรต้มเคี่ยวเอาเฉพาะน้ำ นอกจากนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 8.8) ใช้การประคบสมุนไพร โดยตำสมุนไพรให้ละเอียด ห่อผ้าเป็นลูกแล้วนำไปนึ่งจนร้อน หลังจากนั้นนำมาประคบภายนอกร่างกายบริเวณผิวหนังและกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง ผลของการรักษาด้วยการ

ประคบสมุนไพรเกิดจากผลของความร้อนที่ได้จากการประคบและตัวยาที่ซึมผ่านชั้นผิวหนังเข้าสู่ร่างกาย โดยการประคบมีผลต่อร่างกายคือ ช่วยทำให้กล้ามเนื้อยืดออก ลดการเกร็งของข้อต่อและกล้ามเนื้อ และช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด (รุ่งระวี และอาทร, 2542) และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย มีการใช้สมุนไพรโดยการอบ ซึ่งหลักการอบสมุนไพรคือ ต้มสมุนไพรกับน้ำจนเดือดไอน้ำ น้ำมันหอมระเหย และสารระเหยต่างๆ ซึ่งมีอยู่ในสมุนไพรจะออกมาสัมผัสผิวหนัง ทำให้มีผลเฉพาะที่ และเข้าไปกับลมหายใจ จะมีผลต่อระบบทางเดินหายใจและผลทั่วร่างกาย ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ทำให้ร่างกายสดชื่น (เพชรน้อย, เพ็ญญา และอรุณพร, 2545) ส่วนอาหารชีวจิตจัดอยู่ในกลุ่มสารชีวภาพที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยจำนวน 12 ราย อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุไม่ทราบ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารชีวจิตคืออะไร แต่แท้จริงผู้สูงอายุบางคนได้นำมาใช้ เช่น การรับประทานข้าวที่ไม่ผ่านการขัดสี (ข้าวกล้อง) การไม่รับประทานอาหารที่ใส่สารกันบูด แต่งสี แต่งกลิ่นสังเคราะห์ การรับประทานผักที่ปลอดสารพิษ การปรุงอาหารด้วยวิธีหนึ่ง ลวก อบ ต้ม ถ้าจะผัด ให้ใช้น้ำมันน้อยที่สุด และการปรุงอาหารด้วยรสอ่อนที่สุด แต่ไม่ทราบว่าวิธีที่ปฏิบัติดังกล่าวเป็นชีวจิต (สาทิส, 2541)

การบำบัดโดยการประสานกายและจิต

ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดโดยการประสานกายและจิต เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 72.20) (ตาราง 7) การดูแลแบบผสมผสานในกลุ่มนี้มีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การทำสมาธิ/สวดมนต์ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 23.30) และการละหมาด/อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 8.80) จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การที่สมาธิ/สวดมนต์เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้มาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุมักสนใจศาสนามากกว่าคนวัยอื่น และมีประสบการณ์ชีวิตมาก มีโอกาสพบกับความทุกข์มาก (แสง, 2542) รวมทั้งนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.90) (ตาราง 3) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้สูงอายุจะใช้เวลาสวดมนต์เพื่อเป็นพลังสนับสนุนให้ตนเองมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ (ดรุณี และคณะ, 2537) เพราะการสวดมนต์เป็นกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้สูงอายุได้รับการปลูกฝังและปฏิบัติกันมาตั้งแต่เด็กจนโต ซึ่งจะช่วยให้รู้สึกสงบเพราะจิตจดจ่ออยู่กับบทสวดมนต์ไม่ไปคิดถึงเรื่องอื่น เกิดจิตที่เป็นสมาธิอันจะนำมาซึ่งความสุขทำให้ผ่อนคลาย (ประเวศ, 2543) ดังเช่นจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาของแสงอรุณ และคณะ (2539) โดยใช้ในการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่า ผู้ป่วยได้ใช้การสวดมนต์เพื่อแก้ปัญหาและจัดการกับความทุกข์ทางใจที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วยเพื่อทำให้ตนเองสบายใจขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของความผาสุก ศาสนา ความหวังและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

ที่เป็นมะเร็งของเฟรสวิง และคณะ (Fehring et al., 1997) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งใช้การสวดมนต์มาเป็นหลักปฏิบัติเพื่อให้เกิดความหมายกับชีวิต และลดความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา

นอกจากนี้พบว่า การประกอบพิธีกรรมเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 40.00) คือ กินน้ำมนต์/เช็ดตัวด้วยน้ำมนต์ ปลูกเสกคาถา/ผ้ายันต์เข้าทรง/ไล่ผี/หมอบบ้านทำพิธี ทำพิธีสะเดาะเคราะห์/ต่ออายุ บูชาเจ้าหน้าที/บูชาเจ้าแม่กวนอิม/กินเจ แต่ที่ใช้มากคือ การทำบุญ/ถวายสังฆทาน จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 13.30) และบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์/ขอขมาเจ้าที่จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 11.10) (ตาราง 4) จากผลการศึกษสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีการใช้การประกอบพิธีกรรม เนื่องจากการประกอบพิธีกรรมเป็นการปฏิบัติที่ตอบสนองของความต้องการการมีความหวัง เป็นการปฏิบัติที่สืบเนื่องมาจากอิทธิพลของความเชื่อดั้งเดิมที่อยู่คู่กับสังคมไทย และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่สืบทอดมาช้านาน (โกมาตร, 2536) มีความเชื่อในสมมุติฐานของโรคที่เกิดจากสิ่งที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุม หรือเป็นอำนาจเหนือธรรมชาติ ดังนั้นการรักษาก็จะเป็นไปตามความเชื่อนั้น ซึ่งรูปแบบของการรักษาก็จะสืบทอดผ่านทางพิธีกรรม โดยความเชื่อต่างๆ เหล่านี้จะมีปรากฏอยู่ในสังคมไทยซึ่งสามารถพบเห็นได้ทั่วไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเติบโตมาภายใต้สังคมไทยจะถูกปลูกฝังและซึมซับความเชื่อดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต จึงพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีการใช้การประกอบพิธีกรรม เพื่อรักษาอาการของโรค เนื่องจากพิธีกรรมดังกล่าวเป็นการบำบัดทางจิตวิญญาณ ทำให้ลดความวิตกกังวล ฟุ้งซ่าน จิตใจสงบ สร้างกำลังใจและความเชื่อมั่นซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งสำหรับคนเจ็บป่วย (เสาวภา และพรทิพย์, 2538) เช่น การทำบุญ/ถวายสังฆทาน และการทำกรรมดี โดยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทุกคนก็จะนึกถึงบุญและกรรมดีที่เคยสร้างมาเพื่อช่วยดลบันดาลให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยหรือหวังว่าบุญจะช่วยส่งเสริมให้ดีขึ้นถึงแม้ว่าจะไม่หายจากโรคก็ตาม ดังเช่น การศึกษาของอังศุมาและกานดาวัศรี (2548) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษามีการสั่งสมบุญไม่ให้ขาดและทำบุญมากขึ้นเพื่อสร้างความหวังในชีวิต โดยหวังบุญ 3 ประการ คือ หวังบุญช่วยชีวิต หวังบุญเพื่อชีวิตที่ดีในชาติหน้า และหวังบุญชดใช้กรรม

พลังบำบัด การแพทย์ทางเลือก และการจัดกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างนำมาใช้น้อยมากเพียงร้อยละ 4.40, 2.20 และ 2.20 ตามลำดับ อาจจะมีสาเหตุมาจากพลังบำบัด (ชีกง) และระบบการแพทย์ทางเลือก (โยคะ) เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่ไม่แพร่หลายในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง นอกจากนั้นการจัดกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย (การนวด) ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เพียง 2 ราย อาจเนื่องมาจากการนวดกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้เอง ต้องใช้บุคคลที่มีความรู้มีความชำนาญนวดให้

และผลข้างเคียงจากการนวดที่พบได้บ่อย คือ การใช้แรงในการนวดมากเกินไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดความระบมหรือบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น (มานพ, 2543) สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยขัดขวางในการเลือกใช้การดูแลแบบผสมผสาน

วัตถุประสงค์ของการใช้การดูแลแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระหว่างได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การดูแลแบบผสมผสาน เพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากที่สุด (ร้อยละ 53.30) รองลงมา คือ เพื่อบรรเทาหรือลดอาการข้างเคียงของรังสีรักษา (ร้อยละ 42.20) (ตาราง 8) เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ถึงผลในการนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้จัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระหว่างได้รับรังสีรักษาและภาวะของโรคมะเร็งแล้วพบว่า สามารถทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง และช่วยบรรเทาหรือลดอาการข้างเคียงของรังสีรักษาได้ จึงเป็นเหตุผลหรือวัตถุประสงค์ของการเลือกใช้วิธีการดูแลแบบผสมผสานนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของไญยวรรณ (2548) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นว่าทำให้โรคที่เป็นอยู่หาย สุขภาพร่างกายแข็งแรง ซึ่งพบว่ามีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับผลของการนำวิธีการดูแลแบบผสมผสานมาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพเรื้อรังแล้วทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงและอาการดีขึ้น เช่น การนวดช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อ (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา, 2541) ชี้กง ลดอาการปวดเมื่อยศีรษะ (อมรรัตน์, 2540) และการฝึกสมาธิมีผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีแนวโน้มของระดับความวิตกกังวลลดลง (ธีรภา, 2539) และสอดคล้องกับการศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งของนุปผา (2536) พบว่าผู้ป่วยพยายามหาสิ่งที่มีความหมายให้กับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป ตั้งจุดมุ่งหมายให้กับชีวิต ได้แก่ การหายจากโรคและการมีสุขภาพแข็งแรง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการใช้วิธีการดูแลแบบผสมผสานว่า ทำให้จิตใจสงบ/โปร่งใส (ร้อยละ 37.80) สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุตา (2548) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีประสบการณ์ในการนำหลักศาสนามาใช้ร่วมกันในการดูแลรักษาโรค โดยการขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นกำลังใจ และมีการปฏิบัติศาสนกิจควบคู่กันไป โดยเชื่อว่าการขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อเป็นกำลังใจนั้น ถ้าไม่หายก็ยังมีส่วนช่วยให้อาการของโรค/อาการข้างเคียงจากการรักษาทุเลาลงได้บ้าง นอกจากนี้ยังทำให้จิตใจโปร่งใส เกิดความสบายใจ ไม่เครียด และอาจลดอาการกำเริบลงได้ เป็นต้น จึงเป็นวัตถุประสงค์ในการเลือกใช้การดูแลแบบผสมผสานของกลุ่มตัวอย่าง

ความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการ

ผลการศึกษาพบว่า ความยากง่ายของการเข้าถึงแหล่งบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.29$, $SD = 1.30$) (ตาราง 9) คือ มีแหล่งบริการปานกลาง พอหาได้บ้าง เดินทางไม่ลำบาก

แต่ไปเองไม่ได้ จากผลการศึกษาศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการสุขภาพ คือ ความสะดวกในการไปใช้บริการหรือมีสถานบริการสุขภาพดังกล่าวอยู่ใกล้ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการไปใช้มากขึ้น (สุภัทร, อารีรัตน์, สุมาลี, นุชนารถ, และอุบลรัตน์, 2545) โดยเฉพาะการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานที่ดำรงอยู่คู่กับสังคมมนุษย์มาช้านาน ไม่ว่าจะเป็นการนวดแผนไทย การใช้สมุนไพรท้องถิ่นรักษาตามความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากบรรพบุรุษ โดยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนำมาใช้น้อย ประหยัด นอกจากนี้ยังเป็นวิธีที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง จึงทำให้เกิดความเชื่อมั่นต่อผลที่ได้รับ และเกิดความพอใจในระดับที่สูง (โกมาตร, 2535 และสุคติดา, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เป็นครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โดยพิจารณาจากระยะทางระหว่างบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ ความสะดวกในการเดินทาง คุณภาพและความสะดวกรวดเร็วของบริการ (กฤษณา, ประคอง และสมจิต, 2542) และสอดคล้องกับการศึกษาของผกากรอง (2545) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลในการเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุว่าหาจ่ายในท้องถิ่น/เสียค่าใช้จ่ายน้อย โดยเฉพาะสมุนไพรที่สามารถหาวัตถุดิบที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่นมาใช้ในการบำบัดรักษา ซึ่งซื้อหาได้ง่าย ราคาถูก

การดูแลสุขภาพผสมผสานที่นำมาใช้จัดการกับอาการข้างเคียงแต่ละกลุ่มอาการ

1. อาการของระบบทางเดินอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้สารชีวภาพ (สมุนไพร) ได้แก่ การใช้บอระเพ็ด (ร้อยละ 20.00) และฟ้าทะลายโจร (ร้อยละ 16.70) (ตาราง ค1) ทั้งนี้เพราะสมุนไพรเป็นสิ่งที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น และมีประโยชน์ต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น สมุนไพรรสหวาน (ดอกคำฝอย งวงตาลโตนด รากชะเอมไทย และเหง้าสับปะรด) มีสรรพคุณบำรุงกล้ามเนื้อและหัวใจ บำรุงกำลัง แก้อ่อนเพลีย สมุนไพรที่มีรสขมและเผ็ดร้อน (ขี้เหล็ก บอระเพ็ด ขิง มะระ ทับทิม เปลือกมังคุด) จะช่วยกระตุ้นน้ำลาย และน้ำย่อยอาหารออกมามากช่วยเจริญอาหาร (สุปรียา, 2544) สมุนไพรเป็นฐานสำคัญของชีวิต มีบทบาทสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพและวิถีชีวิตของคนไทย (เสาวภาและพรทิพย์, 2538) ในยุคปัจจุบันคนไทยจำนวนมากให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพด้วยวิถีทางธรรมชาติมากขึ้น สมุนไพรจึงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมทั้งในแง่ของการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ (เพ็ญญาและภัทราพร, 2544)

2. อาการทางจิตใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้การบำบัดโดยการประสานกายและจิต (ตาราง 10) ทั้งนี้เพราะการฝึกสมาธิจะมีผลโดยตรงต่อไฮโปทาลามัส โดยทำให้ส่วนหลังของไฮโปทาลามัสที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทซิมพาเทติกปล่อยกระแสไฟฟ้าน้อยลง (downward

discharge) ดังนั้นการกระตุ้นที่มีต่ออะดรีนอลเมดูลลา (adrenal medular) ก็น้อยลง เป็นเหตุให้ฮิโปฟิซหลังน้อยลง การสันดาปภายในเซลล์ก็ต่ำลง ทำให้ความเข้มข้นของเลคเตทในกระแสเลือดลดลง ส่งผลให้ร่างกายคลายเครียด และลดความวิตกกังวลลงด้วย (Wallace, 1997; นที, 2530 อ้างตามทิพย์ถาวร, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของธีราภา (2539) พบว่าผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของระดับความวิตกกังวลลดลง และการศึกษาของปทุมภรณ์, สุภา, ลักษมี, และสันทนา (2539) ถึงผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หู คอ จมูก และปาก ที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าหลังการฝึกสมาธิน้อยกว่าก่อนรับการฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และพบว่าการทำสมาธิช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าก่อนในได้เป็นอย่างดีมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (สมทรง, 2528) นอกจากนี้จากการศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยมะเร็งของสเปกา, คาริสัน, กู๊ดเดย์ และแองเจนท์ (Specia, Carison, Goodey & Angen, 2000) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ปฏิบัติสมาธิจะมีระดับอารมณ์ ภาวะความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ และความสับสนน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฝึกสมาธิ

นอกจากนี้สมาธิได้นำมาใช้กับอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 44.40) (ตาราง 10) ทั้งนี้เพราะการฝึกสมาธิเป็นการกระตุ้นเซลล์ในร่างกายที่บกพร่องให้สามารถทำงานได้ตามปกติ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกาย ทำให้อาการเจ็บป่วยของร่างกายทุเลาลงหรือหายไป สุขภาพแข็งแรงขึ้น ส่งผลต่อจิตใจทำให้จิตใจโล่งสบาย ความทุกข์ ความวิตกกังวล เครียด วุ่นวายใจ รวมทั้งความท้อแท้สิ้นหวังลดน้อยลง ส่งผลให้การนอนหลับดีขึ้น (รัตน, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา (2543) ในเรื่องการรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าผู้ป่วยใช้สมาธิเพื่อระงับอาการปวด โดยเอาจิตมาอยู่ที่การเคลื่อนไหว ช่วยให้ผ่อนคลาย บรรเทาอาการปวด และช่วยให้นอนหลับได้ นอกจากนี้ยังมีการนำโยคะมาใช้ (ร้อยละ 2.20) ซึ่งการฝึกโยคะจะทำให้เกิดการผสมผสานการหายใจ การผ่อนคลาย และการทำสมาธิระหว่างฝึกด้วย ทำให้อารมณ์ผ่อนคลายได้เต็มที่ นำพาร่างกายและจิตใจเข้าสู่ภาวะสงบนิ่ง ทำให้พักผ่อนได้ดี (ธรรมบุญ, 2537)

การประกอบพิธีกรรมได้นำมาใช้ในการจัดการกับอาการทางจิตใจด้วยเช่นกัน โดยที่ความเชื่อของบุคคลในการประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ ทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางจิตใจ และยังก่อให้เกิดความหวังว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์นั้นสามารถที่จะทำให้บุคคลมีความหวังขึ้นมาได้ (เสาวลักษณ์, 2545) นอกจากนี้ยังมีผลทางจิตวิทยา ช่วยสะกดความวิตกกังวล ฟุ้งซ่าน ทำให้จิตใจสงบ สร้างความหวัง กำลังใจ และความเชื่อมั่นซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งสำหรับการเจ็บป่วยด้วย

โรคมะเร็ง (เสาวภาและพรทิพย์, 2538) การประกอบพิธีกรรมเป็นลักษณะเด่นอย่างหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทย (วิวัฒน์, 2542) การประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์สืบเนื่องมาจากอิทธิพลของความเชื่อดั้งเดิมที่อยู่คู่กับสังคม เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่สืบทอดมาช้านาน และมีปรากฏในสังคมไทยซึ่งสามารถพบเห็นได้ทั่วไป (โกมาตร, 2536) โดยมีความเชื่อในสมมุติฐานของโรคว่าเกิดจากสิ่งที่ยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมหรือเป็นเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในเรื่องเหนือธรรมชาติเช่นกัน ดังนั้นการรักษาก็จะเป็นไปตามความเชื่อนั้น โดยสืบทอดผ่านทางพิธีกรรมและปรากฏอยู่ในสังคมไทย ซึ่งสามารถพบเห็นได้ทั่วไป (เสาวภาและพรทิพย์, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญญา และคณะ (2529) โดยศึกษาที่จังหวัดลำปาง พบว่ามีการเจ็บป่วยหลายอย่างที่พ่อแม่หรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเป็นโรคจากอำนาจลึกลับ ก็จะนำผู้ป่วยไปรักษาทางไสยศาสตร์และหากเป็นโรคที่มีอาการชัดเจน ก็มีแนวโน้มจะนำไปรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน

3. อาการทางผิวหนัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้สารชีวภาพ เมื่อมีอาการข้างเคียงทางผิวหนัง ได้แก่ การใช้สเลดฟงพอนตัวเมีย (ร้อยละ 24.40) และพลู (ร้อยละ 21.10) (ตาราง ค1) ซึ่งสเลดฟงพอน และพลูมีคุณสมบัติในการรักษาอาการผื่นแพ้ ตุ่มคันตามผิวหนัง และลดการอักเสบได้ โดยการนำเอาใบสด 1 กำมือ ตำให้ละเอียด คั้นเอาเฉพาะน้ำ และเอากากพอกบริเวณผิวหนังที่มีอาการ (วาสนา, 2540) นอกจากนั้นพบว่าสมุนไพรที่ช่วยบรรเทาผื่นแดง คัน แก้แผลพุพอง ตุ่ม เช่น ตำลึง ว่านหางจิ้งจอก กะเม็งตัวเมีย ท้อ เหงือกปลาหมอ ผักบุ้ง สีเสียดเหนือ ตะไคร้ ขมิ้นอ้อย หัวไทร การบูร (สุปรียา, 2544) ทั้งนี้อาศัยหลักการของการนำพาความร้อน (conduction and convection) เนื่องจากการอบด้วยไอน้ำ เป็นน้ำอุ่นที่เป็นความร้อนชนิดเปียก ซึ่งจะสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง และความร้อนสามารถผ่านเข้าไปได้จนถึงชั้นของหนังแท้ (Bengston and Warfield, 1986) โดยความร้อนจะทำให้เกิดผลตอบสนองทางสรีระเพื่อผลในการรักษาคือ เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดฝอย ช่วยทำให้การหายของแผลเร็วขึ้น ลดการอักเสบและบวม ทำให้ร่างกายสดชื่น ผิวพรรณเปล่งปลั่งมีน้ำมีนวล รักษาอาการคัน และผดผื่นได้ (ยงศักดิ์, 2542) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และมีอาการทางผิวหนัง ได้แก่ อาการคัน ผื่นแดง ตกสะเก็ด มีผื่นแดง ผิวดำคล้ำ และมีตุ่มขึ้นบริเวณผิวหนัง จึงได้ใช้สารชีวภาพเพื่อจัดการ และบรรเทาอาการดังกล่าว

4. อาการอื่นๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้สารชีวภาพ เมื่อมีภูมิคุ้มกันต่ำลง (ร้อยละ 11.10) เสียงแหบ (ร้อยละ 22.20) ซีด/โลหิตจาง (ร้อยละ 22.20) ปัสสาวะลำบาก/สับสน (ร้อยละ 6.70) และปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย (ร้อยละ 2.20) ทั้งนี้เพราะสมุนไพรเป็นสิ่งที่เหมาะสมในการหาได้ง่ายในท้องถิ่น และมีประโยชน์ต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น สมุนไพรรสหวาน (ดอกคำฝอย

วงตาลโตนด รากชะเอมไทย และเหง้าสับปะรด) มีสรรพคุณบำรุงกล้ามเนื้อและหัวใจ บำรุงเลือด บำรุงกำลัง แก้อ่อนเพลีย ซีด/โลหิตจาง สมุนไพรที่ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทาน ได้แก่ ฟักทะลายโจร ชิงตะไคร้ มะขาม โดยการนำมาต้มรินเฉพาะน้ำสำหรับดื่ม (โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง มูลนิธิสุขภาพไทย, 2539) สมุนไพรที่ช่วยอาการเจ็บคอ ไอ และเสียงแหบ ได้แก่ มะแว้งเครือมะนาว โดยใช้จิบน้ำบ่อยๆ จะทำให้อาการดีขึ้น (วาสนา, 2540) สมุนไพรที่ช่วยขับปัสสาวะ แก้อั้วปัสสาวะขัด ได้แก่ พริกไทย น้ำตะไคร้ (สุปรียา, 2544) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้พริกไทย (ร้อยละ 22.20) และน้ำตะไคร้ (ร้อยละ 20.00) (ตาราง ค1) นอกจากนั้นการอบไอน้ำด้วยสมุนไพร ความร้อนจะทำให้เกิดผลตอบสนองทางสรีระเพื่อผลในการรักษา คือ ลดความเจ็บปวด ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย (Lehman & Lateur, 1989)

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้พลังบำบัด (ชี่กง) (ร้อยละ 2.20) เมื่อภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง (ตาราง 10) เนื่องจากพลังบำบัดทำให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยใช้หลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และเน้นความเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งมีแนวคิดว่าร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยการให้พลังสมาธิดึงพลังจักรวาลเข้าสู่ร่างกายให้ผ่านจักระ ซึ่งหลักการทำงานของจักระสอดคล้องกับการทำงานของฮอร์โมน ซึ่งเป็นสารที่ผลิตออกมาจากต่อมต่างๆ ภายในร่างกาย มีหน้าที่ในการควบคุมอวัยวะต่างๆ ให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความสมดุลทั้งทางกาย จิต และจิตวิญญาณ (เจก, 2544) นอกจากนี้พลังบำบัด (ชี่กง) เป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานวิธีการบริหารกายเข้ากับการหายใจส่งผลให้เกิดสมาธิ (दारारวรรณ, 2545) มีผลดีต่อระบบไหลเวียนโลหิต ระบบฮอร์โมน ระบบกล้ามเนื้อ และโครงร่างระบบประสาท และภาวะจิตใจ (วิรุฬ, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของเทอดศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาในเรื่องบริหารกายสู่พลังชีวิต พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งภูมิคุ้มกันของร่างกายจะมีการทำงานลดลงทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีโอกาสเกิดการลุกลามของโรคได้ง่ายขึ้น การฝึกชี่กงจะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดขาว ก่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายและทำให้จิตใจสงบ

เมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อย และชาปลายมือ/ปลายเท้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ระบบการแพทย์ทางเลือก (โยคะ) และการจัดกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย (การนวด) (ร้อยละ 2.20 และ 2.20 ตามลำดับ) (ตาราง 10) เนื่องจากการฝึกโยคะอย่างถูกต้อง และครบถ้วน สมบูรณ์ ผู้ฝึกจะได้รับผลดีในระบบโครงสร้าง ได้แก่ โครงกระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น ผังพืด สามารถใช้บำบัดโรคที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างต่างๆ ไปได้ เช่น ปวดหลัง ปวดเอว เป็นต้น และยังช่วยดูแลโครงสร้างที่ผิดปกติได้ เป็นการเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมีความสมดุลและมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าโยคะเป็นองค์ประกอบของสุขภาพแห่งชีวิต (เกศสุดา, 2545) และการนวดจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพกำลังกล้ามเนื้อที่อ่อนแอให้แข็งแรงขึ้น เนื่องจากมีการไหลเวียนของเลือด

เพิ่มมากขึ้น (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2542) ในปัจจุบันพบว่าการนวดไทยเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีผู้สนใจนำมาใช้ในการบำบัดและรักษาโรคต่างๆ เป็นอย่างมาก (ชลทิพย์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของอุไร (2539) ซึ่งศึกษาผลการนวดต่อความปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าระดับความปวดและความทุกข์ทรมานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการนวดลดลงมากกว่าไม่ได้รับการนวด

ระดับความพึงพอใจในผลที่ได้รับจากการนำการดูแลแบบผสมผสานมาใช้

1. การแพทย์ทางเลือก (โยคะ) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในผลที่ได้รับระดับมาก (ตาราง 11) อาจเนื่องมาจากโยคะสามารถทำได้ทุกเพศ ทุกวัย ทำได้ไม่ยุ่งยากไม่ต้องใช้อุปกรณ์ร่วม ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย สามารถควบคุมทั้งร่างกาย ความคิด และจิตใจ การควบคุมการหายใจให้ช้าและลึกสามารถทำให้เกิดการผ่อนคลายความเครียดลงได้ รวมทั้งกำจัดอารมณ์ในทางลบ เช่น ความโกรธ ความหงุดหงิด และความกระวนกระวาย เป็นต้น อันจะนำไปสู่การผ่อนคลายและการมีสมาธิดีขึ้น (สุวิชัย, 2541)

2. การบำบัดโดยการประสานกาย และจิต (สมาธิ) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในผลที่ได้รับระดับมาก (ตาราง 11) อาจเนื่องมาจากสมาธิสามารถทำได้ทุกเพศ ทุกวัย ทำได้ไม่ยุ่งยากไม่ต้องใช้อุปกรณ์ร่วม ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย โดยกระตุ้นเซลล์ในร่างกายนที่บกพร่องให้สามารถทำงานได้ตามปกติ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกาย ทำให้อาการเจ็บป่วยของร่างกายทุเลาลงหรือหายไป สุขภาพแข็งแรงขึ้น ส่งผลต่อจิตใจทำให้จิตใจสงบสบาย ความทุกข์ ความวิตกกังวล เครียด วุ่นวายใจ รวมทั้งความท้อแท้ สิ้นหวังลดน้อยลง (รัตน, 2537)

3. การใช้สารชีวภาพ (สมุนไพร) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในผลที่ได้รับระดับปานกลาง (ตาราง 11) อาจเนื่องมาจากวิธีการปรุงยาสมุนไพรด้วยการต้มนั้นจะมีสารสำคัญละลายออกมาในน้ำ ซึ่งสารสำคัญดังกล่าวส่วนใหญ่จะมีรสขม เนื่องจากรสขมจะเป็นฤทธิ์ของยาที่แก้ทางโลหิต กลุ่มตัวอย่างไม่ชอบในรสชาติที่ขม ต้องรับประทานปริมาณที่มากในแต่ละครั้ง และต้องรับประทานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการใช้สมุนไพรได้ผลช้า (รุ่งระวีและอาทร, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผกากรอง (2545) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเห็นว่ายาสมุนไพรที่นำมาใช้นั้นเห็นผลในการรักษาช้า ทำให้มีความพึงพอใจปานกลาง ซึ่งแตกต่างกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันที่เห็นผลเร็วกว่า

4. การจัดการกระทำกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย (การนวด) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในผลที่ได้รับระดับปานกลาง (ตาราง 11) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลข้างเคียงจากการนวดที่พบได้บ่อย นั่นคือการใช้แรงในการนวดมากเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดความระบมหรือบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น (มานพ, 2543) ซึ่งอาจมีผลทำให้การนำการนวดมาใช้มีระดับความพึงพอใจไม่มากนัก

5. พลังบำบัด (ชี่กง) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในผลที่ได้รับระดับมาก (ตาราง 11) อาจเนื่องมาจากชี่กงสามารถทำได้ทุกเพศ ทุกวัย ทำได้ไม่ยุ่งยากไม่ต้องใช้อุปกรณ์ร่วม ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย อีกทั้งชี่กงยังก่อให้เกิดสมาธิจากการกำหนดลมหายใจตามจังหวะ โดยมีเสียงเพลงก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ลดความเครียด (อุไรวรรณ, 2545)