บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งเต้านม
2. อาการไม่สุขสบาย
3. การจัดการตนเอง
   - 3.1 พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
   - 3.2 การสนับสนุนการจัดการตนเอง

โรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ท่อทางเดินน้ำนม และต่อมสร้างน้ำนม สามารถแบ่งตามชนิดของจุดเริ่มต้น เช่น บริเวณท่อทางเดินน้ำนม หรือต่อมสร้างน้ำนม เป็นต้น การลุกลามแบ่งได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่จำกัดเฉพาะที่เรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (non invasive or carcinoma in situ) และกลุ่มที่มีการลุกลามเรียกว่า มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม (invasive breast cancers) ชนิดของมะเร็งเต้านมโดยแบ่งตามจุดเริ่มต้นและการลุกลาม (ACS, 2009) มีรายละเอียดดังนี้

1. มะเร็งเต้านมชนิดจำกัดอยู่เฉพาะที่ (carcinoma in situ [CIS]) หมายถึงมะเร็งในระยะเริ่มแรกที่ถูกจำกัดอยู่ในท่อน้ำนมหรือต่อมผลิตน้ำนม โดยยังไม่มีการแพร่กระจายออกไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ เต้านม หรือไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ภายในร่างกาย สามารถแบ่งมะเร็งชนิดนี้ออกเป็น 2 ชนิด คือ

   1.1 มะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (ductal carcinoma in situ [DCIS] or intraductal carcinoma) เป็นมะเร็งที่เกิดในท่อน้ำนม (duct) แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังท่อน้ำนมออกไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ เต้านม มะเร็งชนิดนี้พบได้ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมราย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ใหม่พบว่าเป็นมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ มะเร็งชนิดนี้หากตรวจพบในระยะแรกสามารถรักษาให้หายได้

1.2 มะเร็งในต่อมผลิตน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (lobular carcinoma in situ [LCIS] or lobular neoplasia) เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นในต่อมผลิตน้ำนม (lobule) แต่ไม่มีการแพร่กระจายออกจากผนังต่อมผลิตน้ำนมออกไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ เต้านม มะเร็งชนิดนี้เป็นมะเร็งชนิดที่ไม่มีการลุกลาม ยกเว้นในสตรีที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม เป็นโรคอ้วน เป็นต้น จึงพัฒนากลายเป็นมะเร็งชนิดที่มีการลุกลามได้

2. มะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลาม (invasive breast cancers) หมายถึง มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตและแพร่กระจายออกจากท่อน้ำนม หรือต่อมผลิตน้ำนมไปยังเนื้อเยื่อในเต้านมหรือไปยังอวัยวะอื่น ๆ ภายในร่างกาย มะเร็งในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

2.1 มะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม (invasive or infiltrating ductal carcinoma [IDC]) เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นบริเวณท่อน้ำนม และมีการทำลายผนังเซลล์ของท่อน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบ ๆ ท่อน้ำนม และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายโดยผ่านทางระบบเลือดและน้ำเหลือง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลามพบว่า 8 ใน 10 คนจะเป็นมะเร็งชนิดนี้

2.2 มะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนม (invasive or infiltrating lobular carcinoma [ILC]) เป็นมะเร็งที่เซลล์มะเร็งเริ่มต้นในต่อมผลิตน้ำนม และมีการทำลายผนังเซลล์ของต่อมน้ำนมออกมาเจริญเติบโตบริเวณเนื้อเยื่อรอบ ๆ ต่อมผลิตน้ำนม และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกายโดยผ่านทางระบบเลือดและน้ำเหลือง ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดที่มีการลุกลามพบว่า 1 ใน 10 คนเป็นมะเร็งเต้านมชนิดนี้ และมะเร็งชนิดนี้ตรวจวินิจฉัยได้ยากกว่าชนิดที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม

2.3 มะเร็งรูปผสม (mixed tumors) เป็นก้อนมะเร็งที่มีเซลล์มะเร็งหลากหลายชนิดในก้อนนั้น เช่น พบทั้งมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากท่อน้ำนม และมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามจากต่อมผลิตน้ำนม เป็นต้น

2.4 มะเร็งชนิดเมดุลลาลี (medullary carcinoma) เป็นมะเร็งเต้านมที่มีเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่และมีเซลล์ที่ทำหน้าที่คล้ายระบบภูมิคุ้มกัน (immune system cells) อยู่ในก้อนมะเร็ง มะเร็งชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 3-5 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด การพยากรณ์โรคของมะเร็งชนิดนี้ดีกว่ามะเร็งชนิดอื่น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.5 มะเร็งชนิดเมตาพลาสติค (metaplastic carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดร้ายแรง เป็นมะเร็งที่พบได้น้อย ก้อนมะเร็งชนิดนี้จะประกอบด้วยเซลล์ที่มีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมคล้ายกับเซลล์ผิวหนัง (squamous cells) หรือเซลล์ของกระดูก

2.6 มะเร็งเต้านมที่มีการอักเสบ (inflammatory breast cancer [IBC]) เป็นมะเร็งเต้านมที่พบได้น้อย แต่เป็นชนิดรุนแรงพบได้ร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยปกติมักจะไม่พบก้อนบริเวณเต้านม แต่จะมีผิวหนังบริเวณเต้านมจะอุ่นเป็นสีแดง และหนาขึ้นคล้ายเปลือกส้ม (peau d'orange) การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากเซลล์มะเร็งไปอุดตันท่อน้ำเหลืองบริเวณผิวหนัง ส่งผลให้เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดอาการบวม ตึง กดเจ็บ และคัน ในระยะแรกมะเร็งชนิดนี้จะมีลักษณะของเต้านมอักเสบ และไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการทำแมมโมกราฟฟี (mammography) จึงทำให้ยากต่อการวินิจฉัย และพบว่าเป็นมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งได้มากกว่าชนิดมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ และชนิดมะเร็งในต่อมผลิตน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ มะเร็งชนิดนี้จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

2.7 มะเร็งเต้านมที่มีการผลิตเมือก (mucinous carcinoma or colloid carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดร้ายแรงที่พบได้น้อย โดยมีลักษณะของเซลล์มะเร็งที่มีการผลิตเมือก (mucus-producing cancer cells) การพยากรณ์โรคของมะเร็งชนิดนี้ดีกว่ามะเร็งเต้านมชนิดอื่น

2.8 มะเร็งเต้านมในท่อน้ำนม (tubular carcinoma) เป็นมะเร็งท่อน้ำนมชนิดที่มีการลุกลามอีกชนิดหนึ่ง เซลล์มะเร็งชนิดนี้สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบมะเร็งชนิดนี้ได้น้อยประมาณร้อยละ 2 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด และมีการพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปที่ท่อน้ำนม และต่อมผลิตน้ำนม

2.9 มะเร็งเต้านมชนิดถุงน้ำ (papilla carcinoma) เป็นมะเร็งที่เซลล์มะเร็งมีลักษณะคล้ายนิ้วมือเมื่อมองผ่านกล้องจุลทรรศน์ มะเร็งชนิดนี้เชื่อว่าเป็นมะเร็งในท่อน้ำนมที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (DCIS) ชนิดหนึ่ง แต่ในบางครั้งจะพบเป็นชนิดลุกลามได้แต่พบได้น้อย มะเร็งชนิดนี้มักพบในหญิงสูงอายุ

ระยะของโรคมะเร็ง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง เป็นการหาขอบเขตของการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งตามลักษณะทางกายวิภาคของโรคในขณะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เป็นพื้นฐานของการแบ่งมะเร็งที่มีการลุกลามหรือมะเร็งที่เกิดเฉพาะที่ การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการพยากรณ์โรค การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และการเปรียบเทียบผลการรักษาที่แตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ไปในแต่ละกลุ่ม (นรินทร์ วรวุฒิ และคณะ, 2546; ACS, 2009) การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านมใช้หลักการตามทีเอ็นเอ็ม (TNM) คือ ขนาดของก้อนมะเร็ง จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ซึ่งวิธีการนี้พัฒนาโดยสมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Joint Committee on Cancer [AJCC]) (นรินทร์ วรวุฒิ และคณะ, 2546; ACS, 2009) โดยมีความหมายดังนี้

1. ขนาดของก้อน (T category) ประกอบด้วยตัวเลข 0-4 หมายถึงขนาดของก้อนมะเร็งเต้านม และขอบเขตการแพร่กระจายของมะเร็งภายในเต้านมและอวัยวะใกล้เคียง เช่น ผิวหนัง หรือผนังทรวงอกที่อยู่ใต้เต้านม เป็นต้น ตัวเลขที่สูงขึ้นหมายถึงก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น และ/หรือมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ไกลออกไป แบ่งได้เป็น 7 ระดับดังนี้

TX หมายถึง ไม่สามารถตรวจพบก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก

T0 หมายถึง ไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก

Tis หมายถึง มะเร็งเต้านมที่มีการจำกัดอยู่เฉพาะที่

T1 หมายถึง ก้อนเนื้องอกที่มีขนาดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร

T2 หมายถึง ก้อนเนื้องอกที่มีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร

T3 หมายถึง ก้อนเนื้องอกที่มีขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตร

T4 หมายถึง ก้อนเนื้องอกมีขนาดเท่าไหร่ก็ได้ แต่ก้อนเนื้องอกมีการแพร่กระจายไปบริเวณผนังทรวงอกหรือผิวหนังบริเวณทรวงอก

2. ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เต้านม (N category) หมายถึง การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงกับเต้านม และจำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายสามารถแบ่งระดับได้ตามที่แพทย์เห็นจากลักษณะที่เห็น (clinical) หรือจากพยาธิสภาพ (pathological) ได้เป็น 4 ระดับดังนี้

2.1 N0 clinical หมายถึง คลำไม่พบมะเร็งบริเวณต่อมน้ำเหลือง

pathological หมายถึง การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์พบว่าไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

2.2 N1 clinical หมายถึง มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านม

pathological หมายถึง คลำพบก้อนมะเร็งบริเวณต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 1-3 ต่อม หรือมีการคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณเต้านม

2.3 N2 clinical หมายถึง มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านมและมีการแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ หรือมะเร็งมีการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเต้านมด้านใน แต่ไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้

pathological หมายถึง มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 4-9 ต่อม

2.4 N3 clinical หมายถึง มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือหรือใต้กระดูกไหปลาร้า (collar bone) ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านมและมีหรือไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเต้านมด้านใน และต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ข้างเดียวกันกับที่เป็นมะเร็งเต้านม

pathological หมายถึง มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ตั้งแต่ 10 ต่อมขึ้นไป หรือมีการลุกลามเข้าไปในต่อมน้ำเหลืองอื่น ๆ บริเวณเต้านม

3. การแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะอื่น (M category) หมายถึง การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ไกลออกไป เช่น ปอด กระดูก สมอง เป็นต้น

M0 หมายถึง ไม่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

M1 หมายถึง มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

จากขนาดของก้อน การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเมื่อนำมาจัดเป็นระยะ ประกอบด้วย 4 ระยะ (American Cancer Society & National Comprehensive Cancer Network [ACS & NCCN], 2006) ดังนี้

ระยะที่ 1 (stage I) คือ ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร และคลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 2A (stage IIA) คือ ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร และคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 1-3 ต่อม หรือมีการคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณเต้านม หรือก้อนมะเร็งมีขนาด 2-5 เซนติเมตร และคลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ 2B (stage IIB) คือ ก้อนมะเร็งมีขนาด 2-5 เซนติเมตร และคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 1-3 ต่อม หรือมีการคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณเต้านม หรือก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร แต่คลำต่อมน้ำเหลืองไม่ได้

ระยะที่ 3A (stage IIIA) คือ คลำไม่พบก้อนมะเร็ง แต่คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 4-9 ต่อม หรือก้อนมะเร็งมีขนาด 2-5 เซนติเมตร และคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 4-9 ต่อม หรือก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร และคลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 1-9 ต่อม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ระยะที่ 3B (stage IIIB) คือ ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าไหร่ก็ได้ แต่ก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจายไปบริเวณผนังหรือผิวหนังบริเวณทรวงอก

ระยะที่ 3C (stage IIIC) คือ ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าไหร่ก็ได้ และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ตั้งแต่ 10 ต่อมขึ้นไป หรือมีการลุกลามเข้าไปในต่อมน้ำเหลืองอื่น ๆ บริเวณเต้านม

ระยะที่ 4 (stage IV) คือ มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

รายละเอียดของแต่ละระยะดังแสดงในตารางที่ 2-1 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัดเพื่อลดการกระจายของมะเร็ง และเกิดผลกระทบจากโรคและการรักษา และยังคงต้องดำเนินชีวิตในบทบาทของครอบครัวและสังคมอยู่ ซึ่งต้องมีพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 4 จะมีปัญหาจากโรคและการรักษารวมทั้งเป้าหมายการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 จึงมิได้ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 2-1

ระยะของมะเร็งเต้านม

ระยะ	T category	N category	M category
Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stage IIIB	T4	Any N	M0
Stage IIIC	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก *Treatment guideline for patient, breast cancer: Treatment guidelines for patients version VIII* (p. 16), by American Cancer Society and National Comprehensive Cancer Network, 2006, Retrieved from http://www/cancer.org

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่รักษาให้หายได้หากพบในระยะแรก การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ค้นพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งการตรวจเต้านมด้วยตนเองมักจะพบอาการและอาการแสดง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551; ACS, 2009) ดังนี้

1. ก้อนที่เต้านม เป็นลักษณะที่พบได้บ่อย มีลักษณะเป็นก้อนหรือไตก้อนเล็ก ๆ ที่เต้านม ส่วนมากจะไม่มีอาการเจ็บปวด หรือก้อนจะโตขึ้นอย่างรวดเร็วจนทำให้เต้านมมีลักษณะผิดปกติไป เช่น อาจทำให้เต้านมใหญ่ขึ้นหรือบางชนิดทำให้เต้านมแข็ง หดตัวเล็กหรือแบนลงได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. มีการเปลี่ยนแปลงของขนาด รูปร่าง หรือสีของหัวนม ก้อนมะเร็งอาจรั้งให้หัวนมบุ๋มเข้าไปจากระดับเดิม เต้านมทั้งสองข้างไม่อยู่ในระดับเดียวกัน ขนาดและรูปร่างของเต้านมต่างกันอย่างผิดปกติ

3. มีของเหลวไหลซึมออกมาจากบริเวณหัวนม เช่น น้ำเหลือง และเลือด เป็นต้น

4. เต้านมมีขนาดผิดปกติ เช่น มีการบวมของเต้านม ผิวหนังบริเวณเต้านมมีรอยบุ๋มหรือมีลักษณะหยาบและขรุขระคล้ายผิวส้ม (peau d'orange) มีการระคายเคืองผิวหนังบริเวณเต้านมหรือหัวนม เช่น มีปวด บวม แดง มีผื่นคัน เป็นต้น

5. มีก้อนบริเวณรักแร้ เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทางหลอดเลือดและน้ำเหลือง

6. กดเจ็บบริเวณก้อนที่เต้านม

หากพบอาการผิดปกติของเต้านมต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัย ประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการถ่ายภาพจำลองโดยการตรวจแมมโมกราฟฟี (mammography) ซึ่งเป็นการใช้เครื่องเอกซเรย์พิเศษที่ทำเฉพาะสำหรับตรวจเต้านม โดยใช้รังสีที่มีขนาดต่ำมากฉายผ่านเนื้อเต้านมเพื่อดูความผิดปกติของเต้านมที่ไม่สามารถคลำพบก้อนได้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ และ สิริกุล นภาพันธ์, 2545) วิธีการนี้ช่วยในการค้นหามะเร็งในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปีได้เร็วขึ้น อาจทำร่วมกับการทำอัลตราซาวน์ (ultrasound) ซึ่งเป็นการใช้คลื่นเสียงผ่านด้านนอกของร่างกาย และมีเสียงสะท้อนกลับจากอวัยวะในร่างกาย และจะถูกเปลี่ยนเป็นภาพสีขาวดำโดยคอมพิวเตอร์และแสดงให้เห็นทางคอมพิวเตอร์ การตรวจชนิดนี้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดน้อย และไม่ต้องได้รับรังสี การทำอัลตราซาวน์ช่วยในการค้นหามะเร็งในสตรีที่มีความหนาแน่นของเต้านมมากและมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม ถ้ายังไม่สามารถวินิจฉัยได้ชัดเจนอาจใช้วิธีการคอมพิวเตอร์-เอดด์ ดีเทคชั่น/ไดแอคโนซิส (computer-aided detection / diagnosis [CAD]) หรือการสร้างภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging [MRI]) (ACS, 2009)

หากรายใดแพทย์สงสัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จะนำชิ้นเนื้อไปตรวจโดยวิธีการทางพยาธิวิทยา ซึ่งการนำตัวอย่างเซลล์ไปส่องดูทางกล้องจุลทรรศน์จะสามารถทำได้โดย (ACS, 2009)

1. การเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็ก (fine needle aspiration [FNA]) เป็นการดูดเนื้อเยื่อจากบริเวณที่สงสัยโดยใช้เข็มที่มีท่อกลวง จากนั้นนำไปส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์ ถ้าก้อนที่เต้านมไม่สามารถคลำได้จะทำภายใต้การอัลตราซาวน์หรืออาจทำโดยใช้สเตอร์ริโอแทคติค นิดเดิลไบออฟซี (stereotactic needle biopsy) โดยเป็นการใช้คอมพิวเตอร์มาเป็นตัวกำหนดตำแหน่งของก้อนที่จะเป็นตัวนำทางในการแทงเข็มไปในตำแหน่งที่ถูกต้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2. การเจาะเอาชิ้นเนื้อออกโดยใช้เข็มขนาดใหญ่เจาะลงบริเวณเนื้องอก แล้วนำไปอ่านผลทางเซลล์วิทยาเรียกว่า การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจโดยใช้เข็มเจาะ (core needle biopsy)

3. เมมโมโตมี (mammotomy) เป็นการใช้เครื่องปั๊มสุญญากาศ (vacuum) ดูดชิ้นเนื้อผ่านท่อลำเลียงออกมาตรวจทางเซลล์วิทยา โดยมีแผลเล็ก ๆ เพียงแผลเดียวและการแทงเพียงครั้งเดียวก็สามารถเก็บชิ้นเนื้อได้หลายชิ้นระบบนี้ควบคุมการทำงานด้วยคอมพิวเตอร์เพื่อให้ใบมีดมีความเร็วในการทำงานสม่ำเสมอ ชิ้นเนื้อที่ได้มีขนาดใหญ่ไม่ฉีกหรือแตก

4. การตัดชิ้นเนื้อโดยการผ่าตัดแบบเปิด (surgical open biopsy) เป็นการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อทั้งหมดออกมาตรวจสอบด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยทั่วไปจะเรียกว่าเอ็กซิสชั่นนอล ไบออปซี่ (excisional biopsy)

การรักษามะเร็งเต้านม

การรักษามะเร็งเต้านมมีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายหรือฆ่าเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ โดยการรักษาเฉพาะที่ (local treatment) ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา แต่มะเร็งเต้านมมีการกระจายทางเลือดและน้ำเหลือง และมีการกระจายที่เป็นเซลล์มะเร็งที่มีขนาดเล็กมากเมื่อมีการแพร่กระจาย (micrometastasis) จึงมีการรักษาทั้งระบบ (systemic treatments) ได้แก่ เคมีบำบัด ฮอร์โมนบำบัด (ACS, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและการได้รับเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด จึงขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะการรักษา 2 วิธีนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การผ่าตัด (surgery)

การผ่าตัดมีวัตถุประสงค์เพื่อตัดเอาก้อนมะเร็งออก เป็นการรักษาเฉพาะที่ มักทำการผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็นระยะที่ 1-3 โดยมีแนวทางการรักษาด้วยการผ่าตัดแบ่งออกเป็นการผ่าตัดโดยสงวนเต้านม (breast-conserving surgery [BCS]) และการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด (mastectomy) (ACS, 2009) ดังนี้

1. การผ่าตัดสงวนเต้านม เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อเต้านมบางส่วนออก ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนเนื้อและปัจจัยอื่น ๆ โดยยังคงเต้านมไว้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 การผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก (lumpectomy) หมายถึง การตัดออกเฉพาะก้อนของเต้านมและเนื้อเยื่อปกติรอบ ๆ ก้อนนั้นพร้อมทั้งต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.2 การตัดเต้านมออกบางส่วน (partial or segmental or quadrantectomy) เป็นการตัดเนื้อเยื่อของเต้านมที่มากกว่าการตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก (lumpectomy) สำหรับการทำ quadrantectomy เป็นการผ่าตัดเนื้อเยื่อเต้านม 1 ใน 4 ส่วนออก

2. การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด (mastectomy) เป็นการตัดเอาเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมด บางครั้งอาจเอาเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงออกด้วย แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

2.1 การตัดเต้านมออกทั้งหมด (simple or total mastectomy) เป็นการตัดเต้านมทั้งหมดรวมทั้งหัวนมด้วย แต่ไม่มีการตัดต่อมน้ำเหลืองใต้แขนออก บางครั้งจะทำที่เต้านมทั้งสองข้างเพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในการเป็นมะเร็งเต้านม

2.2 การตัดเต้านมออกแบบถอนรากชนิดปรับปรุง (modified radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมทั้งหมดออก รวมทั้งผิวหนังส่วนที่อยู่เหนือก้อนมะเร็งรวมทั้งหัวนมและฐานนม ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้บางส่วน แต่เหลือกล้ามเนื้อหน้าอกไว้

2.3 การตัดเต้านมแบบถอนรากร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกซี่โครง (extended radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อเต้านม ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และกล้ามเนื้อที่อยู่ใต้เต้านมออก รวมทั้งตัดกระดูกซี่โครงอ่อนซี่ที่ 2 ถึงซี่ที่ 4 ส่วนที่อยู่ติดกับกระดูกสันอกออกเพื่อเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใต้นั้นออกมาด้วย มักจะทำเฉพาะรายที่ก้อนมะเร็งอยู่ด้านครึ่งในของเต้านม (inner quadrant) คือ ระหว่างหัวนมกับกระดูกสันอก

ผลข้างเคียงของการผ่าตัด (ACS, 2009; NCCN, 2009a) แบ่งได้เป็นผลข้างเคียงระยะสั้นและผลข้างเคียงระยะยาว ดังนี้

ผลข้างเคียงระยะสั้น ได้แก่ การปวดแผลหลังผ่าตัด การติดเชื้อ บวม และกดเจ็บบริเวณเต้านม การมีก้อนเลือดคั่งในแผลผ่าตัด (hematoma) หรือมีของเหลวใสคั่งในแผลผ่าตัด (seroma) เกิดในระยะแรกประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด

ผลข้างเคียงระยะยาว ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในรูปร่างของเต้านม ทำให้มีขนาดไม่เท่ากัน เนื้อเยื่อเต้านมเป็นแผลเป็นแข็งบริเวณที่ทำการผ่าตัด การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ผิดปกติ (impaired shoulder movement) และมีอาการบวมจากท่อน้ำเหลือง (lymphedema) เกิดหลังการผ่าตัดและคงอยู่นานกว่า 1 เดือน บางรายอาจเกิดผลข้างเคียงไปตลอดชีวิต

เคมีบำบัด

เคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการรักษาที่ให้ยาซึ่งเป็นสารพิษต่อเซลล์มะเร็ง มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้หายจากโรคมะเร็ง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ลดขนาดของก้อนมะเร็ง บรรเทาอาการหรือเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตให้ยืนยาวขึ้น หรือเข้าไปรบกวนการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ของเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งไม่สามารถแบ่งตัวเพิ่มขึ้นได้ ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีการให้ยาเพียงชนิดเดียวหรือหลายชนิดร่วมกัน แต่ในปัจจุบันนิยมให้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาครั้งต่อไปจะมีการเพิ่มขนาดของเคมีบำบัด ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งจะเพิ่มขึ้นเมื่อก้อนเนื้องอกลดขนาดลงหลังให้ยาเคมีบำบัดแล้ว ดังนั้นปริมาณเคมีบำบัดที่เพียงพอสำหรับการทำลายเซลล์มะเร็งในครั้งแรก ๆ อาจจะไม่เพียงพอต่อการรักษาก้อนมะเร็งในระยะต่อ ๆ มา (นรินทร์ วรวุฒิ และคณะ, 2546) การให้เคมีบำบัดหากให้ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนในกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่ และเพื่อดูการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยเรียกว่าการรักษานำด้วยเคมีบำบัด (neoadjuvant chemotherapy) ถ้าให้ยาเคมีบำบัดแล้วก้อนมะเร็งยังไม่เล็กลง แพทย์จะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดชนิดอื่น ๆ หากให้หลังการผ่าตัดเรียกว่าการให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาร่วม (adjuvant chemotherapy) เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับมาเป็นซ้ำ เนื่องจากเซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายเข้าไปอยู่ในกระแสเลือดได้โดยยังไม่มีอาการ ทำให้ไม่สามารถตรวจพบได้โดยการถ่ายภาพรังสีหรือการตรวจร่างกาย การให้ยาเคมีบำบัดในการรักษาร่วมจึงมีเป้าหมายเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ไม่ให้มีการแพร่กระจายออกไป (นรินทร์ วรวุฒิ และคณะ, 2546; ACS, 2009)

ชนิดของเคมีบำบัด

โดยทั่วไปการให้เคมีบำบัดจะให้ประมาณ 2-3 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง ซึ่งจะมีสูตรเคมีบำบัดหลายสูตร ระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดครบทั้งคอร์สประมาณ 3-6 เดือน สูตรของเคมีบำบัดที่ใช้ในปัจจุบัน (ACS, 2009) มีดังนี้

FAC/CAF ประกอบด้วย cyclophosphamide, doxorubicin (adriamycin) และ 5-fluorouracil

CMF ประกอบด้วย cyclophosphamide (cytoxan), methotrexate (amethopterin, mexate, folex) และ 5-fluorouracil (fluorouracil, 5-FU, adrucil)

AC ประกอบด้วย doxorubicin (adriamycin) และ cyclophosphamide

EC ประกอบด้วย epirubicin (ellence) และ cyclophosphamide

TAC ประกอบด้วย docetaxel (taxotere) doxorubicin (adriamycin) และ cyclophosphamide

AC + T ประกอบด้วย doxorubicin (adriamycin) และ cyclophosphamide เมื่อครบแล้วตามด้วย paclitaxel (taxol) หรือ docetaxel (taxotere)

A + CMF ประกอบด้วย doxorubicin (adriamycin) แล้วตามด้วย CMF

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

CEF (FEC) ประกอบด้วย cyclophosphamide, epirubicin และ 5-fluorouracil

TC ประกอบด้วย docetaxel (taxotere) และ cyclophosphamide

GT ประกอบด้วย gemcitabine (gemzar) และ paclitaxel (taxol)

การให้เคมีบำบัดมีเกณฑ์ในการพิจารณาสำหรับขนาด ระยะเวลา และวิถีทางที่ให้ ดังแสดงในตารางที่ 2-2

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรซีเอ็มเอฟและเอฟเอซี เนื่องจากเป็นสูตรที่นิยมใช้ในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 (ACS, 2009) และศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดคอร์สที่ 2-4 เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมอยู่ในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัดและมีประสบการณ์ของการเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับอยู่ และสามารถวัดประสิทธิผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ให้ได้ภายหลังจากได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ 3 เดือน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 2-2

สูตรการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สูตร	ขนาดที่ให้	ระยะเวลา
CMF	cyclophosphamide 600 mg/m^2 methotrexate 40 mg/m^2 , 5-fluorouracil 600 mg/m^2	- วันที่ 1-8 ทุก 4 สัปดาห์ 6 cycle
FAC	fluorouracil 500 mg/m^2, doxorubicin 50 mg/m^2 cyclophosphamind 500 mg/m^2	- ทุก 3 สัปดาห์ 6 cycle
TAC	docetaxel l75 mg/m^2, doxorubicin 50 mg/m^2 cyclophospamide 500 mg/m^2 of	- ทุก 3 สัปดาห์ 6 cycle
AC	Adriamycin 40 mg/m^2 วันที่ 1 Cyclophosphamide 200 mg/m^2 วันที่ 3 - 6	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle
AC + T	Adriamycin, cyclophosphamide ตามด้วย paclitaxel (Taxol) หรือ docetaxel (Taxotere)	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle - 3 สัปดาห์ต่อมาครั้งเดียว
FEC	cyclophosphamide, epirubicin และ 5-fluorouracil	- ทุก 3 สัปดาห์ 6 cycle
TC	docetaxel (Taxotere) และ cyclophosphamide	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle
A + CMF	doxorubicin (adriamycin) แล้วตามด้วย CMF	- ทุก 3 สัปดาห์ 4 cycle - วันที่ 1-8 ทุก 4 สัปดาห์ 6 cycle

หมายเหตุ. แหล่งที่มาจาก *Clinical practice guideline in oncology: Breast cancer* (p. BINV-J 2), by National Comprehensive Cancer Network, 2009a, Retrieved from http://www.nccn.org

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดออกฤทธิ์ในการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็ว และยังทำลายเซลล์มะเร็ง แต่เซลล์อื่น ๆ ในร่างกาย เช่น เซลล์ไขกระดูก เซลล์ในปากและลำไส้ และเซลล์เส้นผม เป็นต้น เป็นเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วจึงส่งผลให้มีการทำลายเซลล์เหล่านี้ด้วย ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ความรุนแรงของอาการข้างเคียงในแต่ละคนจะไม่เท่ากัน และขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ วิถีทางในการให้ยา และระยะเวลาในการรักษา โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรซีเอ็มเอฟและเอฟเอซี (ACS, 2009) มักพบอาการข้างเคียงตามชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ดังนี้

1. ไซโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) เป็นยาที่ดัดแปลงมาจากเมคโคลรีธามีน (machlorethamine) เพื่อให้มีฤทธิ์เจาะจงต่อเซลล์มะเร็งมากขึ้น อาการข้างเคียงที่พบ คือ คลื่นไส้อาเจียน มีแผลในปาก เบื่ออาหาร ผมร่วง เหนื่อยล้า ผิวหนังมีสีคล้ำ ท้องผูก กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กดการทำงานของไขกระดูก (Norum, 2000)

2. เมทโธทรีเซท (methotrexate) เป็นยาที่ใช้ขัดขวางหรือกดการสร้างกรดนิวคลีอิก เป็นการรบกวนการสังเคราะห์พิวรีน และ/หรือไพริมิดีน (purine and/or pyrimidine) ทำให้การสร้างดีเอ็นเอ (DNA) ลดลง ส่งผลให้การเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์ลดลง อาการข้างเคียงที่พบ คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีแผลในปาก เหนื่อยล้า กดการทำงานของไขกระดูก และอาจพบตับอักเสบได้ (Norum, 2000)

3. ไฟว์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil [5-FU]) เป็นยาในกลุ่มเดียวกับเมทโธทรีเซท อาการข้างเคียงที่พบ คือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปาก กระเพาะอาหาร และลำไส้อักเสบ เหนื่อยล้า ผิวหนังสีคล้ำขึ้น เป็นฝ้า ตกกระ ผมร่วง กดการทำงานของไขกระดูก และพบว่ามีความผิดปกติของระบบประสาท (Norum, 2000)

4. ดอกโซรูบิซินหรืออะเดรียไมซิน (doxorubicin or adriamycin) ออกฤทธิ์ในการกดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง อาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปัสสาวะมีสีแดง คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง เป็นพิษต่อหัวใจ ผมร่วง ผิวหนังมีสีคล้ำและอักเสบ กดการทำงานของไขกระดูก (ACS, 2009)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรซีเอ็มเอฟและเอฟเอซี จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยจะได้รับยาจำนวน 6 ชุด และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (NCCN, 2009a) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการอาการไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดสูตร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ซีเอ็มเอฟและเอฟเอซีดังที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษาและต้องจัดการกับอาการเหล่านี้ที่บ้าน

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะต้องมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ทำให้ต้องเผชิญปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในทุกระยะจากการเป็นผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะรักษา ระยะฟื้นฟู และระยะใกล้ตาย นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว และสังคมโดยรวม รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Cimprich et al., 2005) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาโดยเน้นเฉพาะในช่วงที่ได้รับการรักษา ซึ่งผลกระทบในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกายเกิดจากการรักษาที่ได้รับ โดยผู้ป่วยจะเกิดอาการข้างเคียงที่เป็นผลจากการรักษาได้แก่ อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาการปวด การแปรปรวนของการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของลำไส้ ถ่ายเหลว การรับรสชาติและกลิ่นเปลี่ยนแปลง มีแผลในปาก ผมร่วง มีน้ำหนักขึ้น (Byar et al., 2006; Richardson et al., 2006) มีน้ำหนักลด (Pandey, Singh, Behere, Singh, & Shukla, 2000) การทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ซีด (ACS, 2009; Byar et al., 2006) กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง เกิดพังผืดในเนื้อปอด (Martin et al., 2005) การเปลี่ยนแปลงของการมีเพศสัมพันธ์ (Wilmoth, Coleman, Smith, & Davis, 2004) เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ทางด้านร่างกาย (Cimprich et al., 2005) นอกจากนี้การรักษาที่ได้รับ เช่น การได้รับเคมีบำบัดยังทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น เป็นพิษต่อหัวใจ โรคผิวหนัง โรคของระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม มีเลือดออกจากเกล็ดเลือดต่ำ ตับวาย ติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย เป็นพิษต่อสมอง ตับอ่อนอักเสบ หายใจลำบาก และไตวาย (Jones et al., 2006) และได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Perry et al., 2007) เป็นต้น กลุ่มอาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และได้รับความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Williams & Schreier, 2004)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ผลกระทบทางด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมส่งผลต่อผู้ป่วยทางด้านจิตใจ โดยในช่วงแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจะรู้สึกเสียใจ วิตกกังวล ช็อก และหวาดกลัว ต่อมาจะเกิดความเครียด วิตกกังวลมากขึ้น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย (Owens, 2007; Perry et al., 2007) ส่งผลให้เกิดความกลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวตาย หมดหวังในชีวิต เกิดภาวะซึมเศร้า มีความทุกข์ทรมานทางใจจากปัญหาต่าง ๆ กลัวการมีบุตรยาก และการมีคุณค่าในตนเองลดลง (Byar et al., 2006; Williams & Schreier, 2004) จากการศึกษาถึงผลกระทบของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบผลกระทบทางด้านจิตใจดังนี้ แพนดี้ และคณะ (Pandey et al., 2000) ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 39 ราย พบมีความวิตกกังวลร้อยละ 48.71 มีสมาธิลดลงร้อยละ 25.64 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ร้อยละ 20.51 ทั้งนี้เกิดจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายจากโรคและการรักษา และการศึกษาของ ดามัช และคณะ (Damush et al., 2005) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 30 ราย พบมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.9 และพบว่าอาการทางด้านร่างกายส่งผลให้เพิ่มความวิตกกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ในขณะเดียวกันการมีอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นจะทำให้อาการทางด้านร่างกายแย่ลง และทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายเสียไปมากขึ้น (Collins & Thomas, 2004)

ผลกระทบด้านสังคม

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม นอกจากจะส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านสังคม ได้แก่ การสูญเสียภาพลักษณ์ จากผมร่วง การถูกตัดเต้านม แขนบวม ส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน เกิดการแยกตัว การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง (Cimprich et al., 2005) ทำให้ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเผชิญต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ บางคนต้องตกงาน มีความลำบากในการทำงานเนื่องจากผลข้างเคียงจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ฐานะ เนื่องจากรายได้ของครอบครัวลดลง (Cimprich et al., 2005; Maunsell et al., 1999) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ที่ทำงาน และทางสังคม แพนดี้ และคณะ (Pandey et al., 2000) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 39 ราย พบผลกระทบทางด้านสังคม ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง หรือตกงานร้อยละ 53.84 มีปัญหาในการดำรงชีวิตในสังคมร้อยละ 33.33 มีสัมพันธภาพในครอบครัวลดลงร้อยละ 38.40

มะเร็งเต้านมเกิดจากการเจริญที่ผิดปกติของเซลล์ท่อน้ำนมและต่อมสร้างน้ำนมเมื่อเกิดโรคแล้วผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ซึ่งผลจากการเจ็บป่วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

และการรักษาที่ได้รับส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและด้านสังคม ในระยะที่ได้รับการรักษาผลกระทบที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน คือ อาการไม่สุขสบาย ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจกับอาการที่เกิดขึ้น

อาการไม่สุขสบาย

อาการไม่สุขสบาย หมายถึง ประสบการณ์อาการที่รับรู้โดยผู้ป่วยที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางลบจากการทำหน้าที่ปกติของร่างกายภายหลังได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ โดยประสบการณ์อาการดังกล่าวมักเป็นประสบการณ์ร่วมมากกว่าหนึ่งอาการเป็นกลุ่มอาการไม่สุขสบาย อาการแต่ละอาการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นพร้อมกัน และอาการหนึ่งจะส่งผลกระทบต่ออาการอื่นให้ทวีความรุนแรงมากขึ้น (Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับแม้จะมีผลดีต่อผู้ป่วย แต่ในขณะที่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากผลข้างเคียงจากโรคและการรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน อาการไม่สุขสบายเหล่านี้จะคงอยู่แม้ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบแล้ว (Donovan, 2006) อาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นหลังได้รับเคมีบำบัดมักมีมากกว่า 1 อาการ (Suwisith et al., 2008) อาการไม่สุขสบายที่พบได้แก่ อาการเหนื่อยล้า (Donovan, 2006; Pritsanapanurungsie, 2000) คลื่นไส้ อาเจียน การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลง ปากแห้ง มีแผลในปาก และความอยากอาหารลดลง (สุภาพร ฟองมูล, 2549; Rodes & McDaniel, 2007) การทำลายเส้นประสาทส่วนปลายทำให้มีอาการชา อาการปวด (Byar et al., 2006; Donovan, 2006) ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น (Spencer et al., 1999) การนอนหลับเปลี่ยนแปลง อาการหมดประจำเดือน ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน หงุดหงิด (Byar et al., 2006; Hickey, Saunders, & Stuckey, 2005) มีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำทำให้หลงลืมบ่อย เป็นต้น (Brezden, Phillips, Abdolell, Bunston, & Tannock, 2000) มีน้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้น (Gregory, 1999; Rock et al., 1999) ผมร่วง ท้องผูกหรือถ่ายเหลว (Donovan, 2006; Jones et al., 2006) และเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Lyman, Lyman, & Agboola, 2005) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยในช่วงแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งผู้ป่วยจะรู้สึกเครียด (Perry et al., 2007) ซึมเศร้า วิตกกังวล (Byar et al., 2006) จากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ด้านร่างกาย (Maguire, 1999; Spencer et al., 1999) กลัวบุตรและบุคคลที่เป็นผู้หญิงในครอบครัวเป็นมะเร็ง (Dunn & Steginga, 2000) กลัวการแพร่กระจายของมะเร็ง กลัว

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (สุภาพร ฟองมูล, 2549) อาการไม่สุขสบายที่กล่าวมาข้างต้นเกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. อาการเหนื่อยล้า เกิดจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้และอาเจียน ทำให้สูญเสียน้ำและอิเล็กโตรไลท์ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อการสร้างพลังงานและการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือมีความเจ็บปวด การได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งอาการดังกล่าวทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (NCCN, 2009b)

2. อาการคลื่นไส้และอาเจียน เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด โดยเมตาบอไลท์ของเคมีบำบัดจะกระตุ้นเซลล์เอ็นเทอร์โรโคมาฟฟิน (enterochomaffin cells) ในระบบทางเดินอาหารทำให้มีการหลั่งสารซีโรโตนิน (serotonin) ซึ่งมีผลไปกระตุ้นตัวรับซีโรโตนิน (serotonin receptor) ที่ศูนย์ควบคุมการเปลี่ยนแปลงทางเคมี (chemoreceptor trigger zone [CTZ]) โดยผ่านทางเส้นประสาทนำเข้าวากัส (vagal afferent pathway) และไปมีผลกระตุ้นที่ศูนย์อาเจียนทำให้เกิดการตอบสนองโดยการอาเจียน (Garrett, Tsuruta, Walker, Jackson, & Sweat, 2003)

3. การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลง ปากแห้ง มีแผลในปาก และความอยากอาหารลดลง เกิดจากการทำลายเซลล์ในปากและลำไส้จากการได้รับยาเคมีบำบัดจึงทำให้มีแผลในปาก ส่งผลให้การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลง ปากแห้ง และความอยากอาหารลดลง (ACS, 2009)

4. อาการชา และปวด เกิดจากการทำลายเส้นประสาทส่วนปลายจากการได้รับยาเคมีบำบัด (ACS, 2009; Byar et al., 2006)

5. ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น เกิดจากยาเคมีบำบัดทำให้ผิวหนังมีความไวต่อแสงแดดเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ผิวหนังและเล็บมีสีคล้ำขึ้น บางครั้งอาจมีอาการผิวหนังแห้ง คัน และอักเสบร่วมด้วย (Spencer et al., 1999)

6. การนอนหลับเปลี่ยนแปลง เกิดจากผลกระทบจากโรคและการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อนวูบวาบ การเจ็บปวด วิตกกังวล เป็นต้น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอาจจะมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนทำให้รบกวนการนอนหลับ ส่งผลให้มีการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอก็จะส่งผลให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า วิตกกังวลมากขึ้น และทำให้การพยากรณ์โรคแย่ลง (NCCN, 2009b)

7. อาการหมดประจำเดือน มักจะเกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดแล้วไปมีผลหยุดการทำงานของรังไข่ทำให้ไม่สามารถสร้างฮอร์โมนได้จึงทำให้ไม่มีประจำเดือน โดยอาการที่พบประกอบด้วยเหงื่อออกตอนกลางคืน ระคายเคืองและคันช่องคลอด ช่องคลอดแห้ง ทำให้เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ปัสสาวะเล็ด (Ganz et al., 2000; Hickey, Davis, & Sturdee, 2005) ปวดข้อ หายใจเหนื่อย หงุดหงิด ปวดศีรษะ ซึมเศร้า (Fisher et al., 1996, as cited in Soivong, 2004) นอน ไม่หลับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ขาดสมาธิ หลงลืม (Hickey, Davis, et al., 2005) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการร้อนวูบวาบถือว่าเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด (Ganz et al., 2000; Stein, Jacobson, Hann, Greenberg, & Lyman, 2000) โดยจะรู้สึกร้อนขึ้นมาทันทีทันใดบริเวณร่างกายส่วนบนร่วมกับมีหน้าแดง จากนั้นอาการจะค่อย ๆ ลดลงอาจมีเหงื่อออก หนาวสั่น ใจสั่น กระสับกระส่าย วิตกกังวลร่วมด้วย (Carpenter et al., 2002; Hickey, Davis, et al., 2005)

8. น้ำหนักลด เกิดจากการรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลง ปากแห้ง มีแผลในปาก ความอยากอาหารลดลง ถ่ายเหลว จากการทำลายเซลล์ในปากและลำไส้จากการได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยส่งผลให้น้ำหนักลด (ACS, 2009)

9. น้ำหนักเกิน เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดโดยจะพบมากในสูตรซีเอ็มเอฟ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบการมีน้ำหนักเกินหลังเข้ารับการรักษา 1 ปี ร้อยละ 62 หลังเข้ารับการรักษา 2 ปี ร้อยละ 68 หลังเข้ารับการรักษา 3 ปี พบร้อยละ 40 และพบมีน้ำหนักเกินได้มากในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน (Mclnnes & Knobf, 2001, as cited in Soivong, 2004) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุร่วมอื่น ๆ คือ การไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายลดลง การทำงานของรังไข่ลดลง มีความอยากอาหารมากขึ้น การรับประทานมากเกินไป และการมีการเผาผลาญอาหารลดลง (Gregory, 1999; Rock et al., 1999) โดยจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 2.5 - 6.2 กิโลกรัม (Gregory, 1999)

10. ผมร่วง เกิดจากการทำลายเซลล์เส้นผมจากการได้รับยาเคมีบำบัดจึงทำให้เกิดการหลุดร่วงของเส้นผม (ACS, 2009)

11. ท้องผูกหรือถ่ายเหลว เกิดจากยาเคมีบำบัดไปรบกวนการทำงานของลำไส้ทำให้การทำงานของลำไส้ผิดปกติจึงทำให้เกิดอาการท้องผูกหรือถ่ายเหลวขึ้น (ACS, 2009)

12. ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิวล์สมบูรณ์ (absolute neutrophil count) น้อยกว่า 1500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เกิดจากยาเคมีบำบัดกดการทำงานของไขกระดูกทำให้การผลิตเม็ดเลือดขาวที่ไขกระดูกลดลง มีการยับยั้งการทำงานของเม็ดเลือดขาวและมีการทำลายของเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น (Lyman, 2006; Schwartzberg, 2006) การมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจะทำให้เกิดอาการไข้ อ่อนเพลีย และติดเชื้อได้

13. ความเครียด เกิดจากการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท และการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติ (เบญจวรรณ กำธรวัชระ, 2544; Pender, 1996) ร่วมกับเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Hilton, 1992) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเครียดเกิดขึ้น

14. ซึมเศร้า เกิดจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม มีความทุกข์ทรมานทางใจจากปัญหาต่าง ๆ (Perry et al., 2007) ส่งผลให้เกิดการกลัวตาย หมดหวังในชีวิต (Overcash, 2004; Woods et al., 1988) พบว่าอาการทางด้านร่างกายส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ใน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ขณะเดียวกันการมีอาการซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นจะทำให้อาการทางด้านร่างกายแย่ลง และทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Collins & Thomas, 2004)

15. ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกคลุมเครือ ไม่สุขสบาย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม หรืออันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากการรับรู้ หรือทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าของตนเอง สำหรับปฏิกิริยาตอบสนองนั้นอาจเป็นลักษณะต่อสู้หรือถอยหนีก็ได้ (Schultz & Videbeck, 1994) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักเกิดความวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ด้านร่างกาย กลัวบุตรและบุคคลที่เป็นผู้หญิงในครอบครัวเป็นมะเร็ง และกลัวการแพร่กระจายของมะเร็ง

16. การกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เกิดจากการรักษามะเร็งเต้านมส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษาที่ได้รับทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นซ้ำ (Byar et al., 2006; Collins & Thomas, 2004)

17. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถตัดสินความหมายของความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้ เนื่องจากการได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้น เกิดความขัดแย้งในใจ หรือความเจ็บป่วยนั้นมีมากเกินไป ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักพบได้เสมอเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากสภาพของโรคและวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิตและความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยไปรบกวนความสามารถของบุคคลในการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกไม่แน่นอนจะเกิดขึ้นใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา 2) ความซับซ้อนของระบบการรักษาและวิธีการดูแล 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ และ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยและการรักษา (Hilton, 1992)

การประเมินอาการไม่สุขสบาย

อาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยแต่ละรายมีความรุนแรงแตกต่างกัน การประเมินอาการไม่สุขสบายจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะบ่งบอกระดับความรุนแรงของอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้สร้างแบบประเมินอาการไม่สุขสบาย ดังนี้

1. แบบวัดอาการไม่สุขสบาย (modified symptom distress scale) ของโฮมส์ (Holmes, 1989) ดัดแปลงมาจากแบบวัดอาการไม่สุขสบายของ แมคคอร์เคิล และ ยังก์ (McCorkle & Young, 1978) เป็นแบบวัดการรับรู้หรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อระดับความไม่สุขสบายจากอาการแสดง 11 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเองโดยกากบาทบนเส้นตรงที่มีข้อความกำกับอยู่ที่ปลายสุด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ของเส้นตรงทั้งสองด้าน แทนค่าคะแนน 0-100 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าตั้งแต่ 0-1,100 คะแนน โดยคะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึง มีอาการไม่สุขสบายมาก เครื่องมือนี้รายงานว่าผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่ได้รายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และผ่านการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 120 ราย หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.97 (Holmes, 1989)

2. แบบสอบถามการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่พัฒนาโดยขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ (2552, อ้างใน รัชนี นามจันทรา และคณะ, 2553) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) ถึงมีความรุนแรงของอาการมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนจากแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีอาการและความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดในระดับสูง แบบสอบถามการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.96

นอกจากการประเมินอาการไม่สุขสบายโดยรวมแล้วยังพบว่ามีการประเมินอาการไม่สุขสบายเฉพาะอาการใดอาการหนึ่ง ตัวอย่างเช่น อาการคลื่นไส้และอาเจียน อาการเหนื่อยล้า และความปวด เป็นต้น โดยมีรายละเอียดของแต่ละเครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินอาการคลื่นไส้และอาเจียนของโรส (The Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form II) (Rhodes, Watson, Johnson, Medsen, & Beck, 1987) โดยแบบวัดนี้เป็นแบบบันทึกที่ให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ 3 ข้อ อาการอาเจียน 3 ข้อ และอาการขย้อน 2 ข้อ ให้ประเมินทุก 8 ชั่วโมง แบ่งการรับรู้เป็น 5 ระดับ คือ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) ถึงรู้สึกว่าอาการรุนแรงมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-32 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงมีอาการรุนแรงมาก เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามสภาพโดยหาความสัมพันธ์ของคะแนนการตอบแบบวัดของผู้ป่วยกับการประเมินของสมาชิกในครอบครัว ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียรแมน (Spearman's correlation coefficient) เท่ากับ 0.87 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้เทคนิคการแบ่งครึ่ง (split half

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

technique) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.90 และตรวจสอบความสอดคล้องภายในโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.89 ถึง 0.97

ในประเทศไทยได้มีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดชนิดซิสพลาติน (cisplatin) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกและมะเร็งปอด โดยแปลเป็นภาษาไทยโดย รัชนี นามจันทรา (2535) และมีการปรับเปลี่ยนเวลาการถามอาการเป็นถามอาการในรอบ 12 ชั่วโมงที่ผ่านมา นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขามะเร็งจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 6 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ แล้วนำไปทดสอบหาความเที่ยงในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดชนิดซิสพลาตินจำนวน 10 รายได้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 นอกจากนี้มีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (ประทุม สร้อยวงค์, 2538) โดยปรับระยะเวลาในการประเมินเป็นทุก 24 ชั่วโมง เพื่อให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน รวมทั้งในการศึกษานี้มีการรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน รวมทั้งเพื่อเป็นการสะดวกและไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องหมกหมุ่นในการประเมินอาการมากเกินไป ในการศึกษานี้มิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเนื่องจากได้ผ่านการหาความตรงแล้วในการศึกษาของ รัชนี นามจันทรา (2535) และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย โดยให้ผู้ป่วยบันทึกติดต่อกันเป็นเวลา 14 วัน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.91-0.99 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 44 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในวันที่ 1 ถึงวันที่ 13 มีค่าอยู่ระหว่าง 0.75-0.94 ส่วนในวันที่ 14 นั้นเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดอาการจึงไม่สามารถหาค่าความเที่ยงได้

2. แบบประเมินความเหนื่อยล้า พบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินดังนี้

2.1 แบบวัดอาการเหนื่อยล้า (The Fatigue Symptom Inventory [FSI]) ที่พัฒนาโดยแฮนน์, เดนนิสตัน, และ เบเกอร์ (Hann, Denniston, & Baker, 2000) ที่ใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง เครื่องมือนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิรินุช บูรณเรืองโรจน์ (Buranaruangrote, 2006) โดยได้เพิ่มข้อคำถามอีก 1 ข้อ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่ประเมินวันที่มีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด 1 ข้อ (ข้อที่ 1) ระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า 4 ข้อ (ข้อที่ 2-5) ผลกระทบจากอาการเหนื่อยล้า 7 ข้อ (ข้อที่ 6-12) และระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า 2 ข้อ (ข้อที่ 13 -14) คำถามข้อที่ 1 ประเมินวันที่มีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด มีช่วงตัวเลขจาก 1 ถึง 7 และแทนแต่ละช่วงตัวเลขด้วย 1 หมายถึงวันจันทร์ 2 หมายถึงวันอังคาร 3 หมายถึงวันพุธ 4 หมายถึงวันพฤหัสบดี 5 หมายถึงวันศุกร์ 6 หมายถึงวันเสาร์ และ 7 หมายถึงวันอาทิตย์ คำถามในข้อ 2-12 เป็น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มาตราประเมินค่า 11 ระดับ คือ ไม่มีอาการเหนื่อยล้าเลย (0 คะแนน) และมีอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด/มีผลกระทบจากอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด (10 คะแนน) คำถามข้อที่ 13 เป็นมาตราประเมินค่า 8 ระดับ คือ ไม่มีวันใดที่มีอาการเหนื่อยล้าเลย (0 คะแนน) และมีอาการเหนื่อยล้าทุกวัน (7 คะแนน) คำถามข้อที่ 14 ระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า การแปลความหมาย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเหนื่อยล้าตลอดทั้งวัน 10 คะแนน หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้าตลอดทั้งวัน รวมคะแนนทั้งหมด 0-120 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงมีอาการเหนื่อยล้ารุนแรงมาก หาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 342 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 147 ราย นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.93

2.2 แบบวัดความอ่อนล้า (The Revised Piper Fatigue Scale [PFS]) สร้างโดย ไปเปอร์ และคณะ (Piper et al., 1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี (Pritsanapanurungsie, 2000) แบบวัดนี้มีข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง 6 ข้อ การให้ความหมาย 5 ข้อ ความรู้สึก 5 ข้อ และความคิด/อารมณ์ 6 ข้อ ในแต่ละข้อมีมาตรวัดเป็นนัมเมอร์ริคสเกล (numeric scale) ตั้งแต่ 0-10 คะแนน การให้คะแนน คะแนนรายด้านสามารถคำนวนได้โดยการรวมคะแนนทั้งหมดในด้านนั้นหารด้วยจำนวนข้อ คะแนนที่ได้จะมีค่าตั้งแต่ 0-10 คะแนน แต่หากผู้ตอบตอบคำถามไม่ครบทุกข้อ ให้หาค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านแล้วแทนค่าที่ได้เป็นคะแนนของข้อที่ขาดไป จากนั้นหารด้วยจำนวนข้อ ได้ค่าคะแนนรายด้านนั้น ๆ ส่วนคะแนนรวม สามารถคำนวนได้โดยรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด 22 ข้อ แล้วหารด้วย 22 ซึ่งคะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลความหมาย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความอ่อนล้าเกิดขึ้น 10 คะแนน หมายถึง เกิดความอ่อนล้ารุนแรงมากที่สุด เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แต่ในรายงานการวิจัยไม่ได้รายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา สำหรับค่าความเชื่อมั่นในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0.96-0.99 รายด้านอยู่ระหว่าง 0.88-0.99

2.3 แบบประเมินความเจ็บปวดอย่างย่อ (The Brief Pain Inventory: Short Form [BPI-SF]) แปลเป็นภาษาไทยโดย มยุลี สำราญญาติ (Somrarnyart, 2006) โดยได้เพิ่มข้อคำถามอีก 4 ข้อที่ใช้ประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่ประเมินตำแหน่งที่เจ็บปวด ระดับความรุนแรง ยา/การรักษาอาการเจ็บปวด ผลของความเจ็บปวดที่รบกวนการดำเนินชีวิต ความเจ็บปวดก่อนได้รับการรักษา ระยะเวลาของความเจ็บปวด รูปแบบของความเจ็บปวด และคุณภาพของความเจ็บปวด และคุณภาพของความเจ็บปวด ข้อคำถามระดับความรุนแรงของความเจ็บปวด มีมาตรวัดเป็นนัมเมอร์ริคสเกล ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน การแปลความหมาย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวดเกิดขึ้น 10 คะแนน หมายถึง เกิดความ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เจ็บปวดรุนแรงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามผลของความเจ็บปวดที่รบกวนการดำเนินชีวิต มีมาตรวัดเป็นนัมเมอร์ริคสเกล ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน การแปลความหมาย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีผลรบกวนเลย 10 คะแนน หมายถึง มีผลรบกวนมากที่สุด นำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ความตรงภายในของระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดเท่ากับ 0.81 และผลของความเจ็บปวดที่รบกวนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 0.86

2.4 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) สร้างโดยมอริน (Morin, 1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง (2547) ที่ใช้ประเมินอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) จากเส้นตรงที่มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ และด้านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนรวมทั้งหมด 0-28 คะแนน การแปลผล ไม่มีการนอนไม่หลับเลยให้ 0-7 คะแนน มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงให้ 22-28 คะแนน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำไปตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยคะแนนรวมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

2.5 แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สร้างโดย อภิรดี ลดาวรรษ์ (2547) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการหรือกลุ่มอาการของโรคมะเร็ง 30 อาการ รวมถึงอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการระบุนอกเหนือจากที่ระบุในแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ความผิดปกติหรือความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยให้ประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรง และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา คำถามเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) และมีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา (4 คะแนน) การวัดความรุนแรงของอาการไม่สุขสบายเป็นมาตราประมาณค่าแบบตัวเลข 11 ระดับ คือ ไม่มีอาการไม่สุขสบายเลย (0 คะแนน) และมีความรุนแรงของอาการไม่สุขสบายมากจนทนไม่ไหว (10 คะแนน) ส่วนการประเมินอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยมีเกณฑ์การพิจารณา คือ อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอันดับ 1 ให้ 5 คะแนน อันดับ 5 ให้ 1 คะแนน อาการที่ไม่ถูกเลือก ให้ 0 คะแนน นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน และ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามไป

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเด็ก เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยและผู้ป่วยมีความเข้าใจในแบบสอบถามตรงกัน แต่ในรายงานการวิจัยไม่ได้รายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และไม่ได้รายงานการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2.7 แบบประเมินอาการหมดประจำเดือน (Menopausal Rating Scale [MRS]) ที่สร้างโดย ชไนเดอร์, ไฮนีแมนน์, โรสเมียร์เรอร์, พอทธอฟฟ์, และบีเฮียร์ (Schneider, Heinemann, Rosemeirer, Potthoff, & Behre, 2000) แปลเป็นภาษาไทยโดยประทุม สร้อยวงค์ และ ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ (2549) แบบประเมินนี้มี 11 ข้อ แบบประเมินเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 อันดับ คือ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) และมีอาการรุนแรงมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-44 คะแนน การแปลความหมาย 0 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกว่ามีอาการเลย และ 44 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมากที่สุด ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) ภายหลังจากการประเมินครั้งแรก 2 สัปดาห์ แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ 0.68

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือประเมินอาการไม่สุขสบาย โดยแยกเป็นอาการใดอาการหนึ่งที่สนใจ หรือมีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมด และเครื่องมือดังกล่าวมีการประเมินทั้งการเกิดอาการและระดับความรุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามการเกิดอาการและความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่พัฒนาโดยขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ (2552, อ้างใน รัชนี นามจันทรา และคณะ, 2553) เนื่องจากเป็นแบบวัดอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาอยู่ และเป็นเครื่องมือที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับที่ง่ายต่อการตอบมากกว่าการให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกของตนเองโดยกากบาทบนเส้นตรงที่มีข้อความกำกับอยู่ที่ปลายสุดของเส้นตรงทั้งสองด้าน (Holmes, 1989)

กล่าวโดยสรุป ในระยะที่ได้รับการรักษาผลกระทบที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน คือ อาการไม่สุขสบาย เป็นอาการที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษาและผู้ป่วยต้องจัดการกับอาการเหล่านี้ที่บ้าน ในขณะเดียวกันผู้ป่วยยังคงต้องดำเนินบทบาทของตนเองทั้งด้านครอบครัวและการทำงานในขณะที่ได้รับการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงต้องการกิจกรรมการดูแลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเหล่านั้นได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

การจัดการตนเอง

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อบุคคลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากโรค และการรักษา เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้า และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วย (Cartin & Lubkin, 1995) ทำให้มีความต้องการจัดการกับโรคและอาการที่เกิดขึ้น ได้มีผู้ให้ความหมายของการจัดการตนเอง ดังนี้

บาร์โทโลมิวว์, พาร์เซล, สเวงค์, และ ไซซิวว์สกี (Bartholomew, Parcel, Swank, & Czyzewski, 1993) ได้ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กระทำเพื่อคงภาวะสุขภาพที่ดีและลดผลกระทบของความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

เครียร์ (Creer, 2000) ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเองไว้ว่า การจัดการตนเองหมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงบางลักษณะของพฤติกรรมของตนเอง โดยจะเกี่ยวข้องกับการเลือกเป้าหมาย (goal selection) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) การทำการตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการประเมินตนเอง (self-reaction) หากการเปลี่ยนแปลงสำเร็จจะส่งผลให้ลดอัตราป่วยและอัตราตายหรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งจากการรับรู้ของบุคคลนั้นเองและบุคคลรอบข้าง มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นว่าจะสามารถปฏิบัติได้ และเป็นหุ้นส่วนกับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่จะควบคุมโรคและความผิดปกติของตนเอง

คราร์ก, เบ็กเกอร์, แจนซ์, และ ลอริก (Clark, Becker, Janz, & Lorig, 1991, as cited in Barlow et al., 2002) ได้ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นการกระทำของบุคคลที่กระทำเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากสภาวะทางด้านร่างกายที่เกิดจากโรค เป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำการจัดการที่บ้านโดยการประสานงานและได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ การจัดการตนเองจะสำเร็จได้ต้องมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาเป็นอย่างดี การปฏิบัติตามเงื่อนไขของกิจกรรมการจัดการและการปฏิบัติทักษะที่จำเป็นเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคม

บาร์โลว์ และคณะ (Barlow et al., 2002) ได้ให้ความหมายของการจัดการตนเองว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา และผลที่ตามมาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิถีชีวิตที่เกิดภายหลังความเจ็บป่วย โดยการจัดการตนเองจะประกอบด้วยความสามารถในการติดตามอาการของผู้ป่วย และมีผลต่อการตอบสนองทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ ที่มี

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ความจำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในชีวิต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการจัดการตนเองต้องมีการควบคุมตนเอง

ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม ตลอดระยะเวลาที่เกิดความเจ็บป่วยและเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องทำตลอดชีวิต โดยการจัดการตนเองจะกระทำร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้านคือ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ และการสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องมีการให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และมีการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดการจัดการตนเอง 6 ด้าน คือ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ 4) การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

จากความหมายและแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การจัดการตนเองเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อโรคและผลกระทบจากการรักษา ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และมีการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดการจัดการตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้สามารถควบคุมโรคและอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษา โดยการจัดการตนเองต้องกระทำร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ การจัดการตนเองนี้จะกล่าวถึงเนื้อหาของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติ หรือการกระทำที่ผู้ป่วยกระทำโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษา ลอริก และโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ได้แบ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การจัดการด้านการรักษา (medical management) เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อโรคและการรักษา เช่น การได้รับยา การรับประทานอาหาร การควบคุมอาการ การออกกำลังกาย เป็นต้น

2. การจัดการด้านบทบาท (role management) เป็นการคงไว้ เปลี่ยนแปลง และสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทในการดำเนินชีวิตขึ้นมาใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3. การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เป็นการจัดการอารมณ์ที่เป็นผลสืบเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดว่า หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกระทำเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและจากโรคที่เป็นอยู่ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การมารับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา และการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 2) การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาททางสังคม และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย และการจัดการกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การจัดการด้านการรักษา (medical management) ได้แก่ การมารับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา และการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การมารับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง การได้รับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นและช่วยลดอัตราป่วยและอัตราตายได้ (Capo & Waltzman, 2004) การได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องมีสภาพร่างกายที่พร้อม มีการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การตรวจนับเม็ดเลือดสมบูรณ์ (CBC) การทำหน้าที่ของไตและอิเลคโตรไลท์ในร่างกาย (BUN, creatinine, electrolyte) กรดยูริค (uric acid) การทำหน้าที่ของตับ (LFT) และแคลเซียม (calcium) โดยเฉพาะระดับเม็ดเลือดขาวนิวโตรฟิวล์ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 1,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (Cull & Nolan, 2007)

1.2 การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาโรคมะเร็งมักจะมีการใช้พลังงานของร่างกายสูงขึ้น มีการเพิ่มการสลายโปรตีนและไขมัน ร่วมกับมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดพลังงานและโปรตีนในร่างกายทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและน้ำหนักลดได้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรรับประทานอาหารให้ครบถ้วนและครบ 5 หมู่เพื่อช่วยซ่อมแซมสิ่งที่สึกหรอในร่างกาย ให้พลังงาน ช่วยควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายให้เป็นไปตามปกติ (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2543; Cobo, & Colomer, 2004) ช่วยในการต่อสู้กับเซลล์มะเร็ง กระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อการรักษา ลดฤทธิ์ข้างเคียงของการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Cobo, & Colomer, 2004; Donaldson, 2004) ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

มะเร็งเต้านมจะมีน้ำหนักเกินได้เนื่องจากการได้รับยาเคมีบำบัดโดยจะพบมากในสูตรซีเอ็มเอฟ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบการมีน้ำหนักเกินหลังเข้ารับการรักษา 1 ปี ร้อยละ 62 หลังเข้ารับการรักษา 2 ปี ร้อยละ 68 หลังเข้ารับการรักษา 3 ปี ร้อยละ 40 และพบมีน้ำหนักเกินได้มากในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน (McInnes & Knobf, 2001, as cited in Soivong, 2004) ดังนั้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงควรมีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย

1.2.1 อาหารที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรรับประทาน ได้แก่

1) อาหารประเภท โปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต เพื่อเพิ่มพลังงานและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายที่เกิดจากโรคและการรักษา โดยควรรับประทานในปริมาณที่เหมาะสมในอัตราส่วนโปรตีนร้อยละ 15 ไขมันร้อยละ 30 และคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 โปรตีนที่ควรรับประทาน ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ ไก่ หมู นม และถั่วเหลือง ไขมันที่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหารที่ปรุงจากไขมันชนิดไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันงา น้ำมันมะกอก คาร์โบไฮเดรตที่ควรรับประทาน ได้แก่ ข้าว แป้ง ธัญพืช ขนมปัง ในแต่ละวันควรได้รับพลังงาน 30 ถึง 50 กิโลแคโลรีต่อกิโลกรัมต่อวัน (Rust, Sympson, & Lister, 2000)

2) วิตามินและเกลือแร่ เช่น วิตามินซี วิตามินอี สารเบต้าเคโรทีน วิตามินเอ ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ซึ่งโดยปกติอนุมูลอิสระสามารถเกิดจากการเผาผลาญพลังงานตามปกติ เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้นอนุมูลอิสระจะมีการสะสมเพิ่มขึ้น การมีอนุมูลอิสระจะเข้าไปทำลายสารพันธุกรรม (DNA) อาจทำให้เกิดมะเร็งขึ้นมาได้ การรับประทานอาหารเหล่านี้จะช่วยต้านอนุมูลอิสระได้ (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2543; Donaldson, 2004) และวิตามินซียังมีส่วนในการป้องกันมะเร็งโดยยับยั้งการสังเคราะห์สารไนโตรซามีนซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งที่มีฤทธิ์สูงในทางเดินอาหาร โดยพบว่าการรับประทานผักและผลไม้สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งได้ร้อยละ 20 ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซี สารเบต้าเคโรทีน วิตามินเอ มักมีมากในผักใบเขียวจัด เช่น คะน้า ตำลึง ผักบุ้ง ผักกาดหอม ใบยอ ใบย่านาง ใบชะพลู ผักกูด ผักชีลาว ใบบัวบก ผักแว่น ใบแมงลัก เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบในผักและผลไม้ที่มีสีเหลือง ส้ม และแดง เช่น แครอท ฟักทอง มะม่วง มะละกอ แคนตาลูป เป็นต้น ส่วนวิตามินอีพบมากในข้าวกล้อง และเมล็ดพืชทุกชนิด (ลลิตา ธีรสิร, 2552)

1.2.2 อาหารที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ โปรตีนจากเนื้อวัว เนื้อควาย และน้ำมันจากสัตว์ เพราะจะทำให้เกิดสารพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและทำให้มะเร็งลุกลามมากขึ้น (ACS, 2009; Donaldson, 2004) นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทรมควัน ปิ้งย่าง และอาหารหมักดอง (Donaldson, 2004) เนื่องจากมีสารก่อมะเร็งเจือปนอยู่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายและเพิ่มการใช้พลังงานที่เกิดจากการหดและคลายของกล้ามเนื้อขณะที่มีการเคลื่อนไหว (Hacker, 2008) การออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นการออกกำลังที่มีภาวะเสี่ยงและเสียค่าใช้จ่ายน้อย (Winningham et al., 1994) นอกจากนี้การปั่นจักรยาน การว่ายน้ำ การเต้นแอโรบิก การออกกำลังกายโดยใช้แรงต้าน การเกร็งกล้ามเนื้อ และอาจใช้หลาย ๆ แบบร่วมกัน ให้ทำอย่างน้อยครั้งละ 20 ถึง 30 นาที แต่ไม่เกิน 90 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยต้องพิจารณาถึงโรคร่วมของผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยและต้องไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยด้วย (American College of Sport Medicine [ACSM], 2006) การออกกำลังกายที่ดีทำให้การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น ทำให้ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (Pender, 1996) ลดอัตราตาย เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ เนื่องจากช่วยลดการสะสมของไขมันในร่างกาย ซึ่งจะเป็นตัวหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนที่สามารถส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านมได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้การทำงานของอินซูลินดีขึ้น ทำให้สามารถย่อยสลายไขมันมาใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น (ACSM, 2006) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ทำการผ่าตัดเต้านมมักจะมีอาการข้อไหล่ติดแข็งทำให้มีการจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจึงต้องออกกำลังกายเพื่อบริหารข้อไหล่ (ประเสริฐ สกุลศรีประเสริฐ, 2552) ดังนี้

ท่าที่ 1 ให้อยู่ในท่านอนหงาย หรืออาจอยู่ในท่านั่งหรือยืนก็ได้ ทำการยืดไหล่ในท่าเหยียดแขน โดยยกแขนขึ้นตรงเหนือศีรษะอาจจะใช้มืออีกข้างหนึ่งช่วยจับประคองที่ข้อศอกของแขนข้างที่ยกเพื่อช่วยดันให้มีการยกแขนได้มากขึ้น ทั้งนี้ขณะที่ยกแขนขึ้นอาจจะมีความรู้สึกตึงแขน หัวไหล่ หรือต้นแขน ของแขนข้างที่ยก แต่ถ้ารู้สึกเจ็บมากให้ลดระดับแขนลง ไม่จำเป็นต้องยืดให้สุดในครั้งแรก ให้ทำเป็นจังหวะสม่ำเสมอไปและกลับประมาณ 30 ครั้ง โดยจำนวนครั้งอาจเพิ่มหรือลดได้ขึ้นอยู่กับอาการปวดเป็นสำคัญ

ท่าที่ 2 ให้อยู่ในท่ายืนหรืออาจอยู่ในท่านั่ง ทำการยืดแขนโดยการยื่นแขนมาด้านหน้าลำตัวพร้อมไขว้ผ่านลำตัว ใช้มืออีกข้างจับประคองที่ข้อศอกของข้างที่ทำการยืด ทำการยืดเป็นจังหวะไปและกลับประมาณ 30 ครั้ง

ท่าที่ 3 ให้อยู่ในท่ายืนหรืออาจอยู่ในท่านั่ง มือทั้งสองข้างจับผ้าขนหนูโดยอ้อมมือไปทางด้านหลัง โดยทั้งสองมือทำการดึงผ้าขนหนูให้เคลื่อนไหวไปในทิศทางเดียวกันขึ้นลง แล้วสลับกัน ขณะทำจะรู้สึกตึงที่ข้อไหล่ ทำการยืดเป็นจังหวะไปและกลับประมาณ 30 ครั้ง

ท่าที่ 4 ท่าไต่กำแพง โดยให้ผู้ป่วยยืนหันหน้าเข้าหากำแพง ห่างจากกำแพงประมาณ 50 เซนติเมตร แล้วใช้นิ้วชี้กับนิ้วกลางไต่กำแพงในระดับหน้าอกขึ้นไปให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ท่าที่ 5 ท่าดึงศอกมาด้านหน้า ให้ผู้ป่วยยืนกางขาประมาณ 30 เซนติเมตร ยกแขนทั้งสองข้างเอามือประสานกันบริเวณท้ายทอย จากนั้นให้บิดตัวดันข้อศอกมาข้างหน้าให้มากที่สุด สลับข้างซ้ายและข้างขวา

ท่าที่ 6 ท่าดึงรอกแขน ให้นำรอกมาแขวนไว้เหนือศีรษะแล้วใช้เชือกร่อนผ่านตัวรอกออกมา ทำห่วงไว้จับปลายเชือกทั้งสองข้าง จากนั้นให้ผู้ป่วยจับปลายเชือกแล้วออกแรงดึงเชือก ขึ้น ลง สลับซ้าย ขวา

1.4 การจัดการอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา อาการที่พบบ่อยและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้และอาเจียน อาการของวัยหมดประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงการนอน และภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งมีวิธีการจัดการกับอาการดังนี้

1.4.1 การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ทำได้โดย

1.4.1.1 การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacology)

1) การนอนหลับ เพราะการนอนหลับเป็นการสะสมพลังงานของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังงานที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ ควรนอนหลับให้เต็มที่ในเวลากลางคืนประมาณ 7-8 ชั่วโมง และนอนพักในระหว่างวันประมาณ 20-30 นาที การนอนหลับที่เพียงพอเป็นการสงวนพลังงาน ลดความเหนื่อยล้าได้ (NCCN, 2009b)

2) การดื่มน้ำและรับประทานอาหารให้เพียงพอ ควรดื่มน้ำวันละ 2 ลิตร เพราะภาวะขาดน้ำจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ และควรรับประทานอาหารให้ได้พลังงาน 30 ถึง 50 กิโลแคโลรี่ต่อกิโลกรัมต่อวัน (Rust et al., 2000) การได้รับอาหารที่เพียงพอเป็นการเพิ่มพลังงานให้แก่ร่างกาย สามารถลดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าลงได้ การรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมดังได้กล่าวแล้วข้างต้น

3) การสงวนพลังงาน (energy conservation) เป็นการวางแผนการจัดการกับกิจกรรมที่ต้องทำ โดยมีเป้าหมายเพื่อคงความสมดุลระหว่างการพักผ่อนและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่มีอาการเหนื่อยล้า โดยมีวิธีการปฏิบัติ (NCCN, 2009b) ดังนี้

3.1) รักษาพลังงานโดยการปรับเปลี่ยนวิธีการทำกิจกรรม เช่น การนั่งอาบน้ำ การใส่เสื้อผ้าที่สวมใส่ได้ง่าย การสวมรองเท้าส้นเตี้ย การจัดตารางการทำงานบ้าน การทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยให้มีผู้อื่นคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมนั้น ๆ

3.2) ปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม เช่น การจัดวางเก้าอี้เป็นระยะ ๆ ในบ้านสำหรับช่วงที่ต้องเดินไกล ๆ หรือใช้ล้อเข็นช่วยในการเคลื่อนย้ายสิ่งของ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

3.3) ขอความช่วยจากผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำงานบ้าน การทำอาหาร การดูแลบุตรหลาน การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นเรื่องที่สามารถทำได้ และหากมีความเหนื่อยล้ามากควรเลื่อนเวลาของการทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออกไป

3.4) วางแผนในการทำงานในช่วงที่มีแรงมากที่สุด และปรับ เปลี่ยนงานที่ต้องออกแรงมาก ๆ ให้เป็นงานที่สามารถนั่งทำได้

3.5) จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกในต่อการทำงาน หรือมีเครื่องมือช่วยในการทำงาน

3.6) การสร้างความเข้าใจกับเพื่อนร่วมงาน และปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานโดยการพูดคุยกับหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่มีอยู่

3.7) วางแผนการทำงานและการพักผ่อนให้สมดุลกัน ไม่ทำงานจนเหนื่อยมากเกินไป

4) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นวิธีการที่ยอมรับกันแพร่หลายในการนำมาจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยพบว่าการออกกำลังกายทำให้การทำงานของระบบหัวใจ ระบบหายใจ การทำหน้าที่ของไต รวมทั้งระบบย่อยอาหาร ทำงานได้ดีขึ้นอันเป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างต่อเนื่อง ทำให้เพิ่มมวลกล้ามเนื้อ และมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้น (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2543) ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้รู้สึกสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า ช่วยขจัดความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า และช่วยให้มีการขับของเสียออกจากร่างกายได้มากขึ้นจึงมีผลทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2543; Damush et al., 2006) ดังการศึกษาของมอกค์ (Mock, 2004) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 14 ราย โดยให้ใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยการเดิน ใช้ระยะเวลานาน 30 นาทีต่อวัน 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการทำงานของหน้าที่ในร่างกายดีขึ้น และมีอาการเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การออกกำลังกายเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าสามารถทำได้ตามที่กล่าวไว้ในหัวข้อการออกกำลังกายดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

5) การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีการทางด้านจิตวิทยาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนให้สนใจอาการเหนื่อยล้าลดลง มีหลายวิธีการคือ การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง การสร้างจินตนาการ การทำสมาธิ การเล่นเกมส์ หรือทำกิจกรรมที่ชอบ (NCCN, 2009b) ซึ่งวิธีการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เบี่ยงเบนความสนใจจะได้ผลในระยะสั้นและขึ้นอยู่กับการเลือกวิธีการของผู้ป่วยตามความชอบของผู้ป่วยเอง และใช้ร่วมกับวิธีการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าอื่นร่วมด้วย

6) การรวบรวมสมาธิ (restoration attention) เป็นการจัดการความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากทางด้านจิตใจที่ส่งผลให้สูญเสียการรับรู้ ขาดสมาธิ ความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังและหมดกำลังใจที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ การรวบรวมสมาธิจึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ทำให้การรับรู้ดีขึ้น มีสมาธิและความสนใจเพิ่มขึ้น รู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ เช่น การนั่งสมาธิ การเดินหรือนั่งในสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ การทำสวนการดูแลต้นไม้ การนั่งเล่นในสวนสาธารณะ การดูนก การเดินเล่นชายหาด การอยู่ในที่สงบ ควรทำกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้งและอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (Felsten, 2009; Hartig & Staats, 2006)

1.4.1.2 การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการใช้ยา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการเหนื่อยล้าอาจได้รับการรักษาด้วยยารักษาภาวะโลหิตจาง ยาระงับอาการซึมเศร้า ยาระงับความวิตกกังวล และยากลุ่มเมททิวฟีนิเดท โดยแพทย์จะพิจารณาให้ยาตามแต่สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าหรือตามความเห็นสมควรของแพทย์ ยาที่นิยมให้ ได้แก่ erythropoietin, Amitriptyline, diazepam, lorazepam, alplazolam และ methylphenidate อาการข้างเคียงที่พบ คือ ปากแห้ง คลื่นไส้อาเจียน ตาพร่า กลัวแสง ง่วงซึม ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นเร็ว และชัก เป็นต้น (Morrow, Shelke, Roscoe, Hickok, & Mustian, 2005; Tralongo, Respini, & Ferrau, 2003) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยารักษาอาการเหนื่อยล้า ต้องมีการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และต้องหมั่นสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นตามมาได้

1.4.2 การจัดการกับอาการคลื่นไส้และอาเจียน ประกอบด้วยการจัดการโดยการไม่ใช้ยาและใช้ยา ดังนี้

1.4.2.1 การจัดการกับอาการคลื่นไส้และอาเจียน โดยการไม่ใช้ยา (Non Pharmacological management) ทำได้โดย

1) การกดจุด เป็นการกดจุดเนยกวน (nieguan) ซึ่งเป็นจุดที่ควบคุมอาการคลื่นไส้และอาเจียน ตำแหน่งจะอยู่ระหว่างเส้นเอ็นกล้ามเนื้อ flexor carpi radialis และ palmaris longus ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้เมื่อหักข้อมือลง เมื่อคลำจะเป็นเส้นเอ็นแข็งอยู่บริเวณประมาณกึ่งกลางของแขน การกดจุดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนพลังงานภายในร่างกาย นำไปสู่การบรรเทาอาการต่าง ๆ อาจทำโดยบุคลากรทางสุขภาพหรือตัวผู้ป่วยเอง ในทาง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

วิทยาศาสตร์พบว่าพลังงานที่กล่าวถึงเป็นการกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอนโดฟินและซีโรโตนิน ซึ่งจะมีผลลดอาการคลื่นไส้และอาเจียน (Collins & Thomas, 2004) การกดจุดจะกดแรงจนถึงจุดที่ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกเสียว หน่วง หรือชาลงนิ้วกลาง จะออกแรงกดกระตุ้นเป็นจังหวะประมาณ 150 ครั้งต่อนาที จนกว่าอาการคลื่นไส้จะหายไปหรืออย่างน้อย 10 นาที (ผกามาศ บุญญาธิสมภาร, 2548)

2) การสร้างจินตภาพ (guided imagery) การสร้างจินตภาพเป็นการสร้างภาพในความคิดไปสู่บรรยากาศหรือสถานที่ที่สร้างความพึงพอใจ โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ในขบวนการสร้างจินตภาพโดยผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความสงบ ผ่อนคลาย ทำให้มีการตอบสนองตามการรับรู้ของอารมณ์ที่มีความสุข (Tipton et al., 2007) สามารถทำได้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลโดยใช้หนังสือ เทปเสียง หรือมีผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ฝึกสอน ให้ผู้ป่วยได้มีการสร้างจินตนาการไปที่สถานที่หรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกประทับใจ ปลอดภัย และผ่อนคลาย จะใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที (Stephens, 1993) จากการศึกษาของ บุษบา สมใจวงษ์ (2544) เรื่องผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อน และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร CMF ในชุดที่ 2-5 ภายหลังการผ่าตัดเต้านมและได้ยากลุ่ม metoclopramide ทางหลอดเลือดดำก่อนได้รับเคมีบำบัดจำนวน 20 ราย โดยให้บันทึกอาการคลื่นไส้ ขย้อน และอาเจียนที่บ้านติดต่อกันเป็นเวลา 14 วันหลังได้รับเคมีบำบัด จากนั้นจะได้รับการฝึกการสร้างจินตภาพโดยใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง และขณะที่ได้รับเคมีบำบัดจะให้ฟังเทปการสร้างจินตภาพทุกครั้ง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความถี่ ระยะเวลา และความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้ ขย้อน และอาเจียนลดลง

3) การคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน (passive progressive muscle relaxation) เป็นการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อของร่างกายเป็นส่วน ๆ มีผลทำให้เกิดความผ่อนคลายของกล้ามเนื้อภายในร่างกาย ส่งผลให้ลดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ มีวิธีการทำ คือ ให้ทำท่านอนหรือท่านั่งเหยียดแขนขาให้สบาย ไม่นั่งไขว้ขา ควรงดทำในช่วง 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร การทำให้เกร็งและคลายกล้ามเนื้อให้สัมพันธ์กับการหายใจเข้าและออก โดยเกร็งกล้ามเนื้อ 5-10 วินาทีในขณะหายใจเข้า จากนั้นคลายกล้ามเนื้อพร้อมกับหายใจออกใช้เวลาประมาณ 15 วินาที การคลายกล้ามเนื้อควรเริ่มทำตั้งแต่กล้ามเนื้อที่ปลายเท้าไล่ขึ้นมาจนถึงศีรษะตามลำดับ การฝึกอาจทำทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ควรใช้เวลา 20-40 นาทีในแต่ละครั้ง (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541) และควรเริ่มทำก่อนที่จะได้รับยาเคมีบำบัด จากการศึกษาของ โมลาสสิโอติส (Molassiotis, 2000) เรื่องการใช้เทคนิคการคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนร่วมกับการสร้างจินตภาพที่ใช้จัดการกับอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยหลังรับเคมีบำบัด โดยได้ทำการทดลองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

และได้รับเคมีบำบัดด้วย doxorubicin และ cyclophosphamide ได้รับการสอนเทคนิคการคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนร่วมกับการสร้างจินตภาพวันละครั้ง ครั้งละ 25 นาที เป็นเวลา 5 วัน พร้อมทั้งนำเทปกลับไปปฏิบัติที่บ้าน พบว่าการใช้เทคนิคคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนร่วมกับการสร้างจินตภาพสามารถลดระยะเวลาและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้และอาเจียนหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้

4) การสะกดจิต (hypnosis) การสะกดจิตเป็นการช่วยเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ ความรู้สึก การรับรู้ ความคิด และพฤติกรรม เพื่อให้เกิดความสงบและผ่อนคลาย ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาระยะยาว และการใช้วิธีสะกดจิตยังช่วยรักษาสภาวะทางจิตใจ ก่อให้เกิดความผาสุก ช่วยลดระยะเวลาและอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ (Richardson et al., 2006) โดยหลังรับประทานอาหาร 40-60 นาที ให้ทำการสะกดจิตเป็นเวลา 20 นาที สามารถลดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ (Houghton et al., 2003) ดังการศึกษาของ เซลท์เซอร์ และคณะ (Zeltzer et al., 1991, as cited in Richardson et al., 2006) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุ 5-17 ปี ที่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่สัมพันธ์กับการได้รับเคมีบำบัดจำนวน 54 ราย ผลพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสะกดจิตจะรวมถึงการสร้างจินตภาพจะมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนเป็นระยะเวลาสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

5) ดนตรีบำบัด (music therapy) ดนตรีเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการ ผลกระทบจากการรักษา และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย มีผลต่อความถี่ของคลื่นสมองส่งผลต่อการลดการหดเกร็งของกระเพาะอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของสาเหตุอาการคลื่นไส้และอาเจียน โดยดนตรีที่ใช้ต้องมีจังหวะที่ช้า สม่ำเสมอ ความดังของเสียงดนตรีอยู่ในช่วง 40-60 เดซิเบล แต่ไม่ควรเกิน 90 เดซิเบล และใช้เวลาในการฟังดนตรี ครั้งละ 20 นาที วันละ 2 ครั้ง แต่อย่างไรก็ตามการบำบัดด้วยดนตรีจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (เบญจมาศ จันทร์นวล, 2551)

6) การใช้สมุนไพร (ขิง) ขิงมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ จิงเจอรอล (gingeral) และโชโกล (shogoal) ซึ่งมีผลต่อการต้านการอาเจียน โดยลดการหดเกร็งของกระเพาะอาหารแต่จะเพิ่มการบีบตัวของกระเพาะและลำไส้ และลดการหลั่งซีโรโตนินซึ่งเป็นสาเหตุของอาการคลื่นไส้และอาเจียน โดยให้ขิงผงรับประทาน 1 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 5 วัน โดยเริ่มให้ตั้งแต่วันแรกของการได้รับเคมีบำบัดจะช่วยลดอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ หรือนำขิงสด 50 กรัมมาทุบให้แตกแล้วนำไปต้มกับน้ำเปล่า 2 แก้ว รินดื่มแต่น้ำวันละ 3 ครั้ง (Manusirivithaya et al., 2004; Tipton et al., 2007)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1.4.2.2 การจัดการกับอาการคลื่นไส้และอาเจียน โดยการให้ยา (Pharmacological management) ในผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนมากในกลุ่มสเตอร์รอยด์ และกลุ่มต้านตัวรับซีโรโตนิน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มสเตอร์รอยด์ (steroid) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการสร้างพรอสต้า-แกรนดิน (prostaglandin) และซีโรโตนิน (serotonin) ในสมองส่วนกลาง ยาที่นิยมใช้คือ dexamethasone และ methylprednisolone อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ระคายเคืองกระเพาะอาหาร วิตกกังวล นอนไม่หลับ (NCCN, 2009c)

2) กลุ่มต้านตัวรับซีโรโตนิน (5-HT3 antagonists) ออกฤทธิ์โดยปิดกั้นตัวรับซีโรโตนินที่บริเวณศูนย์ควบคุมการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในสมองส่วนกลาง (CTZ) และที่ประสาทส่วนปลาย (Vagal และ splanchnic afferent neurons) ยาที่นิยมใช้คือ ddasetron, granisetron, ondansetron และ tropisetron อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ (NCCN, 2009c; Tipton et al., 2007)

ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับยาดังกล่าวข้างต้นต้องมีการติดตามสังเกตอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นจากยาที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและแก้ไขอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

1.4.3 การควบคุมน้ำหนัก การมีน้ำหนักลดหรือเกินมีสาเหตุจากการได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักจึงเป็นสิ่งสำคัญโดยการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และการออกกำลังกายดังได้กล่าวแล้วข้างต้น

1.4.4 การจัดการกับอาการของวัยหมดประจำเดือน อาการที่พบบ่อย คือ อาการร้อนวูบวาบ (Ganz et al., 2000; Stein et al., 2000) การจัดการกับอาการร้อนวูบวาบทำได้ดังนี้

1) การอยู่ในที่ที่มีอากาศเย็น อาจวางน้ำเย็นหรือกระเป๋าน้ำแข็งไว้ในมือจะทำให้รู้สึกเย็นได้ เพราะอากาศร้อนจะทำให้เส้นเลือดขยายตัวทำให้มีอาการร้อนวูบวาบได้ง่าย ในตอนกลางคืนถ้ามีเหงื่อออกมากควรอาบน้ำเย็นก่อนนอนและสวมเสื้อผ้าที่มีเนื้อผ้าบางเบา เช่น ผ้าฝ้าย ผ้าลินิน เป็นต้น สามารถถอดออกได้เป็นชั้น ๆ เวลารู้สึกร้อนหรือหนาวจะได้ถอดหรือสวมใส่เพิ่มได้สะดวก (Cornforth, 2009)

2) เมื่อมีอาการร้อนวูบวาบขึ้นมาทันทีให้หายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ แล้วหายใจออกประมาณ 3 วินาที จากนั้นทำการกลั้นหายใจประมาณ 20 วินาที (paced respiration) (Scouten & Schwarzbauer, 2008) การฝึกการหายใจร่วมกับการฝึกเทคนิคผ่อนคลายเป็นเวลา 20 นาทีต่อวันจะสามารถลดอาการร้อนวูบวาบได้ หรือหายใจลึก ๆ ช้า ๆ ให้ได้ประมาณ 6 ถึง 8 ครั้งต่อ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

นาที วันละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที หรือทำตอนไหนของวันก็ได้ที่มีอาการร้อนวูบวาบ (Hickey, Saunders, et al., 2005)

3) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15 - 30 นาที ด้วยการเดิน วิ่ง หรือปั่นจักรยาน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จะกระตุ้นร่างกายให้หลั่งสารเอนโดฟินช่วยลดอาการร้อนวูบวาบได้ นอกจากนี้การทำโยคะครั้งละ 90 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จะทำให้มีสมาธิดีขึ้น ลดอาการร้อนวูบวาบ และมีเหงื่อออกตอนกลางคืนได้ (เพ็ชรัตน์ เลาพันธ์ยากิต, 2553; Cohen et al., 2006; Hickey, Saunders, et al., 2005)

4) การรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เช่น เต้าหู้ นมถั่วเหลือง ซอสถั่วเหลือง แป้งถั่วเหลือง เป็นต้น เนื่องจากในถั่วเหลืองมีสารไอโซฟลาโวน (isoflavone) ซึ่งเป็นสารประกอบของฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ช่วยลดอาการร้อนวูบวาบได้ (Cornforth, 2009; Hickey, Saunders et al., 2005) ในขณะที่แบลคโคฮอช (black cohosh) ซึ่งเป็นสมุนไพรอีกชนิดหนึ่งที่ใช้ส่วนของรากและเหง้าที่มีสารออกฤทธิ์คล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจน คือ ไฟโตเอสโตรเจน (phytoestrogen) จึงนำมาใช้เป็นฮอร์โมนสังเคราะห์รักษาสตรีวัยหมดประจำเดือนหรือผู้ที่มีอาการร้อนวูบวาบได้ แต่ยังไม่ได้รับการยืนยันถึงผลที่แท้จริงจึงไม่นิยมใช้ (Jacobson et al., 2001) นอกจากนี้สารสกัดจากน้ำมันรำข้าวและจมูกข้าว ได้แก่ แกมม่า-โอรีซานอล (gamma-oryzanol) ออกฤทธิ์โดยการต้านอนุมูลอิสระและช่วยปรับสมดุลของฮอร์โมนเอสโตรเจนจึงช่วยลดอาการร้อนวูบวาบได้ ควรงดอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสเผ็ดและร้อน เพราะจะทำให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้มีอาการร้อนวูบวาบมากขึ้น (Hickey, Saunders, et al., 2005)

1.4.5 การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงการนอน (NCCN, 2009b) มีดังนี้

1) เข้านอนและตื่นนอนเวลาเดียวกันทุกวัน เมื่อเข้านอนแล้วนอนไม่หลับให้ลุกขึ้นจากเตียง และกลับเข้าไปนอนเมื่อรู้สึกง่วง ในเวลากลางคืนควรนอนหลับประมาณ 7-8 ชั่วโมง

2) นอนพักในระหว่างวันประมาณ 20-30 นาที ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ในช่วงบ่ายเพื่อเพิ่มพลังงานให้กับตนเอง แต่ไม่ควรนอนเกินเวลา 15.00 น.

3) หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้นหรือออกกำลังกายในช่วงเย็น

4) ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ หลังอาหารมื้อเย็น เพราะจะทำให้นอนไม่หลับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

5) ควรดื่มน้ำอุ่นหรือนมอุ่น ๆ ก่อนนอน จะช่วยให้นอนหลับได้ดี เพราะนมมีสารแอล-ทริปโตแฟน (L-tryptophan) ซึ่งมีฤทธิ์ในการเพิ่มระดับ serotonin และเป็นตัวนำ serotonin เข้าสู่สมอง ทำให้ง่วงนอนและส่งเสริมการนอนหลับ

6) ปัสสาวะก่อนนอนเพื่อจะได้นอนหลับทั้งคืนโดยไม่ลุกขึ้นมาปัสสาวะ

7) จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการพักผ่อน คือ มืด เงียบ ไม่มีเสียงดังรบกวน อากาศถ่ายเทได้สะดวก

8) ถ้ามีอาการร้อนวูบวาบให้ปฏิบัติตามแนวทางของอาการหมดประจำเดือน

1.4.6 การจัดการกับภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ได้แก่

1.4.6.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนควรได้รับ 1.5 กรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน และควรได้รับพลังงาน 30-50 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน เพื่อควบคุมน้ำหนักให้คงที่ (Rust et al., 2000) นอกจากนี้การรับประทานวิตามิน และเกลือแร่เพื่อทดแทนส่วนที่สูญเสียไปและคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกายและระบบภูมิคุ้มกัน

1.4.6.2 การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (infection control) โดยการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลทั้งขณะอยู่ที่บ้านและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการล้างมือ การรักษาความสะอาดร่างกายและในช่องปาก ป้องกันการแห้งแตกของผิวหนัง หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับสัตว์ การอยู่ในที่ชุมชนแออัด หรือการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นหวัด ไอ จาม ควรอยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย เสื้อคลุม เป็นต้น เพื่อป้องกันการรับเชื้อจากผู้อื่นได้ง่าย (Dolan, Crombez, & Munoz, 2005; Schlesinger, Paul, Gvili, Rubinovitch, & Ribovici, 2009) และเฝ้าระวังการติดเชื้อในร่างกายโดยการสังเกตอาการไข้ ลักษณะเสมหะ ปัสสาวะ ซึ่งเป็นอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์

1.4.6.3 การจัดการอารมณ์ โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะอารมณ์ทางด้านบวก มีความสุข ความสบายใจ ความภาคภูมิใจ เป็นต้น (Consedine & Moskowitz, 2007; Matsunaga et al., 2008) จะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งโดปามีน (dopamine) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการทำหน้าที่และจำนวนของเม็ดเลือดขาวและเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคในร่างกายตามธรรมชาติเพิ่มขึ้น ทำให้การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ได้แก่ การสร้างจินตภาพ การสัมผัส การฟังดนตรี การมีอารมณ์ขัน และการลิ้มรสอาหาร เป็นต้น (Matsunaga et al., 2008)

1.4.6.4 การได้รับการรักษาด้วยยากระตุ้นการเจริญเติบโตของเม็ดเลือดขาว ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 1,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในประเทศไทยยาที่ใช้ในการรักษาภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ได้แก่ ยากลุ่มจี-ซีเอสเอฟ ยาที่นิยมใช้คือ นิวโพเจ็น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

(neupogen) และนิวโตรแม็กซ์ (neutromax) ขนาดที่ให้คือครั้งละ 5 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ทางหลอดเลือดดำ หรือฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง โดยจะแบ่งให้ยา 2 ครั้งต่อวัน ซึ่งพบว่าช่วยให้เกิดการหลั่งเซลล์เริ่มต้นของเม็ดเลือดขาวที่ไขกระดูกเพิ่มขึ้น ดีกว่าการฉีดยาวันละครั้งในขนาดที่เท่ากัน (ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา, 2552) ซึ่งผู้ป่วยต้องไปรับการฉีดยาอย่างสม่ำเสมอ

1.5 การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ การสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและบุคลากรทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในโรค และแนวทางการรักษาที่เป็นอยู่อย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำการตัดสินใจในการรักษา (Bishop, Frain, & Tschopp, 2008; Groupp, Haas, Fairweather, Ganger, & Attwood, 2005) ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ป่วยอย่างมาก และทำให้เกิดความร่วมมือในการวางแผนการรักษา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำได้โดยการรายงานอาการของตัวผู้ป่วยต่อบุคลากรทางสุขภาพ การตั้งคำถาม การไขข้อสงสัย การแสดงความคิดเห็น และการแสดงความรู้สึก (Kim, Kols, Bonnin, Richardson, & Roter, 2001)

2. การจัดการด้านบทบาท (role management) ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือบทบาทในการดำเนินชีวิตขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับโรค โดยผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมบทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาททางสังคม ดังนี้

2.1 พฤติกรรมบทบาทการเป็นผู้ป่วย (sick role) เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีการวินิจฉัยโรคแล้ว จึงมีเป้าหมายเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถทำได้โดยการเข้ารับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้การดำเนินของโรคเป็นมากขึ้น เป็นต้น (Levine & Kozloff, 1978)

2.2 พฤติกรรมบทบาททางสังคม (social role) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเข้าสู่สังคม ช่วยลดภาวะตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค และสามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ดี (Eggenberger, Krumwiede, Meiers, Bliesmer, & Earle, 2004; Pender, 1996) การคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมมีดังนี้

2.2.1 การเข้าร่วมสังคม ควรมีการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น เช่น ไปวัดทำบุญ งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น ซึ่งควรมีการพบปะพูดคุยกับผู้อื่นได้ตามปกติ แต่เมื่อมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำให้งดการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการไปอยู่ในที่ ๆ มีคนมาก ๆ

2.2.2 การทำงาน ผู้ป่วยควรบอกนายจ้างและเพื่อนร่วมงานในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมที่เป็นอยู่ เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบและเมื่อต้องเข้ารับการรักษา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ก่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (Spelten, Sprangers, & Verbeek, 2002; Stewart et al., 2001)

2.2.3 การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีคู่ครองควรมีการพูดคุยปรึกษากันถึงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยได้ทำการผ่าตัดเต้านมส่งผลให้รูปลักษณ์เปลี่ยนแปลง กลัวสามีรังเกียจหรือกลัวบาดแผลที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามีตามปกติ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะทำให้การทำงานของมดลูกและรังไข่ลดลง ทำให้การหลั่งฮอร์โมนลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะช่องคลอดแห้งซึ่งจะทำให้มีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ จึงควรพูดคุยและให้สามีมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการทำการรักษาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจ เห็นใจ และสามารถยอมรับในรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนไปได้ และในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ควรแนะนำให้สามีใช้เจลหล่อลื่นเพื่อช่วยลดความเจ็บปวด และก่อให้เกิดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น (Takahashi & Kai, 2005; Thors, Broeckel, & Jacobsen, 2001)

3. การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) เป็นการคงไว้ซึ่งความสมดุลทางด้านอารมณ์ที่จะส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย โดยการจัดการทางด้านอารมณ์ที่สำคัญ ได้แก่ การจัดการความเครียด การจัดการความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย และการจัดการกับการกลัวการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การจัดการความเครียด ความเครียดทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้น เนื่องจากการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท และการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติ (เบญจวรรณ กำธรวัชระ, 2544; Pender, 1996) ดังนั้นการจัดการความเครียดจึงเป็นการส่งเสริมให้มีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันได้ดีขึ้น (McGregor et al., 2002) การจัดการความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Pender, 1996) ประกอบด้วย

3.1.1 การลดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การคิดมากเรื่องโรคที่เป็นอยู่ ปัญหาในครอบครัว จมอยู่กับความทุกข์ การทะเลาะเบาะแว้งกับผู้อื่น เป็นต้น เมื่อเกิดปัญหาในครอบครัวควรมีการพูดคุยอย่างเปิดเผยกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อลดความขัดแย้งอันจะทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ขึ้น (Shields & Rousseau, 2004)

3.1.2 การเพิ่มการต้านทานต่อความเครียด โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องมีการออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง การทำกิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยตนเองเพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าในตนเอง และแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการจัดการตนเอง เช่น การหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โรคที่เป็นจากหนังสือ วารสาร หรืออินเตอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดได้ (Antoni et al., 2001)

3.1.3 การลดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย โดยการใช้เทคนิคการจัดการกับอาการที่พบบ่อยดังได้กล่าวแล้วข้างต้น เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายอันจะมีผลให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการปรับกระบวนทัศน์ในการมองโลก ทำความเข้าใจกับชีวิต การปรับวิธีคิด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เบญจวรรณ กำธรวัชระ, 2544)

3.2 การจัดการความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย โดยความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกคลุมเครือ ไม่สุขสบาย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากการรับรู้ หรือทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าของตนเอง สำหรับปฏิกิริยาตอบสนองนั้นอาจเป็นลักษณะต่อสู้หรือถอยหนีก็ได้ (Schultz & Videbeck, 1994) ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถตัดสินความหมายของความเจ็บป่วยและทำนายผลลัพธ์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้ เนื่องจากการได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยนั้น เกิดความขัดแย้งในใจ หรือความเจ็บป่วยนั้นมีมากเกินไป ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักพบได้เสมอเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากสภาพของโรคและวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิตและความต้องการพื้นฐานของบุคคล โดยไปรบกวนความสามารถของบุคคลในการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกไม่แน่นอนจะเกิดขึ้นใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา 2) ความซับซ้อนของระบบการรักษาและวิธีการดูแล 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ และ 4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยและการรักษา (Hilton, 1992) จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย เกิดจากการขาดความรู้ในเรื่องโรคและการรักษาที่ได้รับอย่างเพียงพอ มีการเปลี่ยนแปลงของการเจ็บป่วยตลอดเวลา ทำให้ขาดความมั่นใจ และส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย ดังนั้นการจัดการกับความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วยทำได้โดยให้การสนับสนุนผู้ป่วยทางด้านต่อไปนี้ (เบญจวรรณ กำธรวัชระ, 2544)

3.3.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนด้านความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าไม่ได้ต่อสู้กับโรคร้ายเพียงลำพัง

3.3.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง คำแนะนำที่จะช่วยให้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ซึ่งทำให้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตลอดจนแนวทางเลือกที่จะปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

3.3.3 การสนับสนุนด้านสิ่งของ (materials support) เป็นการประสานงานกับหน่วยงานเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัตถุซึ่งหมายรวมถึงสิ่งของ เครื่องใช้ เงิน เวลา แรงงาน และอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

3.3 การจัดการกับการกลัวการกลับเป็นซ้ำ การรักษามะเร็งเต้านมส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษาที่ได้รับทำให้เกิดความกลัวการกลับเป็นซ้ำ (Byar et al., 2006; Collins & Thomas, 2004) ดังนั้นการจัดการกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำโดยการติดตามความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

3.3.1 การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการค้นหามะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมที่ทำได้ง่ายที่สุด โดยระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองคือ สตรีที่ยังมีประจำเดือนอยู่ควรทำการตรวจในช่วง 7-10 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือน เพราะช่วงเวลาดังกล่าวเต้านมจะนิ่ม ไม่คัดตึง ทำให้ตรวจได้ง่าย แต่สตรีที่หมดประจำเดือนแล้วสามารถตรวจวันใดก็ได้ แต่ควรเป็นวันที่จดจำได้ง่าย เช่น ทุกสิ้นเดือน เป็นต้น วิธีการในการตรวจสามารถทำได้ทั้งวิธีการคลำและการดู โดยการยืนหน้ากระจกเพื่อสังเกตความเปลี่ยนแปลงของเต้านมโดยการเปรียบเทียบขนาด ลักษณะ ก้อน รอยบุ๋ม รอยเว้า รอยนูน รอยย่น สิ่งคัดหลั่ง การบวม กดเจ็บของเต้านมและหัวนมทั้ง 2 ข้าง เป็นต้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551; ACS, 2009)

3.3.2 การไปตรวจแมมโมกราฟฟี (mammography) ปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม (ACS, 2009)

การประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบมีเครื่องมือที่สร้างขึ้นเป็นการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดของ บังอร ฤทธิ์อุดม (2536) มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ประกอบด้วย การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 36-108

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

คะแนน โดยที่คะแนนต่ำแสดงถึงทิศทางคะแนนของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี คะแนนสูงแสดงถึงทิศทางของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องก่อนนำไปใช้จริง และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของนันทพร พิชะยะ (2546) ที่สร้างมาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล จำนวน 6 ข้อ 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 3 ข้อ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากหน้าที่ของร่างกายผิดปกติไปจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและอาการข้างเคียงจากการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เป็นข้อความด้านบวก 27 ข้อ ข้อความด้านลบ 5 ข้อ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-46 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำคะแนนที่ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.72

แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Dodd, 1988) เป็นแบบบันทึกปัญหาสุขภาพและอาการไม่สุขสบายใน 5 หัวข้อ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบประเมินปัญหาสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัญหาทางด้านสุขภาพหรืออาการไม่สุขสบาย 2) ระดับความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายนั้น ประกอบด้วย แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่สุขสบาย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีอาการเลย (1 คะแนน) ถึงมีความรุนแรงของอาการมากที่สุด (5 คะแนน) และส่วนที่ 2 แบบประเมินความทุกข์ทรมาน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย (1 คะแนน) ถึงมีความทุกข์ทรมานมากที่สุด (5 คะแนน) 3) พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4) การรับรู้ถึงประสิทธิผลของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยแบ่งระดับการรับรู้เป็น 5 ระดับ คือ การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่ช่วยอะไรเลย (0 คะแนน) ถึงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายได้มากที่สุด (5 คะแนน) และ 5) แหล่งข้อมูลในเรื่องพฤติกรรม การรวม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

คะแนนแบบบันทึกปัญหาสุขภาพและอาการไม่สุขสบายของดอดด์ ทำได้โดยการรวมจำนวนวิธีการปฏิบัติการดูแลตนเองตามปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย นำมาหารด้วยจำนวนปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยา 10 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 4 ท่าน และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และประเมินซ้ำอีกครั้งในอีก 3 วัน แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ 0.88 (Dodd, 1988)

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม แม้จะมีรายละเอียดพฤติกรรมบางส่วนที่ไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้มองพฤติกรรมการจัดการตนเองตามกรอบแนวคิดของ ลอริก และ โฮลเมน (Lorig & Holman, 2003) โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการด้านการรักษา พฤติกรรมการจัดการด้านบทบาท และพฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์ ดังนั้นเครื่องมือประเมินพฤติกรรมที่มีอยู่จึงไม่สามารถประเมินให้ครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ได้แก่ ด้านการจัดการด้านการรักษาจำนวน 18 ข้อ ด้านการจัดการด้านบทบาทจำนวน 6 ข้อ และด้านการจัดการด้านอารมณ์จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ (4 คะแนน) คะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 32-128 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเอง 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2 ท่าน นำไปตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.97 และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และประเมินซ้ำอีกครั้งในอีก 2 สัปดาห์ แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ 0.79 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

และได้รับเคมีบำบัด กระทำเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและจากโรคที่เป็นอยู่ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการด้านการรักษา ด้านการจัดการด้านบทบาท และด้านการจัดการด้านอารมณ์ และในการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้จำเป็นต้องปฏิบัติอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน และสอดคล้องกับแผนการรักษาเพื่อบรรเทาหรือลดอาการไม่สุขสบาย และให้สามารถมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม

การสนับสนุนการจัดการตนเอง

ในการสนับสนุนให้บุคคลมีการจัดการตนเองจะเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลนั้นให้มีความรู้และมีความสามารถในการจัดการควบคุมความเจ็บป่วยของตนเอง และการอยู่กับความเรื้อรังของความเจ็บป่วย มีแนวคิดที่นำมาใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ได้แก่ แนวคิดการจัดการตนเองโดยยึดหลัก 5 เอ และแนวคิดการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของ โลริก และโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. แนวคิดการจัดการตนเองโดยยึดหลัก 5 เอ (self-management model with 5 A's) (Glasgow et al., 2002) เน้นการจัดการพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละคน ประกอบด้วย

1.1 การประเมิน (assess) เป็นการประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.2 การแนะนำ (advise) เป็นการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม

1.3 การตกลงใจ (agree) เป็นการตั้งเป้าหมายที่อยู่บนพื้นฐานความสนใจและความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.4 การช่วยเหลือ (assist) เป็นการช่วยเหลือในการค้นหาอุปสรรค กลวิธี เทคนิคการแก้ไขปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม/สิ่งแวดล้อม

1.5 การจัดการ (arrange) เป็นการวางแผนเพื่อติดตามปัญหาของผู้ป่วย

มีผู้นำแนวคิดการจัดการตนเองโดยยึดหลัก 5 เอ (self-management model with 5 A's) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ดังนี้

แกรสโกว์ และคณะ (Glasgow et al., 2002) ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองโดยยึดหลัก 5 เอมาใช้ในทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองโดยยึดหลัก 5 เอ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยบุคลากรทางด้าน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สุขภาพ ทุกสหสาขาวิชาชีพสามารถช่วยแก้ไขการทำงานของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจล้มเหลวได้

แกรสโกว์, โกลด์สเต็น, โอ๊คคีน, และ พรอนค์ (Glasgow, Glodstein, Ockene, & Pronk, 2004) ได้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองโดยยึดหลัก 5 เอมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองโดยยึดหลัก 5 เอทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น

2. แนวคิดการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง (self-management education) ของลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองว่าเป็นการเพิ่มความรู้และสมรรถนะแห่งตนเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านบทบาท และด้านอารมณ์ โดยผ่านการฝึกทักษะ 6 ด้าน คือ

2.1 การแก้ปัญหา (problem solving) เป็นทักษะหลักของการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความหมายและความสำคัญของปัญหา การเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาจากทางเลือกที่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น ๆ และบุคลากรทางสุขภาพ การปฏิบัติการแก้ไขปัญหาตามแนวทางที่เลือกไว้ และการประเมินผลที่เกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติตามแนวทางการแก้ปัญหานั้นแล้ว โดยจะผ่านการโต้เถียง ต่อรอง กระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพจนได้ข้อสรุปร่วมกันถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

2.2 การทำการตัดสินใจ (decision making) โดยทักษะการทำการตัดสินใจนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของทักษะการแก้ปัญหา เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการตอบสนองต่อโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องเกี่ยวกับโรค อาการ แนวทาง การรักษา และการมีชีวิตอยู่ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะทำการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการรักษาได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลที่เหมาะสมจากบุคลากรทางสุขภาพทางด้านข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว เป็นต้น

2.3 การใช้แหล่งประโยชน์ (resource utilization) เป็นการสอนให้ผู้ป่วยแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมที่มีอยู่ใกล้ตัว หรือในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และสามารถใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้ เช่น การแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากห้องสมุด อินเตอร์เนตต์ (internet) สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน ชมรมหรือสมาคมต่าง ๆ ในชุมชน เป็นต้น

2.4 การเป็นหุ้นส่วนกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ (forming of a patient/health care provider partnership) จะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในทิศทางของโรค และสามารถหาแนวทางร่วมกันในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.5 การลงมือปฏิบัติ (taking action) เป็นการให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่าทำอย่างไรถึงจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ในระยะเวลาสั้น ๆ โดยผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม (action plan) การจัดการกับปัญหา (coping) และการตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงกับโรคในช่วงระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ การที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จผู้ป่วยจะต้องมีความมั่นใจในตนเอง ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะรวมองค์ประกอบของการฝึกปฏิบัติ (coaching) โดยมีเป้าหมายของการให้การศึกษา การเพิ่มพลังอำนาจ (empower) ให้กับผู้ป่วย และการส่งเสริมให้เกิดการการลงมือปฏิบัติโดยการใช้แนวคิดการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของแบนดูร่า (Bandura, 1997) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะจัดการกับปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย ภายใต้สถานการณ์ที่กดดันให้ประสบความสำเร็จได้ (Ryan & Sawin, 2009) ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีสภาวะสุขภาพดีขึ้น และลดการใช้บริการด้านสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจึงมีความสำคัญ (Lorig & Holman, 2003)

ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติหรือมีสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองนั้นเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูร่า (Bandura, 1986) เป็นแนวทาง ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนจาก 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experiences) เป็นการให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจะต้องมีการจัดทำแผนการปฏิบัติกิจกรรม (action plan) ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับโรคที่เป็นภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีการประเมินความก้าวหน้าให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะ ๆ การที่ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้งทำให้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความพยายามที่จะปฏิบัติให้สำเร็จ จึงถือเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่ได้รับจากการที่ตนเองปฏิบัติได้สำเร็จ

2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experiences) ทั้งเป็นต้นแบบของพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการใช้วัสดุอุปกรณ์มาใช้ในการสอน เป็นประสบการณ์ทางอ้อมที่ผู้ป่วยได้เห็นผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนปฏิบัติพฤติกรรมแบบเดียวกันแล้วประสบความสำเร็จ ได้รับผลเป็นที่น่าพอใจ ทำให้คล้อยตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็ย่อมทำได้เช่นกัน ซึ่งตัวแบบนี้มี 2 ประเภท คือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.1) ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง (life-modeling) ได้แก่ ตัวแบบที่สามารถเห็นและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อใด ๆ ซึ่งแบนดูร่า (Bandura, 1997) ได้เสนอลักษณะของตัวแบบไว้ดังนี้

2.1.1) ตัวแบบควรเป็นผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ควรมีทัศนคติ ความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกตเพื่อให้ผู้สังเกตมีความสนใจ มีความมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ต้นแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตนสามารถปฏิบัติได้เช่นกันเพราะมีความคล้ายคลึงกัน

2.1.2) ตัวแบบควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่หากมีชื่อเสียงมากเกินไปจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่น่าเป็นจริงได้สำหรับผู้สังเกต

2.1.3) ตัวแบบควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกันกับผู้สังเกต หรือมีความสามารถสูงกว่าเล็กน้อย

2.1.4) ตัวแบบมีกลยุทธ์การปรับตัวได้ดีเมื่อเจอกับปัญหา

2.2) ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic modeling) ได้แก่ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ วีดีทัศน์ สไลด์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง การเสนอ ตัวแบบวิธีนี้สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบ เน้นพฤติกรรมที่ต้องการ และนำไปใช้กับกลุ่มบุคคลจำนวนมากในสถานที่ต่าง ๆ ได้

3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) เป็นการพูดให้เชื่อมั่นว่าตัวเขามีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้สำเร็จ โดยคำพูดที่ใช้จะเป็นในลักษณะที่ชักจูง แนะนำ อธิบาย ให้กำลังใจ การชักจูงด้วยคำพูดเป็นวิธีที่ง่ายและใช้กันทั่วไปแต่มีข้อจำกัด คือ ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะสั้น และขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความชำนาญของผู้ชักจูง ความรู้สึกไว้วางใจในตัวผู้ชักจูง แรงจูงใจในการปฏิบัติ รวมทั้งสถานการณ์ในขณะนั้น ถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จโดยตรง

4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) สภาวะด้านร่างกาย หมายถึง การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกมาเมื่อมีภาวะถูกคุกคามหรือเผชิญกับความเครียด สภาวะด้านอารมณ์ หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ ดังนั้นการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ คือ มีสภาวะร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดีและมีอารมณ์ทางบวก เช่น มีความพึงพอใจ รู้สึกมีความสุข มีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้นั้นรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้ามีสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ เช่น เจ็บป่วย เหนื่อยล้า ไม่สุขสบาย มีความเครียด วิตกกังวล และกลัว จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองส่งผลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

2.6 การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (self-tailoring) เป็นการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับบริบทของตัวของผู้ป่วยเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

มีผู้นำแนวคิดการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเอง (self-management education) ของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ดังนี้

ลอริก, ริทเทอร์, และ แพล้นท์ (Lorig, Ritter, & Plant, 2005) ได้ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยโรค โรคหัวใจ โรคปอด และโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 116 คน เปรียบเทียบกับโปรแกรมการจัดการตนเองในเฉพาะโรค คือ โรคข้ออักเสบจำนวน 239 คน เป็นการศึกษาเชิงทดลองและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีอาสาสมัครเป็นผู้นำในการทำกิจกรรม กิจกรรมที่ทำประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจในการรักษา การสื่อสาร การแก้ปัญหา การประสานงานกับทีมสุขภาพ การใช้เทคนิครู้คิด การจัดการอาการ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารสุขภาพ การนอนหลับการสงวนพลังงาน การจัดการอารมณ์ การใช้สมุดบันทึก โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรม 6 สัปดาห์ รวมเป็นเวลา 14 ชั่วโมง มีการประเมินผลลัพธ์ใน 6 เดือน ผลพบว่าผลลัพธ์ที่ได้ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง และกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในโรคข้ออักเสบ มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะสุขภาพมีสมรรถนะแห่งตนดีขึ้น และลดวันนอนในโรงพยาบาลได้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังโดยศูนย์การศึกษาวิจัยการให้ความรู้ผู้ป่วย มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Stanford Patient Education Research Center, 2008) ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มาเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2.5 ชั่วโมง มีผู้นำกลุ่มที่ผ่านการฝึกฝนการเป็นผู้นำกลุ่มการจัดการตนเอง 2 คน หนึ่งในผู้นำกลุ่มหรือทั้งสองคนจะไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ แต่จะเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค กิจกรรมประกอบด้วย 1) การจัดการกับปัญหา เช่น เหนื่อยล้า ปวด เป็นต้น 2) การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรง ยืดหยุ่น และความทนในการออกกำลังกาย 3) การใช้ยาที่เหมาะสม 4) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพ 5) ภาวะโภชนาการ และ 6) การประเมินผลการรักษาที่ได้รับ โดยเน้นการฝึกทักษะ 3 ด้าน ได้แก่ การวางแผนปฏิบัติกิจกรรม การแก้ไขปัญหา และการทำการตัดสินใจ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้มากขึ้น มีการจัดการอาการ การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ มีการรายงานอาการของตนเอง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลง และลดการมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพลง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ซิมพริช และคณะ (Cimprich et al., 2005) ได้ทำการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเฉพาะที่เป็นระยะที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการผ่าตัดแต่ยังไม่ได้รับเคมีบำบัด โดยได้พัฒนาโปรแกรม Taking CHARGE มาจากกรอบทฤษฎีการรับรู้ทางสังคม คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูร่า และการให้ความรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โดยมีการกำหนดปัญหา การให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การวางแผน และการลงมือปฏิบัติ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว กิจกรรมมี 4 ครั้ง 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง รวมระยะเวลา 7 สัปดาห์ มีพยาบาลหน่วยเคมีบำบัด และนักสุขศึกษาที่ได้รับการฝึกโปรแกรม Taking CHARGE ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น มีความผาสุกทางด้านจิตใจ สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงได้ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ดามัช และคณะ (Damush et al., 2006) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด โดยโปรแกรมได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูร่า และการให้ความรู้ ประกอบด้วยการกำหนดปัญหา การตั้งเป้าหมาย และการลงมือปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพิ่มความถี่ในการออกกำลังกาย มีการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น มีความทนในการออกกำลังกายแบบแอโรบิกได้มากขึ้น มีความแข็งแรงของร่างกายส่วนล่างมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สำหรับในประเทศไทยพบมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ได้แก่ แนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) ได้แก่ การศึกษาของ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรกุล (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะการจัดการตนเองตามกระบวนการของเครียร์ 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินตนเอง และ 3) การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองดีกว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของชดช้อย วัฒนะ (Wattana, 2006) ได้ศึกษาการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยการสนับสนุนให้มีสมรรถนะแห่งตน และมีการฝึกทักษะ 4 ทักษะ คือ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมความเจ็บป่วย 3) การติดตามอาการ และ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4) การตัดสินใจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลง ภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อย่างไรก็ตามในประเทศไทยการนำการจัดการตนเองที่ได้มีการพัฒนาขึ้นแล้วในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และโรคเบาหวาน มาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอาจยังมีข้อจำกัด เนื่องจากลักษณะความเจ็บป่วยของโรคหัวใจล้มเหลวและโรคเบาหวานไม่ได้มีความคล้ายคลึงกับโรคมะเร็งเต้านม และมีลักษณะการจัดการกับอาการของโรคที่มีความแตกต่างกัน ส่วนการศึกษาในต่างประเทศที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ การศึกษาของ ซิมพริช และคณะ (Cimprich et al., 2005) และการศึกษาของ ดามัช และคณะ (Damush et al., 2006) ทั้ง 2 การศึกษาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเฉพาะที่เป็นระยะที่ 1 และ 2 ที่ได้รับการผ่าตัดเท่านั้น (Cimprich et al., 2005) และเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและเน้นเฉพาะการออกกำลังกาย (Damush et al., 2006) ดังนั้นการนำรูปแบบการศึกษาทั้ง 2 การศึกษามาใช้ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่หลังจากได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยจะเผชิญกับผลข้างเคียงของการรักษาที่แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาในการศึกษานี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งอาจจะเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาที่แตกต่างจากวัยผู้สูงอายุ รวมทั้งในวัยนี้ยังต้องคงการมีบทบาททั้งด้านครอบครัวและสังคมซึ่งอาจต้องเผชิญปัญหาที่แตกต่างกับวัยผู้สูงอายุได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมามีการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยเน้นเรื่องการให้ความรู้ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรม 4-6 ครั้ง ผู้ดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย อาสาสมัคร ผู้ที่ผ่านการฝึกฝนการเป็นผู้นำกลุ่มการจัดการตนเอง 2 คน ผู้นำกลุ่มไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ พยาบาลหน่วยเคมีบำบัด และนักสุขศึกษา ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเกิดผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ มีภาวะสุขภาพดีขึ้น มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ลดการใช้บริการทางสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในการสนับสนุนการจัดการตนเองในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทาง เนื่องจากลอริก และโฮลแมน ได้ให้ความหมาย และคำอธิบายที่ชัดเจนถึงการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังว่าเป็นการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เรียนรู้และการปฏิบัติทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีความสุข แม้จะมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยได้เน้นบทบาทของผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ต้องเป็นหุ้นส่วนกันในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะสนับสนุนการจัดการตนเองโดยการให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการตนเองเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบในการพิจาณาปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษา และการพิจารณาเลือกกิจกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับตนเอง ร่วมกับการฝึกทักษะ 6 ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติและเมื่อสามารถปฏิบัติได้จะส่งผลให้มีการเสริมแรงตนเองให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และช่วยควบคุมหรือบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาได้

ผู้วิจัยได้พัฒนาการสนับสนุนการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตรซีเอ็มเอฟและเอฟเอซีเป็นระยะเวลา 4-6 เดือน ผู้วิจัยจึงออกแบบการจัดการตนเองให้มีการดำเนินกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง และศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดคอร์สที่ 2-4 เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมอยู่ในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัดและมีประสบการณ์ของการเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับอยู่ และสามารถวัดประสิทธิผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ให้ได้ภายหลังจากได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ 3 เดือน และมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการให้ความรู้เพื่อการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) เป็นแนวทางในการศึกษา อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเมื่อได้รับเคมีบำบัดจะทำให้เกิดผลกระทบจากโรคและผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย เช่น อาการคลื่นไส้และอาเจียน อาการเหนื่อยล้า อาการของวัยหมดประจำเดือน และภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายเหล่านี้ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยต้องมีการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 1) การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การมารับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา และการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 2) การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย และบทบาททางสังคม และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การจัดการกับความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วย และการจัดการกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำ โดยการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการจัดการกับอาการไม่สุขสบาย ร่วมกับการฝึกทักษะ 6 ด้าน คือ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ 4) การสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และการสนับสนุนให้เกิดทักษะทั้ง 6 ด้าน อาจนำไปสู่การจัดการกับอาการไม่สุขสบาย ส่งผลให้อาการไม่สุขสบายลดลง รวมทั้งมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved