

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

รัตนา ชัยอินทร์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

.....

รัตนา ชัยอินทร์

ผู้ศึกษา

.....

รองศาสตราจารย์ ดร.ฉวี ชุณหะวัณ,

M.Ed. (Education Psychology & Guidance)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์,

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

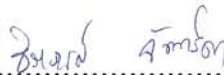
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2553



รัตนา ชัยอินทร์

ผู้ศึกษา



อาจารย์ ชिरาภรณ์ จันทร์ดา,

Ph.D. (Nursing)

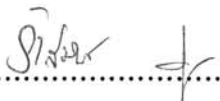
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์ ดร.ณิ ชูณหะวัณ,

M.Ed. (Education Psychology&Guidance)

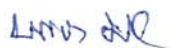
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รังสิมันต์ สุนทรไชยา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

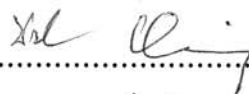


ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์วินิต พัวประดิษฐ์, พ.บ.

รองคณบดี รักษาการแทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.ณิ ชุณหะวัณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการศึกษา พร้อมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งอาจารย์ ดร.ธราภรณ์ จันทร์ดา ที่ให้กำลังใจผู้ศึกษาและสร้างแรงบันดาลใจเมื่อรู้สึกท้อแท้ จนเป็นผลให้สารนิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ให้โอกาสผู้ศึกษาได้เข้ามาศึกษาในสถาบันที่ยิ่งใหญ่ และประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาและเป็นที่กำลังใจเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ที่เสียสละเวลามาเป็นกรรมการสอบสารนิพนธ์ พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วยชาย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่กรุณาสันนุนการศึกษา และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยชาย สถาบันมะเร็งแห่งชาติทุกท่าน ที่ให้โอกาสสลับเวลาขึ้นปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ศึกษามีเวลาไปศึกษาตามความจำเป็นและให้กำลังใจมาตลอด รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ผู้ศึกษาได้ฝึกงาน รวมถึงผู้ป่วยทุกท่าน เพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจเมื่อรู้สึกท้อแท้

ขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดทุกแห่งของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยเฉพาะห้องสมุดโรงพยาบาลรามาธิบดี คุณกิตติศักดิ์ จันญาไชย ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล พร้อมทั้งช่วยเหลือสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอุปกรณ์คอมพิวเตอร์

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อแทน คุณแม่บุญเรือง น้องส่งเสียง ที่ให้ชีวิตที่ดี และให้โอกาสได้เล่าเรียน โดยเฉพาะคุณแม่บุญเรือง ที่เสียสละความสุขส่วนตัวทุกอย่างเพื่อการศึกษาของลูกถึงแม้จะไม่มีโอกาสดูความสำเร็จ ขอขอบพระคุณ คุณดิเรก น้ำกลั่น คุณปัทมา ศักดิ์กุลภา ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง คุณพัศดี ชัยอินทร์ ด.ญ. ศิตามณี ชัยอินทร์ และ คุณสนธยา ทองสมบัติ ที่เป็นแรงผลักดัน และเป็นกำลังใจ พร้อมทั้งญาติๆ ทุกคน

รัตนา ชัยอินทร์

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

A LITERATURE REVIEW RELATED TO THE EFFECTIVENESS OF SELF-HELP GROUPS
IN PATIENTS WITH CANCER

รัตนา ชัยอินทร์ 4837046 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ครุณี ชุนหะวัต, M.Ed. (Education Psychology and Guidance)

ชนิดจรรยา ชาญประสิทธิ์คำ, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีอัตราการเกิดและอัตราการตายจากมะเร็งสูงขึ้นทุกปี โรคมะเร็งและวิธีการรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัวและก่อให้เกิดความเครียด การศึกษาถึงผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมาพบว่าช่วยลดความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการศึกษารังนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงอุปสรรคในการดำเนินการกลุ่ม โดยการสืบค้นจากแหล่งข้อมูล และคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดได้งานวิจัยที่นำมาประเมินคุณภาพ จำนวน 18 เรื่อง

ผลการศึกษาพบว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีประโยชน์ ดังนี้ 1) ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น สามารถจัดการด้านอารมณ์ บทบาทหน้าที่ สถานะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น 2) เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง 3) เพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งค่าความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับโรค 4) ด้านคุณภาพชีวิต เพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัว ลดการแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ เห็นประโยชน์ในการเข้ากลุ่ม รวมถึงความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ส่วนอุปสรรคในการดำเนินการกลุ่ม ขึ้นอยู่กับ จำนวนครั้ง ระยะเวลา ความถี่ของการเข้าร่วมกลุ่ม จำนวนสมาชิกในการเข้าร่วมประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง โรคที่ต่างกันของสมาชิกในกลุ่ม ระยะเวลาในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาในการประเมินผล ผลข้างเคียงของการรักษา และการมีส่วนร่วมของคู่สมรส ครอบครัวรวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ถึงแม้องค์ความรู้ที่ได้ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด แต่สามารถเป็นแนวทางในการวางแผนจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง สามารถนำไปทดลองใช้ในหน่วยงานและนำมาสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติในโอกาสต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มช่วยเหลือตนเอง / ผู้ป่วยมะเร็ง

A LITERATURE REVIEW RELATED TO THE EFFECTIVENESS OF SELF-HELP GROUPS IN PATIENTS WITH CANCER

RATTANA CHAIIN 4837046 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: DARUNEE JUNHAVAT, M.Ed. (EDUCATION PSYCHOLOGY AND GUIDANCE), KANITHA HANPRASITKAM, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

Cancer has become an important health problem in Thailand as the incidence and the mortality rate have increased each year. Cancer and its treatment impact the overall quality of life of patients and their families, and also increase their stress. Previous studies about the effects of self-help groups in cancer patients showed the benefits of self-help groups in reducing stress and promoting quality of life of the patients. Therefore, the purposes of this study were to gather, review, analyze and synthesize research evidence on the benefits and barriers of self-help groups in patients with cancer. Eighteen relevant research studies were selected according to inclusion criteria.

The findings show that the effects of self-help groups in the care of cancer patients had the following benefits: 1) better adaptation, emotional management, role adjustment, reduced depression and anxiety, and improved stress and coping ability; 2) increase in self-care capability; 3) enhanced self-esteem, hope and encouragement to fight the disease; 4) improved quality of life, family relations and reduced societal separation. In addition, patients perceived benefits from participating in self-help groups, such as spiritual well-being.

Barriers to group meetings were influenced by duration, frequency of group participation, the number of members participating in each meeting, varieties of cancer, long-term group participation, interval of outcome evaluation, side-effects of treatment, and participation of spouses and families, including health care personnel.

Although the knowledge obtained did not cover all aspects of treatment, this synthesis may be used as basic knowledge in planning to organize self-help groups in patients with cancer by trial-implementation in a clinical setting, and future summaries for practice guidelines.

KEY WORDS: SELF- HELP GROUP / PATIENTS WITH CANCER

153 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
ขอบเขตของการศึกษา	6
นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
มะเร็ง	7
ผลกระทบจากโรคมะเร็งและการรักษา	8
การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็ง	11
การสนับสนุนทางสังคม	14
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	14
ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	
การสืบค้นแหล่งข้อมูล	29
การคัดเลือกข้อมูลที่น่ามาศึกษา	30
การประเมินคุณภาพหลักฐานทางวิชาการ	31
การวิเคราะห์/สังเคราะห์หลักฐานทางวิชาการ	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	79
บทที่ 5 อภิปรายผล	106
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	113
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	116
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	131
รายการอ้างอิง	146
ประวัติผู้ศึกษา	153

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และฐานข้อมูลงานวิจัยที่ค้นคว้าเกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง	31
2	ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง	32
3	การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและอุปสรรคในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง	33
4	สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและอุปสรรค	81

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ไม่ว่าประเทศที่พัฒนาหรือประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ 2003-2005 พบมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ (American Cancer Society, 2005) สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2542-2548 พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และพบอัตราการตายสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 68.4 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 78.9 และ 81.4 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 และ 2548 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2548) เช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีการเพิ่มขึ้นจาก 57,968 ราย ในปี พ.ศ.2533 เป็น 74,000 ราย ในปี พ.ศ.2539 (สถพร ลีลำนันทกิจ, 2550) โดยมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับต้นๆ ในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งตับ ปอด ปากมดลูก เต้านม ลำไส้ใหญ่ และช่องปาก ในเพศชายพบมากในช่วงอายุระหว่าง 50-70 ปี ส่วนในเพศหญิงพบมากในช่วงอายุ 34-70 ปี และมีแนวโน้มการเป็นมะเร็งในคนอายุน้อยลงเรื่อยๆ (Cancer in Thailand, 2007)

การรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด เพื่อเอาก้อนเนื้อมะเร็งออก การใช้รังสีรักษา เพื่อหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งและบรรเทาอาการปวด และใช้เคมีบำบัดเพื่อทำลายหรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งให้สลายไปในที่สุด นอกจากนี้ยังมีการรักษาวิธีอื่นๆ เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง เช่น การใช้ฮอร์โมน การปรับปรุงระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ดีขึ้น หรือการใช้วิธีผสมผสาน แต่การรักษาส่วนใหญ่มักมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการหลังผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงหลังผ่าตัดทำให้เป็นผู้ไร้กล่องเสียง หรือการให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสีนำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน เกิดความกลัว ความเครียด ซึ่งถือเป็นภาวะทางจิตสังคมที่สำคัญ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้กลัวความตายอย่างเดียว แต่ยังรู้สึกวิตกกังวลถึงขั้นตอนต่างๆ ที่นำไปสู่ความตายนั่น (อานนท์ วิทยานนท์, 2542)

ลักษณะการเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง ความทุกข์ทรมานเกิดจากตัวโรคเองโดยเฉพาะเมื่อมะเร็งลุกลาม พบว่า ร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วยมีความปวด ระดับปานกลางถึงรุนแรง (สถพร ลีลำนันทกิจ, 2550) หรือผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้

เนื่องจากมะเร็งปอด เป็นต้น หรืออาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม (Pneumonia) ติดเชื้ออย่างรุนแรง (Septicemia) เลือดออก (Hemorrhage) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดห้วง หดท้อใจที่จะต่อสู้กับมะเร็งยิ่งขึ้น

จากลักษณะของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง และอาการข้างเคียงของการรักษาก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลดลง (Bersevic, Whitmer, Sweeney & Nail, 2002; Petruson, Silander & Hammerlid, 2005; Scully, Epstein & Sonis, 2004) จากการศึกษาของ นฤมล ศาสตร์สุข (2540) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายต่ำกว่าก่อนได้รับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาจะมีอาการข้างเคียงที่พบมาก คือ เยื่อช่องปากอักเสบ เจ็บคอ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารลำบาก ต้องได้รับอาหารทางสายยางผ่านทางจมูกหรือทางหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดเพิ่มมากขึ้น และรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ กลัวตาย กลัวปวดจากการฉายรังสี รู้สึกท้อแท้กับการรักษา กังวลรับประทานอาหารไม่ได้ หงุดหงิด กลัวทรมาณ (อังศุมา อภิชาโต และกานดาศรี ดุลาธรรมกิจ, 2547) นอกจากนี้การรักษามะเร็งต้องใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนาน อีกทั้งผลของการรักษาไม่แน่นอน ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดตามวิถีของความเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ระหว่างได้รับการรักษา ระยะที่โรคสงบ ระยะโรคกลับเป็นซ้ำ และระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย (ครุณี ชุมหวัด, 2544; Richardson, 1991) ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง มีปัญหาในการปรับตัว ไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ความเครียดที่เกิดขึ้นมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและการฟื้นฟู (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางรายที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น สามารถเอาชนะความลำบากต่างๆ และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว ทำให้ความเจ็บป่วยที่มีอยู่มากขึ้น เห็นทุกข์ของตนเองหนักกว่าคนอื่น สูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง จึงมีความสำคัญในการเผชิญกับความเครียด โดยการเปิดโอกาสและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งเป็นหน้าที่และบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาครบวงจร โดยหาวิธีการอื่นๆ เพื่อลดความเครียด เพิ่มศักยภาพในตัวผู้ป่วย เนื่องจากการเป็นมะเร็ง ทำให้เกิดความเครียด และวิตกกังวลอย่างมาก ดังนั้นการช่วยเหลือด้านจิตใจจึงมีความสำคัญเป็นอันดับแรก (อานนท์ วิทยานนท์, 2542) โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงหรือระบายออกซึ่งอารมณ์ที่เกิดจากความกลัวและความกังวล กล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้ป่วย

ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ผลกระทบจากโรค และการรักษา ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง เกิดภาวะเครียดที่เป็นปัญหาจิตสังคมที่สำคัญ การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย (เพิ่มพูน ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง อาศัยแนวทางการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ ในทุกๆ ด้าน เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลได้พัฒนาและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการดูแลตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่สมาชิกกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เกิดจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดีจากบุคคลที่มีประสบการณ์มาก่อน โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หรือพึ่งพาตนเอง ทั้งในภาวะปกติและทุกระยะของการเจ็บป่วย (ครุณี ชูณหะวัณ, 2546) ต่างจากกลุ่มจิตบำบัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การปรึกษาแก่ผู้รับการปรึกษาเป็นกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหาวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเองจึงเป็นกลุ่มหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมในด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การรักษามะเร็งดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง (Barg & Gullatte, 2001) สอดคล้องกับแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck, 1991) ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ 1). ด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ ความเห็นอกเห็นใจ มีส่วนร่วมในสังคมและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น 2). ด้านการตอบสนอง ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดระบายความรู้สึกโดยไม่รู้สึกว่าเป็นการรบกวนผู้อื่น 3). ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นการได้ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วย การปรับพฤติกรรม และการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น และ 4). ด้านวัตถุหรือแหล่งประโยชน์และบริการที่จะขอความช่วยเหลือ การได้รับแรงสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น การสนับสนุนที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง คือ การสนับสนุนด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรกของโรคจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พัฒนาศักยภาพของตนเอง และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดในยามเจ็บป่วย จึงเกิดกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นการนำประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน มารวมกันด้วยความสมัครใจเพื่อแก้ไขปัญหาหรือเอาชนะความพิการ ความเจ็บป่วย ความเครียด ความวิตกกังวลโดยสมาชิกในกลุ่มมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ (ครุณี ชูณหะวัณ, 2546; Reissman, 1965 cited in Felix-Ortiz, Salazar, Gonzalez, Sorensen & Pock, 2000; Resnick, 1986; Steiger & Lipson, 1985.) โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ และการปรับตัวต่อ

ปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (ครุณี ชุนหวัด, 2544) เป็นการป้องกันและลดซ้ำความเครียดซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุก (Cohen & Wills, 1985) อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะทางอารมณ์ และปัญหาทางกายจากมะเร็ง (Barg & Gullatte, 2001) และยังเป็นเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (social support networks) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษามะเร็งได้อย่างต่อเนื่อง (Guidry, Aday, Zhang, et al., 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองก่อให้เกิดผลดีต่อสมาชิกในกลุ่มหลายด้าน เช่น ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น ในผู้ไร้กลองเสียง (วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (ครุณี ชุนหวัด, ยุวดี ภาษา และบุญชื่น บุญอ้อม, 2540) และในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังได้รับรังสีรักษา (สุรีย์พร กฤษเจริญ และกอบแก้ว สุวรรณ, 2543) กลุ่มช่วยเหลือตนเองยังช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วย (ครุณี ชุนหวัด, ยุวดี ภาษา, แพทย์ภูมิ ภักธนุชาพร และจารุวรรณ รัชมีเหลืออ่อน, 2539; สุทธิณี พักวิสัย, 2545) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองยังช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการปรับตัว และสามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น อีกทั้งช่วยลดความวิตกกังวล (เพิ่มพูน ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; สายปัญญา คงพันธุ์, 2535) ในต่างประเทศ จากการศึกษาของ มอนตาซิริและคณะ (Montazeri, Jarvandi, Haghighat, Vahdani, Sajadian, Ebrahimi, et al., 2001) พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้สมาชิกกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ลดความวิตกกังวล และภาวะเครียด สามารถจัดการกับปัญหาทางด้านสุขภาพได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในทุกระยะ ตั้งแต่การป้องกัน การดูแลสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ช่วยลดปัญหาด้านการแยกตัวออกจากสังคม ช่วยให้ผู้สมาชิกสามารถเผชิญกับปัญหา และเข้าใจธรรมชาติของโรคได้ ช่วยให้ผู้สมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มรับรู้ข้อมูลได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าการเข้าร่วมกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยจากมะเร็ง และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา (Steginga, Pinnock, Gardner, Gardiner & Dunn, 2005) ช่วยลดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (helplessness) และหมดหวัง (hopelessness) ได้ (Richardson, 1991) ลดการแยกตัวออกจากสังคม เกิดการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่มีเรื่องของผลประโยชน์ เป็นการให้โดยไม่คำนึงถึงผู้อื่น (altruism) มีความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน (reciprocity) ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อถือว่าไว้วางใจ สามารถให้และรับความรักจากบุคคลในกลุ่ม รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีความสำคัญพอใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า เกิดความหวัง และกำลังใจในการรักษา มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวยอมรับสภาพการเจ็บป่วย มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้น (Grassman, 1993)

อย่างไรก็ตามการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดควรคำนึงถึงขนาดของกลุ่ม ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการกลุ่ม ความถี่ และจำนวนครั้งของสมาชิกในการเข้ากลุ่ม ลักษณะของผู้นำกลุ่ม สถานที่ในการดำเนินการ รวมทั้งผู้ประสานงานกลุ่มที่เป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาล โดยเฉพาะในการดำเนินกลุ่มช่วงแรกๆ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินการกลุ่มให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น เป็นผู้ประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ทีมสุขภาพ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา และอธิบายตามประเด็นปัญหาที่ยกมาพูดเมื่อสมาชิกหาข้อสรุปไม่ได้ เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพ เป็นผู้นำกลุ่ม จัดทำบันทึกการประชุม และหาสมาชิกใหม่เข้ากลุ่ม (ครุณี ชุมหวัด, ยุวดี ภาษาและบุญชื่น อิ่มมาก, 2540) การเข้าร่วมกลุ่มจึงจะเกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบว่าอุปสรรคของการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ ผู้นำขาดทักษะในการรวมกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มมีปัญหาด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน (ครุณี ชุมหวัด, 2546) ความต่างเกี่ยวกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่เป็นสมาชิก ความต้องการของสมาชิกที่ต่างกัน รูปแบบของกลุ่ม รวมทั้งทักษะในการสื่อสารของสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้การรักษาที่แตกต่างกัน โรคที่ต่างกัน ทำให้สมาชิกบางส่วนที่มีปัญหาที่แตกต่างกันได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่มน้อย เกิดความเบื่อหน่าย (Steginga, Pinnock, Gardner, Gardiner & Dunn, 2005)

จากประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ที่พบว่าทำให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถดูแลตนเอง และครอบคลุมด้านจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีทักษะการปรับตัวที่ดี ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มทุกคน ผู้ศึกษาจึงต้องการทบทวนวรรณกรรม นำหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือได้เกี่ยวกับผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด รวมถึงอุปสรรคหรือข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผน จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อใช้ในหน่วยงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้จากผลงานวิจัยและบทความทางวิชาการที่ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง รวมถึงอุปสรรคหรือข้อควรคำนึงถึงของการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งรวมถึงข้อจำกัดหรืออุปสรรคที่ควรคำนึงถึงเมื่อนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ในผู้ป่วย
2. ได้แนวทางในการวางแผนจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อใช้ในหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการทบทวนเอกสารอ้างอิงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด ผลของการเข้าร่วมกลุ่ม รวมทั้งข้อดีและอุปสรรค โดยศึกษาย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2535– 2550 จากเอกสารอ้างอิงทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

นิยามศัพท์

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self- help group) อาศัยแนวทางการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นการสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ ในทุกๆ ด้าน เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มได้พัฒนาและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการดูแลตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่สมาชิกกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เกิดจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดีจากบุคคลที่มีประสบการณ์มาก่อน โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือพึ่งพาตนเอง สมาชิกเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ โดยมีผู้ป่วยด้วยกันเองเป็นผู้นำกลุ่ม แต่ในระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีทักษะการเป็นผู้นำ เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพสามารถทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มได้

ผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกระบบของร่างกาย ทุกระยะของการดำเนินของโรคทั้งในระยะวินิจฉัย ระยะรักษา หลังการรักษา ระยะโรคสงบ และระยะโรคกลับเป็นซ้ำ และทุกวิธีการรักษา

ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (The effectiveness of self help group) หมายถึง ผลที่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือจากการมีส่วนร่วมในกลุ่ม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรคที่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่ม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด ในด้านต่างๆ รวมทั้งข้อดีและอุปสรรคที่ต้องคำนึงถึงในการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยผู้ศึกษาได้ ค้นคว้าจากตำราเอกสาร บทความทางวิชาการในหัวข้อ มะเร็ง ผลกระทบจากมะเร็งและการรักษา การดูแลด้านจิตสังคมหรือการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมะเร็งเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และกระบวนการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

มะเร็ง (Cancer)

มะเร็งเกิดจากการกลายพันธุ์ของเซลล์ (mutation of cell) หรือเซลล์มีกลไกที่ผิดปกติ ในการควบคุม มีการเจริญเติบโต และการแบ่งตัวรวดเร็ว ทำให้มีปริมาณของเซลล์มากเกินไปจนเกิด เป็นก้อนเนื้องอก มีการรุกราน และทำลายเนื้อเยื่อปกติ สร้างความเสียหายแก่เซลล์ที่อยู่ข้างเคียงและ กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (นรินทร์ วรวิทย์, 2546)

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ควรเป็นการร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล และ บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อการวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ ดูแลครอบคลุมด้านจิตสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวอยู่กับมะเร็ง อย่างมีความหวัง เผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ลดอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจาก การรักษาและสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยรวมทั้ง ครอบครัว เนื่องจากผลกระทบจากมะเร็งมีมาก ไม่ว่าจะเกิดจากตัวโรคมะเร็งเอง หรือจากการรักษา ที่เกิดผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ไม่ได้เกิดเฉพาะตัวผู้ป่วยเองทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจของ ครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ตามมาด้วย

ผลกระทบจากมะเร็งและการรักษา

ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจแบ่งได้เป็น การเกิดจากตัวโรคมะเร็งเอง และจากการรักษา มะเร็งด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลต่อผู้ป่วยมะเร็ง ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย จากตัวโรค โดยทั่วไปแล้วมะเร็งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะมีการลุกลามไปอวัยวะข้างเคียง และในที่สุดผู้ป่วยมะเร็งมักจะเสียชีวิตจากการขาดสารอาหาร ปอดบวม (pneumonia) ติดเชือย่างรุนแรง (septicemia) เลือดออก (hemorrhage) หรือเมื่อมีการกระจายของมะเร็งทั่วร่างกาย (carcinomatosis) ยังก่อให้เกิดผลข้างเคียงของระบบต่างๆ อีกมากมาย เช่น ระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบกระดูก หรือระบบต่างๆ ไป การเปลี่ยนแปลงของเลือด ภาวะการเจ็บปวดโดยเฉพาะเมื่อมะเร็งลุกลาม พบว่า ร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (สถาพร ลีตานันท์กิจ, 2550) ในผู้ป่วยมะเร็งปอด ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการหายใจลำบาก เหนื่อย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ นอนราบไม่ได้ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ หรือในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ทำให้กลืนอาหารลำบากมีผลให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารตามมา เป็นต้น และเมื่อได้รับการรักษา ยังมีผลกระทบจากอาการข้างเคียงของการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง ทำให้เกิดความพิการหลังผ่าตัดเป็นผู้ไร้กล่องเสียง สูญเสียภาพลักษณ์ ต้องมีการฟื้นฟูหลังผ่าตัด การรักษาด้วยรังสีรักษา อาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบ เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอ ได้แก่ ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ปากแคบ ปากแห้ง สูญเสียการรับรส ส่งผลกระทบต่อร่างกายหลายประการ ที่สำคัญ คือ ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร และดื่มน้ำ ถึงร้อยละ 88 มีการสูญเสียการรับรสอาหารอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 54 และน้ำหนักลด ร้อยละ 29 (Rose- Ped, Bellm, Epstein, Trotti, Gwede, Fuchs. et al., 2002) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา พบภาวะแทรกซ้อน จากการอักเสบของทวารหนัก และกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 66.4 และร้อยละ 59 ตามลำดับ (สุรทัศน์ พงษ์นิกร, วัลลภ พรเรืองวงศ์, ศิริรัตน์ เชื้อสำราญ, ชูพา วงษ์มูล, กาญจนา ดาวประเสริฐ, พิเชษฐ์ อุเบอร และคณะ., 2546) นอกจากนี้การรักษาด้วยเคมีบำบัด มีผลข้างเคียง เช่น ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ ต่อระบบไขกระดูก ยาเคมีไปกดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ โลหิตจาง เลือดออกง่าย ต่อระบบผิวหนัง ผิวคล้ำไวต่อแสง มีผื่น สิว ผดและขนร่วง การศึกษาของ นราวดี ประเสริฐวิทยากิจ, (2542) พบอุบัติการณ์ของการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบประมาณร้อยละ 38.8 ของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ชนิด Non-Hodgkin's ที่ได้รับเคมีบำบัดพบ ร้อยละ 40 (ชญากรณ์ สมทอง

2545) และพบมากถึงร้อยละ 75 ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและกล่องเสียง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร (Langius, Bjorvell, & Lind, 1993) และเกิดภาวะเหนื่อยล้า ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง และมีปัญหาการนอนหลับ เป็นต้น

ผลกระทบด้านจิตสังคม การเจ็บป่วยจากมะเร็งส่งผลต่อภาวะจิตสังคม ความวิตกกังวลที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษา และยาเคมีบำบัดโดยตรงแล้ว ผลกระทบจากอาการทางกายที่เกิดขึ้น เช่น อาการเชื่อบุช่องปากอักเสบ ยังเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกวิตกกังวลเป็นทุกข์ (Langius, Bjorrell & Lind, 1993) และอาจเป็นปัญหาที่ลุกลามถึงภาวะทางจิต คือ การหลีกหนีจากบุคคลอันเป็นที่รัก หลีกหนีสังคม เนื่องจากความไม่มั่นใจในสุขภาพของช่องปากตนเอง คิดว่าปากไม่สะอาด มีกลิ่นปาก (Hornor and Law, 2002) เป็นต้น จากการศึกษาของโคดและคณะ (Code et al, 2001 cited in Cheng and Chang, 2003) พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการเชื่อบุช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัดมีอารมณ์แปรปรวนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการเชื่อบุช่องปากอักเสบ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศอินเดีย พบว่า ผู้ป่วยมีความเครียด จากการกลืนลำบาก และการสูญเสียภาพลักษณ์ จิตวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการปรับตัว แต่ที่กลัวยากที่สุด คือ การสูญเสียภาพลักษณ์ (Yogesh, Surendra, Paramanand, Suresh & Pratap, 2006) นอกจากนี้ความเจ็บปวดจากมะเร็งยังทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวกทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (นียา สออารีย์, อารีนุ้ยบ้านด่าน และโชมพัคตร์ มณีวัต, 2545) ผู้ป่วยที่เกิดความล้มเหลวในการปรับตัว ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ทำให้สูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง และการดำรงบทบาทในสังคมก่อให้เกิดผลกระทบจิตใจ ที่สำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้า (สถาพร ลีตานันทกิจ, 2537) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง ไม่สื่อสารกับผู้อื่น แยกตัว และมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายตามมา (อานนท์ วิทยานนท์, 2542) จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร้อยละ 10.3 และในสัปดาห์สุดท้ายของการรับรังสีรักษาพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.3 (Rose & Yate, 2001) ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีความรู้สึกอื่นร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล กลัว และสับสน เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปมะเร็งส่งผลกระทบด้านจิตใจซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมาก จนมีคำกล่าวที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” เมื่อร่างกายต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง ถ้าจิตใจไม่เข้มแข็งพอ ไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดความเครียดตามมาส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยมะเร็งบางราย มีการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย รู้สึกตนเองเป็นภาระให้กับสมาชิกในครอบครัว และกลัวถูกทอดทิ้ง (จำลอง ดิษขณวิช, 2547)

ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะเครียดของ เซลเย่ ที่กล่าวว่า ความเครียดเป็น การตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (Selye, 1976 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่ง ตัวกระตุ้นนี้อาจมาจากทางกายภาพหรือสารเคมีในตัวผู้ป่วยเอง การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และสิ่งแวดล้อม มีผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้ป่วยที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ดีต้องมีความสามารถในการ ปรับตัว ถ้าต้องเผชิญความเครียดอยู่ตลอดเวลา จะทำให้เกิดความอ่อนล้าหมดกำลัง ความสามารถในการปรับตัว ที่เซลเย่ เรียกว่า “พลังงานในการปรับตัว” จึงเป็นตัวกำหนดความยืดหยุ่นของอายุ (Selye, 1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวสูง จะมีความเครียดต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวต่ำ ไม่สามารถดึงเอาพลังงานในการปรับตัวมาใช้ให้เกิด ประโยชน์ ผู้ป่วยเหล่านี้จะรู้สึกอ่อนเพลีย มีอาการซึมเศร้าสูง หหมดหวัง การพินาศจากโรคซ้ำ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมจากสังคมภายนอกเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดมากขึ้นได้เช่นกัน เช่น การได้รับการรังเกียจจากผู้ร่วมงาน หรือเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้ป่วยถูกแยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541) ซึ่งการได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัวหรือญาติ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค (เบญจวรรณ กำรวัชร, 2544)

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมะเร็งมีบทบาททางสังคมและครอบครัวที่ต้อง รับผิดชอบ แต่การเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิ สภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากการผ่าตัด รังสีรักษา หรือเคมี บำบัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รวมทั้งการปฏิบัติงานอาชีพ หน้าที่การงานหรือการถูกแยกจากสังคม ทำให้มีผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจ และจาก ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการใช้จ่ายแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ รวมถึงค่ารักษาพยาบาลเมื่อจำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (Cheng and Chang, 2003) นอกจากนี้การรักษามะเร็งจำเป็นต้องใช้ยาเคมีบำบัด รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือทาง การแพทย์ เช่น เครื่องฉายรังสี เป็นต้น ที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศในราคาที่แพง ทำให้ประเทศชาติ สูญเสียทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น

ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ ได้แก่ การค้นหาความหมายและเป้าหมายให้กับชีวิต การมีความศรัทธาในศาสนาหรือการเชื่อในสิ่ง สักดิ์สิทธิ์ หรือพลังลึกลับ (Fryback, 1991) ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ถ้าได้รับการ ตอบสนองส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค สามารถเผชิญความเครียดและปัญหาได้ดีขึ้น

การตอบสนองด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน การได้ฟังเสียงสวดมนต์ การได้ทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เป็นต้น ความต้องการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน (สิวลี ศิริไธ, 2547) ผลกระทบที่สำคัญเมื่อผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งไม่ได้รับการตอบสนอง จากสังคมสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยหมดหวังในการมีชีวิตอยู่ รู้สึกผิด ความมีคุณค่าในตนเองลดลง มีชีวิตอยู่อย่างเดียวดาย เป็นต้น

จากผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว การเจ็บป่วยจากมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อน มีผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า ข้นรุนแรงถึงกับแยกตัวออกจากสังคมหรือพยายามฆ่าตัวตาย การที่จะให้ผู้ป่วยมะเร็งอยู่กับโรคได้อย่างเป็นสุข สามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้นั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็ง

ความเครียดเกิดขึ้นได้ทุกขณะของการเจ็บป่วย ไม่ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะเกิดขึ้นจากโรคร้ายแรงหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยต้องเผชิญความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข ตามทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะเครียดของ เซลเย่ ที่กล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (Selye, 1976 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวสูง จะมีความเครียดต่ำ หรือช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ในระหว่างการเจ็บป่วย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่า ไม่เป็นภาระของผู้อื่น ตามแนวทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) ที่เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ และมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ในระหว่างการเจ็บป่วย บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ หรือตามทฤษฎีของลาซาลัส และโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวถึง การเผชิญความเครียดว่า บุคคลพยายามจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ ในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นโรคร้ายแรงจึงจำเป็นต้องหาวิธีการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัว และดูแลตนเองได้ จากงานวิจัยที่ได้ทบทวนเกี่ยวกับการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการปรับตัวกับความเครียด พบว่าส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิดของลาซาลัส

ความเครียด เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินเหตุการณ์นั้น ความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอาศัยกระบวนการประเมินตัดสิน

(cognitive appraisal) ดังนั้นการประเมินเหตุการณ์ว่าเครียดหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่างความต้องการ (demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resource) (Lazarus & Folkman, 1984)

การเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการเผชิญความเครียด มี 2 ลักษณะ คือ 1. มุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการแหล่งของความเครียด 2. มุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) เช่น การปฏิเสธเมื่อเป็นโรคร้ายแรง เพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์ จนทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ เป็นต้น การเผชิญความเครียด (coping) มี 5 วิธี คือ การแสวงหาข้อมูล การกระทำโดยตรง การหยุดการกระทำ การแสวงหาความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคม และการใช้กลไกทางจิต ในการจัดการกับความเครียดนั้น ผู้ป่วยมักใช้ทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหาและจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งจึง หมายถึง แนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละคนที่อาจจะต่างกัน เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคมที่ดี

ผู้ป่วยมะเร็งต้องเผชิญความเครียด จากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง อาการของโรค วิธีการรักษา ความไม่แน่นอนของการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดได้สูง คือ ความเจ็บป่วย ยิ่งความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก ยิ่งมีความเครียดสูง (Volicer & Burns, 1977 อ้างใน สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) สำหรับบุคคลที่พบว่าตนเองเป็นมะเร็งจะเกิดความรู้สึกเครียดและมองว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต (Gree, 1982) จากการศึกษา ของครอสส์ (Krause, 1991) ในผู้ป่วยจำนวน 43 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยรู้สึก ซ้ำถึง ร้อยละ 68 และส่วนใหญ่จะใช้กลไกทางจิตด้วยการปฏิเสธ เช่นเดียวกับการศึกษาของเอลิและคาลิล (Ali & Khalil, 1991) เกี่ยวกับ ความเครียด กลวิธีในการเผชิญความเครียด และประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งด้านผู้ที่ผ่าตัดด้านม จำนวน 64 คน พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดเกี่ยวกับความหวังในการรักษามากที่สุด รองลงมา คือประสิทธิภาพของการรักษา ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ การลุกลามของโรค และความปวด ตามลำดับ วิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็ง มักใช้เป็นการเผชิญความเครียด 2 ลักษณะร่วมกัน ทั้งมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าการเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน เพราะจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ อาจใช้การเผชิญความเครียดมากกว่า 1 วิธีในเวลาเดียวกัน หรือเมื่อเผชิญกับความเครียดที่เหมือนกัน แต่ในเวลาหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันก็อาจใช้การเผชิญความเครียดที่

ต่างกัน จากการศึกษาของ กูและมา (Kuo & Ma, 2002) เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดกับอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (Non Small Cell Lung Cancer) จำนวน 73 คน พบว่าจะใช้ทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ ถ้ามีอาการไม่สบายมากก็จะใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์มากขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับตนจะมีความสุขในการดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ปราณี เสนีย์, 2539)

วิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ การจัดระบบส่งต่อที่ดี จัดบริการสุขภาพตามบ้าน หรือให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆมากขึ้น มีกลุ่มจิตบำบัดโดยเจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง กลุ่มสนับสนุนทางสังคมโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การใช้โทรศัพท์เยี่ยมอาการให้คำแนะนำ การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการช่วยเหลือระหว่างเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกันมารวมกันแก้ไขปัญห โดยใช้ประสบการณ์ที่ดีที่ผ่านมา เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้ถึงแม้มีอาการไม่สบายทางร่างกายยังคงมีอยู่ และสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเล็งเห็นศักยภาพของตนเองและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดในยามเจ็บป่วย แต่ขณะเดียวกันเมื่อศักยภาพของผู้ป่วยไม่เพียงพอ หรือไม่สามารถดึงออกมาใช้ได้เต็มที่ พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือโดยทดแทนให้ชั่วคราว เพื่อให้ผู้ป่วยช่วยตนเองได้ในที่สุด (Masson, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เมื่อทุกฝ่ายตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยครอบคลุมลักษณะองค์รวมมากยิ่งขึ้น โดยการนำผู้ป่วย ครอบครัว ญาติผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้แนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1991) ที่เชื่อว่าบุคคลทุกคนมีความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือเมื่อบุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง หรือมีความพร่องในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จึงเกิดวิธีการต่างๆ มากมายที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเองหรือเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นบทบาทที่บุคคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลในครอบครัวที่ไม่มีประสบการณ์ตรงจากการเจ็บป่วยจึงไม่อาจเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ในบางโอกาส (Gartner & Reissman, 1977 cited in Steiger & Lipson, 1985) ดังนั้นการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกัน ซึ่งมีการรักษาที่คล้ายกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ต่างกันมาก ผู้ป่วยที่เคยได้รับประสบการณ์นั้นๆมา สามารถนำประสบการณ์ที่ดี มาช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่นๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

มีประสิทธิภาพและเข้าถึงความต้องการที่แท้จริง สามารถแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ มีการดูแลครอบคลุมมากยิ่งขึ้น บทบาทพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลดการแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกมีคุณค่า และสามารถดูแลตนเองได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่ง

การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ ในทุกๆ ด้าน เพื่อกระตุ้นส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลได้พัฒนาและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ถือเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เป็นเกราะกำบังที่สำคัญในภาวะวิกฤติ ความเจ็บป่วยและความตาย โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ สามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤติได้ สามารถลดการใช้ยาของผู้ป่วย ลดระยะเวลาของการเจ็บป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (ครุณี ชุนหะวัต, 2544; Steiger & Lipson, 1985) การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ นอร์เบค มี 4 ประการ (Norbeck, 1991) 1). การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ มีส่วนร่วมในสังคมและเป็นที่ยอมรับของสังคม 2). การสนับสนุนด้านการตอบสนอง ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดระบายความรู้สึก โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการรบกวนผู้อื่น 3). การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ตลอดจนด้านสุขภาพอนามัย 4). การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ ค่าใช้จ่ายและแหล่งประโยชน์ต่างๆ

การสนับสนุนที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง คือ การสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรกของโรจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต พัฒนาศักยภาพของตนเองและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดในการรับมือกับมะเร็ง จึงเกิดกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group)

แนวคิดและความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่มีประสบการณ์มาก่อน โดยให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรง เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือพึ่งพาตนเอง และร่วมดูแลกันเองในภาวะปกติและทุกระยะของการเจ็บป่วย (ครุณี ชุนหะวัต, 2546) เพราะไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้มีประสบการณ์ตรง (Marram, 1978)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กลุ่มของสมาชิกที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน มีประสบการณ์คล้ายๆกันมารวมตัวกันด้วยความสมัครใจ เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ด้วยวิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด (Steiger & Lipson, 1985) โดยสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา ช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้วจะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกคนอื่นๆ (ครุณี ชุณหะวัณ, 2546; Resnick, 1986) สมาชิกกลุ่มได้แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้ความช่วยเหลือต่อกัน (Barath, 1991; Katz, 1981 cited in Hilding, Fridlund & Segesten, 2000) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง นั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อให้บุคคลได้ต่อสู้กับภาวะวิกฤติต่างๆของชีวิต มีความสัมพันธ์กันในเชิงพึ่งพา ซึ่งเป็นตัวซึมซับปกป้องต่อความเครียดได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้คนเราแปลสถานการณ์ในแนวทางที่แตกต่างและมีความกดดันน้อยลง (Riessman, 1998) สอดคล้องกับ ครุณี ชุณหะวัณ (2546) ที่กล่าวว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่ให้ประโยชน์โดยตรงต่อการดูแลตนเอง โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน มารวมกันเพื่อแก้ไขปัญหา ที่เกิดขึ้นคล้ายๆกัน หรือเพื่อเอาชนะความพิการ ความเจ็บป่วย ความเครียด ความวิตกกังวล กลุ่มชนิดนี้จะไม่มีขั้นตอนที่แน่นอน แต่เป็นการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม

ลอง, ฟิปปี้, และคัสเมเยอร์ (Long, Phipps & Cassmeyer, 1995) กล่าวถึงกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่าเป็นกลุ่มที่รวมตัวกันเพื่อดูแลตนเอง และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับ สปรัดเลย์และอัลเลนเดอร์ (Spradley & Allender, 1996) ที่กล่าวว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือ กลุ่มที่จัดตั้งโดยกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาอยู่เพียงในชีวิต เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บรรลุความต้องการเดียวกัน เป้าหมายของกลุ่มมุ่งที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างที่ต้องการ ซึ่งพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ สามารถช่วยให้เกิดการรวมตัว อำนวยความสะดวก เพื่อให้เกิดการรวมตัวแบบอาสาสมัคร ไม่ถูกรอบงำโดยวิชาชีพ และทำงานด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ตัวต่อตัว เน้นเป้าหมายร่วมกัน เป็นกลุ่มที่สมาชิกจัดระบบที่จะช่วยเหลือตนเอง สมาชิกมีประสบการณ์แบบเดียวกัน ทำงานเพื่อเข้าสู่เป้าหมายเดียวกัน และใช้ความเข้มแข็งของสมาชิกเพื่อควบคุมชีวิตของสมาชิกทั้งหมด (Stuart & Laraia, 1998)

จากความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองข้างต้น สรุปได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะปัญหา และประสบการณ์ต่างๆคล้ายคลึงกัน มารวมกลุ่มกันด้วยความสมัครใจ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยให้เกิดการรวมตัวกันและมีหน้าที่ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการกลุ่ม

อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้นำคำต่างๆมาใช้เรียก กลุ่มในลักษณะนี้ไว้อย่างหลากหลาย เช่น กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual-help group) กลุ่มเพื่อนคำจุน (peer support groups) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (peer self-help) กลุ่มทำงานเพื่อสังคม (social work group) กลุ่มให้ความช่วยเหลือร่วมมือกัน (mutual aid groups) และกลุ่มเครือข่ายให้การสนับสนุนทางสังคม (support network) เป็นต้น (ดรุณี ชุนหะวัต, 2546; Alley & Foster, 1990; Paskett & Madara, 1985; Resnick, 1986; Stieger & Lipson, 1985) แต่กลุ่มเหล่านี้ก็ยังคงมีความหมายและการดำเนินงานไปในทิศทางเช่นเดียวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่กล่าวมาข้างต้น

ความเป็นมาของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เริ่มเกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1700 ในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อกลุ่มชนเล็กๆ ดันรน เพื่อให้การสนับสนุน ช่วยเหลือคนที่มีความปัญหาในการปรับตัวต่อโลกใหม่ของเขา ต่อมาในปี ค.ศ. 1800 มีการอพยพย้ายถิ่นฐานครั้งใหญ่ในอเมริกา ประชาชนจำนวนมากต้องประสบกับปัญหาการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม และปัญหาในด้านการใช้ภาษา เพราะมาจากถิ่นฐานที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการรวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ ภาษาใหม่ จนถึงระยะสงครามโลกครั้งที่ 2 เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วยขึ้น โดยผู้ปกครองของเด็กที่มีความพิการด้านร่างกายและจิตใจ ได้จัดตั้งองค์กรเล็กๆ ขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะของกลุ่ม (ดรุณี ชุนหะวัต, 2546) มีการพัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพ ปี ค.ศ.1935 กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (alcoholics anonymous) เป็นกลุ่มแรก ก่อตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่สิ้นหวังให้เลิกดื่มสุรา และสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง กลุ่มนี้ทั่วโลกมีมากกว่า 96,000 กลุ่ม จำนวนสมาชิกของกลุ่มมีมากกว่า 2 ล้านคน (Oka & Borkman, 2000) ตั้งแต่ปี ค.ศ.1937-ค.ศ.1982 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้เริ่มเข้าไปมีบทบาทในกลุ่มคนต่างๆ จำนวนมาก เช่น กลุ่มผู้พักฟื้น (recovery inc.) กลุ่มผู้ที่เคยเป็นโรคจิตและมีปัญหาทางอารมณ์ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มผู้ติดการพนัน (gamblers anonymous) กลุ่มติดยาเสพติด (narcotic anonymous) กลุ่มผู้บริโภคอาหารมากเกินไป ความต้องการ (overeaters anonymous) กลุ่มรักร่วมเพศ (gay alliance activists) กลุ่มบิดามารดาที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร (parents anonymous) กลุ่มที่มีตราบาปในชีวิต (stigma) กลุ่มถอนพิษสุรา (remove intoxicated) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้ป่วยโรคฮิโมฟีเลีย กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้รอดชีวิตจากการทำลายล้าง (holocaust survivor) ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เริ่มตระหนักเห็นความสำคัญของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ดรุณี ชุนหะวัต, 2546; Marram, 1978) ในปี ค.ศ.1970 กลุ่มช่วยเหลือตนเองเริ่มเข้ามามีบทบาทในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic illnesses) และกลุ่มผู้ไร้ความสามารถ (disability) (Marram, 1978) มากขึ้น ในอเมริกาเหนือ (North America) ค.ศ. 1977 เริ่มมีการทำวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มต่างๆที่เกิดขึ้นและได้นำผลการวิจัยออกตีพิมพ์

เผยแพร่ ซึ่งจากการทำวิจัยนี้มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และผู้คนในอเมริกาเหนือนำวิธีการกลุ่มมาใช้มากขึ้น (Oka & Borkman, 2000) และในปี ค.ศ. 1978 มาแรม (Marram, 1978) ได้นำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการพยาบาล ในรูปแบบของกลุ่มประคับประคอง (support group) โดยใช้กับผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มบิดาหรือมารดาที่ต้องเลี้ยงลูกตามลำพังคนเดียว กลุ่มภรรยาและเด็กที่ถูกทารุณ กลุ่มเด็กหนีออกจากบ้าน ซึ่งพบว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้รับความสำเร็จ และเป็นที่รู้จักในวงการพยาบาลอย่างกว้างขวาง ในปี ค.ศ. 1980 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในวงการสาธารณสุขและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ก่อตั้งขึ้นในอเมริกาเหนือ และประเทศเยอรมัน ต่อมากลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ มีการพัฒนาไปในประเทศต่างๆ อีก เช่น แคนาดา นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย ยุโรปตะวันออก ญี่ปุ่น ฮองกง (Lavoie, Borkman, & Gidron, 1994) จนถึงปี ค.ศ. 1990 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีการเผยแพร่ในระบบคอมพิวเตอร์ on-line ทำให้ผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันนำวิธีการของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มาจัดตั้งกลุ่ม จนเป็นที่แพร่หลายในปัจจุบัน (Oka & Borkman, 2000)

สำหรับวิวัฒนาการของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในประเทศไทย เริ่มขึ้นในปี พ.ศ.2533 (ค.ศ.1990) ดร.ฉวี ชุณหะวัณ และคณะ ได้ริเริ่มตั้งชมรมผู้ไร้กลองเสียงรามาธิบดีขึ้นตามแนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยสนับสนุนให้มีการรวมตัวของผู้ป่วยมะเร็งกลองเสียงที่ได้รับการผ่าตัดเอากลองเสียงออกทั้งหมดและกลายเป็นผู้ไร้กลองเสียง มีการกำหนดเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินกิจกรรม เป้าหมายสำคัญ คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง และการปรับตัวของสมาชิกทุกๆ ด้าน ตั้งแต่ระยะการวินิจฉัยโรค จนถึงระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ชมรมฯ พัฒนาการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีความเข้มแข็ง จนถึงปัจจุบัน จากนั้น พ.ศ. 2534 (ค.ศ.1991) จารุวรรณ รัชมีเหลืออ่อน ได้ตั้งกลุ่มผู้ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ ของวชิรพยาบาลขึ้น เพื่อให้สมาชิกได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับปัญหา และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะรับรังสีรักษา (ดร.ฉวี ชุณหะวัณ, 2546) และในปี พ.ศ. 2536 (ค.ศ.1993) มีการจัดตั้ง ชมรมฟื้นฟูชีวิตใหม่รามาธิบดี โดย มณฑา ลิ้มทองกุล เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังการผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวังมีพลัง และกำลังใจในขณะรับการรักษา มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดและขณะได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และยังคงมีการดำเนินการอย่างเข้มแข็งจนถึงปัจจุบันนี้ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2544 (ค.ศ.2001) วิมลพรรณ นิธิพงศ์ พัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุขึ้นในชุมชนจังหวัดราชบุรี (ดร.ฉวี ชุณหะวัณ, 2546) เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุด้านสุขภาพและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีการพัฒนามาเรื่อยๆ จนถึงปี พ.ศ. 2546

(ค.ศ.2003) ชาลิณีย์ โหมิตทาภิวัดน์ และคณะ ได้ตั้งกลุ่มบิดา มารดา เด็กสายตาพิการ วิทยาลัย วโรธารและคณะ ได้ตั้งกลุ่มเพื่ออุกรัก (parent support group) ขึ้นและดำเนินกิจกรรมช่วยให้ ผู้ปกครองเด็กสามารถปรับตัวและดูแลเด็กได้ดีขึ้น และปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ.2004) กลุ่มผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก ได้ตั้งชมรมก่อนผิเสื้อขึ้น เพื่อให้กำลังใจแก่สมาชิก และรณรงค์หา งบประมาณเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือแก่ผู้ที่ต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก และล่าสุด ปี พ.ศ. 2548 (ค.ศ.2005) ดร.ฉวี ชุณหะวัณ และคณะ ได้ตั้งชมรมชีวิตใหม่ไร้ควันบุหรี่ขึ้น ซึ่งเป็นกลุ่มของ บุคคลากรของโรงพยาบาลรามาธิบดี ที่จะช่วยส่งเสริมการเลิกบุหรี่ และในปีเดียวกัน สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ โดย กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ (กลุ่มการพยาบาล) ได้จัดตั้งกลุ่มประทุมรักษ์ เพื่อช่วยเหลือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอื่นๆ เกิดขึ้นอีกมากมาย

จะเห็นได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองได้พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในหลายๆกลุ่มโรค เรื้อรัง และผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกได้รับประโยชน์จากการเข้าเป็นสมาชิกกลุ่ม นั้นๆ

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีลักษณะที่เด่นชัดเฉพาะตัวและแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ดังต่อไปนี้ (ดร.ฉวี ชุณหะวัณ, 2546)

1. มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้โดยกลุ่มสมาชิก มีการอภิปรายแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ความรู้สึกและข้อมูล มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆที่ส่งเสริมความมั่นคงของกลุ่ม
2. เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว การให้บริการและกิจกรรม เป็นไปตามความต้องการของสมาชิกและมติกกลุ่ม
3. จุดประสงค์เบื้องต้น คือ การสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง สมาชิกเกิด การเรียนรู้โดยการกระทำ และพฤติกรรมต่างๆปรับเปลี่ยนไปได้โดยการกระทำ
4. เป็นกลุ่มนิรนามและมีความเป็นส่วนตัว (anonymous and confidential nature) เปิดรับสมาชิกทั่วไป ที่มีลักษณะประสบการณ์คล้ายกัน มีปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายกัน
5. สมาชิกเข้ามารวมกลุ่มด้วยความสมัครใจ (voluntary membership) มีการพบปะ ประชุมหรือดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ สมาชิกได้ประโยชน์สูงสุดจากการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตามที่สมาชิกแต่ละคนประสบมา มิใช่การผูกขาดของเจ้าหน้าที่ในการ ให้คำแนะนำ
6. ผู้นำกลุ่มมาจากสมาชิกกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง (member leadership) หรือใน ระยะแรกของการดำเนินการกลุ่ม เจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์อาจช่วยทำหน้าที่ผู้นำกลุ่ม

7. ไม่มีการแสวงหากำไรหรือผลประโยชน์ใดๆจากการเข้ากลุ่ม (absence of profit orientation) ไม่เก็บค่าลงทะเบียน กลุ่มจะได้รับการสนับสนุนจากการบริจาคหรือกองทุนต่างๆที่ไม่ต้องจ่ายคืน

กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลายๆ ประการ ซึ่งนักวิชาการหลายท่าน ได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ครุณี ชุมหวัด, 2546; Gilbey, 1987; Robinson, 1985; Steiger & Lipson, 1985) ดังนี้

1. สมาชิกของกลุ่มต่างก็มาจากบุคคลที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนลงเรือลำเดียวกัน (being in the same boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง มิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นๆ

2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะมีผลมาถึงตนเองเสมอ เกิดเป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในขณะเดียวกัน

3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่ายซึ่งบางส่วนจะแตกต่างจากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัวหรือเพื่อน ยกเว้น แต่ว่าบุคคลดังกล่าวเคยประสบปัญหาอย่างเดียวกันมา

4. มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน บนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ปัญหที่เกิดขึ้น

5. การที่สมาชิกได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ไขปัญหาต่างๆ จนเป็นผลดีจะทำให้เกิดกำลังใจและยอมรับบุคคลนั้นเป็นแบบอย่าง (role model) ซึ่งสมควรจะปฏิบัติตามและมั่นใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน

6. การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกัน ทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และปัญหาอื่นๆ ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงใจ และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจอย่างเต็มที่

7. การที่สมาชิกได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งการให้ข้อมูล ความรู้ กำลังใจหรือสิ่งของอื่นๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม มีอัตมโนทัศน์ดีขึ้น ยอมรับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

8. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกัน (cohesiveness) กับเพื่อนสมาชิกเกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (Yalom, 1995)

9. สมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป (stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิต การได้พบปะคนอื่นๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง ทำให้ลดการแยกตัวออกจากสังคม

จะเห็นได้ว่าความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือ หลักของการให้ความช่วยเหลือ (principle of helper) โดยสมาชิกกลุ่มมีบทบาทของการให้และการรับความช่วยเหลือ (Riessman, 1965 cited in Felix-Ortiz, Salaza, Gonzalez, Sorensen, & Plock, 2000) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกไม่เพียงแต่จะได้รับความช่วยเหลือ แต่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นด้วย เป็นการเปลี่ยนบทบาทจากคนที่เคยเป็นผู้รับความช่วยเหลือมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ พลังจากการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่มีเรื่องของผลประโยชน์ มีการให้โดยคำนึงถึงผู้อื่น (altruism) เอื้อเฟื้อต่อกัน (reciprocity) มีกระบวนการให้และการรับความช่วยเหลือที่เป็นไปตามหลักประชาธิปไตยและการแบ่งปัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่นไว้วางใจ (confidence) รู้สึกมีคุณค่า (ดรุณี ชุมพะวัต, 2546; Riessman, 1965 cited in Felix-Ortiz, Salaza, Gonzalez, Sorensen & Plock, 2000) จากหลักของการให้ความช่วยเหลือนั้น ทำให้กลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงของพลังอำนาจเป็นอย่างมาก สมาชิกแต่ละคนที่มีปัญหา หรือเจ็บป่วยอยู่นั้นกลายเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือที่มีศักยภาพแก่คนอื่นๆ ในเงื่อนไขเดียวกัน แทนที่สังคมจะมองว่ามีผู้ที่เจ็บป่วยจำนวน 10 ล้านคน ที่ต้องการความช่วยเหลือ แต่ถ้าเราคิดในทางกลับกัน เราอาจพบว่ามีผู้ที่ให้ความช่วยเหลือที่มีศักยภาพถึง 10 ล้านคน (Riessman, 1998)

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group organization)

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของบุคคล ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ อาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยหรือเกิดจากความต้องการของบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน และสามารถเอาชนะหรือแก้ภาวะวิกฤตต่างๆมาได้ มารวมตัวกันและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกเข้าใจหรือยอมรับได้ง่ายกว่าการแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถจัดตั้งขึ้นได้หลายรูปแบบ แต่โดยทั่วไปแบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ (Resnick, 1986)

1. กลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ เป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีกรรมการบริหารกลุ่ม กำหนดนโยบายและการดำเนินการแน่ชัด มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบการประชุม
2. กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ ลักษณะโครงสร้างไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ เป็นการรวมตัวกันทางสังคม หรือกลุ่มเล็กๆ มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล การติดต่อกันอาจเป็นโทรศัพท์ จดหมาย เทปบันทึกเสียง วิทยุ บางกลุ่มจะจัดโปรแกรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น การไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกของกลุ่ม เป็นต้น

โครงสร้างของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในการจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องคำนึงถึงโครงสร้างของกลุ่ม ประกอบด้วย ขนาดของกลุ่ม สถานที่ ระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม ลักษณะผู้นำกลุ่ม

ขนาดของกลุ่ม: การจัดประชุมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สมาชิกที่ร่วมประชุมแต่ละครั้งไม่ควรมีมาก หรือน้อยเกินไป เพราะสมาชิกกลุ่มที่มีจำนวนมากเกินไปจะขัดขวางกระบวนการกลุ่ม เนื่องจากมีเวลาในการทำกลุ่มน้อย ทำให้สมาชิกทุกคนอาจไม่มีโอกาสที่จะได้พูด หรือแสดงอารมณ์ และความคิดเห็นต่างๆ ได้ ส่วนจำนวนสมาชิกที่มีน้อยเกินไปจะส่งผลให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากจำนวนคนน้อยทำให้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้สมาชิกรู้สึกไม่ปลอดภัย วิตกกังวลในการเข้าร่วมกลุ่มเพิ่มมากขึ้นและถอนตัวออกจากกลุ่มในที่สุด ยาลอม (Yalom, 1975; 1995) เสนอว่าขนาดของกลุ่มที่มีความเหมาะสมที่สุด ในการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์แต่ละครั้ง คือ 7 คน แต่นักวิชาการบางท่านเสนอแนะว่าขนาดของกลุ่มย่อย ที่มีความเหมาะสมควรประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มประมาณ 2-15 คน (Samson & Marthas, 1990 อ้างใน วิมลพรรณ นิธิพงศ์, 2535)

สถานที่: สถานที่ในการทำกลุ่ม ควรเป็นส่วนตัวหรือเป็นส่วนตัว (privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียง กลิ่น รบกวน หรือสิ่งที่เป็นเบนความสนใจ และมีบรรยากาศที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มควรจัดให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่ม นั่งเป็นวงกลม ซึ่งการนั่งเป็นวงกลมถือเป็นตำแหน่งการนั่งที่ดีที่สุด (Yalom, 1975; 1995) ที่จะทำให้สมาชิกได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน มีการประสานสายตาในระหว่างการสนทนา ได้เห็นปฏิกิริยา การแสดงออกทั้งที่ใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด การประสานสายตาในระหว่างการสนทนาเป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้

ระยะเวลา: ระยะเวลา ที่จัดประชุมกลุ่มควรเป็นระยะเวลาที่ว่าง ควรกำหนดเวลาล่วงหน้าที่เหมาะสมสำหรับการประชุมกลุ่ม ระยะเวลาในการประชุมกลุ่ม ควรใช้ครั้งละประมาณ

1-1½ ชั่วโมง ความถี่ของการประชุมกลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม: ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญมากในการดำเนินการกลุ่ม ถ้าผู้นำกลุ่มมีความสามารถสูง โครงสร้างของการทำงานชัดเจน กลุ่มพร้อมที่จะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิก หรือหมุนเวียนกัน ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้ (Marram, 1978)

1. เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการ 3 ด้าน คือ ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (security) ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (belonging) และความรู้สึกเป็นเพื่อนกัน (companionship)

2. สร้างบรรยากาศและควบคุมสถานการณ์ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็นในปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา แต่ต้องควบคุมบรรยากาศในกลุ่มไม่ให้กลุ่มอยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป

3. รับผิดชอบให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีการประเมินความก้าวหน้าของกลุ่มเป็นระยะๆ ผู้นำกลุ่มที่ดีจะต้องมีแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนี้ (ครุณี ชูณหะวัณ, 2546) 1). ต้องคำนึงและดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม 2). ต้องเรียนรู้บทบาทผู้นำกลุ่มที่จะช่วยให้สมาชิกได้รับประโยชน์สูงสุดอย่างทั่วถึง 3). ต้องยอมรับว่าปัญหาของสมาชิกทุกปัญหามีความสำคัญที่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากสมาชิกของกลุ่มหรือแหล่งประโยชน์อื่นๆ 4). ต้องมีใจเป็นกลาง เป็นนักฟัง ไม่ผูกขาดการพูด เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ร่วมอภิปรายทุกคน ไม่สนใจปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว เพราะจะทำให้สมาชิกคนอื่นๆ รู้สึกไม่ได้รับความสนใจ หรือไม่เกิดประโยชน์ในการเข้ากลุ่ม และ 5). ควรเป็นผู้ปรับตัวได้ดีแล้ว เข้ามาเป็นผู้นำกลุ่มเพื่อประโยชน์ของกลุ่มมากกว่าต้องการความมีหน้ามีตา เว้นแต่จะได้รับประโยชน์ทั้งสองอย่าง

สมาชิกกลุ่ม: สมาชิกกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าผู้นำกลุ่ม ดังนั้นการดำเนินการกลุ่ม จะเป็นไปด้วยดี สมาชิกกลุ่มจะต้องปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ (Lieberman, 1989) 1). คอยกระตุ้น สนับสนุนให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก 2). ช่วยลดความขัดแย้ง ลดความตึงเครียดภายในกลุ่ม 3). เป็นนักฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นต่างๆ ของเพื่อนสมาชิก 4). กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มมีการเสนอความคิดเห็น และ 5). รักษาความลับของเพื่อนสมาชิก

พยาบาล: พยาบาลมีส่วนช่วยเหลือในการจัดตั้ง และดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนี้ (ครุณี ชูณหะวัณ, 2546; Steiger & Lipson, 1985) 1.) เป็นผู้ติดต่อประสานงานให้กลุ่มคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม เป็นตัวกลางในการติดต่อกับสมาชิกในระยะแรกๆ เพื่อให้กลุ่มมีความมั่นคง

มากยิ่งขึ้น 2.) เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและการจัดกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องโรคและการปรับตัวเป็นครั้งคราว 3.) เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม 4.) เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นควรให้สมาชิกได้เลือกผู้นำกลุ่มจากสมาชิกด้วยกันเอง 5.) ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพในรายที่ต้องได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับปัญหา 6.) ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก และ 7.) เป็นสมาชิกของกลุ่ม ถ้าพยาบาลเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกันมาก่อน เช่นเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม สมาชิกที่เป็นพยาบาลจะเป็นสมาชิกที่ให้ประโยชน์แก่กลุ่มได้มาก

ปัญหาในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองและแนวทางแก้ไข

กลุ่มช่วยเหลือตนเองแม้จะมีประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการกลุ่มที่ควรคำนึงถึง ดังนี้ (ครุณี ชุนหะวัต, 2546)

1. ผู้นำขาดทักษะในการรวมกลุ่มและการจัดกระบวนการกลุ่ม ดังนั้นในระยะแรกจึงควรมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เข้ามาช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดหาสถานที่พบปะของสมาชิก ช่วยให้สมาชิกเข้าใจเป้าหมายของการประชุม ช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้ โดยให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการกลุ่ม

2. สมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทำให้สมาชิกที่มีปัญหาที่แตกต่างจากคนอื่นๆ ในกลุ่มไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

3. ปัญหาเกี่ยวกับสถานที่ในการจัดประชุมการจัดสถานที่ต้องเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ห้องกว้างพอเหมาะ เงียบ เป็นสัดส่วนและสะดวก

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เช่นค่าใช้จ่ายในการส่งข่าวสาร แก่สมาชิกทั้งทางจดหมาย และทางโทรศัพท์ เป็นต้น

5. ปัญหาในการเดินทางมาประชุม เนื่องจากสมาชิกบางคนอยู่ห่างไกล จึงควรจัดประชุมในวันที่สมาชิกส่วนใหญ่มาพบแพทย์อยู่แล้ว

ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันไป ต้องได้รับการประเมินและแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้รับการช่วยเหลือที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เจ้าหน้าที่ซึ่งร่วมเป็นกรรมการที่ปรึกษาจะมีบทบาทในการร่วมแก้ปัญหาเหล่านี้เป็นอย่างมาก

กระบวนการในการดำเนินการกลุ่ม (Group process)

การจัดการดำเนินการกลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1978; Stuart & Laraia, 1998)

1. ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (introductory phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้มีการแนะนำตัวเพื่อสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม อธิบายให้กลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ แนวทางในการปฏิบัติตัวในการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้นำเองส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก และความคิดเห็นอย่างเปิดเผย (self disclosure) แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระและสร้างความไว้วางใจ (trust) ผู้นำกลุ่มต้องอธิบายให้สมาชิกเข้าใจถึงผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเองให้กลุ่มทราบและผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจว่าเรื่องที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม จะเป็นความลับของกลุ่ม การแสดง ความคิดเห็นอย่างเปิดเผย จะนำไปสู่การยอมรับความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการเข้าร่วมกลุ่ม ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

2. ระยะดำเนินการ (working phase) เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางอารมณ์ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แนวทางการแก้ไขปัญหาและเปิดเผยตนเองมากขึ้น ระยะนี้สมาชิกจะเริ่มสนใจปัญหาที่แท้จริง ยอมรับปัญหา ต้องการให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน สมาชิกกลุ่มจะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรีมากขึ้น ที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไข ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไขปัญหาบางอย่าง ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที

3. ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (terminating the group) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 10-20 นาที ก่อนการปิดประชุม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกที่ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป และในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ระยะนี้ของการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่ม นัดแนะกับสมาชิกกลุ่มเพื่อการพบปะในครั้งต่อไป แจ้งการนัดหมายที่จะทำร่วมกัน หรือแม้แต่การแจ้งข่าวที่สมาชิกได้ทำร่วมกันมาแล้ว เป็นต้น

ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันมีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เกิดขึ้นในประชาชนกลุ่มต่างๆ เป็นจำนวนมาก และกลุ่มผู้ป่วยเกือบทุกประเภทของความเจ็บป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ (mental health groups) กลุ่มลดน้ำหนัก (weight loss groups) กลุ่มผู้ติดยาเสพติด (addiction-related recovery groups) กลุ่มที่มีการสูญเสีย (bereavement groups) เช่น กลุ่มสตรีที่เป็นหม้ายในวัยสูงอายุ กลุ่มเด็กที่มีการสูญเสียแขนหรือขา กลุ่มผู้ดูแล (caregiver group) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (chronic illnesses) เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเลือด กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (diabetes groups) กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีประโยชน์ต่อสมาชิกกลุ่มอย่างมาก (Gilbey, 1987; Robinson, 1985) โดยให้ผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง (Steiger & Lipson, 1985) เนื่องจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเจ็บป่วย ข้อมูลข่าวสาร มีการสนับสนุนกันทางด้านอารมณ์ หรือวัตถุประสงค์ของโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น หรืออาจมีการเสียค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย (Oka & Borkman, 2000) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกระยะ ตั้งแต่การป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ (ครุณี ชุนหวัด, 2544; Richardson, 1991) จากการศึกษาของโทรเจน (Trojan, 1989) ที่ศึกษาถึงประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจำนวน 65 โรค จากสมาชิกจำนวน 232 คน โดยการสัมภาษณ์ และสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าสมาชิกมากกว่า ร้อยละ 90 บรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม โดยอาศัยกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการนำประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกันมาแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยสมาชิกในกลุ่มมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ มีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพและการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต สามารถลดผลกระทบของความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับโรค ช่วยให้มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัว และเพื่อน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบริการในระบบสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการศึกษากลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกกลุ่มในด้านต่างๆ ได้แก่ คุณภาพชีวิตดีขึ้น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ดังนี้

คุณภาพชีวิต กลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้สมาชิกมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการศึกษาของครุณี ชุนหวัด, ยวดี ภาษา และบุญขึ้น อิมมาก (2540) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 20 คน โดยเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม

ในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 3 ครั้ง พบว่าหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม มากกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($p < .01$) และวนิดา ลิขิตสิน โสภณ (2543) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ไร้ภักดิ์เสี่ยงจำนวน 100 ราย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ด้านความผาสุก ด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นสมาชิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ซาบาลีโก และคณะ (Zabalegui, Sanchez, Sanchez, Juando, 2005) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 20 เรื่องในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่า และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ตรีณี ชุมพะวัต, ยุวดี ภาชา, พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และจารุวรรณ รัชมิเหลื่องอ่อน (2539) ศึกษาถึงผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน ที่ให้การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 คน ที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองจำนวน 3 ครั้ง พบว่าในระหว่างวันที่ 15-16 ที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่า และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$) ตามลำดับ และ สุทธิณี พักวิสัย (2545) ศึกษาความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 20 คน โดยกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองจำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่าในตนเอง หลังการเข้าร่วมกลุ่ม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับในประเทศ บอร์น (Borne, 1987) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พบว่า การได้พบปะกับผู้ป่วยด้วยกันอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่าในตนเองและลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยเฉพาะรายที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาได้ รวมทั้งยังลดความรู้สึกล้มเหลวทางช่วยเหลือ (helplessness) และหมดหวัง (hopelessness) ได้ (Grassman, 1993)

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า กลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้สมาชิกลดความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความรู้ในการปฏิบัติตน เช่น การศึกษาของ สายปัญญา คงพันธ์ (2535) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 40 คน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการ เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 7 ครั้ง พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตก

กังวลน้อยกว่าก่อนเข้ากลุ่ม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และความรู้ในการปฏิบัติตัว ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วน บอร์น (Borne, 1987) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พบว่าการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถช่วยให้สมาชิกกลุ่มลดความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า และปัญหาทางจิตได้ นอกจากนี้ ซาบาลิก และคณะ (Zabalegui, Sanchez, Sanchez, Juando, 2005) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มช่วยให้สมาชิกที่เข้ากลุ่ม ลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า

การปรับตัวและการเผชิญความเครียด กลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้สมาชิกสามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น มีการศึกษาของ พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล (2538) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มทดลอง มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วน นันทา เกียรติกังวาฬไกล (2540) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 40 คน หลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 3 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา มากกว่า ก่อนเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ เพิ่มพูน ธรรมเจริญ (2536) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 38 คน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีคะแนนการปรับตัว ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และซาบาลิก และคณะ (Zabalegui, Sanchez, Sanchez, Juando, 2005) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มช่วยให้สมาชิก มีการปรับตัวที่ดีขึ้น

นอกจากนี้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ยังช่วยให้สมาชิกมีความสัมพันธ์ในครอบครัวไปในทางที่ดี เข้าใจธรรมชาติของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และช่วยเพิ่มความรู้สึกรู้สึกพอใจในการรักษาที่ได้รับ ช่วยให้ผู้มองโลกในแง่ดี ลดอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (psychosomatic symptoms) ช่วยเพิ่มความเชี่ยวชาญ (mastery) เพราะความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะมีผลมาถึงตนเองเสมอ ผู้ที่แนะนำคนอื่นกระทำกิจกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอจะเกิดความชำนาญ เพิ่มความสามารถในการเอาชนะปัญหาต่างๆ ช่วยลดความรู้สึกละอายและลดความรู้สึกละอาย (shame and estrangement) ลดปัญหาด้านการแยกตัวออกจากสังคม ส่งเสริมภาพลักษณ์ในทางบวก (Zabalegui, Sanchez, Sanchez, Juando, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการศึกษากลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่มีประโยชน์ในด้านการเพิ่มพูนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ลดความเครียด อารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวล ลดความรู้สึกละอายและไม่แน่นอนและอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับจิตใจ ลดปัญหาด้านการแยกตัวออกจากสังคม ส่งเสริมภาพลักษณ์ในทางบวก ช่วยให้ผู้มองโลกในแง่ดี มีความเชื่อมั่นในการที่จะเผชิญกับโรคและ

การรักษามากขึ้น ช่วยให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น เพิ่มความรู้สึกลึกคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรม ยังพบว่าการดำเนินการกลุ่ม ยังมีอุปสรรคที่ต้องคำนึงถึงในการจัดตั้งและดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ครอบคลุมสมาชิกในกลุ่ม เช่น ควรให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในกระบวนการกลุ่มมากกว่า 3 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง และควรเปิดโอกาสให้บุคคลในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกลุ่ม ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543) ถึงแม้กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีประโยชน์หลายประการ แต่ยังไม่มีการรวบรวมผลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยที่ควรคำนึงถึงเมื่อนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองรวมทั้งข้อควรคำนึงเพื่อลดอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จากงานวิจัยที่เชื่อถือได้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งในด้านต่างๆ เช่น ด้านคุณภาพชีวิต ลดภาวะเครียด ด้านพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งอุปสรรคหรือข้อควรคำนึงในการดำเนินการกลุ่มอย่างเป็นระบบ จากผลงานที่มีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ที่เสนอในเครือข่ายคอมพิวเตอร์ และงานวิจัยจากห้องสมุดต่างๆ โดยมีขั้นตอนนำเสนอ ดังนี้

1. การสืบค้นแหล่งข้อมูล
2. การคัดเลือกข้อมูลที่น่าสนใจ
3. การประเมินคุณภาพ/วิเคราะห์/สังเคราะห์งานวิจัย และบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

การสืบค้นแหล่งข้อมูล

1. สืบค้นจากตำรา วิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางการแพทย์และการพยาบาล การแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกประเทศ และจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ CINAHL, OVID, Medline, Science direct, Blackwell Synergy, Cochrane, Pubmed และจากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัยของไทย และต่างประเทศจากสถาบันต่างๆ ได้แก่ <http://www.mahidol.ac.th>, <http://www.joannabriggs.edu.au/pub/search.php>, <http://www.thesis.tiac.or.th>, <http://www.siamca.com>. โดยกำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ ค.ศ.1992-2007 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (keyword) ได้แก่ self help group and cancer, self help group and cancer in nursing, mutual group and cancer, social support and cancer, peer support and cancer, peer support and cancer in nursing, support group and cancer, effect of support group in cancer, benefits of self help group in cancer care, benefits of self help group, advantage of self help group, obstacle of self help group in cancer care
2. สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของตำรา บทความทางวิชาการและงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ สืบค้นด้วยมือ (hand search) ทั้งที่อยู่ในฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัย และอยู่

ในสถาบันต่างๆ จากวารสารเฉพาะทางมะเร็ง เช่น วารสารโรคมะเร็งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ วารสารสหราชอาณาจักร วารสารโรงพยาบาล วารสารวิทยาลัยพยาบาล วารสารวิจัยทางการแพทย์ พยาบาลศาสตร์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นต้น

การคัดเลือกข้อมูลที่นำมาศึกษา

การคัดเลือกข้อมูลที่นำมาศึกษา มีวิธีการคือ เลือกหัวข้อวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่เกี่ยวข้องโดยการอ่านบทคัดย่อ (abstract) ในแต่ละเรื่องและเลือกงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีขอบเขตที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงนำบทคัดย่อเหล่านั้นมาค้นหารายงานวิจัยฉบับเต็ม (full text) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตามคุณสมบัติ เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีรายงานวิจัยฉบับเต็ม (full text) ซึ่งตีพิมพ์หรือเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1992-2007 (พ.ศ.2535-2550) โดยงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการดังกล่าวต้องเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
2. เป็นงานวิจัยหรือบทความที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
3. เป็นงานวิจัยหรือบทความเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปี ขึ้นไป) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกระบบของร่างกาย ทุกระยะของการดำเนินของโรค และทุกวิธีการรักษา
4. เป็นงานวิจัยหรือบทความเกี่ยวกับอุปสรรคหรือข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. งานวิจัยหรือบทความในกลุ่มผู้ป่วยเด็กหรือญาติผู้ดูแล
2. งานวิจัยหรือบทความที่ซ้ำกันหรือไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดได้ เช่น ไม่มีรายงานวิจัยฉบับเต็ม (full text) และเป็นเรื่องที่อยู่ในตำราหรือวารสารที่ไม่ได้รับในประเทศไทย
3. งานวิจัยที่ใช้กลุ่มจิตบำบัด

จำนวนหลักฐานทางวิชาการจากการสืบค้นในแหล่งต่างๆ รวม 127 เรื่อง ได้พิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกโดยตัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกไป คงเหลืองานวิจัยที่นำมาประเมินคุณภาพรวม 18 เรื่อง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนหลักฐานวิชาการจาก ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และฐานข้อมูลงานวิจัยที่ค้นคว้า
เกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

ฐานข้อมูล	จำนวนของหลักฐาน	จำนวนที่นำมาใช้
Pubmed	41	5
Medline	20	1
CINAHL	4	0
OVID	16	0
Science direct	2	0
Blackwell Synergy	2	2
Cochrane	1	0
http://www.mahidol.ac.th	11	3
http://www.thesis.tiac.or.th	7	0
Hand search	23	7
รวม	127	18

การประเมินคุณภาพหลักฐานทางวิชาการ

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

การประเมินคุณภาพในด้านระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal College of Physician of Thailand, B.E. 2544) ซึ่งมีการแบ่งระดับหลักฐานทางวิชาการไว้ 4 ระดับ ดังนี้ คือ

ระดับ A: หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่องหรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized controlled trails

ระดับ B: หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis หรืองานวิจัยเดี่ยวที่มีการออกแบบรัดกุมแต่เป็นงานกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ C: หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

ระดับ D: หมายถึงหลักฐานที่ได้จากฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ตำราและเอกสารทางวิชาการต่างๆ

จากหลักฐานทางวิชาการ 18 เรื่อง นำมาประเมินความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พบระดับความน่าเชื่อถือ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความน่าเชื่อถือของและจำนวนของหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

Level	จำนวนของหลักฐาน
A	3
B	10
C	5
D	0
รวม	18

การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานทางวิชาการ

การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานทางวิชาการ พิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ (Polit & Hungler, 1997)

1. ผลงานวิจัยที่นำมาศึกษาตรงกับประเด็นของปัญหาที่กำลังศึกษาอยู่ (Clinical-relevance) ในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาถึงผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและอุปสรรคในการดำเนินการกลุ่ม

2. ผลงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ (Scientific-merit)

3. การนำองค์ความรู้ไปใช้โดยพิจารณาแนวโน้ม หรือความเป็นไปได้ที่จะนำองค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation potential) ประกอบด้วย

3.1 ผลงานวิจัยที่นำมาใช้มีความเหมาะสม (Transferability of findings) โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย และปรัชญาการดูแลของเจ้าหน้าที่ในทีม

3.2 สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ในหน่วยงาน (Feasibility of implementation) โดยคำนึงถึงสิ่งที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยมีเอกสิทธิ์ ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ

3.3 ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) ผลงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์นั้นเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลคุ้มค่าการลงทุน

การประเมินคุณภาพหลักฐานทางวิชาการโดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวบรวมเป็นองค์ความรู้ถึงผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองรวมทั้งอุปสรรคหรือข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อ การนำไปใช้
ผู้แต่ง 1.สาขปัญญา คงพันธ์ (2535) ชื่อเรื่อง ประสิทธิผลของโครงการสอนสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา การออกแบบวิจัย quasi-experimental ระดับ B วัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2-3 ที่เข้าพักที่บ้านพักผู้ป่วย และมาตรวจรักษาด้วยรังสีรักษาในครั้งแรก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน คัดเลือกโดยวิธีเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย - แบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล ของวิลเลียม เค ซุง แบลโดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ 0.71 - แบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างได้รับรังสีรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ 0.75 - แบบสัมภาษณ์ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระหว่างได้รับรังสีรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง	การนำไปใช้ นำ ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 2-3 ที่ได้รับรังสีรักษา โดยจัดให้เข้ากลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 45 นาที สมาชิกกลุ่มละ 6-8 คน รวม 7 ครั้ง มีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก และฝึกทักษะผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วยดำเนินการต่อมา และวัดผลหลังได้รับรังสีรักษาครบ 6 สัปดาห์ ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว ระหว่างได้รับรังสี รวมทั้งนำไปปฏิบัติได้ดีขึ้น ข้อดีของงานวิจัย - เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง - กลุ่มตัวอย่างมีระยะของโรคใกล้เคียง - ลดการปนเปื้อนโดยการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบให้เสร็จก่อนจึงเก็บในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	วิธีวิจัยและวัดผล - กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มในการประชุมกลุ่มครั้งที่ 1-3 ตั้งแต่ครั้งที่ 4 เป็นต้นไป ผู้นำกลุ่มเป็นผู้ป่วยใช้กระบวนการกระบวนการกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกระบายความรู้สึก และแก้ปัญหาหารือกัน จัดให้เข้ากลุ่ม 7 ครั้ง สัปดาห์แรกเข้ากลุ่ม 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2-6 สัปดาห์ละครั้ง สมาชิกกลุ่ม ละ 6-8 คน ใช้เวลาประชุมกลุ่ม 45 นาที และสมาชิกเข้ากลุ่มครบ 7 ครั้ง - กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการสอนจากเจ้าหน้าที่โดยหมุนเวียนกัน สอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มตามแต่โอกาส - วัดความวิตกกังวล ความรู้ และการปฏิบัติตัว โดยผู้วิจัย 2 ครั้ง ก่อนการทดลอง และหลังได้รับรังสีครบ 6 สัปดาห์ ผลการวิจัย - กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจากข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มทดลองทุกราย (ร้อยละ 100) รับรู้ว่าการเข้ากลุ่มมีประโยชน์โดยช่วยลดความวิตกกังวลถึงร้อยละ 90 และช่วยให้มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ถึงร้อยละ 85 - กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคและความรู้ในการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสามารถนำไปปฏิบัติตัวได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อควรคำนึง ระยะสร้างสัมพันธภาพเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรกเพื่อประสานงานที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย แพทย์ และทีมสุขภาพ และมีการฝึกผู้ป่วยให้เป็นผู้นำกลุ่มในระยะต่อมา	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 2. เพิ่มพูน ธรรมเจริญ (2536)	กลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ จำนวน 38 คน แบ่งเป็น	การนำไปใช้ การนำกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ในระหว่างได้รับรังสีรักษา โดยให้สมาชิกเข้าร่วมประชุมกลุ่ม 5 ครั้งใน 2 สัปดาห์
ชื่อเรื่อง ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา	กลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน อายุระหว่าง 20-70 ปี และได้รับรังสีรักษาเป็นครั้งแรก	ระยะเวลา 45-60 นาที สมาชิกกลุ่มละ 3-4 คน พยาบาลผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น
การออกแบบวิจัย quasi-experimental	เครื่องมือในการวิจัย - คู่มือการปฏิบัติตัว	
ระดับ B	- แบบวัดการปรับตัวของ สายพิณเกษมกิจวัฒนา (ก.ศ.1980) มีค่าความเที่ยงของแบบวัด เท่ากับ 0.81	ข้อดีของงานวิจัย - มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม - เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง
วัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ	วิธีวิจัยและวัดผล - กลุ่มทดลอง มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเข้ากลุ่ม 5 ครั้งใน 2 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรก เข้ากลุ่ม 3 วัน และสัปดาห์ที่ 2 เข้ากลุ่ม 2 วัน ติดต่อกัน ใช้เวลา 45-60 นาที แบ่ง กลุ่มย่อย 3-4 คน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และความคาดหวังระหว่างสมาชิกกลุ่ม มีผู้วิจัยช่วยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตอบปัญหาข้อข้องใจในบางครั้ง	- ลดการปนเปื้อนโดยการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อนจึงเก็บในกลุ่มทดลอง
	- กลุ่มควบคุม ได้รับการสอนจากพยาบาลประจำการ	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อการนำไปใช้
	แจกคู่มือการปฏิบัติตัวทั้ง 2 กลุ่ม - ประเมินการปรับตัว ทั้ง 2 กลุ่ม โดยผู้วิจัย ก่อนการทดลอง และในปลายสัปดาห์ที่ 2,4 หลังการทดลอง ผลการวิจัย - ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนการปรับตัวไม่แตกต่างกัน - หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อควรคำนึง ความสมดุลของการจัดกลุ่มระหว่างเวลากับจำนวนสมาชิก เน้นระยะสร้างสัมพันธภาพให้บรรยากาศ ผ่อนคลาย เป็นกันเอง และจำนวนครั้งที่มากพอรวมทั้งการแจกคู่มือในการปฏิบัติตัว และการฝึกทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง พยายามเป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก ทำให้ผู้ป่วยมีที่ปรึกษา	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 3.พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล (2538) ชื่อเรื่อง ผลของการสอนโดยใช้ กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัว ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ ได้รับยาเคมีบำบัด การออกแบบวิจัย quasi-experimental ระดับ B วัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนโดย ใช้กระบวนการกลุ่มกับกลุ่มที่ ได้รับการสอนตามปกติ	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 2 หรือ 3 ภายหลังผ่าตัดและ ได้รับยาเคมีบำบัด มาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน และ กลุ่มควบคุม 20 คน - เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เครื่องมือในการวิจัย - คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย - แบบสอบถามการปรับตัว ของ วิไลลักษณ์ จันทรพวง (พ.ศ.2534) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบวัดการ ปรับตัว เท่ากับ 0.91 วิธีวิจัยและวัดผล - กลุ่มทดลอง มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม จัดให้เข้าร่วมประชุมกลุ่มสัปดาห์ละ ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง แบ่งเป็นกลุ่ม ย่อย 3-7 คน รวม 4 ครั้ง - กลุ่มควบคุม ได้รับการสอน ตามปกติจากพยาบาลประจำการ - แจกคู่มือการปฏิบัติตัวทั้ง 2 กลุ่ม - ประเมินการปรับตัว โดยผู้วิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังทดลอง ทันที (สัปดาห์ที่ 4) และหลังการ ทดลอง 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 6)	การนำไปใช้ การนำกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 2 -3 ภายหลังผ่าตัดและได้รับ ยาเคมี มาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ โดยให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง สมาชิกกลุ่มละ 3-7 คนรวม 4 ครั้ง มีพยาบาลผู้วิจัย เป็นผู้นำกลุ่ม ช่วยให้ผู้สมาชิกสามารถ ปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ดี เมื่อ ประเมินหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 แต่การประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 ไม่ พบความแตกต่าง ข้อดีของงานวิจัย - เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง - มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม - ลดการปนเปื้อนโดยการเก็บข้อมูล ในกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อน จึงเก็บ กลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ	การวิเคราะห์และสังเคราะห์
การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย - ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งก่อนและ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปรับตัวโดยรวมไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ยกเว้นหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีขึ้น สบายใจ มีเพื่อนที่เข้าใจตนเอง ได้รับความรู้ กำลังใจ ลดความวิตกกังวลและความเครียด และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ข้อควรคำนึง ฝึกทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมและควมมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรกทำให้ผู้ป่วยมีที่ปรึกษา การประเมินผลในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงมาก มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อการนำไปใช้
ผู้แต่ง 4. ครุณี ชุนทะวัต ชูดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จาวรณ รัศมีเหลืองอ่อน(2539) ชื่อเรื่อง ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อ ความรู้สึกลึกซึ้งและความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา การออกแบบวิจัย quasi-experimental ระดับ B วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงผลของการใช้กลุ่ม ช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกลึก ซึ้งและความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ รังสีรักษาเป็นครั้งแรกและจะต้อง ได้รับรังสีรักษาอย่างน้อย 3 สัปดาห์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน - คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย - คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ ได้รับการฉายแสงบริเวณศีรษะและ คอ ของพิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ เขวาลักษณ์ ขาญศิริ (2533) - วิดีโอเทปเรื่อง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณ ศีรษะและคอ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น - แบบวัดความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ของโรเซนเบอร์เกอร์ (1965) ที่วรรณระวี อักษนิจ แปลและดัดแปลง ซึ่งมีค่าความ เที่ยงของแบบวัด .72 - แบบวัดความสามารถในการดูแล ตนเอง ที่ นิธดา ตากวิริยะนันท์ (2534) ดัดแปลงจากเครื่องมือวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองของ สมจิต หนูเจริญกุล และ ไรเลย์ และ เครื่องมือวัด ความสามารถในการดูแลตนเองของ เอเวอร์สและ คณะ ซึ่งมีค่าความเที่ยง ของแบบวัดเท่ากับ .83 - แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม	การนำไปใช้ การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้ รับรังสีรักษาโดยให้สมาชิกเข้าร่วม ประชุมกลุ่มระหว่างได้รับรังสีรักษา วันที่ 2-16 รวม 3 ครั้ง และต้องมี สมาชิกผู้มีประสบการณ์การรักษาที่ ดีเข้าร่วมประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง อย่างน้อย 1-2 คน มีการแจกคู่มือ การปฏิบัติตัว และประเมินผล ระหว่างการรักษาในวันที่ 15-16 หลังเข้ากลุ่ม มีผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม ทำให้สมาชิก รู้สึกลึกซึ้งและ สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ข้อดีของงานวิจัย - เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง มีการ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม - ลดการปนเปื้อนโดยการเก็บ ข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อน จึงเก็บในกลุ่มทดลอง - มีการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อเปิด โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความ คิดเห็นและความรู้สึก

**ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)**

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือ วิธีวิจัย/การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ของสมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งมีค่าความ เที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .77 - คำถามปลายเปิด ถามความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้ป่วย วิธีวิจัยและการวัดผล - กลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่มจัด ให้เข้าร่วมประชุมกลุ่ม หลังได้รับรังสี รักษาวันที่ 2-14 จำนวน 2 ครั้งและ วันที่ 15-16 อีก 1 ครั้ง รวม 3 ครั้งไม่มี การจำกัดจำนวนสมาชิก แต่จะต้องมี ผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์การรักษาที่ดี อย่างน้อย 1-2 คน เข้าร่วมประชุมกลุ่ม แต่ละครั้ง - ทั้งสองกลุ่มแจกหนังสือคู่มือการ ปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการฉายรังสี - ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง 2 ครั้ง โดยผู้ทำการวิจัย ใน วันที่ 15- 16 ของการรักษาด้วยรังสีรักษา และ 2 วันสุดท้ายก่อนจบการรักษา ผลการวิจัย - ในวันที่ 15-16 ที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึก มีคุณค่าและความสามารถในการ ดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ และ $p < 0.05$ ตามลำดับ และ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำนาย	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือ วิธีวิจัย/การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ คือ การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง - ในระยะก่อนสิ้นสุดการรักษาด้วย รังสีรักษา ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถ ในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีประโยชน์ ได้แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยรังสี และการปฏิบัติตน ระหว่างได้รับรังสีรักษา และเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถ เตรียมตัวรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ในอนาคต อบอุ่นและมีกำลังใจใน การที่จะรับการรักษาต่อเนื่อง และ สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ข้อควรคำนึง อาการข้างเคียง เป็นอุปสรรคต่อการ พัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า และ ความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วย และการเข้ากลุ่มในผู้ป่วย มะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณอวัยวะที่ ต่างกัน ทำให้สมาชิกบางคนได้ ประโยชน์ในการเข้ากลุ่มน้อย	

**ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)**

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อการนำไปใช้
ผู้แต่ง 5. ครุณี ชุมะวัต ชูดี ภาษา และ บุญขึ้น อิ่มมาก (2540) ชื่อเรื่อง การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การออกแบบวิจัย one group pre-post test ระดับ B วัตถุประสงค์เพื่อ 1.เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและ หลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง 2. ศึกษาปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นใน กลุ่มและ การสนับสนุนที่ผู้ป่วย ได้รับจากการเข้ากลุ่ม 3. ศึกษาบทบาทของพยาบาลที่กลุ่ม ต้องการรวมทั้งปัญหาและอุปสรรค ในการร่วมกลุ่ม	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 2 หลัง ผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัดที่มาติดตาม ผลการรักษา และเข้ากลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง 3 ครั้ง จำนวน 20 คน - ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มCMF (5FU, Cylophosphamide, Methotrexate) - เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย - แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ปรับปรุง จากแบบวัดของ Padilla and Grant (1985) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบ วัดเท่ากับ .92 - แบบสังเกตปฏิสัมพันธ์ภายใน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ที่คณะผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวการวิเคราะห์ ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มของเบลล์ (Bales, 1970) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของ แบบวัดพฤติกรรมเท่ากับ .84 - คำถามปลายเปิด สอบถามความ คิดเห็นเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง วิธีวิจัยและวัดผล - ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัด คุณภาพชีวิต ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม - ผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมกลุ่มอย่างน้อย 3 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที ทุก 3 สัปดาห์ สมาชิกที่ เข้ากลุ่มแต่ละครั้งจำนวนไม่แน่นอน	การนำไปใช้ การนำกลุ่มช่วยเหลือตัวเองไป ประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยให้เข้า รวมกลุ่ม 3 ครั้งทุก 3 สัปดาห์ มี จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง 20 คน ใช้เวลา 45-60 นาที มีผู้ป่วย เป็นผู้นำกลุ่ม ทำให้คุณภาพชีวิต โดยรวม และความผาสุกด้านร่างกาย ดีกว่าก่อนเข้ากลุ่ม รวมทั้งพฤติกรรม การแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น แต่ความผาสุก ด้านอารมณ์ไม่พบความแตกต่าง ข้อดีของงานวิจัย - เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่ใช้กลุ่ม ตัวอย่างเดียวกัน - กลุ่มตัวอย่างมีระยะโรคใกล้เคียง กัน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	กลุ่มตัวอย่างอาจจะเข้าร่วมกลุ่มไม่พร้อมกันก็ได้ โดยมีพยาบาลผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงาน - สังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม โดยวิธีการสังเกตแบบสุ่ม ใช้เวลาสังเกต 2 นาที เว้น 3 นาที จนครบ 10 ครั้งในแต่ละครั้งของการประชุมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย - ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดคุณภาพชีวิต และความคิดเห็นต่อกลุ่มหลังเข้าประชุมกลุ่มครบ 3 ครั้ง ผลการวิจัย - กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และความผาสุกด้านร่างกาย มากกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ - ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นพฤติกรรม การแก้ปัญหาร้อยละ 42.01 รองลงมา ร้อยละ 41.04 เป็นพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ด้านบวก และพฤติกรรมที่พบน้อยที่สุดคือ การตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบ ร้อยละ 3.44 และจากคำถามปลายเปิด ความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากกลุ่มมากที่สุด ส่วนประเด็น	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือ วิธีวิจัย/การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ความช่วยเหลือที่ได้รับจากกลุ่มได้ รับความรู้เรื่องโรค สาเหตุ และ การรักษา อาการข้างเคียงจากการ ผ่าตัด และเคมีบำบัด ภาพลักษณ์ หลังผ่าตัด วิธีการติดตามการตรวจ หลังการรักษา - บทบาทพยาบาลที่กลุ่มต้องการ คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและ การรักษา เป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม เป็นที่ปรึกษาทางสุขภาพในภาวะ เร่งด่วนรวมทั้งติดต่อประสานงาน ระหว่างสมาชิกกลุ่ม และสมาชิก กับแพทย์ผู้รักษา ทีมสุขภาพ ข้อควรคำนึง ปัจจัยที่ควรคำนึงคือ จากสมาชิกที่ เข้ากลุ่ม ภาวะสุขภาพ ภาระหน้าที่ เจตคติต่อการเข้ากลุ่ม วันนัดประชุม ปัญหาการเดินทาง ค่าใช้จ่าย สถานที่ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ในระยะแรกเพื่อประสานความสัมพันธ์ ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ควรฝึกผู้นำกลุ่ม จากสมาชิก และสมาชิกกลุ่มควรเป็น กลุ่มเดิมเพื่อให้บรรยากาศผ่อนคลาย เป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจซึ่งกัน และกัน กล่าวพูดความจริงมากขึ้น - จำนวนครั้ง 3 ครั้งอาจไม่มากพอ ที่ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นทุกด้าน	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อการนำไปใช้
ผู้แต่ง 6. นันทา เกียรติกังวาล (2540) ชื่อเรื่อง ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพภาวะเครียดใน ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี รักษา การออกแบบวิจัย quasi-experimental ระดับ B วัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ เครียดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ ได้รับรังสีรักษาระหว่างผู้ป่วยที่เข้า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กับผู้ป่วยที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2-3 ที่ได้รับรังสีรักษาครั้งแรก และ ได้รับรังสีมาแล้ว 1-5 ครั้ง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน - เลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive sampling) เครื่องมือในการวิจัย - แบบสอบถามพฤติกรรม การเผชิญ ความเครียด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสัมภาษณ์การเผชิญกับโรคของ สมจิต หนูเจริญกุล (2529) และแบบ วัดพฤติกรรมสุขภาพภาวะเครียดของ โพล์คแมนและลาซารัส (1980) ซึ่งมี ค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .79 - ประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง วิธีวิจัยและการวัดผล - กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ - กลุ่มทดลอง มีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มจัด ให้เข้าร่วมกลุ่ม 4 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลา 60 นาที สมาชิกกลุ่มละ 8-10 คน - วัดพฤติกรรมสุขภาพภาวะเครียด ทั้ง 2 กลุ่มโดยผู้วิจัย ก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการรักษา และกลุ่ม ทดลองเข้ากลุ่มครบ 4 ครั้ง พร้อม ประเมินความคิดเห็นในการเข้ากลุ่ม	การนำไปใช้ การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยให้สมาชิกเข้าร่วมประชุมกลุ่ม 4 ครั้ง ทุก 1 สัปดาห์ ใช้เวลา 60 นาที สมาชิกกลุ่มละ 8-10 คน มีพยาบาล ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมสุขภาพภาวะเครียดโดย มุ่งเน้นการแก้ปัญหามากขึ้น เมื่อ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม พฤติกรรมสุขภาพภาวะ เครียดที่มุ่งเน้นการตอบสนองทาง อารมณ์ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง กัน ข้อดีของงานวิจัย - เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง มีการ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย - กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาและการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าก่อนเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ - กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหามากกว่าก่อนการเข้ากลุ่ม และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเครียดที่มุ่งเน้นการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าก่อนเข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p < .01$ - หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p < .01$ แต่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเครียดที่มุ่งเน้นการตอบสนองทางอารมณ์ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ข้อควรคำนึง - จากสมาชิกกลุ่ม ปัญหาสุขภาพ อาการข้างเคียงจากการรักษา ภาระหน้าที่ และปัญหาการเดินทาง รวมทั้งสถานที่จัดประชุม ควรมีพยาบาลที่มีความรู้เรื่องโรคและการรักษาอยู่ในกลุ่มด้วย เพื่อเป็นที่ปรึกษา	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 7. มณฑา ลิ้มทองกุล (2542) ชื่อเรื่อง ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโรงพยาบาล รามารับดี การออกแบบวิจัย descriptive ระดับ C วัตถุประสงค์เพื่อ - ศึกษาประโยชน์ของกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ ที่ 1-2 หลังการผ่าตัดที่มารับการรักษา ต่อเนื่องด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือมาตรวจตามนัดจำนวน 125 คน เครื่องมือในการดำเนินการ - แบบประเมินผลกลุ่มช่วยเหลือ ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลัง การผ่าตัด ตามทฤษฎีแรงสนับสนุน ทางสังคมของ นอร์เบค, (1991) - การสังเกตและการบันทึกเสียง ในขณะประชุมกลุ่ม วิธีการดำเนินการและวัดผล - ประชุมกลุ่มทุก 3-4 สัปดาห์ ตามที่ สมาชิกต้องการ มีสมาชิกใหม่และ เก่าเข้าร่วมกลุ่ม ใช้เวลา 1-1 ½ ชั่วโมง ครั้งละ 6-17 คน โดยมี พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก ต่อมา มีการฝึกผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม พยาบาลเป็นผู้ประสานงาน - ดำเนินการกลุ่ม 5 ปี รวม 63 ครั้ง - ประเมิน ความคิดเห็นและความ รู้สึกที่ได้จากการเข้ากลุ่ม โดยพยาบาล ผู้ดำเนินการ ด้วยแบบสอบถามที่สร้าง ขึ้นตามแนวคิดของ นอร์เบค, (1991) หลังเข้าร่วมกลุ่มอย่างน้อย 3 ครั้ง ผลการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการเข้า	การนำไปใช้ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใน ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่เป็นการ ปฏิบัติจริงในคลินิกระยะยาว โดย ให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม ครั้งละ 1-1 ½ ชั่วโมง ทุก 3-4 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง สมาชิกกลุ่มละ 6-17 คน ทำ ให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์ทั้ง 4 ด้าน แต่ ในระยะแรกของการประชุมกลุ่ม พยาบาลควรเป็นผู้นำกลุ่มเพื่อ ประสานความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยด้วยกันก่อน และฝึกทักษะ การเป็นผู้นำกลุ่มให้กับผู้ป่วยที่เป็น สมาชิกเพื่อพัฒนาศักยภาพของ ผู้ป่วยให้รู้สึกมีคุณค่า สามารถดูแล ตนเองและปรับตัวยอมรับสภาพการ เจ็บป่วยได้ ในกลุ่มควรมีทั้งสมาชิก เก่าและใหม่ เพื่อใช้ประสบการณ์ที่ ดีของสมาชิกเก่าช่วยแนะนำสมาชิก ใหม่ นอกจากนี้สถานที่ควรเป็น สัดส่วน ไม่แออัดและไม่พลุกพล่าน มีการดำเนินการต่อเนื่องในระยะ ยาว เพื่อให้สมาชิกคุ้นชิน กล้า ซักถาม แสดงความคิดเห็นและให้ ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อ ประโยชน์ในการวางแผนการดูแล พยาบาลได้ครบองค์รวม

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ร่วมกลุ่ม 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านอารมณ์ ได้รับกำลังใจ ความห่วงใยและยอมรับจากเพื่อน ทำให้ไม่โดดเดี่ยว มีความหวังและพลังใจในการรับการรักษาต่อเนื่อง 2. ด้านการตอบสนอง รู้สึกมีคุณค่า สามารถดูแลตนเองและปรับตัวยอมรับสภาพการเจ็บป่วย ให้คำแนะนำเพื่อนได้แม้อยู่ในระหว่างการรักษา 3. ด้านการได้รับข้อมูลและความรู้ ทราบวิธีการรักษาและวิธีการปฏิบัติที่ต่างไปจากที่ตนเคยรับรู้ มีมุมมองใหม่ๆ ประเมินสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในทางที่ดี จิตใจดีขึ้น 4. ด้านแหล่งประโยชน์และบริการ ได้รับสนับสนุนหนังสือเรื่องมะเร็ง ทราบแหล่งจำหน่ายเต้านมเทียม หมวกคลุม ผ้าคลุมเตียง ได้รับบริจาคอุปกรณ์ และเงินสนับสนุนซื้อยาเคมีจากเพื่อนสมาชิก บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ เป็นที่ปรึกษาและประสานงานกลุ่ม ข้อควรคำนึง และอุปสรรค - ผู้นำขาดทักษะในการเป็นผู้นำ ภาวะสุขภาพและการะงวน ปัญหา ด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง และสถานที่จัดประชุมไม่เป็นสัดส่วน บางครั้งสมาชิกมากเกินไป	<u>ข้อดีของงานวิจัย</u> - เป็นการเก็บข้อมูลรายบุคคล - เชิงคุณภาพ ในระยะยาว - เปิดกว้างให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น - จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ - ประเมินความคิดเห็นตามทฤษฎีที่เชื่อถือได้ - มีความหลากหลายของสมาชิกกลุ่มตามการรักษา ทำให้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้มากขึ้น

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 8.วนิดา ลิจิตสินโสภณ (2543) ชื่อเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ไร้กล่องเสียง การออกแบบวิจัย descriptive ระดับ C วัตถุประสงค์เพื่อ - ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ไร้กล่องเสียง - ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ไร้กล่องเสียง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาหลังการผ่าตัดกล่องเสียง ออกทั้งหมด และการเป็นสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ไร้กล่องเสียง ทุกระยะของโรค จำนวน 100 คน โดยเป็นสมาชิกของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 43 คน และ ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม 57 คน - เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดอย่างน้อย 6 เดือน และรักษาด้วยการฉายรังสีครบแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 เดือน สามารถตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้วยตนเองและยินดีเข้าร่วมวิจัย เครื่องมือในการดำเนินการ - แบบวัดคุณภาพชีวิตของ Padilla และคณะ (1996) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .92 วิธีวิจัยและวัดผล - ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยขออนุญาตและแจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ - สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล - ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้วยตนเองโดยระลึกถึงเหตุการณ์ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนเก็บข้อมูล	การนำไปใช้ ถึงแม้เป็นการเก็บข้อมูลเชิงพรรณนา แต่ผลการศึกษายืนยันว่าการเข้ากลุ่มเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จึงน่าจะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนารูปแบบการพยาบาล ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล คำแนะนำที่เหมาะสม และการให้กำลังใจโดยตรงกับผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดหรือผู้ไร้กล่องเสียง และผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รู้สึกมีคุณค่า และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหวัง ข้อดีของงานวิจัย - แบบวัดเชื่อถือได้ - จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านเฉพาะความผาสุกด้านจิตใจ และความผาสุกด้านร่างกาย ของกลุ่มที่เป็นสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นสมาชิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ไร้กล่องเสียงโดยรวม คือ การเป็นสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประโยชน์ในการเข้ากลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การฝึกพูด สามารถสื่อสารกับผู้คนรอบข้างได้ มีเพื่อนๆ ที่เหมือนตนเอง รู้แหล่งขอความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ข้อควรคำนึง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาหลังผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต	

**ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่ม ในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)**

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 9. สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ (2543) ชื่อเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม การออกแบบวิจัย participatory action research ระดับ B วัตถุประสงค์เพื่อ - พัฒนารูปแบบกระบวนการกลุ่ม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา - เปรียบเทียบความแตกต่างของ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกก่อนและหลังการเข้าร่วม กระบวนการกลุ่ม	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1-2 หลังรับรังสีรักษาครบตามแผนการ รักษา จำนวน 22 คน เครื่องมือในการวิจัย - แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของ Ferrans, (1994) ซึ่งมี ค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .82 - คำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิธีวิจัยและวัดผล - จัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิก กลุ่มมีการสนทนากันซึ่งกันและกัน ด้านกำลังใจและแลกเปลี่ยนข้อมูล - กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกระบวนการ กลุ่ม 1 ½- 2 ชั่วโมง ทุก 1 เดือน รวม 3 ครั้ง สมาชิกกลุ่ม 4-7 คน - วัดคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัย ก่อนและ หลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ครบ 3 ครั้ง มีการสัมภาษณ์และสังเกต พฤติกรรมในระหว่างการเข้ากลุ่ม ผลการวิจัย ได้กิจกรรมที่เป็นรูปแบบกระบวนการ กลุ่ม ดังนี้ 1. การแนะนำ เป็นการเพิ่ม ความสามารถในการดูแลตนเอง 2. เป็นที่ปรึกษา ได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะ	การนำไปใช้ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง มีประโยชน์ในผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกหลังรับรังสีรักษา จาก ข้อมูลเชิงคุณภาพ แม้ในระยะสิ้นสุด การรักษาแล้ว ช่วยให้คุณภาพชีวิตดี ขึ้น แต่เชิงปริมาณผู้ป่วยเข้าร่วม กิจกรรม 1 ½ - 2 ชั่วโมง ทุก 1 เดือน สมาชิกกลุ่มละ 4-7 คน รวม 3 ครั้ง มี พยาบาลผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ไม่พบ การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต ข้อดีของงานวิจัย - เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติใน สถานการณ์จริง - ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง(ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ปัญหาเพศสัมพันธ์ล่าช้ามากขึ้น 3. ปลอบใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 4. เป็นเครือข่ายทางสังคม ได้เพื่อนที่ รู้จัก ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออก 5. แนะนำแหล่งประโยชน์ 6. ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าการเข้ากลุ่ม ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถ ดูแลตนเอง เพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจ มีคุณค่า และมีเครือข่ายทางสังคม ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลัง เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญใน ทุกด้านที่ $p > .05$ ข้อควรคำนึง - การเข้าร่วมกลุ่ม 3 ครั้งอาจไม่มากพอ หรือการนัดพบกันทุก 1 เดือนห่างเกินไป ไปที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คุณภาพชีวิต รวมทั้งคำถามไม่ เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วย มากถึง 20 คน ในกลุ่มที่มีปัญหาด้าน เศรษฐกิจ การที่ครอบครัวไม่มีส่วนร่วม ในกิจกรรมกลุ่ม จึงไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงการรับรู้หรือความรู้สึกนึก คิดที่บุคคลในครอบครัวมีต่อผู้ป่วย และ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการข้างเคียงของ รังสีรักษาในระยะยาวหลายอย่าง	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 10. สุทธิณี พักวิสัย (2545) ชื่อเรื่อง ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ ตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัด การออกแบบวิจัย quasi-experimental ระดับ B วัตถุประสงค์เพื่อ - เปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างที่เข้ากลุ่ม ช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1,2,3 และ 4 - เปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่เข้า รวมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ระยะที่ 1-3 และ ได้รับยาเคมีชนิด CMF regimen ครั้งที่ 1-8 จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ จำนวนครั้งของการให้ยาเคมี ระยะการดำเนินของโรค และคะแนน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนการ ทดลองอยู่ระหว่าง 10-30 และแตกต่างกัน ไม่เกิน 5 คะแนน - เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือในการวิจัย - แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบอร์เกอร์ (1965) ที่แปลและ เรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ซึ่งมีคะแนนความเที่ยงของ แบบวัด ระหว่าง 0.82 - 0.90 วิธีวิจัยและวัดผล - กลุ่มทดลอง ได้รับการแจกคู่มือการ จัดกิจกรรมกลุ่ม มีผู้ป่วยเป็นผู้นำ กลุ่ม ให้เข้ากลุ่ม 4 ครั้ง ใน 9 สัปดาห์ ทุก 1-3 สัปดาห์ ใช้เวลา 45- 60 นาที จำนวนสมาชิก 10 คน - ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง ก่อนและหลังเข้ากลุ่ม ครั้งที่ 1,2,3 และ 4 โดยผู้ทำการวิจัย	การนำไปใช้ - การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับยาเคมี โดยให้สมาชิกเข้ากลุ่มอย่างน้อย 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ทุก 1-3 สัปดาห์ สมาชิกกลุ่มละ 10 คน มี ผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม ทำให้ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง มีมากกว่า กลุ่ม ควบคุม และความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง เพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งที่ เข้าร่วมกลุ่ม ยิ่งเข้ากลุ่มมากยิ่งทำให้ สมาชิกกลุ่มมีความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองมากขึ้นด้วย ข้อดีของงานวิจัย - เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง - มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ากลุ่ม - ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ในทุกเรื่อง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	- กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาล ตามปกติ แจกเอกสารคำแนะนำ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และกำหนดเวลา ประเมินผลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ผลการวิจัย 1.กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้สึกลึก คุณค่าในตนเอง สูงขึ้นหลังการเข้า กลุ่ม โดยคะแนนการเข้ากลุ่ม ครั้งที่ 4 สูงกว่าครั้งที่ 1, 2 และ 3 ที่ $p < .001$, $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ และ ครั้งที่ 3 สูงกว่าครั้งที่ 1 และ 2 ที่ $p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ และ ครั้งที่ 2 สูงกว่าครั้งที่ 1 ที่ $p < .001$ 2. คะแนนความรู้สึกลึกคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มทดลองครั้งที่ 3 และ 4 สูง กว่ากลุ่มควบคุมที่ $p < .05$ แต่ครั้งที่ 1 และ 2 ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง การเข้ากลุ่มก่อให้เกิดความรู้สึกลึก คุณค่าในตนเอง ได้บอกเล่าความรู้สึก ระบายนรก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเจ็บป่วย ได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว การให้ และรับ ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิก ข้อควรคำนึง จำนวนครั้งในการ เข้ากลุ่มยิ่งมาก สมาชิกกลุ่มรู้สึกมี คุณค่าในตนเองมากขึ้น จึงน่าจะมี การดำเนินกลุ่มต่อเนื่องระยะยาว	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง	กลุ่มตัวอย่าง	การนำไปใช้
11. Evans & Connis.(1995)	- ผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 2 ที่รักษาด้วยรังสีรักษาซึ่งมีภาวะซึมเศร้าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 16 ประเมินตามแบบวัด CES - D มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-60	การให้ผู้ป่วยมะเร็งได้เข้าร่วมกลุ่มไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่ 1 ซึ่งป็นกลุ่มปรับความคิดและพฤติกรรม และกลุ่มที่ 2 กลุ่มสนับสนุนทางสังคม
ชื่อเรื่อง	จำนวน 72 คน	สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ดีกว่า
Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment	- มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มที่ 1. กลุ่มปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral treatment) จำนวน 27 คน	ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม โดยการให้เข้ากลุ่ม สัปดาห์ละครั้งในเวลา 1 ชั่วโมง มีสมาชิกกลุ่มละ 6-9 คน
การออกแบบวิจัย	กลุ่มที่ 2. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (social support) จำนวน 21 คน	- การนำกลุ่มไปใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ต้องคำนึงถึงรูปแบบของกลุ่มบำบัด ช่วงเวลาของโรคหรือระยะที่โรคสงบผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีกว่า ผู้นำกลุ่ม
ระดับ A	กลุ่มที่ 3. กลุ่มควบคุม (control group) จำนวน 24 คน	เวลาในการนัดประชุมกลุ่ม และวัตถุประสงค์ที่เหมือนกัน ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าสูง ในระยะแรกหรือระยะสั้นๆ อย่างน้อย 8 สัปดาห์ ควรใช้กลุ่มปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและลดความเครียด ส่วนระยะยาวการใช้กลุ่มสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้ดีกว่า
วัตถุประสงค์เพื่อ	เครื่องมือ ประกอบด้วย	เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นทางการ ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- เปรียบเทียบกลุ่มบำบัดระยะสั้นในผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และติดตามผลในเดือนที่ 6	- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดย The Central for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 -60 คะแนนยิ่งมากภาวะซึมเศร้ายิ่งมาก	
	- แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม(The Social Provisions Scale) สัมพันธ์ถึงภาวะซึมเศร้า และการปรับตัวเมื่อมีความเครียด	
	- แบบประเมินด้านจิตใจ (The SCL-90-R) มีค่าความเที่ยงของแบบวัดระหว่าง 0.77-0.90	
	- แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับ	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	สุขภาพ The Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) มี ค่าความเที่ยงของแบบวัดระหว่าง 0.67-0.77 วิธีวิจัยและวัดผล - กลุ่มที่ 1 และ 2 มีนักสังคม สงเคราะห์เป็นผู้นำกลุ่ม เข้ากลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง รวม 8 ครั้ง สมาชิกกลุ่ม 6-9 คน - กลุ่มที่ 1 จะได้เรียนรู้การฝึกทักษะ การปรับตัว ซึ่งได้แก่ ฝึกการผ่อนคลาย คลาย (progressive muscle relaxation) พร้อมมอบหมายการฝึกทักษะต่อที่ บ้าน สร้างเครือข่ายสนับสนุน การ อภิปรายกลุ่ม และมีการประเมินผล การปฏิบัติ ส่วนกลุ่มที่ 2 ให้สมาชิก ระบายความรู้สึกต่อการเป็นมะเร็ง แลกเปลี่ยนปัญหา ความกังวลและการ จัดการกับปัญหาระหว่างผู้ป่วย - วัดผลโดยการเก็บข้อมูลก่อนการ ทดลอง หลังการเข้ากลุ่มครบ 8 ครั้ง และติดตามผลในเดือนที่ 6 - กลุ่มที่ 3 ไม่มี intervention วัดผล เหมือนกลุ่มที่ 1 และ 2 ผลการวิจัย - กลุ่มที่ 1 และ 2 มีคะแนนความ ซึมเศร้า และความวิตกกังวล ลดลง	ข้อดีของงานวิจัย - เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง - มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม - เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	อย่างมีนัยสำคัญ ที่ ($p < .01$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ 3 - กลุ่มที่ 1 และ 2 จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม 8 ครั้ง มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ที่ $p < .001$ - ขณะที่อาการของโรคสงบ และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้าที่ $p < .001$ - จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่ม มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < .01$ ส่วนขณะที่อาการของโรคสงบเพียงอย่างเดียว ไม่พบความแตกต่าง - หลังการทดลอง กลุ่มที่ 1 และ 2 มีภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการเข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .01$ - การติดตามผลในเดือนที่ 6 ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม social support (กลุ่มที่ 2) สามารถลดภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิตที่แสดงออกทางกายได้ดีกว่ากลุ่มที่ 1 (cognitive-behavioral treatment) ที่ $p < .01$ และ ลดความวิตกกังวลได้ดีกว่าที่ $p < .05$ ข้อควรคำนึง - ในระยะโรคลุกลาม การเสียชีวิตของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้สมาชิกอื่นๆ เสียขวัญและกำลังใจ จึงควรจัดกลุ่มในระยะของโรคใกล้เคียงกัน/	

ตารางที่ 3การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 12. Samarel, Fawcett & Tulman. (1997)	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1- 2 ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 เดือน และ รับการรักษาต่อด้วยเคมีบำบัดหรือ รังสีรักษาและไม่เคยเข้ากลุ่มมาก่อน - จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 181 คน - มีการสุ่มเข้ากลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ - กลุ่มที่ 1 มีคนในครอบครัวเข้าร่วม กลุ่ม (experimental treatment group) จำนวน 58 คน - กลุ่มที่ 2 ไม่มี คนในครอบครัวเข้า ร่วมกลุ่ม (control treatment group) จำนวน 64 คน - กลุ่มที่ 3 ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่ม (no control treatment group) จำนวน 59 คน	การนำไปใช้ กลุ่มสนับสนุนไม่ว่าจะมีคนใน ครอบครัวหรือไม่มีคนในครอบครัว เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน ช่วยให้ผู้ปวย มะเร็งเต้านม ปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ ไม่ได้เข้ากลุ่ม การให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สมาชิกกลุ่ม 4-8 คู่ หรือ 4-8 คน รวม 8 ครั้ง ช่วยเพิ่มสัมพันธภาพระหว่าง บุคคล ทั้งสองกลุ่ม เมื่อวัดผล post test 1 กลุ่มที่ 1 จะเพิ่มสูงกว่ากลุ่มที่ 2 แต่ทั้งสองกลุ่มไม่มีผลต่อ Symptom distress, Emotional distress และ Function Status ในการประเมินระยะ ยาว สัปดาห์ที่ 16 ทั้งสองกลุ่มมี Symptom distress ลดลง เพิ่ม Functional status แต่กลุ่มที่ 2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพิ่ม มากกว่ากลุ่มที่ 1 อาจเกิดจากการที่ ได้เข้ากลุ่มสนับสนุนถึงแม้ไม่มีคน ในครอบครัวแต่ผู้ป่วยเรียนรู้การ ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นจากความคุ้นชิน ที่มากขึ้น ส่วนกลุ่ม 1 อาจเกิดการ พึ่งพาญาติมากขึ้นก็ได้
ชื่อเรื่อง Effect of support groups with coaching on adaptation to early stage breast cancer		
การออกแบบวิจัย experimental pilot study		
ระดับ A		
วัตถุประสงค์เพื่อ - เปรียบเทียบผลของการให้ความรู้ ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนโดยมี คน ในครอบครัว (Coach)เข้าร่วมกลุ่ม กับกลุ่มสนับสนุนที่ไม่มีคนใน ครอบครัวเข้าร่วมกลุ่ม และผู้ป่วยที่ ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนในการ ปรับตัวต่อการวินิจฉัยและการรักษา โรคมะเร็ง	เครื่องมือ ใช้แนวทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1991) ประเมิน 1. The Symptom Distress Scale (SDS) (McCorkle,1987) ประเมิน ความวิตกกังวลจากอาการของโรค ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบวัด .82 2. The Profile of Mood States- Linear Analog Self Assessment (POMS-LASA) (Sutherland, Lockwood, & Cunningham, 1989)	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อการนำไปใช้
	ประเมินด้านอารมณ์ ซึ่งมีค่าความ เที่ยงของแบบวัดเท่ากับ .77	<u>ข้อดีของงานวิจัย</u> - เป็นงานวิจัยที่เป็นการทดลอง
	3. The Inventory of Functional Status- Cancer (IFS-CA) (Tulman, Fawcett,& McEvoy,1991) ประเมิน Function Status ซึ่งมีค่าความเที่ยง ของแบบวัดระหว่าง .64 - .74	เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม ตัวอย่าง - มีการเปรียบเทียบระหว่าง 3 กลุ่ม - จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ
	4. The Relationship Change Scale (RCS) (Guerney, 1977) ประเมิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งมีค่า ความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ.95	
	วิธีดำเนินการและวัดผล - กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เข้ากลุ่ม สัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สมาชิกกลุ่ม 4-8 ราย หรือ 4-8 คู่ รวม 8 ครั้ง วัดผลทำ pre test เมื่อ เริ่มวิจัย ทำ post test 1 หลังเข้ากลุ่ม 8 ครั้ง และ post test 2 ในสัปดาห์ที่ 16 - กลุ่มที่ 3 ทำ pre test ก่อนเริ่มวิจัย post test 1 หลังการรักษาได้ 8 สัปดาห์ และ post test 2 หลังการ รักษาได้ 16 สัปดาห์	
	ผลการวิจัย - กลุ่มที่ 1 การปรับตัวด้าน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพิ่ม มากกว่า กลุ่มที่ 2 และ 3 ใน post test 1 หลังการเข้ากลุ่มครบ 8 ครั้ง	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	และได้รับการรักษา 8 สัปดาห์ โดย เพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ 2 ที่ $p = .001$ - กลุ่มที่ 1 และ 2 ไม่มีผลต่อการลด Symptom distress, Emotional distress และเพิ่ม Functional status ใน post test 1 - กลุ่มที่ 1 Symptom distress ลดลง จาก post test 1 ถึง post test 2 ที่ $p < .001$ Functional status เพิ่มขึ้นจาก post test 1 ถึง post test 2 ที่ $p < .001$ - กลุ่มที่ 1 และ 2 Symptom distress ลดลงทำให้ Emotional distress ลดลง และเพิ่ม Functional status ที่ $p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ และ Emotional distress ลดลงมีผลต่อการ เพิ่มของ Quality of relationsh และ Functional status ที่ $p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับกลุ่มที่ 2 post test 2 สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เพิ่ม มากกว่ากลุ่มที่ 1 ส่วนกลุ่มที่ 3 ไม่ได้ เข้ากลุ่มการปรับตัวในทุกด้านแย่งลง ข้อควรคำนึง -จากปัญหาสุขภาพที่แย่งลง และ ผลข้างเคียงของยาเคมีที่รุนแรงทำ ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มได้ไม่ต่อเนื่อง มีผล ต่อการปรับตัว รวมทั้งไม่สามารถ ติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 13. Barg and Gullatte. (2001)	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา (African Americans) ที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนของโบสถ์ตั้งแต่ปี ค.ศ.1997 จำนวน 248 ราย	การนำไปใช้ งานวิจัยในคอนอเมริกันเชื้อสายแอฟริกาทำให้ผลเช่นเดียวกัน คือต้องการให้ผู้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและมีความหวัง ในการมีชีวิตอยู่ในขณะที่เป็นมะเร็งได้แลกเปลี่ยนความเชื่อคุณค่าและศรัทธาซึ่งกันและกัน
ชื่อเรื่อง Cancer support groups: meeting the needs of African Americans with cancer	เครื่องมือในการวิจัย - โปรแกรมการสอนในโบสถ์ (Church – based program) - ประเมินผู้ป่วยตามแนว 5DS คือ 1.dependence ความรู้สึกพึ่งพาคนอื่น 2. disruption แผนของชีวิตที่เสียไป 3. disability ความเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของร่างกายและการเรียนรู้ในการปรับพฤติกรรม 4. disfigurement การเปลี่ยนแปลงรูปลักษณะและการรักษาความมีคุณค่า 5. death ความคิดของบุคคลเกี่ยวกับความตาย	สนับสนุนว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ควรส่งต่อผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มสนับสนุนหรือสร้างกลุ่มขึ้นสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง การเริ่มจัดกลุ่มควรให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นในความต้องการของแต่ละบุคคลด้วย การจัดกลุ่มควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาเพื่อลดความกลัวที่ไม่ถูกต้อง และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแล จัดให้มีการอภิปรายเรื่องความปวด ความกลัว และการจัดการ จะช่วยให้การระบายความทุกข์ ตลอดจนให้มีการเล่าเรื่อง จะช่วยให้สมาชิกเกิดอารมณ์ขันได้ ซึ่งนำไปสู่การพูดคุยในสิ่งทีคิดว่าเป็นตราบาป (Taboo) ในกลุ่ม
การออกแบบวิจัย descriptive, intervention research		
ระดับ c		
วัตถุประสงค์เพื่อ - ศึกษาวิธีการที่เหมาะสมตามวัฒนธรรมของการใช้กลุ่มสนับสนุนในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในอเมริกาที่มีเชื้อสายแอฟริกา	วิธีวิจัยและวัดผล - จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนในโบสถ์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง โดยมีเป้าหมาย 3 ประการ 1.เปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความกลัวและความวิตกกังวล	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	2.ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง 3.บริการด้านอุปกรณ์ การให้ คำปรึกษา การเงิน อาชีพ ตามวัฒนธรรมของผู้ป่วย - สอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วย - ผู้ป่วยพบกันเดือนละครั้งที่โบสถ์ วัดผลจาก ผลการวิจัยที่ผ่านมาและ ประสบการณ์ สรุปผลตาม SDS ของ Holland and other (2001) ผลการวิจัย ได้ความรู้เฉพาะเจาะจงตามอวัยวะที่ เกิดมะเร็ง มีทางเลือกการรักษา มากกว่า 1 ทาง รับรู้คำรักษา เป็นการ รักษาตามที่เคยปฏิบัติและการรักษา ทางเลือก ข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ ชัดเจน มีความศรัทธาและเชื่อว่า สามารถรักษาได้ เชื่อในพระเจ้า ได้ ประสบการณ์ตรงจากคนอื่นในกลุ่ม ค้นพบคำถามที่ว่าทำไมต้องเป็นฉัน อิสระที่จะพูดถึง พระเจ้า โศก ศรัทธา ปฏิหารย์ได้ จากการเข้ากลุ่มโดยใช้โบสถ์ มี แนวคิดสำคัญ 3 ประการ ในกลุ่มเน้น ที่ ชีวิต ความหวัง และอารมณ์ขัน ในบริบทของจิตวิญญาณ ความ ศรัทธา และความเชื่อทางศาสนา ข้อควรคำนึง เป็นการศึกษาในกลุ่ม เชื้อชาติและวัฒนธรรมเดียวเท่านั้น	<u>ข้อดีของงานวิจัย</u> - เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติใน สถานการณ์จริงจากการพบปะกัน ในโบสถ์ - อธิบายเชิงคุณภาพโดยมีแนวทางที่ แน่นอน

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 14. Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al.,(2002)	กลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะ T1 -T2 ใน San Francisco ซึ่ง อายุมากกว่า 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งภายใน 6 เดือน และเข้าร่วม กลุ่มสนับสนุนอย่างน้อย 1 ครั้ง จาก 10 กลุ่มสนับสนุน จำนวน 96 คน - กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ระยะ T1 -T2 ซึ่งลงทะเบียนใน Ca PSURE และติดตามการรักษาครบ 1 ปี จำนวน 1,966 คน แต่ไม่ได้เข้ากลุ่ม สนับสนุน ใน USA จาก 35 คลินิก ของแพทยระบบทางเดินปัสสาวะ	การนำไปใช้ ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ที่ใช้ กลุ่มสนับสนุนทางสังคม เดือนละ ครั้ง ติดตามในระยะยาว 1 ปี สามารถเลือกวิธีการรักษาที่ เหมาะสมกับตนเอง มีความพึง พอใจในการรักษา สามารถจัดการกับ อาการข้างเคียงจากการรักษา บรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรค ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถ ดูแลสุขภาพกาย จิต ได้ดีกว่าผู้ป่วย ที่ไม่ได้เข้ากลุ่มสนับสนุน
ชื่อเรื่อง Sociodemographic characteristics and health related quality of life in men attending prostate cancer support groups การออกแบบวิจัย descriptive : retrospective ระดับ B	เครื่องมือ 1. Baseline questionnaire วัดลักษณะ สังคมประชากรและทางคลินิก 2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย - RAND SF-36 Health Survey-1 ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ ความ ปวด บอบทางสังคม - UCLA Prostate Cancer Index (PCI) ประเมิน urinary, bowel and sexual function and bother ซึ่งทั้งสองมีค่า ความเที่ยงของแบบวัดระหว่าง 0.72-0.86 ทุกข้อคำถาม 3. ค่าถามความพึงพอใจ การบรรเทา อาการ การรบกวนจากผลข้างเคียงของ	ข้อดีของงานวิจัย - มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม - เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเมินความคิดเห็นตามแบบทดสอบ ที่ครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ - กลุ่มตัวอย่างมากพอใช้อย่างอิง - กลุ่มตัวอย่างมีระยะของโรค ใกล้เคียงกัน
วัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบความต่างตามลักษณะ สังคมประชากรและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่เข้า กลุ่มสนับสนุน กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้า กลุ่มแต่ลงทะเบียนใน Ca PSURE (Cancer of the Prostate Strategic Urological Research Endeavor) ติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี		

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	การรักษา วิธีวิจัยและวัดผล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน 1.เก็บข้อมูลลักษณะทางสังคม ประชากรและทางคลินิก แรกพบ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว 2. วัดความพึงพอใจของการรักษา ผลข้างเคียงและการบรรเทาอาการ 3. วัดคุณภาพชีวิตด้วย RAND SF-36 และ UCLA (PCI) ทุก 6 เดือน สำหรับกลุ่ม Ca PSURE (เป็นการ ลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งต่อม ลูกหมาก) ติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี ผลการวิจัย ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 80 มีการเข้าประชุมกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง หรือเดือนละครั้ง ร้อยละ 25 มีผู้ป่วย เป็นผู้นำกลุ่ม ลักษณะผู้ป่วยที่ใช้กลุ่ม สนับสนุน ส่วนใหญ่ มีรายได้ และ การศึกษาสูงกว่ากลุ่ม Ca PSURE ที่ $p < 0.0001$ และค่าเฉลี่ยของ PSA แรก วินิจฉัยในกลุ่มสนับสนุนน้อยกว่า และค่า Gleason scores สูงกว่าของกลุ่ม Ca PSURE ที่ระดับ $p = 0.032$ และ $p < 0.0001$ ตามลำดับ ผู้ป่วยในกลุ่ม สนับสนุน ร้อยละ 69.4 ได้รับการ	

ตารางที่ 3การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	รักษา 2 วิธี หรือมากกว่า ในจำนวนนี้ ร้อยละ 56 ได้รับรังสีรักษา ร้อยละ 42 ได้รับการ ผ่าตัดต่อม ลูกหมากออกทั้งหมด ร้อยละ 45 รักษา ด้วยฮอร์โมน ในทางตรงกันข้าม ร้อยละ 35.9 กลุ่ม Ca PSURE ที่ได้รับ การรักษามากกว่า 1 วิธี ในกลุ่มสนับสนุน ร้อยละ 76.3 มี ความพึงพอใจต่อการรักษา ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่รับการรักษา มะเร็ง พบ การรบกวนจากผลข้างเคียงน้อยมากถึง ไม่มี และร้อยละ 61 สามารถจัดการ อาการข้างเคียงได้ และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน สูงกว่ากลุ่ม Ca PSURE เมื่อติดตาม ผล 1 ปี การประเมิน UCLA (PCI) sexual function เพิ่มขึ้นที่ $p < 0001$ และ sexual bother ลดลง $p < 00001$ ส่วน Urinary and bowel function สูงขึ้นในบางครั้งของการเข้ากลุ่ม ถึงแม้จะไม่มีนัยสำคัญ แต่ Urinary and bowel bother ในผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม สนับสนุน น้อยกว่ากลุ่ม Ca PSURE ที่ $p < 0.05$ ข้อควรคำนึง ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน น่าจะ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการรวมกลุ่ม กันเฉยๆ ไม่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 15. Breau and Norman. (2003)	กลุ่มตัวอย่าง 1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (PC) ใน Halifax, Nova Scotia หลังรักษาและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งภายใน 5 ปี อายุมากกว่า 65 ปี ผู้ชาย จำนวน 40 คน และญาติผู้ดูแล ผู้หญิงจำนวน 5 คน 2. ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (IC) ในอเมริกาเหนือ ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 90) อายุ 35-55 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยภายใน 5-7 ปี จำนวน 20 คน หญิง 15 คน ชาย 5 คน	การนำไปใช้ ลักษณะผู้ป่วยและโรคที่ต่างกัน เป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองด้วยเหตุผลที่ต่างกัน นอกจากนี้ยังมีความต่างของวัตถุประสงค์ในการรักษาซึ่งมีผลต่อการจัดรูปแบบและเนื้อหาของการพูดคุยในกลุ่มต่างกัน ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากใช้กลุ่มสนับสนุน ในการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องโรค ก่อนและหลังการรักษาให้ยอมรับการวินิจฉัย ทำให้ทราบสาเหตุของโรค วิธีการรักษาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยเข้ากลุ่มเดือนละครั้ง ในเวลา 90 นาที แต่จะให้กลุ่มมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรดึงคู่สมรส เข้ามามีส่วนร่วม และมีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะเป็นที่ปรึกษาทำให้ผู้ป่วยมั่นใจมากขึ้น ส่วนในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะอักเสบซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดในผู้หญิงเสียส่วนใหญ่ และการรักษาเป็นแบบประคับประคอง ผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนทางสังคม ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์ และเพิ่มทักษะการปรับตัว
ชื่อเรื่อง The role of self-help groups in education and supporting patients with prostate cancer and interstitial cystitis		
การออกแบบวิจัย experimental : attened SHG meeting		
ระดับ B วัตถุประสงค์เพื่อ - พิสูจน์และเปรียบเทียบ ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากกับผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะอักเสบ และประเมินบทบาทของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางสังคม	เครื่องมือ - ผู้วิจัยสังเกตการณ์ SHG meeting - - แบบสอบถามความต้องการในการเข้าร่วมกลุ่มของผู้ป่วยโดยผู้วิจัย วิธีวิจัยและวัดผล ทั้งสองกลุ่มจัดให้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเดือนละครั้งละ 90 นาทีโดยผู้วิจัยเข้าไปสังเกตการณ์ - ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก มีผู้นำกลุ่มเป็นผู้ป่วย มี เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษา การพัฒนางานวิจัย ทักษะการเผชิญความเครียด การจัดการกับอวัยวะเพศที่ไม่แข็งตัวและควบคุมปัสสาวะไม่ได้ ให้ผู้ป่วยมีการปรึกษาซึ่งกันและกัน	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	- ในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะอักเสบ มีผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ จัดเก้าอี้ให้นั่งโต๊ะกลมที่มองเห็นกัน ทั้งหมด มีทิมสุขภาพ ที่พูดเรื่องการ ทำวิจัย โภชนาการ การใช้พลังสัมผัส และทักษะการปรับตัว และใช้เวลา ครึ่งหนึ่งในการอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผลการวิจัย พบว่า SHG เป็นแหล่งประโยชน์ที่มี ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกัน ช่วยสนับสนุนด้าน อารมณ์และเพิ่มทักษะการปรับตัว มากกว่ารูปแบบการช่วยเหลืออื่นๆ ทั้งสองกลุ่มมีเหตุผลในการเข้ากลุ่ม แตกต่างกัน กลุ่ม PC ใช้ SHG เป็น ตัวกลางในการสนับสนุนและการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค - ร้อยละ 77-90 เมื่อเข้ากลุ่มมีความรู้ เกี่ยวกับการรักษาและโรคเพิ่มขึ้น - ร้อยละ 89 รู้สึกมีส่วนร่วมในการ รักษาเมื่อได้เข้ากลุ่ม ส่วนผู้ป่วย IC ใช้ SHG ในการ สนับสนุนทางสังคม เพิ่มทักษะการ ปรับตัว และยอมรับว่าเป็นวิธีการให้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาดีกว่า	<u>ข้อดีของงานวิจัย</u> - มีการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย มะเร็งในเพศชายและผู้ป่วยเรื้อรังใน เพศหญิงที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	วิธีการช่วยเหลือตนเองแบบอื่นๆ แต่ร้อยละ 20 ไม่เข้ากลุ่มเพราะไม่ต้องการข้อมูลเพิ่ม ร้อยละ 90 ไม่มีเวลาเข้ากลุ่ม ร้อยละ 53 ตระหนักถึงความสำคัญในการเข้ากลุ่ม ร้อยละ 29 ของ IC ใช้ SHG เต็มที่ ผู้ป่วย PC เกือบทั้งหมดต้องการให้กลุ่มสมรส และ Urologist เข้าร่วมกลุ่มด้วย การเข้าร่วมกลุ่มของ PC และ IC พบว่าคนผิวดำไม่ได้เข้ากลุ่มทั้งที่โรคนี้พบมากในคนผิวดำ ข้อควรคำนึง ผู้ป่วยที่โรคต่างกันมีความต้องการหรือจุดประสงค์ในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่างกัน ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในเพศชาย ต้องการกลุ่มสมรสเข้าร่วมกลุ่มเพื่อรับรู้ปัญหาของตนเอง และต้องการที่ปรึกษาในกลุ่มเป็นแพทย์เฉพาะทางเดินปัสสาวะโดยตรง	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 16. Docherty. (2004) ชื่อเรื่อง Experience, function and benefits of a cancer support group การออกแบบวิจัย qualitative study ระดับ C วัตถุประสงค์เพื่อ - เพื่อศึกษาโครงสร้างและผลของ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะ การใช้ประสบการณ์ของสมาชิก ความพอใจของสมาชิกและคุณภาพ การบริการโดยใช้ประสบการณ์ของผู้ป่วย ในระหว่างรักษาโรคมะเร็ง	กลุ่มตัวอย่าง - คัดเลือกมาจากกลุ่มสนับสนุน 27 กลุ่มใน West Midlands ได้กลุ่ม ตัวอย่าง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 12 ราย มะเร็งลำไส้ 2 ราย มะเร็งปอด 1 ราย มะเร็งกล่องเสียง 1 ราย มะเร็งต่อม น้ำเหลือง 1 ราย และ ไม่ได้ระบุชนิด มะเร็ง 1 ราย (หญิง 14 ชาย 4) ญาติ ผู้ดูแล 6 ราย (หญิง 2 ชาย 4) พยาบาล 1 ราย ซึ่งมีอายุ 43 -78 ปีรวม 25 ราย เครื่องมือในการวิจัย Focus group design วิธีวิจัยและวัดผล - แบ่งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลออกเป็น 3 กลุ่มๆละ 7-10 คน หนึ่งกลุ่มมี พยาบาลร่วมอยู่ด้วย ใช้เวลาประชุม กลุ่ม 1 ½ ชั่วโมง - ผู้วิจัยของอนุญาต กลุ่มตัวอย่างอัด เทปขณะที่ผู้ป่วยเข้า Focus group และ เล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับ โรค การรักษา สถานที่รักษา ผู้ดูแล ระยะเวลาบำบัด และบทบาทหน้าที่ รวมทั้งประโยชน์ของการใช้กลุ่ม สนับสนุน และนำมาถอดเทป ผลการวิจัย 1. ผลด้านจิตใจจากการเป็นมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าเป็นปัจจัยการของชีวิต	การนำไปใช้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่สามารถนำ ผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อประโยชน์ในการวางแผน พัฒนา รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็ง ใน การให้ข้อมูล คำแนะนำที่เหมาะสม เฉพาะกับผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นมะเร็ง ซึ่งการรักษาและการ ติดตามที่ดี จะช่วยให้ความรู้สึกไร้ค่า ไว้อนาถลดลง แต่ควรใส่ใจอย่าง จริงจังและควรเตรียมกลุ่มสนับสนุน ที่ดี เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแล ต่อเนื่อง รูปแบบของกลุ่มสนับสนุน ขึ้นอยู่กับ ข้อมูลประสบการณ์ของ สมาชิกกลุ่ม บทบาทของกลุ่มต่อ สมาชิกแต่ละคนและควรได้รับความ ร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษา เจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะ ตกใจ นอกจากนี้ต้องสร้างกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองให้เพียงพอในการ บริการผู้ป่วย

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ผู้ป่วยรู้สึกไร้ค่า ไร้อนาคตเมื่อเป็นมะเร็ง จะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาและ ติดตามในทางที่ดี แต่อารมณ์ในทางลบก็ ยังมีอยู่เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความกลัวกับ การกลับมาของโรค	ข้อดีของงานวิจัย - เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ได้ ข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ จริง ในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง
	2. การสนับสนุน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ การเข้ากลุ่มทั้งระยะสั้นและระยะยาว ชนิดการสนับสนุนแตกต่างกันไปตาม ลักษณะของผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การรักษา และการมีส่วน ร่วมของครอบครัว เพื่อน ผู้ป่วยอื่นๆ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ซึ่งต้อง สามารถตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่มีปัญหาการ สื่อสาร สมาชิกกลุ่มต้องการ การ สนับสนุนด้านการรักษาและด้าน อารมณ์ ส่วนผู้นำกลุ่มต้องการเพิ่ม ความรู้สึกล้นคลาและสนองตอบ ความต้องการของสมาชิกได้ เพิ่ม ความรู้ ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ส่วน ญาติผู้ดูแลต้องการข้อมูลที่ถูกต้องเป็น จริงเช่นเดียวเหมือนเขาป่วยเอง ซึ่ง ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลรู้สึกในทางบวก	
	3. การเผชิญปัญหา ใช้ 2 รูปแบบ 3.1 การปฏิเสธ เมื่อความคิดด้านลบ เกิดขึ้น เมื่อเข้ากลุ่มจะได้คำตอบที่จะ จัดการกับความคิดด้านลบ	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	3.2 ตระหนักตกใจ เมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็ง สมาชิกรู้สึกเหมือนโลกแยกออกเป็น ส่วนๆ จึงต้องการแพทย์ผู้ชำนาญ หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในการให้ ข้อมูล การดูแล ช่วยในการตัดสินใจ เป็นผู้ให้คำปรึกษา 4. กลุ่มสนับสนุนด้านมะเร็ง ไม่เพียงพอ ต่อความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็น แหล่งช่วยเหลือ จากองค์กรภายนอกที่ช่วยเหลือและให้ข้อมูลการรักษาเสริม รวมทั้งทางเลือกอื่นๆ ผลการเข้ากลุ่มสนับสนุน ทำให้ สมาชิกได้รับประสบการณ์ที่ดีจากผู้มี ประสบการณ์ตรงในด้านความเห็นอกเห็นใจ ความเมตตา บรรเทาความกลัว ได้รับ ข้อมูลอย่างต่อเนื่องเหมือนครอบครัว ข้อควรคำนึง ร.พ บางแห่งยังขาดการสนับสนุน ขาด ทิศทางที่แน่นอน และขาดการ ประสานสัมพันธ์	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 17. Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, (2005) ชื่อเรื่อง Evaluating peer support for prostate cancer: the prostate cancer peer support inventory การออกแบบวิจัย survey research : descriptive ระดับ C วัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาการรับรู้ผลของการ เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและ กันของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก 2. ศึกษาตัวทำนายผลจากการ เข้าร่วมกลุ่ม	กลุ่มตัวอย่าง - ผู้ป่วยชายที่เป็นมะเร็งต่อม ลูกหมาก จำนวน 1,224 คน จาก กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 44 กลุ่ม ทั้ง ประเทศออสเตรเลีย เครื่องมือในการวิจัย - Prostate Cancer peer Support Inventory (PCSI) วัดลักษณะสังคม ประชากร การศึกษาและการปรับตัว ด้านบวก (PPS) ซึ่งมีค่าความเที่ยง ของแบบวัดเท่ากับ 0.88 และด้าน ลบ (NPS) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของ แบบวัดเท่ากับ 0.55 - the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) วัด psychological distress ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบ วัดเท่ากับ 0.93 ถ้าคะแนน >50 หมายถึงมี PTSD - the UCLA Prostate cancer index bother scales วัด quality of life ซึ่ง มีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ 0.89 โดยประเมินการรบกวนจาก อาการปวดและภาวะเหนื่อยหัด - คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยแสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ ในการเข้ากลุ่ม - แบบสำรวจข้อมูลผู้นำกลุ่ม เกี่ยวกับลักษณะกลุ่ม ขนาด และ	การนำไปใช้ ถึงแม้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ แต่กลุ่ม ตัวอย่างมีจำนวนมากพอที่จะนำผล ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำกลุ่ม สนับสนุนไปใช้ประโยชน์ในการ วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งต่อม ลูกหมาก เพื่อพัฒนารูปแบบการ ช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในเพศชาย การให้ข้อมูล คำแนะนำที่เหมาะสม โดยตรงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนั้นๆ การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน ทำให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะ โศกเศร้า และอาการปวด ทำให้ผู้ป่วย รู้สึกมีคุณค่า และมีกำลังใจในการ ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหวัง ส่วนการจัดกลุ่มสนับสนุน ช่วยใน เรื่องข้อมูลและการสนับสนุนทาง อารมณ์ที่ลงทุนน้อย

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	รูปแบบการนำกลุ่ม - ทุกกลุ่มเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์ วิธีวิจัยและวัดผล ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ผลการวิจัย สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มนาน 29.8 เดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 88 คิดว่าควรเข้ากลุ่มเมื่อเริ่มได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 68 เข้ากลุ่มโดยแพทย์เป็นผู้สนับสนุน และเกือบทั้งหมดพึงพอใจในการได้เข้ากลุ่ม ประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของบุคคล ไม่ใช่กลุ่มที่ต่างกัน รวมทั้งทัศนคติของแพทย์ต่อการเข้ากลุ่มซึ่งมีอิทธิพลต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มและพัฒนาต่อเนื่อง ร้อยละ 71 ผู้นำกลุ่มเป็นผู้ป่วยด้วยตนเองที่เหลือเป็นผู้ชำนาญการทางด้านสุขภาพ และครึ่งหนึ่งของผู้นำกลุ่มไม่เคยทำงานทางการแพทย์ ร้อยละ 93 มีการนัดพบปะพูดคุย นอกนั้นมีการติดต่อทางโทรศัพท์หรือจดหมาย ร้อยละ 81 เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความรู้ การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนส่วนใหญ่ให้ผลทางบวก ทำให้ความปวดลดลง คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดภาวะโศกเศร้าหรือช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์	ข้อดีของงานวิจัย - เป็นการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน - กลุ่มตัวอย่างมากพอที่จะอ้างอิง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ลดการแยกตัวออกจากสังคม ลด ค่าใช้จ่ายโดยมีปัจจัยที่สำคัญคือ อายุ ระดับการศึกษา อาการปวด และการ สนับสนุนจากแพทย์ผู้รักษา ข้อควรคำนึง เนื่องจากเก็บข้อมูลโดยการส่ง แบบสอบถามทางไปรษณีย์ ได้รับ การตอบเพียงร้อยละ 51 และเป็น การศึกษาที่ไม่ระบุตัวบุคคลจึงไม่ สามารถติดตามได้	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
ผู้แต่ง 18. Zabalegui, Sanchez, Sanchez, Juando.,(2005)	กลุ่มตัวอย่าง - งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ทุกชนิดที่เป็น RTC จำนวน 20 เรื่อง จาก 14 ฐานข้อมูลของงานวิจัยระหว่าง 20 ปีที่ผ่านมา	การนำไปใช้ การนำกลุ่มสนับสนุนไปประยุกต์ใช้ควรคำนึงถึง - ระยะแรกของการดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นสหวิชาชีพ แต่ถ้าดำเนินการต่อเนื่องควรฝึกผู้นำกลุ่มจากผู้ป่วยด้วยกันเอง
ชื่อเรื่อง Nursing and cancer support groups	เครื่องมือ - Jadad Scale and Consort Statement Checklist วัดคุณภาพงานวิจัย ใช้ SPSS program วิเคราะห์	- ควรมีการฝึกทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มให้กับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ - การประชุมกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง และดำเนินการต่อเนื่องน่าจะเป็นผลดีในการนำกลุ่มสนับสนุนมาใช้
การออกแบบวิจัย meta-analysis of RTC	วิธีดำเนินการและวัดผล 1. เป็นการศึกษาจาก 14 databases ใน 20 ปีที่ผ่านมาจาก journals ตั้งแต่ปี ค.ศ.1981-2001 2. ค้นหางานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ - เป็น primary study เกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิทยาศาสตร์ที่มี peer review เป็น randomized controlled trials และมีวิธีการศึกษาที่มีคุณภาพ มีอำนาจเพียงพอที่จะ combine กับงานวิจัยอื่นเพื่อนำมาวิเคราะห์ meta-analysis	- จำนวนสมาชิกที่ร่วมประชุมกลุ่มแต่ละครั้งต้องสัมพันธ์กับระยะเวลาในการประชุมกลุ่ม - ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรคและชนิดของรักษา ในกลุ่มตัวอย่างต้องใกล้เคียงกัน - ประสิทธิภาพของกลุ่มสามารถลดความซึมเศร้า ความวิตกกังวล เพิ่มคุณภาพชีวิต การปรับตัวและสัมพันธภาพของคู่สมรส
ระดับ A		ข้อดีของงานวิจัย - ศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็ง - เลือกเฉพาะงานวิจัยที่เป็น RTC - มีความเชื่อมั่นสูง
วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มสนับสนุนทางสังคม จากงานวิจัยที่เป็น RTC ในผู้ป่วยมะเร็ง		

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	ผลการวิจัย - ทำการศึกษาโดยนักจิตวิทยา ร้อยละ 45 พยาบาลร้อยละ 35 และแพทย์ ร้อยละ 20 ผู้นำกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็น สหวิชาชีพ ร้อยละ 52 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่ม ร้อยละ 65 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อีกร้อยละ 5 เป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก - ร้อยละ 95 มีการประชุมกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลา 1.30-2 ชม ประชุมกลุ่มต่อเนื่องเฉลี่ย 14 สัปดาห์ ประสิทธิผลของกลุ่มมีประโยชน์ในด้านจิตสังคมและการพัฒนาด้านอารมณ์ ดังนี้ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ช่วยให้คุณภาพชีวิตและการปรับตัวต่อโรคได้ดีขึ้น รวมทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นแต่ไม่เพิ่มอัตราการอยู่รอด มีรายละเอียดงานวิจัยดังนี้ 1. ลด Depression มีการศึกษา 12 เรื่อง เพียง 1 เรื่องไม่พบความแตกต่างแต่ผลโดยรวม การเป็น สมาชิกกลุ่มสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ลด Anxiety มีการศึกษา 11 เรื่อง พบเพียง 1 เรื่องไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกลุ่ม แต่ผลโดยรวมการเป็น	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และข้อควรคำนึงถึง
ในการดำเนินการกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ชื่อเรื่อง การออกแบบวิจัย/ ระดับ/วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง/ เครื่องมือ วิธีวิจัย/ การวัดผล ผลการวิจัย / ข้อควรคำนึง	การวิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานทางวิชาการ เพื่อนำไปใช้
	สมาชิกกลุ่มสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วย มะเร็งลดความวิตกกังวลอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.00001$ 3. คุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการศึกษา 6 เรื่อง มี 2 เรื่องไม่พบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มที่ ไม่เข้าร่วมกลุ่ม แต่ผลโดยรวมการ เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $p < 0.01$ 4. การปรับตัวดีขึ้น มีการศึกษา 8 เรื่อง 2 เรื่องไม่พบความแตกต่างระหว่าง กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มที่ไม่เข้า ร่วมกลุ่ม แต่ผลโดยรวมการ เข้าร่วม กลุ่มสนับสนุนทำให้ผู้ป่วยมีการ ปรับตัวได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $p < 0.001$ 5. สัมพันธภาพของคู่สมรส มี การศึกษา 2 เรื่อง พบว่าการเข้าร่วม ทำ ให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางเพศดีขึ้น 6. อัตราการรอดชีวิต มีการศึกษา 3 เรื่อง ไม่พบความแตกต่างระหว่าง กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มกับกลุ่มที่ไม่เข้า ร่วมกลุ่ม ข้อควรคำนึง - ความต่างของแบบประเมินที่แต่ละ งานวิจัยนำมาใช้ และ เป็นกลุ่ม สนับสนุนที่รวมกลุ่มทางจิตเวชด้วย	

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งในด้านต่างๆ รวมทั้งอุปสรรคและข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992-2007 (พ.ศ. 2535-2550) งานวิจัย จำนวน 18 เรื่อง เป็นงานวิจัยในประเทศ จำนวน 10 เรื่อง และงานวิจัยในต่างประเทศจำนวน 8 เรื่อง เมื่อพิจารณาคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่างานวิจัยที่เป็น randomized controlled trial (ระดับ A) จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นเชิงทดลอง แต่ไม่ได้ทำการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (random assignment) หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) (ระดับ B) จำนวน 10 เรื่อง และงานวิจัยระดับ C ที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือบทความทางวิชาการจำนวน 5 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยและบทความทางวิชาการ 18 เรื่องที่เลือกมาศึกษา มีสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมดรวม 1,888 ราย ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือกลุ่มสนับสนุน แต่ละกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชนิดเดียวกันจำนวน 14 เรื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 5 เรื่อง (ครุณี ชุมหวัด, ยุติ ภาฯ และ บุญขึ้น อิ่มมาก, 2540; พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; สุทธิณี พัตวิสัย, 2545; Samarel, Fawcett & Tulma, 1997.) ส่วนใหญ่ระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 1-3 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและตามด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 3 เรื่อง (นันทา เกียรติกิจวาฬไกล, 2540; สายปัญญา คงพันธ์, 2535; สุรีย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543.) ผู้ป่วยทั้งหมดรักษาด้วยรังสีรักษา ซึ่งมีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 1-3 เช่นกัน ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก 3 เรื่อง (Breaux & Norman, 1995; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al., 2002; Steginga, Pinnock, Gardner & Dunn, 2005) ส่วนใหญ่ไม่กล่าวถึงระยะของโรคและวิธีการรักษา และผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่กำหนดชนิดของมะเร็ง เป็นการรวมกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายชนิด จำนวน 4 เรื่อง (Docherty, 2004; Evans & Connis, 1995; Franoes & Mary, 2001; Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005) ทั้งสี่กลุ่มไม่ทราบระยะของโรค มีเพียงหนึ่งกลุ่มที่บอกว่ารักษาด้วยรังสีรักษา

ผลที่ได้จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือกลุ่มสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็ง จากการทบทวนงานวิจัยและบทความทางวิชาการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเอง สามารถดูแลตนเอง เพื่อดำรงชีวิตอยู่กับมะเร็งได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพทางกาย จิตและจิตวิญญาณ เกิดการเรียนรู้

การเห็นคุณค่าเพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมีเพื่อนๆ สมาชิกกลุ่ม ครอบครัว และบุคคลรอบข้าง คอยสนับสนุนให้กำลังใจ ปลอบใจ เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มรู้สึกมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น ซึ่งสรุปผลจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อความที่ถึงถึงหรืออุปสรรค

กลุ่มสาระ	ระดับงานวิจัย ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การดูแล/ผู้ในกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม/ การวัดผล	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/ SG**	กลุ่มควบคุม		
1. มะเร็งเต้านม จำนวน 5 เรื่อง	เรื่องที่ 1 ระดับ B โดย พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล (2538)	20	20	ระยะของโรค ระยะที่ 2-3 การรักษา หลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่ม 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที สมาชิกกลุ่ม ๆ ละ 3 -7 ราย มีการแจกคู่มือการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่ม พยาบาลผู้ทำการวิจัย การวัดผล วัดผลหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กิจกรรมกลุ่ม ใช้กระบวนการกลุ่มให้ความรู้และประเมินผลการปรับตัวตามแบบสอบถามการปรับตัว ของ วิไลลักษณ์ จันททรัพย์ (พ.ศ.2534)	ผล ผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้าน บทบาทหน้าที่ได้ ถึงแม้ไม่ครอบคลุมทุกด้าน อุปสรรค อาจเกิดจากจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกลุ่มไม่มากพอ และผลกระทบจากการรักษาและการข้างเคียง ข้อเสนอแนะ พึงศึกษากลุ่มให้ผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มสาระ	ระดับงานวิจัย ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การดำเนินการกลุ่ม / การวัดผล / ผู้ในกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/ SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 2 ระดับ B โดย ดร.ณิ ชุณหะวัณ ยุวดี ภาษา และบุญชื่น อิ่มมาก (2540)	20	-	ระยะของโรค ระยะที่ 2 การรักษา หลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่ม 3 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ทุก 3 สัปดาห์ สมาชิกกลุ่ม 20 คน ผู้ในกลุ่ม ผู้ป่วยเป็นผู้ในกลุ่ม การวัดผล วัดผลก่อนและหลังเข้ากลุ่มครบ 3 ครั้ง กิจกรรมกลุ่ม ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยสังเกตปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มโดยใช้แบบสังเกตปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มของแบบ (Bales, 1970) และวัดคุณภาพชีวิตตามแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ปรับปรุงจากแบบวัดของ Padilla and Grant (1985)	ผล คุณภาพชีวิตโดยรวมและความผูกพันด้านร่างกายเพิ่มขึ้นรวมทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่แก้ปัญหาและพฤติกรรมที่ตอบสนองทางอารมณ์ด้านบวก แต่ไม่ครอบคลุมทุกด้าน อุปสรรค เกิดจากภาวะสุขภาพของสมาชิกเอง ภาระหน้าที่ ปัญหาการเดินทางและค่าใช้จ่าย บางครั้งสมาชิกในกลุ่มมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยบางรายได้ประโยชน์จากการเข้าร่วมกลุ่ม ข้อเสนอแนะ ให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่นำกลุ่มในระยะแรกเพื่อการประสานงานที่ดี และสมาชิกควรเป็นกลุ่มเดิมเพื่อให้บรรยากาศเป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจ

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/ การวัดผล / ผู้นำกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 3 ระดับ C โดย มณฑา ลิ้มทองกุล (2542)	125	-	ระยะของโรค ระยะที่ 1-2 การรักษา หลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่มทุก 3-4 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที สมาชิกกลุ่ม 6-17 ราย ผู้นำกลุ่ม พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก ต่อมาฝึกให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม การวัดผล วัดผลหลังเข้ากลุ่มครบ 3 ครั้ง กิจกรรมกลุ่ม ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและประเมินผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค, (1991)	ผลที่ได้รับ 4 ด้าน 1. ด้านอารมณ์ ผู้รับกำลังใจจากเพื่อน ทำให้มีความหวัง 2. ด้านการตอบสนอง รู้สึกมีคุณค่า สามารถดูแลตนเองและปรับตัวยอมรับสภาพการเจ็บป่วย 3. ด้านการได้รับข้อมูลและ ความรู้ มีมุมมองใหม่ๆ รู้วิธีปฏิบัติในทางที่ดี 4. ด้านแหล่งประโยชน์และบริการ ได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ ข้อเสนอแนะ ระยะแรกพยาบาลควรเป็นผู้นำเพื่อประสานระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือกับผู้ป่วย อุปสรรค เกิดจากผู้นำกลุ่มขาดทักษะผู้นำ ภาวะสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจ การเดินทาง บางครั้งสมาชิกกลุ่มมากเกินไป

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มสาระ	ระดับงานวิจัย/ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรคการศึกษา/การดำเนินการกลุ่ม/การวัดผล / ผู้นำกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 4 ระดับ B โดย สุพัตติณี พัตวิสัย (2545)	10	10	ระยะของโรค ระยะที่ 1-3 การรักษา หลังผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่ม 4 ครั้ง ใน 9 สัปดาห์ ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อครั้ง สมาชิก กลุ่ม 10 ราย มีการแจกคู่มือการปฏิบัติตัว ผู้นำกลุ่มผู้ช่วยเป็นผู้เป็นผู้นำกลุ่ม การวัดผล วัดผลหลังผู้ช่วยเข้าร่วมกลุ่มทุกครั้ง กิจกรรมกลุ่ม ให้ผู้ช่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามแบบ วัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ โรเซนเบอร์ก (1965) ที่แปลและเรียบเรียงโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536)	ผล ของการเข้ากลุ่มทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง ยิ่งจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มมาก จะรู้สึกมี คุณค่ามากขึ้นด้วย อุปสรรค การดำเนินการแบบกลุ่มเปิด สมาชิกทั้งสอง กลุ่ม มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ก่อนเข้ากลุ่มได้ ข้อเสนอแนะ ควรมีการดำเนินการกลุ่มในระยะยาว

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค การวัดผล / ผู้นำกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 5 ระดับ A โดย Samarel, Fawcett & Tulman (1997)	กลุ่มที่ 1 มีคน ในครอบครัว เข้าร่วมกลุ่ม จำนวน 58 คน กลุ่มที่ 2 ไม่มี คนใน ครอบครัวเข้า ร่วมกลุ่ม จำนวน 64 คน	59	ระยะของโรค ระยะที่ 1-2 การรักษา ได้รับการผ่าตัดเฉลี่ย 2.6 เดือนและ รับการรักษาต่อด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง รวม 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 120 นาที สมาชิกกลุ่ม 4-8 ราย หรือ 4-8 คู่ ผู้นำกลุ่ม ไม่ได้กล่าวถึง การวัดผล วัดผลก่อน และหลังเข้าถึงกลุ่มครบ 8 ครั้งและ ในสัปดาห์ที่ 16 กิจกรรมกลุ่ม ใช้กระบวนการกลุ่มให้ความรู้ ด้านสุขภาพ และประเมินการปรับตัว ตามแนว ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1991)	ผล ของการเข้าถึงกลุ่ม ที่มีคนในครอบครัวเข้าร่วมกลุ่ม ด้วย การปรับตัวด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีคนในครอบครัว การวัดผล ระยะยาว ทั้งสองกลุ่มช่วยลดอาการข้างเคียงจากการ รักษาความเครียดด้านอารมณ์ และเพิ่มบทบาทของการ ทำหน้าที่ที่เหมือนกันในกลุ่มที่ไม่มีคนในครอบครัวเข้า ร่วมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระยะยาว ดีกว่า อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มมีการปรับตัวดีกว่า ที่ไม่เข้าร่วมกลุ่ม อุปสรรค เกิดจากปัญหาสุขภาพ ภาระงานและความ ทุกข์จากการข้างเคียง

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การวินิจฉัย/ ผู้ในกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/SG**	กลุ่มควบคุม		
2. มะเร็งปากมดลูก จำนวน 3 เรื่อง	เรื่องที่ 1 ระดับ B โดย สายปัญญา คงพันธ์ (2535)	20	20	ระยะของโรค ระยะที่ 2-3 การรักษา ได้รับรังสีรักษาในครั้งแรก การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่ม สัปดาห์ละ ครั้ง รวม 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที สมาชิกกลุ่มละ 6-8 ราย มีการแจกคู่มือการปฏิบัติตัว ผู้ในกลุ่ม พบว่าเป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก และฝึกทักษะผู้นำกลุ่มให้ผู้ป่วย การวัดผล วัดผลหลังได้รับรังสีรักษาครบ 6 สัปดาห์ กิจกรรมกลุ่ม ใช้กระบวนการกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างได้รับรังสีรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และประเมินความวิตกกังวล ตามแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล ของ วิลเลียม เค ชุง แปล โดย ศันสนีย์ สนิทเกษมตริน (2528)	ผล ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้มีความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงดีขึ้น ข้อเสนอแนะ กระบวนการกลุ่มควรให้ความสำคัญระยะสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การวินิจฉัย/ ผู้ในกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม/ การวัดผล / ผู้นำกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 2 ระดับ B โดย นันทา เกียรติกิจงามกุล (2540)	20	20	ระยะของโรค ระยะที่ 2-3 การรักษา ได้รับรังสีรักษาในครั้งแรก การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที สมาชิกกลุ่ม 8-10 ราย ผู้นำกลุ่มผู้ช่วยเป็นผู้ในกลุ่ม การวัดผล วัดผลก่อนการทดลองและหลังเข้ากลุ่มครบ 4 ครั้ง กิจกรรมกลุ่ม ให้ผู้ช่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และสอบถามการเผชิญปัญหา ความเครียด ตามแบบสอบถามพฤติกรรม การเผชิญความเครียด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การเผชิญกับโรคของ สมจิต หนูเจริญกุล (2529) และแบบวัดพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของ โฟล์คแมน และลาซารัส (1980)	ผล ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหามากขึ้นและมากกว่าก่อนเข้ากลุ่ม แต่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการตอบสนองทางอารมณ์ทั้ง สองกลุ่ม ไม่พบความแตกต่าง อุปสรรค เกิดจากการจะสุขภาพ อากาศข้างเคียงจากการรักษา และปัญหาการเดินทาง ข้อเสนอแนะ ให้พยาบาลที่มีความรู้เรื่องมะเร็งเข้าร่วมกลุ่มด้วยเพื่อเป็นพี่เลี้ยง

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มสาระ	ระดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษารักษา/การดำเนินการกลุ่ม/ การวัดผล / ผู้นำกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/ SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 3 ระดับ B โดย สุวิทย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ (2543)	22	-	ระยะของโรค ระยะที่ 1-2 การรักษา หลังได้รับรังสีรักษาครบตาม แผนการรักษา การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่มเดือนละครั้ง รวม 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที สวมชิก กลุ่ม 4-7 ราย ผู้นำกลุ่ม พยาบาลผู้ทำการวิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม การวัดผล วัดผลหลังเข้ากลุ่มครบ 3 ครั้ง กิจกรรมกลุ่ม จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ให้ ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และวัดคุณภาพ ชีวิตตามแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของ Ferrans, (1994)	ผลเกิดประโยชน์แม่ในวัยเริ่มต้นสุดการรักษารักษาถึงแม่ ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตก่อนและหลัง เข้ากลุ่ม แต่ในเชิงคุณภาพพบว่าความสามารถใน การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตดีขึ้น รู้สึกมีคุณค่าและ ภาคภูมิใจ มีเครือข่ายทางสังคม อุปสรรค เกิดจากปัญหาเศรษฐกิจอาการข้างเคียงจาก การรักษาระยะยาว และครอบครัวไม่มีส่วนร่วม

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มสาระ	ระดับงานวิจัย/ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การดำเนินการกลุ่ม/ การวัดผล / ผู้นำกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/ SG**	กลุ่มควบคุม		
3.สาระ ศิลปะและ คห จำนวน 3 เรื่อง	เรื่องที่ 1 ระดับ B โดย ดรุณี ชุมพะวัตต์ ยุติ ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จางวรรณ วิศม์เหลืองอ่อน (2539)	30	30	ระยะของโรค "ไม่" ระยะเวลาของโรค การรักษา "ได้รับรังสีรักษาในครั้งแรกอย่าง น้อย 3 สัปดาห์ การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่ม 3 ครั้งทุก 2 สัปดาห์ "ไม่มีการจำกัดจำนวนสมาชิกแต่ กำหนดผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์ในการรักษาที่ ดี 1-2 ราย ในการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง แลกเปลี่ยนการปฏิบัติตัว ผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นผู้ป่วย การวัดผล วัดผลในวันที่ 15-16 ของการรักษา และ 2 วันสุดท้ายก่อนจบการรักษา กิจกรรมกลุ่ม ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม วัดความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเองและความสามารถ ในการดูแลตนเองใช้แบบของโรเซนเบิร์ก (1965) ที่วรรณระวี อัจฉริย แปลและดัดแปลง และนิตยา ตากวิระนันท์ (2534) ดัดแปลงจาก	ผล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและมีความสามารถ ในการดูแลตนเองมากขึ้นในการวัดผลวันที่ 15-16 ของการรักษา แต่ในระยะสิ้นสุดการรักษา ความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าและความสามารถในการดูแล ตนเองไม่เพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะ ควรจัดกลุ่มเฉพาะผู้ป่วยโรคเดียวกัน

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มสาระ	ระดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การศึกษา/การดำเนินการกลุ่ม/ การวัดผล / ผู้นำกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/ SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 2 ระดับ B โดย เพิ่มพูน ธรรมเจริญ (2536)	18	20	เครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของ สมาชิก หนูเจริญกุล และไรซ์ และเครื่องมือวัด ความสามารถในการดูแลตนเองของเอวอร์สและ คณะ และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมาชิก หนูเจริญกุล ระยะของโรค "ไม่" ได้รับความช่วยเหลือของโรค การศึกษา ได้รับรังสีรักษาในครั้งแรก การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่ม 5 ครั้งภายใน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที สมาชิก กลุ่ม 3-4 ราย แจกคู่มือการปฏิบัติตัว ผู้นำกลุ่ม พยาบาลผู้ทำการวิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม การวัดผล วัดผลหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2,4 กิจกรรมกลุ่ม จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ให้ ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และวัดคุณภาพ ชีวิตตามแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของ Ferrans, (1994)	ผล ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้นทั้ง 2 ระยะของการประเมินผล คือ ปลายสัปดาห์ที่ 2 และ 4 หลังการทดลอง ข้อเสนอแนะ เน้นระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ บรรยากาศผ่อนคลายเป็นกันเอง ครอบคลุมมีส่วนร่วม ระยะแรกพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีที่ปรึกษา มันใจมากขึ้น และฝึกทักษะผู้นำกลุ่ม ให้ผู้ป่วยด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม และความมีคุณค่าในตนเอง

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การวินิจฉัย/การดูแล/กิจกรรมกลุ่ม/การวัดผล / ผู้นำกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 3 ระดับ C โดย วนิตา ลิขิตสินโสภณ (2543)	43	57	ระยะของโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 1-3 การรักษา ผ่าตัดก้อนมะเร็งออกหมด อย่างน้อย 6 เดือน และตามด้วยรังสีรักษาครบแล้วไม่น้อย กว่า 3 เดือน การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ไม่ได้กล่าวถึงวิธีการ ผู้นำกลุ่ม ไม่ได้กล่าวถึง การวัดผล รวบรวมจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเก็บ ด้วยตนเอง กิจกรรมกลุ่ม เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในผู้ป่วยที่ ไร้กลองเสียง เปรียบเทียบระหว่างที่เข้ากลุ่ม ช่วยเหลือตนเองและไม่ได้เข้ากลุ่ม โดยใช้แบบ วัดคุณภาพชีวิตของ Padilla และคณะ (1996)	ผล ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านเฉพาะ ความผูกพันด้านจิตใจและด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ เข้ากลุ่มจะสูงกว่าผู้ที่ไม่เข้ากลุ่ม ทำให้รู้สึกมีคุณค่า รู้แหล่งขอความช่วยเหลือ

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การดำเนินการกลุ่ม/ การวัดผล / ผู้นำกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/	SG**		
4. มะเร็ง ต่อม ลูกหมาก จำนวน 3 เรื่อง	เรื่องที่ 1 ระดับ B โดย Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al., (2002)	96	1,966	ระยะของโรค ระยะ T1-T2 และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งภายใน 6 เดือน การรักษา ไม่ได้กล่าวถึงวิธีการรักษา การดำเนินการกลุ่ม เก็บข้อมูลจากกลุ่ม สนับสนุน 10 กลุ่ม ที่ประชุมกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ถึงเดือนละครั้ง และต้องเข้ากลุ่มอย่างน้อย 1 ครั้ง ผู้นำกลุ่ม มีผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม ร้อยละ 25 การวัดผล วัดผลทุก 6 เดือน ติดตามผลระยะ 1 ปี กิจกรรมกลุ่ม เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน โดยประเมิน ลักษณะทางสังคมประชากรทางคลินิก ความ พึงพอใจและประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย- RAND SF-36 Health Survey-1 and UCLA Prostate Cancer Index (PCI) ประเมิน urinary, bowel and sexual function and bother	ผล ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง มีความพึงพอใจในการรักษา สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรักษา บรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรค ทำให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลสุขภาพกาย จิต ได้ ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ากลุ่มสนับสนุน อุปสรรค ผู้ป่วยอาจมีความสัมพันธ์กันมาก่อนเข้า กลุ่มได้

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและชื่อควรรำพึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มสาระ	ระดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การดูแล/ ผู้ในกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 2 ระดับ B โดย Breau & Norman (2003)	45	20	ระยะของโรค ไม่ได้ระบุระยะของโรค การรักษา ไม่ได้ระบุวิธีการรักษา ภายหลังการรักษาและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งภายใน 5-7 ปี การดำเนินการกลุ่ม ประชุมกลุ่มเดือนละครั้ง ละ 90 นาที ผู้นำกลุ่ม ผู้ป่วยเป็นผู้นำในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมาถูกหามา และพยาบาลเป็นผู้นำในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะปีสภาวะอีกสัปดาห์ การวัดผล รวบรวมจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล กิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยร่วมสังเกตการณ์ และรวบรวมข้อมูล	ผล เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพิ่มโอกาสปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยร่วมกลุ่มมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ข้อเสนอแนะ ให้สิ่งผู้สมัครเข้ามามีส่วนร่วม และมีแพทย์เฉพาะทางเป็นที่ปรึกษาในกลุ่ม

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การดำเนินการกลุ่ม/กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/ SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 3 ระดับ C โดย . Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, (2005)	1,224	-	ระยะของโรค "ไม่"ได้ระยะระยะของโรค การรักษา "ไม่"ได้กล่าวถึงวิธีการรักษา การดำเนินการกลุ่ม เก็บข้อมูลจากกลุ่ม สนับสนุน 44 กลุ่ม ทัวประเทศออสเตรเลีย โดย ส่งแบบสอบถามทาง "ไปรษณีย์" ผู้นำกลุ่ม มีผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม ร้อยละ 71 การวัดผล การตอบรับแบบสอบถาม ร้อยละ 51 กิจกรรมกลุ่ม เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่ม โดยประเมินดังนี้ - Prostate Cancer peer Support Inventory (PCSI) วัดลักษณะสังคมประชากร การรักษา และการปรับตัว - the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) วัด psychological distress - the UCLA Prostate cancer index bother scales วัด quality of life	ผล ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ลดภาวะ โรคแทรกซ้อน ลดการปวด ลดการแยกตัวออกจาก สังคม และลดค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมี ความหวัง โดยมีปัจจัยที่สำคัญ คือ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพการงาน และการสนับสนุนจากแพทย์ ผู้รักษา

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มสาระ	ระดับงานวิจัย/ ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การดูแล/การดำเนินการกลุ่ม/การวัดผล / ผู้ในกลุ่ม / กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/SG**	กลุ่มควบคุม		
5. ไม่ระบุชนิดของมะเร็ง เป็น การ รวมกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็ง หลายชนิด จำนวน 4 เรื่อง	เรื่องที่ 1 ระดับ A โดย Evans & Commis (1995)	กลุ่ม cognitive behavior จำนวน 27 คน กลุ่ม support group จำนวน 21 คน	24	ระยะของโรค "ไม่" ได้รับความรู้ของโรค การรักษา ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา การดำเนินการกลุ่ม กลุ่มทดลองประชุมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 8 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที สมาชิกกลุ่มละ 6-9 ราย ผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นนักสังคมสงเคราะห์ การวัดผล วัดผลหลังเข้าร่วมกลุ่มครบ 8 ครั้ง และติดตามผลในเดือนที่ 6 กิจกรรมกลุ่ม ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ The Central for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) ,แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (The Social Provisions Scale) ,แบบประเมินด้านจิตใจ (The SCL-90-R) และแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ The Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC)	ผล การเข้ากลุ่ม "ไม่" ว่าจะเป็นกลุ่มสนับสนุนชนิดใด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ากลุ่ม การสนับสนุนที่เป็นกลุ่ม cognitive behavior ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและลดภาวะเครียดทางอารมณ์ ในการเข้าร่วมประชุมระยะสั้นได้ดี แต่ในระยะยาว การจัดการทางอารมณ์ในกลุ่มสนับสนุนดีกว่า เนื่องจากในการจัดการกับอารมณ์ต้องใช้ระยะเวลาและไม่ต้องการกิจกรรมการเรียนรู้ซึ่งเป็นทางการ อุปสรรค เกิดจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง การดูแลของโรคและการเสียชีวิตจากมะเร็ง รวมทั้งไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

ชนิดมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การดูแล/การดำเนินการกลุ่ม/การวัดผล/ผู้นำกลุ่ม/กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม/ข้อเสนอแนะ
		*SHG/ SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 2 ระดับ C โดย Barg & Gullatte (2001)	248	-	ระยะของโรค "ไม่" ได้รับความช่วยเหลือจาก การรักษา "ไม่" ได้กล่าวถึงวิธีการรักษา การดำเนินการกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งชาวอเมริกัน เชื้อสายแอฟริกา รวมตัวจัดตั้งกลุ่มขึ้นที่โบสถ์ โดยนัดพบกันเดือนละครั้ง ผู้นำกลุ่ม "ไม่" ได้กล่าวถึง การวัดผล สอบถามผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มในโบสถ์ กิจกรรมกลุ่ม ใช้โปรแกรมการสอนในโบสถ์ (Church – based program) ประเมินผู้ป่วย ตามแนว SDS คือ 1 .dependence การพึ่งพา ผู้อื่น 2. disruption แผนของชีวิตที่เสียไป 3. disability การทำหน้าที่ของร่างกายที่ เปลี่ยนแปลง 4. disfigurement การรักษาความ มีคุณค่า 5. Death ความคิดเกี่ยวกับความตาย	ผล ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการปฏิบัติตัวได้ มากกว่า ทาง ได้ประสบความสำเร็จตรงจากผู้ป่วยคน อื่นๆในกลุ่ม มีอิสระที่จะพูดถึงความเชื่อ พระเจ้า โชค ความศรัทธา และปาฏิหาริย์ได้ ถึงแม้จำนวน รายงานนั้นไม่มากนัก แต่เป็นการดูแลด้านจิต วิญญาณ ทำให้ผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มมีความหวังและ กำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้าย

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อความคำนี้ถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

กลุ่มมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษาร่วม/การดำเนินการกลุ่ม/กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม / ข้อเสนอแนะ
		*SHG/ SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 3 ระดับ C โดย Docherty (2004)	25	-	ระยะของโรค "ไม่"ได้ระยะระยะของโรค การรักษา แต่ไม่"ได้กล่าวถึงวิธีการรักษา การดำเนินการกลุ่ม เป็นการเก็บข้อมูลเชิง คุณภาพ โดย แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มละ 7- 10 คน หนึ่งในกลุ่มมีพยาบาลเข้าเป็นสมาชิกกลุ่ม ด้วย ใช้เวลา 90 นาที ผู้นำกลุ่ม พยาบาลผู้ทำวิจัย การวัดผลการตอบรับแบบสอบถาม ร้อยละ 51 กิจกรรมกลุ่ม ใช้ Focus group ให้ทุกคนเล่า ประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับโรค การรักษา บทบาทหน้าที่ รวมทั้งประโยชน์ของการใช้กลุ่ม โดยการอัปเดตและนำมารายงาน	ผล เป็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสม เฉพาะกับผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะตกใจ ซึ่งการ รักษาและการติดตามที่ดี จะช่วยให้ความรู้สึกไร้ค่า "รื้อถอนลดลง ข้อเสนอแนะ ควรใส่ใจอย่างจริงจังรวมทั้งสร้าง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ให้เพียงพอในการบริการ ผู้ป่วย ควร ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษา เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งญาติผู้ดูแล อุปสรรค เกิดจากโรงพยาบาล บางแห่งขาดการ สนับสนุน ไม่มีทิศทางที่แน่นอน และขาดการ ประชาสัมพันธ์

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ตารางที่ 4 สรุปการสังเคราะห์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและข้อควรคำนึงถึงหรืออุปสรรค (ต่อ)

ชนิดมะเร็ง	ระดับงานวิจัย/ผู้แต่ง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		ระยะของโรค/การรักษา/การดูแล/ผู้ในกลุ่ม/กิจกรรมกลุ่ม	ผลและอุปสรรคของการจัดกลุ่ม/ข้อเสนอแนะ
		*SHG/ SG**	กลุ่มควบคุม		
	เรื่องที่ 4 ระดับ A โดย Zabalegui, Sanchez, Sanchez, Juando, (2005)	-	-	ระยะของโรค "ไม่" ได้รับความช่วยเหลือ การรักษา "ไม่" ได้กล่าวถึงวิธีการรักษา การดำเนินการกลุ่ม ร้อยละ 95 มีการประชุม กลุ่มสัปดาห์ละครั้ง ใช้เวลา 90-120 นาที ประชุม กลุ่มต่อเนื่องถึง 14 สัปดาห์ ผู้ในกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นสหวิชาชีพ การวัดผล "ไม่" ได้สรุปในภาพรวม กิจกรรมกลุ่ม เป็น Meta-analysis of RTC ของ งานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 65 เป็นมะเร็งเต้านม นอกนั้นเป็นมะเร็ง ของอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ ต่อมน้ำนม	ผล ประสิทธิภาพของกลุ่มสามารถลดความซึมเศร้า ความวิตกกังวล เพิ่มคุณภาพชีวิต การปรับตัว และ สัมพันธภาพของกลุ่มสมรส ระยะแรกของการ ดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มเป็นสหวิชาชีพ แต่ใน ระยะยาวควรฝึกทักษะผู้นำกลุ่มให้กับผู้ป่วยเพื่อ ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมและความมีคุณค่าในตนเอง ให้มากขึ้น น่าจะมีการดำเนินการต่อเนื่อง และใน การประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง จำนวนสมาชิกต้อง สัมพันธ์กับเวลาในการประชุม ถ้าในกลุ่มเป็น มะเร็งชนิดเดียวกัน ระยะของโรคและการรักษา ใกล้เคียงกัน สมาชิกกลุ่มจะได้รับประโยชน์ที่

*SHG = Self help group

**SG = Support group

ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษา สรุปได้ดังนี้ คือ ด้านการปรับตัว ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง ด้านคุณภาพชีวิต และอื่นๆ ที่สมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองรู้สึกว่ามีประโยชน์ และรู้สึกพึงพอใจ ดังนี้

1. ด้านการปรับตัว ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสามารถปรับตัวในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การพัฒนาด้านอารมณ์ ทำให้สามารถจัดการด้านอารมณ์ได้ดีขึ้น ลดความตึงเครียดด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหามากขึ้น รวมทั้งช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ลดภาวะซึมเศร้า โศกเศร้า อาการปวด และการแยกตัวออกจากสังคม (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษา และ บุญขึ้น อัมมาก, 2540; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; Evans & Connis, 1995; Samarel, Fawcett & Tulman, 1997; Bary & Gullatte, 2001; Breau and Norman, 2003; Docherty, 2004; Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005. และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando. 2005).

2. ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และคำแนะนำที่เหมาะสมเฉพาะกับผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มีแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวกับการรักษา ทำให้สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรักษา และตอบสนองต่อการรักษาได้ดีรวมทั้งการติดตามผลที่ดี (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษา และ บุญขึ้น อัมมาก, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Bary & Gullatte, 2001; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al., 2002; Breau and Norman, 2003 และ Docherty, 2004).

3. ด้านความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหวัง ทำให้ความรู้สึกไร้ค่า ไร้อนาคตลดลง และได้รับกำลังใจ มีความหวัง มีการตอบสนองความต้องการที่ดี และมีพลังใจในการรับการรักษาต่อเนื่อง (ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษา และ บุญขึ้น อัมมาก, 2540; วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Katz, Koppie, Wu, Meng,

Grossfeld, Sadesky. et al.,2002; Docherty ,2004; Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005).

4. ด้านคุณภาพชีวิต สามารถพัฒนาความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ และพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ด้านบวก เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น (ครุณี ชุนหะวัต ยวดี ภาฯ และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al.,2002; Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005).

นอกจากนี้ จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยคิดว่าการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง หรือกลุ่มสนับสนุนมีประโยชน์ รู้สึกพึงพอใจ ผู้ป่วยมีทางเลือกในการปฏิบัติตัวได้มากกว่า 1 ทาง ได้ประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยอื่นๆ ดูแลครอบคลุมด้านจิต วิญญาณ ทำให้มีความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้าย ลดค่าใช้จ่าย มีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถดูแลสุขภาพ กาย จิต ได้ดีกว่าไม่ได้เข้ากลุ่ม (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุนหะวัต ยวดี ภาฯ พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุนหะวัต ยวดี ภาฯ และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Barg & Gullatte, 2001; Katz, Koppie, Wu, Meng , Grossfeld, Sadesky, et al., 2002; Docherty, 2004; และ Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn , 2005)

โครงสร้างของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในการจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สรุปโครงสร้างของกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ 4 ด้าน ดังนี้ 1. ขนาดของสมาชิก ในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง 2. ระยะเวลาในการดำเนินการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง 3. จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกลุ่ม 4. ผู้นำกลุ่ม

1. ขนาดของสมาชิกต่อการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.4 ของงานวิจัย ที่ศึกษาหรือ 8 เรื่อง (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Evans & Connis, 1995 และ Samarel, Fawcett & Tulman, 1997) พบว่าสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งไม่เกิน 10 คน ร้อยละ 11.1 (2 เรื่อง) มีสมาชิกไม่เกิน 20 คน (ครุณี ชุนหะวัต ยวดี ภาฯ และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540 และมณฑา ลิ้มทองกุล, 2542) ร้อยละ 5.6 (1 เรื่อง) ไม่จำกัดสมาชิกในการเข้า

ร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง (ครุณี ชุมะวัต ยูดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539) และอีกร้อยละ 44.4 (7 เรื่อง) (วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; Barg & Gullatte, 2001; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky, et al., 2002; Breau and Norman, 2003; Docherty, 2004; Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005). เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ไม่ได้กล่าวถึงขนาดของกลุ่ม

2. ระยะเวลาในการดำเนินการประชุมกลุ่ม ส่วนใหญ่ใช้เวลา 45-60 นาที จำนวน 7 เรื่อง (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุมะวัต ยูดี ภาษา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; สุทธิณี พักวิสัย, 2545 และ Evans & Connis, 1995.) อีก 6 เรื่องใช้เวลา 61-120 นาที (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Samarel, Fawcett & Tulman, 1997; Breau and Norman, 2003; Docherty, 2004 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005.) และ อีก 5 เรื่องไม่ได้กล่าวถึง (ครุณี ชุมะวัต ยูดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; Barg & Gullatte, 2001; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky, et al., 2002 และ Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005) มีการนัดประชุมกลุ่มทุก 1-4 สัปดาห์ จำนวน 14 เรื่อง (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุมะวัต ยูดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุมะวัต ยูดี ภาษา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Evans & Connis, 1995; Samarel, Fawcett & Tulman, 1997; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky, et al., 2002; Breau and Norman, 2003 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005.) และอีก 4 เรื่อง ไม่ได้กล่าวถึง (วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; Barg & Gullatte, 2001; Docherty, 2004 และ Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005.)

3. จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกลุ่ม ส่วนใหญ่ 1-4 ครั้ง จำนวน 8 เรื่อง (พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุมะวัต ยูดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุมะวัต ยูดี ภาษา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545 และ Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky, et al., 2002) อีก 5 เรื่องพบกัน 5-14 ครั้ง (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; Evans & Connis, 1995; Samarel, Fawcett & Tulman, 1997 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005) และอีก 5 เรื่องไม่ได้กล่าวถึง (วนิดา

ลิจิตสินโสภณ, 2543; Barg & Gullatte, 2001; Breau and Norman, 2003; Docherty, 2004 และ Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005.)

4. ผู้นำกลุ่ม ร้อยละ 27.8 (5 เรื่อง) ของงานวิจัยที่นำมาศึกษา พบว่าผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม (ครุณี ชุมหวัด ยูวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุมหวัด ยูวดี ภาษาและ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Breau and Norman, 2003 และ Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005.) ร้อยละ 33.3 (6 เรื่อง) พยายามเป็นผู้นำกลุ่ม (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; สุรีย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543) ร้อยละ 11.1 มีนักสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพเป็นผู้นำกลุ่ม (Evans & Connis, 1995 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005) และร้อยละ 27.8 (5 เรื่อง) ไม่กล่าวถึงผู้นำกลุ่ม (วนิดา ลิจิตสินโสภณ, 2543; Samarel, Fawcett & Tulman, 1997; Samarel, Fawcett & Tulman, 1997; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky, et al., 2002;; Docherty, 2004

ข้อควรระวังหรือข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่ม

การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้ประสบผลสำเร็จได้ต้องคำนึงถึง

1. กระบวนการดำเนินการกลุ่ม ควรให้ความสำคัญกับระยะสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกิดความไว้วางใจ จึงจะเปิดใจพูดคุยกับสมาชิกกลุ่มในทุกๆ เรื่อง (สายปัญญา คงพันธ์, 2535 และเพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536)

2. ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าเป็นมะเร็งจนถึงได้รับการรักษา การได้เข้าร่วมประชุมกลุ่มแม้แต่ครั้งเดียวก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย (สุทธิณี พักวิสัย, 2545) แต่ถ้าต้องการให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตทุกด้าน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตอยู่กับมะเร็งอย่างมีความสุข จำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มต้องมากพอ ยิ่งจำนวนครั้งมากยิ่งดีกับผู้ผู้ป่วย โดยเข้ากลุ่มอย่างน้อย 3 ครั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ครุณี ชุมหวัด ยูวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน, 2539 และ ครุณี ชุมหวัด ยูวดี ภาษาและ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540) หรือถ้าต้องการให้ผู้ผู้ป่วยจัดการด้านอารมณ์ มีการปรับตัวที่ดีอย่างน้อยต้องเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง (พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538) ส่วนระยะสิ้นสุดการรักษา การได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองก็ยังมีประโยชน์ แต่ต้องเข้าร่วมกลุ่มมากกว่า 3 ครั้ง (สุรีย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543) การเข้ากลุ่มระยะยาวจะมีผลทำให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น ถึงแม้ไม่มีญาติหรือคนในครอบครัวเข้าร่วมประชุมกลุ่มด้วย (Samarel, Fawcett & Tulman, 1997)

3. ในระยะ 2 เดือนแรกที่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นมะเร็งเป็นระยะวิกฤตหรือระยะตกใจ ควรใช้กลุ่ม พฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior) โดยนักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและลดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ แต่ในระยะยาวการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยผู้ป่วยได้ดีกว่า เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการการเรียนรู้อย่างเป็นทางการ (Evans & Connis, 1995)

4. การจัดประชุมกลุ่มแต่ละครั้งควรคำนึงถึง ความสมดุลระหว่างเวลา กับจำนวนสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง 45-120 นาที ส่วนจำนวนสมาชิกอย่างน้อย 3 คน สูงสุดไม่เกิน 20 คน เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ทั่วถึง (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุมหวัด ยวดี ภาษา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; มณฑา ถิมทองกุล, 2542; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Evans & Connis, 1995 และ Samarel, Fawcett & Tulman, 1997)

5. การนัดประชุมกลุ่มทุก 1-2 สัปดาห์ เป็นการพบปะที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด แต่ถ้ามีอุปสรรคอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ควรนัดประชุมกลุ่มไม่นานกว่าเดือนละครั้ง การนัดประชุมกลุ่มแต่ละครั้งนานเกินไป อาจทำให้ความคุ้นชินที่ผู้ป่วยจะไว้วางใจพูดคุยปัญหาทุกเรื่องก็จะลดน้อยลงด้วย (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; Evans & Connis, 1995 และ Samarel, Fawcett & Tulman, 1997)

6. การรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ควรรวมกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกันหรือโรคเดียวกัน และระยะของโรคใกล้เคียงกัน รวมทั้งการรักษาที่เหมือนกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (ครุณี ชุมหวัด ยวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมีเหลืองอ่อน, 2539 และ Breau and Norman, 2003)

7. ควรให้ผู้มีความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หรือแพทย์เฉพาะทางเป็นที่ปรึกษา โดยเข้าร่วมประชุมกลุ่มในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจเมื่อเกิดปัญหาที่สมาชิกในกลุ่มไม่สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ และควรมีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ที่ดีจากการรักษาเข้าร่วมกลุ่มด้วย (ครุณี ชุมหวัด ยวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมีเหลืองอ่อน, 2539 นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; Breau and Norman, 2003; Docherty, 2004 และ Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005)

8. ระยะแรกของการประชุมกลุ่ม ควรมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อเป็นการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา แต่ในเวลาต่อมา ควรฝึกทักษะผู้นำกลุ่มให้กับสมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยด้วยกันเอง เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม ทำให้

ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น(สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุนหะวัต ยวดี ภาษา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005)

9. การวัดผลหรือการประเมินผลจากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง อาจวัดผลทุกครั้ง หลังเข้ากลุ่ม หรือหลังเข้ากลุ่มครบ 2,4,6,8 ครั้ง และอาจจะประเมินในระยะยาวก็ได้ แต่ควร หลีกเลี่ยงการประเมินผลช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยขาด ศักยภาพในการปรับตัว และความสามารถในการดูแลตนเองลดลง(ครุณี ชุนหะวัต ยวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; นันทา เกียรติกิ่งวาฬไกล, 2540; สุรีย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; สุทธิณี พัลลิตย, 2545 และ Samarel, Fawcett & Tulman, 1997)

10. วิธีการดำเนินการกลุ่ม ส่วนใหญ่งานวิจัยในประเทศไทย ร้อยละ 100 (10 เรื่อง)การ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง ไม่สามารถสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้ จึงมีงานวิจัยระดับ B ทั้งหมดที่นำมาศึกษา เพราะเชื่อว่าการรวมกลุ่มในผู้ป่วยโรคเดียวกัน หรือมีเรื่องในอวัยวะเดียวกัน ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

อุปสรรคของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การที่ผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มนั้นมีประโยชน์ ถ้าได้มีการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบปัญหาและอุปสรรคที่รวบรวมได้ ดังนี้

1. จากตัวสมาชิกเอง ได้แก่ ภาวะสุขภาพที่แย่งลงหรืออาการของโรคที่กำเริบ
2. ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
3. ผู้ป่วยมีภาระหน้าที่มาก ไม่สามารถเดินทางมาร่วมกลุ่มคนเดียวได้
4. ความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงและผลข้างเคียงระยะยาวจากการรักษา
5. ในการเข้ากลุ่มที่มีสมาชิกมากหรือสมาชิกที่เป็นโรคต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยบางคน ไม่ได้ประโยชน์เต็มที่
6. สมาชิกในครอบครัวไม่มีส่วนร่วม ในการเข้าประชุมกลุ่ม ทำให้ไม่รับทราบปัญหา ของ ผู้ป่วยที่บุคคลในครอบครัวต้องร่วมแก้ไข
7. โรงพยาบาลบางแห่งขาดการสนับสนุน ไม่มีทิศทางที่แน่นอน และขาดการ ประชาสัมพันธ์
8. ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ผู้วิจัยบางท่านคิดว่าการทำให้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น น่าจะแจกคู่มือการรักษาร่วมด้วย (เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษาพิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539) หรือการที่ให้ผู้มีประสบการณ์ในการรักษาที่ดีเข้าร่วมประชุมกลุ่มในแต่ละครั้ง การดึงคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัวเข้าร่วมประชุมกลุ่ม รวมทั้งควรได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และควรมีแพทย์เฉพาะทางเป็นที่ปรึกษา (Samarel, Fawcett & Tulman, 1997 และ Breau and Norman, 2003)

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งได้เข้าร่วมประชุมกลุ่มแม้เพียงครั้งเดียวก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการที่จะดูแลกาย จิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้การเข้ากลุ่มยังจำนวนครั้งมาก ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการดำรงชีวิตได้ดีมากขึ้นด้วย กลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและอารมณ์ ลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล สามารถเผชิญความเครียดและการปรับตัวได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัว ลดค่าใช้จ่าย ลดการแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีในการให้และรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ดีสำหรับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยที่ได้เข้ากลุ่มส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมกลุ่ม และได้ประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการทบทวนงานวิจัย เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง อุปสรรคในการดำเนินการกลุ่มและข้อควรคำนึงในการวางแผนจัดตั้งกลุ่มเพื่อให้การเข้าร่วมกลุ่มมีประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ขณะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและได้รับการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งหลังการรักษา โดยทำการทบทวนงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992-2007 ทำการประเมินคุณภาพความน่าเชื่อถือเพียงพอที่นำมาใช้ เพื่อสังเคราะห์และรวบรวมเป็นความรู้ไปใช้ โดยพิจารณาความเหมาะสมและความคุ้มค่าในการนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษามีประเด็นอภิปรายดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นงานวิจัยจำนวน 18 เรื่องที่เกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง พบเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trial (ระดับ A) จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นเชิงทดลอง แต่ไม่ได้สุ่มเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม(Random assignment) หรือเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental) (ระดับ B) จำนวน 10 เรื่อง และงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือบทความทางวิชาการ (ระดับ C) จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 10 เรื่อง และงานวิจัยในต่างประเทศ 8 เรื่อง ลักษณะกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทั้ง 18 เรื่อง เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด จะเห็นว่างานวิจัยส่วนใหญ่ มากถึง 10 เรื่อง เป็นระดับ B มีงานวิจัยระดับ A เพียง 3 เรื่อง อาจเกิดจากการที่ไม่สามารถเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มได้ ต้องคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สมาชิกจะได้ประโยชน์สูงสุด ต้องรวมกลุ่มในผู้ป่วยโรคเดียวกัน จะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันได้ดี แบ่งเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 5 เรื่อง มะเร็งปากมดลูกจำนวน 3 เรื่อง มะเร็งศีรษะและคอจำนวน 3 เรื่อง มะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 3 เรื่อง และอีก 4 เรื่องเป็นการเข้ากลุ่มรวมๆ ของผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายชนิด กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมประชุมกลุ่มช่วยเหลือตัวเองทั้งหมด 1,880 ราย สมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นเพศหญิงล้วนมากถึง 8 งานวิจัย อาจเนื่องมาจากสังคมมองว่าผู้หญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ ต้องการการ

ดูแลด้านจิตใจมากกว่าผู้ชาย เมื่อเกิดมะเร็งซึ่งมีผลคุกคามชีวิตเป็นอย่างมาก จึงต้องการคนรอบข้างให้ความช่วยเหลือ และแสวงหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพ ส่วนผู้ชายตั้งคณมองว่าเป็นผู้นำแข็งแกร่งกว่าผู้หญิงเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ จะมองหาผู้มีความรู้ให้ความช่วยเหลือมากกว่าหาความช่วยเหลือจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บราว และนอร์แมน (Breau and Norman, 2003) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง แต่ยังคงการแพทย์เฉพาะทางเข้าร่วมกลุ่มเป็นที่ปรึกษาด้วย และการรักษาด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา หรือเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ปากมดลูก การตอบสนองค่อนข้างดี ถ้ามีการตรวจพบในระยะเริ่มแรก

เมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็งก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ที่สำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้า (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2537) ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ผู้ป่วยจะนอนคนเดียว ไม่สื่อสารกับผู้อื่น แยกตัวออกจากสังคม และมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายตามมาได้ (อานนท์ วิทยานนท์, 2542) จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร้อยละ 10.3 และในสัปดาห์สุดท้ายของการรับรังสีรักษาพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.3 (Rose & Yate, 2001) การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค (เบญจวรรณ กำธรวัชร, 2544) เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ลดอาการข้างเคียงจากการรักษา การฟื้นฟูหายจากโรคเร็วขึ้น ซึ่งตรงกับที่ เซลเย (Selye) กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการปรับตัว ที่เรียกว่า “พลังงานในการปรับตัว” เป็นตัวกำหนดความยืดหยุ่นของอายุ (Selye, 1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวสูง จะมีความเครียดในขนาดต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวต่ำ ไม่สามารถดึงเอาพลังงานในการปรับตัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ผู้ป่วยเหล่านี้จะรู้สึกอ่อนเพลีย มีอาการซึมเศร้าสูง หดหู่ การฟื้นฟูหายจากโรคช้า ผู้ป่วยที่สามารถหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับตนจะมีความสุขในการดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ปราณี เสนีย์, 2539) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ของงานวิจัยและบทความทางวิชาการจำนวน 18 เรื่อง พบประโยชน์ในการที่ผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

ผลของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถสรุปได้ดังนี้ ด้านการปรับตัว ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านความรู้สึกมีคุณค่า ด้านคุณภาพชีวิต และอื่นๆ ที่สมาชิกกลุ่มเห็นว่ามีความประโยชน์ และรู้สึกพึงพอใจ

1. ด้านการปรับตัว ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านต่างๆ สามารถจัดการด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ ลดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล สามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาลดอาการเจ็บปวดและการแยกตัวออกจากสังคม มี การศึกษาที่พบจากงานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง (สายปัญญา คงพันธ์ 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ดรุณี ชุนหะวัต ยุวดี ภาฯ พัทธภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; ดรุณี ชุนหะวัต ยุวดี ภาฯ และ บุญชื่น อิ่มมาก 2540; นันทา เกียรติกังวาลไกล, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; Evans & Connis, 1995; Samarel, Fawcett & Tulman, 1997; Bary & Gullatte, 2001; Breau and Norman, 2003; Docherty, 2004; Steginga, Pinnock, Gardner, Gardiner & Dunn, 2005. และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando. 2005).ถึงแม้บางงานวิจัยการปรับตัวไม่ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกลุ่มไม่มากพอ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครั้งแรกของการเข้ากลุ่ม การประเมินผลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรง เป็นต้น ทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดน้อยลง การเข้ากลุ่มช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้ผู้ป่วยมีโอกาสพูดระบายความรู้สึก ซึ่งตรงตามแนวคิดของ นอร์เบค (Norbeck, 1991) และ สอดคล้องกับ ไรส์แมน (Riessman, 1998) ที่กล่าวว่ากลุ่มสนับสนุน เป็นเครื่องมือปกป้องความเครียด เมื่อความเครียดลดลง การปรับตัวด้านต่างๆ จะดีขึ้นตามมา

2. ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติ เพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และคำแนะนำที่เหมาะสมเฉพาะกับผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มีแหล่งข้อมูลที่ดีเกี่ยวกับการรักษา ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับผู้นำกลุ่มที่มีทักษะในการนำกลุ่มให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในแนวทางที่เป็นประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง จัดการกับอาการข้างเคียงจากการรักษา และการตอบสนองต่อการรักษาในทางที่ดี รวมทั้งได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีการศึกษาที่กล่าวถึงทั้งหมด 12 เรื่อง (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ดรุณี ชุนหะวัต ยุวดี ภาฯ พัทธภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; ดรุณี ชุนหะวัต ยุวดี ภาฯ และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Bary & Gullatte, 2001; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al., 2002; Breau and Norman, 2003 และ Docherty, 2004). อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ประสบการณ์ตรงจากเพื่อนสมาชิกที่มีปัญหาลักษณะ เรียนรู้การปฏิบัติตัวในสถานการณ์ที่เป็นกันเอง ทำให้รับทราบข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ สไตเกอร์และลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985) ที่กล่าวถึงกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง และ ดรุณี ชุนหะวัต (2544), ริชชาดสัน (Richardson, 1991) พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และ

สังคม สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกระยะ ตั้งแต่การป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

3. ด้านความรู้สึกมีคุณค่า ทำให้ มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหวัง ทำให้ความรู้สึกไร้ค่า ไร้อนาคตลดลง และได้รับกำลังใจ มีความหวัง มีการตอบสนองความต้องการที่ดี และมีพลังใจในการรับการรักษาต่อเนื่อง มีการศึกษาที่กล่าวถึงทั้งหมด 8 เรื่อง (ครุณี ชุนหวัด ยวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมีเหลืออ่อน, 2539; ครุณี ชุนหวัด ยวดี ภาษา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; วนิตา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al., 2002; Docherty, 2004; Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005). อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง บางครั้งเป็นผู้ให้ประสบการณ์ที่ดีเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นๆได้แม้ในยามเจ็บป่วย สอดคล้องกับแนวคิดของครุณี ชุนหวัด (2546) และการศึกษาของ เรียสแมน (Riessman, 1965 cited in Felix-Ortiz, Salazar, Gonzalez, Sorensen & Pock, 2000) ที่พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกระบวนการให้และการรับความช่วยเหลือที่เป็นไปตามหลักประชาธิปไตยและการแบ่งปัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่นไว้วางใจ (confidence) รู้สึกมีคุณค่า และได้รับกำลังใจในการรับการรักษาต่อเนื่อง

4. ด้านคุณภาพชีวิต สามารถพัฒนาความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ และพฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ด้านบวก เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น มีการศึกษาที่กล่าวถึงทั้งหมด 6 เรื่อง (ครุณี ชุนหวัด ยวดี ภาษา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; วนิตา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al., 2002; Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005). ถึงแม้หนึ่งงานวิจัยวัดผลในเชิงปริมาณไม่พบความแตกต่าง อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือการประเมินผลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรงแต่ในเชิงคุณภาพ พบว่าการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตในทางที่ดีขึ้น อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มต่อเนื่อง และจำนวนครั้งที่มากพอ จำนวนสมาชิกเหมาะสมกับระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม เกิดความคุ้นชินในการบอกเล่าปัญหาของตนเองและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ทำให้ทุกคนรู้สึกมีคุณค่า มีแนวทางการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ถึงแม้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีการเจ็บปวดที่รุนแรง คุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับ นิยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และ โขมพัคตร์ มณีวัต (2545) ที่พบว่า ความเจ็บปวดจากมะเร็งทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวกทั้งทางร่างกายและจิตใจ และ ปรานี

เสนีย์ (2539) พบว่าผู้ป่วยที่สามารถหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองจะมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง รู้สึกพึงพอใจเห็นประโยชน์จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือกลุ่มสนับสนุน ทำให้มีทางเลือกในการปฏิบัติตัวต่อโรคและการรักษาได้มากกว่า 1 ทาง ได้ประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยอื่นๆ ดูแลครอบครัวด้านจิตวิญญาณ ทำให้มีความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้าย ลดค่าใช้จ่าย มีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถดูแลสุขภาพ กาย จิต ได้ดีกว่าไม่ได้เข้ากลุ่ม มีการศึกษาที่กล่าวถึงทั้งหมด 12 เรื่อง (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุมหวัด ยวดี ภาฯ พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมีเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุมหวัด ยวดี ภาฯ และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; มณฑา ถัมทองกุล, 2542; วณิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Barg & Gullatte, 2001; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky, et al., 2002; Docherty, 2004; และ Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005). อาจเกิดจากการเข้าร่วมกลุ่มที่มีเพื่อนเป็นโรคคล้ายกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในทางที่ดีซึ่งกันและกัน สามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นประโยชน์สำหรับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของโทรเจน (Trojan, 1989) ที่ศึกษาถึงประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจำนวน 65 โรค จากสมาชิกจำนวน 232 คน โดยการสัมภาษณ์ และสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าสมาชิกมากกว่าร้อยละ 90 พึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่มและมองเห็นประโยชน์

โครงสร้าง กระบวนการกลุ่ม และวิธีการดำเนินการกลุ่ม

1. ขนาดของกลุ่ม ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.4 (8 เรื่อง) ของงานวิจัยที่ศึกษา (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Evans & Connis, 1995 และ Samarel, Fawcett & Tulman, 1997) พบว่าสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งไม่เกิน 10 ราย แต่การที่ทำให้กลุ่มมีประสิทธิภาพมากที่สุด ระยะเวลาที่จัดประชุมต้องสัมพันธ์กับจำนวนสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันได้อย่างทั่วถึง เป็นประโยชน์กับสมาชิกทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับ มาแรน (Marran) ที่กล่าวในกระบวนการกลุ่ม ควรมีสมาชิกกลุ่ม 2-15 คน (Marram, 1978)

2. ระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม ส่วนใหญ่ใช้เวลา 45-60 นาที จำนวน 7 เรื่อง (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุมหวัด

ยวดี ภาขา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; สุทธิณี พักวิสัย, 2545 และ Evans & Connis, 1995.) อีก 6 เรื่องใช้เวลา 61-120 นาที (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Samarel, Fawcett & Tulman, 1997; Breau and Norman, 2003; Docherty, 2004 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005.) การประชุมกลุ่มนานเกิน 2 ชั่วโมง อาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ส่วนการนัดประชุมกลุ่ม มีการนัดประชุมกลุ่มทุก 1-4 สัปดาห์ ส่วนใหญ่นัดประชุมกลุ่ม 1-2 สัปดาห์ เป็นเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการพัฒนาทักษะการปรับตัว การนัดกลุ่มนานเกิน 4 สัปดาห์ ต่อครั้ง ความคุ้นชินของผู้ป่วยน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจในการขอคำแนะนำหรือเปิดเผยในหลายๆเรื่อง การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกัน (cohesiveness) กับเพื่อนสมาชิกเกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (Yalom, 1995) ในประเทศไทยสถานที่นัดประชุมกลุ่มใช้สถานที่ของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยนั้นๆรักษาอยู่ ส่วนในต่างประเทศอาจมีการนัดประชุมกลุ่มที่โบสถ์หรือที่อื่นๆ แล้วแต่สมาชิกจะกำหนด แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมองค์กรของทางตะวันตกและตะวันออก

3. จำนวนครั้งในการเข้าร่วมประชุมกลุ่มขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกกลุ่ม การได้เข้าร่วมกลุ่มแม้เพียงครั้งเดียวก็ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยิ่งเข้าร่วมกลุ่มที่จำนวนครั้งมากขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นด้วย (สุทธิณี พักวิสัย, 2545)

4. ผู้นำกลุ่ม ร้อยละ 27.8 (5 เรื่อง) ของงานวิจัยที่นำมาศึกษา พบผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม (ดรุณี ชุนหวัด ยวดี ภาขา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2539; ดรุณี ชุนหวัด ยวดี ภาขา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Breau and Norman, 2003 และ Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005.) ร้อยละ 33.3 (6 เรื่อง) พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; เพิ่มพูล ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543) ในประเทศไทยระยะแรกของการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม มีรายงานว่าผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อช่วยประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา อาจเกิดจากการที่วัฒนธรรมไทยจะให้เกียรติผู้ที่รู้มากกว่า ส่วนในต่างประเทศต้องการให้แพทย์เฉพาะทางหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่มีความรู้เรื่องมะเร็ง เข้าร่วมกลุ่มเป็นที่ปรึกษา และในระยะต่อมา ควรฝึกทักษะผู้นำกลุ่มให้กับผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่มเป็นผู้นำกลุ่ม (ดรุณี ชุนหวัด, 2546) เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ทำให้รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ความต่างของวัฒนธรรมไทยกับผู้ป่วยในแถบตะวันตก และความต่างของกลุ่มโรค การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองก็มีเหตุผลที่ต่างกัน ถ้ากลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน เปรียบเหมือนลงเรือลำเดียวกัน พุดไปในทางเดียวกัน (ดรุณี ชุนหวัด, 2546;

Gilbey, 1987; Robinson, 1985; Steiger & Lipson, 1985) ผู้ป่วยสามารถเก็บเกี่ยวประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน และการรักษาที่คล้ายคลึงกัน ให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ที่ดีจากการรักษาเป็นกำลังใจให้กับผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษา ใช้วิธีการเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งไม่ต้องการ การเรียนรู้อย่างเป็นทางการ เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่เหมาะสมเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง

ส่วนการประเมินผลควรหลีกเลี่ยงช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรง เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าว ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ความเจ็บป่วยที่รุนแรงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดสูง (Volicer & Burns, 1977 อ้างใน สุภาพ อริเอื้อ, 2540) ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือน้อยลง การให้ผู้ป่วยมะเร็งเข้าร่วมกลุ่มแม้เพียงครั้งเดียว ก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย แต่ถ้าต้องการให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะด้านต่างๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี น่าจะมีการเข้าร่วมกลุ่มต่อเนื่อง ควรดึงบุคคลในครอบครัวเข้าร่วมกลุ่ม ในกรณีที่ปัญหาของผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ต้องให้บุคคลในครอบครัวร่วมแก้ไขด้วย นอกจากนี้ควรคำนึงถึงระยะสร้างสัมพันธภาพ ต้องทำให้บรรยากาศเป็นกันเอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความไว้วางใจ กรณีผู้ป่วยอยู่ในระยะตกใจหรือระยะวิกฤต ควรเลือกกลุ่มที่เหมาะสมกับผู้ป่วย อาจเป็นกลุ่มทางด้านจิตวิทยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา โดยมีนักจิตวิทยาให้ความช่วยเหลือ หรือให้สมาชิกกลุ่มได้พบปะพูดคุยเป็นรายบุคคลแต่ในระยะยาวการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีประโยชน์มากกว่าเนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นทางการ มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Evans & Connis, 1995)

อุปสรรคของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่วนใหญ่เกิดจากตัวสมาชิกเอง ได้แก่ ภาวะสุขภาพอาการของโรคที่กำลังกำเริบ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ป่วยมีภาระหน้าที่ที่ไม่สามารถเดินทางมาเข้าร่วมกลุ่มคนเดียว ความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงและผลข้างเคียงระยะยาวจากการรักษา ในการเข้ากลุ่มที่มีสมาชิกมาก หรือสมาชิกเป็นโรคต่างกัน (ดร.ณิ ชุนหวัด, ยุวดี ภาวษา, พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และจรรุวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน, 2539) ทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่ได้ประโยชน์เต็มที่ สมาชิกในครอบครัวไม่มีส่วนร่วม ในการเข้าประชุมกลุ่ม ทำให้ไม่รับทราบปัญหาของผู้ป่วยที่บุคคลในครอบครัวต้องร่วมแก้ไข นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งขาดการสนับสนุน ไม่มีทิศทางที่แน่นอน และขาดการประชาสัมพันธ์ และไม่ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ส่วนงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ถึงแม้จะเป็นงานวิจัยระดับ B มากถึง 10 เรื่อง แต่ความน่าเชื่อถือค่อนข้างสูง และจากการทบทวนวรรณ พบว่าการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้มีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรวมกลุ่มในผู้ป่วยโรคเดียวกัน หรือในมะเร็งที่อวัยวะเดียวกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้ จึงจำเป็นต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งอุปสรรค และข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มอย่างเป็นระบบ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาจากการทบทวนงานวิจัย ตั้งแต่ปี ค.ศ.1992-2007 (2535-2550) มีตัวอย่างงานวิจัย จำนวน 18 เรื่อง เป็น Randomized controlled trails (ระดับ A) จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นเชิงทดลอง แต่ไม่ได้สุ่มเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (Random assignment) หรือเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) (ระดับ B) จำนวน 10 เรื่อง และงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือบทความทางวิชาการ (ระดับ C) จำนวน 5 เรื่อง เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง มะเร็งของอวัยวะต่างๆ ดังนี้ 1) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 5 งานวิจัย เป็นผู้ป่วย ระยะที่ 1-3 หลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา 2) ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 3 งานวิจัย เป็นผู้ป่วยระยะ ที่ 2-3 ที่ได้รับรังสีรักษาครั้งแรก 2 งานวิจัย เป็นผู้ป่วยระยะที่ 1-2 ที่ได้รับรังสีครบ 3) ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 3 งานวิจัย 2 งานวิจัยไม่ได้ระบุรายละเอียดที่เป็นมะเร็งและระยะของโรค และได้รับรังสีรักษาเป็นครั้งแรก 1 งานวิจัยเป็นมะเร็งกล่องเสียงที่ได้รับการผ่าตัดเอกซเรย์ออกทั้งหมด 4) ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก 3 งานวิจัย 1 งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยระยะที่ 1-2 อีก 2 งานวิจัยไม่ระบุระยะของโรค 5) ผู้ป่วยมะเร็งหลายๆ ชนิด รวมกัน 4 งานวิจัย ไม่ระบุระยะของโรคและการรักษา 3 งานวิจัย อีก 1 งานวิจัยได้รับรังสีรักษา

ผลการศึกษาพบว่าผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีประโยชน์ สำคัญ 5 ด้าน 1) ด้านการปรับตัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น ด้านบทบาทหน้าที่สามารถทำหน้าที่ขณะเป็นผู้ป่วยได้ดีขึ้น จัดการด้านอารมณ์เผชิญความเครียดได้ดี ลดความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้า พัฒนากิจกรรมแก้ปัญหา 2) ด้านความสามารถดูแลตนเอง มีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวจากการแลกเปลี่ยนข้อมูล สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรักษา 3) ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความหวัง ความรู้สึกไร้ค่า ไร้อนาคตลดลง 4) ด้านคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและครอบครัว ลดการแยกตัวออกจากสังคม 5) ด้านความพึงพอใจ การเข้าร่วมกลุ่มมีประโยชน์ เนื่องจากได้ประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยอื่นๆ เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ มีทางเลือกในการปฏิบัติตัวได้มากกว่า 1 ทาง ดูแล

ครอบคลุม ด้านจิตวิญญาณ ลดค่าใช้จ่าย มีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี และเป็นแหล่งถ่ายทอดข้อมูลที่ดี

ทั้งนี้การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้มีประโยชน์สูงสุด ขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่ม ต้องสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้ประโยชน์เต็มที่จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาได้ทั่วถึง และจำนวนครั้งในการเข้าร่วมประชุมกลุ่มต้องมากพอที่จะเปลี่ยนแปลงทักษะด้านต่างๆ ถึงแม้การเข้ากลุ่มเพียงครั้งเดียวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคร้าย การนัดกลุ่มทุก 1-2 สัปดาห์ เป็นเวลาที่เหมาะสม แต่ถ้ามีอุปสรรค ไม่ควรนัดกลุ่มเกิน 4 สัปดาห์ เนื่องจากทำให้ความคุ้นชินของผู้ป่วยหรือสมาชิกกลุ่มลดลง การไว้วางใจที่จะกล้าพูดคุยปัญหาทุกเรื่องจะน้อยลงด้วย การนำกลุ่มที่ดีควรมีสมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ป่วย เป็นผู้นำกลุ่มเพื่อส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองและดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่วนระยะแรกของการรวมกลุ่มในประเทศไทย ต้องการพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้นำกลุ่มเพื่อการประสานงานที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย และควรจัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกัน รวมทั้งการรักษาที่เหมือนกัน ระยะของโรคใกล้เคียงกัน เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์สูงสุด และกระบวนการดำเนินการกลุ่ม ควรให้ความสำคัญกับระยะสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกิดความไว้วางใจ ในระยะวิกฤตหรือช่วง 2 เดือนแรกที่รับทราบว่า เป็นมะเร็งน่าจะใช้กลุ่มจิตบำบัด (Evans & Connis, 1995) เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและลดภาวะอารมณ์เครียด สำหรับปัญหาของการเข้ากลุ่มส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาสุขภาพของตัวสมาชิกเอง ความร่วมมือของคนในครอบครัว แพทย์ผู้รักษาและไม่มีแพทย์เฉพาะทางเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งโรงพยาบาลบางแห่งขาดการสนับสนุน ไม่มีทิศทางที่แน่นอน ขาดการประชาสัมพันธ์ และกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่เพียงพอในการบริการผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การนำองค์ความรู้เกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไปประยุกต์ใช้ในการจัดตั้งกลุ่มจะมีประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อดูแลผู้ป่วยให้ครบองค์รวมนั้นต้องคำนึงถึงขนาดของกลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นความรู้ที่ได้จากงานวิจัย จึงมีความน่าเชื่อถือระดับหนึ่ง ควรเผยแพร่ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
2. จัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างเป็นระบบและดำเนินการระยะยาวต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะการเข้ากลุ่มยิ่งจำนวนครั้งมาก จะได้ประโยชน์มากขึ้น

3. การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ควรจัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกัน ระยะใกล้เคียงกัน เพื่อให้ การเข้ากลุ่มแต่ละครั้งผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัย ในกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่มีการติดตามผลในระยะยาวและมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มสนับสนุนอื่นๆ
2. งานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก อาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น โดยใช้หลักเกณฑ์ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างอย่างเหมาะสม
3. ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกัน ระยะ โรคใกล้เคียงกันและการรักษาที่เหมือนกันโดยศึกษาในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาศึกษา ถ้าเป็นระยะที่โรคกระจาย ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือน้อยลง ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในทุกระยะของโรค
2. การประเมินผลในช่วงเวลา ที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากโรคและการรักษารุนแรง จะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองและการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่า

การสังเคราะห์งานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง
A LITERATURE REVIEW RELATED TO THE EFFECTIVENESS OF SELF-HELP
GROUPS IN PATIENTS WITH CANCER

รัตนา ชัยอินทร์ 4837046 RAAN/M

พย. ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ดร.ณิ ชุณหะวัณ, M.Ed., ชนิดา หาญประสิทธิ์คำ, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ไม่ว่าประเทศที่พัฒนาหรือประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ 2003-2005 พบมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ (American Cancer Society , 2005) สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2548 พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และพบอัตราการตายจากมะเร็งสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 68.4 ต่อ ประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 78.9 และ 81.4 ต่อ ประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 และ 2548 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2548)

ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็ง จากธรรมชาติของโรคและการรักษา ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผลกับชีวิตและความตายและคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก การรักษา ส่วนใหญ่มักมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการหลังผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงหลังผ่าตัดทำให้เป็นผู้ไร้กล่องเสียง หรือการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีนำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน จากลักษณะของการเจ็บป่วยและจากอาการข้างเคียงของการรักษาทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลดลง (Bersevic, Whitmer, Sweeney & Nail, 2002; Petruson, Silander & Hammerlid, 2005; Scully, Epstein & Sonis, 2004) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดตามวิถีของความเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ระหว่างได้รับการรักษา

ระยะที่โรคสงบ ระยะโรคกลับเป็นซ้ำและระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย ความเครียดที่เกิดขึ้นมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูหาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) นอกจากนี้ในการรักษาต้องใช้เวลาค่อนข้างยาวนาน อีกทั้งผลของการรักษาที่ไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเครียด ขาดความมั่นใจในตนเอง มีปัญหาในการปรับตัว และยังนำมาซึ่งการสูญเสียทางเศรษฐกิจอีกด้วย ถ้ามะเร็งมีการลุกลาม และทำลายเนื้อเยื่อปกติ จะสร้างความเสียหายแก่เซลล์ที่อยู่ข้างเคียงและ/หรือกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (นรินทร์ วรวิทย์, 2546)

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ต้องเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และดูแลครอบคลุมด้านจิตสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ให้สามารถปรับตัวอยู่กับมะเร็งอย่างมีความหวัง สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังต้องได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว เนื่องจากผลกระทบจากมะเร็งมีมาก ไม่ว่าเกิดจากตัวโรคเอง หรือจากการรักษาที่เกิดผลข้างเคียงตามมาไม่ได้เกิดเฉพาะตัวผู้ป่วยเองทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ตามมาด้วย

ผลกระทบด้านร่างกาย โดยทั่วไปแล้วมะเร็งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะมีการลุกลามไปอวัยวะข้างเคียง และในที่สุดผู้ป่วยมะเร็งมักจะตายจากการขาดสารอาหาร ปอดบวม (pneumonia) ติดเชื้ออย่างรุนแรง (septicemia) เลือดออก (hemorrhage) และยังก่อให้เกิดผลข้างเคียงของระบบต่างๆอีกมากมาย เช่น ความเจ็บปวดโดยเฉพาะเมื่อมะเร็งลุกลาม พบว่า ร้อยละ 60-90 ของผู้ป่วยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (สถาพร ลีตานันทกิจ, 2550) นอกจากนี้ในผู้ป่วยมะเร็งปอดความทุกข์ทรมานเกิดจากการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ และเมื่อได้รับการรักษา ยังมีผลกระทบจากอาการข้างเคียงของการรักษาตามมาอีก เช่น ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ทำให้เป็นผู้ไร้กล่องเสียง มีความลำบากในการพูด ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ ถึงร้อยละ 88 มีการสูญเสียการรับรสอาหารอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 54 และน้ำหนักลด ร้อยละ 29 (Rose- Ped, Bellm, Epstein, Trotti, Gwede, Fuchs., et al, 2002) ส่วนเคมีบำบัด ทำให้เกิดอาการเชื้อราช่องปากอักเสบประมาณร้อยละ 38.8 (นราวดี ประเสริฐวิทยากิจ, 2542) และเพิ่มขึ้นร้อยละ 75 ในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากและกล่องเสียง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร (Langius, Bjorvell, & Lind, 1993) และเกิดภาวะเหนื่อยล้า ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงและมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ

ผลกระทบด้านจิตสังคม การเจ็บป่วยจากมะเร็งก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ที่สำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้า (สถาพร ลีลานั้นทกิจ, 2537) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง ไม่สื่อสารกับผู้อื่น แยกตัว และมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายตามมา (อานนท์ วิทยานนท์, 2542) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด นอกจากความวิตกกังวลที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษาและการได้รับเคมีบำบัดโดยตรงแล้ว ผลกระทบจากอาการทางกายที่เกิดขึ้น อาจเป็นปัญหาที่ลุกลามถึงภาวะทางจิต คือ การหลีกหนีจากบุคคลอันเป็นที่รัก หลีกหนีสังคม เนื่องจากความไม่มั่นใจในสุขภาพของช่องปากตนเอง คิดว่าปากไม่สะอาด มีกลิ่นปาก (Hornor and Law, 2002) จากการศึกษาของโคดและคณะ (Code et al, 2001 cited in Cheng and Chang, 2003) พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบจากเคมีบำบัด มีอารมณ์แปรปรวนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ผู้ป่วยที่เกิดความล้มเหลวในการปรับตัว ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ทำให้สูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง และการดำรงบทบาทในสังคม

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยมะเร็งมีบทบาททางสังคมและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ แต่การเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รวมทั้งการปฏิบัติงานอาชีพ ทำให้มีผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการใช้จ่ายปวด ยา ปฏิชีวนะ ต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (Cheng and Chang, 2003) นอกจากนี้การรักษามะเร็งจำเป็นต้องใช้ยาเคมีบำบัด รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องฉายรังสี ที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศในราคาที่แพง ทำให้ประเทศชาติสูญเสียทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น

ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ความต้องการนี้ หากได้รับการตอบสนองจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น การตอบสนองด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่ผู้ป่วยผูกพัน การได้ฟังเสียงสวดมนต์ การได้ทำพิธีกรรมตามความเชื่อ เป็นต้น ความต้องการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน (สิวลี สีวิไล, 2547) เมื่อร่างกายต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยมะเร็ง ถ้าจิตใจไม่เข้มแข็งพอ ไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดความเครียดตามมาส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการปรับตัวสูงจะมีความเครียดต่ำ (Selye, 1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็ง มี 2 ลักษณะ คือ 1. มุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการแหล่งของความเครียด และ 2. มุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) เช่น การปฏิเสธเมื่อ

เป็นโรคร้ายแรง เพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์ จนทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ รูปแบบการเผชิญความเครียด (coping model) มี 5 วิธี คือ การแสวงหาข้อมูล การกระทำโดยตรง การหยุดการกระทำ การแสวงหาความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคม และการใช้กลไกทางจิต ในการจัดการกับความเครียดนั้น ผู้ป่วยมักใช้ทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหา และจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ยิ่งความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก ยิ่งมีความเครียดสูง (Volicer & Burns, 1977 อ้างใน สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) สำหรับบุคคลที่พบว่าตนเองเป็นมะเร็งจะเกิดความรู้สึกเครียดและมองว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต (Gree, 1982) กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นวิธีการสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เป็นการช่วยเหลือระหว่างเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกันมารวมกันแก้ไขปัญหาโดยใช้ประสบการณ์ที่ดีที่ผ่านมาช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่นๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและเข้าถึงและครอบคลุมความต้องการที่แท้จริง สามารถแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเล็งเห็นศักยภาพของตนเองและนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดในการรับมือกับมะเร็ง ซึ่งการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นหลัก

การสนับสนุนทางสังคม (social support) คือ การสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ ในทุกๆ ด้าน เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลได้พัฒนาและคงไว้ซึ่งแรงใจในการดูแลตนเอง ถือเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เป็นเกราะกำบังที่สำคัญในภาวะวิกฤติ ช่วยลดระยะเวลาของการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (ครุณี ชุมพะวัต, 2544; Steiger & Lipson, 1985) การสนับสนุนที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง คือ การสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรกของโรคจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) มีแนวคิดมาจากพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่มีประสบการณ์มาก่อน โดยให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรง เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือพึ่งพาตนเองและร่วมดูแลกันเองในภาวะปกติและทุกระยะของการเจ็บป่วย (ครุณี ชุมพะวัต, 2546) เพราะไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้มีประสบการณ์ตรง (Marram, 1978) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กลุ่มของสมาชิกที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน มีประสบการณ์คล้ายๆ กันมารวมตัวโดยสมัครใจ เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนโดยวิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด (Steiger & Lipson, 1985) เป็นกลุ่มที่รวมตัวกันเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา

กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีลักษณะที่เด่นชัดเฉพาะตัวและแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ดังต่อไปนี้ (ครุณี ชุนหวัด, 2546)

1. มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้โดยสมาชิกกลุ่ม มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกและข้อมูล มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมความมั่นคงของกลุ่ม
2. เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว การให้บริการและกิจกรรมเป็นไปตามความต้องการของสมาชิกและมติกกลุ่ม
3. จุดประสงค์เบื้องต้น คือ การสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง สมาชิกเกิดการเรียนรู้โดยการกระทำ และพฤติกรรมต่างๆปรับเปลี่ยนไปได้โดยการกระทำ
4. เป็นกลุ่มนิรนามและมีความเป็นส่วนตัว (anonymous and confidential nature) เปิดรับสมาชิกทั่วไปที่มีลักษณะประสบการณ์คล้ายกัน มีปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายกัน
5. สมาชิกเข้ามารวมกลุ่มด้วยความสมัครใจ (voluntary membership) มีการพบปะประชุมหรือดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ สมาชิกได้ประโยชน์สูงสุดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตามที่สมาชิกแต่ละคนประสบมา มิใช่การผูกขาดของเจ้าหน้าที่ในการให้คำแนะนำ
6. ผู้นำกลุ่มมาจากสมาชิกกลุ่มผู้ปวยด้วยกันเอง (member leadership) หรือในระยะแรกของการดำเนินการกลุ่ม เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพอาจช่วยทำหน้าที่ผู้นำกลุ่ม
7. ไม่มีการแสวงหากำไรหรือผลประโยชน์ใดๆจากการเข้ากลุ่ม (absence of profit orientation) ไม่เก็บค่าลงทะเบียน กลุ่มจะได้รับการสนับสนุนจากการบริจาคหรือกองทุนต่างๆ ที่ไม่ต้องจ่ายเงิน

ความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เกิดจากหลักของการให้ความช่วยเหลือ (principle of helper) โดยสมาชิกกลุ่มมีบทบาทของการให้และการรับความช่วยเหลือ (Riessman, 1965 cited in Felix-Ortiz, Salaza, Gonzalez, Sorensen, & Plock, 2000) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกไม่เพียงแต่จะได้รับความช่วยเหลือ แต่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นด้วย เป็นการเปลี่ยนบทบาทจากคนที่เคยเป็นผู้รับความช่วยเหลือมาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ พลังจากการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่มีเรื่องของผลประโยชน์ มีการให้โดยคำนึงถึงผู้อื่น (altruism) เอื้อเฟื้อต่อกัน (reciprocity) มีกระบวนการให้และการรับความช่วยเหลือที่เป็นไปตามหลักประชาธิปไตยและการแบ่งปัน (Hayes, 1999) ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่นไว้วางใจ (confidence) รู้สึกมีคุณค่า (ครุณี ชุนหวัด, 2546; Riessman, 1965 cited in Felix-Ortiz, Salaza, Gonzalez, Sorensen & Plock, 2000)

การจัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องคำนึงถึงโครงสร้างของกลุ่ม ประกอบด้วย ขนาดของกลุ่ม สถานที่ ระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกลุ่ม และลักษณะผู้นำกลุ่ม เป็นต้น ส่วนปัญหาในการดำเนินการกลุ่ม เกิดจากผู้นำกลุ่มขาดทักษะของผู้นำ สมาชิกมีปัญหาสุขภาพที่ต่างกัน ปัญหาการเดินทาง ปัญหาด้านเศรษฐกิจของสมาชิก และขาดงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีปัญหาสถานที่ในการดำเนินการกลุ่ม ส่วนกระบวนการในการดำเนินการกลุ่ม (group process) ที่สำคัญควรเน้นระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (introductory phase) ระยะนี้เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้มีการแนะนำตัวเพื่อสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถนำมาใช้ในการแก้ไข ปัญหาทางด้านสุขภาพได้ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกระยะ ตั้งแต่การป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ (ครุณี ชุนหะวัต, 2544; Richardson, 1991) จากการศึกษาของโทรเจน (Trojan, 1989) ที่ศึกษาถึงประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจำนวน 65 โรค จากสมาชิกจำนวน 232 คน โดยการสัมภาษณ์ และสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าสมาชิกมากกว่าร้อยละ 90 บรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ทำให้สมาชิกมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น รู้สึกมีคุณค่า และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยให้สมาชิกมีความสัมพันธ์ในครอบครัวในทางที่ดี เข้าใจธรรมชาติของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และช่วยเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจในการรักษาที่ได้รับ ช่วยให้มีมองโลกในแง่ดี ลดอาการเจ็บป่วยทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (psychosomatic symptoms) ลดปัญหาด้านการแยกตัวออกจากสังคม

กลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเอง เพื่อดำรงชีวิตอยู่กับมะเร็งได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพของกาย จิตและจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่า และการเยียวยาตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (ครุณี ชุนหะวัต, 2544) เป็นการป้องกันและลดระดับความเครียด ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุก (Cohen & Wills, 1985) อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเครียดทางอารมณ์ และปัญหาทางกายจากโรคมะเร็ง (Barg & Gullatte, 2001) แต่เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ครอบคลุมสมาชิกในกลุ่ม จึงจำเป็นต้องรู้ถึงประโยชน์

ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการจัดตั้งกลุ่ม ถึงแม้กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีประโยชน์หลายประการ แต่ยังไม่มีการรวบรวมผลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน โดยเฉพาะปัจจัยที่ควรคำนึงถึงเมื่อนำกลุ่มไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองรวมทั้งข้อควรคำนึงเพื่อลดอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จากงานวิจัยที่เชื่อถือได้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้จากผลงานวิจัยและบทความทางวิชาการที่ใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งรวมถึงอุปสรรคของการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งรวมถึงข้อจำกัดหรืออุปสรรคที่ควรคำนึงถึงเมื่อนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้กับผู้ป่วย
2. ได้แนวทางในการวางแผนจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อใช้ในหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยจากการสืบค้นจากตำรา วิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางการแพทย์ การแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกประเทศ และจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ CINAHL, OVID, Medline, Science direct, Blackwell Synergy, Cochrane, Pubmed และจากเว็บไซต์เกี่ยวกับฐานข้อมูลงานวิจัยของไทยและต่างประเทศจากสถาบันต่างๆ ได้แก่ <http://www.mahidol.ac.th>, <http://www.joannabriggs.edu.au/pub/search.php>, <http://www.thesis.tiac.or.th>, <http://www.siamca.com>. และสืบค้นด้วยมือ (hand search) โดย กำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ ค.ศ.1992-2007 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (keyword) self help group and cancer, self help group

and cancer in nursing, mutual group and cancer, social support and cancer, peer support and cancer, peer support and cancer in nursing, support group and cancer, effect of support group in cancer, benefits of self help group in cancer care, benefits of self help group, advantage of self help group, obstacle of self help group in cancer care และ สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของตำรา บทความทางวิชาการและงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ สืบค้นด้วยมือ (hand search) จากวารสารเฉพาะทางมะเร็ง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ต้องเป็นงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีรายงานวิจัยฉบับเต็ม (full text) โดยงานวิจัยหรือบทความทางวิชาการดังกล่าวต้องเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นงานวิจัยหรือบทความเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) อุปสรรคในการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และคัดออก หากเป็นงานวิจัยหรือบทความในกลุ่มผู้ป่วยเด็กหรือญาติผู้ดูแล และเป็นงานวิจัยที่ใช้กลุ่มจิตบำบัด โดยพิจารณาคุณภาพของงานวิจัยตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal College of Physician of Thailand, B.E. 2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานทางวิชาการไว้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A: หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis ของงานวิจัยที่เป็น Randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่องหรืองานวิจัยเดี่ยวที่เป็น Randomized controlled trials

ระดับ B: หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis หรืองานวิจัยเดี่ยวที่มีการออกแบบแบบรัดกุมแต่เป็นงานกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ C: หมายถึงหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

ระดับ D: หมายถึงหลักฐานที่ได้จากฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ตำราและเอกสารทางวิชาการต่างๆ

การพิจารณาผลงานวิจัยมาใช้ทางคลินิกใช้เกณฑ์ของโพลิต และฮังเลอร์ ดังนี้ (Polit & Hungler, 1997) ว่าผลงานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นการศึกษาถึงผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและอุปสรรคในการดำเนินการกลุ่ม ผลงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้ (Scientific-merit) การนำองค์ความรู้ไปใช้จะพิจารณาแนวโน้ม หรือความเป็นไปได้ที่จะนำองค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation potential) ประกอบด้วย 1). ผลงานวิจัยที่นำมาใช้มีความเหมาะสม (Transferability of findings) โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วย และปรัชญาการดูแลของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ 2). สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ในหน่วยงาน (Feasibility of implementation) โดยคำนึงถึงสิ่งที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยมีเอก

สิทธิ์ ผู้ร่วมงานให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ และ 3).ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) ผลงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์นั้นเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล คุ้มกับการลงทุน ลงแรง

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยได้สรุปผลของการวิเคราะห์และอภิปราย และประเด็น ดังนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง โครงสร้างการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กระบวนการดำเนินการกลุ่ม อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยจำนวน 18 เรื่อง เป็นงานวิจัยในประเทศ จำนวน 10 เรื่อง และงานวิจัยในต่างประเทศจำนวน 8 เรื่อง เมื่อพิจารณาคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trial (ระดับ A) จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นเชิงทดลอง แต่ไม่ได้ทำการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (random assignment) หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) (ระดับ B) จำนวน 10 เรื่อง และงานวิจัยระดับ C ที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพหรือบทความทางวิชาการจำนวน 5 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยและบทความทางวิชาการ 18 เรื่องที่เลือกมาศึกษา มีสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมดรวม 1,888 ราย ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือกลุ่มสนับสนุน แต่ละกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกันจำนวน 14 เรื่อง ได้แก่ มะเร็งเต้านม 5 เรื่อง ระยะของโรครอยู่ในระยะที่ 1-3 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและตามด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา (ครุณี ชุมหวัด ยวดี ภาชา และ บุญชื่น อิมมาก, 2540; พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Samarel, Fawcett & Tulma, 1997.) มะเร็งปากมดลูก 3 เรื่อง ผู้ป่วยทั้งหมดรักษาด้วยรังสีรักษา ซึ่งมีระยะของโรครอยู่ในระยะที่ 1-3 (นันทา เกียรติกังวาฬไกล, 2540; สายปัญญา คงพันธ์, 2535; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543.) มะเร็งต่อมลูกหมาก 3 เรื่อง ไม่กล่าวถึงระยะของโรครและการรักษา (Breau and Norman, 1995; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky, et al., 2002; Steginga, Pinnock, Gardner, & Dunn, 2005) มะเร็งศีรษะและคอ 2 เรื่อง ไม่ทราบระยะของโรครแต่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (ครุณี ชุมหวัด, ยวดี ภาชา, พัทยาภูมิ ภัทรนุชาพร และจารุวรรณ รัชมิเหลืออ่อน, 2539; เพิ่มพูน ธรรมเจริญ, 2536) และมะเร็งกล่องเสียง 1 เรื่อง (วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543) ซึ่งรักษาด้วยการผ่าตัดทุกระยะของโรคร นอกนั้นไม่ได้กำหนดชนิดของมะเร็ง เป็นการรวมกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็ง หลากหลายชนิด จำนวน 4 เรื่อง (Docherty,

2004 ; Evans & Connis, 1995 ; Franoes & Mary, 2001; Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005)

ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง

ผลที่ได้จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเอง เพื่อดำรงชีวิตอยู่กับมะเร็งได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพของกาย จิตและจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่า และการเยียวยาตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมีเพื่อนๆ สมาชิกกลุ่ม ครอบครัว และบุคคลรอบข้าง คอยสนับสนุนให้กำลังใจ ปลอบใจ เป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ทำให้ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มรู้สึกมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น ซึ่งสรุปผลจากการเข้าร่วมกลุ่มได้ ดังนี้

1) ด้านการปรับตัว (สายปัญญา คงพันธ์ 2535; เพิ่มพูน ธรรมเจริญ, 2536; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ดรุณี ชุนหวัด ยวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน, 2539; ดรุณี ชุนหวัด ยวดี ภาษา และ บุญชื่น อิ่มมาก 2540; นันทา เกียรติกิ่งวาฬไกล, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; Evans & Connis, 1995; Samarel, Fawcett & Tulman, 1997; Bary & Gullatte, 2001; Breau and Norman, 2003; Docherty, 2004; Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005. และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando. 2005) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มสามารถปรับตัวในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน พัฒนาด้านอารมณ์ สามารถจัดการด้านอารมณ์ ลดความวิตกกังวล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ลดภาวะซึมเศร้า อาการปวด และการแยกตัวออกจากสังคม อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์กับเพื่อนร่วมทุกข์เดียวกัน ทำให้เห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดความรู้สึกละอ่อนคลาย ทำให้สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ดีขึ้น การเข้ากลุ่ม ช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้ผู้ป่วยมีโอกาสพูดระบายความรู้สึก ซึ่งตรงตามแนวคิดของ นอร์เบค (Norbeck, 1991) และ สอดคล้องกับ ไรส์แมน (Riessman, 1998) ที่กล่าวว่ากลุ่มสนับสนุน เป็นเครื่องมือปกป้องความเครียด เมื่อความเครียดลดลง การปรับตัวด้านต่างๆ จะดีขึ้นตามมา

2) ด้านความสามารถดูแลตนเอง การเข้ากลุ่มทำให้มีความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และคำแนะนำที่เหมาะสมเฉพาะกับผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการรักษา (สายปัญญา คงพันธ์, 2535; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ดรุณี ชุนหวัด ยวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน, 2539; ดรุณี ชุนหวัด ยวดี ภาษา และ บุญชื่น อิ่มมาก, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; วนิดา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; Bary & Gullatte, 2001; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al., 2002; Breau

and Norman, 2003 และ Docherty ,2004). สอดคล้องกับ สไตเกอร์และลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985) ที่กล่าวว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง และ ครุณี ชุนหวัด (2546) และ ริชชาดสัน (Richardson, 1991) พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพได้ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกระยะ ตั้งแต่ การป้องกัน การส่งเสริม การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

3) ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความหวัง (ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษา และ บุญชื่น อัมมาก, 2540; วนิตา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al., 2002; Docherty, 2004; Steginga, Pinnock, Gardner, Gerdiner & Dunn, 2005 และ Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005) และการศึกษาของ เรียสแมน (Riessman, 1965 cited in Felix-Ortiz, Salaza, Gonzalez, Sorensen & Plock, 2000) พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกระบวนการให้และการรับความช่วยเหลือที่เป็นไปตามหลักประชาธิปไตยและการแบ่งปัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่นไว้วางใจ (confidence) รู้สึกมีคุณค่า ทำให้ความรู้สึกไร้ค่า ไร้อนาคตลดลง และได้รับกำลังใจในการรับการรักษาต่อเนื่อง

4) ด้านคุณภาพชีวิต สามารถพัฒนาความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ และ พฤติกรรมการตอบสนองทางอารมณ์ด้านบวก เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และคนรอบข้างดี (ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษาและ บุญชื่น อัมมาก, 2540; วนิตา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุริย์พร กฤษเจริญ และกอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky. et al., 2002; Docherty, 2004; Zabalegui, Sanches, Sanches & Juando, 2005.) สอดคล้องกับ ปราณี เสนีย์ (2539) พบว่าผู้ป่วยที่สามารถหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับตนจะมีความผาสุกในการดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ รู้สึกพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการปฏิบัติตัวได้มากกว่า 1 ทาง ได้ประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วย อื่นๆ ดูแลรอบคลุมด้านจิต วิญญาณ ทำให้มีความหวัง และกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้าย ลดค่าใช้จ่าย มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี สามารถดูแลสุขภาพกาย จิต ได้ดีกว่าไม่ได้เข้ากลุ่ม เช่น งานวิจัยของ สายปัญญา คงพันธ์, 2535; พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล, 2538; ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษา พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร และ จารุวรรณ รัชมิเหลืองอ่อน, 2539; ครุณี ชุนหวัด ยุวดี ภาษาและ บุญชื่น อัมมาก, 2540; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2542; วนิตา ลิขิตสินโสภณ, 2543; สุทธิณี พักวิสัย, 2545; สุริย์พร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ, 2543; Barg & Gullatte, 2001; Katz, Koppie, Wu, Meng, Grossfeld, Sadesky, et al., 2002; Docherty, 2004; และ Steginga, Pinnock, Gardner,

Gerdiner & Dunn, 2005).เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โทรเจน (Trojan, 1989) ที่ศึกษาถึงประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจำนวน 65 โรค จากสมาชิกจำนวน 232 คน โดยการสัมภาษณ์ และสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าสมาชิกมากกว่าร้อยละ 90 พึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และมองเห็นประโยชน์

โครงสร้างของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่รวบรวมมา สรุปโครงสร้างของกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ขนาดของกลุ่ม ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.4 (8 เรื่อง) ของงานวิจัยที่ศึกษา พบว่าสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งไม่เกิน 10 คน แต่สิ่งที่ทำให้กลุ่มมีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ ระยะเวลาที่จัดประชุมต้องสัมพันธ์กับจำนวนสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันได้อย่างทั่วถึง เป็นประโยชน์กับสมาชิกทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับ มาแรม (Marram, 1978) ที่กล่าวว่าในกระบวนการกลุ่ม ควรมีสมาชิกกลุ่ม 2-15 คน 2) ระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่ม ส่วนใหญ่ใช้เวลา 45-60 นาที จำนวน 7 เรื่อง อีก 6 เรื่อง ใช้เวลา 60-120 นาที มีการนัดประชุมกลุ่มทุก 1-4 สัปดาห์ จำนวน 14 เรื่อง ส่วนใหญ่นัดประชุมกลุ่ม 1-2 สัปดาห์ เป็นเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการพัฒนาทักษะการปรับตัว การนัดกลุ่มนานเกิน 4 สัปดาห์ ต่อครั้ง ความคุ้นชินของผู้ป่วยน้อยลง ทำให้ผู้ป่วยไม่วางใจในการขอคำแนะนำหรือเปิดเผยในทุกๆเรื่อง การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ถ้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกัน (cohesiveness) กับเพื่อนสมาชิกเกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (Yalom, 1995) 3. จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกลุ่ม ส่วนใหญ่ 1-4 ครั้ง จำนวน 8 เรื่อง อีก 5 เรื่อง พบกัน 5-14 ครั้ง การได้เข้าร่วมกลุ่มแม้เพียงครั้งเดียวก็ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยิ่งเข้าร่วมกลุ่มที่จำนวนครั้งมากขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นด้วย (สุทธิณี พักวิทย์, 2545) 4) ผู้นำกลุ่ม ร้อยละ 27.8 (5 เรื่อง) ของงานวิจัยที่นำมาศึกษา พบผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม ร้อยละ 33.3 (6 เรื่อง) พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ระยะแรกของการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม งานวิจัยในประเทศไทย มีรายงานว่าผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อช่วยประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา ส่วนในต่างประเทศต้องการให้แพทย์เฉพาะทางหรือเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เรื่องมะเร็งเข้าร่วมกลุ่มเป็นที่ปรึกษา และในระยะต่อมา ควรฝึกทักษะผู้นำกลุ่มให้กับผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกลุ่มเป็นผู้นำกลุ่ม (ดรุณี ชุณหะวัณ, 2546) เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้จักความเป็นเจ้าของกลุ่ม และมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองและกระบวนการดำเนินการกลุ่มที่เหมาะสม

ข้อควรคำนึงถึงในการดำเนินการกลุ่มเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดดังนี้ 1) กระบวนการดำเนินการกลุ่ม ควรให้ความสำคัญกับระยะสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกิดความไว้วางใจ (Marram, 1978; Stuart & Laraia, 1998) 2) จำนวนครั้งในการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม แม้แต่ครั้งเดียวก็มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย จำนวนครั้งมากยิ่งดีกับผู้ป่วย ความรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้นด้วย (สุทธิณี พักวิสัย, 2545) 3) ระยะวิกฤต ควรใช้กลุ่มพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior) โดยนักจิตหรือผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา แต่ในระยะยาวการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยผู้ป่วยได้ดีกว่า เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการการเรียนรู้อย่างเป็นทางการ (Evans & Connis, 1995) 4) การจัดประชุมกลุ่มแต่ละครั้งควรคำนึงถึง ความสมดุลระหว่างเวลา กับจำนวนสมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาที่เหมาะสมในการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง 45-120 นาที ส่วนจำนวนสมาชิกอย่างน้อย 3 คน สูงสุดไม่เกิน 20 คน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ มาแรม (Marram, 1978) ที่กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม ควรมีสมาชิกกลุ่ม 2-15 คน เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ทั่วถึง และจัดประชุมทุก 1-4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยคุ้นชิน เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน กล้าพูดคุยปัญหาของตนเอง 5) ควรจัดกลุ่มในผู้ป่วยมีแรงจูงใจเดียวกัน และระยะของโรคใกล้เคียงกัน รวมทั้งการรักษาที่เหมือนกัน การที่ผู้ป่วยมีปัญหาคล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนลงเรือลำเดียวกัน (being in the same boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเข้าใจปัญหา อย่างแท้จริง มิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ (ดรุณี ชุนหวัด, 2546; Gilbey, 1987; Robinson, 1985; Steiger & Lipson, 1985) 6) ต้องการให้ผู้มีความรู้เรื่องโรคมะเร็ง หรือแพทย์เฉพาะทางเป็นที่ปรึกษา (Brean & Norman, 2003) เนื่องจากผู้ป่วยต้องการที่ปรึกษาในกรณีที่ผู้ป่วยแนะนำกันเองไม่ได้ 7) ระยะแรกของการประชุมกลุ่ม ควรมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อเป็นการประสานงานที่ดี ควรฝึกทักษะผู้นำกลุ่มให้กับสมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ป่วยด้วยกันเอง เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (ดรุณี ชุนหวัด, ยุติ ภาฯ และ บุญชื่น อัมมาก, 2540) 8) การวัดผลหรือการประเมินผล ควรหลีกเลี่ยงการประเมินผลช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรง เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าว ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง จากอาการของโรคมะเร็ง วิธีการรักษา ความไม่แน่นอนของการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา ความเจ็บป่วย ที่รุนแรง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดได้สูง (Volicer & Burns, 1977 อ้างใน สุภาพ อารีเอื้อ, 2540) ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือน้อยลง

อุปสรรคของการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากผลวิเคราะห์งานวิจัยสามารถสรุป อุปสรรคได้ดังนี้

- 1) จากตัวสมาชิกเองได้แก่ ภาวะสุขภาพที่แย่ลงหรืออาการของโรคที่กำลังกำเริบ
- 2) ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- 3) ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมาก ไม่สามารถเดินทางมาร่วมกลุ่มคนเดียวได้
- 4) ความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงและผลข้างเคียงระยะยาวจากการรักษา
- 5) ในการเข้ากลุ่มที่มีสมาชิกมาก และสมาชิกที่เป็นโรคต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยบางคนได้ประโยชน์ไม่เต็มที่
- 6) สมาชิกในครอบครัวไม่มีส่วนร่วม ในการเข้าประชุมกลุ่ม ทำให้ไม่รับทราบปัญหาของผู้ป่วยที่บุคคลในครอบครัวต้องร่วมแก้ไข
- 7) โรงพยาบาลบางแห่งขาดการสนับสนุน ไม่มีทิศทางที่แน่นอนและขาดการประชาสัมพันธ์
- 8) ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- 9) ผู้ป่วยขาดทักษะผู้นำกลุ่ม ซึ่งอุปสรรคดังกล่าว สอดคล้องกับ ดรุณี ชุมะวัต (2546) กล่าวว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันไปต้องได้รับการประเมินและแก้ไขอย่างเหมาะสมเพื่อให้สมาชิกทุกคนได้รับการช่วยเหลือที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้เจ้าหน้าที่ซึ่งร่วมเป็นกรรมการที่ปรึกษาจะมีบทบาทในการร่วมแก้ปัญหาเหล่านี้เป็นอย่างมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การนำองค์ความรู้เกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไปประยุกต์ใช้ในการจัดตั้งกลุ่ม จะมีประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อดูแลผู้ป่วยให้ครบองค์รวมนั้นต้องคำนึงถึงขนาดของกลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินกลุ่ม จำนวนครั้งของการเข้าร่วมกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม ลักษณะการรวมกลุ่ม ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นความรู้ที่ได้จากงานวิจัย จึงมีความน่าเชื่อถือระดับหนึ่งที่ควรเผยแพร่ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
2. จัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างเป็นระบบและดำเนินการอย่างยั่งยืนต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะการเข้ากลุ่มยิ่งจำนวนครั้งมาก จะได้ประโยชน์มากขึ้น
3. การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ควรจัดในผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกัน เพื่อให้การเข้ากลุ่มแต่ละครั้งผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัย ในกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่มีการติดตามผลในระยะยาวและมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มสนับสนุนอื่นๆ
2. งานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก อาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือ ดังนั้นในการศึกษารั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น โดยใช้หลักเกณฑ์ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างอย่างเหมาะสม
3. ควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดเดียวกัน ระยะโรคใกล้เคียงกันและการรักษาที่เหมือนกันโดยศึกษาในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่นำมาศึกษา ถ้าเป็นระยะที่โรคกระจาย ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือน้อยลง ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งในทุกระยะของโรค
2. การประเมินผลในช่วงเวลา ที่ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากโรคและการรักษารุนแรง จะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองและการพัฒนาความรู้สึกลึกมีคุณค่า

LITERATURE REVIEW RELATED TO THE EFFECTIVENESS OF SELF-HELP GROUPS IN PATIENTS WITH CANCER.

RATTANA CHAI-IN 4837046 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: DARUNEE JUNHAVAT, M.Ed. (EDUCATION PSYCHOLOGY AND GUIDANCE), KANITHA HANPRASITKAM, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Cancer is a chronic disease and a significant health problem in both developed and developing countries due to the high death rate among the world's population. In the United States from 2003-2005, cancer was found to be the second cause of death. (American Cancer Society, 2005). In Thailand from 1999-2005, cancer was found to be the first cause of death with increasing death rates from 68.4 per 100,000 of population in 2001 to 78.9 and 81.4 per 100,000 of population in 2003 and 2005, respectively. (Public Health Statistics, 2005).

The crucial problem of cancer patients is patients perceive cancer as coming with death or serious threat to the patients' lives. Most treatments, whether in the form of surgery, chemotherapy or radiation may contribute to post-operative disability and suffering which affects the patients' quality of life. Cancer and side-effects of treatments impact not only on physical, psychological, emotional, social, and spiritual of patients' lives (Wareerat Thanoi, 2002) but also on their quality of life. (Bersewick, Whitmer, Sweeney & Nail, 2002; Petruson, Silander & Hammerlid, 2005; Scully, Epstein & Sonis, 2004). Patients and families must confront stress on trajectory

of disease during diagnosis, treatment, periods of cancer remission, relapse of the disease, and the final stages of the disease. The stress from cancer is direct impact on patients' health condition and recovery (Somchit Hanucharurnkul, 2001). Furthermore, cancer treatments require long periods of time contributing to uncertain, so patients faced with depression, lack of confidence, problems in adjustments and impending economical problem. If cancer is metastatic, it will damage and/or involve other organs causing rapid mortality among patients (Narin Voravud, 2003).

Cancer care and treatment should collaborate among doctors, nurses, and medical personnel in the diagnosis, treatment and rehabilitation periods. Also patients and families should participate in patients care and treatments because cancer and treatments impact not only patients, physical, psychological, spiritual, economical and social but also families as follows:

Physical Impacts: If cancer is left untreated, it will spread to nearby organs and patients will eventually die from lack of nutrients, pneumonia, septicemia or hemorrhage. Cancer and treatment will also cause numerous side-effects such as pain, especially in metastatic stage. It was found that 60-90% of patients with advanced stage of cancer have moderate to severe pain (Sathaporn Leelanuntakit, 2007). After receiving treatment, cancer patients were impacted by the side-effects of treatments. In head and neck cancer patients who have received radiotherapy, giving 88% of these patients difficulty in eating and drinking, while another 54% lost their sense of taste completely, and 29% loss weight (Rose- Ped, Bellm, Epstein, Trotti, Gwede, Fuchs., et al, 2002). Moreover, chemotherapy can also cause of mucositis in the oral cavity with the approximate rate of 38.8% of patients who received chemotherapy (Narawadee Prasertwittayakit, 1999). It has been found that as much as 75% of head and neck cancer patients have problems in eating (Langius, Bjorvell, & Lind, 1993) fatigue, reducing capacity of patients in performing daily activities and sleeping problems (Berger & Ferr, 1999).

Psychological and psycho-social impacts: Cancer causes significant psychological impacts such as. depression (Sathaporn Leelanuntakit, 1994). Patients who can't cope with cancer will be depression, refuse to participate in social activities and communicate with others, isolate themselves, and possibly attempt suicide (Anon Wittayanon, 1999). In head and neck cancer patients who received concurrent

radiotherapy and chemotherapy, the physical impacts (unclean and odor of their oral cavities) that occur may be problems spreading to psychological conditions such as lack of confidence in participating in social activities. (Hornor and Law, 2002). According to the study of Code and colleagues (Code et al., 2001 cited in Cheng and Chang, 2003), it was found that patients with symptoms of oral mucositis due to chemotherapy will have more turbulent emotions than patients with no symptoms. Patients who fail to adapt and unable to manage their stress will lose their performing work and social roles.

Social and economical impacts: Cancer patients have responsibilities social and family roles; however, physiological changes occurring as a result of the pathology of cancer as well as complications from treatments affect patients from performing the activities of daily living (ADL), occupations and isolation from society which affect patient's economic status. Furthermore, cancer-related pain also inhibits the social interactions. (Niya Soaree, Aree Nuibandan, and Komapak Maneewat, 2002). In terms of economical impacts, patients who have more complications will have more medical treatment expenses and longer length of stay in hospital (Cheng and Chang, 2003). Moreover, cancer treatment requires the high technology, including medical equipment and instruments such as radiation devices, which must be imported from foreign countries at expensive fees causing the country to suffer greater economic loss.

Spiritual impacts: If the spiritual needs of patients are responded to, it will encourage patients to fight with cancer and improve their abilities to confront problems. Spiritual care consists of receiving care from patient's the love one, performing ceremonies according to their beliefs. These spiritual needs depend upon each patient (Sivalee Sirilai, 2004). When patients face with cancer and its complications patients who is unable to cope with stress, they will have greater impact on physical conditions. Patients with high adjustment capabilities will have low stress (Selye, 1983 cited in Somchit Hanucharurnkul, 2001).

Coping with cancer: There are two mode of coping consisting of 1). Problem-focused coping, which is confrontation with stress by improving the situation and knowing how to cope with the source of the stress and 2). Emotion-focused coping such as patients in denial when having a stress condition so their morale will not be destroyed as patients are encouraged. There are 5 coping modes

comprising information seeking, direct actions, ceasing of actions, seeking social support, using psychological mechanisms. In coping with cancer, patients usually implement both problem-focused coping and emotion-focused coping (Lazarus & Folkman, 1984). Patients with greater severity of illness will have higher levels of emotional distress. (Volicer & Burns, 1977 cited in Suparb Aree-ue, 1997). Individuals who have cancer will view cancer as a life threatening (Gree, 1982). According to Krause, (Krause, 1991) who studied in 43 cancer patients, found that 68% of the patients felt shocked and used psychological mechanisms in the form of denial. Self-help group was a method that helped patients cope with stress as a form of aid among friends with similar health problems to join together and solve the problem by using their past positive experiences to help other patients in realizing their potential and utilizing their resources to cope with stress during illness. The use of self-help groups relies primarily on the concept of social support.

Social support is the support from other individuals in every aspect in order to promoting and supporting an individual to improve and maintain motivation for self-care. Social support is considered as a psycho-social variable related to health in normal conditions and during critical conditions by helping to decrease durations of illness and allowing patients to participate in self care during treatment (Darunee Junhvat, 2001; Steiger & Lipson, 1985). The significant support for cancer patients is psychological support enabling patients to appropriately adapt and cope with stress from the first stage of cancer to the terminal stage.

Self-help groups are based on the basis that individuals will receive good help from an individual experiencing with cancer by allowing patients with direct experiences to participate in self-care or depend upon themselves and help care for one another under normal conditions and at every stage of the illness (Darunee Junhvat, 2003) because no one knows as well as individuals with direct experience (Marram, 1978). Self-help groups can be defined as a group of members with similar characteristics or experiences who banded together willingly in order to provide help and support by sharing experiences continually, contributing to maximum benefits of group members. (Steiger & Lipson, 1985) and promote self-care and increase problem-solving skills.

Self-help groups have specific characteristics that differ from other groups as follows: (Darunee Junhavat, 2003; Rootes & Aanes, 1992)

1. Support and education by group members; discussions to sharing experiences, feelings, and information; participation in activities that promote group security.
2. Emphasis on life situation with service provision and activities corresponding to the needs of members and group decisions.
3. Basic objectives consisting of support for individuals toward changes; members learn by acting and changing behaviors.
4. Anonymous and confidential nature and group members are similar experiences, problems or coping with similar situations.
5. Voluntary membership, members receive maximum benefits from sharing experiences with one another according to the experiences of each member; not provide by only health care professional.
6. Group leaders come from the group member or health care team personnel.
7. Absence of-profit orientation, no registration fees. The group will receive support from donations or various funds and will not be obligated to repay.

The success of self-help groups come from the principle of helper including taking and giving (Riessman, 1965, cited in Felix-Ortiz, Gonzalez, Sorensen, & Plock, 2000), sharing experience, and participating in problem solving among group members. Members will not only receive help but will also provide help for others. The unconditionally providing help for one another without profit encourages altruism and reciprocity with processes of providing and receiving help according to principles of democracy and sharing (Hayes, 1999). Thus group members have confidence and feel valuable (Darunee Junhavat, 2003; Riessman, 1965, cited in Felix-Ortiz, Salaza, Gonzalez, Sorensen & Plock, 2000).

The effective self-help groups must be considered in terms of group size, facilities, duration of the group meeting, frequency of the group participation, and group leader characteristics. The problems of group meeting usually occur including from group leaders who lack leadership skills, group members with different health problems, traveling problems, economic problems, and lack of budgets in proceeding

with group activities. Furthermore, there are also problems with the facilities for group procedures. As for group processes, significant group processes should be emphasized in the introductory phase. This phase is the phase for creating a relationship between the group leader to group members and group members to group members. The group leader must provide opportunity in order to create a friendly environment as well as a feeling of confidence and safety for group members.

From the literature review on the effects of self-help groups, it has been found that self-help groups can be implemented to solve physical, psychological, and social health problems. Furthermore, self-help groups can help patients at every stage from prevention, promotion, treatments, and rehabilitation (Darunee Junhavat, 2001; Richardson, 1991). According to the study of Trojan (Trojan, 1989) who studied the benefits of self-help groups in 232 patients with 65 diseases by interviewing and participatory observation, it was found that more than 90% of the members succeeded according the objectives of group participation, including improved quality of life, increased self-esteem and self-care ability, reduced anxiety and depression, and improved ability to adapt and cope with stress. Furthermore, self-help groups also help members to have positive family relationships, understanding of cancer and treatments, increase satisfaction with treatments, reduce physical and psychosomatic symptoms, reduce social isolation, promote positive images, help patients to see the world in a positive way, and have more confidence in coping with the disease and treatments.

Self-help groups enabled patients to improve themselves to live with cancer happily in physical, psychological, and spiritual balance, while promoting learning, perceived self-esteem and self-healing in order to maintain human dignity, quality of life and ability to adjust with various problems (Darunee Junhavat, 2001), prevent and absorb stress which affect on health conditions and well being Barg & Gullatte, (2001); Cohen & Wills, (1985). However, for maximal benefit in proceeding with self-help groups effectively, it is necessary to realize the effects of the group, problems, obstacles, and issues that should be considered in organizing a group. Although self-help groups offer several benefits, no clear evidence-based practices were collected, especially in terms of factors that should be considered when the group was implemented with cancer patients. Therefore, the purpose of this study was to gather knowledge regarding effectiveness of

self-help groups as further guidelines implement self-help groups in patients with cancer in order to appropriate and effective care.

Research Objectives

To gather, analyze, and synthesize knowledge from research findings and academic articles implemented as reference on evidence-based practices regarding the effectiveness of self-help groups in patients with cancer, including barrier to self-help group.

Expected Benefits

1. Knowledge regarding the effectiveness of self-help groups in patients with cancer, limitations and barrier that should be considered when self-help groups are implemented in patients.
2. Guidelines for implementation self help group in patients with cancer in clinical setting in order to appropriate and effective care of cancer patients.

Research Methodology

Analysis and synthesis were conducted among literatures retrieved from nursing and medical journals, textbooks, thesis, dissertations from various universities, nursing magazines, medical magazines, and associated branches domestically and abroad, including nursing and health profession electronic databases such as CINAHL, OVID, Medline, Science direct, Blackwell Synergy, Cochrane, Pubmed, and from websites involving Thai and foreign research databases from various institutions such as <http://www.mahidol.ac.th>, <http://www.thesis.tiac.or.th>, <http://www.siamca.com>, <http://www.joannabriggs.edu.au/pub/search.php> and hand search by setting the years from 1992-2007. The keywords used in the electronic database searches included self-help group and cancer, self-help group and cancer in nursing, mutual group and cancer, social support and cancer, peer support and cancer, peer support and cancer in nursing, support group and cancer, effect of support group in cancer, benefits of self-help group in cancer care, benefits of self-help group, advantage of self-help group,

obstacle of self-help group in cancer care. Further searches involved reference documents of textbooks, academic articles, and researches not in electronic databases using manual searching as by selecting studied information to meet the inclusion criteria research or academic articles with full text reports published or disseminated in 1992-2007 (2535-2550 B.E.), researches or academic articles had to be in Thai or English regarding the effectiveness of self-help groups in all types of adult cancer patients (ages above 15 years), barriers to self-help group procedures, participation of all types of patients with cancer in self-help group processes. The exclusion criteria consisted of research or articles in the group of pediatric patients or caregiving relatives, and research that implemented psychological groups therapy. Research quality was considered according to the Royal College of Physician of Thailand, (B.E. 2544) which categorized levels of academic evidence into the following four levels:

Level A: Refers to evidence acquired from meta-analysis research of at least one randomized controlled trial or a single research that is a randomized controlled trial.

Level B: Refers to evidence acquired from research that are meta-analysis or single research but are quasi-experimental research or experimental research with no sample randomization.

Level C: Refers to evidence acquired from research that were comparisons to determine relationships or other descriptive research.

Level D: Refers to evidence acquired from the consensus of experts, textbooks, and various academic documents.

The researcher considered clinical implementation of research findings according to the following criteria (Polit & Hungler, 1997) that were research findings for study require clinical relevance. In this study, the researcher considered the effectiveness of self-help groups and barriers in cancer patients. The research findings had scientific merit. The potential implementation comprised the following:

1. Transferability of the findings by considering suitability for the clinical setting, patient groups, and care philosophy of health profession.
2. Feasibility of implementation by considering nursing antinomy to practice and cooperation of colleagues.
3. Cost-benefit ratio. The effectiveness and efficiency of research findings

Findings and Discussion

According to research analyses, the effectiveness of self-help groups can be summarized into four issues consisting of effects of participation in self-help group of patients with cancer, the structure of self-help groups, group processes, barriers, and recommendations. The researcher summarized the research findings and discussion of the findings as follows:

Characteristics of the sample studies

The sample studies consisted of 18 studies, 10 of which were studies in Thailand and 8 were studies in western countries.. When the quality of the research was analyzed by using the evidence-based of The Royal College of Physician of Thailand, (B.E. 2544), it was found that there were 3 randomized controlled trials (Level A), 10 were experimental studies or quasi-experimental groups with no random assignment to the experimental group or the control group (level B) and 5 were qualitative studies or academic articles (level C).

The sample groups of the 18 studies had a total of 1,888 members who participated in the group. Most patients who joined the self-help groups or support groups were the same type of patients in 14 studies consisting of 5 in breast cancer patients at stage 1-3 who received treatment by surgery followed by chemotherapy or radiology; 3 studies in cervical cancer treated with radiotherapy at stage 1-3; 3 studies in prostate cancer with no mention of stages of cancer or treatment, 2 studies in head and neck cancer unknown stages of cancer received treatment by radiotherapy, and 1 studie in laryngeal cancer with surgery at any stage of cancer. Four studies did not specify the type of cancer and the members of group were variety of cancer.

Effects of participation in self-help groups of patients with cancer.

The effects of participation in self-help groups enabled patients to improve well-being, balance their physical, psychological, and spiritual, prompting learning, perceived values, and self-healing in order to maintain human dignity by providing

support, encouragement, comfort, consultation, advice and exchanging of experiences with one another. In self-help groups, patients will be both giver and taker, so patients who participate in the group will feel more valuable. The effects of group participation can be summarized in five aspects as follows:

1) Better adaptation of patients who participated in the group in various areas, such as performance of duties, emotional development, emotional management ability, reduced anxiety, developed of problem-solving skills, reduced depression, pain, and social isolation. A total of 14 research supported the concept of Norbeck (Norbeck, 1991) who stated that support groups provide emotional support and enable patients to vent their feelings, which was in agreement with Riessman (Riessman, 1998) who stated that support groups were instruments for preventing and reducing stress, and improving various aspects of adjustment.

2) In the area of self-care capabilities, knowledge of the disease, and practices, self-help groups increased efficiency in exchanging appropriate information and advice for patients diagnosed with cancer so patients are able to cope with the side-effects of treatments. There were 12 researches that mentioned this topic and were in agreement with Steiger & Lipson (Steiger & Lipson, 1985) who asserted that self-help groups have direct impacts on self-care. In addition, Darunee Junhavat, (2001) and Richardson (1991) found that self-help groups can be implemented in solving physical, psychological and social health problems, while enabling patients to help one another at every stage i.e. prevention, promotiom, treatment, and rehabilitation.

3) Self-esteem, self-help groups created hope for living. Eight studies mentioned this issue, which was in agreement with the study of Darunee Junhavat, (2003), Riessman (Riessman, 1965 cited in Felix-Ortiz, Salaza, Gonzalez, Sorensen, & Pliock, 2000), who found that self-help groups are the process for giving and taking help according to principles of democracy and sharing, causing group members to have confidence and feel self-esteem, while minimizing feelings of worthlessness and lack of future with the receipt of constant encouragement in receiving treatment;

4) Quality of life, self-help groups were able to improve physical, psychological well being, and positive emotional response behaviors while improving relationships between spouses, patients, and surrounding individuals. A total of six

studies mentioned this topic, which was in agreement with Pranee Seni (1996) who found that patients who were able to find methods of coping with stress contributing to well-being and quality of life.

Another, satisfaction of self-help groups enabled patients to have more than one choice of practice, acquire experience directly from other patients, receive spiritual care, have hope and encouragement in fighting with cancer, reduce expenses, have good social support, and better physical and psychological health than those who did not participate in the group. The 12 studies that mentioned this topic were in agreement with the research of Trojan (1989) who studied the benefits of self-help groups in 232 patients with 65 diseases by interviewing and participatory observation. It was found that more than 90% were satisfied with participating in the group and realized the benefits of the support group.

Structure of self-help groups

Self-help group structures can be summarized into 4 issues as follows:

1) Size. 44.4 % (8 studies) discovered that there were no more than 10 patients who participated in each group meeting. However, in order to be most effective, the time period of meetings had to be related to the number of group members. So patients could exchange experiences with one another in order to benefit of all members, which was in agreement with Marram (1978) who stated that there should be 2-15 members in group processes.

2) Duration: Group process required 45-60 minutes in 7 research, while another 6 research required 60-120 minutes. 14 research scheduled group meetings every 1-4 weeks, but most scheduled group meetings every 1-2 weeks, which was the most appropriate interval for developing coping skills. Group meetings of more than 4 weeks will reduce patients' familiarity, so patients would not hesitate to ask for advice or disclose every topic. Joining the group regularly will cause members to feel that they are a part of the group and be more able to reveal themselves, experience cohesiveness with members, and help one another continually (Yalom, 1995).

3) Frequency: Most (8 studies) participated 1-4 times, while 5 studies participated 5-14 times. Only one group participation was sufficient to enable cancer

patients to feel valuable and patients will feel more valuable with greater numbers of times in group participation (Suthinee Pukwilai, 2002).

4) Group leaders:- In 5 studies (27.8 %) found group leaders were patients, 6 studies (33.3 %) had nurses as group leaders, and 1 studies had a social worker as the group leader during the first period of participation in group meeting. From research in Thailand, there were reported that patients needed nurses to be group leaders in order to coordinate between patients and patients or patients and attending physicians. Furthermore, patients in foreign countries also needed to have specialist doctors or health care profession to participate in groups as consultants. In subsequent periods, patients who were group members should receive leadership training in order to become group leaders (Darunee Junhavat,, 2003).

Appropriate process of self-help groups

According to research analysis findings, the cautions or considerations involved in group processes aimed at maximal benefits can be summarized as follows: 1) Group processes should give importance to the period of building relationships so patients can be relaxed and build trust (Marram, 1978; Stuart & Laraia, 1998); 2) Even one group meeting participation can benefit patients, so the more meetings, the more benefits obtained by patients and the greater self-worth felt by patients (Suthinee Pukwilai, 2002); 3) The critical period should implement cognitive behavior groups by psychologists or psychological experts to help patients improve problem solving skills. However, in the long run, the use of self-help groups will be appropriate (Evans & Connis, 1995); 4) Each group meeting should consider the balance between the time and number of members in an appropriate group meeting time of 45-120 minutes with a minimum of three members and a maximum of 20 members. This finding was in agreement with Marram (1978) who stated that group processes should have 2-15 members so patients could exchange experiences thoroughly and organize meetings every 1-4 weeks, so patients can be familiar, trust one another and be able to discuss problems; 5) Patients should be in groups of the same type of cancer patients with similar stages of cancer and undergoing the same treatments. When patients have similar problems, they will share feelings of being in the same boat; therefore, patients

can be sure that individuals who offer help truly understand the problem rather than only theoretical knowledge so the patients will have a desire to perform activities toward solving that problem (Darunee Junhavat, 2003; Gilbey, 1987; Robinson, 1985; Steiger & Lipson, 1985), 6) Educators should have knowledge about cancer or have an oncology specialist as a consultant (Brean & Norman, 2003) because patients will require consultants in cases which patients are unable to advise one another; 7) During the first period of group meetings, nurses or related personnel should be group leaders in order to have good coordination. Group members who are patients should receive leadership skills training in order to promote participation and cause patients to feel self-worth with ability toward improved self-care (Darunee Junhavat, Yuwadee Luecha, and Boonchuen Aimmak, 1997); 8) Outcome assessments or evaluations should avoid evaluating in periods when patients have severe side-effects related treatment because the self-care capabilities of patients, cancer symptoms, treatment methods, uncertainty and side-effects of treatments along with severe illness during the period are factors that can cause high levels of stress (Volicer & Burns, 1977, cited in Suparb Aree-ue, 1997) resulting in patients who providing less cooperation.

Barriers to participation in self-help groups

According to the findings, barriers to participate in self help groups can be summarized as follows: 1) The deteriorated health conditions or symptoms of a relapse of the disease; 2) Economic problems, including traveling expense problems; 3) Patients with many duties and inability to travel to participate in groups alone; 4) Suffering caused by side-effects and long term side-effects from treatments; 5) Participation in groups with many members or different cancer caused some patients not to receive full benefits; 6) Lack of participation by family members, causing family members to be unaware of patients' problems need to help; 7) Some hospitals lack support with no certain direction and further lack public relations; 8) Lack of cooperation from attending physicians and associated personnel; 9) Lack of leadership skills. These barriers were found to be in agreement with Darunee Junhavat, (2003) who asserted that the various problems occurring in each group will differ and the problems must receive appropriate evaluation and solutions so all members can

receive the best possible help. Personnel who participate as consulting directors will have a very significant role in solving these problems.

Recommendations for Implementation of Research Findings

1. Implementation of knowledge on the effectiveness of self-help groups in organizing groups for maximal benefits for cancer patients so patients receive comprehensive care. The size, period, frequency of participation, and group processes must be considered. The knowledge comes from the evidence-based; thus, the reliability is on a level that should be implemented in clinical setting in caring of cancer patients.

2. Program for caring of patients with cancer should be organized by systematic implementation of self-help groups and sustainable procedures because the more times the members attend, the more benefits the members will receive.

3. Self-help groups for patients with cancer should be organized in patients with the same types of cancer so patients can receive maximum benefits in each group participation.

Recommendations for Future Research

1. Research should be conducted in self-help groups of patients with cancer that have follow-up on long-term outcomes and comparison with other support groups.

2. Research with small sample sizes may have an impact on reliability. Therefore, future research should be conducted in larger-sized sample by implementing sample group with appropriate calculation criteria.

3. Future research should be conducted in patients with the same type of cancer, similar stages, the same type of treatment, and long-term studies.

Research Limitations

1. Sample of research that were submitted to the study, if patients were in advanced stage, patients will provide less cooperation and research findings may not be provided with cancer patients in all stages of the disease.

2. Outcome evaluations in patients who have severe side-effects from cancer and treatments will become obstacles to self-care and improvement of feelings of self- esteem.

รายการอ้างอิง

- จำลอง ดิษขวณิช. (2547). Spiritual and Cultural Issues in Palliative Care. ใน ถักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 83 -89). กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- ชฎาพร สมทอง. (2545). การศึกษาการจัดการกับอาการ การประเินอาการและผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด *Non-Hodgkin*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ครุณี ชุนหวัด. (2544). การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์* (หน้า 267-289). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ. เจ. พริ้นติ้ง.
- ครุณี ชุนหวัด. (2546). การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางสุขภาพ. *วารสารพยาบาล*, 52(1), 16-24.
- ครุณี ชุนหวัด ยุติ ภาฯ พัทญุมิ ภัทรนุชาพร และจาวรณ รัศมีเหลืองอ่อน. (2539). ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 2(1), 31-44.
- ครุณี ชุนหวัด ยุติ ภาฯ และบุญขึ้น อิ่มมาก. (2540). การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 1(2), 250-216.
- นฤมล ศาสตร์สุข. (2540). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นรินทร์ วรุฒิ. (2546). Cancer Biology. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นราวดี ประเสริฐวิทยากิจ. (2542). การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านมะเร็งของผู้ป่วยใน ณ. โรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรม โรงพยาบาลและคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นินยา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และ โขมพัคตร์ มณีวัด. (2545). คุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17 (1), 45-61.
- นิตยา สมบัติแก้ว. (2541). จิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตาย. *วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 23(1), 61-68.
- นันทา เกียรติกังวาฬไกล. (2540). ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจวรรณ กำธรวัชร. (2544). *มะเร็งต้องสู้*, กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี
- ปราณี เสนีย์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนือตนเองพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล. (2538). ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพิ่มพูน ธรรมเจริญ. (2536). ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2542). ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลรามธิบดี. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 5 (1), 4-19.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guideline). *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18 (16), 36-47.
- วนิดา ลิขิตสินโสภณ. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้ไร้กล่องเสียง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). การเจ็บป่วยเรื้อรังแนวทางการช่วยเหลือด้วยครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต*, 16 (2), 3-16.
- วิมลพรรณ นิธิพงศ์. (2535). ผลการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาพร ลีตานันทกิจ. (2537). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารโรคมะเร็ง*, 20(3-4), 118 -123.

- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2550). *การบำบัดความปวดจากโรคมะเร็ง* (หน้า 9) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: แอสมิโก้ ประเทศไทย จำกัด.
- สถิตินาถารณสุข. (2548). *สถิติการเสียชีวิต พ.ศ. 2548* สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). ความเครียดกับการดูแลตนเอง. *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล* (หน้า 95-119) พิมพ์ครั้งที่ 6, กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ. เจ. พรินติ้ง.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรทัศน์ พงษ์นิกร, วัลลภ พรเรืองวงศ์, ศิริรัตน์ เชื้อสำราญ, ยุพา วงษ์มุล, กาญจนา ดาวประเสริฐ, พิเชษฐ์ อุเบอร และคณะ. (2546). ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยการใช้รังสีอย่างเดียวยที่ศูนย์มะเร็งจังหวัดลำปาง. *วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย*, 9(1-3), 52-59.
- สุริยพร กฤษเจริญ และ กอบแก้ว สุวรรณ. (2543). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 4(3), 265-277.
- สายปัญญา คงพันธ์. (2535). *ประสิทธิผลของโครงการสอนสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิวลี ศิวีไล. (2547). การดูแลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม. ใน ลักษมี ชาญเวช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 101-110). กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.
- สุทธินี พักวิสัย. (2545). *ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อังศุมา อภิชาติ และกานดาศรี ตูลธรรมกิจ. (2547). *ประสบการณ์ในการใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา*, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อานนท์ วิทยานนท์. (2542). *สถานภาพทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วย*. ใน เต็มศักดิ์ ฟังรัมย์ (บรรณาธิการ), *Palliative Care* (หน้า 11-16). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

- Alley, N.M. & Foster, M.C. (1990). Using self help support groups: A framework for nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1383-1388.
- Ali, N.S. & Khalil, H.Z. (1991). Identification of stressors, level of stress, coping strategies, and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients, *Cancer Nursing*, 14(5), 232-239.
- American Cancer Society. (2005). *Cancer facts and figures 2005*. American Cancer Society, Arlanta, GA, USA.
- Barg, F.K. & Gullatte, M.M. (2001). Cancer support groups: Meeting the needs of African Americans with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 17(August), 171-178.
- Berserick, A.M., Whitmer, K., Sweeney, C. & Nail, L.M. (2002). A pilot study examing energy conservation for cancer treatment related fatigue. *Cancer Nursing*, 25, 333 -341.
- Borne, H.W. (1987). Effect of contacts between cancer patients on their psychosocial problem. *Patients Education and Counselling*, 9, 33-51.
- Breau, R.H. & Norman, R.W. (2003). The role of self-help group in educating and supporting patients with prostate cancer and interstitial cystitis. *BJU international*, 92, 602-606.
- Cheng, K.K.F. & Chang, A.M. (2003). Palliation of oral mucositis symptoms in pediatrie patient treated with cancer chemotherapy. *Cancer Nursing*, 26(6), 476-484.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Docherty, A. (2004). Experince, function and benefits of a cancer support group. *Patient Education and Counseling*, 55, 87-93.
- Evans, R.L. & Connis, R.T. (1995). Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Reports*, 110(3), 306-311.
- Felix-Oortiz, M., Salazar, M. R., Gonzalez, J. R., Sorensen, J.L. & Plock, D. (2000). A qualitative avaluation of an assited self-help group for drug addicted clients in structured outpatient treatment setting. *Journal of Community Mental Health*, 36(4), 339-350.
- Fryback, P.B. (1991). *Perceptions of health by persons with a terminal disease: Implication for nursing*. Doctoral dissertation. The University of Texas, Austin.
- Gilbey, V. J. (1987). Self-help. *American Journal of Nursing*, 4, 23-24.

- Gree, S. S. (1982). Psychological concomitans of cancer current state of research. *Psychological Medicine*, 12, 563-573.
- Grassman, D. (1993). Delvelopmental of inpatient oncology educational and support programs. *Oncology Nursing Forum*, 20(4), 669-676.
- Guidry, J.J., Aday, L.A, Zhang, D. et al., (1997). The role of informal and formal support networks for patients with cancer. *Cancer Practic*, 5, 241-246.
- Hildingh, C., Fridlund, B. & Segeston, K. (2000). Self-help group as a support strategy in nursing: a case study. *Rehabilitation Nursing*, 25 (3), 100-104.
- Hornor, A. & Law, A. (2002). Mouth care in cancer nursing: using and audit to change programs practice. *British Journal of Nursing*, 11(16), 1087-1096.
- Katz, D., Koppie,T.M., Wu, D., Meng, M.V., Grossfeld, G.D., Sadesky, N. et al., (2002). Sociodermographic characteristics and health related quality of life in men attending prostate cancer support groups. *The Journal of Urology*, 168, 2092-2096.
- Khuhaprema,T., Srivatanakul,P., Sriplung,H., Wiangnon,S., Sunitsawan,Y. & Attasara, P. (2007). Ministry of public health. *Cancer in Thailand*, 2541-2543.5 (1998-2000), 9-70.
- Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it patients' experiences. *Cancer Nursing*, 14(5), 240-245.
- Kuo, T.T. & Ma, F.C. (2002). Symptom distress and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer. *Cancer Nursing*, 25 (4), 309-317.
- Langius, A., BJORRELL, H. & Lind, M.G. (1993). Oral and pharyngeal cancer patients'perceived symptom and health. *Cancer Nursing*, 16(3), 214-221.
- Lavoie, F., Borkman,T. & Gidron, B. (1994). *Self-help and mutual aid group: international and multicultural perspectives*. New York: The Haworth press.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lieberman, M.A. (1989). Group properties and outcomes:A study of group norms in self help groups for widors and widowers. *International. Journal. Group Psychotherapy*, 39 (2), 191.
- Long, B.C., Phipps, W. J. & Cassmeyer, V. L. (1995). *Medical-surgical nursing: A nursing process approach*. (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice*. (2nd ed.). St. Louis: C.V. Mosby.

- Montazeri,A., Jarvandi, S., Haghighat, S., Vahdani ,M., Sajadian, A., Ebrahimi,M. et al., (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Education Counseling*, 45, 195-198.
- Norbeck, J. (1991). Social support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age groups. *Nursing Research*, 40 (July/August), 208-213.
- Oka,T. & Borkman, T. (2000).The history,concepts and theories of self help group: from an international perspective. *The Japanese Journal of Occupational Therapy*, 34(7), 718-722.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing:concept of practice*,(4th ed.) St. Louis:Mosby Year Book Co.
- Paskert, C.J. & Madara, E. J. (1985). Introducing and tapping self-help mutual aid resources. *Health Education*, 25-28.
- Petruson, K.M., Silander, E.M. & Hammerlid, E.B. (2005). Quality of life as predictor of weight loss in patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, 27(4), 302-310.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1997). *Essentials of nursing reseach* : Method, Appraisal and Utilization.(4th.ed). Philadelphia : Lippincott – Raven.
- Resnick, W.M. (1986). Nursing and voluntary association origin, development and collaboration. *Nursing Clinics of North America*, 12(9), 515-525.
- Richardson, A. (1991). Health promotion through self-help: The contribution of self-help group. In B Bandura & I. Kickbuseh (Eds.), *Health promotion research*. (pp. 467-475). Europe: WHO Regional Publication European Series No.37.
- Riessman, F. (1998). *Understand Self-help*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Riodan, R. J. & Beggs, M. S. (1987). Counsellors and self-help groups. *Journal of Counselling and Development*, 65(8), 427-429.
- Robinson, D. (1985). Self-help groups. *British Journal Hospital Medicine*, 34(2), 109-111.
- Rose, P. & Yates, P. (2001). Quality of life experienced by patients receiving radiation treatment for cancers of the head and neck. *Cancer Nursing*, 24(4), 255-256.
- Rose-Ped, A.M., Bellm, L.A., Epstein, J.E., Trotti, A., Gwede, C., Fuchs, H.J. et al., (2002). Complication of radiation therapy for head and neck. *Cancer Nursing*, 25, 461-467.
- Samarel, N., Fawcett, J. & Tulman, L. (1997). Effect of support groups with coaching on adaptation to early stage breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 20, 15-26.

- Scully, C., Epstein, J. & Sonis, S. (2004). Oral mucositis: A challenging complication of radiotherapy, chemotherapy and radiochemotherapy. Part 2: diagnosis and management of mucositis. *Head & Neck*, 26(1), 77-82.
- Spradley, B.W. & Allender, J.A. (1996). *Community health nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Stearns, N.M., Lauria, M.M., Hermann, J.F. et al., (1993). *Oncology social work: A clinician's guide* Atlanta; *American Cancer Society*.
- Steiger, N. J. & Lipson, J. G. (1985). *Self care nursing theory and practice*. (pp. 256-260). Maryland: Prentice-Hall.
- Steginga, S.K., Pinnock, C., Gardner, M., Gardiner, R.A.(Frank). & Dunn, J. (2005). Evaluating peer support for prostate cancer: *The prostate cancer peer support inventory*. *BJU international*, 95, 46-50.
- Stuart, G. M. & Laraia, M. T. (1998). *Stuart & Sundeen's principles and practice of psychiatric nursing*. (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Trojan. (1989). Benefits of self help group : A survey of 232 member from 65 diseases-related group. *Society Science Medicine*. 29(2), 225-232.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. (2nd ed.). New York : Basic books.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. (4th ed.). New York: Basic books.
- Yogesh, S., Surendra, K., Paramanand, K., Suresh, C.S. & Pratap, S. (2006). Stress and coping in woman with cervical and breast cancer in India. *Represented form the German Journal of Psychiatry*, 40-47.
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P.D.& Juando,C. (2005) Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 369-381.

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล

นางรติณา ชัยอินทร์

วัน เดือน ปี เกิด

9 กรกฎาคม 2507

สถานที่เกิด

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช, พิษณุโลก พ.ศ. 2530

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2548-2552

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ที่อยู่ปัจจุบัน

57 ซ. ทราชทอง 24 ถนนติวานนท์ ต. ท่าทราย อ. เมือง
จ. นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 029-512182 , 081-6964908

E-mail: prapasiri07@hotmail.com

ตำแหน่งและ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ 023-547028 ต่อ 2203