



**ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิต  
ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**

**The Effect of Supportive-educative Nursing System on the  
Quality of Life in Cervical Cancer Patients Receiving Radiotherapy**

**ฉันทนา นานการ**  
จาก

**แสงอรุณ สุขเกษม**

**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาด้านหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต**

**สาขาพยาบาลศาสตร์**

**บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล**

**พ.ศ. 2533**

**ISBN 974-586-860-4**

**สงวนลิขสิทธิ์**

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิต  
ในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา



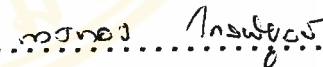
แสงอรุณ สุขเกษม

ผู้วิจัย



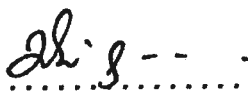
สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



พวงทอง ไกรพิบูลย์, พ.บ.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิต

ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ได้รับการนิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานพยาบาลศาสตร์

วันที่ 5 กรกฎาคม 2533

.....  
.....

แสงอรุณ สุขเกษม

ผู้วิจัย

.....  
.....

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

พวงทอง ไกรนิบูลย์, พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

ประคอง ยินทรสมบัติ, ค.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S., F.R.C.P.,

F.R.A.C.P., อ.ว.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....  
.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

## ประวัติผู้วิจัย

**ชื่อ** นางสาวแสงอรุณ สุขเกษม

**วัน เดือน ปี เกิด** 12 มิถุนายน 2504

**สถานที่เกิด** จังหวัดตรัง

**ประวัติการศึกษา** วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย  
พ.ศ. 2522-2526  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2531-2533

**ทุนการศึกษา** ทุนโครงการผลิตและพัฒนาอาจารย์ ทบวงมหาวิทยาลัย  
ทุนอุดหนุนการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
ทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑาทิพย์ กมลลาภรณ์

**ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน** ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สมจิต หนูเจริญกุล และรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพวงทอง ไกรพิบูลย์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประคอง อินทร์สมบัติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ซึ่งช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ภาควิชาสถิติ-นิเวศศาสตร์ หน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลืออำนวยความสะดวกตลอดการศึกษา ขอขอบคุณคุณอนันต์ อนุศาสนนันท์และเจ้าหน้าที่หน่วยภาพการแพทย์ ที่อนุเคราะห์ในการผลิตสไลด์ประกอบเสียง ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่ายทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการถ่ายภาพและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักศึกษาและเจ้าหน้าที่โครงการบัณฑิตศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑาทิพย์ กมลลาคนี และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิจัย

แสงอรุณ สุขเกษม

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย  
มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ผู้วิจัย แสงอรุณ สุขเกษม

ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

นางทอง ไกรพิบูลย์, พ.บ.

วันที่สำเร็จการศึกษา

5 กรกฎาคม พ.ศ. 2533

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วย 37 คนแรกซึ่งรับรังสีรักษาในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2532 ถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุม และ 37 คนหลังซึ่งรับรังสีรักษาในช่วงเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2533 เป็นกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ แต่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมด้วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ได้ดัดแปลงมาจากของพาดิลลาและแกรันท์ นอกจากนี้ยังประเมินถึงความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษา และการได้รับข้อมูลจริงก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาด้วยเครื่องมือวัดความต้องการและการได้รับข้อมูลของมูด และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาที่สัมพันธ์กับคู่สมรส

ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระหว่างรับรังสีรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองได้รับข้อมูลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ในเรื่องปัญหาที่สัมพันธ์กับคู่สมรสพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากสามีไม่เพียงพอ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเรมใน

การเพิ่มคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้เสนอแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ในทางคลินิก ทางการศึกษา และการวิจัยในครั้งต่อไปอย่างละเอียด



Thesis Title                    The Effect of Supportive-educative Nursing System on  
the Quality of Life in Cervical Cancer Patients  
Receiving Radiotherapy.

Name                            Sang-arun Sukkasame

Degree                         Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Somchit Hanucharurnkul, B.Sc.,M.S.,Ph.D.

Puangtong Kraiphibul, M.D.

Date of Graduation         5 July B.E. 2533 (1990)

#### Abstract

This Quasi-experimental research was designed to evaluate the effectiveness of supportive-educative nursing system on the Quality of Life among cervical cancer patients receiving radiotherapy. Purposive sampling was used to select the subjects according to the predetermined criteria. The first 34 subjects who received radiotherapy from July to November 1989 were assigned in to the control group, whereas the later 34 subjects who received therapy from January 1989 to June 1990 were in the experimental group. Subjects in both groups received usual care provided in the setting, but subjects in the experimental group received additional supportive-educative nursing system according to Orem's nursing theory. Quality of Life was measured by the Quality of Life Index developed by Padilla and Grant (1985). Information needed and received were assessed by the instrument developed by Mood (1985). Furthermore, the qualitative data pertained to the relationships with the husbands was also obtained.

Results of the study showed that the mean score on Quality of Life during radiotherapy for the experimental group was not significant different from the control group. However, at the last week of the radiotherapy, the mean score on Quality of Life for the experimental group was significantly higher than for the control group ( $p < .05$ ). Furthermore the subjects in the experimental group reported higher mean score on information received than for the control group ( $p < .01$ ). Qualitative data revealed that many younger women complained of receiving less support from their husbands. The findings support Orem's nursing system Theory in improving Quality of life. Implication for clinical practice, education and future research are proposed.

## สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
<b>บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎีในการวิจัย	3
วัตถุประสงค์	10
สมมติฐาน	11
ขอบเขตของการศึกษา	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	11
ข้อตกลงเบื้องต้น	12
นิยามคำศัพท์	12
<b>บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง</b>	
มะเร็งปากมดลูกและการใช้รังสีรักษา	14
ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา	18
การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง	25

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

<b>บทที่ 3</b>	<b>วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
	ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	32
	ลักษณะของสถานที่ศึกษา	33
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
	การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	36
<b>บทที่ 4</b>	<b>ผลการวิจัยและการอภิปรายผล</b>	
	ผลการวิจัย	39
	สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	53
	การอภิปรายผล	53
<b>บทที่ 5</b>	<b>สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ</b>	
	สรุปการวิจัย	59
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	59
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	60
<b>บรรณานุกรม</b>		62
<b>ภาคผนวก</b>		
	ก. การมีทักษะชีวิตผู้ป่วย	70
	ข. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	71
	ค. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา	74
	ง. ตัวอย่างตรวจวินิจฉัยภาพชีวิต	77

## สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
จ. แบบสอบถามความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา	80
ฉ. แบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา	83
ช. แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา	86
ซ. ผลการทดลองจากการวิจัย	
จำนวนความพร้อมในการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	88
ชนิดของความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	88
วิธีการช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง	89

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	40
2	แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้ง 3 ระยะ	43
3	ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อทั้ง 3 ระยะในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	44
4	ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 3 ระยะในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	47
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระหว่างรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม	49
6.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม	49
7.	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ค่าสถิติ	50
8.	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างระหว่างความต้องการและการได้รับข้อมูลรายข้อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้การการเปรียบเทียบค่าสถิติ	52

## บทที่ 1

### บทนำและกรอบทฤษฎี

#### ความเป็นมาและความสำคัญของโรค

มะเร็งเป็นโรคที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน ไม่ว่าจะ เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือกำลังพัฒนาอย่างเช่น ประเทศไทย อัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งได้เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2511 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 7 ของประเทศไทย และมีอัตราการตาย 11.1 ต่อแสนคน สิบปีต่อมา คือในปี พ.ศ. 2521 พบว่าสาเหตุการตายได้เลื่อนขึ้นมาเป็นอันดับ 2 ของประเทศ และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 20:6 ต่อแสนคน และในปี พ.ศ. 2530 อัตราการตายก็ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็น 31.5 ต่อแสนคน (กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2530)

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้หญิงไทย เพราะเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง (ไพรัช เทพมงคล 2524 : 339) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 ถึง พ.ศ. 2530 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี สูงกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งทั้งหมด และสูงสุดในปี พ.ศ. 2530 คือร้อยละ 25.79

การรักษามะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันมีหลายวิธี ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นสำคัญ การใช้รังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่ยอมรับกันมาก จากสถิติการรักษามะเร็งของโรงพยาบาลรามาธิบดีในปี พ.ศ. 2529 และ พ.ศ. 2530 พบว่า รังสีรักษาใช้มากเป็นอันดับสองรองจากการผ่าตัด คือร้อยละ 18.63 และ 17.62 ตามลำดับ ทั้งนี้เพราะวิธีการและเทคโนโลยีของการใช้รังสีได้พัฒนาก้าวหน้ามากขึ้น และสามารถรักษามะเร็งปากมดลูกให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 85-90 โดยเฉพาะในระยะต้น ๆ และในรายที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Souhami & Tobias 1986 : 291-292)

แม้ว่าเทคโนโลยีของการใช้รังสีรักษาจะพัฒนาก้าวหน้ามากขึ้น แต่ก็ยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่กลัวและมีเจตคติไม่ติดต่อรังสีรักษา เช่น กลัวว่ารังสีจะทำให้มะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย (พวงทอง ไกรพิบูลย์ 2522 : 169) กลัวว่ารังสีจะทำให้ร้อนและทำอันตรายต่อผู้ใกล้ชิด (วนิตา ตันติสุนทร 2523 : ก ; Burns 1962 : 122) นอกจากนี้ก็ยังมีเจตคติผิด ๆ คิดว่ารังสีรักษาเป็นวิธีการใช้รักษามะเร็งที่มีอาการรุนแรงใกล้ตาย หรือไม่มีทางรักษาด้วยวิธีอื่นแล้ว (Walson 1979 :

140) และยังมีความกลัวต่อผลข้างเคียงของรังสี (Gluchsberg & Singer 1980 : 76) ซึ่งสาเหตุความกลัวและการมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องดังกล่าวส่วนใหญ่เกิดจากการไม่มีความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาและวิธีการดูแลตนเองในระหว่างรับการรักษา ซึ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ดังนั้นในการที่จะนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้อย่างชาญฉลาด เพื่อให้เกิดศักยภาพสูงสุดแก่มนุษยชาตินั้น ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านี้ จำต้องได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการรักษา และเพื่อสามารถรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองให้มีความพอใจหรือคุณภาพชีวิตสูงสุด ผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องการโปรแกรมบริการทางสุขภาพ (Health care service program) นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลตามแบบแผนการแพทย์เดิม (Medical model) และการจัดโปรแกรมดังกล่าวจะต้องเน้นถึงสิทธิมนุษยชน ในการรักษาสีบทิวและการรับรู้ต่อภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นและรับผิดชอบต่อตนเอง พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง (Saunders & Mc. Corkle 1985 : 365-367)

จากแนวนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ที่ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเองอันเป็นพื้นฐานของสาธารณสุขมูลฐาน ในการพัฒนาระบบสาธารณสุข และเป็นแกนในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม อันจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 นั้น แท้ที่จริงแล้วการให้ความสำคัญของการดูแลตนเองนั้น ควรจะสอดแทรกไปในทุกระยะของการเจ็บป่วย ไม่เพียงแต่การสาธารณสุขมูลฐานเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรในทุกระยะของชีวิต ทั้งในภาวะสุขภาพดีหรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง จึงไม่เพียงแต่ช่วยให้เป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติประสบผลสำเร็จเท่านั้น ยังสนับสนุนให้ประชาชนรู้จักใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในการรักษาให้ได้สูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และในอนาคตข้างหน้าผู้วิจัยคาดว่าจากการได้ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกโดยให้ความสำคัญของการดูแลตนเองในผู้ป่วยเหล่านี้ได้เป็นผลสำเร็จ อาจจะมีผลในการเปลี่ยนแปลงเจตคติของประชาชนทั่วไปต่อการรักษาโรคมะเร็ง และอาจเป็นผลในการส่งเสริมการป้องกันโรคหรือวินิจฉัยแต่เริ่มแรกในโรคมะเร็งให้ประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น จึงนับว่าการให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองอาจจะมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัย ที่ได้มีโอกาสให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งมาหลายราย ได้พบว่าการที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพียงไร มักขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยและการให้

คำแนะนำ การสอนหรือให้ความรู้ ตลอดจนการสนับสนุนและการให้กำลังใจต่อการเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเองของแพทย์และพยาบาล ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพ จึงมีส่วนช่วยเหลือในการฟื้นคืนสภาพจากโรค ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการดูแลตนเอง อันเป็นพื้นฐานของการพัฒนาคุณภาพชีวิต (Kottke 1982 : 60 ; Bess & Baer 1984 : 73) นอกจากนี้ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการรักษาอย่างต่อเนื่องทุกวัน โดยมีได้รักษาทัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวย่อมจะต้องรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การที่พยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่สนับสนุนและให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ตามความต้องการการดูแลทั้งหมดที่เกิดจากโรคและรังสีรักษานี้แล้ว น่าจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ด้วยเหตุนี้เองผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) มาใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ทั้งนี้เนื่องจากเห็นว่าทฤษฎีดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และมีความเชื่ออยู่บนพื้นฐานที่ว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความพาสักของตนเอง อันเป็นลักษณะสำคัญของคุณภาพชีวิตของมนุษย์นั่นเอง ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะทดสอบประสิทธิภาพของการให้การพยาบาล โดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขณะรับรังสีรักษา

### กรอบทฤษฎีในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ได้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem, 1985) ในการวางแผนให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นทฤษฎีที่จะกล่าวต่อไปนี้ จึงเกี่ยวข้องกับทฤษฎีทั้ง 3 ทฤษฎีของโอเรม (Orem, 1985) อันได้แก่ ระบบการพยาบาล (Nursing system) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และการดูแลตนเอง (Self-care) รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

#### **ระบบการพยาบาล (Nursing System)**

โอเรม (Orem 1985:31) ได้อธิบายถึงทฤษฎีระบบการพยาบาลว่า "เป็นระบบที่ได้มาจากการที่พยาบาลใช้ความสามารถของตน (Nursing Agency) เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถ

ในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care demands) ของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย"

ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency) คือความสามารถที่พยาบาลได้มาจากการศึกษาและฝึกปฏิบัติ ในศาสตร์และศิลปการพยาบาล เป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลได้วินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเอง และการจัดระบบการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่มีความพร้อมหรือมีโอกาสจะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 143) ตามระบบการพยาบาลที่โอเรมได้กล่าวไว้ 3 รูปแบบ โดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและจัดกระทำ (Control of movement and manipulation) ดังต่อไปนี้ (Orem 1985 : 152-157 ; สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 19-20)

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ที่ต้องอาศัยตัวเองเป็นผู้ชี้นำหรือควบคุมการเคลื่อนไหว รวมทั้งจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้ ในระบบนี้ผู้ป่วยจะมีบทบาทในฐานะผู้รับ (Inactive role) และพยาบาลจะมีบทบาทในการสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย
2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory system) ระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือของพยาบาลขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาลอาจจะตั้งเป้าหมายร่วมกัน
3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) ระบบนี้ผู้ป่วยจะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความต้องการที่เกิดจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) โดยพยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้วยการสนับสนุน แนะนำ สอนและจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

สำหรับวิธีการช่วยเหลือในรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่โอเรมได้เสนอนั้น ต่างมีลักษณะเฉพาะในแต่ละวิธี ดังที่สมจิต หนูเจริญกุล (2533 : 22-26) ได้สรุปไว้ดังต่อไปนี้คือ

1. การสอน วิธีการนี้เหมาะที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง หลักในการสอนผู้ป่วยที่สำคัญก็คือ สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ เนื้อหาที่สอนต้องเสริมจากความรู้เดิม มีการคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยต่อการเรียนรู้ สอนให้เรียนรู้จากการมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติ มีการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และปรับพฤติกรรม มีการปรับเนื้อหาและวิธีการสอนให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน มีการจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน และมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุณค่าในตนเองเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

2. การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณี que ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ หรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ภายใต้การแนะนำและการตรวจตรา พยาบาลและผู้ป่วยจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบในชีวิต สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อการพัฒนาการของตนเองหรือกระทบน้อยที่สุด

4. การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นได้ทั้งทางด้านกายภาพและจิตสังคม ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ผลที่ได้จากพัฒนาการรวมถึงการเปลี่ยนแปลง เจตคติและคุณค่า การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับตนเองและบุคคลอื่น ๆ เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุนรวมทั้งใช้วิธีการช่วยเหลืออื่น ๆ

ในการให้การพยาบาลตามระบบการพยาบาลตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น โอรเมยังได้เสนอให้พยาบาลคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ อายุ เพศ พัฒนาการ สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต

ระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสบการณ์ในชีวิต และภาวะสุขภาพ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน (Orem 1985 : 220-222) และการศึกษาทฤษฎีระบบการพยาบาลได้ จะต้องเข้าใจในความสัมพันธ์ของทฤษฎีนี้กับทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 5)

### ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit)

ความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งในทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมที่จะอธิบายว่าทำไมบุคคลจึงต้องการและสามารถได้ประโยชน์จากการพยาบาล ซึ่งในทฤษฎีนี้ได้อธิบายไว้ดังต่อไปนี้ (Orem & Taylor 1986 : 44 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 5)

**"ความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องมาจากความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือเติบโตอย่างเต็มที่ สามารถจะถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะทางด้านสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารที่จะใช้ได้เลย หรือปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นบุคคลนั้นจึงต้องการการพยาบาล"**

ในสภาวะที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพของร่างกาย ตามการดำเนินของโรค เช่น ชูบพอม ซีด เลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวมีกลิ่นเหม็น และอาการเจ็บปวดในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น นอกจากนี้ในกรณีที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงจากรังสี ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเป็นผลของรังสีโดยทั่ว ๆ ไปที่มักจะเกิดกับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ (Schwade and Lichter 1982 : 212) รวมทั้งอาการทางผิวหนัง ได้แก่ อาการคัน ผื่นตกเป็นสะเก็ด และติดเชื้อ อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ลำไส้อักเสบ ท้องเดินและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ทางเดินปัสสาวะอุดตันและปัสสาวะเป็นเลือด ตลอดจนอาการของระบบสืบพันธุ์เอง ได้แก่ เลือดออกในช่องคลอด เป็นต้น (ไพรัช เทนมงคล 2527 : 612-613) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจึงจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง (Self-care system) มีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากภาวะโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา

บุคคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเข้าไปให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ โดยการคำนวณความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นคือความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การคงไว้ซึ่งการอยู่คนเดียวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายจากขบวนการฉายรังสีและการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ ได้แก่ การปรับทัศนคติในการยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงและการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังรวมถึงความต้องการการดูแลตนเองจากภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการฉายรังสีและผลข้างเคียง ตลอดจนการดูแลตนเองเพื่อปรับผลข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษา

หลังจากคำนวณความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยแล้ว พยาบาลจะต้องประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อให้การวินิจฉัยความพร้อมในการดูแลตนเอง แล้ววางแผนจัดระบบการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป (Taylor, 1986 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 31-32) ซึ่งการออกแบบระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเรมทั้ง 3 ระบบดังกล่าวมาแล้วนั้น ได้อาศัยความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 19) ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่มีความสามารถดังกล่าวอย่างเต็มที่ เพราะผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ทำการสอนและแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง การสอนจะรวมผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยเข้ามาด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองนี้ ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demands) การที่จะเข้าใจทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นต้องเข้าใจทฤษฎีการดูแลตนเองด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 6)

### การดูแลตนเอง (Self-care)

การดูแลตนเอง (Self-care) ตามทัศนะของโอเรม (Orem, 1985) ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (2533 : 7, 10-14) ได้กล่าวไว้ หมายถึง

**"การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเหมาะสมของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ**

มีเป้าหมาย (deliberate action) มีระเบียบระเบียบ เป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไป ได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) ทั้ง 3 ด้าน คือ ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) และความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) นอกจากนี้การดูแลตนเองยังเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม”

ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 8-10) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม เห็นด้วยกับสิ่งที่จะกระทำนั้นว่าเหมาะสมในสภาวะการณนั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณทั้งภายในและภายนอก ความรู้ช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายในเหตุการณ์กับสิ่งที่จะต้องกระทำ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจดำเนินการกระทำในระยะที่ 2 ได้ ซึ่งการกระทำในระยะที่ 2 นี้ต้องมีเป้าหมาย โดยบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนเองจะดำเนินการอย่างไรเพื่อกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก กระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไร ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ ต้องกระทำนานเท่าใด กิจกรรมการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูก และถ้าจะขอความช่วยเหลือมีใครช่วยได้บ้าง

การที่พยาบาลมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่จงใจและมีเป้าหมาย จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขา ความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้วินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึง

ประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเอง นอกจากนี้พยาบาลจะต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์เพื่อ (1) การรอดชีวิต (2) การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (3) การได้รับการสนับสนุนในเรื่องของพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล (4) ป้องกันผลข้างเคียงจากรังสีรักษาและการเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ (5) มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลข้างเคียงจากรังสีรักษาและพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น (6) มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น (7) ส่งเสริมความพอใจ (Orem 1985 : 89) ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

### คุณภาพชีวิต (Quality of life)

คำว่า "คุณภาพชีวิต" มีความหมายเช่นเดียวกับ "ความพอใจ (Well being)"

(Andrew & Withey 1976 ; Campbell 1976 ; Dalkey & Rourke 1973 ; Laing 1984 อ้างใน Hanucharurnkul 1988 : 10) ในทฤษฎีของโอเรม (Orem 1985 : 179) คุณภาพชีวิตหรือความพอใจ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยประสบการณ์ของความยินดี ความพึงพอใจ ความสุขที่เกิดภายในจิตใจ ทำให้บุคคลบรรลุถึงอุดมคติของตน ก่อให้เกิดลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น ๆ คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นความสำเร็จจากผลของความพยายามและการมีแหล่งสนับสนุนอย่างเพียงพอ บุคคลสามารถจะมีคุณภาพชีวิตได้แม้จะตกอยู่ในภาวะที่มีความทุกข์ยากลำบากต่าง ๆ รวมทั้งความทุกข์ยากอันเกิดจากการสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ดังที่สมจิต หนูเจริญกุล (2533 : 4) ได้สรุปไว้ว่าคุณภาพชีวิตหรือความพอใจนี้ต่างจากสุขภาพแม้จะมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือคนที่เจ็บป่วยอาจจะรับรู้ถึงสวัสดิภาพหรือคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพคโคเฟอร์และโฮล์ม (Penckofer & Holm 1984 : 61) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกพอใจในการดำรงอยู่ในสังคมภายใต้ข้อจำกัดทางด้านความสามารถของร่างกาย

สำหรับส่วนประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตนั้น พาติลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985 : ได้วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ใส่โคลอสโตมีย์ จำนวน 85 ราย พบว่ามี 6 ด้านด้วยกันคือ (1) การรับรู้ความพอใจด้านจิตใจ (Psychological well-being) (2) การรับรู้ความพอใจด้านร่างกาย (Physical well-being) (3) การรับรู้ภาพลักษณ์แห่งตน (Body image concern) (4) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาทางศัลยกรรม (Diagnosis/treatment response : surgical) (5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาต้านอาหาร (Diagnosis/treatment

response : nutritional) (6) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social concern) และสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988 : 144-145) ได้นำมาวิเคราะห์ทัศนภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษาของไทยจำนวน 112 ราย พบว่าองค์ประกอบทั้ง 6 ดังกล่าวไม่สามารถแบ่งแยกจากกัน ได้อย่างอิสระ จึงได้สรุปเป็น 3 องค์ประกอบคือ (1) การรับรู้ความพาสุก (well being) (2) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ (Symptom control) (3) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social concern)

นอกจากนั้นยังและลองแมน (Young & Longman 1983 : 219) ยังได้เน้นว่าคุณภาพชีวิต เป็นระดับความพอใจในชีวิตปัจจุบัน จึงกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตสามารถวัดได้จากการรับรู้ถึงความพึงพอใจ ความยินดี หรือความสุขในชีวิตปัจจุบันของบุคคล ภายใต้ข้อจำกัดของความสามารถทางร่างกาย อันเกิด จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่หรือสุขภาพ นอกจากนี้ สมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988 : 102) ยังได้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองค่อนข้าง สูง คือ .78 ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ในลักษณะ 2 ทางคือ บุคคลที่มีการดูแลตนเองดี อาจมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่เดียวกันกับบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี อาจช่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองที่เพียงพอ และแสดงกิจกรรมการดูแลตนเองที่สมบูรณ์ได้ เพราะฉะนั้นการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ก็คือการพยาบาลระบบสนับสนุนและ ให้ความรู้ ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม (Orem 1985 : 156-157) ซึ่งจะมีผลส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายใต้ข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากโรคและผลของ การรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่มีผลกระทบจากโรคและการรักษาโดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากโรคและการรักษาโดยเฉพาะรังสีรักษามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยที่เห็นได้ชัด (Padilla, et al. 1983 : 117-126)

กล่าวโดยสรุปในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เลือกรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตาม ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม (Orem , 1985) มาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา แล้ววัดประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลนี้โดยวัดคุณภาพชีวิต

### วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ มุ่งที่จะศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ในระหว่างรับรังสีรักษาและช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ นอกเหนือจากการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### สมมติฐาน

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเรื้องรังสีปากมดลูกที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ นอกเหนือจากการดูแลตามปกติ จะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต ในระหว่างรับรังสีรักษาและในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเรื้องรังสีปากมดลูกที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งเรื้องรังสีปากมดลูกที่แพทย์ใช้รังสีเพื่อรักษา โดยศึกษาในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2532 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2533 และโครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการใหญ่ เรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการเลือกระบบพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้องรังสีปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาหรือเคมีรักษา
2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ในเรื่องการส่งเสริมการดูแลตนเองหรือคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้องรังสีปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม
3. เป็นประโยชน์ในการให้คำแนะนำแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเรื้องรังสีปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
4. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลเฉพาะทาง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
5. เป็นการพิสูจน์ความตรงของทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม (Orem) ซึ่งมีส่วนในการพัฒนาศาสตร์สาขาการพยาบาล

6. เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการจัดระบบการพยาบาล ที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับปัจจุบัน

### ข้อตกลงเบื้องต้น

เนื่องจากการวิจัยนี้ เป็นการนิสัจทัศน์ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม (Orem, 1985) ในเรื่องประสิทธิภาพของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นผลการวิจัยนี้จะเป็นความจริงภายใต้ข้อตกลงดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ผู้ป่วยต้องการข้อมูลในเรื่องการรักษาและการดูแลตนเอง

### นิยามคำศัพท์

#### **การให้การดูแลตามปกติ**

หมายถึง การดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อรับรังสีรักษา ไม่ว่าจะเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มจากแพทย์พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามารชิบติ

#### **คุณภาพชีวิต**

หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาต่อความพึงพอใจทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะสนองความต้องการของตนเองในกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและความสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งวัดโดยตราชนิคมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

#### **การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้**

หมายถึง รูปแบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเรม ที่ใช้กับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวและจัดกระทำดูแลตนเองได้ แต่ยังต้องการให้พยาบาลสอน ชี้แนะ และสนับสนุน ร่วมกับสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเมื่อเป็นมะเร็งปากมดลูกและรับรังสีรักษา

การสอน หมายถึง การให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษาด้วยสไลด์ประกอบเสียง ซึ่งได้ดัดแปลงจากบทสไลด์เรื่อง ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ของมูดและคณะ (Mood et al., 1985) โดยสมจิต หนูเจริญกุล และนางทอง ไกรนิบูลย์ร่วมกับคณะ

การชี้แนะและการสนับสนุน หมายถึง การติดตามพบผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง โดยประเมินจากความสามารถในการดูแลตนเอง ต่อการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ตามกลุ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา (Ideal set of Self-care actions in patients receiving radiotherapy) ที่ผู้วิจัยและคณะ ได้สร้างขึ้นตามแนวทางของโอเรม ใต้ถามปัญหาและตอบคำถามตามปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง นอกจากนี้ยังช่วยผู้ป่วยในการตั้งคำถามแพทย์ รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้วยคำพูดและท่าทาง

การสร้างสิ่งแวดล้อม หมายถึง การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้วยการตอบคำถามหรือให้คำแนะนำโดยปราศจากการตำหนิผู้ป่วยหรือญาติมิตร สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างทีมการรักษากับผู้ป่วยและญาติมิตร รวมทั้งผู้ป่วยด้วยกันเอง ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสนับสนุนซึ่งกันและกัน

## บทที่ 2

### วาระกรรมที่เกี่วข้อง

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการทดสอบทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม (Orem) โดยศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ดังนั้นขอบข่ายของวาระกรรมที่ทบทวน จึงประกอบด้วย

1. มะเร็งปากมดลูกและการใช้รังสีรักษา
2. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
3. การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

### มะเร็งปากมดลูกและการใช้รังสีรักษา

มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิด ได้แก่ เชื้อไวรัส การระคายเคืองเรื้อรังบริเวณปากมดลูก เช่น การคลอด หรือการติดเชื้อบ่อย ๆ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก ทำให้เกิดเซลล์มะเร็งขึ้น และมีการดำเนินของโรคเป็นระยะต่าง ๆ ซึ่งทางสมาคมลึงคิ-นรีแพทย์นานาชาติ (International Federation of Gynaecology and Obstetrics or FIGO) ได้แบ่งได้ดังนี้ คือ (ไพรัช เทพมงคล, 2528 : Hermanek & Sobin, 1987)

- ระยะที่ 0 เป็นระยะเริ่มแรก ซึ่งจะมีความผิดปกติในการเจริญของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก แต่ยังไม่กระจาย
- ระยะที่ I เป็นมะเร็งชนิดที่เกิดเฉพาะบริเวณปากมดลูกเท่านั้น แบ่งเป็น
- ระยะที่ IA มะเร็งลุกลามเล็กน้อย มองเห็นโดยการตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์เท่านั้น ระยะนี้แบ่งย่อยเป็น
- ระยะที่ IA1 การลุกลามกินลึกเข้าไปในเนื้อเยื่อเล็กน้อย
- ระยะที่ IA2 การลุกลามมากขึ้น แต่กินลึกไม่เกิน 5 ม.ม.  
จากฐานเยื่อหุ้ม และความกว้างไม่เกิน 7 ม.ม.
- ระยะที่ IB มีขนาดใหญ่กว่าระยะที่ IA

- ระยะที่ II มะเร็งลุกลามออกนอกบริเวณปากมดลูก แต่ยังไม่ถึงผนังเชิงกราน และมีการกระจายทางช่องคลอด ไม่เกิน 2 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนบน แบ่งเป็น
- ระยะที่ IIA ไม่มีการกระจายไปด้านข้าง
  - ระยะที่ IIB มีการกระจายไปยังด้านข้าง
- ระยะที่ III มะเร็งกระจายไปยังผนังเชิงกราน โดยตรวจพบได้ทางทวารหนัก และมีการกระจายไปยัง 1 ใน 3 ของช่องคลอดตอนล่าง แบ่งเป็น
- ระยะที่ IIIA การลุกลามยังไม่ถึงผนังเชิงกราน
  - ระยะที่ IIIB การลุกลามถึงผนังเชิงกราน หรือมีภาวะไตบวม น้ำ ไตวาย
- ระยะที่ IV มะเร็งกระจายผ่านผนังเชิงกราน ไปยังเยื่อกระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก แบ่งเป็น
- ระยะที่ IVA การลุกลามไปถึงกระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก
  - ระยะที่ IVB การลุกลามไปถึงอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ไกลออกไป

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก จะไม่มีอาการใด ๆ เลยในระยะเริ่มแรก แต่อาจตรวจพบได้โดยการตรวจหาลักษณะและความผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก โดยทำ แปปเสมีียร์ (Papnicoloau smear) แต่หากมะเร็งลุกลามไปแล้ว อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ น้ำหรือเลือดออกทางช่องคลอดกระปรีกระปรอยหลังหมดประจำเดือนหรือหลังร่วมเพศ โดยยังไม่มีอาการเจ็บปวดแต่อย่างใด นอกจากนี้อาจมีตกขาวกลิ่นเหม็นคาวร่วมด้วย ส่วนอาการเจ็บปวดในอุ้งเชิงกรานจะเกิดเมื่อมะเร็งกระจายไปยังเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน อาการบวมของขา เกิดขึ้นเมื่อมีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ หากมีการกระจายไปยังกระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก อาจพบความผิดปกติของระบบปัสสาวะหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดได้ และส่วนใหญ่มักตายด้วยภาวะยูริเมีย เนื่องจากมีการกระจายของมะเร็งไปยังไต (Wynn 1988 : 249).

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกจำเป็นต้องตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา (Histopathology) และต้องตรวจดูการกระจายของมะเร็งปากมดลูกไปยังอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การส่องกล้องทางทอปัสสาวะเพื่อตรวจดูลักษณะของทางเดินปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) การฉีดสารทึบแสงเข้าทางเส้นเลือดดำเพื่อตรวจหน้าที่การทำงานของไต (Pyelography) การตรวจลำไส้โดยการสวนทวารหนักด้วยสารทึบรังสี (Barium enema) การส่องกล้องดูลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (Sigmoidoscopy) การ

เอ็กซเรย์ปอด การตรวจระบบน้ำเหลืองด้วยการฉีดสารทึบรังสี (Lymphangiogram) การตรวจการทำงานของไตโดยการตรวจจำนวนเม็ดเลือด เกล็ดเลือด ระดับยูเรียไนโตรเจน (BUN) และครีเอตินินในเลือด (Creatinin) การตรวจส่วนประกอบและลักษณะของปัสสาวะ (Urine analysis) นอกจากนี้อาจตรวจลักษณะของก้อนมะเร็ง โดยใช้คลื่นไฟฟ้าที่ควบคุมโดยระบบคอมพิวเตอร์ (Computerize tomography scan) ซึ่งเป็นวิธีการในการตรวจหาก้อนมะเร็งที่มีลักษณะผิดปกติ มีขนาดใหญ่ หรือแพร่กระจายไปมากแล้ว (Marrow & Townsend 1987 : 118-121)

การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ขึ้นกับระยะต่าง ๆ ของโรคเป็นสำคัญ ซึ่งในปัจจุบันมี 3 วิธีดังนี้ (Souhami & Tobias 1986 : 291-292)

1. การผ่าตัด (Surgical treatment) ใช้รักษามะเร็งปากมดลูกระยะที่ I และ II ได้ผลดี
2. รังสีรักษา (Radiotherapy) ใช้รักษามะเร็งปากมดลูกได้ทุกระยะ โดยเฉพาะระยะที่ I และ II ได้ผลดี
3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) มักใช้รักษามะเร็งที่แพร่กระจายไปมากแล้ว หรือรายกลับเป็นใหม่

สำหรับในประเทศไทยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มักจะมารับการรักษาเมื่อโรคลุกลามแล้ว แม้ว่ามะเร็งจะยังไม่แพร่กระจายไปมากนัก ดังนั้นรังสีรักษาจึงเป็นการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีนั้น มี 2 วิธีคือ การใส่แร่และการฉายรังสี การใส่แร่จะมีประสิทธิภาพในการทำลายก้อนมะเร็งที่มีขนาดไม่เกิน 4 ซม. หรือยังไม่มีการกระจายไปถึงผนังอุ้งเชิงกราน (Willson, in Ledger, ed 1987 : 634-644)

การฉายรังสี เป็นการรักษาที่ใช้อำนาจทะลุทะลวงของรังสีแกมมาจากเครื่องโคบอลต์ หรือรังสีเอ็กซเรย์จากเครื่องเร่งอนุภาคนิวตรอน (Linear accelerator) ในการทำลายเซลล์มะเร็ง เทคนิคที่ใช้คือ การฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน (Whole pelvic technique) ระยะเวลาการฉายรังสีประมาณ 4-8 สัปดาห์ แล้วแต่ระยะของโรค และการรักษาอื่น ๆ ที่ได้ร่วมกับรังสี การกำหนดขนาดของรังสีขึ้นกับระยะของมะเร็งปากมดลูก และขนาดของก้อนมะเร็ง (Wynn 1988 : 253)

การรักษามะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลรามามาธิบดี ซึ่งนางทอง ไกรพิบูลย์ (ในสมเกียรติ ศรีสุมพรผลดี, บรรณาธิการ 2531 : 379-381) ได้สรุปแนวทางการรักษาไว้ดังนี้

ระยะที่ IA ใช้การผ่าตัด ถ้ามีปัญหาจะใช้รังสีรักษา ซึ่งให้ผลเท่าเทียมกัน

ระยะที่ IB เหมือนระยะที่ IA โดยการฉายรังสีขนาดต่ำ แบ่งเป็น 2 กรณีคือ

1. ขนาดก้อนมะเร็งเล็กกว่า 3 ซม. ใช้การใส่แร่อย่างเดียว ให้ได้รังสี 10,000 ม.ก. ต่อชั่วโมง แบ่งใส่ 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 สัปดาห์ ใส่รวม 72 ชั่วโมงต่อครั้ง
2. ขนาดก้อนมะเร็งโตกว่า 3 ซม. ใช้การฉายรังสีบริเวณเชิงกราน 2,000 แรด นึก 7-10 วัน แล้วใส่แร่ 8,000-9,000 ม.ก. ต่อชั่วโมง แบ่งใส่ 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 สัปดาห์ ใส่รวม 48-72 ชั่วโมงต่อครั้ง

ระยะที่ II (ทั้ง A และ B) ใช้วิธีการฉายรังสี 2,000 แรดต่อ 2 สัปดาห์ถ้าก้อนเล็ก แต่ถ้าก้อนใหญ่หรือมีการกระจาย ใช้รังสี 4,000 แรดต่อ 4 สัปดาห์ แล้วพัก 7-10 วัน จึงใส่แร่ 6,500-6,800 ม.ก. ต่อชั่วโมง ขึ้นกับปริมาณการฉายรังสีที่ได้รับ ถ้าได้รับการฉายรังสีมากจะใส่แร่ลดลง แบ่งใส่แร่ 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 สัปดาห์ ใส่รวม 48 ชั่วโมงต่อครั้ง

ระยะที่ III ฉายรังสีน้ำ 5,000-6,000 แรดต่อ 5-6 สัปดาห์ แล้วพัก 7-10 วัน จึงใส่แร่ ให้ได้รังสี 4,500-5,400 ม.ก. ต่อชั่วโมง ใส่ครั้งเดียวรวม 72 ชั่วโมง

ระยะที่ IVA ฉายรังสี 6,000 แรดต่อ 5 สัปดาห์ แล้วลดเนื้อที่ลงเฉพาะก้อนเนื้อ แล้วฉายเพิ่มอีก 1,000 แรดต่อสัปดาห์ บางรายอาจให้ใส่แร่ต่ออีก 6,000 แรด 1 ครั้ง รวม 24-48 ชั่วโมง

ระยะที่ IVB รักษาแบบประคับประคองอาการเท่านั้น

รังสีรักษานอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังสามารถทำลายเซลล์ปกติด้วย ผลของการทำลายเซลล์ปกติจะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา อาการข้างเคียงที่เกิดกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการของรังสีโดยทั่ว ๆ ไป เช่น อาการอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหารและอาการคลื่นไส้ อาเจียน การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง อาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ อาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ และอาการอักเสบของช่องคลอดและบริเวณใกล้เคียง นอกจากนี้ยังอาจพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เกิดขึ้นด้วย

ดังนั้นถ้าวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาตามแนวทฤษฎีของโอเรม จะพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา โดยมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และความต้องการการดูแลตนเองส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วย

จำต้องเรียนรู้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยเหล่านี้

### ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

โอเรม (Orem 1985 : 88) ได้กล่าวว่า ความต้องการการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลต้องกระทำในระยะหนึ่ง เพื่อที่จะสนองความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care requisites) และความต้องการการดูแลตนเองในความหมายของโอเรมนั้น คือเป้าประสงค์ของการดูแลตนเองที่บุคคลจะต้องมีเมื่อบุคคลปฏิบัติกรดูแลตนเอง และควรเขียนในรูปของการกระทำ เพราะฉะนั้นจะต้องทราบความต้องการการดูแลตนเอง ก่อนที่จะลงมือกระทำการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 10) ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จึงเป็นความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปและความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดจากโรคและการฉายรังสี พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารอย่างเพียงพอ โดยรับประทานอาหารให้ได้ทั้งจำนวนและคุณภาพที่เพียงพอตามต้องการของร่างกายที่ต้องรับรังสีรักษา อาหารจะช่วยให้ร่างกายสามารถทนต่อการรักษาได้ เพราะเนื้อเยื่อปกติที่ถูกรังสีจะได้รับการซ่อมแซมอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอาการข้างเคียงน้อยลงหรือไม่เกิดเลย ทั้งยังทำให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรจะได้แสวงหาข้อมูลหรือปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่มรสภาพเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ควรรับประทาน รับประทานอาหารจำพวกโปรตีนและอาหารเสริมเพิ่มขึ้น และพยายามควบคุมน้ำหนักตัวไว้ไม่ให้ลดมากเกินไป
2. คงไว้ซึ่งการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ โดยดื่มน้ำมากกว่า 2,000 มล. ต่อวันในระหว่างรับรังสีรักษา เพราะน้ำจะช่วยขับของเสียจากเนื้อเยื่อที่ถูกรังสีทำลาย ช่วยให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อทั่ว ๆ ไปชุ่มชื้น ซึ่งจะทำให้การตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น และช่วยป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรปรับรูปแบบอาหารให้ได้รับทั้งสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น น้ำส้ม นม นมถั่วเหลือง เป็นต้น ฯลฯ วางแผนแบ่งปริมาณน้ำดื่มที่จะดื่มต่อวันไว้อย่างชัดเจน ตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มอย่างถูกต้องทุกวันตลอดช่วงของการรับรังสีรักษา

3. คงไว้ซึ่งการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการอยู่คนเดียว เมื่อจะได้มีเวลาเป็นตัวของตัวเองตามความต้องการของตนในแต่ละวัน และพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง หรือคนใกล้ชิดตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพราะการที่ได้มีโอกาสพูดคุยหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคม ย่อมจะส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยพยายามหรือคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือและแสวงหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเผชิญกับความรุนแรงจากโรคและผลข้างเคียงจากรังสีรักษา คอบบี้ (Cobb, 1976 in Hanucharunkul 1988 : 14) ได้เสนอว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนจะสามารถพัฒนาความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองมากขึ้น และมีความสามารถในการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมได้

#### 4. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างรับรังสีรักษา

4.1 ป้องกันอันตรายจากขบวนการฉายรังสี โดยให้เนื้อเยื่อปกติถูกรังสีทำลายน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องฉายรังสี การควบคุมความปลอดภัยขณะรับรังสี และพยายามนอนนิ่ง ๆ ในท่าที่ได้รับการจัดให้เหมาะสมบนเตียงขณะรับการฉายรังสี

4.2 ป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้รับการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน ซึ่งเป็นบริเวณที่มีไขกระดูกทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดและเกร็ดเลือด ผู้ป่วยจึงอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากการสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง จึงควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานที่แออัด หรือบริเวณที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือสัมผัสกับผู้ที่ เป็นโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่ว ๆ ไป และสุขวิทยาส่วนบุคคลอย่างสม่ำเสมอ ประเมินอาการของตนอย่างต่อเนื่อง และปรึกษาแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนี้จะต้องป้องกันอาการที่เกิดจากเกล็ดเลือดต่ำ ได้แก่ การงดยาแก้ปวดพวกแอสไพริน หลีกเลี่ยงการช้ำช้ำมา รับประทานเอง หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากการเกิดบาดแผล และสังเกตอาการเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น จุดหรือจ้ำเลือดตามผิวหนัง เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น ฯลฯ

5. แสวงหาความรู้และข้อมูลในเรื่องชนิด จุดประสงค์ ขั้นตอนของการฉายรังสี ผลข้างเคียงจากการฉายรังสี และมารับบริการฉายรังสี ตรวจสอบนัดหรือขอรับการตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

## 6. ปรับความไม่สุขสบายหรือผลข้างเคียงจากรังสีรักษา

6.1 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากมักเกิดอารมณ์ผิดปกติขึ้น ที่พบบ่อย ได้แก่ อารมณ์โกรธ ก้าว วิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัว ฝันผวาเกินความจำเป็น สูญเสียภาพลักษณ์แห่งตน สูญเสียความมั่นใจในตนเอง และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต (Burns 1982 : 279-285) จากการศึกษาภาวะอารมณ์ของวิลลิสซ์ (Willish 1983 : 16) ในผู้ป่วย 670 รายพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีอารมณ์ถูกรบกวนจากความวิตกกังวล ซึมเศร้า ก้าว หรือรู้สึกผิดร้อยละ 44 และกนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2525 : ค) ก็ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ศิริราชกลุ่มละ 100 รายพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ

สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มิได้เกิดจากโรคหรือรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ปัญหาทางด้านการเงิน ความยุ่งยากในการรับบริการรักษา หรือเจตคติที่มีต่อโรคและการรักษา และปัจจัยที่สำคัญคือขาดการได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งทำนายเหตุการณ์จากการรับรู้อย่างผิด ๆ แล้วก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลมากกว่าปกติ (Beland & Passos 1981 : 377) จากการศึกษาของอนูริย์ ต้นสกุล (2522 : 708) เกี่ยวกับเจตคติและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ที่มารับรังสีรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 รายพบว่า ก่อนได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยร้อยละ 45 ไม่ทราบว่าตนต้องรับรังสีรักษามาก่อน ร้อยละ 80 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาเลย และร้อยละ 65 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของรังสีรักษา และภายหลังที่รับรังสีรักษาครบแล้วยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 มีความวิตกกังวลมากกว่าก่อนรับรังสีรักษา ทั้งนี้เพราะผลข้างเคียงของรังสีรักษาทำให้มีความทุกข์ทรมาน และพบว่าเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ให้คำชี้แจงถึงผลข้างเคียงของรังสีที่อาจเกิดขึ้นน้อยมาก คือเพียงร้อยละ 40 โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเพียงร้อยละ 9 เท่านั้น ทั้งนี้จากการวิเคราะห์บทบาทพยาบาลในหน่วยรังสีรักษา ได้พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเลือกใช้รูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสม และยังไม่เห็นความสำคัญของระบบการพยาบาลที่สนับสนุน ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรได้รับความช่วยเหลือเพื่อปรับความไม่สุขสบายจากการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ โดยการเสาะแสวงหาวิธีผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสม เช่นการสนทนากับเพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว พระ พยาบาล การใช้สมาธิ หรือวิธีอื่น ๆ ที่เคยใช้ได้ผล พูดคุยกับคนที่ไว้ใจถึงความกลัว ความวิตกกังวล หรือปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา และบอกเล่าถึงความรู้สึกของตนให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ

6.2 อาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย มักพบเมื่อฉายรังสีไปแล้ว 2-3 สัปดาห์ เกิดจากผลของรังสี ทำให้ต้องใช้พลังงานอย่างมากในการซ่อมแซมตัวเอง และจากการที่เซลล์ที่ทำลายจึงมีของเสียค้างอยู่ในเซลล์มาก เซลล์ปกติจึงทำหน้าที่เสียไป กิจกรรมต่าง ๆ จึงช้าลง นอกจากนี้การฉายรังสีบริเวณอวัยวะในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ยังอาจมีผลกีดขวางการทำงานของไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือด และทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลง (Haylock & Hart 1979 : 461) การดูแลตนเองให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูงจะช่วยบรรเทาอาการอ่อนเพลียได้

ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องจำกัดกิจกรรมหรือลดกิจกรรมการทำงานลงเมื่อรู้สึกเหนื่อย ใช้เวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจมากขึ้น ออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ นอนให้เต็มที่ในเวลากลางคืนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง อาจพักหรือจับหลับในเวลากลางวันบ้างเมื่อต้องการ ปรับการทำงานให้ลดลงโดยปรึกษากับนายจ้างหรือขอร้องให้สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฝูงช่วยแบ่งเบาภาระงานเมื่ออ่อนเพลียมาก ๆ และถ้าอาการมากจนไม่สามารถควบคุมได้ ต้องปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อแก้ไขอาการดังกล่าว

6.3 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เกิดจากรังสีทำให้การแบ่งตัวเพื่อสร้างเซลล์ใหม่ของผิวหนังหยุดลง มอสส์และคณะ (Moss, et al. 1979 : 52) ได้แบ่งปฏิกิริยาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เกิดขึ้น 2 แบบคือ อาการในระยะเฉียบพลัน ซึ่งจะเกิดในระยะสัปดาห์ที่ 2 ถึง 4 หลังได้รับรังสีรักษาครั้งแรก อาการเหล่านี้ได้แก่ ผิวหนังแห้ง สีเปลี่ยนไปจากสีแดงอ่อน ๆ แล้วค่อย ๆ เข้มขึ้น จนกระทั่งผิวไหม้ดำ นอกจากนี้อาจมีอาการคัน ผิวลอกหลุดเป็นขุย หรือเกิดตุ่มน้ำใส ๆ แตกกลายเป็นแผลได้ สำหรับอาการในระยะเรื้อรังมักเกิดเมื่อสิ้นสุดการรักษาไปแล้ว และเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในชั้นลึกร่วมกับหลอดเลือดหรือน้ำเหลือง ทำให้เซลล์ผิวหนัง หลอดเลือด และน้ำเหลือง มีการซ่อมแซมตัวเองผิดปกติไป

โดยปกติแล้วผลข้างเคียงของผิวหนังจากรังสีรักษาเหล่านี้จะพบได้น้อย แต่จะเกิดบ่อยและมีความรุนแรงมากขึ้น ในกรณีที่ได้รับรังสีนานกว่า 5-6 สัปดาห์ หรือกรณีที่ได้รับรังสีบริเวณที่อับชื้นและมีการระคายเคืองเล็กน้อย ดังเช่นในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาบริเวณอวัยวะในเชิงกราน ซึ่งจะทำให้บริเวณอวัยวะเพศ ผิเย็บ และทวารหนักได้รับรังสีด้วย การดูแลตนเองในเรื่องความสะอาดของผิวหนัง หลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลหรือสิ่งระคายเคือง และดูแลให้แห้งอยู่เสมอเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้มาก เพราะจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และส่งเสริมการกลับคืนสู่สภาวะปกติของเซลล์ผิวหนัง (Hilderley 1983 : 54)

ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จึงต้องดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีที่ได้ขีดเส้นทำเครื่องหมายไว้ เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงต่าง ๆ ดังกล่าว โดยใส่เสื้อผ้าที่ไม่หยาบแข็ง รัศหรือคับบจนเกินไป ไม่ถูขี้หรือเกา ไม่ใช้สบู่ ยากำจัดกลิ่นตัว น้ำหอม แป้ง ยา คริมหรือเครื่องสำอางใด ๆ ทาไม่โกนขนและทำความสะอาดร่างกายทั่ว ๆ ไปโดยระมัดระวังไม่ให้บริเวณที่ฉายรังสีถูกน้ำ ถ้าหากเปียกขึ้นจะต้องใช้ผ้านุ่มซับเบา ๆ และดูแลให้แห้งอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงการนอนทับหรือการประคบผิวหนังบริเวณดังกล่าว รวมทั้งประหมื่นความผิดปกติของผิวหนังอยู่เสมอ โดยเฉพาะบริเวณง่ามก้นที่อับชื้นง่าย และคอยตรวจสอบรอยหมักไม่ให้เกิดแผล หากกรอหมักลอกหลุดหรือเกิดการผิดปกติขึ้นควรปรึกษาแพทย์ทันที ไม่ควรปล่อยให้หายเอง เพราะอาจเกิดแผลเปิดและติดเชื้อซึ่งรักษาให้หายยาก

6.4 อาการเบื่ออาหาร มักพบเมื่อฉายรังสีไปแล้วมากกว่า 3 สัปดาห์ เกิดจากมีการเปลี่ยนแปลงในการรับรสอาหาร อาจทำให้ไม่ร่ำรสอาหาร รับรสลดหรือเปลี่ยนไป (Knox 1983 : 97-109) ความไวในการรับรสหวานน้อยลง รับรสขมมากขึ้น นอกจากนี้ความเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล อาจทำให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานอาหาร (Rosenbaum et al. 1981 : 342) ดังนั้นการดูแลตนเองโดยแสงหาริที่ช่วยให้รับประทานอาหารมากขึ้นจึงมีความสำคัญ ได้แก่ การเดินเล่นก่อนเวลาอาหารเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร รับประทานอาหารบ่อยครั้งขึ้นและทุกครั้งที่หิว เปลี่ยนชนิดของอาหารบ่อย ๆ สร้างบรรยากาศของห้องอาหารและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้อยากรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น อาจจร่วมรับประทานอาหารกับเพื่อนฝูง หรือเลือกจัดอาหารที่ชอบในรายการอาหาร นอกจากนี้จะต้องขอคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลทันที เมื่อรับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าปกติหรือน้ำหนักลดลงมาก

6.5 อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นผลจากการทำลายของรังสีต่อเนื้อเยื่อที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว โดยมีการแตกสลายของเซลล์ เป็นผลให้มีสารพิษเข้าไปในกระแสเลือด นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง ก็อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเกิดขึ้นได้ (Smith 1980 : 810) ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องดูแลตนเองเพื่อลดหรือป้องกันอาการดังกล่าว และให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ โดยหลีกเลี่ยงของทอด ของมันหรืออาหารที่มีกลิ่นจัด ดื่มน้ำเย็นระหว่างมื้ออาหาร รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง รับประทานอาหารย่อยง่ายหรือของว่าง หายใจเข้าออกลึก ๆ เมื่อรู้สึกคลื่นไส้ คอยประหมื่นอาการปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการเกิดขึ้นและรับประทานยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งคอยประหมื่นอาการผิวหนังปากแห้ง จากการขาดน้ำเนื่องจากอาเจียนมาก นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์และอาหารรส

จัด เพราะจะระคายเคืองทางเดินอาหาร รวมทั้งรักษาความสะอาดของช่องปากอยู่เสมอ (Yasko 1982 : 645)

6.6 อาการอักเสบของช่องคลอดและบริเวณใกล้เคียง ทำให้เกิดแผล มีเลือดและน้ำเหลืองไหลในระยะแรก ๆ ต่อมาเมื่อมีเนื้อพังผืดงอกออกมาซ่อมแซม จะทำให้ช่องคลอดแคบลงหรือยึดติดกัน นอกจากนี้รังไข่ซึ่งเป็นอวัยวะที่ฝังลึกมากที่สุดอวัยวะหนึ่งก็จะหยุดทำงาน ทำให้ปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดลง จึงเกิดการหยุดของประจำเดือนและเป็นหมันได้ในที่สุด (ไพรัช เทพมงคล : 612)

ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องแสวงหาข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่มรสุขภาพ เกี่ยวกับผลของรังสีต่อการขาดประจำเดือน ความรู้สึกทางเพศ หรือการเป็นหมัน สอบถามแพทย์เมื่อมีข้อสงสัย หรือมีอาการผิดปกติ เช่น แสบคันช่องคลอด ตกขาว เลือดออก หรือมีน้ำเหลืองออกมาก นอกจากนี้จะต้องงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อลดการระคายเคืองของช่องคลอดตลอดช่วงระยะเวลาฉายรังสี จนถึง 8 สัปดาห์หลังจากหยุดการรักษา และรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นพิเศษด้วยการล้างน้ำสะอาดหรือฟอกด้วยสบู่อ่อน แล้วซับให้แห้งอยู่เสมอ

6.7 อาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ในระยะเฉียบพลันจะเกิดระเพาะปัสสาวะอักเสบ ถ่ายปัสสาวะบ่อยและขัด บางครั้งอาจมีเลือดปน อาการเหล่านี้มักเกิดในสัปดาห์ที่ 2 ถึง 4 ของการรักษา ในระยะเรื้อรังจะเกิดแผลในระเพาะปัสสาวะหรือเกิดรูทะลุ ระเพาะปัสสาวะหดตัวทำให้มีขนาดเล็กลง เป็นเหตุให้ปัสสาวะบ่อย หรืออาจเกิดการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะจากพังผืด แล้วอาจเกิดไตวายร่วมกับภาวะยูริเมียได้ในที่สุด (ไพรัช เทพมงคล 2527 : 613) การดูแลตนเองในระหว่างรับรังสีรักษา เพื่อควบคุมอาการดังกล่าวนี้ จึงเกี่ยวข้องกับภารกิจและปริมาณของปัสสาวะ การขอรับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลเมื่อเกิดอาการปัสสาวะแสบขัด และรับประทานยาตามแผนการรักษา

6.8 อาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ เกิดจากมีการทำลายเยื่อภายในระบบทางเดินอาหารจากผลของรังสี จะมีอาการข้างเคียงแบ่งได้เป็น 2 ระยะคือ ระยะเฉียบพลัน ได้แก่ อาการท้องเสีย อุจจาระเป็นเลือด ปวดเบ่งเวลาถ่าย ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะเกิดในระยะสัปดาห์ที่ 2 ถึง 4 ของการรักษา และจะหายได้เองภายหลังการรักษา (Strickland 1980 : 556) สำหรับอาการในระยะเรื้อรัง ได้แก่

อาการที่เกิดจากมีรูทะลุ การตีบตัน หรือเกิดแผลของลำไส้ตำแหน่งทวารหนัก จากรายงานของพีเรสและคณะ (Perez et al. 1984 : 236) พบว่าอาการในระยะเรื้อรังของระบบทางเดินอาหารดังกล่าวนี้ เกิดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในระยะที่ 2 ร้อยละ 3 และระยะที่ 3 ร้อยละ 5

การดูแลตนเองเพื่อความคุมอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหารดังกล่าว โดยเฉพาะอาการท้องเสียซึ่งพบบ่อยที่สุดนั้น ทำได้โดยการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ปวดมวนท้อง หรือมีลมในท้องมากขึ้น บางรายอาจต้องงดนมและผลิตภัณฑ์จากนม หากท้องเสียมากก็ควรดื่มน้ำผงเกลือแร่ทดแทนเกลือแร่และน้ำที่เสียไป สังเกตจำนวนครั้ง ความถี่ และลักษณะอุจจาระในแต่ละวัน รวมทั้งปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาแก้ท้องเสีย นอกจากนี้ในระหว่างที่ท้องเสีย จะต้องรักษาความสะอาดและสังเกตผิวหนังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นพิเศษ และติดตามประเมินผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

7. รับรู้และสนใจแสวงหาข้อมูลในการติดตามการรักษาเมื่อสิ้นสุดรังสีรักษา โดยสอบถามแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องเกี่ยวกับ อาการข้างเคียงที่จะยังคงอยู่ต่อไป หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นใหม่ การมาตรวจตามนัด ผลของการรักษาและแนวทางการรักษาต่อ ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์ การดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งอาการที่ควรสังเกตและมาพบแพทย์ทันทีเมื่อเกิดขึ้น

8. การปรับทัศนคติ โดยการยอมรับความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งใช้กลไกการเผชิญปัญหาต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ทั้งนี้รวมถึงการสร้างเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา การตั้งเป้าหมายในชีวิตตามความสามารถของตน

โดยสรุปจะเห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จะสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดดังกล่าวมาอย่างสมบูรณ์ได้นั้น ทั้งผู้ป่วยและญาติมิตรจำเป็นต้องได้รับความรู้และการสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาของการรับรังสีรักษาและภายหลังสิ้นสุดการรักษา พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนระบบการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วยมะเร็ง

## การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

จากแนวความคิดของโอเรม (Orem 1985) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยการวินิจฉัยพิจารณาและการตัดสินใจ ตั้งเป้าหมายและกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองนั้น ทำให้มองเห็นว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งปากค้มลูกที่ได้รับรังสีรักษาจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามศักยภาพของตนได้นั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความรู้จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายในเหตุการณ์กับสิ่งที่จะต้องกระทำ แล้วจึงกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยจะดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพยังต้องอาศัยความช่วยเหลือหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการสนับสนุนเพื่อให้คงความสามารถในการดูแลตนเองไว้ หรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ

สำหรับงานวิจัยที่ได้ศึกษาความต้องการความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามีมากมาย ที่สำคัญได้แก่ งานวิจัยของอิสราเอลและมูด (Israel & Mood 1982 : 57-63) และอาร์ดลีย์ (Eardley 1983 : 122-124) โดยอิสราเอลและมูด (Israel & Mood) ได้รวบรวมจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการเรียนรู้ในเรื่องขั้นตอนการรักษา วิธีการรักษา เหตุผลในการรักษา แผนการรักษา ผลการรักษา การป้องกันผลข้างเคียง และรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะของเครื่องฉายรังสี บรรยากาศของห้องฉายรังสี รวมทั้งระยะเวลาที่ต้องอยู่ในห้องฉายรังสีแต่ละครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับอาร์ดลีย์ (Eardley) ที่ได้สำรวจพบว่าผู้ป่วยต้องการความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของรังสีรักษามากที่สุดคือ ร้อยละ 67 รองลงมาคือความรู้เกี่ยวกับอันตรายของรังสีรักษา ร้อยละ 50 ระยะเวลาของการรักษา ร้อยละ 23 ความหมายของรังสีรักษาและความปลอดภัยจากรังสีรักษา มีความต้องการข้อมูลหรือความรู้ในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองเมื่อต้องรับรังสีรักษา

มีนักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองหรือความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งทดสอบผลการให้ข้อมูลหรือความรู้ และการสนับสนุนด้วยวิธีต่าง ๆ ต่อตัวแปรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับดูแลตนเองหรือคุณภาพชีวิตได้แก่ ระดับความรู้ (Israel & Mood, 1988) ความวิตกกังวล ความรู้เรื่องโรค และการรับรู้ความหมายในชีวิต (Johnson, 1982) การปรับ

ตัวและการตอบสนองทางอารมณ์ (Johnson et al., 1988) ภาวะเครียดและความร่วมมือในการรักษา (ครีนาล โอสถเสถียร, 2527) ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (อุมาภรณ์ ไพบูลย์สุทธิเดช, 2531) ความรู้ การควบคุมอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะอารมณ์ (Dodd, 1982 : 1984)

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับการดูแลตนเองโดยตรงนั้นมีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในตัวแปรอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเองเท่านั้น งานวิจัยที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองโดยตรงก็คือ งานวิจัยของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharukul, 1988) ที่ได้ศึกษาตัวแปรต่าง ๆ ที่จะทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 ราย พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์โดยตรงและสามารถเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดคือ การดูแลตนเอง (Self-care) ตัวแปรอื่น ๆ ก็ได้แก่ ตำแหน่งอาชีพ (occupational prestige) และตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง (Site of cancer) สำหรับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์โดยอ้อมกับคุณภาพชีวิต โดยผ่านทาง การดูแลตนเองนั้นก็คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ตำแหน่งอาชีพและตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง จากงานวิจัยนี้สามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่าการที่ตำแหน่งอาชีพมีความสัมพันธ์โดยทางตรงและทางอ้อมกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากตำแหน่งอาชีพเป็นตัวแปรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงย่อมสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดี อีกทั้งยังมีสิ่งสนับสนุนทางการเงิน และแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ในงานวิจัยดังกล่าวยังพบว่าตำแหน่งอาชีพยังมีความสัมพันธ์โดยอ้อมกับคุณภาพชีวิตผ่านแรงสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย (Hanucharukul 1988 : 143) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนั้น จำต้องมีการให้ความรู้และการสนับสนุนเพื่อให้มีการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่องสำหรับความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรับรังสีรักษา และการให้ความรู้หรือข้อมูลนั้นควรจะให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและมีความสนใจ สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน

งานวิจัยที่ได้ทดสอบให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้น จะทำให้มีความรู้สูงขึ้น และข้อมูลที่ได้รับนั้นควรจะสอดคล้องกับความสนใจในการเรียนรู้หรือความต้องการของผู้ป่วยก็คือ งานวิจัยของอิสราเอลและมูด (Israel & Mood 1982 : 57-63) ซึ่งได้วัดระดับของความรู้ภายหลังให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 36 ราย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 12 ราย แล้วยังแบ่งย่อยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 ราย การทดลองทำโดยการให้ข้อมูล 3 ระยะคือก่อนรับรังสีรักษา สัปดาห์ที่ 2 หรือ

3 ของการรักษา และครั้งสุดท้ายของการรักษา โดยมีเนื้อหาในแต่ละระยะแตกต่างกันตามลักษณะความต้องการและความสนใจของผู้ป่วย แล้ววัดระดับความรู้หลังให้ข้อมูล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ จากงานวิจัยนี้สามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่า วิธีการให้ข้อมูลในรูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มความรู้ได้ดี นอกจากนี้จากลักษณะรูปแบบของการให้ข้อมูลสอดคล้องกับหลักในการสอนผู้ป่วยของโอเรม (Orem 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 23-24) ที่ว่า การสอนจะมีประสิทธิภาพถ้าสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ โดยพยาบาลจะต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาเองมีส่วนร่วมในการควบคุมและการดูแลตนเอง อีกทั้งรู้สึกว่ายานบาลสนใจค้นหาความต้องการในการเรียนรู้ของเขา จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษายังได้แสดงให้เห็นว่าเนื้อหาที่จะสอนผู้ป่วย ควรจัดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเลือกเฉพาะสิ่งที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง ในแต่ละระยะของรังสีรักษา เช่น ในช่วงก่อนรับรังสีรักษา ควรได้รับการสอนในเรื่องข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรังสีรักษา ในช่วงระหว่างรับรังสีรักษาคือ ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 หรือ 3 ควรได้รับการสอนถึงวิธีการดูแลตนเองหรือป้องกันอาการข้างเคียงของรังสี และในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ควรได้รับการสอนในเรื่องการดูแลตนเองภายหลังรับรังสี อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าวมิได้ศึกษาถึงผลที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น การปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองหรือคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน เพราะเป็นเพียงการวัดความรู้ของผู้ป่วยจากผลการสอนเท่านั้น

สำหรับงานวิจัยที่ได้ทดสอบผลของการให้ความรู้ด้วยการสอน ต่อตัวแปรเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนขึ้น ก็คืองานวิจัยของจอห์นสัน (Johnson 1982 : 117-123) ซึ่งได้ศึกษาถึงผลของการจัดโปรแกรมการสอนต่อระดับความวิตกกังวล ความรู้เรื่องโรค และการรับรู้ความหมายในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง 52 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย โดยใช้โปรแกรมการสอนในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการสอนในกลุ่มทดลอง มีระดับความวิตกกังวลลดลง มีความรู้เรื่องโรคและการรับรู้ความหมายในชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้จอห์นสันและคณะ (Johnson et al. 1988 : 46-57) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อการปรับตัวและการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 84 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 ราย กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาในรูปแบบของเทปประกอบเสียง 4 ระยะ วัดผลจากการทดลอง 5 ระยะคือ ในสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์สุดท้ายของการรักษา เดือนแรกและเดือนที่ 3 หลังการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับความรู้ในกลุ่มทดลองมีการปรับตัวและการตอบสนองทางอารมณ์ที่กระตือรือร้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความรู้ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตามแม้ว่างานวิจัยทั้งสองที่กล่าวมา จะทดสอบผลของการให้ความรู้ตามหลักการสอนที่สอดคล้องกับแนวการสอนผู้ป่วยของโอเรม (Orem, 1985) และวัดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตชัดเจนขึ้น แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยการให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียว ยังมิได้นำเอาการสนับสนุนมาทดสอบประสิทธิภาพในผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีแบบแผนชัดเจน ดังนั้นจึงได้มีงานวิจัยในไทยมากมายที่ได้นำแนวการวิจัยนี้มาศึกษาต่อในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ที่สำคัญคืองานวิจัยของศรีนวล โอสภเสถียร (2527) ซึ่งได้ศึกษาผลการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียดและความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับรังสีรักษา จำนวน 46 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนในกลุ่มทดลอง มีระดับความเครียดน้อยกว่า และความร่วมมือก่อนรับรังสีรักษาจนตลอดระยะเวลาของการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ อุมารักษ์ ไผ่ศาลสุทธิเดช (2531) ได้ศึกษาถึงผลของการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำเอาธรรมะมาประยุกต์ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้ความรู้และการสนับสนุนอีกรูปแบบหนึ่ง แล้ววัดตัวแปรตามต่าง ๆ คือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยให้โปรแกรมการสอนสุขศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวระหว่างรับรังสีรักษาและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ปัญหาแทรกซ้อนขณะรับรังสีรักษา และวิธีการทำใจไม่ให้ทุกข์โดยใช้ธรรมะมาประยุกต์ แล้ววัดระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2 ช่วงคือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ คือภายหลังสิ้นสุดรังสีรักษา แล้วเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมกับธรรมะมาประยุกต์ กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมกับนำธรรมะมาประยุกต์มีระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการ

สอนลูกศึกษาเพียงอย่างเดียวก็ยังมีระดับความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่างานวิจัยต่าง ๆ ที่ยกมาข้างต้น ต่างแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้ในรูปแบบของการสอน การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การชี้แนะ และการสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ กัน ซึ่งล้วนมีผลดีต่อผู้ป่วยในการส่งเสริมความรู้และความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง อันจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีแก่บุคคลในยามเจ็บป่วยแทบทั้งสิ้น (Tebbi et al. 1985 : 965-971 ; Dudas & Carlson 1988 : 183-188 ; Saunders & Mc.Corkle 1987 : 29-42) อย่างไรก็ตามงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวก็ยังมีได้แสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้เด่นชัดและกว้างขวางเท่าที่ควร

ดอดด์ (Dodd 1982 : 447-451) ได้ศึกษาถึงการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งอย่างกว้างขวาง โดยได้เริ่มจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเอง กับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 48 ราย พบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการคลื่นไส้อาเจียน ผื่นร่วง การรับรสและกลิ่นเสียไป และยังได้พบว่าผู้ป่วยที่ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถบรรเทาอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าผู้ที่ดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสันนิษฐานว่าการที่ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ต่อเนื่องหรือไม่เพียงพอ นั้น อาจเนื่องมาจากมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และขาดการสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง แล้วดอดด์ยังพบอีกว่าแพทย์และพยาบาลยังเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยน้อย โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นดูแลตนเองได้น้อย นอกจากนี้ดอดด์ก็ยังได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต โดยได้วัดคุณภาพชีวิตในแง่ของภาวะอารมณ์ (Mood State) ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวด้วย แต่พบว่า การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในแง่ของภาวะอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ต่อมาดอดด์ (Dodd 1983 : 63-67) จึงได้ทดสอบประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัด และการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 48 รายดังกล่าว โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่ม แล้วสุ่มให้แต่ละกลุ่มได้รับข้อมูลแตกต่างกัน กลุ่มที่ 1 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทฤษฎีอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 ได้ข้อมูลเรื่องอาการข้างเคียงของยาและการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง กลุ่มที่ 3 ได้รับข้อมูลทั้งหมดที่กลุ่มที่ 1 และ 2 ได้รับ และกลุ่มที่ 4 ไม่ได้รับข้อมูลพิเศษใด ๆ แต่ได้รับการดูแลตามปกติ

ทั้ง 4 กลุ่มได้รับการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนการทดลอง และวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองใน  
 ระยะ 4-9 สัปดาห์ต่อมาด้วยแบบวัดที่ดอดด์ได้สร้างขึ้นเองตามแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ  
 โอเรม (Orem, 1985) และเลวิน (Levin, 1976) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ข้อมูลเฉพาะเรื่องอาการข้าง  
 เคียงของยาที่ได้รับและการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่ม  
 ตัวอย่างอื่น และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการได้รับข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูล  
 อย่างมีนัยสำคัญ

หลังจากนั้นดอดด์ (Dodd 1984 : 23-27) ก็ได้้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาพฤติกรรมการดูแล  
 ตนเองเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาในผู้ป่วย 30 รายที่เลือกมาตามเกณฑ์ โดยใช้วิธีศึกษาติดตาม  
 ระยะยาว ตั้งแต่เริ่มรับรังสีรักษาจนรับรังสีรักษาเป็นเวลา 4-7 สัปดาห์ ใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการ  
 ดูแลตนเองที่สร้างขึ้นเองเช่นกัน พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษามากจะดูแลตนเองได้มาก และ  
 ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามากจะจัดการกับปัญหาภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่าผู้ป่วย  
 ที่ไม่มีความรู้ นอกจากนี้ก็ยังพบว่าพยาบาลยังเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยน้อยอยู่ พยาบาลจึงควรตระหนัก  
 ถึงบทบาทที่จะช่วยผู้ป่วยในการดูแลตนเองให้มากขึ้น

จากงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าว ย่อมแสดงให้เห็นถึงผลของการสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็ง  
 ต่อตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตได้ในทางอ้อม และถ้าพิจารณาถึงลักษณะของการ  
 สนับสนุนและให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ดังกล่าว จะเห็นว่า เป็นการควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตแทบ  
 ทั้งสิ้น ดังที่บีโนเลีย (Benoiel, in Mc Corkle & Hongladarom, ed. 1986 : 263-268) ได้  
 กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่สำคัญก็คือ การติดต่อสื่อสาร (Communication)  
 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวส่วนใหญ่ขาดการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ  
 เนื่องจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมักจะเน้นแต่เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยให้หายจากมะเร็งเท่านั้น  
 แต่ยังขาดการให้ความสนใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระหว่างรับการรักษา โดยเฉพาะรังสีรักษา ซึ่งมีผล  
 กระทบทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ลดลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การส่งเสริมสวัสดิภาพ (welfare)  
 และความผาสุก (well-being) โดยการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในขณะที่รับรังสีรักษาได้อย่าง  
 เพียงพอและต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในเรื่องโรค การรักษา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับ  
 การรักษา รวมทั้งเกิดความรู้สึกไว้วางใจต่อระบบบริการสุขภาพมากขึ้น สำหรับรูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริม  
 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่บีโนเลียได้เสนอนั้น ก็เป็นรูปแบบการพยาบาลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับสภาพ

(transition) ของตนในขณะที่เป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นสภาวะที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย สังคม และเป้าหมายในชีวิตมีส่วนเกี่ยวข้องกับความตาย รูปแบบการช่วยเหลือดังกล่าวมี 2 แบบคือ การช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับต่อการเปลี่ยนแปลงตามระยะการดำเนินของโรค และการช่วยเหลือในการปรับต่อการรับบริการในหน่วยต่าง ๆ การช่วยเหลือผู้ป่วยตามรูปแบบดังกล่าวนี้ควรกระทำอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลก็เป็นเสมือนสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ โดยเฉพาะแพทย์ และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ นอกจากนี้รูปแบบการพยาบาลดังกล่าวยังเน้นให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นรายบุคคล ตามลักษณะความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized care) ซึ่งลักษณะเช่นนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า สอดคล้องกับรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีของโอเรม

### สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา มีความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา และจำเป็นต้องมีการปรับระบบการดูแลตนเอง ผู้ป่วย และญาติจำเป็นต้องได้รับข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง และได้รับการสนับสนุนเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติมิตรด้วยการสอน ชี้นำ สนับสนุน และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

นักวิจัยหลายท่านได้ทดสอบประสิทธิภาพของการพยาบาลรูปแบบต่าง ๆ กัน และวัดผลที่ได้แตกต่างกันไป ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรได้มีการทดสอบผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นระบบพยาบาลที่มีรูปแบบส่งเสริมการดูแลตนเองทุกบทบาทที่สำคัญของพยาบาล อันได้แก่ การสอน การชี้นำ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าการพยาบาลระบบนี้น่าจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

### บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ นอกเหนือจากการดูแลที่ได้รับตามปกติ

#### ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่มารับการรักษาด้วยรังสีที่หน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามารักษา โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วย (Subject) ดังนี้

1. เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก
2. ได้รับรังสีรักษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษา ไม่ใช่บรรเทาอาการ
3. อายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป
4. เป็นผู้ป่วยนอก
5. สามารถเข้าใจภาษาไทย
6. ยินดีและสามารถตอบแบบสอบถามได้

การเลือกผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษา ใช้การเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่วางไว้ได้กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 48 ราย ปฏิเสธ 6 ราย (ร้อยละ 12.50) สูญหาย 4 ราย (ร้อยละ 8.33) 1 ราย มีสาเหตุจากบิดาป่วยหนัก 2 ราย มีสาเหตุจากการเดินทางไกลจากจังหวัดใกล้เคียง เพื่อมารับรังสีรักษา อีก 1 ราย มีสาเหตุจากขาดค่าใช้จ่ายในการครองชีพ มารับการรักษาจากต่างจังหวัดคนเดียว นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยส่งต่อไปรักษาที่อื่น 1 ราย (2.08) ผู้วิจัยติดตามเก็บข้อมูลจนครบ 3 ครั้งจึงเริ่มการทดลอง ได้ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 42 ราย ปฏิเสธ 2 ราย (ร้อยละ 4.76) สูญหาย 2 ราย (ร้อยละ 4.76) 1 ราย เปลี่ยนไปรักษาพยาบาลที่บ้าน อีก 1 ราย มีปัญหาการเดินทางเหมือนกับกลุ่มควบคุม และส่งต่อไปรักษาที่อื่น 1 ราย (ร้อยละ 2.38) และติดตามเก็บข้อมูล 3 ครั้งเช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม จึงมีผู้ป่วยที่ศึกษาในกลุ่มควบคุมทั้งสิ้น 37 ราย (ร้อยละ 77.08) และกลุ่มทดลอง 37 ราย (ร้อยละ 88.10) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สูญหายไปทั้งสองกลุ่มล้วนแต่สูญหายไปในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาแทบทั้งสิ้น

การที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการไปที่ละกลุ่ม เนื่องจากการทดลองที่ได้จัดกระทำนั้นเป็นการใช้สไลด์ประกอบเสียงร่วมกับรูปแบบการพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งจัดดำเนินการในบริเวณหน่วยรังสี



รักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ถ้าคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเวลาเดียวกัน โดยกลุ่มหนึ่งได้รับและอีกกลุ่มหนึ่งไม่ได้รับการทดลองดังกล่าว อาจทำให้กลุ่มที่ไม่ได้รับเกิดความวิตกกังวล และคิดว่าตนเองไม่ได้รับความสนใจจากทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ อีกประการหนึ่งการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังกล่าว อาจเกิดการปนเปื้อน (contamination) ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจำนวน 10 คน นักรวมกันในบ้านพักรังสี ที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้ และผู้ป่วยทั้งหมดมารับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ของโรงพยาบาลแห่งเดียวกัน นอกจากนี้ยังเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการวิจัยที่อาจเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการดังกล่าวจดจำ และเรียนรู้วิธีการให้การรักษาพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้วิจัยไปใช้กับผู้ป่วยในความดูแลซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มควบคุม

### ลักษณะของสถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งมีบริการให้รังสีรักษาทุกวัน วันวันหยุดราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-15.30 น. ผู้ป่วยแต่ละรายจะมารับรังสีรักษาตามเวลาที่สะดวกทุกวันติดต่อกันจนครบตามแผนการรักษา เว้นแต่ในรายที่แพทย์นัดตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา หรือผู้ป่วยต้องการพบแพทย์เพื่อขอรับการตรวจ ซึ่งต้องมารับบริการดังกล่าวเฉพาะช่วงเช้าเวลา 08.30-12.00 น. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงบางอย่างเกิดขึ้นจนไม่สามารถรับรังสีรักษาต่อได้ แพทย์จะพิจารณาให้หยุดการรักษาด้วยรังสีชั่วคราว สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยตามปกตินั้น ได้แก่ การแจกเอกสารในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อรับรังสีรักษา และการให้คำแนะนำเฉพาะผู้ป่วยที่ชักถามปัญหาหรือข้อสงสัย โดยแพทย์ผู้ตรวจ พยาบาลที่ช่วยแพทย์ตรวจหรือช่วยฉายรังสี และเจ้าหน้าที่ที่ทั่วไป

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้ ได้แก่ สไลด์ประกอบเสียง ซึ่งสร้างขึ้นโดยสมจิต หนูเจริญกุล และนางทอง ไกรพิบูลย์ร่วมกับคณะ โดยดัดแปลงมาจากของมูดและคณะ (Mood et al., 1985) ที่ได้รับรางวัลในการแสดงนิทรรศการ จากการประชุมสมาคมพยาบาลมะเร็งแห่งชาติของอเมริกาในปี พ.ศ. 2530 มีทั้งหมด 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรังสีรักษา ได้แก่ ลักษณะของรังสีรักษา เป้าหมายการรักษา วิธีการรักษา ลักษณะห้องฉายรังสี และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในขณะรับรังสีรักษา

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างรับรังสีรักษา อาการข้างเคียงและการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการสังเกตตนเองเมื่อเกิดอาการต่าง ๆ

ตอนที่ 3 การดูแลตนเองภายหลังการรับรังสีรักษา ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การดูแลตนเองในเรื่องความสะอาดของผิวหนัง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน การตั้งเป้าหมายในชีวิต การมีเจตคติที่ดีต่อโลกและชีวิต การแสวงหาความรู้เพื่อการปฏิบัติตนและเพื่อการบำบัดโรค ตลอดจนการหาคำตอบในปัญหาหรือข้อสงสัย

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วนคือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางการแพทย์และการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ สภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะของโรค ชนิดของการรักษา ชนิดและวันที่เกิดอาการข้างเคียง และระยะเวลาของการรักษา เป็นต้น ฯลฯ

2.2 ดรรชนีคุณภาพชีวิต (Quality of life Index) ซึ่งพัฒนามาจากดรรชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่พาดิสลาและคณะ (Padilla et al.) ได้สร้างขึ้นในปี พ.ศ.2526 มีทั้งหมด 14 ข้อ และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ความตรงในการจำแนก (Discriminant validity) และความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) และได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 ในปี พ.ศ.2528 พาดิสลาและแกรนท์ (Padilla & Grant) ได้ปรับปรุงเนื้อหาของดรรชนีคุณภาพชีวิตโดยการเพิ่มข้อคำถามอีก 9 ข้อ รวมเป็น 23 ข้อ เพื่อให้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่โคโลสโตมีย์ (Colostomy) แล้วได้ทดสอบความตรงของเนื้อหา และความตรงในการจำแนกอีกครั้งก่อนนำไปใช้ ต่อมาในปี พ.ศ.2531 สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ได้นำเครื่องมือชุดนี้มาแปลและดัดแปลงเล็กน้อยในงานวิจัยเพื่อวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในประเทศไทย โดยตัดข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออกไป เหลือทั้งหมด 19 ข้อ

สำหรับดรรชนีคุณภาพชีวิตที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้นำดรรชนีคุณภาพชีวิตที่สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ได้ปรับปรุง มาดัดแปลงภาษาในบางข้อให้ง่ายขึ้น พร้อมกับเพิ่มข้อคำถามในเรื่องเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นจากรังสีรักษา ซึ่งพาดิสลาและคณะ (Padilla et al., 1983) ได้เคยกำหนดไว้ในต้นฉบับเดิม เพราะผู้วิจัยเห็นว่าข้อคำถามดังกล่าวยังมีความจำเป็นสำหรับวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้รับรังสีรักษาบริเวณหน้าท้อง และ

เกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวมาก สำหรับข้อคำถามที่ตัดออกไป 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความถี่ของอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ได้รับรังสีรักษา โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองสอบถามในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 5 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถจดจำความถี่ของการเกิดอาการดังกล่าว แต่สามารถประเมินออกมาเป็นความรุนแรงได้ชัดเจน

แบบสอบถามในกรณีศึกษาชีวิตที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 19 ข้อ ในการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้ประมาณค่าคะแนนด้วยตนเองว่าความรู้สึกของตนมีค่าเท่าใดในแต่ละข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Linear analog scale) ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนบนเส้นตรง คือ ไม่มีเลยให้ 0 คะแนน และมีอย่างเต็มที่ให้ 100 คะแนน ข้อความในแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความด้านบวก 14 ข้อ และข้อความด้านลบ 5 ข้อ สำหรับการให้คะแนนในข้อความที่เป็นลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-1900 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตสูง เพื่อให้เข้าใจง่ายและสามารถเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ผู้วิจัยหาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนโดยใช้คะแนนรวมทั้งหมดหารด้วย 19

ในเรื่องความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำกรณีศึกษาชีวิตนี้ไปตรวจสอบ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย คำนวณหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) โดยรวมได้เท่ากับ 0.91 สำหรับในการวิจัยครั้งนี้พบว่ากรณีศึกษาชีวิตมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 ในการเก็บข้อมูลครั้งแรก และ 0.99 ในการเก็บข้อมูลครั้งหลังทั้งสองครั้ง

นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือส่วนหนึ่งที่ใช้ประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระบบการพยาบาลที่ได้วางแผนไว้จริง ได้แก่ แบบสอบถามความต้องการและการได้รับข้อมูลในความเจ็บป่วยและการรักษา และแบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา สำหรับแบบสอบถามความต้องการและการได้รับข้อมูลนั้น (ภาคผนวก จ. และ ฉ.) รศ.ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ได้ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยจากของมูด (Mood : 1985) โดยมีเนื้อหาในข้อคำถามเหมือนกันทั้งสองชุด และมีค่าความเที่ยงในการวิจัยครั้งนี้เป็นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากันคือ 0.75 ลักษณะแบบสอบถามชุดนี้เป็นลิเกตสเกล (Likert scale) 4 อันดับ จำนวน 10 ข้อ มีค่าคะแนน ตั้งแต่ 10 ถึง 40 คะแนน และกำหนดให้แต่ละอันดับมีค่าดังต่อไปนี้

- 1 หมายถึง ไม่ต้องการเลย หรือไม่ได้รับเลย
- 2 หมายถึง ต้องการเล็กน้อย หรือได้รับเล็กน้อย
- 3 หมายถึง ต้องการปานกลาง หรือได้รับปานกลาง
- 4 หมายถึง ต้องการมาก หรือได้รับมาก

แบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองตามกลุ่มพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา (Ideal set of self-care actions in patients receiving radiotherapy) มีลักษณะเป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเอง และวิธีการช่วยเหลือของพยาบาลผู้ดูแลตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (ภาคผนวก ช.)

### การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มต้นที่กลุ่มควบคุม แล้วตามด้วยกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลให้แล้วเสร็จไปที่ละกลุ่ม หลังจากผู้วิจัยได้สำรวจรายชื่อผู้ป่วยนอก ที่มารับการตรวจรักษา ณ ทูเมอร์คลินิก แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวช และคัดเลือกรวมตัวอย่างด้วยตนเอง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการตรวจและพิจารณาให้รับรังสีรักษา แนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย (คู่มืออธิบายแก่ผู้ป่วยในภาคผนวก) และข้อมูลของผู้ป่วยได้เก็บเป็นความลับ วิธีการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวอย่างมีดังต่อไปนี้

#### กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โดยปราศจากการจัดกระทำใด ๆ จากผู้วิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนรับรังสีรักษา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม วัดค่าคะแนนคุณภาพชีวิต ความต้องการข้อมูลในความเจ็บป่วยและการรักษาก่อนการทดลอง ในวันแรกของการเข้ารับการรักษาในหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามธิบดี สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาด้านการเขียนและการอ่าน ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง แล้วเขียนคำตอบตามที่ผู้ป่วยบอก โดยปราศจากการขยายความหรืออธิบายเพิ่มเติมใด ๆ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อความในแบบสอบถาม จะสามารถซักถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา ส่วนแบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์และการรักษานั้น ผู้วิจัยได้บันทึกจากเวชระเบียนและจากการสัมภาษณ์ในระยะเวลาดังกล่าว เพื่อติดตามผลการรักษาและอาการข้างเคียงต่าง ๆ จนสิ้นสุดการรักษาด้วยการฉายรังสี

**ครั้งที่ 2** ระหว่างรับรังสีรักษา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเครียดในระหว่างการทำทดลองหลังจากได้ทำการทดลองด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างชมภาพสไลด์ประกอบเสียงไปแล้ว 2 ครั้ง เพื่อศึกษาแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนคุณภาพชีวิต โดยได้ทำการวัดในวันที่รับรังสีครบก่อนรับรังสีครั้งที่ 16 ด้วยวิธีการเช่นเดียวกับการวัดก่อนการทำทดลองทุกประการ ทั้งนี้เนื่องจากในระยะนี้เป็นระยะที่กำลังเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด

**ครั้งที่ 3** สัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความเครียดและการได้รับข้อมูลในความเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อสิ้นสุดการทำทดลองด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างชมภาพสไลด์ประกอบเสียงไปแล้ว 3 ครั้ง ในวันก่อนจำหน่ายจากรังสีรักษา 2 วัน

### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองโดยการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

**ครั้งที่ 1** ให้กลุ่มตัวอย่างชมภาพสไลด์ประกอบเสียงในเรื่องข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรังสีรักษา (ตอนที่ 1) ก่อนการรับรังสีรักษา

**ครั้งที่ 2** ให้กลุ่มตัวอย่างชมภาพสไลด์ประกอบเสียงในเรื่องข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างรับรังสีรักษา (ตอนที่ 2) ในวันที่รับรังสีครบ 5 ครั้ง หรือก่อนรับรังสีครั้งที่ 6 ทั้งนี้เนื่องจากในระยะสัปดาห์ที่ 2 ถึง 3 เป็นระยะที่เริ่มเกิดผลข้างเคียงจากรังสีรักษา

**ครั้งที่ 3** ให้กลุ่มตัวอย่างชมภาพสไลด์ประกอบเสียงในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังการรับรังสีรักษา (ตอนที่ 3) ในวันก่อนจำหน่ายจากรังสีรักษา 5 วัน

นอกจากนี้ในการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามโปรแกรมที่ได้วางไว้ โดยอาศัยทฤษฎีของโอเรม ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แล้วให้การช่วยเหลือและส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ในวันที่มีการให้รังสีรักษาทุกวันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในผู้ป่วยแต่ละรายด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การชี้แนะแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากรังสีในระยะที่ยังไม่เกิดอาการ หรือเพื่อลดความรุนแรงของอาการในกรณีที่เกิดอาการแล้ว ในการชี้แนะนั้น

ได้ชี้แนะ โดยการตอบคำถามของผู้ป่วยที่มีความสงสัยหรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันหรือแก้ไขผลข้างเคียงจากรังสีตามความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

2. การสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามความรู้ที่ได้รับในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับรังสีรักษาต่อไปด้วยการให้กำลังใจ ชมเชย และให้ความหวังในผลของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดังกล่าว สำหรับในกรณีที่มีผู้ป่วยเข้าใจผิดหรือมีความพร่องในการดูแลตนเอง ก็หาสาเหตุของความพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องนั้น ๆ โดยพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเองต่อการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองตามกลุ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาแล้วให้การช่วยเหลือตามสาเหตุและให้การสนับสนุนโดยการให้กำลังใจ พร้อม ๆ กับให้ความรู้ที่ถูกต้องแก้ไขข้อเข้าใจผิดและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ
3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการสร้างบรรยากาศภายในบริเวณที่จัดฉายสไลด์ประกอบเสียงให้เงียบสงบ อากาศเย็นสบาย และการให้การชี้แนะหรือสนับสนุนนั้น ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการตั้งคำถาม พูดคุย ร่วมปรึกษาหารือในปัญหาของผู้ป่วยพร้อมกับญาติมิตรของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยด้วยตนเอง ผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา หรือผู้ป่วยและญาติมิตรร่วมกันปรึกษาหารือกัน โดยกระทำเป็นรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม นอกจากนี้ยังช่วยเหลือผู้ป่วยในการตั้งคำถามแพทย์ในสิ่งที่สงสัย พร้อมกับแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยไม่มีการตำหนิผู้ป่วยไม่ว่ากรณีใด ๆ

อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนก็ยังคงได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ และเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง 3 ครั้ง เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมทุกประการ แต่ได้ให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยเป็นผู้ให้การทดลอง เพื่อลดอคติจากการที่ผู้วิจัยคาดเดาถึงผลการวิจัยไว้ก่อนว่าการพยาบาลตามแผนการทดลองจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

#### บทที่ 4

#### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัยจะ เสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการทดสอบสมมติฐาน ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติมและสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 74 คน เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 37 คนเท่ากัน มีอายุเฉลี่ยแต่ละกลุ่มคือ 48.65 ปี และ 50.38 ปี ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $t(72) = -0.74$  ,  $p = 0.23$

สำหรับจำนวนปีที่ศึกษา สถานสมรส อาชีพ รายได้ ระยะของโรค ที่พักรักษา และปัญหาการเงิน พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีจำนวนปีที่ศึกษาตกอยู่ในระดับประถมศึกษา มีสถานสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ มีรายได้น้อยกว่า 4,000 บาทต่อเดือน ระยะของโรคอยู่ในช่วง 2B พักบ้านผู้อื่นระหว่างรักษา และไม่มีปัญหาด้านการเงิน เมื่อเปรียบเทียบแต่ละลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การเปรียบเทียบค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องจำนวนปีที่ศึกษา สถานสมรส อาชีพ รายได้ ระยะของโรค ที่พักรักษา และปัญหาการเงิน

**ตารางที่ 1** แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ จำนวนปีที่ศึกษา สภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะของโรค ที่พักและรักษา และปัญหาการเงิน (N=74)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	$n_1 = 37$	$n_2 = 37$
<b>อายุ</b>		
เฉลี่ย	32-75	28-72
ค่าเฉลี่ย	48.65	50.38
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.36	10.67
<b>จำนวนปีที่ศึกษา</b>		
เฉลี่ย	0.14	0-13
ค่าเฉลี่ย	5.08	4.57
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.78	3.43
<b>สภาพสมรส</b>	n ( % )	n ( % )
คู่	27 (73.0)	22 (59.5)
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	10 (27.0)	15 (40.5)
<b>อาชีพ</b>		
รับราชการ/เลี่ยม	1 (2.7)	1 (2.7)
ค้าขาย	8 (21.6)	6 (16.2)
เกษตรกรรม	8 (21.6)	11 (29.7)
รับจ้าง	4 (10.8)	7 (18.9)
ไม่มีอาชีพ	16 (43.2)	12 (32.4)

**ตารางที่ 1 (ต่อ)** แสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ จำนวนปีที่ศึกษา สถานสมรส อาชีพ รายได้ ระยะของโรค ที่พักรักษา และปัญหาการเงิน (N=74)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	$n_1 = 37$	$n_2 = 37$
<b>รายได้</b>	<b>n ( % )</b>	<b>n ( % )</b>
< 4,000 บาท	15 (67.5)	28 (75.7)
4,000-10,000 บาท	10 (27.0)	4 (10.8)
> 10,000 บาท	2 (5.4)	5 (13.5)
<b>ระยะของโรค</b>		
ระยะที่ 1	4 (10.8)	4 (10.8)
ระยะที่ 2	22 (59.5)	18 (48.6)
ระยะที่ 3	11 (29.7)	15 (40.5)
<b>ที่พักรักษา</b>		
บ้านเอง	11 (29.7)	11 (29.7)
บ้านผู้อื่น	18 (48.6)	24 (64.9)
บ้านพักรังสี	8 (21.6)	2 (5.4)
<b>ปัญหาการเงิน</b>		
ไม่มีเลย	16 (43.2)	13 (35.1)
เล็กน้อย	9 (24.3)	5 (13.5)
ปานกลาง	4 (10.8)	7 (18.9)
มาก	8 (21.6)	12 (32.4)

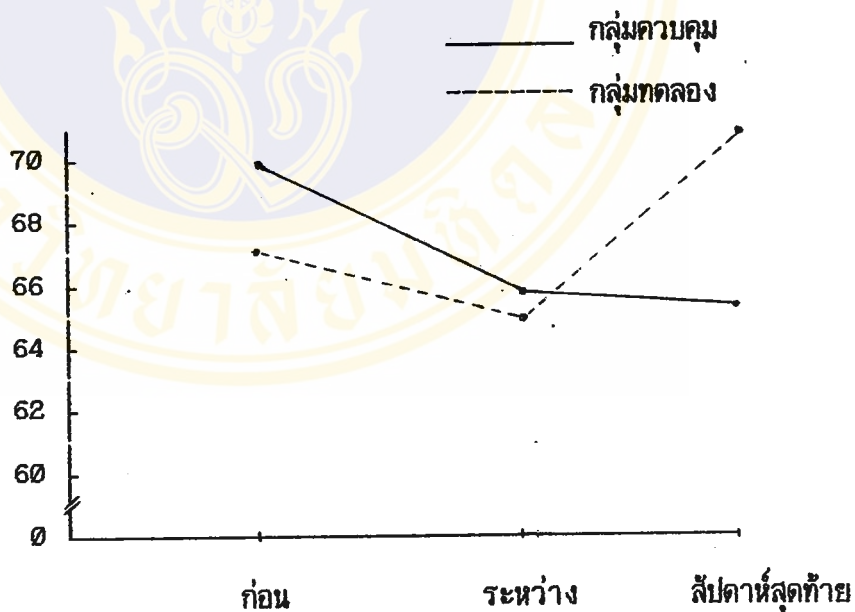
### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเมื่อคิดคะแนนเต็ม 100 คะแนน พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนรับรังสีรักษา ( $M=69.68$ ) ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลอง ( $M=66.93$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $t(72) = 0.83$  ,  $p = 0.41$  ในระหว่างรับรังสีผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงเท่ากับ 65.80 และ 64.87 ในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 64.96 ต่ำกว่ากลุ่มทดลองซึ่งมีค่าเท่ากับ 70.40 ดังแสดงในตารางที่ 2 และแผนภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาในแต่ละระยะ พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ต่างมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตลดลงในระหว่างรับรังสีรักษา และในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา กลุ่มทดลองจะสูงขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงต่ำลง

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดในเรื่องของความกังวลในความเจ็บป่วยทุกระยะของการรับรังสีรักษา ซึ่งคะแนนคุณภาพชีวิตในข้อนี้คะแนนยิ่งน้อยแสดงว่าความกังวลยิ่งมาก (ข้อคำถามด้านลบ) และยังพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในเรื่องของการได้รับอาหารอย่างเพียงพอและความอร่อยในการรับประทานอาหารอยู่ในเกณฑ์ต่ำตลอดระยะเวลาของการรับรังสีรักษา สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตข้ออื่น ๆ ส่วนใหญ่จะลดลงในช่วงระหว่างรับรังสีรักษา แล้วจะเพิ่มขึ้นในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ที่เห็นได้ชัดก็คือคุณภาพชีวิตในส่วนที่เกี่ยวกับความแข็งแรง ความอ่อนเพลีย และความสามารถในการทำงาน ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาทั้ง 3 ระยะในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=74)

ระยะที่วัด	กลุ่มควบคุม ( $n_1=37$ )		กลุ่มทดลอง ( $n_2=37$ )	
	M	SD	M	SD
ก่อนรับรังสีรักษา	69.68	13.36	66.93	15.00
ระหว่างรับรังสีรักษา	65.80	16.00	64.87	12.52
สัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา	64.96	17.46	70.40	13.83



**แผนภาพที่ 1** กราฟเส้นตรงแสดงการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาแต่ละระยะ ตั้งแต่ก่อนรับรังสี ระหว่างและสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อทั้ง 3 ระยะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=74)

คุณภาพชีวิต	ก่อนรับรังสีรักษา				ระหว่างรับรังสีรักษา				สัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรับรังสีรักษา			
	กลุ่มควบคุม (n <sub>1</sub> =37)		กลุ่มทดลอง (n <sub>2</sub> =37)		กลุ่มควบคุม (n <sub>1</sub> =37)		กลุ่มทดลอง (n <sub>2</sub> =37)		กลุ่มควบคุม (n <sub>1</sub> =37)		กลุ่มทดลอง (n <sub>2</sub> =37)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. ความแข็งแรง	72.00	23.34	74.73	19.58	69.13	18.53	69.59	19.87	65.27	18.56	72.97	16.81
2. การนอนหลับ	70.40	20.49	72.16	19.84	75.32	22.22	71.76	22.74	71.89	20.79	77.30	18.51
3. ความอ่อนแอเพียง	63.51	27.51	51.62	29.20	49.73	27.43	47.13	24.57	47.95	28.07	53.11	47.13
4. ความกังวลใน ความเจ็บป่วย	30.81	28.12	28.92	32.56	30.27	27.33	43.38	32.19	36.05	32.20	47.03	43.38
5. สุขภาพ	66.62	21.47	63.51	22.14	67.97	21.13	66.89	18.31	64.59	21.68	71.49	15.04
6. การพักผ่อน หย่อนใจ	70.81	29.94	69.05	22.91	73.03	28.79	76.35	20.23	79.05	20.06	77.29	21.43
7. ความร้อยใน การกิน	59.86	22.31	56.76	27.99	54.78	25.06	50.68	19.44	48.38	30.78	55.81	24.14
8. ความสามารถใน การทำงาน	67.97	33.24	62.16	29.90	55.11	31.80	46.89	24.65	54.27	28.85	60.00	23.21
9. การกินได้เพียงพอ	66.76	24.47	65.95	24.20	64.05	25.13	59.05	19.50	58.11	30.17	64.59	20.49
10. ความรู้สึกมีค่าใน ตน	84.32	23.63	77.03	26.12	79.46	23.83	76.62	22.17	73.11	28.51	77.97	23.61

ตารางที่ 3 (ต่อ) ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อทั้ง 3 ระยะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=74)

คุณภาพชีวิต	ก่อนรับรังสีรักษา				ระหว่างรับรังสีรักษา				สิ้นสุดสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษา			
	กลุ่มควบคุม (n1=37)		กลุ่มทดลอง (n2=37)		กลุ่มควบคุม (n1=37)		กลุ่มทดลอง (n2=37)		กลุ่มควบคุม (n1=37)		กลุ่มทดลอง (n2=37)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
11. ความสุข	77.03	27.38	66.49	27.51	71.35	24.31	67.35	24.96	71.35	27.17	71.49	25.35
12. ความพึงพอใจ ในชีวิต	66.35	25.31	64.59	31.14	64.59	28.02	61.89	30.01	66.76	25.47	69.86	23.93
13. ความเจ็บปวด	68.78	26.70	66.89	31.65	70.27	26.40	62.84	27.70	66.32	31.30	75.81	28.05
14. การสังสรรค์ กับผู้อื่น	75.95	27.13	68.38	27.23	66.76	29.82	71.62	26.85	72.30	28.30	77.16	22.93
15. คุณภาพชีวิต	69.46	24.35	67.57	24.20	65.68	23.87	68.59	24.69	65.00	28.33	77.16	19.95
16. การผูกพันต่อทั้ง ครอบครัว	65.51	39.48	76.76	32.24	70.54	33.74	71.76	36.48	68.38	34.79	77.16	32.11
17. ความพอใจใน รูปร่าง	81.89	26.23	72.16	29.36	72.43	26.60	73.24	23.19	76.76	26.15	76.35	22.69
18. การมีเวลาเป็น ของตัวเอง	77.03	26.13	78.11	23.67	80.81	24.87	82.16	22.16	74.59	31.94	87.43	17.46
19. อาการคลื่นไส้ อาเจียน	92.70	18.20	88.92	23.07	68.92	29.13	64.95	32.41	74.05	28.23	67.57	29.59
รวม	69.68	13.36	66.93	15.00	65.80	16.00	64.87	12.52	64.96	17.46	70.40	13.83

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านตามมิติของคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้านคือ ความพาสุก (well being) การควบคุมอาการ (symptoms control) และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social concern) ในระยะก่อน ระหว่าง และสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุครั้งสิรักษา ดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านการควบคุมอาการลดลงในช่วงระหว่างรับรังสีรักษาทั้งในกลุ่มควบคุม (M=58.90) และกลุ่มทดลอง (M=57.95) แต่ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุครั้งสิรักษากลับสูงขึ้น โดยที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (M=64.16) เพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่ากลุ่มควบคุม (M=59.25) ทั้ง ๆ ที่ก่อนรับรังสีรักษา กลุ่มทดลอง (M=61.70) มีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (M=65.24) สำหรับคุณภาพชีวิตในด้านความพาสุก และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะเห็นการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตได้ไม่ชัดเจนนัก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าคุณภาพชีวิตในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในกลุ่มทดลองสูงขึ้นเรื่อยๆตามลำดับแม้แต่ในช่วงระหว่างรับรังสีรักษา

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 3 ระยะ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=74)

คุณภาพชีวิต	ก่อนรับรังสีรักษา				ระหว่างรับรังสีรักษา				สัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษา			
	กลุ่มควบคุม (n1=37)		กลุ่มทดลอง (n2=37)		กลุ่มควบคุม (n1=37)		กลุ่มทดลอง (n2=37)		กลุ่มควบคุม (n1=37)		กลุ่มทดลอง (n2=37)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. ความปวด	69.73	16.30	66.78	16.64	66.52	17.96	64.39	14.28	64.59	19.19	69.86	14.94
2. การควบคุมอาการ	65.24	15.49	61.70	15.74	58.90	16.64	57.95	20.13	59.25	20.54	64.16	16.58
3. การมีปัญหาคอ	75.09	19.28	73.85	20.63	72.63	20.48	74.70	18.63	73.01	23.57	79.53	17.45
ทางสังคม กับผู้อื่น												
รวม	69.68	13.36	66.93	15.00	65.80	16.00	64.87	12.52	64.96	17.46	70.40	13.83

### ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ กล่าวว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้นอกเหนือจากการดูแลตามปกติ จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระหว่างรับรังสีรักษาและในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการดูแลตามปกติ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 2 ระยะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนรับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate variable) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันในระหว่างรับรังสีรักษา  $F(1,72) = 0.01$ ,  $P = 0.75$  (ตารางที่ 5) และแตกต่างกันในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา  $F(1,72) = 4.90$ ,  $P = 0.03$  (ตารางที่ 6) นั่นคือกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ( $M = 70.40$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 64.96$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้บางส่วน

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระหว่างรับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนรับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ตัวแปรร่วม	1	6,006.31	6,006.31		
กลุ่ม	1	12.57	12.57	0.10	0.75
ความคลาดเคลื่อน	71	8,860.29	124.79		
ผลรวม	73	14,879.18			

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในลำดับสุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนรับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ตัวแปรร่วม	1	4,432.27	4,432.27		
กลุ่ม	1	901.78	901.78	4.90	0.03
ความคลาดเคลื่อน	71	13,069.12	184.07		
ผลรวม	73	18,403.16			

### ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม

ผลการทดสอบความแตกต่างของความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม โดยใช้การเปรียบเทียบด้วยค่าสถิติ (t-test) พบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รายงานค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการข้อมูลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $t(1,72) = 0.70$  ,  $p = 0.48$  โดยมีค่าที่รายงานค่อนข้างสูงพอ ๆ กันในกลุ่มควบคุม ( $M = 34.40$ ,  $S.D. = 4.77$ ) และกลุ่มทดลอง ( $M=33.65$ ,  $S.D.= 4.49$ ) ช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รายงานค่าเฉลี่ยการได้รับข้อมูลจริงแตกต่างกัน  $t(1,72) = -3.95$  ,  $p = 0.00$  นั่นคือกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลตลอดช่วงที่ได้รับรังสีรักษา ( $M = 26.05$ ,  $S.D. = 5.57$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 21.16$ ,  $S.D. = 5.06$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการและการได้รับข้อมูล ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ค่าสถิติ (N=74)

	กลุ่มควบคุม ( $n_1=37$ )		กลุ่มทดลอง ( $n_2=35$ )		t
	M	SD	M	SD	
ความต้องการข้อมูล	34.40	4.77	33.65	4.49	0.07
การได้รับข้อมูล	21.16	5.06	26.05	5.57	-3.95**

\*\*  $p < 0.00$

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างระหว่างความต้องการและการได้รับข้อมูลในความเจ็บป่วยและการรักษา โดยการเปรียบเทียบค่าสถิติที ( $t$ -test) ดังแสดงในตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างระหว่างความต้องการและการได้รับข้อมูลในกลุ่มทดลอง ( $M=7.59$ ) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=13.24$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $t(72) = 4.33, P = 0.00$  นั่นคือผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างความต้องการและการได้รับข้อมูลจริงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .01$

ถ้าพิจารณาความแตกต่างของคะแนนผลต่างระหว่างความต้องการและการได้รับข้อมูลรายข้อพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างระหว่างความต้องการและการได้รับข้อมูลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในข้อที่เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อรับรังสี ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วย การเลือกวันเวลาที่ไปพบแพทย์ และการถามอาการข้างเคียงของรังสี นั่นคือผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลในเรื่องของรังสีรักษา การปฏิบัติตนเมื่อรับรังสี ความเจ็บป่วย อาการข้างเคียงของรังสี และได้มีโอกาสเลือกวันเวลาที่ไปพบแพทย์ตามความต้องการ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างระหว่างความต้องการและการได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจในการรักษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ดังแสดงในข้อ 3) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างระหว่างความต้องการและการได้รับในกลุ่มทดลอง ( $M=0.32$ ) มากกว่ากลุ่มควบคุม ( $M=0.19$ ) ที่ค่าสถิติ  $t(72) = -0.47, P = 0.32$  นั่นคือ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างความต้องการและการได้รับข้อมูลจริงมากกว่ากลุ่มควบคุม แม้ว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีผลต่างระหว่างความต้องการและการได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจในการรักษาตามความต้องการของตน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

**ตารางที่ 8** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนผลต่างระหว่างความต้องการและการได้รับข้อมูล รายชื่อ ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การเปรียบเทียบค่าสถิติ (N=74)

ความต้องการ/ได้รับ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	M	SD	M	SD	
1. ความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา	1.08	1.30	0.46	0.99	2.32*
2. ใต้อาณัติ พยาบาลเวลาตรวจ	1.22	1.11	0.84	1.01	1.53
3. มีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจในการรักษา	0.19	1.49	0.32	0.94	-0.47
4. คำแนะนำการปฏิบัติตน	0.95	1.05	0.03	0.55	4.70**
5. ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วย	1.46	1.04	0.65	1.11	3.24*
6. ภาวะผลตรวจต่าง ๆ	2.24	0.83	1.84	1.21	1.68
7. เล่าความรู้สึกต่าง ๆ	1.40	1.01	0.89	1.47	1.75
8. เลือกวันเวลาที่พบแพทย์	1.89	1.15	0.78	1.58	3.44**
9. เลือกเวลาฉายรังสี	0.73	1.58	0.68	1.43	0.15
10. ภาวะอาการข้างเคียงของรังสี	2.08	1.32	1.11	1.43	3.04**
รวม	13.24	5.79	7.59	5.41	4.33**

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมไว้ในระหว่างการศึกษา และได้นำมาวิเคราะห์ก็คือ จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะในการรักษา ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในกลุ่มควบคุมมีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะในการรักษา 3 ราย (ร้อยละ 9.10) และกลุ่มทดลอง 9 ราย (ร้อยละ 24.43) และปัญหาที่ผู้ป่วยรายงานส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากสามีไม่เพียงพอ ในบางรายสามีไปมีภรรยาใหม่ ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยอายุน้อย

## สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุจริตรักษา สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนสมมติฐานที่กล่าวว่ากลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระหว่างรับรังสีรักษาไม่ได้รับการสนับสนุน

ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องของการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับข้อมูลในความเจ็บป่วยและการรักษา สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่ามีผลช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุจริตรักษา แต่ไม่มีผลในระหว่างรับรังสีรักษา และยังมีผลให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการอภิปรายผลการศึกษาผู้วิจัยจะอภิปรายเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิต แล้วตามด้วยข้อจำกัดในการวิจัย

## ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยที่พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 48.65 ปี และ 50.38 ปี จำนวนปีการศึกษาตกอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีสภาพสมรสคู่ ไม่มีอาชีพและมีรายได้อยู่ในเกณฑ์ต่ำ สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกของไทยส่วนใหญ่ ที่ได้มีรายงานไว้ในอุบัติการณ์ของโรคนี้นี้มักเกิดในสตรีที่แต่งงานแล้ว มีการศึกษาและเศรษฐกิจในระดับต่ำ (สมเกียรติศรีสุนทรประดิษฐ์ 2531:375) นอกจากนี้จากอัตราการสูญหายของผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้พบว่า อัตราการสูญหายในกลุ่มควบคุมร้อยละ 8.33 กลุ่มทดลองร้อยละ 4.76 ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการเดินทางไกลจากจังหวัดใกล้เคียงเพื่อมารับรังสีรักษา การขาดบุคคลที่จะให้กำลังใจและความช่วยเหลือ และอาจเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้หรือข้อมูลในเรื่องความเจ็บป่วยและการรักษา

### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ ของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) และสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ดังที่ได้แสดงในตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในช่วงก่อน ระหว่าง และสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาในกลุ่มควบคุม มีค่าเท่ากับ 69.68 (S.D. = 13.36), 65.80 (S.D. = 16.00) และ 64.96 (S.D. = 17.46) ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองมีค่าเท่ากับ 66.93 (S.D. = 15.00), 64.87 (S.D. = 12.52) และ 70.40 (S.D. = 13.83) ตามลำดับ ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่พาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตที่มีข้อความทั้งหมด 14 ข้อ มีค่าเท่ากับ 64.78 (S.D. = 14.20) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตที่พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ศึกษาในผู้ป่วยนอกที่ใส่โคลอลโทมีย์ โดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตที่มีข้อความทั้งหมด 23 ข้อ มีค่าเท่ากับ 65.00 (S.D. = 17.00) และสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตที่มีข้อความทั้งหมด 19 ข้อ มีค่าเท่ากับ 66.00 (S.D. = 16.01)

นอกจากนี้ผลการศึกษารังนี้ยังแตกต่างจากของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ในแง่ของคุณภาพชีวิตรายข้อ กล่าวคือผลการศึกษารังนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้ง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดในข้อที่เกี่ยวกับความกังวลในความเจ็บป่วย (ดังที่ได้แสดงในตารางที่ 3) ในขณะที่สมจิต หนูเจริญกุล พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ศึกษามีค่าต่ำสุดในข้อที่เกี่ยวกับความอโรยในการรับประทานอาหาร ( $M=38.27$ ,  $S.D.=31.17$ ) ทั้งนี้เนื่องจากสมจิต หนูเจริญกุล ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหารมากที่สุดร่วมกับมะเร็งปากมดลูก และศึกษาในผู้ป่วย ทั้งหญิงและชาย ต่างจากการศึกษารังนี้ที่ศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูกอย่างเดียว ซึ่งปัจจัยในเรื่องเพศและชนิดของโรคง่าอาจมีผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ศึกษารังนี้ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ในเรื่องของการได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากสามีไม่เพียงพอ ในบางรายสามีไปมีภรรยาใหม่ ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่อายุน้อย อาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดในข้อที่เกี่ยวกับความกังวลในความเจ็บป่วย

สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาของผู้ป่วย  
กลุ่มทดลองสูงกว่างานวิจัยอื่น ๆ ทั้งหมด ( $M=70.46$ ,  $S.D.=13.83$ ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผลที่ได้  
จากการทดลองในการศึกษาครั้งนี้

### ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิต

ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแผนการทดลองครั้งนี้มีคุณภาพ  
ชีวิตในระหว่างรับรังสีรักษาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่มีคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุด  
รังสีรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากกราฟเส้นตรงจะเห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนน  
คุณภาพชีวิตของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่ำลงในช่วงรับรังสีรักษา แต่เมื่อก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา  
กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงขึ้น และจากการวิเคราะห์เพิ่มเติมที่พบว่า การพยาบาลตามแผน  
การทดลองนี้ได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตามความต้องการในระหว่างการรักษามากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม  
ทำให้เชื่อถือได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแผนการทดลองจริง  
แม้ว่าในช่วงรับรังสีรักษาจะไม่เห็นผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการพยาบาลระบบ  
สนับสนุนและให้ความรู้โดยการสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียงที่ครอบคลุมเนื้อหาตามต้องการการดูแล  
ตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรับรังสีรักษา ได้แก่ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับรังสีรักษา การดูแล  
ตนเองระหว่างรับรังสีรักษาและภายหลังสิ้นสุดรังสีรักษา ซึ่งมีเนื้อหาที่สอนในแต่ละตอนต่างกันตามความ  
เหมาะสมกับสถานการณ์ในการรับรังสีรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการชี้แนะและสนับสนุนการดูแล  
ตนเอง ตามความพร้อมในการดูแลตนเองซึ่งได้ประเมินจากความสามารถในการดูแลตนเองที่จะตอบ  
สนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่ได้กำหนดไว้ ตามกลุ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม  
ในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา พร้อมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง  
อาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีก็จริง แต่ผู้วิจัยไม่ได้วัดความสามารถหรือความพร้อมในการ  
ดูแลตนเองโดยตรง แต่วัดคุณภาพชีวิตซึ่งอาจถือว่าเป็นผลจากการดูแลตนเองแทน ซึ่งผลของการ  
ดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตอาจจะไม่เกิดขึ้นทันที ดังนั้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม  
จึงไม่แตกต่างกันในช่วงรับรังสีรักษาซึ่งเป็นระยะที่มีอาการข้างเคียงสูงสุด แต่อาจช่วยลดผลข้าง  
เคียงจากรังสีในระยะยาว จึงทำให้คุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาในผู้ป่วยกลุ่ม  
ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

อีกประการหนึ่งการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตนั้นต้องอาศัยเวลา  
ซึ่งไม่อาจทำได้ในระยะเวลาสั้นๆ เพียง 2-3 สัปดาห์ ประกอบกับในช่วงรับรังสีรักษานั้น ผู้ป่วย  
ในกลุ่มทดลองยังไม่ได้รับการพยาบาลตามแผนการทดลองครบทุกขั้นตอนจึงไม่สามารถเห็นผลของการ  
พยาบาลระบบดังกล่าวต่อคุณภาพชีวิตในช่วงรับรังสีรักษา แม้ว่าอาจมีการพัฒนาความสามารถในการ

ดูแลตนเองแล้วก็ตาม นอกจากนี้ในช่วงระหว่างรับรังสีรักษา ซึ่งเป็นระยะสัปดาห์ที่ 2 ถึง 3 ของการรับรังสีรักษา เป็นระยะเวลาที่เกิดผลข้างเคียงจากรังสีมากที่สุด (ไพรัช เทพมงคล 2527:613) แม้ว่าผลข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นจะไม่รุนแรงมากจนต้องได้รับการดูแลพิเศษในโรงพยาบาล แต่อาการต่าง ๆ ที่เกิดส่วนใหญ่เป็นอาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระหว่างรับรังสีรักษาโดยตรง ดังนั้นแม้ผู้ป่วยดูแลตัวเองดีเพียงไรก็ตามก็ไม่สามารถลดอาการข้างเคียงเหล่านี้ให้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมได้

นอกจากนั้นการศึกษาครั้งนี่ยังมีข้อสังเกตที่น่าสนใจเกี่ยวกับผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการได้รับโอกาสในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา คือ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าความต้องการ แม้ว่าจะได้รายงานการได้รับข้อมูลจริงโดยส่วนรวมอันเกิดจากผลของการจัดกระทำของผู้วิจัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระบบบริการที่รีบเร่งและไม่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเพื่อการรักษาพยาบาลและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแบบแผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กล่าวคือผู้ป่วยในกลุ่มทดลองอาจมีความเครียด ความคับข้องใจ อันเกิดจากความไม่สอดคล้องของระบบบริการในสถานที่ศึกษากับระบบการพยาบาลที่ได้รับ มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจากระบบบริการเดิม หรืออีกประการหนึ่งก็คือ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามที่ผู้วิจัยได้วางแผนจัดกระทำในกลุ่มทดลอง เป็นระบบที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในสิทธิที่จะรับรู้สภาพของตน การรักษาที่ได้รับ และการดูแลตนเองที่พึงกระทำ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้จักการแสวงหาข้อมูลและต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจเพื่อการรักษาและดูแลตนเองมากขึ้น (vigilance) ซึ่งตามแนวความคิดของทฤษฎีภาวะเครียดที่โคเฮนและลาซารัส (Cohen & Lazarus, 1983 in Mechanic 1983 : 614-619) ได้สรุปไว้ว่ารูปแบบของการเผชิญปัญหาดังกล่าวนี้จะก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปฏิเสธ หรือไม่แสวงหาข้อมูล (avoidance) ถ้าหากระบบบริการสุขภาพไม่ได้สนับสนุนหรือส่งเสริมการใช้สิทธิของผู้ป่วยในการรับรู้สภาพของตนเอง การตัดสินใจในการรักษา และการดูแลตนเองอย่างเพียงพอแต่อย่างไรก็ตามรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มทดลองดังกล่าว ก็ก่อให้เกิดผลดีในระยะยาวคือทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญ

ผลของการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของรูปแบบการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นในเรื่องผลดีของการให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้วยวิธีต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การสอนและการสนับสนุนในรูปของการให้สุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมมาประยุกต์ (อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช, 2531) การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเอง (Dodd 1983 : 63-67) การให้ความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาในระยะต่างๆของการรักษา

(Israel & Mood 1982 : 57-63) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Johnson 1982 : 117-123; Johnson et al. 1988 : 46-57) และการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผน (ศรีนาล โอสถเสถียร, 2527) แม้ว่าในการวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวจะมีการวัดตัวแปรซึ่งเป็น ตระชนนี้บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการจัดกระทำที่แตกต่างกันไป ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (อุมาภรณ์ ไพบาลสุทธิเดช, 2531 ; Johnson 1982 : 117-123) ความเครียด (ศรีนาล โอสถเสถียร, 2527) การปรับตัว การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้ และการรับรู้ ความหมายในชีวิต (Johnson 1982 : 117-123 ; Johnson et al. 1988 : 46-57) ความร่วมมือในการรักษาและการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย (อุมาภรณ์ ไพบาลสุทธิเดช, 2531 ; ศรีนาล โอสถเสถียร, 2527)

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม และยังชี้ให้เห็นถึง ประโยชน์และแนวทางในการที่จะนำทฤษฎีการพยาบาลนี้มาประยุกต์ใช้สำหรับเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เพราะการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากพอ และ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก็มีความเท่าเทียมกันในเรื่องของอายุ การศึกษา สถานสมรส อาชีพ รายได้ ระยะของโรค ที่พักรักษาและปัญหาการเงิน แม้ว่า จะเก็บข้อมูลในเวลาต่างกันซึ่งล้วนมีส่วนช่วย เพิ่มความตรงภายในของการวิจัยครั้งนี้

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญซึ่งผู้วิจัยสรุปโดยจำแนกเป็นข้อจำกัดที่มีผลกระทบต่อ ความตรงภายในของการวิจัย และข้อจำกัดในการนำไปสรุปอ้างอิง ดังนี้

1. ข้อจำกัดที่มีผลกระทบต่อความตรงภายในของการวิจัย คือสถานการณ์ภายนอก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่างกัน กล่าวคือในช่วงที่เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมได้มีการฉาย วิทยุไอเทปเรื่องมะเร็งและการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโดยแผนกส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพโรงพยาบาล รามาธิบดี และในช่วงที่เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองได้มีแพทย์ใหม่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยรังสีรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ 1 คน รวมทั้งได้มีการนำเอาการฝังแร่ด้วยรังสีปริมาณสูง (High dose radiotherapy) และมีการเปลี่ยนแผนการรักษาโดยการฉายรังสีต่ออวัยวะหลังการฝังแร่มากขึ้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์ ภายนอกต่างกัน

2. ข้อจำกัดในการนำผลสรุปไปอ้างอิงถึงผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาโดยทั่วไป เพราะการศึกษาครั้งนี้เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่วางไว้ และยังเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยใหญ่ จึงทำให้ไม่สามารถที่จะสรุปอ้างอิงได้ว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ได้วางแผนตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมนี้มีผลต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาทุกคน ทุกสถานที่ และทุกช่วงเวลา แต่อย่างไรก็ตามจากการที่ผลการวิจัยครั้งนี้ได้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้บางส่วน ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่ศึกษาในสถานที่ และชนิดของโรคมะเร็งแตกต่างกัน จึงทำให้เชื่อถือได้มากขึ้นว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่นำมาศึกษานี้มีส่วนช่วยให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาชนิดอื่น หรือแม้แต่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีรักษา ซึ่งจะเกิดการข้างเคียงจากผลของการรักษาคล้ายๆกับรังสีรักษา

## สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ได้วางแผนตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป รับรังสีเพื่อการรักษาไม่ใช่บรรเทาอาการ และเป็นผู้ป่วยนอกที่มาได้รับการรักษาด้วยรังสีที่หน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2532 ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2533 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วจัดดำเนินการไปที่ละกลุ่ม โดยเริ่มจากกลุ่มควบคุมแล้วตามด้วยกลุ่มทดลอง

เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกข้อมูลทางการแพทย์และการรักษา ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามบรรณานุกรมคุณภาพชีวิตและแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนรับรังสีรักษา แล้วให้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลอีก 2 ครั้งคือ ระหว่างรับรังสีรักษาให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามบรรณานุกรมคุณภาพชีวิตอย่างเดียว ส่วนในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามบรรณานุกรมคุณภาพชีวิตและแบบสอบถามการได้รับข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .03 ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมที่ว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลตนเองจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา นอกจากนี้รูปแบบการสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียงที่ครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 3 ตอนที่แตกต่างกันตามสถานการณ์การรับรังสีรักษาของผู้ป่วย อันได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับรังสีรักษา การดูแลตนเองระหว่างและภายหลังรับรังสีรักษา รูปแบบการ

ชี้แนะและสนับสนุนตามความพร่องในการดูแลตนเองที่ได้มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่สามารถนำมาปฏิบัติได้ และก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาล กล่าวคือช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อีกทั้งเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะให้มีการนำความรู้จากการวิจัยครั้งนี้มาประยุกต์ใช้ในทางคลินิก การศึกษา และการวิจัย โดยมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. **ทางคลินิก** ควรจัดให้มีการเพิ่มพูนความรู้ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมแก่พยาบาลผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และกระตุ้นให้มีการนำทฤษฎีนี้ไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการพยายามจัดระบบบริการที่มีอยู่ให้สอดคล้องกับระบบการพยาบาลตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม
2. **ทางการศึกษา** ควรจัดให้มีการเรียนการสอนในทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ทั้งในหลักสูตรปริญญาตรีและปริญญาโทอย่างกว้างขวาง โดยมีเป้าหมายในแต่ละระดับแตกต่างกัน เช่น ในหลักสูตรปริญญาตรีอาจจะให้เรียนรู้พื้นฐานของทฤษฎีและแนวทางการนำไปใช้ และหลักสูตรปริญญาโทอาจจะให้เรียนรู้และฝึกทักษะการนำทฤษฎีไปใช้ในทางคลินิก เพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีระบบ แบบแผน ก่อให้เกิดการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
3. **ทางการวิจัย** ควรจัดให้มีการเผยแพร่ผลงานหรือรูปแบบการวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมในผู้ป่วยมะเร็งอย่างกว้างขวาง เพื่อให้มีการดำเนินการวิจัยเพื่อทดสอบทฤษฎี หรือการนำทฤษฎีไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยทำนองเดียวกันนี้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีรักษา ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตทำนองเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อสามารถนำผลการทดสอบทฤษฎีนี้ไปสรุปอ้างอิงได้กว้างขวางขึ้น
2. ควรมีการจัดรูปแบบการวิจัยเป็นแบบทดลอง (experimental design) ถ้าสามารถกระทำได้ โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (random assignment) และเก็บข้อมูลในทั้งสองกลุ่มพร้อมกัน เพื่อเพิ่มความตรงภายในของการวิจัยให้มากขึ้น
3. ควรมีการวัดตัวแปรตามของการวิจัยในรูปแบบทำนองเดียวกันนี้ให้มากขึ้น และอาจวัดตัวแปรหลาย ๆ ตัวนอกเหนือจากคุณภาพชีวิต ได้แก่ การดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร่อง

ในการดูแลตนเองความพึงพอใจในการบริการ เป็นต้น ฯลฯ เพื่อสามารถประเมินประสิทธิภาพของผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมได้ถูกต้องตรงกับเป้าหมายของการพยาบาลและครอบคลุมมากขึ้น



## บรรณานุกรม

- กองสถิติสาธารณสุข, กอง. เอกสารเผยแพร่จำนวนตายด้วยสาเหตุที่สำคัญกับอัตรา (ต่อประชากรแสนคน). กรุงเทพมหานคร. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2530.
- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. สุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
- จินตนา ตั้งวรวงศ์ชัย. เปรียบเทียบความรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียง กับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- นิภา ชุตินันท์ชัย. ปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษา เฉพาะในโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.
- ไพรัช เทนมงคล. ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ : เมดิคัลมีเดีย, 2524.
- \_\_\_\_\_ . เรามาป้องกันโรคมะเร็งกันเถอะ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2527.
- วางทอง ไกรนิบูลย์. "อารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง." วารสารโรคมะเร็ง. 5 (มิถุนายน 2522) : 167-172.
- \_\_\_\_\_ . "หลักของรังสีรักษา : Basic principle of radiation therapy." มะเร็งวิทยานรีเวชรามาริบัติ, หน้า 331-356. สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ, กรุงเทพมหานคร : ห.จ.ก. ก.การพิมพ์, 2531.
- \_\_\_\_\_ . "แนวทางการรักษาของรังสีรักษาในมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี : Outline of radiotherapy in Gynecologic Oncology." มะเร็งนรีเวชรามาริบัติ, หน้า 373-400. สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ, กรุงเทพมหานคร : ห.จ.ก. ก.การพิมพ์, 2531.
- วนิดา ดันติสุนทร. ปัญหาด้านอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมศึกษาเฉพาะกรณีของโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.

- ศรีนวล โอสถเสถียร. ผลการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียดและความร่วมมือก่อนเข้ารับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. กรุงเทพฯ : โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถาบัน. รายงานประจำปี 2525. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์, 2528.
- อุทุมพร จามรมาน. "คุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร." รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
- อนุรีย์ ต้นสกุล. "เจตคติและสภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อรังสีรักษา." สารศิริราช. 31 (พฤษภาคม 2522) : 703-713.
- อุมาภรณ์ ไผศาลสุทธิเดช. ผลการให้สุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมชาติมาประยุกต์ต่อการลดระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และเพิ่มการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ความร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- Anayis, D. Concepts of Oncology Nursing. London : Prentice Hall International, 1981.
- Beland, I.L. & Passos, J.Y. Clinical Nursing Pathophysiological and Psychological Approach. 4th.ed. New York : Macmillan Publishing, 1981.
- Benner, P. "Quality of Life : A Phenomenological Perspective on Explanation, Prediction, and Understanding in Nursing Science." Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 1-14.
- Benoliel, J.G. "Epilogue : Nursing Practice and the Quality of Life." In Issues and Topics in Cancer Nursing. p. 263-272 Edited by Mc Cokle, R.& Hongladerom, G. Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1986.
- Bess, C.J. & Baer, C.I. The Patient with End Stage Renal Disease. 2nd.ed. New York : John Willey & Sons, 1984.

- Burckhardt, C.S. "The Impact of Arthritis on Quality of Life. Nursing Research. 34 (1985) : 11-16.
- Burns, N. Nursing and Cancer. Philadelphia : W.B. Saunders, 1982.
- Cella, D.F. & Cherin, E.A. "Measuring Quality of Life in Patients with Cancer." American Cancer Society : Proceeding of The Fifth National Conference on Human Values & Cancer. San Francisco : American Cancer Society, 1987.
- Cohen , F. & Lazarus , R.S. " Coping and Adaptation in Health and Illness." In Handbook of Health , Health Care , and The Health Profession. p. 608-628 Edited by Mechanic , D. New York : Free Press , 1983
- Dodd, M.J. "Assessing Patient Self-Care for Side Effects of Cancer Chemotherapy-Part I." Cancer Nursing. 5 (December 1982) : 447-451.
- \_\_\_\_\_. Self-Care for Side effects in Cancer Chemotherapy : An Assessment of Nursing Intervention-Part II." Cancer Nursing 6 (February 1983) : 63-67.
- \_\_\_\_\_. "Measuring Informational Intervention for Chemotherapy Knowledge and Self-Care Behavior." Research in Nursing and Health. 7 (1984) : 43-50.
- \_\_\_\_\_. "Patterns of Self Care in Cancer Patients Receiving Radiation Therapy." Oncology of Nursing Forum. 11 (May/June 1984) : 23-27.
- Dudas, S. & Carlson, C.E. "Cancer Rehabilitation." Oncology Nursing Forum. 15(1988) : 183-188.
- Eardley, A. "What do radiotherapy patients want to know? The Results of Survey." Radiography. 49 (May 1983) : 122-124.
- Fersler, J. "A Comparison of Patient and Nurse Perceptions of Patients, Self-Care Deficits Associated with Cancer Chemotherapy." Cancer Nursing. 9 (1986) : 50-57.

- Ferrans, C.E. & Powers, M.J. "Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties." Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 15-24.
- Flanagan, J.C. "Measurement of Quality of Life : Current State of The Art." Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 63 (1982) : 56-59.
- Gluchsberg, H. and Singer, J.W. Cancer Care : a Personal Guide. Baltimore : The John Hopkin University Press, 1980.
- Graham, K. & Longman, Y. "Quality of life and persons with melanoma." Cancer Nursing. 10(1987) : 338-346.
- Hanucharurnkul, S. Social Support, Self Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. Doctoral Dissertation in Nursing. Graduate School. Wayne State University, 1988.
- Haylock, P.J. & Hart, L.K. "Fatigue in Patients Receiving Localized Radiation." Cancer Nursing. 2 (December 1979) : 461-467.
- Hermanek, P. & Sobin, L.H. TNM : Classification of Malignant Tumours. New York : UICC International Union Against Cancer, 1987.
- Hilderley, L. "Skin Care in Radiation Therapy." Oncology Nursing Forum. 10 (1983) : 51-56.
- Holmes, S. "Use of a Modified Symptom Distress Scall in Assessment of The Cancer Patient." International Journal of Nursing Studies. 26 (1989) : 69 - 79.
- Holmes, S. & Dickerson, J. "The Quality of Life : Design and Evaluation of a Self-Assessment Instrument for Use with Cancer Patients." International Journal of Nursing Studies. 24 (March 1987) 15-24.
- Israel, M.J. & Mood, D.W. "Three Media Presentations for Patients Receiving Radiation Therapy." Cancer Nursing. 5 (Febuary 1982) : 57-63.

- Jackle, M.J. "Life Satisfaction and Kidney Dialysis." Nursing Forum. 13 (1974) : 360-370.
- Johnson, J. "The effects of a patient education course on persons with a chronic illness." Cancer Nursing. 5(April 1982) : 117-123.
- Johnson, J.E. & Leventhal, H. "Effects of Accurate Expectations and Behavioral Instructions on Reactions During A Noxious Medical Examination." Journal of Personality and Social Psychology. 29 (May 1974) : 710-718.
- Johnson, J.E. , et al. "Reducing the negative impact of Radiation therapy on functional status." Cancer. 61 (January 1988) : 46-51.
- Karani, D. & Wiltshaw, E. "How Well Informed?. Cancer Nursing. 9 (1986) : 238-242.
- Knippenberg, F.C, et al. "The Quality of Life of Cancer Patient : A Review of the Literature." Social Science Medicine. 20 (1985) : 809-817.
- Knox, L.S. "Nutrition and Cancer." Nursing Clinics of North America. 18 (1983) : 97-109.
- Kottke, F.J. "Philosophic Consideration of Quality of Life for Disabled." Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 63 (1982) : 60.
- Kubricht, D.W. "Therapeutic Self-Care Demands Expressed by Outpatients Receiving External Radiation Therapy." Cancer Nursing. 7 (February 1984) : 43-52.
- Lewis, F. "Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients." Nursing Research. 31(1982) : 113-119.
- Linde, B.J. & Janz, N.M. "Effect of teaching program on knowledge and compliance of cardiac patients." Nursing Research. 28(September-October 1979) : 282-286.

- Lum, Jean L.T., et al. "Nursing Care of Oncology Patients Receiving Chemotherapy." Nursing Research. 27 (November-December 1978) : 340-351.
- Marrow, C.P. & Townsend, D.E. Synosis of Gynecologic Oncology. 3rd. ed. New York. John Wiley & Sons Inc. , 1987.
- McCaffrey, D.W. "Cancer, Anxiety , and Quality of Life." Cancer Nursing. 8 (June 1985) : 151-158.
- Moss, W.T., et al. "Response to Normal Skin to Irradiation. Radiation Oncology. 5th. ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Co., 1979.
- Northouse, L.L. "Social Support in patients and husbands' adjustment to breast cancer." Nursing Research. 37(March/April 1988) : 91-95.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 3rd. ed. New York : McGraw-Hill Book Co., 1985.
- Padilla, G.V., et al. "Quality of Life Index for Patients with Cancer. Research in Nursing and Health. 6 (1983) : 117-126.
- Padilla, G.V. & Grant, M.M. "Quality of Life as a Cancer Nursing Outcome Variables. Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 45-47.
- Peck, A. "Emotional Reactions to Having Cancer." American Journal of Roentgenology. 114 (March 1972) : 592.
- Penckofer, S.H. & Holm, K. "Early Appraisal of Coronary revascularization on Quality of Life. Nursing Research. 33 (1984) : 60-63.
- Perez, C.A., et al. "Radiation Therapy Alone in The Treatment of Carcinoma of The Uterine Cervix : Analysis of Complication." Cancer. 54 (1984) : 235-246.
- Polit, D.& Hungler, B. Nursing Research Principle and Method. 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1987.
- Rainey, L.C. "Effects of Preparatory Patient Education for Radiation Oncology Patients." Cancer. 56 (September 1985) : 1056-1061.

- Ramathibodi Cancer Registry. Annual Report 1986 ; 1987. Bangkok : Medical Media Co.,Ltd., 1987;1988.
- Rosenbaum, E.H. "Daily Nutritional Care For Cancer Patients." Nutrition and Cancer Etiology and Treatment. New York : Raven Press, 1981.
- Saunders, J.M. & Mc.Corkle, R. "Models of Care for Persons with Progressive Cancer." Nursing Clinics of North America. 20 (June 1985) : 356-377.
- Schwade, J.G. & Lichter, A.S. "Management of Acute Effects of Radiation Therapy." Principles of Cancer Treatment. New York : McGraw-Hill Book Co., 1982.
- Selby, P. & Robertson, B. "Measurement of quality of life in patients with cancer." Cancer Survey. 6 (1987) : 522-541.
- Smith, J.P. "Management of Bowel and Bladder Complication from Radiation to Pelvis and Abdomen." Textbook of Radiotherapy. Philadelphia : Lea & Fibarger, 1980.
- Souhami, R. and Tobias, J. Cancer and its management. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1986.
- Synder, C.C. Oncology Nursing. Boston : Brown and Company, 1985.
- Tebbi, et al. "The role of social support systems in adolescent cancer amputees." Cancer. 56(August 1985). 965-971.
- Thromson, L. "Side Effects of Radiotherapy." Nursing Times. 76 (May 1980) : 877-881.
- Walson, J.E. Medical Surgical Nursing and Related Physiology. 2 nd.ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1979.
- Walter, G.S., et al. "Measuring the Quality of Life of Cancer Patients." Journal of Chronic Disease. 34 (1981) : 585-596.

- Willish, D. et al. "Evaluation of Psychosocial Problem of the Homebound Cancer patient : I Methodology and Problem Frequencies." Psychosomatic Medicine. 45 (March 1983) : 16-20.
- Willson, J.R. "Benign and Malignant disease of cervix." Obstetrics and Gynecology. p. 627-648. Edited by William J. Ledger et. al. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1987.
- Wood-Dauphinee, S. & Williams, J.I. "Reintegration to Normal Living As a Proxy to Quality of Life." Journal of Chronic Disease. 40 (1987) : 491-449.
- Wynn, R.M. Obstetric and Gynecology : The Clinical Care. Philadelphia : Lea & Febiger, 1988.
- Yasko, J.M. "Care of the Patients Receiving Radiation Therapy." Nursing Clinics of North America. 17 (December 1982) : 631-638.
- Young, K.J. & Longman, A.J. "Quality of Life and Persons with Melanoma : a Pilot Study." Cancer Nursing. 6 (June 1983) : 219-225.
- \_\_\_\_\_. "Quality of Life and Persons with melanoma." Cancer Nursing. 10 (1987) : 338-346.



ภาคผนวก ก.

### การนิเทศสิทธิของผู้ป่วย

การนิเทศสิทธิของผู้ป่วย ในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองให้ผู้ป่วยรู้จัก บอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนสิทธิของผู้ป่วย ที่จะไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

"สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ แสงอรุณ สุขเกษม เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จะทำการวิจัยเพื่อทดสอบผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยจะให้คำตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในระหว่างตอบแบบสอบถาม คุณสามารถเลิกตอบแบบสอบถามได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ที่คุณจะได้รับแต่ประการใด"

**ภาคผนวก ข.**  
**แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

ผู้ปวยคนที่.....

HN.....

วันที่....เดือน.....พ.ศ.253....

เวลา.....น. ถึง.....น.

---

---

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย O (วงกลม) ล้อมรอบหัวข้อหรือ  
เติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ
  - 1) หญิง
  - 2) ชาย
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
  - 1) โสด
  - 2) คู่
  - 3) หม้าย หย่า แยก
4. ศาสนา
  - 1) พุทธ
  - 2) อื่น ๆ โปรดระบุ
5. กุณิสาเนา จังหวัดที่เกิด.....  
จังหวัดที่อยู่ประจำ.....

## 6. ที่อยู่ขณะรับรางวัลรักษา

- 1) บ้านตนเอง
- 2) บ้านลูก
- 3) บ้านญาติ
- 4) บ้านคนรู้จักหรือเพื่อนฝูง
- 5) บ้านพักรังสี
- 6) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

## 7. ระดับการศึกษา

- 1) ไม่ได้เรียน
- 2) ประถมศึกษา
- 3) มัธยมศึกษา
- 4) ประกาศนียบัตร
- 5) ปริญญาตรี
- 6) สูงกว่าปริญญาตรี
- 7) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

## 8. จำนวนปีที่เรียนหนังสือ.....ปี

## 9. อาชีพ

- 1) งานวิชาชีพและวิชาการ
- 2) งานบริหาร
- 3) งานเสมียน
- 4) ค้าขาย ระบุ.....
- 5) เกษตรกรรม ประมง ป่าไม้ เหมืองแร่
- 6) งานขนส่ง
- 7) ช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในขบวนการผลิตหรือกรรมกร
- 8) ผู้ปฏิบัติงาน บริหารการกีฬาและการละเล่นต่าง ๆ
- 9) คนงานที่มีได้จำแนกไว้ในหมวดอื่น ๆ

10. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท
- 2) 2,001-4,000 บาท
- 3) 4,001-8,000 บาท
- 4) 6,001-8,000 บาท
- 5) 8,001-10,000 บาท
- 6) 10,000-12,000 บาท
- 7) 12,001-14,000 บาท
- 8) 14,001-16,000 บาท
- 9) 16,001-18,000 บาท
- 10) 18,001-20,000 บาท
- 11) ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป

11. วิธีการเสียค่ารักษาพยาบาล

- 1) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้
- 2) เสียค่ารักษาเอง
- 3) สังคมสงเคราะห์
- 4) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

12. ความเจ็บป่วยและการรักษาครั้งนี้นำให้เกิดปัญหาเรื่องการเงินในครอบครัว ท่านมีปัญหาระยะ  
การเงินมากน้อยเพียงใด

- 1) ไม่มีเลย
- 2) มีบ้างเล็กน้อย
- 3) มีปานกลาง
- 4) มีมาก

13. ท่านมีบุตร.....คน

14. ท่านมีโรคประจำตัวอย่างอื่นหรือไม่

- 1) มี โปรดระบุ.....
- 2) ไม่มี

**ภาคผนวก ค.**  
**แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา**

ผู้ป่วยคนที่.....

HN.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.253...

1. ตำแหน่งของมะเร็ง.....

2. ระยะของมะเร็งปากมดลูก

๐	1		2		3		4	
	1a	1b	2a	2b	3a	3b	4a	4b

3. ชนิดของการรักษา

- 1) รังสีรักษา
- 2) รังสีรักษาภายหลังผ่าตัด
- 3) รังสีรักษาร่วมกับเคมีรักษา
- 4) รังสีรักษาภายหลังเคมีรักษา
- 5) รังสีรักษาภายหลังผ่าตัด
- 6) อื่นโปรดระบุ.....

4. ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการข้างเคียง หลังจากได้รับรังสีรักษาครั้งที่.....

5. อาการข้างเคียง

ชนิดของอาการ ข้างเคียงที่เกิดขึ้น	วันที่ เกิด	ความรุนแรง			การรักษาของแพทย์		วิธีการรักษา	ภาวะหยุดยาลายรังสี	
		เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	ต้องรักษา (1)	ไม่ต้องรักษา (2)		ต้องหยุด (1)	ไม่ต้องหยุด (2)
1) ผิวหนัง 2) ผมหรือขนร่วง 3) เจ็บในปากและ/หรือคอ 4) เสียงแสบ 5) เบื่ออาหาร 6) คลื่นไส้ 7) อ่อนเพลีย 8) ซีด 9) ติดเชื้อ 10) กล้ามเนื้อปวกดีง 11) ท้องเสีย 12) ถ่ายได้สภาวะบ่อยและ/ หรือกระปริบกระปรอย 13) เป็นแผลที่ง่ามกัน 14) อื่น ๆ ระบุ.....									

6. หยดน้ำรังสีจากเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากอาการข้างเคียง

1) มี.....ครั้ง

2) ไม่มี

7. การตอบสนองต่อการรักษาของแพทย์

1) ดี

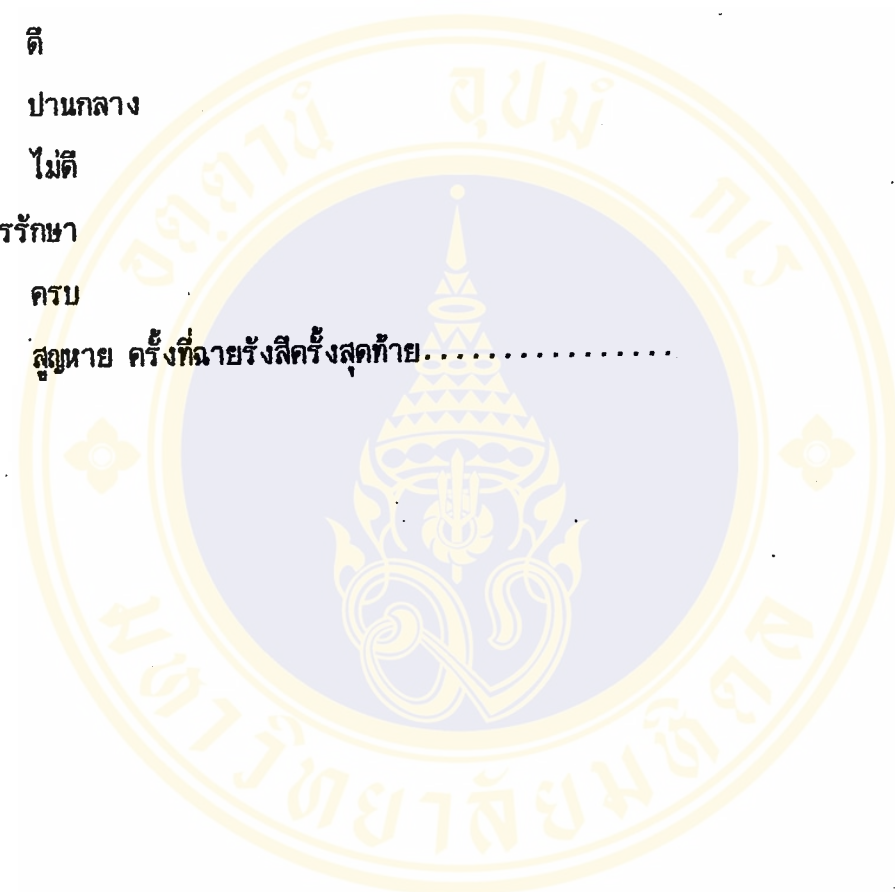
2) ปานกลาง

3) ไม่ดี

8. การรักษา

1) ครบ

2) สิ้นสุด ครั้งสุดท้ายที่ฉายรังสีครั้งสุดท้าย.....



ภาคผนวก ง.

ตัวอย่างการวัดคุณภาพชีวิต

(Quality of life Index)

ผู้ป่วยคนที่.....

No.....

H.N.....

วันที่...เดือน.....พ.ศ.....

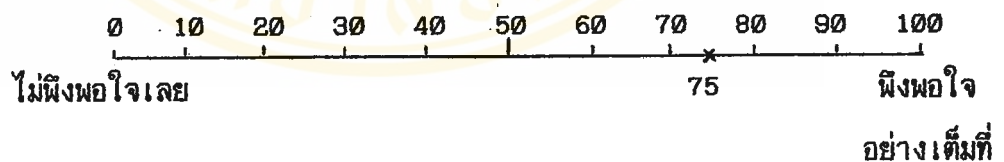
เวลา.....

แต่ละข้อต่อไปนี้ เป็นคำบรรยายถึงคุณภาพชีวิตของท่านในขณะนี้ (ในช่วงอาทิตย์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน) ความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อ จะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความทางด้านขวามือ ข้อความที่จุดเริ่มต้นและจุดสุดท้ายของเส้นตรงที่อยู่ทางขวามือ และขีดลงบนเส้นตรง (X) ตรงจุดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านในข้อนั้นจริง ๆ

ตัวอย่าง

ท่านพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล

นี้เพียงใด



เครื่องหมายกากบาทที่จุดนี้แสดงว่าผู้ตอบค่อนข้างจะพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล แต่ไม่ถึงกับ 100 คะแนน แสดงว่าผู้ตอบมีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลนี้ 75 คะแนน

ไม่ว่าท่านจะกากบาทที่ตำแหน่งใด ไม่มีตำแหน่งที่ถูกผิดหรือดีเลว เพราะเป็นความรู้สึกต่อคุณภาพชีวิตของท่านในข้อนั้น ๆ ตำแหน่งที่ถูกมีเพียงตำแหน่งเดียวคือตำแหน่งที่ท่านกากบาทตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ

1. ท่านมีกำลังวังชา มากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่มีเลย

มีเต็มที่

2. ท่านนอนหลับได้เพียงพอ มากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่เพียงพอ

เพียงพอ

เลย

เต็มที่

3. ท่านอ่อนเพลียมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่อ่อนเพลีย

อ่อนเพลีย

เลย

มาก

4. ท่านกังวลกับความเจ็บป่วย ครั้งนี้มากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่กังวล

กังวล

เลย

มาก

5. สุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไร

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



สุขภาพไม่ดี

สุขภาพ

เลย

ดีมาก

6. ในระหว่างเจ็บป่วยและรับการรักษาคั้งนี้ ท่านได้พักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



ไม่มี

มีอย่าง

เลย

เต็มที่

ภาคผนวก จ.

ตัวอย่างแบบสอบถามความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ผู้ป่วยคนที่.....

HN.....

วันที่....เดือน.....พ.ศ. 253....

ต่อไปนี้จะถามถึงความต้องการความรู้และคำแนะนำ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของท่าน โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ

ความต้องการ	ไม่ต้องการเลย	ต้องการเล็กน้อย	ต้องการปานกลาง	ต้องการเป็นอย่างมาก
1. ก่อนเริ่มฉายรังสีท่านต้องการความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษามากน้อยเพียงใด?				
2. เวลาแพทย์ พยาบาลตรวจหรือทำอะไรกับตัวท่าน ท่านต้องการถามมากน้อยเพียงใด?				
3. ท่านต้องการมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของท่านมากน้อยเพียงใด				

ความต้องการ	ไม่ต้องการ เลย	ต้องการ เล็กน้อย	ต้องการ ปานกลาง	ต้องการ เป็น อย่างมาก
4. ท่านต้องการคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อรับการฉายรังสีมากน้อยเพียงไร?				
5. ท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด?				
6. ท่านต้องการไต่ถามเกี่ยวกับผลการตรวจต่าง ๆ เช่น เลือด เอกซเรย์ หรือการตรวจของแพทย์มากน้อยเพียงใด?				
7. ท่านต้องการบอกเล่าถึงความรู้สึกของท่าน ให้แพทย์หรือพยาบาลทราบมากน้อยเพียงใด?				
8. ท่านต้องการเลือก วันเวลา ที่จะพบแพทย์มากน้อยเพียงใด?				
9. ท่านต้องการเลือกเวลาที่จะฉายรังสีมากน้อยเพียงใด? เพียงใด?				

ความต้องการ	ไม่ต้องการ เลย	ต้องการ เล็กน้อย	ต้องการ ปานกลาง	ต้องการเป็น อย่างมาก
10. ท่านต้องการถามเกี่ยวกับอาการ ข้างเคียงของรังสีรักษามากน้อย เพียงใด?				

ภาคผนวก ฉ.

ตัวอย่างแบบสอบถามการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ผู้ป่วยคนที่.....

HN.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 253....

ต่อไปนี้จะถามถึงความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ท่านได้รับจริง จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหน่วยรังสีรักษา โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ

การได้รับ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เป็นอย่างมาก
1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา มากน้อยเพียงใด				
2. เวลาแพทย์ พยาบาลตรวจหรือ กระทำอะไรกับตัวท่าน ท่านได้ ไต่ถามมากน้อยเพียงใด?				
3. ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการรักษาพยาบาลของท่าน มากน้อยเพียงใด?				

การได้รับ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เป็นอย่างมาก
4. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อรับการฉายรังสีมากนัก้อยเพียงใด?				
5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านมากนัก้อยเพียงใด?				
6. ท่านได้ไต่ถามเกี่ยวกับผลการตรวจต่าง ๆ เช่น เลือด เอกซเรย์ หรือการตรวจของแพทย์มากนัก้อยเพียงใด?				
7. ท่านได้บอกเล่าถึงความรู้สึกของท่านให้แพทย์หรือพยาบาลทราบมากนัก้อยเพียงใด?				
8. ท่านได้มีโอกาสเลือก วัน เวลา ที่จะพบแพทย์ มากน้อยเพียงใด?				
9. ท่านได้มีโอกาสเลือกเวลาที่จะฉายรังสีมากนัก้อยเพียงใด?				

การได้รับ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เป็นอย่างมาก
10. ท่านได้ถามเกี่ยวกับอาการ ข้างเคียงของรังสีรักษามากน้อย เพียงใด?				



**ภาคผนวก ๑.**  
**แบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา**

ผู้ป่วยคนที่.....ชื่อ.....นามสกุล.....

H.N.....

วันที่.....

Ideal set of action	Meet Req	ไม่ Meet Req	Self Care Limitation	Nsg Actions
1. USCR				
1.1 การรับประทานอาหาร.....				
1.2 การดื่มน้ำ.....				
1.3 การอยู่คนเดียว และ มีปฏิสัมพันธ์.....				
1.4 การป้องกันอันตราย				
ก) ขบวนการฉายรังสี.....				
ข) การติดเชื้อ.....				
2. HDSCR				
2.1 การแสวงหาความรู้และ ข้อมูลเกี่ยวกับการฉาย รังสี และผลข้างเคียง.....				
2.2 ปรับผลข้างเคียง				
ก) อารมณ์.....				
ข) อ่อนเพลีย.....				
ค) ผิวหนัง.....				
ง) ผมร่วง.....				
จ) เบื่ออาหาร.....				
ฉ) คลื่นไส้.....				
ช) ปากและฟัน.....				
ซ) ระบบสืบพันธุ์.....				
ฌ) ระบบบัสสาวะ.....				
ฎ) ท้องเสีย.....				

Ideal set of	Meet Req	ไม่ Meet Req	Self Care Limitation	Nsg Actions
2.3 แสวงหาข้อมูลในการ ติดตามรักษา.....	.....	.....	.....	.....
2.4 การปรับทัศนคติ.....	.....	.....	.....	.....



**ภาคผนวกฯ -  
ผลการทดลองจากการวิจัย**

**จำนวนความพร้อมในการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง**

สัปดาห์ที่	จำนวนความพร้อมในการดูแลตนเอง
1	61
2	62
3	48
4	47
5	39
6	28
7	15

**ชนิดของความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง**

ความต้องการการดูแลตนเอง	ความถี่
1. การรับประทานอาหาร	53
2. การควบคุมอาการ เบื่ออาหาร	45
3. การควบคุมอาการอ่อนเพลีย	33
4. การควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน	32
5. การควบคุมอาการท้องเสีย	30
6. การดื่มน้ำ	24
7. การควบคุมอาการทางอวัยวะสืบพันธุ์	18
8. การควบคุมอาการทางผิวหนัง	12
9. การควบคุมอารมณ์	10
10. การปรับอึดใจในท่อน	7



## วิธีการช่วยเหลือในฝ่ายกลุ่มทดลอง

วิธีการ	ความถี่
1. การกระทำให้	3
2. การสอน	45
3. การชี้แนะ	191
4. การสนับสนุน	156
5. การจัดสิ่งแวดล้อม	103

