



ผลของการใช้ระบบการพยาบาลระดับสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

The Effect of Supportive - Educative Nursing System
on Uncertainty in Illness in Cervical Cancer Patients
Receiving Radiation Therapy

ภานุชนาการ

จาก

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2533

ISBN 974-586-873-6

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

20286

วิทยานิพนธ์

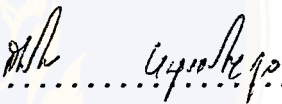
เรื่อง

ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดแบบสอนและให้ความรู้
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา



ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล

ผู้วิจัย



สมจิต หนเจริญกุล, วท. บ., M.S., Ph.D.

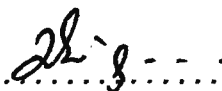
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



นางทอง ไกรพิบูลย์, พ.บ., ว.ว., รังสีรักษา

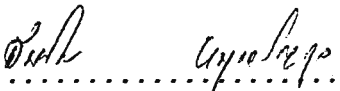
และ เวชศาสตร์นิวเคลียร์

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย



สมจิต หนเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 17 กรกฎาคม 2533



ทิพาพร วงศ์ทองกุล

ผู้วิจัย



สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



พวงทอง ไกรพิบูลย์, พ.บ., ว.ว., รังสีรักษา

และเวชศาสตร์นิวเคลียร์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มนตรี จุฬสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล



อรรถกิติ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,

F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล
วัน เดือน ปีเกิด 2 เมษายน 2505
สถานที่เกิด จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) เกียรตินิยมอันดับ 1
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2523-2527.
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล)
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2531-2533.
ทุนอุดหนุนการศึกษา ทุนอุดหนุนการศึกษาตามโครงการผลิตและพัฒนาอาจารย์
2531-2533.
ทุนวิจัย สภาวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการการสภာวิจัยแห่งชาติ และ
ทุนอุดหนุนวิจัยรายได้คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
2532-2533.
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน อาจารย์ 3 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จในงานวิจัยครั้งนี้เกิดจากความช่วยเหลือหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.สมจิต หนูเจริญกุลและ รศ.พญ.พวงทอง ไกรนิบุลย์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น แก่ไขข้อบกพร่องและแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยแสวงหาประสบการณ์ในการทำวิจัยเต็มรูปแบบ กราบขอบพระคุณ ศ.นพ. ลันต์ หัตถิรัตน์ และ อาจารย์สมบัติ ตาปัญญา ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องตามภาษาของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และ อาจารย์ คัคคีรัตน์ เทวธีระรัตน์ ผู้เชี่ยวชาญทางโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่ชี้แนะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผ.ศ.ประคอง อินทรสมบัติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ คณะอาจารย์ทุกท่านที่สนับสนุนให้กำลังใจมาโดยตลอด ขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โครงการบัณฑิตศึกษาทุกท่าน เจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา ภาควิชารังสีวิทยา และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณาลันต์ และคุณดาวเรือง วงศ์หงษ์กุล บิดาและมารดาซึ่งให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนและให้กำลังใจเสมอมา ขอบพระคุณ พี่ น้อง และเพื่อนนักศึกษาที่ได้ให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการสภานโยบายแห่งชาติ และ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ทุนอุดหนุนในการวิจัยครั้งนี้

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล

ชื่อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็ง
ปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา

ទំព័រ ១២

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล

ปริญญญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมาการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

สมจิต หนุเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

นางทอง ไกรนิบลย์, พ.บ.,ว.ว.,รังสีรักษาและ

เวชศาสตร์นิวเคลียร์

วันที่สำเร็จการศึกษา

17 กรกฎาคม พ.ศ. 2533

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษาในช่วงกรกฎาคม 2532 ถึงมิถุนายน 2533 ที่หน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์จำนวน 74 ราย ผู้ป่วย 37 คนแรกซึ่งได้รับการรักษาในช่วงกรกฎาคม ถึงธันวาคม 2532 ถูกจัดเป็นกลุ่มควบคุม ส่วนผู้ป่วยอีก 37 คนที่ได้รับการรักษาช่วงเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2533 ถูกจัดเป็นกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองนอกจากจะได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว ยังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแบบของโอเร็ม

ทั้งสองกลุ่มจะมีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3 ครั้ง คือก่อนฉายรังสี หลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15 และระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดการรังสีรักษา ใช้เครื่องมือ

ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งผู้วิจัยแปลมาจากแบบประเมินของมิเชลล์ (Mishel 1982) นอกจากนั้นยังมีการประเมินความต้องการข้อมูลก่อนฉายรังสี และประเมินการได้รับข้อมูลจริงในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา โดยใช้เครื่องมือประเมินความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริงของมูด (Mood 1985)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15 ($p < .001$) และในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนของการได้รับข้อมูลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างความต้องการข้อมูลกับข้อมูลที่ได้รับจริง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ผู้วิจัยได้เสนอข้อจำกัดของการศึกษา การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยครั้งต่อไป และการศึกษาพยาบาล

Thesis Title The Effect of Supportive-Educative Nursing
System on Uncertainty in illness in
Cervical Cancer Patients Receiving
Radiation Therapy.

Name Tipaporn Wonghongkul

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

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

Puangtong Kraiphibul, M.D., Cert. of
Proficiency (Radiotherapy and Nuclear
Medicine)

Date of Graduation 17 July B.E. 2533 (1990)

ABSTRACT

This quasi-experimental research was designed to determine the effect of supportive - educative nursing system on uncertainty in illness, based on Mishel 's theory of uncertainty in illness and Orem's theory of nursing system. Purposive sampling was used to select 74 cervical cancer patients receiving radiation therapy at Ramathibodi Hospital Mahidol University Thailand . The first 37 patients who received radiation treatment between July to December 1989 was assigned into the control group and the later 37 patients who received the treatment between January to June 1990 were assigned into 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 intervention program provided by the investigator. The uncertainty in illness was measured by The Mishel Uncertainty In Illness Scale (MUIS ; 1982) at 3 times; before the first and after the fifteenth dose of treatment, and two days before the treatment ended. Furthermore, information needed and received were assessed by the instrument developed by Mood (1985) before the treatment and at the last dose of treatment, respectively.

The results of the study indicated that subjects who received supportive-educative nursing system reported a significantly lower mean scores on uncertainty in illness than did for subjects who received usual care after the fifteenth dose of radiotherapy and at two days before the treatment ended. (all $p < .001$) Furthermore, the experimental group had significantly higher mean scores on information received than did for the control group. ($p < .001$) The patients in the experimental group had significantly lower mean scores of the difference between information needed and received than for the control group. ($p < .001$)

These findings support the value of combining the application of Mishel's Theory of uncertainty in illness and Orem's nursing system theory in clinical practice. Limitation of the study, application of the finding in practice, education, and further research are recommended.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญภาพ

บทที่ 1 บทนำ และกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรอบทฤษฎี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

นิยามตัวแปร

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

มะเร็งปากมดลูก และรังสีรักษา

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความต้องการข้อมูล

ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สถานที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ก

ค

จ

ช

ช

1

4

15

15

15

16

16

18

26

31

34

39

40

41

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
วิธีการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
บทที่ 4 ผลของการวิจัยและการอภิปรายผล	
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	47
ผลการทดสอบสมมุติฐาน	52
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	56
การอภิปรายผล	60
ข้อจำกัดของงานวิจัย	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	66
ข้อเสนอแนะ	67
การนำไปใช้ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล	68
การนำไปใช้ทางด้านการศึกษา	68
การทำวิจัยครั้งต่อไป	68
บรรณานุกรม	70
ภาคผนวก	80

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย	49
2. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ การศึกษา และจำนวนบุตร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	51
3. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยระยะเรื้อรังปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษาทั้ง 3 ระยะ	53
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในระยะหลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม	54
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม	55
6. เปรียบเทียบความต้องการข้อมูล การได้รับข้อมูลจริง และผลต่างของความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริง ของผู้ป่วยระยะเรื้อรังปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา	57
7. จำนวน ร้อยละ ของแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและไม่ได้รับข้อมูล ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	58

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

- | | | |
|----|--|----|
| 1. | แสดงกลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย | 5 |
| 2. | แสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในแต่ละช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล | 53 |



บทที่ 1

บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งกำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของหลายประเทศ เนื่องจากทำให้ประชากรเจ็บป่วยและตายเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลนาน และมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง (American Cancer Society 1988 : 25 ; Carmichael, in Morrow and Smart, ed. 1986 : 40 ; Mc Kenna 1986 : 3) ในประเทศไทยพบว่าปัญหาโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ.2509 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 8 ด้วยอัตรา 11.5 ต่อประชากรแสนคน และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าของแต่ละช่วงเวลาจนกระทั่งปี พ.ศ.2530 พบว่าสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งสูงขึ้นเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจด้วยอัตรา 31.5 ต่อประชากรแสนคน (กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2529 : 81 ; พิลิษฐ์ พันธุมจินดา และ คิสิณารุ สอนิพนธ์ 2532 : 34-35)

มะเร็งปากมดลูกพบบ่อยในสตรี แม้ว่าหลายประเทศจะมีแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกน้อยลง (American Cancer Society 1988 : 29 ; The Ontario Cancer Registry 1988 : 219-240 ; Kessler, in Sciarra, ed. 1987 : 1-5 ; Clarke, et al 1987 : 150 ; Devesa et. al 1989 : 2184-2190) แต่สำหรับประเทศไทย ปัญหาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่ง (พิลิษฐ์ พันธุมจินดา และคิสิณารุ สอนิพนธ์ 2532 : 36,38) จากรายงานสถิติของหน่วยรังสีรักษาในสถาบันต่าง ๆ ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าทุกแห่งมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิดมะเร็งทั้งหมดในสตรี คือร้อยละ 29.0, 40.88, 23.31, 26.79, และ 27.4 ตามลำดับ (National Cancer Institute 1987 : 7 ; Siriraj Hospital, Mahidol University 1986 : 24 ; Ramathibodi Cancer Registry

1986 : 28; Chiang Mai University 1987 : 12 ; Khon Kaen University 1987 : 12)

ในด้านการรักษามะเร็งปากมดลูกนั้น ปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี การให้เคมีบำบัด หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งการที่จะใช้วิธีใดนั้นขึ้นกับระยะของการเกิดมะเร็ง (Mauch & Bloomer, in Moossa et.al, ed. 1986 : 857) รังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่งในการรักษามะเร็งที่มีประสิทธิภาพมาก และสามารถให้รักษามะเร็งปากมดลูกได้ทุกระยะ (สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ และเฉลิมศรี โชติกาวิชัย 2527 : 115-121; Ahuja et.al, in Moossa et.al, ed. 1986 : 261 ; Souhami & Tobias 1986 : 291 ; Wharton et.al, in Sciarra, ed.1987 : 1-5,18) โดยมีอัตราการรอดชีวิตภายใน 5 ปี สูงถึงร้อยละ 92 ในระยะแรก และถึงแม้ว่าในระยะสุดท้าย (ระยะเอสี่) ก็ยังมีอัตราการรอดชีวิตภายใน 5 ปี สูงถึงร้อยละ 27 (Kim et.al 1989 : 973-978)

แม้ว่ารังสีรักษามีประสิทธิภาพสูง แต่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องทุกวันเป็นเวลานานประมาณ 4-8 สัปดาห์แล้วแต่ระยะของโรค (นางทอง ไกรนิบูลย์ ในสมเกียรติ ศรีสุนทรณดิษฐ์, บรรณาธิการ 2531 : 379-381; Wynn 1988 : 253) และยังมีผลทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงต่างๆ ได้แก่ ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น ปัสสาวะแสบขัด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องเสีย รวมทั้งมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ด้วย (Wharton et.al, in Sciarra, ed.1987 : 25; Kobashi-Schoot 1985 : 306-313; Welch 1980 : 365-371 ; Lum & Gallagher-Allred 1984 : 469-474) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความรู้สึกอันเนื่องมาจากโรคและการรักษา ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวล กลัว โกรธ หิมนเศร้า อยากถอยหนีจากเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ ความต่อสภาพลักษณ์และคุณค่าแห่งตน บางรายอยากฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกไม่แน่นอน รวมทั้งต้องพยายามควบคุมตนเองให้มีความหวัง และความมั่นใจอยู่เสมอ (Karplan 1983 : 104 ; Krumm 1982 : 729-731 ; Burns 1982 : 285; Lockich 1980 : 309-312; Schnaper & Kellner, in Moossa et.al, ed. 1986 : 425 ; Eardley 1986 : 27-29) ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาบางรายมีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับรังสีรักษาเช่น เชื่อว่ารังสีรักษาเป็นวิธีการรักษาเฉพาะของผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้ายที่หมดหวังแล้ว (นางทอง ไกรพิบูลย์ 2520 : 49) หรือเชื่อว่าการฉายรังสีจะทำให้ผิวหนังบริเวณที่ถูกฉายแสงไหม้เกรียม มีการผิดรูปร่างของอวัยวะ และเป็นหมัน รวมทั้งเชื่อว่ารังสีจะทำให้มะเร็งกระจายไปยังบริเวณอื่น (Stroh 1988 : 429-430) บางรายเชื่อว่าเมื่อฉายรังสีแล้วตนจะเป็นแหล่งแพร่กัมมันตภาพรังสีสู่บุคคลใกล้ชิด (Rotman & John 1987 : 1287-1288) ผู้ป่วยบางรายมีความกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือฉายรังสีที่ใหญ่โต รวมทั้งกลัวในการที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ภายในห้องฉายรังสีเพียงคนเดียว (Krumm 1982 : 731-733)

จะเห็นได้ว่า การขาดข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย และสิ่งที่ต้องเผชิญขณะรักษา รวมทั้งมีความเชื่อและเข้าใจผิดเกี่ยวกับรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว มีความวิตกกังวล และรู้สึกไม่แน่นอนมากขึ้น (Benner & Wrubel 1989 : 278-280; Burns 1982 : 142 ; Marino 1981 : 408-409 ; Yasko 1982 : 638) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องจัดระบบการพยาบาล เพื่อให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการรักษา และสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องประสบขณะรักษา การดูแลตนเอง รวมทั้งมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนและเพิ่มความมั่นใจต่อการรักษาของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จากระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการในการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในการให้ความรู้ สนับสนุนชี้แนะ และจัดสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้ออำนวยต่อความสามารถของบุคคล ในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง เป็นวิธีการพยาบาลหนึ่งในสามวิธีที่พยาบาลสามารถเลือกใช้กับผู้ป่วยให้เหมาะสมได้ (Orem 1985 : 152)

ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการศึกษารังนี้ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการฉายรังสี

กรอบทฤษฎี (Theoretical framework)

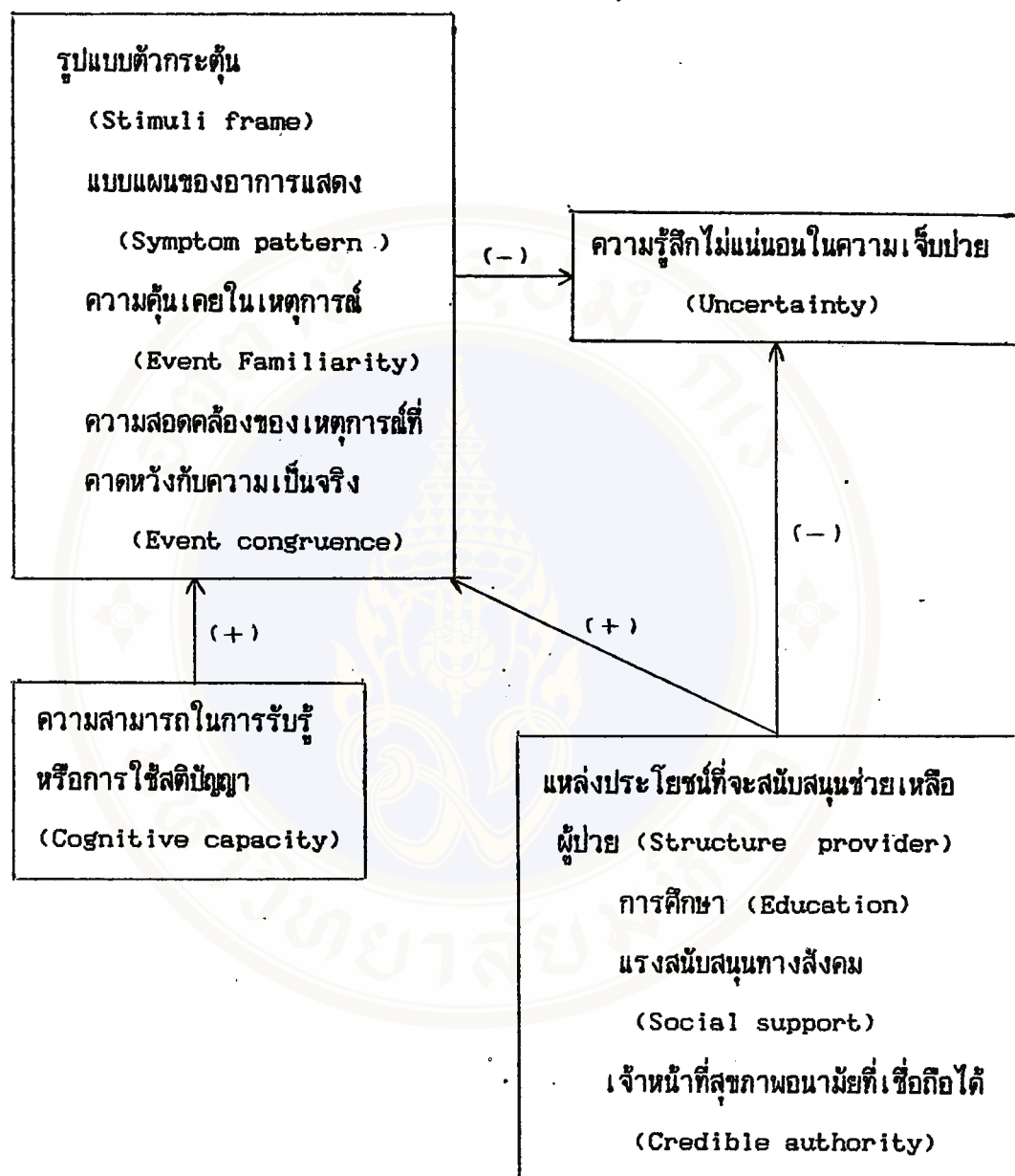
ในการศึกษาครั้งนี้กรอบทฤษฎีที่ใช้คือ ทฤษฎีความรู้สึกละเอียดในความเจ็บป่วยของ มิเชลล์ (Mishel, 1988) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 1985)

ทฤษฎีความรู้สึกละเอียดในความเจ็บป่วย (Uncertainty In Illness)

ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) ที่มีเชลล์พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของลาซารัส (Lazarus, 1974) และผลงานวิจัยต่าง ๆ ความรู้สึกละเอียด หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถทำนายผลที่จะเกิดในอนาคตได้อย่างชัดเจน สำหรับรูปแบบของความรู้สึกละเอียดในความเจ็บป่วยมี 4 รูปแบบคือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรค

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกละเอียดประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่รูปแบบตัวกระตุ้น (Stimuli frame) ความสามารถในการรับรู้หรือการใช้สติปัญญา (Cognitive Capacity) และแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย (Structure provider) ดังภาพที่ 1

ปัจจัยแรกที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกละเอียด ได้แก่รูปแบบตัวกระตุ้น (Stimuli frame) เป็นส่วนประกอบและโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นที่ผู้ป่วยรับรู้ สิ่งกระตุ้นในที่นี้คือ ความเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ภายในรูปแบบตัวกระตุ้นประกอบด้วย แบบแผนของอาการแสดง (Symptom patterns) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event congruence)



ภาพที่ 1 แสดงกลุ่มปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

(Mishel 1988 : 226)

แบบแผนของอาการแสดง (Symptom pattern) เป็นรูปแบบของขั้นตอนการเกิดหรือลักษณะอาการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตซึ่งผู้ป่วยรับรู้ หากรูปแบบของอาการแสดงเป็นขั้นตอน มีความสม่ำเสมอ สามารถทำนายอาการที่จะเกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะลดลง

ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event familiarity) คือระดับความคุ้นเคย การเกิดซ้ำหรือการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประสบการณ์มีผลทำให้เพิ่มความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์นั้น โดยผ่านระบบความคิดความจำ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์นั้นจะเชื่อมโยงเหตุการณ์นั้นกับระบบความจำ และสามารถตัดสินใจความหมายของเหตุการณ์ได้ ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นมีผลเพิ่มความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ โดยลดความแปลกใหม่และความซับซ้อนต่อเหตุการณ์ บุคคลจึงสามารถสร้างความแจ่มชัดและความหมายในเหตุการณ์ได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนจะลดลง

ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง (Event congruence) เป็นความสอดคล้อง ระหว่างความคาดหวังและประสบการณ์ต่อเหตุการณ์เจ็บป่วย ซึ่งความสอดคล้องที่เกิดขึ้นช่วยให้บุคคลแปลผลและเข้าใจเหตุการณ์มากขึ้น หากเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริงไม่สอดคล้องกัน เป็นต้นว่าความคาดหวังจากการหายขาดจากโรคถูกทำลายโดยการเกิดกลับซ้ำอีก หรือการรักษาไม่ได้ผลตามระยะเวลาที่คาดไว้ หรือการรักษาที่ได้รับไม่ได้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้น เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น

ทั้งแบบแผนของอาการแสดง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง ที่อยู่ภายในรูปแบบการกระตุ้นนั้น ต่างช่วยส่งเสริมบุคคลให้สามารถระบุเค้าโครงและความหมายของเหตุการณ์ให้ชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะเจ็บป่วยลดลง

ปัจจัยที่สองที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนคือ ความสามารถในการรับรู้หรือการใช้สติปัญญา (Cognitive capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่ในตัวมาประเมินเหตุการณ์ที่ตนรับรู้ ความสามารถในการรับรู้หรือการใช้สติปัญญานี้มีผลโดยตรงต่อแบบแผนตัวกระตุ้น โดยช่วยให้บุคคลใช้ความรู้ระบุลักษณะของแบบแผนอาการแสดง มีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ และคาดหวังได้ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง ผลที่ตามมาคือความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยลดลง

ปัจจัยสุดท้ายที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนได้แก่ แหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย (Structure provider) ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้โดยตรงและมีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งโดยตรงและโดยอ้อม คือผ่านรูปแบบตัวกระตุ้น แหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุน ประกอบด้วย การศึกษา (Education) แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยที่เชื่อถือได้ (Credible authority)

การศึกษา (Education) บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการวิเคราะห์และประมวลข้อมูลได้ดีกว่า จึงใช้เวลาในการแปลความหมายของเหตุการณ์สั้นกว่าผู้ที่ด้อยการศึกษา ดังนั้นจึงมีช่วงการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนสั้นกว่าบุคคลที่ด้อยการศึกษา การศึกษามีผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยตรงคือ ช่วยขยายความรู้พื้นฐานเดิมให้มีความชัดเจนและเกิดความหมายมากขึ้น ส่วนผลทางอ้อมนั้น การศึกษาจะมีอิทธิพลผ่านรูปแบบตัวกระตุ้น ทำให้บุคคลสามารถทำนายขั้นตอนการเกิดอาการแสดงของโรค มีความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์และเกิดความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง ผลสุดท้ายความรู้สึกไม่แน่นอนจะลดลง

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของเหตุการณ์ ทำให้ความคลุมเครือหรือความซับซ้อนของเหตุการณ์ชัดเจนมากขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมในที่นี้หมายถึง ครอบครัว ญาติ บุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเดียวกันหรือได้รับประสบการณ์การรักษาเหมือนกัน แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนโดยผ่านรูปแบบตัวกระตุ้น และมีผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนเช่นเดียวกับการศึกษา

เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยที่เชื่อถือได้ (Credible authority) จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาล ความเชื่อถือต่อเจ้าหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยตั้งใจที่จะรับฟังและยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การมีสัมพันธภาพที่ดีและไว้วางใจมั่นใจต่อผู้ให้การรักษาพยาบาลก็จะมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ในจุดนี้หากพยาบาลเข้าไปส่งเสริมโดยการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมกับเหตุการณ์ มีการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตัวตามความต้องการของผู้ป่วย และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้และการใช้ความสามารถของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะสามารถสร้างความหมายต่อเหตุการณ์ได้ชัดเจน มีความคุ้นเคยต่อสถานการณ์นั้น ๆ และเห็นว่าสิ่งที่ตนคาดคิดไว้นั้น ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนจึงลดลง

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลที่สำคัญยิ่งคือ การจัดระบบการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งระบบการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ป่วยนั้นคือระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลัก ที่มีความสัมพันธ์กัน (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 5-6 อ้างถึง Orem 1985) ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-care) ซึ่งอธิบายถึงการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและชนบทรรมนิยมประเพณี ที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่รู้จักจัดการกับตนเอง ในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self-care Deficit) อธิบายถึงสาเหตุที่บุคคลต้องการการพยาบาล และสาเหตุที่บุคคลสามารถได้ประโยชน์จากพยาบาล เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) อธิบายถึงผลผลิตของพยาบาลที่สัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นทฤษฎีซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยที่พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสามารถในตนเอง และใช้ความสามารถนั้นเพื่อปรับคล้ยระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไป หรือมีภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ของ 3 ทฤษฎีข้างต้น อธิบายได้ด้วยแนวคิดของมโนคติ 6 ประการ (Orem 1985 : 31-33) ได้แก่ การดูแลตนเอง(Self-care) ความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และระบบการพยาบาล (Nursing system) เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด บุคคลนั้นจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ หากความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จะเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองขึ้น ในจุดนี้พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือ เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลมีองค์ประกอบภายใน 3 ระบบ คือระบบทางสังคม (Social system) ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal system) และระบบวิชาชีพและการปฏิบัติทางเทคนิค (Professional Technological system) ระบบทางสังคมเป็นตัวกำหนดบทบาทและฐานะทางสังคมของทั้งพยาบาลและผู้ป่วย และเป็นตัวกำหนดให้บุคคลภายใต้บทบาททั้งสองมาพบกัน พยาบาลจะมีบทบาทภายใต้วิชาชีพโดยมีอิทธิพลของระบบสังคมมากำหนดให้มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมาพบกันโดยระบบสังคมแล้ว ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะช่วยให้การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ดำเนินไปได้ถึงเป้าหมายคือ สนองความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มความสามารถในตัวผู้ป่วย เพื่อให้ดูแลตนเองได้ การที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะไปสู่เป้าหมายได้ นอกจากจะเกี่ยวข้องกับระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแล้ว ยังต้องอาศัยระบบการพยาบาลในการปฏิบัติให้การพยาบาล

ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล ที่พยาบาลได้นำมาเป็นกลวิธีที่จะบรรลุเป้าหมายข้างต้น

รูปแบบของระบบการพยาบาล แบ่งโดยการพิจารณาระดับความสามารถในการควบคุม การเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 19-21) เป็น 3 ระบบคือ ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory system) ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory system) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system)

ระบบทดแทนทั้งหมด เป็นระบบการพยาบาลที่เลือกใช้ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองได้ทั้งหมด กล่าวคือไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรม ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับการเคลื่อนไหวซึ่งเกิดจากความง่วงใจ หรือผู้ป่วยที่รับรู้ตัดสินใจได้ แต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ทั้งสิ้น มักใช้ระบบการพยาบาลนี้ กับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรือมีปัญหาในกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้สึกนึกคิด หรือผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดกิจกรรมอย่างสิ้นเชิง ในระบบนี้บทบาทของพยาบาลคือ การตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย การชดเชย ประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย

ระบบทดแทนบางส่วน เป็นระบบที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีบทบาทร่วมกันในการตอบสนอง ต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย พยาบาลจะช่วยเหลือในส่วนความต้องการที่ ผู้ป่วยมีความบกพร่อง โดยการปฏิบัติดูแลตนเองและชดเชยข้อจำกัดบางอย่างของผู้ป่วยที่ดูแล ตนเอง ส่วนผู้ป่วยมีบทบาทที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างด้วยตนเอง รวมทั้งปรับ ความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้นและต้องยอมรับการช่วยเหลือดูแลจากพยาบาล

ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ใช้เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะ กระทำการดูแลตนเองได้ รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม พยาบาลมี บทบาทในการสอนชี้แนะ และแนะนำการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ อำนวยต่อผู้ป่วย ที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง หรือปรับกิจกรรมในการดูแลตนเอง

ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในแง่การสอนพยาบาลมีบทบาทที่จะสอนผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัว และบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยด้วย

วิธีการช่วยเหลือในระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่างมีจุดเด่นซึ่งเหมาะกับสถานการณ์เฉพาะ ในด้านการสอนจะช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ การเรียนรู้จะไม่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่สนใจหรือไม่ต้องการที่จะรับรู้ การสอนมิได้จำกัดเฉพาะแต่ในห้องเรียนเท่านั้น เมื่อใช้วิธีสอนในการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเริ่มคิดและมองตนเองในบทบาทของผู้เรียนและตระหนักถึงสิ่งที่ได้รับรู้ มีการฝึกการเรียนรู้ หัดสังเกตผู้อื่น และมีการฝึกฝนทักษะบางประการ การสอนจึงเป็นการชี้แนะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย พยาบาลควรจะทราบถึงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประสพการณ์เดิม นิสัย การดำเนินกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งชนิดของการรับรู้ที่ผู้ป่วยเคยได้รับ สำหรับการเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอาจมีความสัมพันธ์กับเวลาโดยอาศัยความสัมพันธ์ที่ยาวนานระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (Orem 1985 : 142-143)

การชี้แนะเป็นอีกวิธีหนึ่ง จะใช้ต่อเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกระหว่างสองสิ่งในการใช้วิธีการชี้แนะ สิ่งที่สำคัญมากคือการติดต่อสื่อสาร นอกจากนั้นตัวผู้ป่วยเองต้องมีแรงจูงใจ และมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้ โดยพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้กับผู้ป่วย รูปแบบของการชี้แนะอาจเป็นการแนะนำ การบอกแนวทาง การสอนหรือการนิเทศ (Orem 1985 : 139)

ส่วนวิธีการสนับสนุน เป็นวิธีส่งเสริมความพยายามของบุคคล เพื่อให้บุคคลเกิดความพอใจและมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง การติดต่อสื่อสารเพื่อแสดงการสนับสนุนอาจเป็นคำพูดหรือกิริยาท่าทาง เช่น วิธีการมอง การสัมผัส เป็นต้น วิธีการสนับสนุนใช้ได้ดีกับสถานการณ์ที่ต้องใช้ทักษะ ต้องตัดสินใจ หรือต้องดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทสามารถคิดตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ การสนับสนุนใช้ได้ดีกับทารกหรือผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการ วิธีการสนับสนุนในที่นี้เป็นงานเฉพาะสำหรับพยาบาลซึ่งแตกต่างจากความหมายของการสนับสนุนโดยทั่วไป (Orem 1985 : 139-140)

วิธีส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วย เป็นวิธีการที่เพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายคือ การเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เหมาะสม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเจตคติและคุณค่าแห่งตน ความสามารถในการสร้างสรรค์ และการปรับอัตมโนทัศน์ สิ่งแวดล้อมในที่นี้มีความหมายเฉพาะ โดยรวมสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและจิตสังคมไม่แบ่งแยก จากกัน การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาความสามารถของแต่ละบุคคลประกอบด้วย ให้การดูแล เมื่อต้องการ จัดให้มีความเหมาะสมระหว่างการใช้เวลาอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จัดหาแหล่งช่วยเหลือตามความสนใจของผู้ป่วย ไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยเมื่อ ผู้ป่วยไม่ต้องการ และมีความเชื่อต่อผู้ป่วยในเรื่องการพัฒนาความสามารถของตน (Orem 1985 : 140-142)

อย่างไรก็ตาม การปรับดุลย์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการ การดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย และคงไว้ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง นั้น ต้องมีการ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีการปรับระบบการพยาบาลอยู่เสมอ พยาบาลต้องใช้ความ สามารถที่มีอยู่ ออกแบบระบบการพยาบาล วางแผนกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ และให้การพยาบาลตาม แผนที่วางไว้ โอเร็มได้เสนอวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปรับดุลย์ระหว่างความสามารถในการ ดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดดังนี้ (Orem 1985 : 238)

1. ปฏิบัติและปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้ผู้ป่วย หรือช่วยผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง
2. ร่วมมือกับผู้ป่วยและบุคคลากรอื่นในการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
3. ช่วยผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลรอบข้างให้ดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างสอดคล้อง และสนับสนุนกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขณะเดียวกันกิจกรรมนั้นต้องเหมาะสมกับความสนใจ สติปัญญา และเป้าหมายของผู้ป่วย
4. ชี้แนะให้แนวทางและสนับสนุนผู้ป่วย ในการทำกิจกรรมหรือคงไว้ซึ่งกิจกรรมตาม ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
5. กระตุ้นความสนใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการตั้งปัญหาและส่งเสริมการ ชักถามปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
6. สนับสนุนและชี้แนะผู้ป่วยให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ และจัดช่วงเวลาเพื่อการเรียนรู้

ในเวลาเรียน

7. สนับสนุนและชี้แนะผู้ป่วย ตามประสบการณ์ในการเจ็บป่วย หรือความสามารถ และตามความต้องการของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง รวมทั้งสนับสนุนชี้แนะแนวทางใหม่ ๆ ที่จะบรรลุถึงความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

8. ประเมินและช่วยผู้ป่วยให้มีการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือ ประเมินผลของการปฏิบัติการดูแลตนเอง และผลที่เกิดจากความพยายามปรับกิจกรรม เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาล ที่จะบรรลุเป้าหมาย

9. ตัดสินเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลตนเอง การปรับกิจกรรม หรือการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และการช่วยเหลือจากพยาบาล

10. ตัดสินเกี่ยวกับความหมายของผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลในข้อ 8 และ ข้อ 9 และปรับบทบาทของพยาบาลและผู้ป่วยภายในระบบการพยาบาล เพื่อก่อให้เกิดสวัสดิภาพ ต่อผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ข้อ 1-7 เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำต่อผู้ป่วย ส่วนข้อ 8-10 เป็นการชี้แนะหรือตัดสินใจว่าควรจะดำเนินการพยาบาลต่อไป หรือปรับเปลี่ยนวิธีการใหม่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์และทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

จากกรอบทฤษฎีทั้งสองที่เสนอมาช้างต้น จะเห็นได้ว่าทฤษฎีระบบการพยาบาลของ โอเร็ม ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลว่าจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่ง การเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองนั้น เกิดจากการประเมินว่าความต้องการในการดูแลตนเอง ทั้งหมดมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์อย่างแจ่มชัด มีการตัดสินใจว่าจะกระทำ จากนั้นลำดับขั้นตอน

ในการปฏิบัติกิจกรรมและลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในที่สุด

ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกที่เป็นผลจากกระบวนการทางความคิด เป็นปัจจัยสำคัญที่จะขัดขวางการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่รับรู้ หากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแปลเหตุการณ์ หรือแปลเหตุการณ์ที่รับรู้ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยจึงไม่สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ความพร่องในการดูแลตนเองจึงเกิดขึ้น

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้กล่าวถึงปัจจัยหลายประการที่มีผลในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ รูปแบบตัวกระตุ้นซึ่งประกอบด้วย แบบแผนของอาการแสดง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีความเชื่อถือต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย และแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย ความสามารถในการรับรู้หรือการใช้สติปัญญา ซึ่งพยาบาลสามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยได้โดยจัดระบบการพยาบาลที่เหมาะสม อนึ่งการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งมีความสามารถในการปรับกิจกรรมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ยังไม่เต็มที่เนื่องจากภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป จึงต้องการคำแนะนำ การชี้แนะหรือให้ความรู้ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาความสามารถโดยพยาบาลในบางส่วน ดังนั้นระบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างนี้คือระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ซึ่งมีวิธีการช่วยเหลือภายในระบบประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ความรู้และข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วย การชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติตัวตามความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมซึ่งเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และการใช้พลังความสามารถของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ผลที่เกิดขึ้นจากการนำระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้เข้ามาจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้นอกเหนือจากการพยาบาลที่ได้รับตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ในระหว่างการรักษาและก่อนสิ้นสุดการรักษา

สมมติฐานในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา และได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้นอกเหนือจากการพยาบาลที่ได้รับตามปกติ จะมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ในระหว่างการรักษาด้วยรังสี และในระยะก่อนสิ้นสุดการรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ต้องได้รับรังสีรักษา
2. เป็นการพิสูจน์ทฤษฎีทางการพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาแก่นความรู้ของวิชาชีพ
3. เป็นแนวทางในการสร้างสื่อการสอน เพื่อให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ต้องได้รับรังสีรักษา และผู้ป่วยมะเร็งตำแหน่งอื่นๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ต่อไป
4. เป็นแนวทางในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาลเฉพาะทาง ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง
5. เป็นแนวทางในการทำวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีความต้องการที่จะลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

นิยามตัวแปร

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ความนึกคิดที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลไม่สามารถระบุความหมายของเหตุการณ์หรือจำแนกเหตุการณ์ได้แจ่มชัด หรือไม่สามารถทำนายผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนมี 2 ลักษณะได้แก่

- 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
- 2) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการ

ซึ่งลักษณะความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งสองวัดได้ โดยใช้แบบสอบถามที่ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง ระบบการพยาบาลแบบหนึ่ง ของโอเร็ม ใช้กับผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม วิธีการช่วยเหลือในระบบการพยาบาลแบบนี้ประกอบด้วย การสอน ชี้แนะ และการสนับสนุน ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วย ที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองหรือปรับกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

การสอน หมายถึง การสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียงเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตัวขณะได้รับการฉายรังสีและหลังจากฉายรังสีครบแล้ว บทที่ 1 ให้ก่อนฉายรังสี บทที่ 2 ให้เมื่อฉายรังสีครั้งที่ 6 และบทที่ 3 ให้ก่อนจำหน่ายจากรังสีรักษา 5 วัน

การชี้แนะและสนับสนุนผู้ป่วย กระทำโดยการพบผู้ป่วย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในช่วงนี้มีการตอบคำถามตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยผู้ป่วยในการตั้งคำถามที่เหมาะสม เพื่อให้ทีมแพทย์ รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการ การการดูแลตนเอง โดยการตอบคำถามต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสงสัย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและครอบครัวรวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มผู้ป่วย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่ประจำหน่วย รังสีรักษา ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไป และการแจกเอกสารความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับรังสีรักษา

วาระกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้เป็นการทบทวนวาระกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิดของความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูล และระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนการทบทวนวาระกรรมเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยจะทบทวนในแง่ของความรู้ซึ่งพยาบาลต้องนำมาใช้ในระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ และจะ เน้นเฉพาะรังสีรักษา อาการข้างเคียงที่เกิดจากรังสีรักษาตามลำดับ

มะเร็งปากมดลูก และรังสีรักษา

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นที่ไม่ลุกลาม (ระยะ ๑) จะไม่พบอาการผิดปกติ แต่หากมะเร็งลุกลามไปแล้ว (ระยะที่ 1 เป็นต้นไป) อาการที่พบบ่อยที่สุด มักเริ่มด้วยมีน้ำหรือมีเลือดสีแดงสดออกทางช่องคลอดโดยไม่มีความเจ็บปวด เลือดออกนี้อาจเกิดในระยะหลังหมดประจำเดือนหรือหลังร่วมเพศก็ได้ เมื่อมะเร็งกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงจะเกิดความผิดปกติของรูปร่างและหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ที่พบบ่อยคืออาการเจ็บในอุ้งเชิงกราน เนื่องจากมะเร็งกระจายไปยังเส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน (Pelvic nerve) มีการบวมของขาเนื่องจากมะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ และหากมะเร็งกระจายไปยังกระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก อาจพบความผิดปกติของระบบปัสสาวะหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดได้ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มักตายจากการเกิดยูรีเมีย เนื่องจากมีการกระจายของมะเร็งไปยังไต (Marrow & Townsend 1987 : 108-109 ; Souhami Tobias 1986 : 290; Wynn 1988 : 249)

การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกในระยะที่มีการลุกลามนั้น ปัจจุบันแบ่งตามระบบของ
 เอฟ. ไอ. จี. โอ. (FIGO : International Federation of Gynecology and
 Obstetrics) (Mauch & Bloomer, in Moossa et. al., ed. 1986 : 857) ดังนี้
 ระยะที่หนึ่ง (Stage I) เป็นมะเร็งชนิดที่เกิดเฉพาะบริเวณปากมดลูกเท่านั้น แบ่งเป็น

ระยะหนึ่งเอ (Stage IA) ตรวจพบความผิดปกติของเนื้อเยื่อโดยการตรวจชิ้นเนื้อ
 ด้วยกล้องจุลทรรศน์เท่านั้น ระยะนี้แบ่งย่อยเป็น

ระยะหนึ่งเอหนึ่ง (stage IA1) มะเร็งลุกลามเข้าไปในเนื้อเยื่อเล็กน้อย

ระยะหนึ่งเอสอง (stage IA2) การลุกลามมากขึ้น แต่ลึกไม่เกิน 5 ม.ม.
 จากฐานเยื่อบุ และความกว้างที่ผิวไม่เกิน 7 ม.ม.

ระยะหนึ่งบี (Stage IB) มีผลขนาดใหญ่กว่า ระยะหนึ่งเอ (Stage IA)

ระยะที่สอง (Stage II) มะเร็งลุกลามออกนอกบริเวณปากมดลูก แต่ไม่ถึงผนังเชิงกราน
 และมีการกระจายทางช่องคลอดไม่เกิน 2 ในสามของช่องคลอดส่วนบน แบ่งเป็น

ระยะสองเอ (Stage IIA) ไม่มีการกระจายไปยังด้านข้าง

ระยะสองบี (Stage IIB) มีการกระจายไปยังด้านข้าง

ระยะที่สาม (Stage III) มะเร็งกระจายไปยังผนังเชิงกรานโดยตรวจพบได้ทางทวารหนักและ
 มีการกระจาย หนึ่งในสามของช่องคลอดตอนล่าง แบ่งเป็น

ระยะสามเอ (Stage IIIA) การลุกลามยังไม่ถึงผนังเชิงกราน

ระยะสามบี (Stage IIIB) การลุกลามถึงผนังเชิงกราน หรือมีไตบวม น้ำ ไตวาย

ระยะที่สี่ (Stage IV) มะเร็งกระจายผ่านผนังเชิงกราน ไปยังเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะและ
 ทวารหนัก แบ่งเป็น

ระยะสี่เอ (Stage IVA) การลุกลามไปถึงกระเพาะปัสสาวะ หรือทวารหนัก

ระยะสี่บี (Stage IVB) การลุกลามไปถึงอวัยวะที่ไกลออกไป

การรักษามะเร็งปากมดลูกปัจจุบันมี 4 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัดและ
 การใช้หลายวิธีร่วมกัน แพทย์จะใช้วิธีใดรักษาขึ้นกับระยะการเกิดโรค แบ่งตาม เอฟ.ไอ. จี.
 โอ. (FIGO) ซึ่งได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะรังสีรักษาเท่านั้น

รังสีรักษา

รังสีรักษาเป็นวิธีการรักษามะเร็งบริเวณปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปากมดลูกเป็นตำแหน่งที่สะดวกในการรักษาโดยใส่แร่และสะดวกในการติดตามผลการรักษา ส่วนลักษณะการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งปากมดลูก มักเกิดเฉพาะที่และค่อยเป็นค่อยไปแม้ไม่รักษา ซึ่งต่างจากการกระจายของมะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งเต้านม หรือมะเร็งปอด ซึ่งจะกระจายไปไกลตั้งแต่เริ่มต้น นอกจากนั้นมดลูกยังเป็นอวัยวะที่ทนทานต่อปริมาณรังสีขนาดสูงได้ดี และหากเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะต้นพบว่ามีแนวโน้มว่าต้องรังสีและสามารถรักษาให้หายขาดโดยรังสีรักษาอย่างเดียว (ไพรัช เทพมงคล ในสุวัฒน์ จันทระจาง และเกตุร สถาพรพงษ์, บรรณาธิการ 2530 : 281-284) จากรายงานวิจัยของ คิมและคณะ (Kim et al 1989 : 937-978) ซึ่งเก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี ค.ศ.1969-1980 พบว่าในผู้ป่วยระยะเริ่มแรก (แบ่งตามระบบเอฟ.ไอ.จี.โอ. ได้แก่ระยะ หนึ่งเอ หนึ่งบี และสองเอ) พบอัตราการล้มเหลวของการรักษาร้อยละ 4.6, 11.2 และ 8.2 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะหลัง (เอฟ.ไอ.จี.โอ. ได้แก่ระยะ สองบี สาม และสี่เอ) พบว่าอัตราการล้มเหลวของการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.1, 52.3 และ 69.2 ตามลำดับ

การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสีมีจุดประสงค์ 2 ประการ คือ รักษาให้หายขาด (cure หรือ radical treatment) และเพื่อบรรเทาอาการหรือประคับประคองอาการ (Palliation) สำหรับการรักษาให้หายขาดนั้นมี 2 วิธี คือการใส่แร่ และการฉายรังสี (พวงทอง ไกรนิบุลย์, ในสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ 2531 : 322-341, 374 ; Willson, in Ledger, ed 1987 : 634-644; Souhami & Tobias 1986 : 292)

การใส่แร่ (Brachy therapy หรือ Internal therapy) เป็นการรักษาโดยแพทย์จะสอดใส่แร่ไว้ในอวัยวะส่วนที่เป็นมะเร็งโดยใช้เทคนิคพิเศษ (Afterloading) ระยะเวลากการใส่แร่ขึ้นกับระยะของมะเร็งปากมดลูกแต่โดยทั่วไป มักใช้เวลาประมาณ 48-72 ชั่วโมง เมื่อได้รับปริมาณรังสีตามต้องการแล้ว ก็จะนำแร่ออกจากอวัยวะนั้น แร่ที่ใช้ได้แก่ เรเดียม 226 (Ra-226) ซีเซียม 137 (Cs-137) หรือโคบอลต์ 60 (Co-60) การใส่แร่มีประสิทธิภาพ

ในการทำลายก้อนมะเร็งที่มีขนาดไม่เกิน 4 ซม. และเกิดผลเฉพาะที่ ส่วนการฉายรังสี (X-ray & teletherapy หรือ External therapy) เป็นการรักษาโดยมีต้นกำเนิดของรังสี (radiation source) ห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 75-100 ซม. จึงทำให้ได้ลำรังสีขนาดใหญ่ ครอบคลุมพื้นที่การฉายรังสีมากขึ้น รังสีที่ใช้เป็นรังสีที่มีอำนาจทะลุทะลวงสูง (supervoltage หรือ megavoltage) ซึ่งได้แก่ รังสีแกมมาจากเครื่องโคบอลต์ หรือรังสีเอ็กซ์จากเครื่องเร่ง แนวนราบ (Linear accelerator) เทคนิคที่ใช้คือการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน (Whole pelvic technique) ใช้เวลารักษาประมาณ 4-8 สัปดาห์ ขึ้นกับระยะโรค ขนาดก้อนมะเร็ง และวิธีการรักษาของแพทย์ แต่โดยทั่วไปมักใช้การฉายรังสีก่อนแล้วตามด้วยการใส่แร่ (Wynn 1988 : 253)

รังสีนั้นจะมีผลต่อทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่อยู่ข้างเคียง สำหรับเซลล์มะเร็ง รังสี ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ โดยในระยะสั้นรังสีจะขัดขวางการสร้าง หรือขัดขวางการ ทำหน้าที่ของสารพันธุกรรม(DNA)ในระยะไมโทซิส (Mitosis) ทำให้เกิดการตายของเซลล์ขึ้น ส่วนผลในระยะยาวรังสีจะมีผลต่อโครโมโซม ทำให้เกิดการแตก จัดเรียงตัวใหม่ หรือมีการ แยกส่วนอย่างถาวรของโครโมโซม ซึ่งจะทำให้เกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) ขึ้น (Yasko 1982 : 632-633) การตอบสนองของเซลล์มะเร็งต่อรังสี (Radioresponse) ขึ้นกับปัจจัย 3 ประการคือ 1) ความถี่ของการเกิดไมโทซิสของเซลล์ หากมีระยะไมโทซิสบ่อย (แบ่งตัวเร็ว) ก็จะตอบสนองต่อรังสีดี 2) ระบบหลอดเลือดรอบเซลล์มะเร็ง รังสีจะทำลายหลอดเลือด หากมีเส้น เลือดมากเท่าใดเซลล์มะเร็งจะตอบสนองต่อรังสีรักษามากขึ้น 3) ความพอเหมาะของปริมาณรังสี ที่เซลล์มะเร็งได้รับ หากน้อยเกินไปจะทำให้ต้องต่อการรักษา แต่ถ้าได้รับรังสีมากเกินไปจะเกิด การทำลายของเนื้อเยื่อปกติใกล้เคียงเซลล์มะเร็งได้ (Marino 1981 : 261-265)

ในเซลล์ปกติที่อยู่ข้างเคียงเซลล์มะเร็ง เมื่อถูกรังสีจะปรากฏอาการข้างเคียงซึ่งถือ เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อรังสี (Human response) ในปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะลด อาการข้างเคียงที่เกิดจากรังสีรักษาให้น้อยที่สุด โดยใช้วิธีการต่างๆ ได้แก่การรักษาโดยให้รังสี ครั้งละน้อยๆ แต่ใช้เวลานาน (Fractionation) (นางทอง ไกรพิบูลย์, ในสมเกียรติ ศรีสุมธรรมดิฐ, บรรณาธิการ 2531 : 375) หรือมีการเปลี่ยนมาใช้รังสีที่มีอำนาจทะลุทะลวง

ผ่านสู่ชั้นใต้ผิวหนังได้มากขึ้น (Megavoltage) ทำให้ผิวหนังชั้นบนได้รับปริมาณรังสีน้อยกว่าส่วนที่อยู่ใต้ผิวหนัง จึงเกิดอาการข้างเคียงต่อผิวหนังน้อยลง (Strohl 1988 : 432) หรือคิดค้นการใช้เครื่องมือใส่แร่ที่ลดปริมาณรังสีต่อกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ใหญ่ตอนล่าง เป็นต้น (ไพรัช เทพมงคล, ในสุวัฒน์ จันทระจาง และเกษร สถาพรพงษ์, บรรณาธิการ 2530 : 299)

อาการข้างเคียงของรังสีรักษาและการดูแลตนเอง

อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก อาจแบ่งเป็น ผลในระยะเฉียบพลัน คือเกิดระหว่างช่วงการฉายรังสีครอบคลุมจนถึง 6-8 สัปดาห์หลังการฉาย และผลระยะยาวซึ่งจะปรากฏหลังจากช่วงเวลาข้างต้น การเกิดอาการข้างเคียงจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยคือ ปริมาณรังสีทั้งหมดที่เนื้อเยื่อได้รับ ระยะเวลาในการให้รังสีรักษา และพื้นที่ทั้งหมดที่ได้รับรังสี (พวงทอง ไกรพิบูลย์, ในสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ 2530 : 342-343; Marino 1981 : 270-272) อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นมีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง จะเกิดขึ้นจากการฉายรังสีเท่านั้น การใส่แร่ไม่มีผลต่อผิวหนัง ผิวหนังชั้นที่มีการตอบสนองต่อรังสีคือชั้นเจอร์มินัล (Germinal layer) อาการที่เกิดขึ้น คือ บวม แดง เหมือนโดนความร้อน และจะค่อยหายไปภายใน 2-3 วัน หากได้รับรังสีเกิน 4,000 แรด ผิวหนังจะเริ่มคล้ำเนื่องจากมีการเพิ่มของเมลานิน (Melanin) ในชั้นเบซอลส์ (Basal layer) และจะเคลื่อนขึ้นไปสู่ชั้นอีพิดERMิส (epidermis) ต่อมาเหงื่อและรากขนอาจถูกทำลายทำให้ผิวหนังแห้งและขนร่วง ส่วนผลในระยะยาวได้แก่ การเกิดเนื้อตายและพังพืด บางรายอาจเกิดการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้เกิดลักษณะความผิดปกติที่เรียกว่า "เทแลงจิเอกเตเซีย" (telangiectasia) (Hassey & Rose 1982 : 44-47; สุนัตรา แสงรุจิ วิสุทธิ์ วุฒินฤกษ์ และประดัด อรรถการ 2528 : 51-55) ในช่วงการฉายรังสี ต้องมีการดูแลผิวหนังเป็นพิเศษคือ ไม่ถูหรือประคบผิวหนังด้วยน้ำร้อนหรือเย็น หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี เทป หรือปิดพลาสติกบริเวณที่ฉายรังสี สารเคมีในที่นี้รวมถึง น้ำหอม สบู่ที่มีน้ำหอม ครีมน้ำยาคำจัดกลิ่นตัว เครื่องสำอางค์และแอลกอฮอล์ ห้ามโกนขน และเลี่ยงการนอนทับบริเวณ

นายรังสี เลี้ยงการโดนแสงอาทิตย์ (Synder 1986 : 122-124)

2. ถ่ายอุจจาระบ่อย อาจเป็นน้ำหรือมีมูกปน เกิดจากการอักเสบของเยื่อบุผนังลำไส้ เมื่อได้รับรังสีปริมาณ 3,000-4,000 แรด อาการเหล่านี้จะค่อยๆ ลดลงเป็นปกติหลังฉายรังสีครบ 4-8 สัปดาห์ และจะมีอาการอักเสบของลำไส้ส่วนปลายกลับซ้ำอีกหลังฉายแสงแล้วประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี โดยมีอุจจาระเป็นมูกเลือด ซึ่งอาการข้างเคียงนี้พบได้บ่อยที่สุดพอๆ กับอาการที่เกิดจากกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ ในสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ 2531 : 350-351, สุตตรา แสงรุจิและคณะ 2529 : 57-61) หากมีอาการท้องเสีย ควรเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องเสีย เช่น ผักสด ผลไม้มีกาก นมหรือผลิตภัณฑ์จากนม ถั่ว อาหารรสจัด เลี่ยงอาหารที่เพิ่มก๊าซ เช่น กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก หัวหอม เป็นต้น ดื่มน้ำผสมเกลือแร่ และอย่างน้อยควรดื่มน้ำให้ได้ 3000 มล.รับประทานยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษา (Willson, in Ledger, ed 1987 : 644-645; Synder 1986 : 424 ; Buchotlz, in Ziegfeld 1987 : 222-225 ; Lum & Gallagher-Allred 1984 : 469-474)

3. ถ่ายปัสสาวะบ่อยและกระปริดกระปรอย เกิดเนื่องจากการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งการอักเสบนี้เป็นได้ทั้งชนิดติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ หลังฉายรังสีครบแล้วอาจเกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะได้อีกแบบเป็นๆ หายๆ หากได้รับปริมาณรังสีสูงกว่า 6,000 แรด มักเกิดอาการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะรุนแรง ทำให้ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด (hemorrhagic cystitis) มักเกิดหลังฉายรังสีครบแล้ว 2 ปี (Cavanagh et.al. 1985 : 100) อาการข้างเคียงนี้พบได้บ่อยมากในการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสี และมักเกิดภายในระยะ 6 เดือน ถึง 5 ปี หลังฉายรังสีครบ (พวงทอง ไกรพิบูลย์ ในสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ 2531 : 347-350)

4. การอักเสบของเยื่อบุช่องคลอดระหว่างรังสีรักษาทำให้เกิดการติดเชื้อ และเลือดออกง่าย ระยะนี้ผู้ป่วยควรงดเพศสัมพันธ์และระมัดระวังเรื่องความสะอาด ส่วนภายหลังฉายรังสีครบแล้ว ช่องคลอดจะตีบแคบและสั้นลง ในต่างประเทศหญิงที่มีสามีแล้วจะแนะนำให้ร่วมเพศได้ แต่ต้องรักษาความสะอาดและใช้สารหล่อลื่น ส่วนหญิงที่เป็นโสดต้องมีการก่ายขยายปากช่องคลอด

เป็นระยะๆ (Souhami & Todias 1986 : 295) ในประเทศไทยสถาบันบางแห่งยังห้าม
 ถ่างขยายปากช่องคลอด เนื่องจากปัญหาเรื่องการรักษาความสะอาด นอกจากนั้นหลังฉายรังสี
 อาจเกิดรูรั่วของช่องคลอด (fistula) โดยเป็นการทะลุระหว่างช่องคลอดกับลำไส้ใหญ่ตอนปลาย
 หรือกับทางเดินปัสสาวะก็ได้ (Cavanagh et.al 1985 : 100 ; Willson in Ledger,
 ed 1987 : 645) ด้านความรู้สึกทางเพศ สโคเวอร์และคณะ (Schover et.al 1989 :
 204-212) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 61 รายที่ทำการรักษาโดยการผ่าตัดและฉาย
 รังสี ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น และติดตามสอบถามในระยะเริ่มให้การวินิจฉัย ระยะ 6 เดือน
 และ 12 เดือนหลังการวินิจฉัย พบว่าความถี่และระยะเวลาการมีเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างชัดเจน
 แต่ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ยังคงเดิม เขาสรุปว่าผลทางด้านความถี่ที่ลดลงและปัญหาทาง
 เพศจะเกิดขึ้นได้แต่ใช้ระยะเวลานาน 1 ปีขึ้นไป

5. การเกิดเนื้อตาย (necrosis) ในส่วนหัวและคอของกระดูกต้นขา จะเกิดใน
 ระยะยาวเท่านั้น แต่ปัจจุบันเมื่อเปลี่ยนมาใช้รังสีชนิดซูเปอร์โวลเทจ (Supervoltage)
 แทน ดีฟ เอ็กซ์เรย์ (Deep x-ray) พบว่าโอกาสเกิดน้อยลงมาก (Souhami & Tobias
 1986 : 295)

6. อาการข้างเคียงอื่นๆ ได้แก่อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้และอ่อนเพลีย มักพบได้
 บ่อยในผู้ป่วยที่ทำการรักษาด้วยรังสี (Kobashi-Schoot et. al. 1985 : 306-313;
 Welch 1980; 365-371) คิงและคณะ (King et al 1985 : 55-61) ได้ทำการสอบถาม
 ผู้ป่วยมะเร็งตำแหน่งต่าง ๆ ที่ได้รับรังสี รวม 96 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 15 คน
 มะเร็งศีรษะและลำคอ 25 คน มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ 26 คน และมะเร็งระบบอวัยวะ
 สืบพันธุ์สตรี 30 คน โดยสอบถามทุก 1 สัปดาห์ในช่วงฉายรังสี และทุก 1 เดือนหลังฉายรังสีครบ
 เป็นเวลา 3 เดือน ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการ (symptom profile) ที่สร้างขึ้นมาจาก
 การสอบถามผู้ป่วยและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางรังสีรักษา ประกอบด้วยอาการ 15 อาการ พบว่า
 ผู้ป่วยมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี รายงานอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ และเบื่ออาหาร
 เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ในระหว่าง 5 สัปดาห์ของการฉายรังสี และจะลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง
 1-3 เดือนหลังการฉายรังสี นอกจากนั้นยังพบว่าอาการคลื่นไส้มักพบในตอนเช้า สำหรับการดูแล

ตนเองเมื่อมีอาการคลื่นไส้ การเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน ทอด หรือกลิ่นฉุน รวมทั้งอาหารที่เพิ่มก๊าซ เลี่ยงการรับประทานอาหารหลายประเภทในมื้อเดียวกัน หรือรับประทานอาหารเร็วเกินไป การรับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น 6-8 มื้อต่อวัน หากคลื่นไส้ตอนเช้าอาจรับประทานอาหารนมบั้งกรอบหลังจากตื่นนอน และควรวางวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ (Synder 1986 : 127-128 ,424 ; Lum & Gallagher-Allred 1984 : 469-474 ; Bucholtz ,in Ziegfeld 1987 :222-225)

7. การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ส่วนมากมักพบอารมณ์หลายอย่างได้แก่ โกรธ กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม เกิดภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้นอย่างมาก สูญเสียภาพลักษณ์แห่งตน (Self Image) ความมั่นใจในตนเองเปลี่ยนแปลงหรือเสียไป รวมทั้งมีความรู้สึกไม่แน่ใจในอนาคต (Burns 1982 : 279-285) ในระหว่างการฉายรังสีอารมณ์ซึมเศร้านี้มักพบได้บ่อยร่วมกับ อาการอ่อนเพลียและเบื่ออาหาร มาริโน (Marino 1981 : 65-66) กล่าวถึงสาเหตุของอาการซึมเศร้าไว้หลายอย่าง ได้แก่ การสะสมของสารพิษในกระแสเลือด เนื่องจากรังสีทำลายเซลล์ ทำให้เกิดการแตกและปล่อยสารพิษออกจากเซลล์ หรืออาจเกิดเนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic metabolism) ทำให้มีของเสียคั่งในกระแสเลือด

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ระดับความเครียดเพิ่มขึ้น (Mishel 1984 : 163-171) ความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย และติดตัวไปตลอด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือและจัดให้ได้รับข้อมูลเมื่อผู้ป่วยและญาติต้องการ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกและอารมณ์เครียด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเลือกใช้วิธีการปรับตัวที่เหมาะสมเมื่อเผชิญปัญหา (Burns 1982 : 142; Marino 1981 : 65-66; Yasko 1982 : 637)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นอารมณ์ที่พบในผู้ป่วยเมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง (Burns 1982 : 285) บางครั้งความรู้สึกไม่แน่นอนจัดเป็นวิธีการปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความหวังในขณะที่ภาวะสุขภาพเลวลง (Miller 1983 : 23-24) ซึ่งกิซซ์ (Geach 1987 : 538) กล่าวว่าผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความรู้สึกนี้ งานวิจัยต่อไปนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่

มิเชลล์และบราเดน (Mishel & Braden 1987 : 43-57) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนและการปรับตัวทางจิต ในผู้ป่วยมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี 44 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 53 ปี เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบคและคณะ (Norbeck et al, 1981) แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ (Mishel 1981, 1984) และเครื่องมือวัดการปรับตัวทางจิตของมอร์โรว์และคณะ (Morrow et al, 1978) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำ และผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำก็จะมีการปรับตัวทางจิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูง นอกจากนี้ยังพบว่าหน้าที่ของแรงสนับสนุน และลักษณะความรู้สึกไม่แน่นอนจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาและการรักษา โดยในระยะวินิจฉัยโรค ความรู้สึกคลุมเครือต่อเหตุการณ์จะเกิดขึ้น บทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่ในการปรับความเครียดและช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก มองเหตุการณ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ส่วนในระยะรักษาโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนจะเป็นลักษณะความซับซ้อนของการรักษาและระบบการให้บริการ แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ช่วยให้เกิดความกระจ่าง ในระยะหลังการรักษา 8 เดือน ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากไม่สามารถทำนายอนาคตเกี่ยวกับโรคและการกลับซ้ำ แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญกับอนาคตและการดำรงชีวิตในสังคม

เวบสเตอร์และคริสแมน (Webster & Christman 1988 : 384-400) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และอารมณ์เครียด ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 20 คน ใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ (Mishel 1981) เครื่องมือวัดวิธีการเผชิญปัญหาของจาร์โลวิสส์ (Jalowice & Power 1981) เครื่องมือวัดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า (Profile of mood state) ของแม็คน่า ลอร์รี่ และดรอปปเปอร์แมน (McNair, Lorr, & Droppleman 1971) เครื่องมือประเมินความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Peel Prognostic Index) ของฟิลล์และคณะ (Peel, Semple, Wang, Lancaster, & Dall, 1962) เริ่มเก็บข้อมูลโดยการประเมินความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนผู้ป่วยจำหน่าย จากนั้นตามเยี่ยมในวันที่ 6-10 หลังจำหน่ายพร้อมกับประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมสูงจะมีอารมณ์เครียดสูง สำหรับการใช่วิธีเผชิญปัญหา พบว่าผู้ป่วยที่ใช้การปรับตัวทางอารมณ์มากมักมีความเครียดสูง แต่ผู้ป่วยที่มีการปรับตัวโดยการแก้ปัญหา นั้นพบว่าจะเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งสูงและต่ำ ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายว่า เกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างนั้นพยายามจะแก้ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย โดยไม่สนใจต่อความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น และมีความเห็นว่าอารมณ์กับพฤติกรรมที่แสดงออกไม่สัมพันธ์กัน ส่วนตัวแปรด้านอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนหรือการเลือกใช่วิธีการเผชิญปัญหา และไม่สัมพันธ์กับภาวะอารมณ์เครียด ผู้ป่วยที่มีฐานะทางสังคมต่ำ จะมีความรู้สึกไม่แน่นอนและมีภาวะอารมณ์เครียดสูงกว่า รับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยมากกว่า และใช่วิธีเผชิญปัญหาโดยการแก้ปัญหาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีฐานะทางสังคมสูง ผลอีกประการหนึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยไม่สัมพันธ์กับอาการทางร่างกาย นอกจากนั้นผู้ป่วยที่เคยมีประวัติโรคหัวใจและมีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อน จะมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ป่วยที่เจ็บหน้าอกเป็นครั้งแรก * ผู้วิจัยสรุปว่าการกลับเป็นใหม่ของโรคจะทำให้ความรู้สึกคลุมเครือในเหตุการณ์เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเผชิญกับความจริงที่ว่า การรักษาและการให้ความร่วมมือที่ผ่านมาไม่สามารถควบคุมโรคได้ อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว จึงให้ผลสรุปเกี่ยวกับแนวโน้มไม่ชัดเจน

เพื่อจัดจุดอ่อนข้างต้น คริสแมนและคณะ (Christman et. al 1988 : 71-82) ได้ทำการศึกษาต่อเนื่องจากงานวิจัยของเวสต์เทอร์และคริสแมน โดยทำการศึกษาระยะยาว (longitudinal exploratory design) เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา อารมณ์เครียด ในระยะเวลาตั้งแต่ก่อนจำหน่ายจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลนาน 4 สัปดาห์ นอกจากนั้นยังศึกษาอิทธิพลของ อายุ การศึกษา และความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยด้วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 70 ราย เริ่มประเมินความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และภาวะเครียด โดยใช้เครื่องมือ 4 ชนิดเหมือนงานวิจัยของเวสต์เทอร์และคริสแมน โดยประเมินก่อนจำหน่าย 1 ครั้ง หลังจากนั้นติดตามวัดตัวแปรข้างต้นอีก 2 ครั้งคือ ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 หลังจำหน่าย ซึ่งในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวนตัวอย่างที่ได้ข้อมูลกลับมาเหลือเพียง 60 ราย ผลปรากฏว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แม้ว่าในสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีค่าสูงขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอารมณ์เครียดพบว่า มีคะแนนสูงขึ้นเล็กน้อยเมื่อเวลาเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านวิธีการเผชิญปัญหาพบว่าผู้ป่วยใช้วิธีแก้ปัญหา (confrontive) มากกว่าวิธีใช้อารมณ์ทั้ง 3 ระยะ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า การศึกษาและวิธีเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะใช้วิธีแก้ปัญหามากและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำทั้ง 3 ระยะ แต่เมื่อเวลาผ่านไประดับความสัมพันธ์ข้างต้นจะลดลง และเมื่อถึงสัปดาห์ที่ 4 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ของทั้งสามตัวแปร ส่วนอายุพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยคาดว่าอายุอาจมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญปัญหาโดยตรงมากกว่าจะสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งต้องศึกษาต่อไป

อย่างไรก็ดีจากการศึกษาของมิเชลล์ (Mishel 1984 : 163-171) ซึ่งศึกษาตัวทำนายภาวะเครียดในโรงพยาบาล เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ 100 คน มีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 3 เดือน ร้อยละ 76 อายุ 46 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษาในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 45 และวิทยาลัยร้อยละ 43 เป็นเพศชายร้อยละ 97 พบว่าเมื่อมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะทำให้เกิดภาวะเครียดในโรงพยาบาลมาก ส่วนอายุและการศึกษาไม่มีผลโดยตรง

ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งผลทางด้านการศึกษานั้นพบว่าตรงข้ามกับทฤษฎี ในจุดนี้ผู้วิจัยกล่าวว่า ต้องศึกษาต่อไป

คริสแมน (Christman 1990 : 17-20) ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอน ความหวัง ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ความสามารถในการควบคุมสุขภาพ ต่อการปรับตัวทางจิต ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา โดยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ จำนวน 68 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 15 คน มะเร็งเต้านม 12 คน มะเร็งถุงอัณฑะ 5 คน มะเร็งต่อมน้ำเหลือง 5 คน มะเร็งศีรษะและคอ 3 คน มะเร็งไต 10 คน และมะเร็งที่อื่นๆ 5 คน ใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชลล์ (Mishel, 1981) เครื่องมือวัดความสิ้นหวังของเบคส์และคณะ (Beck, et.al 1974) เครื่องมือวัดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยปรับมาจากเครื่องมือของแมคคอร์คีย์และยัง (McCorkle & Young 1978) ความสามารถในการควบคุมสุขภาพวัดโดยใช้เครื่องมือของแครนซ์และคณะ (Krantz et.al.1980) เครื่องมือวัดการปรับตัวทางจิต ของเดอร์โรกาทิส และโลเปส (Derogatis & Lopez 1983) วัดซ้ำแปรทั้งหมดตั้งกล่าว 3 ครั้งคือ ก่อนฉายรังสี วันที่ 15 ขณะฉายรังสี และวันสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการฉายรังสี ผลพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตในวันที่ 15 ขณะฉายรังสี ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความหวัง ส่วนในวันสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการฉายรังสี คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความหวัง และความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยสรุปว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก และมีความหวังน้อย จะมีปัญหาในการปรับตัวทางจิต ส่วนความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การปรับตัวทางจิตต่อการรักษายุ่งยากมากขึ้น

บราเดน (Braden 1990 : 42-47) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายในแบบแผนการช่วยเหลือตัวเอง (Self help model) ซึ่งประกอบด้วยชนิดของโรค ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย การสังเกตตนเอง ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกไม่แน่นอน ความสามารถหรือทักษะของผู้ป่วย การช่วยเหลือตัวเอง และความพอใจของบุคคลต่อสถานการณ์หนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรุมตอยด์ 396 คน ใช้เครื่องมือวัดการสังเกตตนเองของแครนซ์และคณะ (Krantz et.al 1980) เครื่องมือวัดความรุนแรงของความเจ็บป่วยของฟอร์เชทท์และ

คณะ (Forsyth et.al 1984) เครื่องมือวัดการพึ่งพาผู้อื่นพัฒนาจากเครื่องมือของเบนโนเลียล และคณะ (Benoliel et.al 1981) เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ (Mishel, 1981) เครื่องมือวัดความสามารถหรือทักษะของผู้ป่วยของกิเวทท์ (Given, 1984) ส่วนเครื่องมือวัดความพอใจของบุคคลต่อสถานการณื ใช้เครื่องมือวัดความพอใจของแคมเบลล์และคณะ (Campbell et.al 1976) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณมีความเจ็บป่วยรุนแรง จะมีความรู้สึกไม่แน่นอนมากกว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยไม่รุนแรง ผู้ป่วยที่เป็นหญิงจะมีความสามารถหาข้อมูลได้ดีกว่าเพศชาย และการแสวงหาข้อมูลจากทีมสุขภาพสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้ หากขาดความต้องการข้อมูลความรู้สึกไม่แน่นอนจะเพิ่มขึ้น

นอกจากจะมีการศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้ว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นในญาติซึ่งมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน และลดความรู้สึกไม่แน่นอนในตัวผู้ป่วยลงได้ เบรมเวลล์และวอลล์ (Bramwell & Whall 1986 : 282-287) ได้ทำการตรวจสอบความวิตกกังวลของภรรยาที่สามีป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก โดยให้ภรรยา 82 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง คือก่อนสามีจะจำหน่ายจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่าย 3 สัปดาห์ พบว่าการแสดงบทบาทสนับสนุนมีผลทำให้ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนั้นยังพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในปัจจุบันและอนาคตเป็นสาเหตุทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น โดยความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นเกิดจากความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการเป็นกลับซ้ำของโรค หรือความสามารถของการปรับตัวรวมทั้งการขาดข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของสามี การไม่สามารถทำนายพฤติกรรมในอนาคตของสามี และไม่สามารถทำนายอนาคตของโรคได้

ยาชีสกี (Yarcheski 1988 : 401-413) ได้วิเคราะห์ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการรับรู้ระยะเวลาที่แตกต่างกันในอนาคตของผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ โดยใช้ผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งป่วยเป็นโรคซิสติกไฟโบรซิส (cystic fibrosis) จำนวน 32 คน และญาติ 32 คน เครื่องมือคือแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ (Mishel 1981, 1983, 1984) แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติ (The Parent Perception of Uncertainty Scale : PPUS) สร้างโดยมิเชลล์ (Mishel 1983) และแบบวัดการรับรู้

ระยะเวลาที่แตกต่างกันในอนาคตของเฮมเบิร์ก (Heimberg 1963) ผลพบว่าระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแตกต่างจากญาติ และการรับรู้ระยะเวลาที่ต่างกันในอนาคต ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมของผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยอภิปรายว่า อาจเนื่องจากการรับรู้คำจำกัดความของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มญาติแตกต่างกัน หรืออาจเกิดจากข้อคำถามในแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยและญาติอาจเป็นตัวแปรภายนอก (extraneous variable) ทำให้ผลที่ได้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการรับรู้ระยะเวลาที่ต่างกันในอนาคตของผู้ป่วยและญาติ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถทำนายอนาคต ซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งในสิ่งของความรู้สึกไม่แน่นอน

จะเห็นได้ว่างานวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สำหรับงานวิจัยที่มุ่งจัดกระทำเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น ยังไม่มีผู้ใดรายงานไว้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่างานวิจัยที่เสนอข้างต้น สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบการพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

ความต้องการข้อมูล

การที่พยาบาลจะแสดงบทบาท ในการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งยังต้องมีความสามารถที่จะประเมินความพร้อมในด้าน ความต้องการข้อมูล หรือลักษณะข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอีกด้วย (Close 1988 : 206-210 ; Haferkorn 1971 : 199-200) บิลลี (Billie 1983 : 479-488) ได้ย้ำถึงความสำคัญในการให้ความรู้โดยคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Humanizing Patient Education) ซึ่งการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในที่สุด นอกจากนั้นการเข้าใจในเรื่องโรค การรักษาและผลที่ได้รับของญาติ จะช่วยให้ญาติมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง และสามารถมีบทบาทสนับสนุนผู้ป่วยทั้งในด้านการปฏิบัติตัว

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้ (Tringali 1986 : 65-69)

ปัจจุบันยังมีปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ของการสอนให้ความรู้ คือทั้งพยาบาลและผู้ป่วยยังแสดงบทบาทในฐานะผู้สอนและผู้เรียนไม่สอดคล้องกัน (Close 1988 : 210-211) ทิลลีและคณะ (Tilley et. al 1987 : 291-301) ได้ศึกษาถึงความสอดคล้องระหว่างการรับรู้ในบทบาทผู้สอนของพยาบาลและบทบาทผู้รับของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) จำนวน 38 คู่ พบว่าผู้ป่วยคาดหวังว่าพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความรู้โดยทั่วไป ส่วนข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับสภาพของตนผู้ป่วยคาดหวังว่าจะได้รับจากแพทย์มากกว่า นอกจากนี้พบว่าพยาบาลยังประเมินความต้องการความรู้ของผู้ป่วยไม่ชัดเจน และยังต้องพัฒนาบทบาทในด้านการสอนต่อไป

สำหรับบทบาทของแพทย์ วอลส์กิน (Walitzkin 1985 : 81-101) ได้ศึกษาการให้ข้อมูลของแพทย์กับผู้ป่วย โดยศึกษาถึงลักษณะต่าง ๆ ของทั้งแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงลักษณะทางคลินิกที่จะมีผลต่อการให้ข้อมูลของแพทย์แก่ผู้ป่วย วิธีการศึกษาใช้ทั้งแบบสอบถาม สัมภาษณ์ บันทึกเทป และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างมีชั้น (stratified sample) ในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป ได้แพทย์ 34 คน ผู้ป่วย 314 คน และมีจำนวนครั้งในการพบกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย 336 ครั้ง ผลพบว่า เวลาจริงที่แพทย์ใช้ในการอธิบายและให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยเฉลี่ย 1.3 นาที แต่แพทย์รับรู้ว่าคุณใช้เวลาในการให้ข้อมูลต่อผู้ป่วย เฉลี่ย 8.9 นาที นั่นคือแพทย์รับรู้ว่าคุณใช้เวลาในการให้ข้อมูลมากกว่าความเป็นจริง และการใช้เวลาในการให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่จะเป็นการตอบคำถามที่ผู้ป่วยถามขณะนั้น แพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) รับรู้ว่าคุณไม่ต้องการข้อมูล และจากการสังเกตผู้ป่วยพบว่าขณะพบแพทย์มักถามคำถามกับแพทย์เพียงเล็กน้อย สำหรับผลจากการศึกษาลักษณะของแพทย์ ผู้ป่วย และลักษณะคลินิก ที่อาจมีผลต่อการให้ข้อมูล พบว่า แพทย์ที่ใช้เวลาในการให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยน้อย ส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องตรวจต่อวันสูง มีการใช้จ่ายเงินมาก ค่อนข้างอนุรักษ์นิยม และมีความต้องการอำนาจขณะพบผู้ป่วย ส่วนแพทย์ที่ใช้เวลาในการอธิบายและให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยมาก จะมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการให้ข้อมูล สำหรับอายุและจรรยาวิชาชีพของแพทย์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้เวลาในการ



อธิบายและให้ข้อมูลต่อผู้ป่วย ส่วนลักษณะของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุกลางคนขึ้นไปและเป็นโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลจากแพทย์มากกว่า ส่วนผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงจะได้รับเวลาในการอธิบายจากแพทย์มากกว่า และผู้ป่วยหญิงมีแนวโน้มที่จะถามปัญหามากกว่าชาย ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับวิทยาลัยขึ้นไปมีแนวโน้มได้รับข้อมูลจากแพทย์มากกว่า สถานภาพสมรสพบว่าไม่มีความแตกต่างของการได้รับข้อมูล ในด้านชนชั้นทางสังคมพบว่า ผู้ป่วยที่มีชนชั้นทางสังคมต่างกันมีความต้องการข้อมูลไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีระดับชั้นทางสังคมระดับกลางและสูง ได้รับข้อมูลและการอธิบายจากแพทย์มากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับชั้นทางสังคมต่ำ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคไม่ตี หรือผู้ป่วยที่แพทย์ยังไม่แน่ใจในการวินิจฉัยโรคให้แน่นอน มีแนวโน้มได้รับข้อมูลและการอธิบายมากกว่า สำหรับสถานการณ์ในคลินิกพบว่า ผู้ป่วยตึกพิเศษได้รับการอธิบายข้อมูลมากกว่าผู้ป่วยนอกเล็กน้อย แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคลินิกที่แพทย์มีการตรวจผู้ป่วยมากกว่า 20 คนต่อวัน ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลน้อยลง

จากการศึกษาของ ลิลลี่ (Lilley 1987 : 327-337) เพื่อเปรียบเทียบความต้องการของผู้ป่วยซึ่งเป็นมะเร็งที่เต้านมตลก กับการรับรู้ของพยาบาลในเรื่องความต้องการของผู้ป่วยจำนวน 15 คู่ โดยใช้แบบสอบถามประเมินความต้องการ (Human needs assessment scale) ของเวทท์ (Waite 1983) พบว่าการรับรู้ของทั้งผู้ป่วยและพยาบาลไม่แตกต่างกัน แต่พยาบาลให้ความสำคัญ 10 อันดับแรกเกี่ยวกับการดูแลทางร่างกาย ในขณะที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ 10 อันดับแรกเป็นความต้องการด้านจิตอารมณ์และวิญญาณ นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนปีในการทำงานของพยาบาล ไม่ทำให้เกิดความแตกต่างในการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย

สำหรับความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งได้มีผู้ศึกษาและรายงานผลไว้ ดอดด์ และ เอเมต์ (Dodd & Ahmed 1987 : 244-251) ศึกษาถึงชนิดของข้อมูลที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 60 ราย ทำการสัมภาษณ์ 2 ระยะคือ ระยะเริ่มฉายรังสีและระยะหลังฉายรังสีครบ 4-7 สัปดาห์ ผลปรากฏว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 38 คน จาก 60 คน ต้องการข้อมูลที่ช่วยให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมทั้งสิ่งที่ตนต้องประสบ (cognitive information) มากกว่าข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติ (behavioral information) และความ ต้องการนี้ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายว่าอาจเกิดเนื่องจากความคุ้นเคยและมีประสบ

การตีในการฉายรังสีเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าคุณสมบัติส่วนบุคคล ระดับความวิตกกังวล และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ของผู้ป่วย ยังเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความต้องการข้อมูล

ส่วนเดอเดียร์รีน (Derdarian 1987 : 156-163) ได้ศึกษาความต้องการข้อมูลด้านต่าง ๆ 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกายจิตใจ ความรู้สึของผู้ป่วยเกี่ยวกับครอบครัวและสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เลือมาแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 ราย เป็นชาย 31 คน หญิง 29 คน มีความแตกต่างในด้านอายุ การวินิจฉัยโรค ชนิดของมะเร็ง และการรักษา สอบถามผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือประเมินความต้องการที่สร้างขึ้น (Derdarian Information Needs Assessment : DINA) ผลปรากฏว่าความต้องการข้อมูลขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความรู้สึถึงภาวะคุกคาม และความแตกต่างของอายุ ส่วนสถานการณ์สมรส เพศ ระยะเวลาในการแสวงหาแหล่งรักษา และการมีประสบการณ์การเป็นมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย

ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงได้ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล (Aggleton & Chalmer 1985 : 36-39; Ziegler, Wrobel and Erlen 1986 : 266) ได้มีนักวิจัยหลายท่านทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระบบการพยาบาลและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

ฮาร์เปอร์ (Harper 1984 : 29-46) ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการพยาบาล โดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงอายุซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีปัญหาเกี่ยวกับการให้ยาด้วยตนเอง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 ราย โดยการสุ่ม กลุ่มทดลองจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับ จุดประสงค์ ภาวะแทรกซ้อน เวลาที่ได้ยา ขนาดของยา และปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารยา กลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล 3 ระยะ คือก่อนสอน หลังสอนทันที และ

4 สืบค้นหาหลังสอน วัดผลของการทดลองใช้ระดับความดันโลหิต 7 ครั้ง ทดลองการทดลอง ความรู้วัดโดยใช้แบบวัดความรู้ของฮอร์น และสวैन (Horn & Swain) ความเชื่ออำนาจในตนเอง นอกตนเองเกี่ยวกับสุขภาพใช้แบบวัดของวอลสตัน และคณะ (Wallston et. al) วัดพฤติกรรมการ ดูแลตนเองโดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนจะมีความรู้เกี่ยวกับการให้ยา และมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเวลาผ่านไปความรู้เกี่ยวกับการให้ยาและการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองจะค่อยๆ ลดลง ในจุดนี้ผู้วิจัยให้ข้อคิดเห็นว่าจะทำการวิจัยต่อโดยมุ่ง ใช้ระบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอไม่ลดลง แม้ว่าระยะเวลา จะเพิ่มขึ้นยาวนานเพียงใดก็ตาม

ส่วนวิลเลียมและคณะ(Williams et.al 1988 : 191-206) ได้ศึกษาผลของการ ใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้กับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยทำการ ศึกษาในผู้ป่วยที่ผ่าตัดมดลูกและเต้านมอย่างละ 30 ราย รวม 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองเท่าๆ กัน ในกลุ่มทดลองจะใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ โดยสอน ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดและพักผ่อนหลังผ่าตัด ส่วนการสอนหลังผ่าตัดจะทำการสอน ในวันที่ 2-3 หลังผ่าตัด และในระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัด ผลปรากฏว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในระยะหลังผ่าตัดทันที และ ระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัด

ฮาร์ตลีย์ (Hartley 1988 : 161-167) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระบบการ พยาบาลกับการปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 37 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ สอนที่มีเทคนิคสอดคล้องกับการเรียนรู้ของผู้ป่วย และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยไม่คำนึงถึงการ เรียนรู้ของผู้ป่วย วัดความสอดคล้องระหว่างเทคนิคการสอนและวิธีการเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือ ของโคลบ (Kolb 1985) วัดกิจกรรมการตรวจเต้านมโดยใช้แบบตรวจสอบ (check list) ที่สร้างขึ้น และวัดความถี่ของการตรวจเต้านมหลังจากการสอน 60 วัน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม

ถามทางไปรษณีย์ พบว่าทั้งความถี่และความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่ต่างกันทางสถิติ ผู้วิจัยสรุปว่าความสอดคล้องระหว่างเทคนิคการสอนและวิธีการเรียนรู้ของผู้ป่วยไม่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องและความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ยังคงมีการวิจัยต่อไปโดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของโอเร็มที่ว่า การใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ปัจจุบัน การศึกษาถึงผลของการให้การพยาบาลชนิดให้ความรู้และสนับสนุนต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยยังไม่มีผู้ใดรายงานไว้ เพียงแต่มีรายงานที่เสนอผลของการให้ความรู้หรือโปรแกรมการสอนเฉพาะ กับตัวแปรหลายชนิดได้แก่ การลดความวิตกกังวลหรือความเครียด การปรับตัวและการตอบสนองทางอารมณ์ ดังนี้

อิสเรล และมูด (Isreal & Mood 1982 : 57-63) รายงานผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีเป็นครั้งแรก 36 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามระยะเวลาในการรักษากลุ่มละ 12 คน ในแต่ละกลุ่มยังแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 6 คน ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูล 3 ระยะคือก่อนให้การรักษา สัปดาห์ที่ 2 หรือ 3 ขณะรักษา และครั้งสุดท้ายในการรักษา โดยข้อมูลที่ให้ในแต่ละระยะ จะแตกต่างกันตามลักษณะความต้องการหรือจุดสนใจของผู้ป่วย จากนั้นจึงทำการวัดระดับความรู้และพฤติกรรมการตอบสนองต่อภาวะเครียด โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นพบว่าหลังให้ข้อมูลกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่า และมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อภาวะเครียดเหมาะสมกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนจอห์นสัน และคณะ (Johnson et al 1988 : 46-51) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้กับการปรับตัวและการสนองตอบทางอารมณ์ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรังสีรักษา 84 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษาในรูปแบบของเทปประกอบเสียง 4 ระยะ ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเลย ทำการวัดผล 5 ครั้งคือในสัปดาห์ที่ 1, 3 และสัปดาห์สุดท้ายในการ

รักษา ในเดือนแรก และเดือนที่ 3 หลังฉายรังสีครบตามลำดับ ผลปรากฏว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีคะแนนการปรับตัวและการตอบสนองทางอารมณ์ดีกว่ากลุ่มควบคุม และหากจำนวนภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น การปรับตัวและการตอบสนองทางอารมณ์จะเลวลง นอกจากนั้นพบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี จะเกิดประมาณสัปดาห์ที่ 3 ขณะฉายรังสี

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง คือ ดอดด์ (Dodd 1984 : 23-27) ศึกษาถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ในผู้ป่วยฉายรังสีที่เลือกมาตามเกณฑ์จำนวน 30 ราย ทำการศึกษาระยะยาวตั้งแต่เริ่มฉายรังสี จนกระทั่งครบ 4-7 สัปดาห์ วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลปรากฏว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาจะมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และผู้ป่วยที่สามารถบอกได้ถึงจำนวนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาได้มาก จะมีความสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้หรือบอกไม่ได้ถึงจำนวนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาของจินตนา ตั้งวรวงศ์ชัย (2529) ได้เปรียบเทียบการใช้สไลด์ประกอบเสียงและการสอนตามปกติ กับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและการปรับตัวของผู้ป่วย ลักษณะงานวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการฉายรังสีที่เลือกตามเกณฑ์แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย วัดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย 2 ครั้ง คือก่อนได้รับการสอนและในเดือนที่ 3 หลังได้รับการสอน ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 3 หลังให้ความรู้ และมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทั้งในเดือนที่ 1, 2 และ 3 หลังได้รับการสอนและให้คำแนะนำ

จะเห็นได้ว่าการวิจัยทั้งหลายข้างต้น เป็นการวิจัยในหน่วยย่อยของระบบการพยาบาล ชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ของโอริเอม ส่วนการพยาบาลทั้งระบบเพื่อลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ยังไม่มีผู้ใดรายงานไว้ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ ผู้วิจัยมีความสนใจอย่างยิ่งและเห็นว่าน่าจะทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผลการวิจัยในสถานการณ์จริงและทฤษฎี

โดยศึกษาถึงผลของการให้ระบบการพยาบาลทั้งระบบ และวัดผลคะแนนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นตัวแปรตาม อนึ่งการวิจัยครั้งนี้ต่างจากการศึกษาอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน นอกจากจะให้การพยาบาลทั้งระบบแล้ว โปรแกรมการให้ความรู้ก็มีลักษณะเฉพาะ กล่าวคือมุ่งส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้โดยใช้สื่อที่ประกอบเสียง ซึ่งมีเนื้อหาเหมาะสมกับช่วงเวลาของการเกิดปัญหาและความต้องการข้อมูลเฉพาะด้านของผู้ป่วย



วิธีการดำเนินการวิจัย

แบบวิจัย (Research design)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อเปรียบเทียบผลการให้การรักษาพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเริ้ม กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างการรับรังสีรักษา และสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจากหน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2532 ถึง มิถุนายน 2533 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 74 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกเป็นครั้งแรก
- 2) ได้รับรังสีเพื่อรักษาไม่ใช่เพื่อบรรเทาอาการ
- 3) มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป
- 4) เข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบสอบถามได้
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
- 6) เป็นผู้ป่วยนอก

ผู้วิจัยได้จัดผู้ป่วย 37 คนแรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เข้ารับการรักษาในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2532 และยอมเข้าร่วมโครงการอยู่ในกลุ่มควบคุม หลังจากดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้นแล้ว จึงเลือกผู้ป่วยอีก 37 คน ซึ่งเข้ารับการรักษา

ในช่วงเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 2533 เข้ากลุ่มทดลอง การที่จัดกระทำเช่นนี้เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนของความตรงภายใน (Internal validity) ดังต่อไปนี้ 1) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลองจากการที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการพบปะพูดคุย หรือแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน 2) ป้องกันการที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ เกิดความเอนเอียงในการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้การพยาบาลทดแทนในกลุ่มควบคุมมากขึ้นเพื่อให้เท่าเทียมกับกลุ่มทดลอง 3) ป้องกันมิให้ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ทราบว่าตนได้รับการพยาบาลน้อยกว่าและต่างกับกลุ่มทดลอง เกิดการแข่งขันเพื่อให้ได้ผลเท่าเทียมกับกลุ่มทดลอง และ 4) ป้องกันมิให้กลุ่มควบคุมเกิดความคิดที่ตนมิได้รับความเป็นธรรมในการรักษาพยาบาล ทำให้เสียขวัญและกำลังใจ ซึ่งผิดจริยธรรมในการรักษาพยาบาลด้วย ความคลาดเคลื่อนของความตรงภายในจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถแปลผลการวิจัยที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องตรงกับความเป็นจริง

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาคีครั้งนี้ได้แก่ แผนกรังสีรักษา โรงพยาบาลรามารักษ์ ซึ่งรับผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยรังสี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก และฉายรังสีติดต่อกันทุกวันยกเว้นวันหยุดราชการ ระหว่างฉายรังสีผู้ป่วยต้องพบแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หลังฉายรังสีครบแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจอย่างต่อเนื่อง สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยรังสีรักษา จะทำหน้าที่ช่วยเหลือแพทย์ในห้องตรวจและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะราย เช่น ให้เลือด หรือสารละลายทางเลือดดำตามแผนการรักษา ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องอาหาร น้ำ การดูแลผิวหนัง การมาตรวจ และการเสียค่ารักษาพยาบาลอย่างกว้าง ๆ ได้แจกเอกสารและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนผู้ป่วยจะฉายรังสีครั้งแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

เครื่องมือในการให้ความรู้ ภายในระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่สไลด์ประกอบเสียง ซึ่งสร้างโดย สมจิต หนูเจริญกุล, พวงทอง ไกรพิบูลย์, ปรีชา ไพรัชเวทย์, อนันต์ อนุศาสนนันท์, นำพร ประกายหงษ์มณี และกัญญา วรณานิซ บทความรู้นี้ ตัดแปลงจาก มุตและคณะ (1985) ซึ่งสไลด์ชุดเดิมได้รับรางวัลในการแสดงนิทรรศการในการประชุมสมาคมพยาบาลมะเร็งแห่งชาติของอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1987 สไลด์ประกอบเสียงนี้มี 3 บทแต่ละบทจะมีเนื้อหาดังนี้

- บทที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับรังสีรักษา ระบบการให้บริการของหน่วย การเตรียมตัวมารับ การฉายรังสี การดูแลตนเองในเรื่องผิวหนัง อาหาร น้ำ ใช้เวลา 24 นาที
- บทที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตัว ทั้งในแง่การป้องกันและการดูแลตนเอง เมื่อเกิดอาการข้างเคียง ขณะได้รับการฉายรังสี ใช้เวลา 23 นาที
- บทที่ 3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังฉายรังสี โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และส่งเสริมการดูแลตนเองในการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้ความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัด ใช้เวลา 18 นาที

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ภูมิสำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การจ่ายค่ารักษา การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ชนิดของการรักษา ปริมาณรังสีที่ได้รับ ชนิดและวันที่เกิดอาการข้างเคียง และระยะเวลาที่รับการรักษา (ภาคผนวก ข. และ ค.)

2.2 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แปลมาจากแบบประเมินของ มิเชลล์ (The Mishel Uncertainty in illness scale : MUIS ,1982) ซึ่งมิเชลล์ พัฒนาจากแบบประเมินที่สร้างครั้งแรกในปี ค.ศ. 1981 แบบประเมินชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำนวน 28 ข้อ แต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยผู้ป่วยจะตอบว่าข้อความนั้นเป็นจริงสำหรับตนเองมากน้อย เพียงใด จาก 1 คะแนนคือไม่จริงที่สุด ถึง 5 คะแนนคือจริงที่สุด (ภาคผนวก ง) แบบวัดชุดนี้ ใช้วัดลักษณะความรู้สึกไม่แน่นอน 2 ลักษณะ ลักษณะแรก ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 16 ข้อ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 16-80 คะแนน ลักษณะที่ 2 ความซับซ้อนของการรักษาและระบบ ให้บริการ 12 ข้อ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 12-60 คะแนน แบบวัดชุดนี้มีทั้งคำถามในแง่บวกและลบ โดยคำถามในแง่บวกมี 21 ข้อ และแง่ลบ 7 ข้อ ก่อนรวมคะแนนทั้งหมดผู้วิจัยได้กลับคะแนนที่ได้ ในข้อคำถามแง่ลบ 7 ข้อเสียก่อน คะแนนรวมของข้อมูลทั้งชุดอยู่ระหว่าง 28 คะแนน (ความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ) ถึง 140 คะแนน (ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง)

ด้านความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) มิเชลล์ (Mishel,1981) ได้ตรวจสอบแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่สร้างขึ้นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ.1981 จำนวน 34 ข้อ โดยใช้ 3 วิธีคือ

2.2.1. วิธีทราบกลุ่มตัวอย่าง (know group technique) พบว่าเครื่องมือจำนวน 34 ข้อนั้น สามารถแยกความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วย ศัลยกรรม กลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม และกลุ่มผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะวินิจฉัยโรค โดยมีระดับคะแนน ความรู้สึกไม่แน่นอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ จากน้อยไปหามากตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี

2.2.2. วิธีหาความสัมพันธ์ตามทฤษฎี พบว่าคะแนนของเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจำนวน 34 ข้อนี้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ป่วย ในโรงพยาบาล และสัมพันธ์ทางลบกับการขาดความเข้าใจในผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีที่คาดคะเนไว้เช่นกัน

2.2.3. วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่าเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จำนวน 34 ข้อ มี 4 ด้านคือ

ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (สัมประสิทธิ์แอลฟา 0.91)

ความซับซ้อนของการรักษาและระบบให้บริการ (สัมประสิทธิ์แอลฟา 0.75)

การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย

(สัมประสิทธิ์แอลฟา 0.71)

การไม่สามารถทำนายการดำเนินและพยากรณ์โรค (สัมประสิทธิ์แอลฟา 0.70)

ต่อมาในปีค.ศ. 1982 มิเชลล์ได้ปรับปรุงเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยตัดข้อที่ซ้ำซ้อนออกไปเหลือ 28 ข้อ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 729 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็ง 330 คน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย 138 คน และผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่ไม่ใช่ผู้ป่วยใน 2 กลุ่มแรก 261 คน และวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่ามี 2 ด้านคือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความซับซ้อนของการรักษาและระบบให้บริการ นอกจากนี้ยังหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าความเที่ยง ในแต่ละลักษณะดังนี้

1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สัมประสิทธิ์แอลฟา 0.87

2. ความซับซ้อนของการรักษาและระบบให้บริการ สัมประสิทธิ์แอลฟา 0.81

สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุด สัมประสิทธิ์แอลฟา 0.89

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือจำนวน 28 ข้อที่แปลเป็นภาษาไทยแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางอายุรศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลทางอายุรศาสตร์ และทฤษฎีการพยาบาล 1 ท่าน รวม 3 ท่าน จากนั้นนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal validity) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุด 0.79 สำหรับค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุด วัดก่อนฉายรังสี 0.83

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุด วัดหลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15 0.88

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุด วัด 2 วันสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการรักษา 0.88

2.3 แบบประเมินความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลจริง สร้างโดยมูด (Mood 1985) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2533) (ภาคผนวก ข) แบบประเมินทั้งสองชุดประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ในแบบประเมินความต้องการข้อมูลจากไม่ต้องการเลย 1 คะแนน ถึงต้องการมากที่สุด 4 คะแนน และในแบบประเมินการได้รับข้อมูลจริง จากไม่ได้รับเลย 1 คะแนน ถึงได้รับมากที่สุด 4 คะแนน วัดความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทั้งสองชุดได้ 0.75 และ 0.74 ตามลำดับ การที่ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้งสองชุดมาร่วมประเมินการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยต้องการยืนยันถึงความเข้มข้นของการจัดกระทำ (Principle of maximize the systemic variance) และในระบบการพยาบาลที่จัดกระทำนี้ การให้ข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

วิธีการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตจากหัวหน้าภาควิชารังสีรักษาแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจากคลินิกมะเร็งเร็งแผนกผู้ป่วยนอกแผนกนรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ทุกวันจันทร์ เวลา 13.00-15.30 น.
2. ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นแนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือโดยฉันทกษิธิของผู้ป่วยในการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (ภาคผนวก ก.)
3. ผู้ป่วย 37 คนแรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมโครงการ ถูกจัดเข้า

เป็นกลุ่มควบคุม เมื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบแล้ว เริ่มการทดลองโดยเลือกผู้ป่วยอีก 37 คน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เช่นกัน

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากหน่วยรังสีรักษา มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้จำนวน 48 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.49) สูญหายระหว่างการวิจัยจำนวน 4 คน เนื่องจากไม่มารักษา (ร้อยละ 8.33) และส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น 1 คน (ร้อยละ 2.08) คงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 37 คน (ร้อยละ 77.08)

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ มีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้จำนวน 42 คน ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.76) สูญหายระหว่างการวิจัยจำนวน 2 คน เนื่องจากไม่มารักษา (ร้อยละ 4.76) และส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น 1 คน (ร้อยละ 2.38) คงเหลือผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง 37 คน (ร้อยละ 88.09)

4. ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ผู้วิจัยได้เก็บจากเวชระเบียน จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การทำแบบประเมินครั้งนี้ถือเป็นครั้งที่ 1 โดยทำก่อนให้รังสีรักษา ครั้งที่ 2 หลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15 และครั้งที่ 3 ในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ในการประเมินความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริง ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนฉายรังสี ส่วนการตอบแบบสอบถามการได้รับข้อมูลจริง จะตอบในระยะ 2 วันสุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมนี้จะได้รับการพยาบาลปกติจากหน่วยรังสีรักษา ผู้วิจัยไม่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกลุ่มควบคุมในด้านการให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุนผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีข้อข้องใจหรือมีปัญหา ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับฟังปัญหาเหล่านั้นพร้อมทั้งบันทึกไว้ และแนะนำให้ถามเจ้าหน้าที่ในหน่วยรังสีรักษา

5. กลุ่มทดลองได้เริ่มดำเนินการเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จสิ้นไปแล้ว โดยเริ่มด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอน แล้วเริ่มจัดกระทำคือให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในด้านการให้ความรู้ ใช้สไลด์ประกอบเสียง 3 บท ฉายให้ผู้ป่วยชมในระยะเวลาที่แตกต่างกันดังนี้

บทที่ 1 ให้ผู้ป๋ายชมทันที หลังจากผู้ป๋ายตอบแบบประเมินผลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป๋ายครั้งที่ 1 แล้ว

บทที่ 2 ให้ผู้ป๋ายชมในวันที่ 6 ระหว่างการฉายรังสี

บทที่ 3 ให้ผู้ป๋ายชมก่อนจำหน่ายจากรังสี 5 วัน

ในแต่ละครั้งที่ชมสไลด์ประกอบเสียง ผู้ป๋ายและญาติได้ชมกันเป็นกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 2-5 คน เมื่อฟังสไลด์ประกอบเสียงจบแล้วได้เปิดโอกาสให้ผู้ป๋ายและญาติซักถามปัญหาข้อข้องใจ หลังจากนั้นให้ผู้ป๋ายตอบคำถามเกี่ยวกับเนื้อหาจากสไลด์เทป (ภาคผนวก จ) ถ้าผู้ป๋ายตอบไม่ได้สามารถปรึกษาญาติและช่วยกันตอบได้ หากมีการเข้าใจผิดหรือไม่ทราบเนื้อหาที่ได้ฉายสไลด์เทป ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป๋ายและญาติ ในระหว่างรับรังสีรักษาทุกสัปดาห์ผู้วิจัยต้องพบผู้ป๋าย 1-2 ครั้ง โดยผู้วิจัยได้ประเมินและบันทึกความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป๋าย ตามแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป๋ายมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา (ภาคผนวก ฉ) และวิเคราะห์สาเหตุของความพร้อมตามโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง แล้วให้การช่วยเหลือไปตามสาเหตุ วิธีการช่วยเหลือจะเป็นไปตามวิธีการช่วยเหลือภายในระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเริ่ม ซึ่งประกอบด้วย การสอน การชี้แนะและสนับสนุน รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป๋าย ซึ่งวิธีการช่วยเหลือภายในระบบข้างต้นจะกระทำโดย การให้ความรู้ตามที่ผู้ป๋ายต้องการ การเปิดโอกาสให้ผู้ป๋ายได้ซักถามข้อข้องใจ ตอบปัญหาของผู้ป๋ายในแต่ละเรื่อง ช่วยผู้ป๋ายในการเลือกคำถามที่จะถามแพทย์ ร่วมกับการชี้แนะสนับสนุนในการดูแลตนเองและการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้กำลังใจแก่ผู้ป๋าย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ ฯลฯ ของผู้ป๋ายและญาติไว้ด้วย

6. ประเมินผลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป๋ายในกลุ่มทดลอง ทำเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมอีก 2 ครั้ง คือหลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15 และในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ส่วนการประเมินความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลจริง กระทำเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมคือประเมินความต้องการข้อมูลก่อนฉายรังสี และประเมินการได้รับข้อมูลจริงในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา และเพื่อป้องกันการเกิดอคติซึ่งจะมีผลต่อความตรงของงานวิจัย ผู้ช่วยวิจัยซึ่งมิได้เป็นผู้ให้การพยาบาลเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน และการได้รับข้อมูลจริงในกลุ่มทดลองนี้

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของระบบการพยาบาลชนิดนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการวิจัยจะเสนอตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการทดสอบสมมติฐาน
3. ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 74 คน (ดังตารางที่ 1) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 37 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ขณะรับการฉายรังสีจะพักบ้านผู้อื่นในด้านอาชีพพบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ด้านรายได้ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน และในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งสองกลุ่มใช้วิธีเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือใช้บริการแผนกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล สำหรับปัญหาการใช้จ่ายทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีปัญหาทางการเงิน ส่วนระยะของโรคพบว่าส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ 2 และ 3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของ สถานภาพสมรส ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา อาชีพ รายได้ วิธีเสียค่ารักษา ปัญหาการเงิน และระยะของโรคในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ย 49.51 ปี ส่วนใหญ่เรียนอยู่ระดับประถมศึกษา และมีบุตรโดยเฉลี่ย 3 คนขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในด้าน อายุ จำนวนปีที่

ศึกษา และจำนวนบุตร ระหว่างสองกลุ่มโดยใช้สถิติที (t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะเท่าเทียมกัน ในตัวแปรดังกล่าวที่นำจะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แม้จะไม่ได้สุ่มเข้ากลุ่ม (Random assignment)

สำหรับผู้ป่วยที่สูญหายในกลุ่มควบคุม 4 ราย มีอายุระหว่าง 34-52 ปี สถานภาพสมรส คู่ สูญหายไประหว่างการฉายรังสีครั้งที่ 5-12 มีที่อยู่ในภาคกลาง 3 คน(กรุงเทพฯ นครสวรรค์ นครปฐม) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 คน(ร้อยเอ็ด) มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท และผู้ป่วย 1 ราย ตอบว่ามีปัญหาทางการเงินมาก ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนฉายรังสีอยู่ระหว่าง 63-118 คะแนน ค่าเฉลี่ย 93.5 เหตุผลในการสูญหายเนื่องจากมีปัญหาการเงินและไม่มีที่พัก ระหว่างการฉายรังสี 2 ราย อาการแสดงของโรคในเรื่องการมีเลือดออกทางช่องคลอดไม่ดีขึ้น 1 ราย และไปรักษาด้วยยาแผนโบราณ 1 ราย นอกจากนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูง

ในกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยสูญหาย 2 ราย รายแรกอายุ 39 ปี สถานภาพสมรสคู่ สูญหายระหว่างการฉายรังสีครั้งที่ 2 รายได้อยู่ระหว่าง 4,001-6,000 บาทต่อเดือน จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 มีบุตร 3 คน ขณะฉายรังสีพักบ้านตนเองในกรุงเทพฯ อาชีพแพทย์แผนโบราณ เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ 2b มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนฉายรังสี 102 คะแนน ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยสูญหายเนื่องจากกลับไปรักษาด้วยยาแผนโบราณ และจากความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยรายที่ 2 มีอายุ 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ สูญหายไประหว่างการฉายรังสีครั้งที่ 3 รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จบการศึกษาระดับปีที่ 4 มีบุตร 6 คน ขณะฉายรังสีพักบ้านตนเองที่จังหวัดราชบุรี อาชีพค้าขายผักตอง เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ 2b ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยรายนี้สูญหายไประหว่างการเดินทาง และปัญหาเศรษฐกิจ นอกจากนั้นผู้ป่วยมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูงคือ 74 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลอง 89 คะแนน และจะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองสูญหายไปในช่วงต้น ซึ่งยังมิได้ให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติมที่

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (N= 74)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(n=37 คน)		กลุ่มทดลอง(n=37 คน)		รวม(N=74 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
โสด หม้าย หย่า แยก	10	27.0	15	40.5	25	33.8
คู่	27	73.0	22	59.5	49	66.2
ที่อยู่ขณะรักษา						
บ้านตนเอง	11	29.7	11	29.7	22	29.7
บ้านผู้อื่น	18	48.6	24	64.9	42	56.8
บ้านพักรังสี	8	21.6	2	5.4	10	13.5
อาชีพ						
วิชาชีพและวิชาการ	1	2.7	1	2.7	2	2.7
ค้าขาย	8	21.6	6	16.2	14	18.9
เกษตร	8	21.6	11	29.7	19	25.7
รับจ้าง	4	10.8	7	18.9	11	14.9
ไม่ได้ทำงาน	16	43.2	12	32.4	28	37.8
รายได้						
น้อยกว่า 4,000 บาท	17	45.9	24	64.9	41	55.4
4,001- 8,000 บาท	8	21.6	4	10.8	12	16.2
8,001- 12,000 บาท	6	16.2	3	8.1	9	12.2
12,001- 16,000 บาท	2	5.4	1	2.7	3	4.1
16,001- 20,000 บาท	2	5.4	0	0.0	2	2.7
มากกว่า 20,000 บาท	2	5.4	5	13.5	7	9.5

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (N= 74)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(n=37 คน)		กลุ่มทดลอง(n=37 คน)		รวม(N=74 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการรักษา						
เบิกค่ารักษา	18	48.6	16	43.2	34	45.9
เสียเอง	9	24.3	10	27.0	19	25.7
สังคมสงเคราะห์	10	27.0	11	29.7	21	28.4
ปัญหาการเงิน						
ไม่มี	16	43.2	13	35.1	29	39.2
มีเล็กน้อย	9	24.3	5	13.5	14	18.9
มีปานกลาง	4	10.8	7	18.9	11	14.9
มีมาก	8	21.6	12	32.4	20	27.0
ระยะของโรค						
ระยะ 1	4	10.8	4	10.8	8	10.8
ระยะ 2	22	59.5	18	48.6	40	54.1
ระยะ 3	11	29.7	15	40.5	26	35.1

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ การศึกษา และจำนวนบุตร ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N= 74)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม(n=37 คน) กลุ่มทดลอง(n=37 คน) รวม(N=74 คน)			
อายุ (ปี)			
พิสัย	32-75	28-72	28-75
ค่าเฉลี่ย	48.64	50.37	49.51
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.36	10.66	10.00
การศึกษา (ปี)			
พิสัย	0-14	0-13	0-14
ค่าเฉลี่ย	5.08	4.56	4.82
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.78	3.42	3.59
จำนวนบุตร (คน)			
พิสัย	0-10	0-10	0-10
ค่าเฉลี่ย	3.83	4.16	4.00
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.06	2.07	2.06

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คะแนนรวมของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีค่าที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 28-140 คะแนน จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูงและใกล้เคียงกันเมื่อวัดครั้งแรกคือ 91.05 คะแนน (SD=10.81) และ 91.29 (SD=16.51) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ (t-test) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(62) = -0.07, p=0.94$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างฉายรังสี คือหลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15 กลุ่มควบคุมสูงขึ้นเล็กน้อยคือ 91.54 คะแนน และเมื่อวัด 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษาคะแนนลดลงเป็น 87.86 ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าในระยะหลังจากฉายรังสี ครั้งที่ 15 และในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงเป็น 79.81 และ 73.59 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มในการลดลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้แสดงให้เห็นใน แผนภาพที่ 2

ผลการทดสอบสมมติฐาน

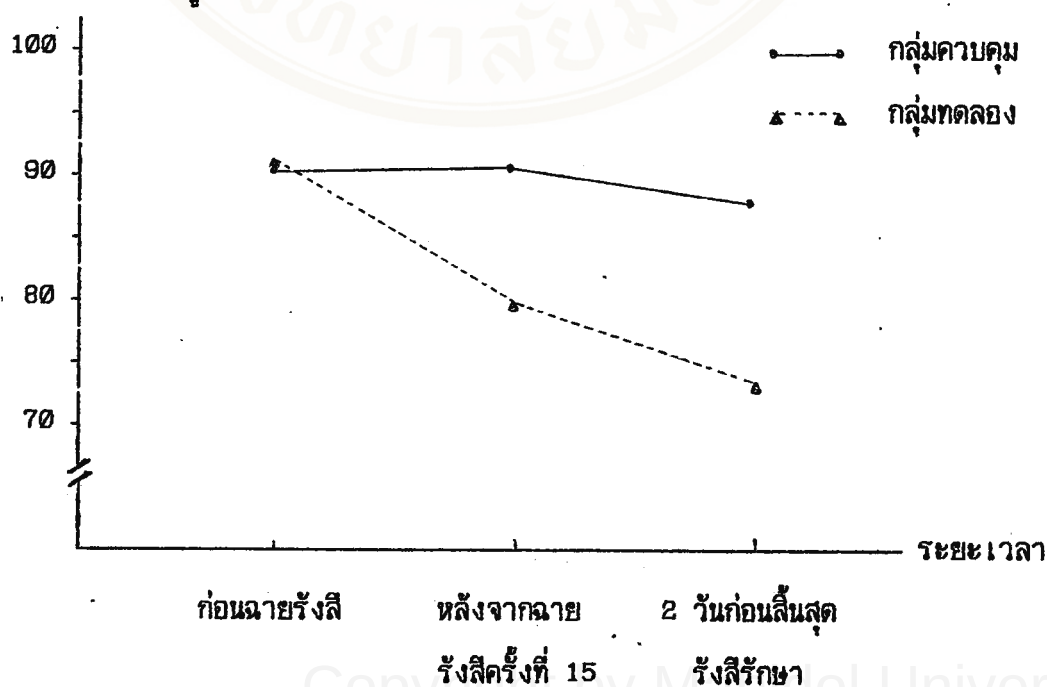
สมมติฐานกล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษาและได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้นอกเหนือจากการพยาบาลที่ได้รับตามปกติ จะมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวทั้งในระหว่างการรักษาด้วยรังสี และในระยะก่อนสิ้นสุดการรักษาด้วยรังสี จากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของทั้งสองกลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งวัดครั้งแรกเป็นตัวแปรร่วม (Analysis of Covariance) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15 $F(1,71) = 13.34, p = 0.000$ (ตารางที่ 4) และในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา $F(1,71) = 19.94, p = 0.000$ (ตารางที่ 5) สมมติฐานในการวิจัยนี้จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาทั้ง 3 ระยะ (N=74)

ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=37)		กลุ่มทดลอง (n=37)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ก่อนฉายรังสี	91.05	10.81	91.29	16.51
หลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15	91.54	12.82	79.81	17.81
2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา	87.86	13.83	73.59	15.94

แผนภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในแต่ละช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอน



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะ
หลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์
ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อน
รับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ตัวแปรร่วม	1	3469.14	3469.14		
กลุ่ม	1	2598.31	2598.31	13.34	0.000
ความคลาดเคลื่อน	71	13822.75	194.68		
รวม	73	19890.20			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบทางเดียว มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนก่อนรับรังสีรักษาเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ตัวแปรร่วม	1	2389.42	2389.42		
กลุ่ม	1	3820.83	3820.83	19.94	0.000
ความคลาดเคลื่อน	71	13598.34	191.52		
รวม	73	19808.59			

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริง

ในเรื่องความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริงของผู้ป่วยสองกลุ่ม มีคะแนนที่เป็นไปได้ในช่วง 10-40 คะแนน จากตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่าในด้านความต้องการข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความต้องการข้อมูลค่อนข้างสูง และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการข้อมูลสูงกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย คือกลุ่มควบคุม 34.40 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลอง 33.64 คะแนน แต่เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการข้อมูลด้วยสถิติ (t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการได้รับข้อมูลจริงของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับข้อมูลสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับข้อมูล 26.05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 21.16 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มโดยใช้สถิติ (t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับข้อมูลจริงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(71) = -3.95, p=0.000$

ในการหาผลต่างของคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริง ผู้วิจัยนำคะแนนความต้องการข้อมูลเป็นตัวตั้ง ลบด้วยคะแนนของการได้รับข้อมูลจริงเป็นรายข้อทั้งหมด 10 ข้อ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริง 7.59 และ 13.24 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริงของทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ (t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(71) = 4.33, p=0.000$

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความต้องการข้อมูล การได้รับข้อมูลจริง และผลต่างของความ
ต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริง ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
(N=74)

	จำนวน	$\bar{X}$	SD	t	p
ความต้องการข้อมูล					
กลุ่มควบคุม	37	34.40	4.76	0.70	0.24
กลุ่มทดลอง	37	33.64	4.49		
การได้รับข้อมูลจริง					
กลุ่มควบคุม	37	21.16	5.05	-3.95	0.000
กลุ่มทดลอง	37	26.05	5.57		
ผลต่างของความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริง					
กลุ่มควบคุม	37	13.24	5.79	4.33	0.000
กลุ่มทดลอง	37	7.59	5.41		

แหล่งที่ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย

จากตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมแสวงหาข้อมูลจากผู้ป่วยด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.7) รองลงมาเป็นแพทย์ พยาบาล และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่แสวงหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เป็นอันดับแรก (ร้อยละ 64.9) รองลงมาจะแสวงหาข้อมูลจากแพทย์ ผู้ป่วยด้วยกัน และพยาบาล ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของการได้รับข้อมูลกับการไม่ได้รับข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แยกตามแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-square) พบว่ากลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ χ^2 (df=1, N=74) = 12.38, $p = 0.00$ ส่วนการได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยด้วยกัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ 0.05 อนึ่งแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ในที่นี้หมายถึงผู้วิจัยซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่ามีใช้บุคลากรในหน่วยรังสีรักษา เนื่องจากก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยได้แนะนำตัวต่อผู้ป่วยทุกคน ขณะที่นิทกษลิตีของผู้ป่วย (ภาคผนวก ก.)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและไม่ได้รับข้อมูล ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (N=74)

แหล่งข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=37)		กลุ่มทดลอง (n=37)	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
แพทย์	17(45.9)	20(54.1)	23(62.2)	14(37.8)
พยาบาล	16(43.2)	21(56.8)	17(45.9)	20(54.1)
ผู้ป่วยด้วยกัน	28(75.7)	9(24.3)	21(56.8)	16(43.2)
แหล่งข้อมูลอื่นๆ	8(21.6)	29(78.4)	24(64.9)	13(35.1)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพไว้ระหว่างพบและพูดคุยกับผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมักจะมีปัญหาทางครอบครัวโดยเฉพาะปัญหาการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส จากผู้ป่วย 37 คนในกลุ่มควบคุม รายงานปัญหาการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส 3 คน (ร้อยละ 8.10) ส่วนกลุ่มทดลองซึ่งมีผู้ป่วย 37 คน รายงานปัญหาการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส 9 คน (ร้อยละ 24.35) จะเห็นได้ว่าในกลุ่มทดลองมีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในกลุ่มทดลองผู้ป่วยมีความสนิทสนม และไว้วางใจในการปรึกษาปัญหากับผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพยายามไม่เข้าไปมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุน นอกจากผู้ป่วยจะเข้ามาปรึกษาเอง

นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่ม มีความสนใจและสอบถามเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ ปรึกษาการคุมกำเนิดระหว่างการใช้ และวิธีการปฏิบัติการดูแลตนเองในช่วงใช้ ในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยจะมีการซักถามและคุยกันภายในกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ ส่วนในกลุ่มทดลองมีการหาข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ โดยเฉพาะจากผู้วิจัยมากขึ้น แหล่งข้อมูลรองลงมาคือแพทย์ ซึ่งสนับสนุนข้อมูลที่ได้ในตารางที่ 7

ในเรื่องการรักษาด้วยยาแผนโบราณ มีผู้ป่วยสนใจและซักถามมากทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะซักถามเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาแผนโบราณควบคู่ไปกับการฉายรังสี ระยะเวลาที่ควรใช้แพทย์ห้ามหรือไม่ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าถามจากแพทย์โดยตรง ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่สอบถามข้อมูลจากแพทย์ เนื่องจากความไม่กล้าถามและเกรงใจแพทย์ผู้รักษา และเห็นว่าเจ้าหน้าที่มีภาระมากไม่มีเวลาในการซักถาม ผู้วิจัยเห็นว่าเมื่อได้มีการใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยมีการสอบถามข้อมูลจากแพทย์ พยาบาลและแหล่งอื่น ๆ มากขึ้น ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

สรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าสมมุติฐานในการวิจัยได้รับการสนับสนุน กล่าวคือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา และได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ นอกเหนือจากการพยาบาลที่ได้รับตามปกติเพียงอย่างเดียว มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระหว่างการรักษาด้วยรังสี และในระยะก่อนสิ้นสุดการรักษาด้วยรังสี นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความต้องการข้อมูลไม่ต่างกันทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคการรักษา และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าผลต่างของคะแนนความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใช้แหล่งข้อมูลอื่น ๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส มีความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการ การปฏิบัติการดูแลตนเองขณะใส่แร่ การรักษาตามความเชื่อด้วยยาแผนโบราณ และมีความเกรงใจไม่กล้าซักถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา มีบุตรโดยเฉลี่ย 3 คนขึ้นไป ไม่ได้ทำงาน รายได้ต่ำ ระยะของการเกิดมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 2 และ 3 ซึ่งจะเห็นได้ว่าลักษณะต่าง ๆ ข้างต้นของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ตรงกับหลายรายงานที่บ่งชี้ลักษณะของบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทั้งในด้าน อายุ เศรษฐฐานะทางสังคม และจำนวนบุตร (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และศิรินาฏ สนธิพงษ์ 2532 : 36 ; สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์ 2529 : 165-167 ; Kessler 1987 : 1-9 ; Titapant et.al. 1989 : 60-61 ; National Cancer Institute 1987 : 3) นอกจากนี้จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่นำมาศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ในตัวแปรที่มีระดับการวัดชนิดมาตรานามบัญญัติ และสถิติที (t-test) ในตัวแปรที่มีระดับการวัดชนิดอันดับภาค พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะพื้นฐานที่อาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในจุดนี้ให้ผลดีต่อการแปลผลงานวิจัย เนื่องจากสามารถลดความคลาดเคลื่อนภายใน (Internal validity) ในเรื่องการคัดเลือกกลุ่ม (selection) ลงได้

ในด้านคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของคริสแมน (Christman 1990 : 17-20) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตำแหน่งต่าง ๆ ที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนทั้ง 3 ระยะ คือก่อนรับรังสีรักษา วันที่ 15 ของการฉายรังสี และก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา คือ 41.39 42.26 และ 39.46 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มาก แม้ว่าจะใช้แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ ที่มีจำนวนข้อ 34 ข้อ ในจุดนี้ผู้วิจัยคาดว่า อาจเกิดเนื่องจากความแตกต่างของสถานการณ์ในงานวิจัย ความแตกต่างกันของลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง หรือความแตกต่างของระบบการให้บริการในโรงพยาบาลต่างประเทศกับประเทศไทย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยของคริสแมนมีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ และอาการที่จะเกิดขึ้น คาดหวังอนาคตได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง มีระบบสนับสนุนและเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนค่อนข้างต่ำ แต่อย่างไรก็ดีงานวิจัยของคริสแมนก็แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีในแต่ละช่วงเวลาค่อนข้างจะคงที่ เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนของกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้จัดระบบการพยาบาลเข้าไปจัดกระทำต่อตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน งานวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนความตรงของทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม ในการจัดระบบการพยาบาลเพื่อเข้าไปจัดกระทำกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา และได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มนอกเหนือจากการพยาบาลที่ได้รับตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ในระหว่างการรับรังสีรักษา และก่อนสิ้นสุดการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนความตรงของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วยของมิเชลล์ และทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม คือเมื่อพยาบาลใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ซึ่งภายในระบบมีวิธีการช่วยเหลือโดย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเองตามความต้องการที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยรังสีด้วยสไลด์ประกอบเสียงที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับสถานการณ์ มีการตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย ร่วมกับการให้คำแนะนำ ซึ่งแนะนำสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมความคุ้นเคยในสถานที่รักษา และกระตุ้นให้ญาติหรือบุคคลสำคัญต่อผู้ป่วยมีการพัฒนาบทบาทเพื่อส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในขณะรับรังสีอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนไปตามความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทราบแผนการรักษา สิ่งที่ต้องประสบ ลักษณะและระยะเวลาของอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีที่จะเกิดขึ้น มีความคุ้นเคยกับสถานที่รักษา เครื่องมือที่ใช้ฉายรังสี รวมทั้งคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกัน สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น ขณะเดียวกันพยาบาลจะดำรงบทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยที่เชื่อถือได้ในการที่เป็นที่ปรึกษา เป็นแหล่งให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ซึ่งแนะนำและสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วย ผลที่เกิดขึ้นคือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง ตามทิศทางที่ทำนายไว้ในทฤษฎีของมิเชลล์

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหนึ่งในหลายวิธีการของการช่วยเหลือภายในระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม และสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่แสดงถึงประโยชน์ของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต่างกลุ่ม ต่างสถานการณ์ และด้วยวิธีการต่าง ๆ (จินตนา ตั้งวรวงศ์ชัย 2529 ; พุนศรี เหมือนคิด 2532 ; Dodd 1984; Harper 1984 ; Williams et.al. 1988 ; Hartley 1988 ; Johnson et.al. 1988 ; Isreal & Mood 1982) นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลค่อนข้างสูง ทั้งในด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่แสดงถึงความต้องการข้อมูลอย่างมากของผู้ป่วย (Derdarian 1987 ; Dodd & Ahmed 1987)

เกี่ยวกับปัญหาการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสที่พบในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับรายงานการศึกษาและรวบรวมข้อมูลของสโคเวอร์และคณะ (Schover et.al. 1998 : 205) ซึ่งรวบรวมบทบาททางเพศหลังการรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะแรก พบว่าไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยรังสี การผ่าตัด หรือการใช้สองวิธีร่วมกัน ต่างก็มีปัญหาทางเพศเกิดขึ้นไม่มากนักน้อย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกของ นิโบล กฤษณพันธ์ (นิโบล กฤษณพันธ์ 2532 : 52) อย่างไรก็ดีตามสาเหตุของการเกิดปัญหาเพศสัมพันธ์ของคู่สมรสนั้น อาจเกิดเนื่องจากรังสีรักษาทำให้มีการตีบแคบของช่องคลอด มีน้ำหล่อลื่นในช่องคลอดน้อยลง หรือการห้ามการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงฉายรังสีก็เป็นได้ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการศึกษาปัญหานี้อย่างลึกซึ้งเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

จากการพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าถามข้อมูลจากแพทย์โดยตรงนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วอส์กิน (Waitzkin 1985 : 81-101) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลของแพทย์ต่อผู้ป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะบางประการของแพทย์ ผู้ป่วย และลักษณะของคลินิกที่แพทย์พบกับผู้ป่วย สำหรับบทบาทในการให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจต่อผู้ป่วยนั้น แพทย์เองก็มีปัญหาเนื่องจากญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทราบความจริง และตัวผู้ป่วยเองไม่ยอมรับความจริง หรือเมื่อมีความรู้สึกก้ำกึ่งระหว่างการอยากรู้ความจริงกับการไม่กล้ารับความจริง มักจะไม่ถามจากแพทย์โดยตรง (พวงทอง ไกรนิบูลย์ 2522 : 168) นอกจากนั้นผู้ป่วยมิได้มองแพทย์ในฐานะที่ปรึกษาหรือบุคคลที่สามารถจะยกเกี่ยงปัญหาหรือเล่าความรู้สึกต่าง ๆ มากไปกว่าเป็นผู้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับอยู่ (Saunders and McCockli 1987 : 39)

สำหรับการรักษาตามความเชื่อด้วยยาแผนโบราณนั้น เนื่องมาจากการสาธารณสุขในประเทศไทยมีการพัฒนาจากวัฒนธรรมดั้งเดิม ที่เรียกว่า " การรักษาแบบไทย ๆ" โดยใช้ตัวยาธรรมชาติจากท้องถิ่น ปัจจุบันแม้ว่าจะมีการรักษาแผนใหม่ แต่ความเชื่อในการรักษาดั้งเดิมซึ่งถือว่าเป็นแบบแผนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยในอดีตนั้นยังคงมีค่าไป (เบญจา ยอดดำเนิน และ กฤษยา อาชานิกุล 2529 : 28-29) ผู้วิจัยเห็นว่าในฐานะของบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล ชี้แนะผลดีและผลเสียที่จะเกิดตามมา และการที่ผู้ป่วยจะใช้วิธีการใดในการรักษาย่อมเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วย แต่ควรจะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและผ่านการใคร่ครวญแล้ว

การศึกษาครั้งนี้แม้ว่าจะเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งทำให้การจัดกระทำกับกลุ่มทดลอง มิได้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มควบคุม จึงอาจมีเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบกลุ่มตัวอย่างต่างกัน เป็นต้นว่า การเปลี่ยนแปลงจากฤดูกาล ซึ่งในกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2532 เป็นช่วงที่อากาศไม่ร้อน แต่ในกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน 2533 ซึ่งอยู่ในช่วงฤดูร้อนที่มีอากาศร้อนจัด ความแตกต่างกันของสภาวะอากาศข้างต้น ทำให้เพิ่มอาการเบื่ออาหารมากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องระมัดระวังมิให้บริเวณฉายรังสีต้องถูกน้ำมากขึ้น ในขณะที่ตนจำเป็นต้องอาบน้ำบ่อยครั้งขึ้นเพราะอากาศร้อน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจึงต้องใช้ความพยายามในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดความรู้สึกว่าการดูแลตนเองตามแผนการรักษายุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนอาจเกิดขึ้นได้แม้ว่าผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์นี้เกิดเฉพาะกับกลุ่มทดลอง แต่ผลการวิจัยก็ได้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองกลับมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นั้นย่อมแสดงถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลมากยิ่งขึ้น

และจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่นำมาศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สถิติที่เหมาะสมดังกล่าแล้วในตอนต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะพื้นฐานที่อาจมีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ไม่ได้มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้ จึงมีความตรงภายในเพิ่มขึ้น

ดังนั้น แม้ว่าปัจจุบันยังไม่มีรายงานวิจัยที่แสดงถึงผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก่อน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ ซึ่งให้แนวคิดในการทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และยังสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ในการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อจัดกระทำต่อตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

ข้อจำกัดในด้านความทรงภายนอก (External Validity)

เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) มิได้ใช้การสุ่ม (random sampling) สถานที่ศึกษาที่ใช้เฉพาะแผนกรังสีรักษาของโรงพยาบาลรามารักษาติ และเก็บข้อมูลในช่วงปี 2532-2533 เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงมิได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาทั้งหมด ทำให้เกิดความจำกัดในแง่การนำผลวิจัยไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาที่มีคุณสมบัตินอกเหนือจากที่ระบุไว้ หรือใช้กับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะต่างออกไป รวมทั้งจำกัดในการนำผลไปใช้กับเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจมีเหตุการณ์อื่นที่แตกต่างไปจากงานวิจัยครั้งนี้ แต่อย่างไรก็ดีผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ และสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดทางทฤษฎีของมิเชลล์และทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม ดังนั้นจึงทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้ น่าเชื่อถือว่าจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กรอบทฤษฎีที่ใช้คือ ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ และทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษา จากหน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2532 ถึงเดือนมิถุนายน 2533 จำนวน 74 ราย โดยเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกเป็นครั้งแรก 2) ได้รับการรังสีรักษาเพื่อรักษาไม่ใช่เพื่อบรรเทาอาการ 3) มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป 4) เข้าใจภาษาไทย และสามารถตอบแบบสอบถามได้ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และ 6) เป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย 37 คนแรกที่เข้ารับการรักษในช่วงกรกฎาคม ถึงธันวาคม 2532 จัดไว้ในกลุ่มควบคุม ส่วนผู้ป่วยอีก 37 คนที่เข้ารับการรักษในช่วงมกราคม ถึงมิถุนายน 2533 จัดไว้ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่ในกลุ่มทดลองนอกจากได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วยังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือในการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่วัดระดับประเภตเสียง ดัดแปลงมาจากสไลด์ของมูดและคณะ (1985) โดย สมจิต หนูเจริญกุล พวงทอง ไกรนิบุลย์ และคณะ ส่วนเครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แปลจากแบบประเมินของมิเชลล์ (Mishel 1982) และแบบประเมินความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริง สร้างโดยมูด (Mood 1985) และสมจิต หนูเจริญกุล เป็นผู้แปล การวิเคราะห์ผลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS[®]

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ นอกเหนือจากการพยาบาลที่ได้รับตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังจากการฉายรังสีครั้งที่ 15 และในระยะ 2 วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ นอกเหนือจากการพยาบาลที่ได้รับตามปกติ มีคะแนนของการได้รับข้อมูลสูงกว่า และมีคะแนนผลต่างของความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูลจริงน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อนึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการ และการปฏิบัติกรดูแลตนเองในเรื่องการใส่แร่ การรักษาตามความเชื่อด้วยยาแผนโบราณ และมีความเกรงใจไม่กล้าซักถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์

ผลการวิจัยที่ได้สนับสนุนความตรง ของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ ที่กล่าวถึงปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน และสนับสนุนความตรงของทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม โดยที่ระบบการพยาบาลของโอเร็มสามารถนำไปจัดกระทำกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน จึงลดความรู้สึกไม่แน่นอนลงได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม นอกเหนือจากการพยาบาลที่ได้รับตามปกติ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ทั้งในระหว่างการฉายรังสีและก่อนสิ้นสุดการฉายรังสีอย่างมีนัยสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้คือ

การนำไปใช้ทางด้านการพยาบาล

การนำระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา โดยอาจจัดห้องเฉพาะสำหรับบริการระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย อาทิ รังสีแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รังสีเทคนิค โภชนากร จิตแพทย์ ฯลฯ ร่วมมือกันในการให้ความรู้ ข้อมูล ซึ่งแนะนำสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ขณะเดียวกันควรพัฒนารูปแบบของสื่อในการให้ความรู้ต่อผู้ป่วยหลาย ๆ รูปแบบ ทั้งเอกสารแผ่นพับ หนังสือ สไลด์เทป เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกตามความต้องการและตามความเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและคู่สมรสทุกรายควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในระยะก่อนได้รับรังสีรักษา และหลังจากฉายแสงครบแล้ว ควรจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญมาให้คำปรึกษาในรายที่มีปัญหาต่อไป

การนำไปใช้ทางด้านการศึกษานพยาบาล

จากการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนความตรงของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลล์ และทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม ในการนำไปใช้ทางด้านการศึกษานพยาบาล ควรส่งเสริมให้นักศึกษานพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และมีเจตคติที่ดี เล็งเห็นถึงประโยชน์ของการพยาบาลโดยใช้กรอบทฤษฎีเป็นแนวทาง โดยฝ่ายผู้สอนต้องมีการจัดระบบการเรียนการสอนที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ทางทฤษฎี และมีการฝึกการจัดระบบการพยาบาลเพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจริง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปวยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างพอเหมาะกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยซ้ำ ในสถาบันอื่น ๆ เพื่อนำผลวิจัยที่ได้สรุปอ้างอิงกับประชากรต่อไป
2. ควรทำวิจัยรูปแบบของการให้ข้อมูลที่สามารภให้ผู้ปวยรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อศึกษาถึงผลกระทบยาวของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยควรทำวิจัยต่อเนื่องในระยะหลังจากฉายรังสีครบแล้ว

4. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล กลัว และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในระยะก่อนผ่าตัด ประกอบกับการได้รับข้อมูลผิด ๆ จากแหล่งอื่น จึงควรมีการวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในระยะนี้ และผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดความรู้สึกดังกล่าวในระยะก่อนผ่าตัด

5. ความรู้สึกไม่แน่นอน ความเครียด และการปรับตัวของผู้ป่วยเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน ตามทฤษฎี ผู้วิจัยมีความเห็นว่าน่าจะมีการวิจัยซ้ำ และวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวข้างต้นด้วย นอกจากนั้น ควรทำการวิจัยเพื่อวัดผลจากตัวแปรอื่น ๆ ที่อยู่ภายในทฤษฎีดูแลตนเองของโอเร็ม เช่นความพร้อมในการดูแลตนเอง

บรรณานุกรม

กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข "ตารางลำดับสาเหตุการ
ตายตามอัตราต่อประชากร 100,000 คน 10 กลุ่มแรก ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐาน
จากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ" สถิติสาธารณสุข แก๊ซครั้งที่ 9
,2525-2529 : 81.

จินตนา ตั้งวรวงศ์ชัย. เปรียบเทียบความรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี
รักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสไลด์ประกอบเสียง กับกลุ่มที่ได้รับการสอนตาม
ปกติ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

นิโลบล กฤษณพันธ์. วิถีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศก ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับ
รังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

เบญจา ยอดคำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล "พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของคนไทย."
ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยาและสุขภาพการแพทย์. หน้า 28-29 เบญจา
ยอดคำเนิน และคณะ บรรณาธิการ กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์ 2529.

พวงทอง ไกรนิบูลย์. "ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมะเร็ง : รังสีบำบัด" วารสารโรคมะเร็ง
3(มกราคม 2520) : 45-49.

_____ "อารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง" วารสารโรคมะเร็ง 4-5(กรกฎาคม-มิถุนายน
2521-2522) : 167-172.

_____ . "หลักของรังสีรักษา : Basic principle of radiation therapy."
ใน มะเร็งวิทยานรีเวชรามาธิบดี, หน้า 331-356. สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ,
บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ห.จ.ก. ก.การพิมพ์, 2531.

_____ . "แนวการรักษาของรังสีรักษาในมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี : Outline of
radiotherapy in Gynecologic oncology." ใน มะเร็งนรีเวชรามาธิบดี,
หน้า 373-400. สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ห.จ.ก.
ก.การพิมพ์, 2531.

พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และ คิณินาฐ สนธิพงษ์ "สถานภาพของโรคมะเร็งในปัจจุบัน แนวโน้มในอนาคต และแนวทางการควบคุม." วารสารโรคมะเร็ง 15 (มกราคม-มีนาคม 2532) : 34-39.

พูนศรี เหมือนคิด ผลของการเตรียมโดยการให้ข้อมูลต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยระหว่างการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ไพรัช เทพมงคล "รังสีรักษามะเร็งปากมดลูก : Radiotherapy in cancer of the cervix." ใน มะเร็งปากมดลูก : ระบาดวิทยา-การวินิจฉัย-การรักษา, หน้า 280-306. สุวัฒน์ จันทรจำนง และเกษร สุเทพพงษ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : น.จ.ก. รุ่งเรืองสารการพิมพ์, 2530.

ยุวดี ภาษา และคณะ คู่มือวิจัยทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : บริษัท วิศตอริเพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2531.

สมจิต หนูเจริญกุล ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. โครงการบัณฑิตศึกษา สาขานพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ และเฉลิมศรี โชติกาณิชย์. "ผลการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยรังสี" วารสารโรคมะเร็ง. 10(ตุลาคม-ธันวาคม 2527) : 115-121.

สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์. "ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก" วารสารโรคมะเร็ง 12 (ตุลาคม-ธันวาคม 2529) : 165-167.

สุนัตรา แสงรุจิ วิสุทธิ วุฒิพุกษ์ และประดัม อัดถากร. "ภาวะไตผิวน้ำแข็งในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก หลังรักษาด้วยการฉายรังสีโคบอลต์ 60" วารสารโรคมะเร็ง 11(เมษายน-มิถุนายน 2528) : 51-55.

สุนัตรา แสงรุจิ และคณะ "ผลการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 ด้วยรังสี" วารสารโรคมะเร็ง. 12(เมษายน-มิถุนายน 2529) : 57-61.

Aggleton, Peter and Chalmers, Helen, "Orem's Self-Care model" Nursing Times. 81(January 2, 1983) : 36-39.

- Ahuja, Rajender. et al. "Radiation Therapy in Cancer Management : Principle and Complication." Comprehensive textbook of Oncology. p.261. Edited by A.R. Moossa. et al. Baltimore : Willium & Wilkins, 1986.
- American Cancer Society, Cancer Facts and Figures-1988; New York : American Cancer Society, 1988.
- Benner, P. and Wrubel, J. The Primacy of Caring : Stress and Coping in Health and Illness . California : Addison - Wesley Publishing company, 1989.
- Bille, Donald A. "Humanizing Patient education." in The Nursing Profession : A Time to speak. p 479-488. Edited by Norma L. Chaska. New York : Mc. Graw-Hill, 1983.
- Braden, Carrie Jo "A Test of The Self-Help Model : Learned Response to Chronic Illness Experience." Nursing Research 39 (January/February 1990) : 42-47.
- Bramwell, L. and Whall, A.L. "Effect of Role Clarity and Empathy on Support Role Performance and Anxiety." Nursing Research. 35(October 1986) : 282-287.
- Bucholtz, J. "Radiation Therapy." in Core Curriculum for Oncology Nursing. p. 207-224. Edited by Constance R. Ziegfeld. Philadelphia : W.B. Saunder Company, 1987.
- Burns, Nancy. Nursing and Cancer. Philadelphia : W.B. Saunders company., 1982.
- Carmichael, J.A. "Cervical cancer screening - revisions of the walton report." in Gynaecological Oncology. p. 39-50. Edited by C. Paul Morrow and George E. Smart. Berlin : Springer - Verlag, 1986.

- Cavanagh, Denis; Ruffolo, Eugene H. and Marsden, Donald E. Gynecologic Cancer. Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985.
- Chiangmai University. Tumor Registry Cancer Unit , Statistical Report 1987. 1987 : 12.
- Christman, Norma J. "Uncertainty and adjustment during radiotherapy." Nursing Research 39(January/February 1990) : 17-20.
- Christman, Norma J. et al. "Uncertainty, Coping, and Distress Follow Myocardial Infarction : Transition from Hospital to Home." Research in Nursing and Health. 11(April 1988) : 71-82.
- Clarke, et al. Twenty Years of Cancer incidence 1964-1983 : Ontario cancer Registry. Ontario : The ontario cancer treatment and research foundation, 1987.
- Close, Ann. " Patient education : A literature review " Journal of Advanced Nursing. 13 (March 1988.) : 203-212.
- Derdiarian, Anayis K. " Informational need of recently diagnosis cancer patients. PartII. Method And description. " Cancer Nursing. 10 (June 1987) : 156-163.
- Devesa, Susan S. et al. " Recent Trends in Cervix Uteri Cancer." Cancer 64 (November 15 1989) : 2148-2190.
- Dodd, Marylin J. "Patterns of Self Care in cancer patients recieving radiation therapy." Oncology Nursing Forum. 11(May, June 1984) : 23-27.
- Dodd, Marylin J. and Ahmed, Nadia " Preference for type of information in cancer patients receiving radiation therapy. " Cancer Nursing. 10 (October 1987) : 244-251.
- Eardley, Anne. "What do patients need to know." Nursing Times. 16(April 1986) : 24-26.

- Geach, Barbara. "Coping with acute and chronic illness." in Mental Health Psychiatric Nursing : A continuum of care. p.538.
Edited by Joan Norris. New York : John Wiley & Sons, 1987.
- Haferkorn, Virginia. " Assessing individual learning needs as a basis for patient teaching. " Nursing Clinic of North America 6 (March 1971) : 199-209.
- Hartley, L.A. " Congruence between teaching and learning self-care : A pilot study." Nursing Science Quarterly. 1(No 1988) : 161-167.
- Harper, Doreen C. "Application of Orem's theoretical constructs to self-care medication behaviors in the elderly." Advances in Nursing Science. 6(April 1984) : 29-46.
- Hassey, Karen M. and Rose, Christopher M. "Altered skin integrity in patient receiving radiation therapy." Oncology Nursing Forum. 9(Fall 1982) : 44-49.
- Isreal, Marilyn J. and Mood, Darlene. W." Three media presentations for patients receiving radiation therapy." Cancer Nursing. 5(February, 1982) : 57-63.
- Johnson, Jean E. et al. " Reducing the negative impact of Radiation therapy on functional status." Cancer. 61(January, 1988) : 46-51.
- Karplan, Mimi. " Viewpoint : The cancer patient." Cancer Nursing. 6(April 1983) : 103-107.
- Kessler, Irving I. " Epidemiologic aspects of Uterine Cervix Cancer." Gynecology and obsteric. p.1-5. Edited by John J. Sciarra. Philadelphia : Harper & Row Bulishers, 1987.

- Kim, Robert. Y. et al. " Radiation alone in the treatment of cancer of the uterine cervix : Analysis of pelvic failure and dose response relationship. " International Journal Radiation Oncology Biology-Physics. 17(November 1989) : 973-978.
- King, Kathleen B. et al. " Patients' Descriptions of the experience of receiving radiation therapy. " Oncology Nursing Forum 12 (July/August 1985) : 55-61.
- Khon Kaen University. Tumor Registry Cancer Unit, Statistical Report 1987. 1987 : 12.
- Kobashi-shoot, J. ANS M. "Assessment of malaise in cancer patients treated with radiotherapy." Cancer Nursing. 8(December 1985) : 306-313.
- Krumm, Sharon. "Psychosocial Adaptation of the adult with cancer." Nursing Clinic of North America. 17(December 1982) : 729-737.
- Lilley, Linda L. " Human need fulfillment alteration in the client with uterrine cancer : The registered nurses' perception versus the clients' perception." Cancer Nursing. 10(December 1987): 327-337.
- Lockich, Jacob J. Clinical cancer Medicine treatment tactics. Boston : G.K. Hall Medicine publishers., 1980.
- Lum, Lillie L.and Gallagher-Allred, Charlette R. "Nutrition and the cancer patient : A cooperative effort by nursing and dietetics to overcome problems." Cancer Nursing. 7(December 1984) : 469-474.
- Marino, Lisa Begg Cancer Nursing. St.Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.

- Marrow, C. Paul & Townsend, Duane E. Synopsis of Gynecologic Oncology.
3rd. Ed. New York : John Wiley & Sons. Inc., 1987.
- Mauch, Peter M. and Bloomer, William D. "Cancer of the Uterine Cervix."
Comprehensive textbook of Oncology. p.857. Edited by A.R.
Mossa et al. Baltimore : William & Wilkins. 1986.
- Mc Kenna, R.T. "Overview on the status of patients with cancer with
reference to employment." American Cancer Society :
Proceeding of the workshop on employment, Insurance and the
patient with cancer - 1987. A service and rehabilitation
education publication. (December 1986) : 1986.
- Miller, Judith Fitzgerald. Coping with chronic illness : overcoming
power-lessness. Philadelphia : F.A. Davis company, 1983.
- Mishel, Merle H. "The measurement of Uncertainty in Illness." Nursing
Research. 30(September/October 1981) : 258-263.
- _____. "Percieved Uncertainty and Stress in Illness." Research in
Nursing and Health. 7(September 1984) : 163-171.
- _____. "State of the science : Uncertainty in illness." Image. 20
(Winter 1988) : 225-232.
- _____. "Finding Meaning : Antecedents of uncertainty in illness."
Nursing Research. 37(March/April 1988) : 98-127.
- Mishel, Merle H. and Braden, Carrie Jo. "Uncertainty a mediator
between support and adjustment." Western Journal of Nursing
Research. 9(February 1987) : 43-57.
- National Cancer Institute. Cancer Statistics. 1987 : 7.
- Orem, Dorothea E. Nursing concept of practice. 3rd. Ed. New York :
McGraw-Hill book company, 1985.

- Polit, D.F. and Hungler, B.P. Nursing Research : Principles and Methods.
3th edition. Philadelphia : J.B. Lippincott company, 1987.
- Ramathibodi Cancer Registry., Annual report 1986. ; Faculty of
Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, 1986.
- Rotman, M. and John, M. "Supportive care in radiation oncology." in
Principles and practice of radiation oncology. p. 1287-1295
Edited by Carlos A. Perez and Luther W. Brady. Philadelphia :
J.B. Lippincott company, 1987.
- Saunders, S. & McCorkle, R. "Social support and coping with lung
cancer." Western Journal of Nursing Research 9(February
1987) : 29-42.
- Schnaper, Nathan and Kellner, Tamar Koren. "Emotional and Psychologic
Aspects of Cancer management." Comprehensive textbook of
Oncology. p.425. Edited by A.R. Moossa et al. Baltimore :
William & Wilkins, 1986.
- Schover, L.R. File, M. and Gershenson, D.M. "Sexual Dysfunction and
Treatment for Early Stage Cervical Cancer." Cancer. 63(January
1989) : 204-212.
- Siriraj Hospital. Tumor Registry Cancer Institute Siriraj Hospital,
Statistical Report, 1987. 1987 : 23.
- Souhami, Robert and Tobias, Jeffrey. Cancer and its management.
Oxford : Blackwell Scientific Publications., 1986.
- Strohl, Roberta Anne. "The Nursing Role in Radiation Oncology : Symptom
management of Acute and chronic reactions." Oncology Nursing
Forum. 15(July/August 1988) : 429-434.
- Snyder, C.C. Oncology Nursing. Boston : Little, Brown and Company, 1986.

- Tilley, Janice D. et al. "The nurses' role in patient education : incongruent perception among nurses and patients." Journal of Advanced Nursing. 12(May 1987) : 291-301.
- Titapant, Vitaya et al. "Cancer Incidence in Khon Kaen Province 1985-1987." Thai Cancer Journal. 15(April-June 1989) : 55-63.
- The Ontario Cancer Treatment and Research Foundation. Cancer in Ontario 1988. : Screening for cancer. 1988 : 219-240.
- Tringali, Carol Anderson. "The needs of family members of cancer patients." Oncology Nursing Forum. 13(July/August 1986) : 65-69.
- Visintainer, M.A. and Munro, B.H. "Analysis of Covariance." Statistical Methods for Health Care Research. p.218-242. Edited by Barbara Hazard Munro. et.al. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1986.
- Waitzkin, Howard "Information giving in medical care." Journal of Health and Social Behavior 26(June 1985) : 81-101.
- Webster, K.K. and Christman, N.J. "Perceived Uncertainty and Coping Post Myocardial Infarction." Western Journal of Nursing Research. 10(August 1988) : 384-400.
- Welch, Deborah A. "Assessment of nausea and vomiting in cancer patients undergoing external beam radiotherapy. " Cancer Nursing 3(October 1980) : 365-371.
- Wharton, J.Taylor et al. "Radiation Therapy for Cervical Carcinoma." Gynecology and Obstetric. p.1-5 Edited by John J.Sciarra. Philadelphia : Harper & Row Bulishers, 1987.

- Williams , P.D. et al. " Effects of preparation for mastectomy / hysterectomy on women's post-operative self-care behaviors." International Journal of Nursing Student. 25(No 3 1988) : 191-206.
- Willson, J.Robert. "Benign and Malignant disease of cervix." Obsterics and Gynecology. p.627-648. Edited by William J. Ledger. et al. St.Louis : The C.V. Mosby company, 1987.
- Wu, Yow-Wu and Slakter, Malcolm J. "Analysis of Covariance In Nursing Research." Nursing Research. 38 (September/October 1989) : 306-308.
- Wynn, Ralph M. Obstetric and Gynecology : The Clinical care. Philadelphia : Lea & Febiger, 1988.
- Yarcheski, A. "Uncertainty in illness and the Future." Western Journal of Nursing Research. 10(August 1988) : 401-413.
- Yasko, Joyce M. "Care of the patient recieving radiation therapy." Nursing Clinies of North America. 17(December 1982) : 631-648.
- Ziegler, Shirley Malat; Vaughan-Wrobel, Beth C. and Erlen, Judith A. Nursing Process, Nursing Diagnosis, Nursing Knowledge : Avenues to Autonomy. Connecticut : Appleton-century-crofts., 1986.





การนิเทศสิทธิ์ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการนิเทศสิทธิ์ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย โดยดำเนินการ ดังนี้

" สวัสดิ์ค๊ะค๊ะมัน ทิพนพร วงศ์หงษ์กุล เป็นนักศึกษานายบาลปริญญาโทมหาวิทยาลัยมหิดล จะทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของคุณ จึงใคร่ขอความร่วมมือและความยินยอมจากคุณเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องการวิจัยครั้งนี้ มิได้มีการกระทำใด ๆ ต่อร่างกาย อันจะนำมาซึ่งความเจ็บปวดหรือเกิดอันตรายต่ออวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง แต่จะเป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของคุณ ในช่วงก่อนฉายรังสี ขณะฉายรังสี และก่อนการหยุดฉายรังสี ข้อมูลส่วนตัวของคุณจะถูกเก็บไว้เป็นความลับตามความจำเป็น นอกจากนั้นคุณมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ และผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาต่อไป"



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย ☐ (วงกลม) ล้อมรอบ
หัวข้อหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ
 - 1) ชาย
 - 2) หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
 - 1) โสด
 - 2) คู่
 - 3) หม้าย หย่า แยก
4. ศาสนา
 - 1) พุทธ
 - 2) อื่นๆ โปรดระบุ
5. ภูมิลำเนา จังหวัดที่เกิด
- จังหวัดที่อยู่ประจำ
6. ที่อยู่ขณะรับรังสีรักษา
 - 1) บ้านตนเอง
 - 2) บ้านลูก
 - 3) บ้านญาติ
 - 4) บ้านคนรู้จักหรือเพื่อนฝูง
 - 5) บ้านพักรังสี
 - 6) อื่นๆ โปรดระบุ

7. ระดับการศึกษา

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

8. จำนวนปีที่ศึกษา ปี

9. อาชีพ

- 1) งานวิชาชีพและวิชาการ
- 2) งานบริหาร
- 3) งานเสมียน
- 4) ค้าขาย ระบุ
- 5) เกษตรกรรม ประมง ป่าไม้ เหมืองแร่
- 6) งานขนส่ง
- 7) ช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในขบวนการผลิตหรือกรรมการ
- 8) ผู้ปฏิบัติงานบริหารการกีฬาและการละเล่นต่างๆ
- 9) คนงานที่มีได้จำแนกไว้ในหมวดอื่นๆ

10. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท
- 2) 2,001 - 4,000 บาท
- 3) 4,001 - 6,000 บาท
- 4) 6,001 - 8,000 บาท
- 5) 8,001 - 10,000 บาท
- 6) 10,001 - 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 20,001 บาทขึ้นไป

11. วิธีการเสียค่ารักษายาบาล

- 1) เบิกค่ารักษายาบาลได้
- 2) เสียค่ารักษาเอง
- 3) ส่งคณลงเคราะห์
- 4) อื่นๆ โปรดระบุ

12. ความเจ็บป่วยและการรักษาบางครั้งก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการเงินในครอบครัว ท่านมีปัญหาระหว่างการเงินมากน้อยเพียงใด

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

13. ท่านมีบุตร คน

14. ท่านมีโรคประจำตัวอย่างอื่นหรือไม่

- 1) มี โปรดระบุ
- 2) ไม่มี



แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

1. ตำแหน่งของมะเร็งที่อวัยวะสืบพันธุ์สตรี

- 1) มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Vulva)
- 2) มะเร็งของช่องคลอด (Vagina)
- 3) มะเร็งของปากมดลูก (Cervix)
- 4) มะเร็งของตัวมดลูก (Corpus Uteri)
- 5) มะเร็งของรังไข่ (Ovary)
- 6) มะเร็งตำแหน่งอื่น ๆ ในระบบสืบพันธุ์สตรี เช่น มะเร็งของท่อนำไข่ (Fallopian tube) ฯลฯ

2. ระยะของมะเร็งปากมดลูก

0	1		2		3		4	
	1a	1b	2a	2b	3a	3b	4a	4b

3. ชนิดของการรักษา

- 1) รังสีรักษา
- 2) รังสีรักษาก่อนผ่าตัด
- 3) รังสีรักษาร่วมกับเคมีรักษา
- 4) รังสีรักษาภายหลังเคมีรักษา
- 5) รังสีรักษาภายหลังผ่าตัด
- 6) อื่นๆ โปรดระบุ

4. ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการข้างเคียงหลังจากได้รับรังสีรักษาครั้งที่

5.

ชนิดของอาการ ข้างเคียงที่เกิดขึ้น	วันที่ เกิด	ความรุนแรง			การรักษา ของแพทย์		วิธีการ รักษา	การหยุด ฉายรังสี	
		เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	ต้อง	ไม่ต้อง		ต้อง	ไม่ต้อง
1) ผื่น 2) เบื่ออาหาร 3) คลื่นไส้ 4) อ่อนเพลีย 5) ชีต 6) ติดเชื้อ 7) ท้องเสีย 8) ถ่ายปัสสาวะบ่อย , กระปริดกระปรอย 9) เป็นแผลที่ง่ามกัน 10) อื่นๆ ระบุ									

6. หยุดฉายรังสีจากเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากอาการข้างเคียง

1) มี ครั้ง

2) ไม่มี

7. การรักษา

1) ครบ

2) สูญหาย ฉายรังสีครั้งสุดท้ายครั้งที่



ภาคผนวก ง
แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คำแนะนำ :

โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แต่ละข้อ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ช่อง การใส่เครื่องหมายทำดังนี้

1. ถ้าท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นเป็นจริงหรือไม่จริง ให้ใส่เครื่องหมายลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านตามความมากน้อยของความเป็นจริงหรือไม่จริง

2. หากท่านไม่แน่ใจ ให้ใส่เครื่องหมายลงในช่องไม่แน่ใจ

	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ฉันไม่รู้ว่าคุณป่วยเป็นอะไร					

	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
2. ฉันมีคำถามมากมายที่หาคำตอบไม่ได้					

⋮

	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
28. หมอ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ใช้คำพูดง่ายๆ ที่ฉันเข้าใจได้					



ภาคผนวก จ
แบบสอบถามความเข้าใจบทความรู้ในสไลด์-เทป

แบบสอบถามความเข้าใจบทความในสไลด์-แป

บทที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา

จงทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. การฉายรังสีเป็นวิธีการรักษาเนื้องอกได้ในทุกระยะของโรค			
2. ขณะกำลังฉายรังสีท่านจะนอนท่าใดก็ได้ตามใจชอบ			
⋮			
25. ท่านสามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติ			

บทที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะรับรังสีรักษา

จงทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. อาการข้างเคียงเกิดจากเนื้อเยื่อปกติถูกทำลายจากรังสี			
2. เนื้อเยื่อปกติที่ถูกทำลายนี้จะฟื้นหายได้			
⋮			
31. การจิบน้ำบ่อย ๆ จะช่วยลดอาการคอแห้งลงได้			

บทที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายจากรังสีรักษา

จงทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. เมื่อหยุดฉายรังสีอาการข้างเคียงทั้งหมดจะหายไปทันที			
2. เมื่อฉายรังสีครบแล้วท่านควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แม้ไม่มี อาการผิดปกติ			
⋮			
9. อาการที่ท่านควรพบแพทย์ทันทีก่อนวันนัดคือ มีก้อนหรือบวมบริเวณ ใดบริเวณหนึ่ง			



กลุ่มพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กำลังรับรังสีรักษา

Ideal set of self-care actions in cervical cancer patients receiving radiation therapy

1. การปรับความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วๆ ไปเมื่อต้องรับรังสี
 - 1.1 รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอความต้องการของร่างกาย
 - 1.2 ดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน
 - 1.3 คงไว้ซึ่งการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
 - 1.4 ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจาก
 - 1.4.1 ขบวนการฉายรังสี
 - 1.4.2 การติดเชื้อ
2. ความต้องการการดูแลตนเองเนื่องจากความเปราะบางทางด้านสุขภาพ
 - 2.1 แสวงหาความรู้และข้อมูลในเรื่องของ ชนิด จุดประสงค์ ขั้นตอนและอาการข้างเคียงในการฉายรังสี
 - 2.2 ปรับความไม่สุขสบายหรือดูแลอาการข้างเคียงจากการฉายรังสีในเรื่อง
 - 2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์
 - 2.2.2 อ่อนเพลีย
 - 2.2.3 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง
 - 2.2.4 เบื่ออาหาร
 - 2.2.5 คลื่นไส้
 - 2.2.6 ระบบสืบพันธุ์
 - 2.2.7 ระบบปัสสาวะ
 - 2.2.8 ท้องเสีย
 - 2.2.9 อาการข้างเคียงอื่นๆ
 - 2.3 รับรู้และสนใจแสวงหาข้อมูลในการติดตามการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา
 - 2.4 การปรับอัตมโนทัศน์

ความต้องการ	พฤติกรรม การดูแลตนเอง
1. การปรับความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปเมื่อรับรังสี 1.1 รับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอความต้องการของร่างกาย 1.2 ดื่มน้ำมากกว่า 2 ลิตรต่อวัน 1.3 คงไว้ซึ่งการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 1.4 ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจาก 1.4.1 ขบวนการฉายรังสี	1. ปรีกษาและแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ควรรับประทานจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ 2. รับประทานอาหารจำพวกโปรตีนเช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ เต้าหู้เพิ่มขึ้น 3. รับประทานอาหารระหว่างมือเช่น โอวัลติน ไมโล นม 4. ชั่งและควบคุมน้ำหนักตัวให้ลดน้อยที่สุดไม่เกิน 3 กก. ตลอดการฉายรังสี 1. ปรับการรับประทานอาหารเหลว และดื่มน้ำอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน 2. จัดนำน้ำมาดื่มหรือเสาะแสวงหาแหล่งน้ำดื่ม ขณะรอรับการฉายรังสี 3. ตรวจสอบปริมาณน้ำดื่มอย่างถูกต้องทุกวัน 4. เพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย โดยดื่มน้ำหรือของเหลวที่มีประโยชน์เช่น นม น้ำเต้าหู้ น้ำส้มตามความเหมาะสม 1. จัดช่วงเวลาของการอยู่คนเดียวตามความต้องการของตนเองในแต่ละวัน 2. พูดคุยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพตามความเหมาะสม 1. เสาะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะอยู่ในห้องฉายรังสี

ความต้องการ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
1.4.2 การติดเชื้อ	2. นอนนิ่งๆ ในท่าที่รังสีเทคนิคกำหนดไว้ขณะฉายรังสี 3. สอบถามข้อมูล เกี่ยวกับการควบคุมความปลอดภัยขณะฉายรังสีจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ 1. หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด หรือบริเวณที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก 2. หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ หรือสัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดต่อ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินหายใจ 3. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองอยู่เสมอ และปรึกษาแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเช่น มีไข้ เจ็บคอ 4. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ประเมินอาการของตนเองอย่างต่อเนื่อง ปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพเมื่ออาการไม่ดีขึ้น
2. ความต้องการการดูแลตนเอง เนื่องจากความเปราะบางทางด้านสุขภาพ 2.1 แสวงหาความรู้และข้อมูลในเรื่องของชนิด จุดประสงค์ ขั้นตอนและอาการข้างเคียงจากการฉายรังสี	1. แสวงหาความรู้ สอบถามเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับ 1.1 ชนิดของรังสีรักษาได้แก่ การฉายรังสี การฝังแร่ 1.2 จุดประสงค์ของรังสีรักษา ได้แก่ เพื่อการรักษา 1.3 ระยะเวลา จำนวนครั้งและปริมาณรังสีทั้งหมดที่จะได้รับ 1.4 อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะรับรังสีรักษา 2. มารับการฉายรังสีติดต่อกันทุกวันราชการ 3. มารับการตรวจจากแพทย์ตามนัด และสอบถามเกี่ยวกับวันที่แพทย์นัดตรวจ

ความต้องการ	พฤติกรรม การดูแลตนเอง
2.2 ปรับความไม่สบายหรืออาการข้างเคียงจากการฉายรังสีในเรื่องของ 2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ 2.2.2 อ่อนเพลีย 2.2.3 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง	4. ติดต่อขอพบแพทย์ก่อนวันนัด เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น 1. เล่าแสวงหาวิธีผ่อนคลายอารมณ์ โดยสนทนากับเพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว พระ พยาบาล ผักสมานหรือวิธีที่เคยใช้ได้ผล 2. พูดคุยกับคนที่ไว้ใจถึงความกลัว ความวิตกกังวล หรือปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา 3. บอกเล่าความรู้สึกของตนให้แพทย์ พยาบาลทราบ 1. ลดหรือจำกัดกิจกรรมการทำงานลง 2. ขอให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ช่วยแบ่งเบาภาระ 3. ปรับการทำงานโดยปรึกษาร่วมกับนายจ้าง 4. ใช้เวลาว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจเท่าที่จะทำได้ 5. พักหรืองีบในเวลากลางวัน 6. นอนเต็มที่ในเวลากลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง 7. ออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ 8. ปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการเพลียมาก 1. ไม่ลบหรือเติมรอยหมึกที่ผิวหนังบริเวณฉายรังสีเอง 2. ดูแลผิวหนังบริเวณฉายรังสีโดย 2.1 หลีกเลี่ยงการนอนทับนานๆ 2.2 สวมเสื้อผ้าหลวมๆ นุ่มนวล 2.3 หลีกเลี่ยงการเกา ถู ขยี้ 2.4 หลีกเลี่ยงการโกนหนวด หรือขน

ความต้องการ	พฤติกรรม การดูแลตนเอง
	2.5 หลีกเลี่ยงการประคบด้วยน้ำร้อน หรือน้ำแข็ง 2.6 หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ ยา โลชั่น แป้งหรือสารใดๆ 2.7 หลีกเลี่ยงแสงแดดจัดและความเปียกชื้น 2.8 ชำระร่างกายโดยเช็ดตัว หรืออาบน้ำตามปกติ เฉพาะบริเวณที่ไม่ได้ฉายรังสี 2.9 ใช้ผ้าหรือกระดาษนุ่มๆ ที่สะอาดซับเบาๆ เมื่อเปียกชื้น 3. ประเมินความผิดปกติบริเวณฉายรังสีทุกวัน 4. รายงานและขอคำปรึกษาจากแพทย์ทันทีเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ผิวมีตุ่มน้ำ หรือแตก 5. ทายาตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกวันถ้ามี
2.2.4 เบื่ออาหาร	1. แสวงหาวิธีเพิ่มความอยากอาหารโดย 1.1 เดินออกกำลังกายก่อนเวลาอาหาร 1.2 ปรับเปลี่ยนบรรยากาศในการรับประทานอาหาร 1.3 ปรับเปลี่ยนชนิดและวิธีการปรุงอาหาร 1.4 รับประทานอาหารบ่อยขึ้นและทุกครั้งที่รู้สึกหิว 2. ปรึกษาแพทย์เมื่อรับประทานอาหารได้น้อยลงมากหรือน้ำหนักลดลงมาก
2.2.5 คลื่นไส้	1. รับประทานอาหารย่อยง่ายหรืออาหารว่าง เช่น ขนมขมปังกรอบ น้ำผลไม้ ก่อนเวลาฉายรังสี 2. หลีกเลี่ยงอาหารทอด มัน หรือมีกลิ่นจัด 3. ดื่มน้ำเย็นๆ ระหว่างมื้ออาหาร 4. จัดให้มีอาหารว่างระหว่างมื้อและก่อนนอน 5. รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง

ความต้องการ	พฤติกรรม การดูแลตนเอง
2.2.6 ระบบสืบพันธุ์	6. หายใจเข้าออกลึกๆ เมื่อรู้สึกคลื่นไส้ 7. สังเกตอาการขาดน้ำ เช่น ผิวแห้งหรือริมฝีปากแห้ง 8. ปฏิเสธแพทย์เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก 9. รับประทานยาแก้ อาเจียนตามแผนการรักษาถ้ามี 10. ประเมินอาการคลื่นไส้ทุกวัน และรายงานแพทย์เมื่ออาการไม่ทุเลา 1. แสวงหาข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในเรื่องของ การขาดประจำเดือน หรือความรู้สึกทางเพศลดลงซึ่งเป็นผลจากการฉายรังสี 2. สอบถามแพทย์เมื่อมีข้อสงสัย หรือมีอาการผิดปกติ เช่น แสบคันช่องคลอด 3. งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ตลอดช่วงระยะเวลาฉายรังสี จนถึง 8 สัปดาห์หลังจากหยุดการรักษา 4. รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นพิเศษ ด้วยการล้างด้วยน้ำสะอาด และซับให้แห้งอยู่เสมอ
2.2.7 ปัสสาวะแสบขัด หรือ กระปริดกระปรอย	1. สังเกตสี และปริมาณของปัสสาวะ 2. รับปรึกษาแพทย์เมื่อเกิดอาการปัสสาวะแสบขัด 3. รับประทานยาตามแผนการรักษา
2.2.8 ท้องเสีย	1. รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย เช่น ข้าวขาว น้ำต้มกระดูก 2. หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ปวดมวนท้อง หรือมีลมในท้อง มาก เช่น กาแฟ ถั่ว พริก ผักกะหล่ำ อาหารรสจัด 3. หลีกเลี่ยงนมและผลิตภัณฑ์จากนม 4. หากท้องเสียมาก ดื่มเกลือแร่ โอ.อาร์. เอส. ของ

ความต้องการ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
2.3 รับรู้และสนใจแสวงหาข้อมูลในการติดตามการรักษาเมื่อสิ้นสุดรังสีรักษา	องค์การเภสัชกรรม 5. สังเกตและบันทึกจำนวนครั้ง ความถี่ และลักษณะของอุจจาระในแต่ละวัน 6. รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ในระหว่างที่ท้องเสีย 7. สังเกตผิวหนังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ รอยแตก หรือรอยถลอก ระหว่างที่มีอาการท้องเสีย 8. ขอพบและปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการท้องเสีย 9. รับประทานยาแก้ท้องเสียตามแผนการรักษาของแพทย์ 10. ติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ 1. สอบถามแพทย์เมื่อสิ้นสุดการรักษาเกี่ยวกับ 1.1 การกลับมาตรวจตามนัด 1.2 ความจำเป็นในการรักษาต่อเนื่อง เช่น การผ่าตัดเคมีรักษา 1.3 การหายขาดจากโรค และโอกาสกลับเป็นซ้ำ 1.4 การมีกิจกรรมตามปกติ เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย 1.5 สิ่งที่ต้องปฏิบัติเป็นพิเศษในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย 2. มารับการตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ 3. ติดต่อขอพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเหล่านี้เกิดขึ้น 3.1 ปวดไม่ทุเลา มีก้อนหรือบวมบริเวณใดบริเวณหนึ่ง 3.2 คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร 3.3 น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

ความต้องการ	พฤติกรรม การดูแลตนเอง
2.4 ปรับทัศนคติ	3.4 มีฟันแดง หรือเลือดออก 1. ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะโรค และการรักษา 2. เลือกวิธีเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในการส่งเสริมการดูแลตนเอง



แบบสอบถามความต้องการข้อมูล

ต่อไปนี้จะถามถึง ความต้องการความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของท่าน โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ

	ไม่ต้องการ เลย	ต้องการ เล็กน้อย	ต้องการ ปานกลาง	ต้องการเป็น อย่างมาก
1. ก่อนเริ่มฉายรังสีท่านต้องการความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษามากน้อยเพียงใด?				
2. เวลาแพทย์ พยาบาลตรวจหรือทำอะไรกับตัวท่าน ท่านต้องการถามมากน้อยเพียงใด ?				
3. ท่านต้องการมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจในการรักษาพยาบาลตัวของท่านมากน้อยเพียงใด ?				
4. ท่านต้องการคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อรับการฉายรังสีมากน้อยเพียงใด ?				

	ไม่ต้องการ เลย	ต้องการ เล็กน้อย	ต้องการ ปานกลาง	ต้องการเป็น อย่างมาก
5. ท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด ?				
6. ท่านต้องการใ้ถามเกี่ยวกับผล การตรวจต่าง ๆ เช่น ผลเลือด เอกซเรย์ หรือการตรวจของแพทย์ มากน้อยเพียงใด ?				
7. ท่านต้องการบอกเล่าถึงความรู้สึก ของท่าน ให้แพทย์หรือพยาบาล ทราบ มากน้อยเพียงใด ?				
8. ท่านต้องการเลือกวัน เวลา ที่จะ พบแพทย์มากน้อยเพียงใด ?				
9. ท่านต้องการเลือกเวลาที่จะฉาย รังสีมากน้อยเพียงใด ?				
10. ท่านต้องการถามเกี่ยวกับอาการ ข้างเคียงของรังสีรักษามากน้อย เพียงใด ?				

แบบสอบถามการได้รับข้อมูล

ต่อไปนี้จะถามถึงความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ท่านได้รับ
จริง จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหน่วยรังสีรักษา โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓)
ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เป็นอย่างมาก
1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา มากน้อยเพียงใด ?				
2. เวลาแพทย์ พยาบาลตรวจ หรือ กระทำอะไรกับตัวท่าน ท่านได้สอบถาม มากน้อยเพียงใด ?				
3. ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการรักษาพยาบาลตัวของท่าน มากน้อยเพียงใด ?				
4. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติ ตนเมื่อรับการฉายรังสี มากน้อย เพียงใด ?				
5. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บ ป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด ?				

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	เป็นอย่างมาก
6. ท่านได้ไต่ถามเกี่ยวกับผลการตรวจ ต่าง ๆ เช่น ผลเลือด เอกซเรย์ หรือการตรวจของแพทย์ มากน้อย เพียงใด ?				
7. ท่านได้บอกเล่าถึงความรู้สึกของท่าน ให้แพทย์ หรือพยาบาลทราบมากน้อย เพียงใด ?				
8. ท่านได้มีโอกาสเลือก วัน เวลา ที่จะพบแพทย์ มากน้อยเพียงใด ?				
9. ท่านได้มีโอกาสเลือกเวลาที่จะฉาย รังสีมากน้อยเพียงใด ?				
10. ท่านได้ไต่ถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียง ของรังสีรักษามากน้อยเพียงใด ?				

11. ท่านได้รับข้อมูลจากผู้ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1) แพทย์
- 2) พยาบาล
- 3) ผู้ป่วยด้วยตนเอง
- 4) บุคคลอื่นๆ





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบถูกต้องทางภาษาของเครื่องมือ

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

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ น.พ. ลันต์ หัตถีรัตน์, พ.บ., F.R.C.P.(C)

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์สมบัติ ตาปัญญา, วท.บ.(จิตวิทยา), M.S.(Special Education),

M.S.(Counselor Education) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ทรงคุณวุฒิการประมวลข้อมูลทางคอมพิวเตอร์

อาจารย์ศักดิ์รินทร์ เทวธีระรัตน์, วท.บ.(สถิติศาสตร์) เกียรตินิยมอันดับ 2

วท.ม.(สถิติศาสตร์)

สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยมหิดล