



ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

**SELF - CARE PARTICIPATION PREFERENCE AND ACTUALLY RECEIVED
AMONG CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY**

จันทร์เพ็ญ กิติโสภากุล

อภินันทนาการ

จาก

มิ่งขวัญวิภากรังษี น. พญ. ๖

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539

ISBN 974-588-495-2

สงวนลิขสิทธิ์

รณ
๑๕๖๒ ค
๘๐๓๑

Copyright by Mahidol University

39668

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

✓ จันทร์เพ็ญ กิติโสภากุล

จันทร์เพ็ญ กิติโสภากุล
ผู้วิจัย

สมจิต หนูเจริญกุล

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ.(พยาบาล),
M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ประคอง อินทรสมบัติ

ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ.(พยาบาล),
ค.ม.(การบริหารการพยาบาล)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อดุลย์ วัชรเวชกุล

อดุลย์ วัชรเวชกุล ราชบัณฑิต

พ.บ., น. 1, F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

กรรณิการ์ สุวรรณโคต

กรรณิการ์ สุวรรณโคต, วท.บ.(พยาบาล),
M.S., ค.ค.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ.2539

จันทร์เพ็ญ กิติโสภากุล

จันทร์เพ็ญ กิติโสภากุล

ผู้วิจัย

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ.(พยาบาล),
M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, วท.บ.(พยาบาล),
ค.ม.(การบริหารการพยาบาล), D.S.N.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ.(พยาบาล),
ค.ม.(การบริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อดุลย์ วิริยเวชกุล (กิติมา)

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต
พ.บ., น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

บุญชอบ พงษ์พาณิชย์

บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, พ.บ., D.C.H., F.A.C.C.,
Dip.Amer.Board of Ped. ,
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจันทร์เพ็ญ กิติโสภากุล

วัน เดือน ปี เกิด 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2509

สถานที่เกิด สระบุรี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, พ.ศ.2527 - 2531 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2537 - 2539 :
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ.2531 - ปัจจุบัน : พยาบาลวิชาชีพพระดับ 6
หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลลา ตันตโยทัย ที่ได้ให้คำแนะนำและเป็นแนวทางที่ดีสำหรับการเรียนครั้งนี้ รวมถึงกำลังใจที่มีให้เสมอมา ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล และรองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ โดยเฉพาะศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ที่ได้ให้กำลังใจและความเอาใจใส่อย่างดียิ่งในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ตลอดจนเป็นแบบอย่างของครูที่ดีในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ศิษย์ และเป็นแบบอย่างของนักวิจัยที่ทุ่มเทเพื่อพัฒนาวิชาชีพ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดต่างๆอันเป็นประโยชน์ เพื่อช่วยให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย รวมทั้งได้ให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านประจำคลินิกเคมีบำบัด แผนกอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี ที่ได้อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่เก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยการศึกษาหลักสูตรปริญญาโททุกท่าน ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณ คุณแมนมนนา จิระจรัส ซึ่งเป็นทั้งพี่และเพื่อนที่ดีในการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเพื่อนนักศึกษาปริญญาโทรุ่นที่ 18 ทุกคนที่มีส่วนทำให้ชีวิตการเป็นนักศึกษาครั้งนี้มีความหมายและมีค่าอย่างยิ่ง

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา น้องๆ และผู้ที่คอยเป็นที่ปรึกษาให้ความรักและกำลังใจในการศึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งทุกท่านที่ได้ให้โอกาสในการมาศึกษาครั้งนี้ คุณประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยนี้ ขอมอบแด่ บพทรี คณาจารย์ ผู้ที่สนใจ และผู้ป่วยมะเร็งทุกท่าน

เมื่อพิจารณาถึงการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของการได้มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ส่วนเรื่องที่ได้มีส่วนร่วมสูงสุด ได้แก่ การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด และน้อยที่สุดได้แก่ การเลือกวัน เวลาที่จะมาพบแพทย์ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการ และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรทั้ง 2 ตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยส่วนใหญ่คาดหวังที่จะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในระดับที่สูง แต่รับรู้ว่ามีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองไม่ถึงระดับที่ต้องการ

Thesis Titles Self-Care Participation Preference and Actually Received
among Cancer Patients Receiving Chemotherapy

Name Junpen Kitisopakul

Degree Master of Nursing Sciene (Adult Nursing)

Thesis Supervisory Committee
Somchit Hanucharurnkul, B.Sc.(Nursing), M.S., Ph.D.
Prakong Intarasombat, B.Ed., M.Ed.(Nursing Administration)

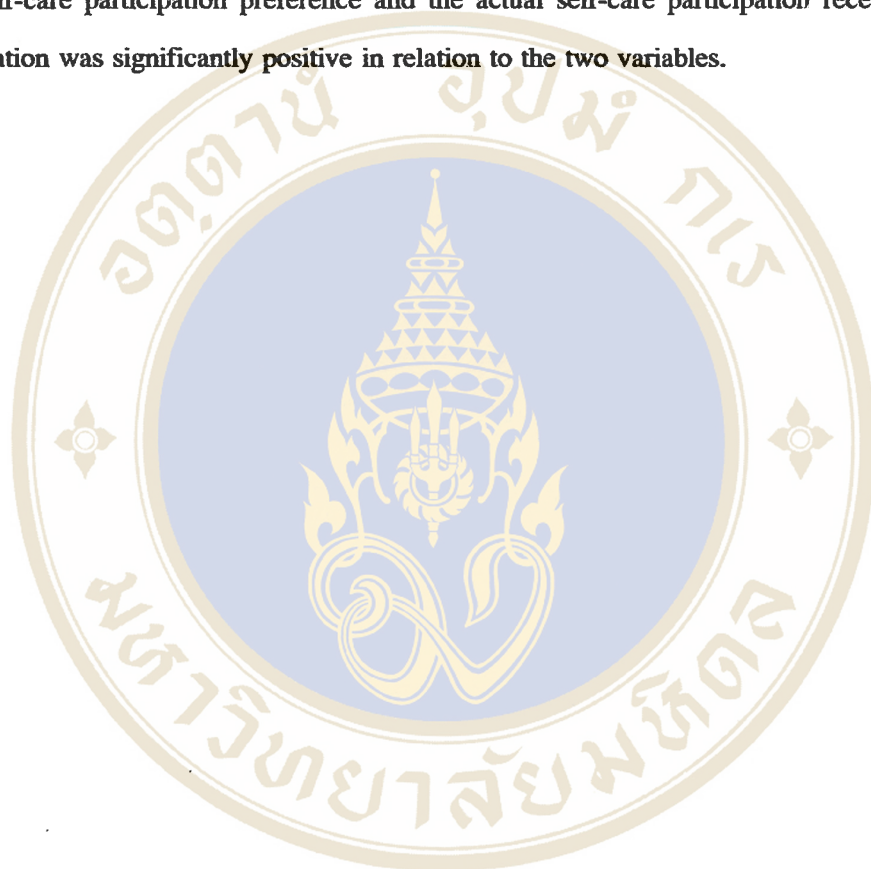
Date of Graduation 15 August B.E.2539 (1996)

Abstract

The purpose of this study was to investigate the self-care participation preference and actually received among cancer patients receiving chemotherapy. The concept of patient participation developed from Orem's general nursing theory was used as a guide line of the study. The purposive samples consistd of sixty cancer patients who under chemotherapy treatment in the oncology clinic, Department of Medicine, Ramathibodi Hospital from March to May 1996. The instruments used for data collection were 1) Personal data inventory, 2) Self-care participation preference inventory, and 3) Actual self-care participation inventory

The results of the study showed that the level of self-care participation preference of the cancer patients was high and higher than the actually received. When paired t-test was used to compare the two groups a significant difference was detected in almost items ($p < 0.05$). The first five participation preference items were ranked in order as follow: to have the physician and the nurse ask about their problems before a treatment, to prevent the side effect from chemotherapy, to relieve symptoms and discomfort from chemotherapy, to ask the physician and the nurse about their illness, to consult the physician and the nurse about an alternative treatment, and the least participation preference was to select the follow-up date.

On the other hand, the level of the actual self-care participation of the cancer patients was at moderate level, and the most actually received was the prevention of side effects from the chemotherapy while the least actually received was a self-selection of the follow-up date. Further more, the result showed that age was significantly negative in relation to self-care participation preference and the actual self-care participation received. Whereas, education was significantly positive in relation to the two variables.



สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

ก-ข

ก-ง

จ-ฉ

ช

บทที่ 1 บทนำและกรอบแนวคิดในการวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

กรอบแนวคิดในการวิจัย

3

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

6

คำถามการวิจัย

6

ขอบเขตของการวิจัย

7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7

นิยามตัวแปร

7

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม

8

ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

15

การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

17

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

22

สถานที่ศึกษา

23

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

23

การเก็บรวบรวมข้อมูล

26

การวิเคราะห์ข้อมูล

27

สารบัญ(ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย	28
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	35
การอภิปรายผล	36
ข้อจำกัดของการวิจัย	46

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย	47
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	48
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	49

บรรณานุกรม	50
------------	----

ภาคผนวก	55
---------	----

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวน ร้อยละ และลักษณะกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด	29
2	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการมีส่วนร่วม กับ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัดโดยรวม และเป็นรายข้อ ด้วยสถิติทีคู่	32
3	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วม	35

บทที่ 1

บทนำและกรอบแนวคิดในการวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็ง เป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลโดยรวมทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจ ตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ตลอดจนระยะสุดท้ายของชีวิต ปัจจุบันวิวัฒนาการด้านการรักษาโรคมะเร็งได้ก้าวหน้าขึ้น สามารถบำบัดรักษาโรคได้หลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี การให้เคมีบำบัด หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยเฉพาะวิธีการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดซึ่งมีประสิทธิภาพมาก มีผู้รายงานว่าสามารถรักษาโรคมะเร็งอย่างน้อย 12 ชนิดให้หายได้ (Krekoff 1987 อ้างใน กวี ทั้งสุบุตร 2532 : 77) แต่ในระยะที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เกร็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ยังเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลของตนเองเพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ตามสถานการณ์ขณะนั้น เช่น การดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอ การบรรเทาอาการแฉะที่เกิดจากโรค และอาการข้างเคียงต่างๆ การดูแลในเรื่องความไม่สบาย เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยต้องพยายามหาวิธีการต่างๆที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของตนเองที่เพิ่มขึ้น เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง (Orem 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 22) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาลนั้น เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเอง นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ยังเป็นการเพิ่มพลังอำนาจในการควบคุมตนเองให้กับผู้ป่วย (Biley 1992 : 414-421) สามารถป้องกัน หรือลดความไม่สบายจากอาการข้างเคียงต่างๆขณะได้รับเคมีบำบัด โดยอาศัยศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ร่วมกับแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาดังกล่าว ซึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ก็คือ เป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน และให้ความรู้ด้วยวิธีการชี้แนะ การสอน การสร้างสิ่งแวดล้อม รวมถึงการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องและที่สำคัญคือการยอมรับในความเป็นบุคคล และ

เคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง ทั้งนี้การมีส่วนร่วมจะต้องเกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

การศึกษาเกี่ยวกับ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เริ่มได้รับความสนใจมากขึ้น ลักษณะการศึกษาในระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น งานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534 : 19 ; 2538 : 28-39) พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง ลดความพร่องในการดูแลตนเอง ลดอัตราการสูญหายในระหว่างรับการรักษา และในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด พบว่าสามารถลดอาการไม่สบาย ทำให้ภาวะอารมณ์ดีขึ้น และลดความพร่องในการดูแลตนเองลง (ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ 2535) ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มอื่นก็พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ และช่วยลดความวิตกกังวลได้ (พรจันทร์ พงษ์พรหม 2534 ; อรชร มาลาหอม 2534 ; วชิรี กลิ่นเฟื่อง 2535) ในผู้ป่วยจอประสาทตาลอกพบว่า ช่วยลดความพร่องในการดูแลตนเอง และเพิ่มการปรับตัวทางสังคม (มุกดา คุณาวัฒน์ 2535)

ในระยะต่อมาการวิจัยนอกจากเป็นการตอบคำถามที่ว่า การนำระบบการพยาบาลที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือไม่อย่างไรแล้วในขณะเดียวกันได้พยายามค้นหาวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย เช่น งานวิจัยของ ดวงกมล วัตราคูลย์ (2537) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ พบว่าผู้ป่วยได้พัฒนาการดูแลตนเองใน 3 ด้าน คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง 2) ป้องกันการติดเชื้อเอดส์และแพร่กระจายเชื้อ และ 3) การดูแลตนเองเมื่อมีอาการต่างๆ

แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาแนวทางการศึกษา เพื่อค้นหาคำตอบในลักษณะต่าง ๆ กัน โดยมีจุดมุ่งเน้นเรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันการศึกษาก็ยังค้นหาคำตอบที่ว่า ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือไม่ และได้มีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด ยังมีรายงานการศึกษาน้อยมาก ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนี้มากขึ้น และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างแท้จริง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย(Patient Participation) ซึ่งพัฒนาจากความรู้ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยมุ่งเน้นในเรื่อง ลักษณะสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ที่สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

การพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็ม จะมีจุดเน้นอยู่ที่บุคคลและเฉพาะเจาะจงลงไปที่ความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง โดยมีเป้าหมายประสงค์เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งหมด ให้ถึงระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การพ้นหายจากความเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ และการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 18) พยาบาลจะเข้ามามีบทบาทก็ต่อเมื่อ บุคคลเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง คือ ความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งหมดในขณะนั้น และพยาบาลมีบทบาทที่จะต้องเข้าไปช่วยเหลือ โดยใช้ระบบการพยาบาลที่เหมาะสม และผ่านระบบสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

ลักษณะสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยตามแนวคิดของโอเร็มนั้น จะมีลักษณะที่เฉพาะ กล่าวคือเป็นสัมพันธภาพของการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือ เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความสมบูรณ์ (Complementary Relationship) โดยพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลซึ่งเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง โดยทำหน้าที่ช่วยชดเชยความสามารถในการดูแลตนเองที่บุคคลพร่องไปในขณะนั้นและช่วยปรับ เพิ่ม หรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต หรือพ้นหายจากความเจ็บป่วย (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 83-84) ทั้งนี้สัมพันธภาพในลักษณะดังกล่าวจะอยู่ในรูปแบบของสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ (Professional Technological System) ที่กำหนดให้พยาบาลเข้ามามีบทบาทดังกล่าว และจำเป็นต้องอาศัยระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal System) ที่ช่วยในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Orem 1995 : 70) ภายใต้ระบบทางสังคม (Social System) ที่เป็นตัวกำหนดรูปแบบและลักษณะของสัมพันธภาพดังกล่าวข้างต้น (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 38)

นอกจากนี้ ลักษณะที่สำคัญของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้ให้บริการนั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient Participation) ในทุกขั้นตอนของการกระทำ เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 23) และมีความสัมพันธ์กับการให้ความหมาย และการรับรู้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงการแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ . ในการพิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของตนเองทั้งหมดในขณะนั้น โดยมีพยาบาลในฐานะผู้ให้ความช่วยเหลือ จะเป็นผู้สนับสนุน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆ เพื่อลดความวิตกกังวล หรือความเครียด (Ashworth 1992 : 1430-1438) และร่วมกันหาความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยในขณะนั้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดริเริ่ม มีอำนาจในการเจรจาต่อรอง (Negotiation) หรือทำความตกลง สามารถที่จะตัดสินใจลงมือกระทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากพยาบาล และแหล่งประโยชน์อื่นๆซึ่งจะมีผลช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเองเห็นคุณค่าของการกระทำนั้น ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจที่จะเลือกปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่อไป และที่สำคัญการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะต้องสอดคล้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่จริง และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ รวมถึงศักยภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น (Waterworth & Luker 1990) โดยที่ไม่มีผลคุกคามต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Ashworth 1992)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปราะบางไป ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษา เนื่องจากผลกระทบจากการรักษาเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความต้องการการดูแลของตนเองที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันยังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Rhodes , Watson & Hanson 1988 : 190 อ้างใน ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ 2535 : 1) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่มีความคุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องพยายามปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาในขณะนั้น (Rhodes , Watson & Hanson 1988 : 190 อ้างใน ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ 2535 : 1) โดยอาศัยศักยภาพของตนเองในการแสวงหาความรู้ และข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพิจารณา ไตร่ตรองในการเลือกกระทำกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นการที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆเป็นต้นว่า การเสนอแนะ หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การได้ระบายความรู้สึก หรือการรับรู้ในสถานการณ์ที่เกิด

ขึ้น ได้มีโอกาสร่วมตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติกิจกรรม รวมถึงการมีโอกาสต่อรองในเรื่องต่างๆ และการเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูล หรือเสนอแนะแหล่งประโยชน์อื่นๆ เหล่านี้น่าจะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้พิจารณา คิดริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้งยังเป็นการเพิ่มพลังอำนาจ และความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย (Bearley 1990)

อย่างไรก็ตาม การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยมักมีความกลัว และความวิตกกังวลเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ โอเร็ม (Orem 1985) เชื่อว่า มีผลกระทบต่อความสามารถและความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แต่งานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมาได้ทดสอบถึงประสิทธิภาพของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยที่ผู้วิจัยมีข้อดกลงเบื้องต้นว่า ผู้ป่วยมะเร็งต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยมิได้ทดสอบข้อเสนอนิเทศของโอเร็มดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึง ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ว่าเป็นอย่างไร และมีความแตกต่างกันหรือไม่

จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากจะช่วยให้เกิดความคิดริเริ่ม มีทักษะและสามารถให้เหตุผลในการตัดสินใจ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และยังเป็นการสร้างแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง ไปสู่ระดับของการคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และสามารถลงมือปฏิบัติ (Productive operation) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด นับได้ว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของตนเองได้ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า ลักษณะสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ที่สนับสนุน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นับได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับพยาบาลในการที่จะวางแผนเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งความต้องการการดูแลของตนเองมีเพิ่มขึ้น และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมจะมีส่วนช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ตามที่มิสได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ พบว่า สามารถลดความ

พร้อมในการดูแลตนเอง ลดความไม่สุขสบายจากการได้รับเคมีบำบัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเร็วขึ้น และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีได้อีกด้วย (พรจันทร์ พงษ์พรหม 2534 ; อรชร มาลาหอม 2534 ; สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ 2534 ; 2538 ; ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ 2535 ; วชิรี กลิ่นเฟื่อง 2535) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ผลของการส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ต่อสิ่งต่างๆตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เกิดขึ้นเนื่องจากเป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง หรือเกิดจากการจัดสิ่งแวดล้อมของพยาบาล ที่มีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยรับรู้ถึงการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องที่น่าสนใจและควรศึกษาต่อไป เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างแท้จริง และตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึง

1. ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. ความแตกต่างระหว่าง ความต้องการมีส่วนร่วม กับการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดต้องการมีส่วนร่วม และได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มากน้อยเพียงใด
2. ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีความแตกต่างกัน หรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายในเรื่อง ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับการตรวจในคลินิกเคมีบำบัด แผนกอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารัตนบุรี จำนวน 60 ราย ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2539 ถึง พฤษภาคม 2539

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐาน ที่จะนำมาใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สนับสนุน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
2. เป็นแนวทางในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

นิยามศัพท์

ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง ความต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา การเสนอแนะความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น และแหล่งประโยชน์ในการช่วยแก้ไขปัญหานั้น และ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง การได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การมีโอกาสได้รับรู้ และซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ได้เสนอความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การมีโอกาสได้ร่วมรับรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น และรับทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยแก้ไขปัญหานั้น และ การได้ซักถาม และ/หรือร่วมวางแผนกำหนดกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการวิจัยตามลำดับดังนี้ คือ

- 1) แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม
- 2) ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ
- 3) การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) ตามความหมายของ Webster Dictionary ระบุว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมมือกัน การเป็นหุ้นส่วนกัน (Webster 1782) คำว่า Patient participation สามารถใช้แทนด้วยคำว่า Patient involvement, Partnership และ Patient collaboration (Jewell 1994 : 433-438) นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังหมายถึง การได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การให้บริการ หรือการประเมินผลการบริการ รวมถึงการเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมปรึกษาปัญหาต่างๆ (Brownlea 1987 อ้างใน Jewell 1994 : 433-438)

จากความหมายโดยทั่วไปดังกล่าว ได้มีผู้นำไปประยุกต์ใช้ในศาสตร์หลายสาขา โดยเฉพาะสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ทั้งในลักษณะของปัจเจกบุคคล หรือในรูปของกลุ่มชุมชน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ และศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งในทางสังคมศาสตร์ และทางด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมจะเป็นในรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน หรือชุมชน และถือว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เนื่องจากหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น จะเป็นการบริการสุขภาพในส่วนที่จำเป็น และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยที่ประชาชนจะต้องยอมรับ และมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว (กลุ่มสังคมศาสตร์สาธารณสุข 2524: 2)

นอกจากนี้ ทางด้านศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสังคมและพฤติกรรมมนุษย์ ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาเป็นแนวทาง ในการส่งเสริมให้บุคคลดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ว่าการดูแลสุขภาพจะเกิดขึ้นในรูปแบบใดก็ตาม แต่ลักษณะพื้นฐานที่สำคัญในทุกรูปแบบก็คือ การที่บุคคลหรือ ครอบครัว

ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ได้หมายความว่า เป็นการปฏิเสธบทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการริเริ่ม หรือเสนอแนะทักษะวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง แต่เป็นการชี้ให้เห็นว่าแนวทางในการปฏิบัติงานของวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไม่ควรจะเป็นรูปแบบของการบังคับ หรือการสอนอีกต่อไป ควรจะให้หลักการของการมีส่วนร่วม โดยตระหนักถึงบทบาทหลักของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ข่าวสาร และสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลและครอบครัวตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Self-decision) และจัดการด้วยตนเอง (Self-management) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2533 : 100)

องค์การอนามัยโลก (WHO) (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ 2533 อ้างใน ดวงฤทัย พงศ์เรียวบุญ 2537) ได้ให้คำจำกัดความ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน คือ กระบวนการที่บุคคลและครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพสวัสดิภาพของตนเองและชุมชน ยกย่องความสามารถในการพัฒนาตนเองและชุมชน อีกทั้งมีแรงจูงใจที่จะพัฒนาด้วยตนเอง แทนที่จะเป็นผู้คอยรับความช่วยเหลือแต่ฝ่ายเดียว และได้ใช้เกณฑ์พื้นฐานจากประสบการณ์ของประเทศสมาชิก จำแนกประเภทของการมีส่วนร่วมของชุมชน ไว้ดังนี้

1.การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบธรรมชาติ (Spontaneous participation)

เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการกระทำที่สมัครใจและเป็นอิสระ ที่เกิดจากแรงจูงใจภายในของบุคคล ด้วยเงื่อนไขของการเกิดปัญหา หรือสภาพที่วิกฤตในสายตาของบุคคลและปราศจากความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอก โดยสรุปแล้ว การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้เป็นสิ่งที่พบได้ยาก เป็นเพียงภาพในอุดมคติ

2.การมีส่วนร่วมที่ถูกกระตุ้น หรือชี้นำ ชักชวนให้เกิด (Sponsored of induced participation)

การมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ เกิดจากการได้รับการกระตุ้น หรือชี้นำ ชักชวน และเป็นรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาแบบการช่วยเหลือเพื่อช่วยเหลือตนเอง (Aided self help) ที่เกิดจากการปลุกเร้า (Stimulate) และตัวกระตุ้น (Catalyst) ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือ ข้าราชการ หรืออาสาสมัครที่ผ่านการอบรม แนะนำกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ถูกส่งผ่านเข้า

ไปในชุมชนครั้งแรก และดำรงอยู่ในช่วงเวลาหนึ่ง แรงคลใจจากภายใน (Intrinsic motivation) ที่เกี่ยวกับการพัฒนาจะเกิดขึ้น และประชาชนจะค่อยๆพัฒนาความคิดริเริ่มที่เป็นของตนเอง และเกิดการร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมที่ส่งผ่านเข้าไป และขยายบทบาทการมีส่วนร่วมไปสู่กิจกรรมการพัฒนาอื่นๆ

3.การมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นโดยการบังคับ (Forced participation)

เป็นการมีส่วนร่วมที่ผิดพลาดทั้งเชิงแนวคิด และวิธีการ เนื่องจากการบังคับให้บุคคลเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนดตามนโยบายของผู้นำ ซึ่งบางครั้งกิจกรรมส่วนใหญ่ นั้น ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคลกลุ่มนั้นเลย (ดวงฤทัย พงศ์เชิษฐบุญ 2537 : 20-21)

อีกประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ก็คือ เรื่องสิทธิของผู้ป่วย (Patient's Rights) ซึ่งกำลังได้รับความสนใจและมีการศึกษากันอย่างแพร่หลายมากขึ้น เนื่องจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์ พยาบาล หรือ การได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะให้ความยินยอม (Informed Consent) ก่อนให้การรักษา เหล่านี้ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิผู้ป่วยอันพึงจะได้รับในฐานะผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งความสำคัญของการเคารพในสิทธิของผู้ป่วยที่องค์กรสากลได้เสนอไว้นั้น ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา ที่มุ่งเน้นในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้บริการ กับ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาล อันจะนำไปสู่การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ตลอดจนเสริมสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการอีกด้วย (อรรถจินดา ศีผดุง 2536)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วย การเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ตลอดจนความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีความคาดหวังในระดับสูงต่อสิทธิของตนเองในทุกๆเรื่องไม่ว่าจะเป็น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การที่จะได้เลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตน การได้รับการพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการที่จะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็รับรู้ว่าคุณเองได้รับการปฏิบัติที่เคารพต่อสิทธิดังกล่าวไม่ถึงในระดับที่ความคาดหวังไว้ (มาลี สุจิรพัฒน์พงษ์ 2527 ; สุกัญญา โลจนากวีวัฒน์ 2536)

ในทางพยาบาล แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยนั้น ถือว่าเป็นปรัชญาทางการพยาบาล และการนำไปสู่การปฏิบัติจะต้องอาศัยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Jewell 1994 : 433) เนื่องจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient participation) เป็นการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับผู้ป่วย (Brearley 1990) และถือว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น การให้คำแนะนำ รวมทั้งมีความสามารถในการตัดสินใจ ในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น (Waterworth & Luker อ้างใน Jewell 1994 : 434)

นอกจากนี้ Asworth (1992) ยังได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือการที่บุคคลสองคนได้ร่วมกันรับรู้ และแปลความหมายของข้อมูลจนกระทั่งตรงกัน มีการตัดสินใจร่วมกันในการกำหนดเป้าหมาย การวางแผน วิธีการปฏิบัติ ตลอดจนวิธีการประเมินผล ซึ่งในการร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยนั้น จำเป็นจะต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ซึ่งกันและกัน มีความเหมาะสมทางด้านอารมณ์และแรงจูงใจ ที่จะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น แต่ทั้งนี้การมีส่วนร่วมนั้นจะต้องไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่ามีผลกระทบ หรือคุกคามความเป็นบุคคลของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งด้วย (Asworth ; Longmate & Morrison 1992 : 1430)

จากแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมตามที่ผู้ได้กล่าวไว้นั้น จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยต่างๆหลายประการที่มีผลทำให้เกิดความต้องการมีส่วนร่วมของบุคคล โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลตนเอง เพราะทำให้ผู้ป่วยสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในขณะนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในประเด็นดังกล่าวได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในระบบบริการสุขภาพ ไว้ดังนี้

1.ทัศนคติของบุคลากรต่อผู้ป่วย

ทัศนคติของบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากมีผลต่อพฤติกรรมและปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคล โดยเฉพาะทัศนคติของบุคลากรวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วย จะเป็นสิ่งที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ในอดีตที่ผ่านมาบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ มักจะมีทัศนคติต่อผู้ป่วยว่า เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยและจะต้องรับบทบาทเป็นผู้คอยรับความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ (Dannis 1990) แพทย์ และพยาบาล จะเป็นผู้ที่มีความรู้ดีที่สุดเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา (Muetzel 1988 อ้างใน Biley 1992 : 414-421) ดังนั้นการตัดสินใจในเรื่องของแผนการ

รักษา หรือกระทำกิจกรรมต่างๆจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Biley 1992 : 414-421)

ต่อมาได้มีการศึกษาถึงทัศนคติของแพทย์ ต่อการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของตนเองพบว่า แพทย์บางส่วนยังมีทัศนคติว่าการเลือกวิธีการรักษาให้กับผู้ป่วยจะเป็นหน้าที่ของแพทย์ และถ้าเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาของตนเอง อาจจะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย (Mazur 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟรายด์แมน และคณะ (Friedman, et. al 1992) ที่ได้สำรวจความคิดเห็นของแพทย์จากสาขาเฉพาะทางต่างๆ จำนวน 531 คน ในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพบว่า แพทย์โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 62 เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว เนื่องจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับโรคของตนเอง แต่ร้อยละ 30 ไม่เห็นด้วย เพราะคิดว่าการเลือกวิธีการรักษาให้กับผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความเจ็บป่วย

นอกจากทัศนคติของแพทย์ในประเด็นดังกล่าวแล้ว ยังมีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการในระบบบริการสุขภาพ โดยคอร์เนอร์ (Comer 1993 : 363-371) ได้ทำการสำรวจทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ พยายามซักถามข้อสงสัยและความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ จะช่วยลดระยะเวลาในการทำงานของตนเอง แต่มีพยาบาลบางส่วนโดยเฉพาะพยาบาลที่จบใหม่จะเกิดความรู้สึกว่า การที่ผู้ป่วยต้องการซักถามข้อมูล รวมถึงขอคำแนะนำในการปฏิบัติสิ่งต่างๆ จะสร้างความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย จึงมีพฤติกรรมที่จะพยายามหลีกเลี่ยง หรือหลีกเลี่ยงที่จะคุยกับผู้ป่วย รวมถึงไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วย ซึ่งตรงกันข้ามกับการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต้องการซักถามเรื่องต่างๆ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลทุกเรื่องจะลดความวิตกกังวลของพยาบาลในเรื่องดังกล่าวได้อย่างมากผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ทัศนคติของพยาบาลมีผลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ หรืออาจจัดขบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยก็ได้ ถ้าศักยภาพของพยาบาลไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องการให้ข้อมูล หรือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในขณะนั้น

2. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

การรับรู้ (Perception) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ดั้งเดิมของบุคคลที่มีอยู่ (จำเนียร ช่วงโชติ 2523 : 81-83 ; Garrison & Magoon 1972 อ้างใน ปัทมา กาญจนวงษ์ 2536 : 15-16) เพื่อใช้ในการเลือกตัดสินใจเหตุการณ์หรือแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ การที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองต่อความเจ็บป่วย จะเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Blanchard 1988 : 1139-1145) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการเลือกปฏิบัติ หรือการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้น จะมีผลทำให้ลดอัตราเสี่ยงหรือป้องกันความรุนแรงของโรค ทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น รวมถึงช่วยลดค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการมารับบริการ ลดความขัดแย้งในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง เป็นต้น เหล่านี้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Rosenstock 1974 : 329-355 ; Tirrell & Hart 1980 : 490 ; Klinger 1984 : 32-38)

3. ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ตามที่โอเร็มได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลสามารถกระทำความต้องการการดูแลของตนเองได้นั้น จำเป็นต่อการมีสุขภาพที่ดี แต่เมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเองขึ้น เป็นผลทำให้ระบบการพยาบาลเข้ามามีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ตามลักษณะความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในขณะนั้น (Orem 1985) จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะสามารถเลือกตัดสินใจ หรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมใดๆ ก็ตาม ควรที่จะมีความสมบูรณ์ของร่างกาย สามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวที่เป็นของร่างกาย ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง รวมถึงมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาไตร่ตรอง ตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงหรืออยู่ในภาวะเครียด มีข้อจำกัดเนื่องจากสภาพร่างกายอ่อนเพลีย หรือจำเป็นต้องพักผ่อนอยู่บ้านเพียงนานๆ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไบเลย์ (Biley 1992) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การรักษาของผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยซึ่งได้รับการผ่าตัด จำนวน 8 ราย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ภายหลังการที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว 7-10 วัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 - 3 วันแรก ไม่ต้องการมีส่วนร่วม

ในการตัดสินใจ หรือเลือกกระทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากยังมีอาการอ่อนเพลีย ปวดแผลผ่าตัดมาก และต้องการเวลาพักผ่อน แต่เมื่อร่างกายแข็งแรงขึ้น อาการปวดแผลลดลงผู้ป่วยจึงเริ่มต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการทำสิ่งต่างๆ จากข้อมูลของผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “หลังผ่าตัดในช่วงที่ยังปวดแผลมาก เวลาที่พยาบาลนำยามาให้รับประทานหรือนำยามาฉีดให้ ยังไม่สนใจที่จะซักถามว่าเป็นยาอะไร พยาบาลให้ทำอะไรก็จะรีบทำตามทันที แต่เมื่ออาการปวดแผลทุเลาลง รู้สึกสบายขึ้นก็จะเริ่มสนใจ และต้องการทราบว่าพยาบาลกระทำกิจกรรมอะไรบ้างกับตนเอง หรือยาที่ให้มันเพื่ออะไร ”

นอกจากนี้ บลานชาร์ด และคณะ (Blanchard, et al 1988) ยังได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ ของผู้ป่วย มะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 439 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ยังจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการพักผ่อนบนเตียง หรือถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ จะไม่ต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระทำการต่างๆ ขณะนั้น เนื่องจากอยู่ในภาวะเครียด เกิดความวิตกกังวล และไม่พร้อมที่จะรับรู้ หรือตัดสินใจในเรื่องต่างๆ

จะเห็นได้ว่าการประเมินความพร้อม หรือความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องพิจารณาถึงภาวะสุขภาพ ระยะของความเจ็บป่วย รวมถึงข้อจำกัดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรคำนึงถึงเสมอ

4. สิ่งแวดล้อม และข้อจำกัดในโรงพยาบาล

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถือว่าเป็นการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมใหม่สำหรับผู้ป่วย ทั้งยังเป็นแหล่งสร้างความเครียด และส่งผลกระทบต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ระบบการพยาบาลที่มุ่งเน้นการทำงานประจำเป็นหลัก ตามนโยบายของผู้บริหาร (พยาบาลต้องพยายาทำงานแข่งขันกับเวลา ทำให้ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เนื่องจากมองว่าเป็นการเสียเวลา) โดยไม่คำนึงถึงความต้องการ หรือความพร้อมของผู้ป่วย ข้อจำกัดของสิ่งแวดล้อม กฎระเบียบการเขียนต่างๆ ลักษณะท่าทางของพยาบาลที่ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามสิ่งต่างๆ เป็นต้น เหล่านี้ล้วนมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกระทำการตัดสินใจต่างๆ ได้ (Biley 1992 : 414-420)

สิ่งแวดล้อมอื่นๆที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ยังรวมถึงปัญหาในการสื่อสารระหว่างบุคลากรวิชาชีพสุขภาพกับผู้ป่วย ในประเด็นนี้ ลี (Ley 1988) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยมักไม่เข้าใจความหมายของคำพูดที่แพทย์ และพยาบาลใช้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีการแปลความหมายผิดไปจากความจริง นอกจากนี้ บัสบี้ และกิลคริสต์ (Busby & Gilchrist 1992) ได้ให้ข้อเสนอว่า การที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ใช้ในการปรึกษาหารือระหว่างแพทย์และพยาบาล ขณะที่การตรวจเยี่ยมภายในหอผู้ป่วยจะมีผลทำให้ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการปรึกษาหารืออื่น อีกทั้งภาษาที่ใช้มักเป็นศัพท์เฉพาะทางการแพทย์อีกด้วย

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่า การนำแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ซึ่งความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้นั้น พยาบาลจะต้องมีการพัฒนาตนเองทั้งในด้านความรู้และประสบการณ์การทำงานร่วมกับผู้ป่วย ในการที่จะคิดรูปแบบเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้ตรงตามความต้องการและเหมาะสมกับผู้ป่วยในขณะนั้น

ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การศึกษาเกี่ยวกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ มักจะเป็นเรื่องของกรกระทำการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ประชาชนมีโอกาสในการแสวงหาข้อมูลต่างๆจากแหล่งความรู้ได้มากขึ้น และเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยจึงพบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่พยายามที่จะแสวงหาความรู้ ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ที่เคยได้รับความช่วยเหลือ หรือมอบความไว้วางใจในการตัดสินใจให้กับแพทย์และพยาบาล มาเป็นต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆร่วมกับแพทย์และพยาบาลมากขึ้น (Price 1986 อ้างใน Biley 1992 : 414-421) และที่สำคัญการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเลือกตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆได้อย่างเหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับความเข้าใจในสถานการณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น และการได้รับข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงจากแพทย์และพยาบาล (Venesy 1994 : 219 - 336) และใน

ประเด็นนี้ เดเบอร์ (Deber 1994) ยังได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยว่า นอกจากจะมุ่งเน้นในเรื่องความถูกต้องแล้ว ข้อมูลควรจะเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงรูปแบบ เนื้อหา และเวลาที่จะให้ข้อมูลด้วย

ดังนั้นในระยะแรกการศึกษาถึงความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย จึงมุ่งเน้นในเรื่องการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาร่วมกับแพทย์และพยาบาล ดังเช่นการศึกษาของซูเทอร์แลนด์ และคณะ (Sutherland, et. al 1989 : 260-263) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูล กับการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์ของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 52 ราย พบว่า ร้อยละ 77 ได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ และมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ตามที่ตนเองคาดหวังไว้ ในขณะที่ร้อยละ 23 ได้รับข้อมูลที่ตรงตามความต้องการ และต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์ แต่มีโอกาสน้อยมาก เนื่องจากแพทย์มักจะเป็นคนแรกที่ทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งต่างๆเสมอ

นอกจากนี้เดเบอร์ (Deber 1994 : 423-427) ได้ทำการศึกษาถึง การได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นในเรื่องลักษณะสัมพันธ์ภาพของแพทย์และผู้ป่วย ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การที่แพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมโดยตระหนักถึงความรู้สึก และอารมณ์ผู้ป่วยในขณะนั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดพิจารณา เลือกตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการตัดสินใจนั้นๆ

จะเห็นได้ว่าการได้รับข้อมูลที่เหมาะสม จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ตรงตามความต้องการ แต่มีรายงานว่า ในผู้ป่วยมะเร็งบางรายมีความต้องการข้อมูลและพยายามแสวงหาข้อมูลต่างๆ แต่ไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งต่างๆ จากการศึกษาของ บลานชาร์ด และคณะ (Blanchard, et. al 1988 : 1138-1145) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 439 ราย มีอายุเฉลี่ย 54.4 ปี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 92 มีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูล แต่ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 69 ที่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของตนเองร่วมกับแพทย์ ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 31 ต้องการให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจแทนตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดกเนอร์ และบีตัน (Degner&Beaton 1987 :

102-105) คาสสิเลท และคณะ (Cassileth, et. al 1980 : 832-836) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 300 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี, อายุ 40-59 ปี และอายุ 20-39 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องการรับรู้ข้อมูลเฉพาะคดีเท่านั้น แต่ไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องการรับรู้ข้อมูลทุกอย่าง และต้องการได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลด้วย

ต่อมาสตรัลและคณะ (Strull, et. al 1984) ได้ทำการศึกษาถึงความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยการให้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ พบว่า ร้อยละ 53 ของผู้ป่วยต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาของแพทย์ และร้อยละ 63 ต้องการให้แพทย์เป็นผู้กระทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ต้องการที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับแผนการรักษาของตนเองร่วมกับแพทย์ แต่การที่ผู้ป่วยจะมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในฐานะของผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ควรจะมีการพัฒนาความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อหาแนวทางหรือรูปแบบที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตรงตามความต้องการมากที่สุด

การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 37) ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำ ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในขณะนั้น ไม่ว่าจะเป็นระบบการพยาบาลลักษณะใดก็ตามจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ หรือการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ในการค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแล ตลอดจนการลงมือกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งรูปแบบที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การสอน การสนับสนุน การชี้แนะแนวทาง และการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวย ต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้การใช้วิธี

การต่าง ๆ นั้น จะต้องขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จึงจะทำให้ประสิทธิผลของระบบการพยาบาลนี้ได้ผลดี

ได้มีการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น งานวิจัยกึ่งทดลองของมาร์ตินและคณะ (Martin, et al 1991 : 275-279) ที่ทำการศึกษากลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์โดยวิธีการสอน ชี้แนะแนวทาง รวมทั้งการให้คำปรึกษา เพื่อให้มีความรู้เรื่องเอดส์ รวมถึงมีเจตคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ โดยประเมินผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเข้าทางเส้นเลือด จำนวน 189 ราย โดยจัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล แล้วติดตามผลหลังจากนั้น 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกันลดลงจากร้อยละ 35 เหลือร้อยละ 12 และมีการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 เป็นร้อยละ 56

ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ได้มีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวเช่นกัน ได้แก่ งานวิจัยเชิงบรรยายของฮิโรโมโต และดันแกน (Hiromoto & Dungan 1991 : 148 - 154) ซึ่งทำการศึกษาดังกล่าวถึงผลการเรียนรู้ที่มีการตกลงร่วมกันเพื่อการดูแลตนเอง (Contract learning for Self care) โดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem 1991) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก จำนวน 5 ราย ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับเคมีบำบัดได้มีการประเมินความต้องการการเรียนรู้ และมีการตกลงร่วมกันเป็นรายบุคคล แล้วติดตามประเมินผลการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หลังจากได้รับเคมีบำบัดแล้ว 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วย 4 ราย มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองทุกๆ ด้าน ทั้งยังพบว่า สามารถควบคุมและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดได้อีกด้วย ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและมีเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลที่ได้รับ ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย ไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเนื่องจากยังอยู่ในระยะตกใจและเสียใจกับการวินิจฉัย จำเป็นต้องพึ่งพาญาติทุกเรื่อง รวมถึงไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดในระดับที่รุนแรงด้วย

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาถึงผลการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เริ่มได้รับความสนใจมากขึ้นและทำการศึกษากลุ่มต่างๆ เช่น งานวิจัยของสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534:19-35) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ คอ และปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษา

จำนวน 142 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 71 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากสไลด์ประกอบเสียง 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มการรักษา ขณะได้รับการรักษา และก่อนสิ้นสุดการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ชี้นำ สนับสนุนให้กำลังใจ พัฒนาความสามารถตามสาเหตุของความพร่องในการดูแลตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยรังสีรักษา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และยังพบว่าอัตราการสูญหายในระหว่างการรับรังสีรักษาของกลุ่มทดลองมีน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอีกด้วย

ต่อมา ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ (2535) ได้ทำการศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการ ไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์และความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ไ้รับเคมีบำบัด จำนวน 54 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลจากพยาบาลผู้วิจัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการ ไม่สุขสบายในวันที่ 2 หลังจากได้รับเคมีบำบัด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความพร่องในการดูแลตนเองในวันที่ 3 หลังจากได้รับเคมีบำบัด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยภาวะผิดปกติทางด้านอารมณ์ในวันที่ 1,2 และ3 หลังได้รับเคมีบำบัดของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

ในผู้ป่วยโรคเอดส์ ดวงกมล วัตราคุลย์ (2537) ได้ศึกษาถึงการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อการเปลี่ยนแปลงความพร่องในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 71 ราย (แต่สามารถติดตามตลอดการวิจัยได้ 45 ราย) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการสอน และให้คำปรึกษาแนะนำเป็นรายบุคคลในห้องที่เป็นสัดส่วน ผู้วิจัยได้สร้างภาพที่ดีกับผู้ป่วย ให้การยอมรับด้วยการรับฟังปัญหาและสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลห่วงใยอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เคารพในสิทธิและความคิดเห็นของผู้ป่วย มีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อบรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการสอนและการชี้แนะด้วยการชมภาพสไลด์ประกอบเสียงเรื่อง “การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อติดเชื้อเอดส์” รวมทั้งแจกเอกสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองไปอ่านที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม แสดงความคิดเห็น พิจารณาการดูแลตนเองที่สามารถเลือกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่า ในระยะ 8 สัปดาห์ หลังจากเข้าโครงการสนับสนุน

สนับสนุนและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและทุกด้านลดลง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าวันแรกก่อนเข้าโครงการ

นอกจากการศึกษาถึงผลการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยเอดส์แล้ว ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น งานวิจัยของมุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจอประสาทตาตลอก งานวิจัยของ สมจิต หนูเจริญกุล และพิทูล วิญญาเงือก (2534) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไต รวมถึงงานวิจัยของ ววัรี กลิ่นเฟื่อง (2535) พรจันทร์ พงษ์พรหม (2534) และอรชร มาลาหอม (2534) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเช่นกัน ซึ่งรูปแบบของการวิจัยจะคล้ายคลึงกัน คือมีการแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยวิธีการให้ความรู้และคำปรึกษาในแบบต่างๆ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลตนเองลดลง สามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น

จากผลการศึกษาถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคต่างๆ จะเห็นได้ว่ารูปแบบของงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วจะเป็นลักษณะของงานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง กับการที่ได้รับการพยาบาลตามปกติว่า จะมีผลต่อผู้ป่วยในลักษณะใดบ้าง ซึ่งผลการวิจัยทั้งหมดพบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบและขั้นตอนของการวิจัย พบว่า ผู้วิจัยได้มีการจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาต่างๆ การกำหนดช่วงเวลาที่จะทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ โดยพยายามหลีกเลี่ยงช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องทำกิจกรรมอื่นๆ หรือได้รับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์ การจัดสถานที่ที่เหมาะสม และเป็นส่วนในการให้คำปรึกษาและได้รับการพยาบาลจากพยาบาลผู้วิจัยคนเดียว ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นต้น เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งสิ้น และเป็นสิ่งที่พยาบาลควรคำนึงเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองด้วยรูปแบบและวิธีการต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีผู้ให้ความสนใจทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าวกันอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อเผชิญกับสถานการณ์หรือภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดระยะเวลาที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งการจัดรูปแบบหรือพัฒนาวิธีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมนั้น ควรจะคำนึงถึงความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตามความต้องการของตนขณะนั้น ซึ่งในหลักการดังกล่าวนี้ยังมีรายงานการศึกษาน้อยมาก ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาถึงความต้องการมีส่วนร่วม การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และความแตกต่างระหว่างความต้องการมีส่วนร่วม กับการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ในคลินิกเคมีบำบัด แผนกอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดีโดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง
2. อยู่ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ตั้งแต่ชุดที่ 2 ขึ้นไป (การเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการเคมีบำบัดตั้งแต่ชุดที่ 2 ขึ้นไป เพราะเคยผ่านประสบการณ์การได้รับเคมีบำบัดมาแล้ว ทำให้สามารถให้ข้อมูลได้ตรงตามความเป็นจริง)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด วันละ 6 ราย เพื่อให้มีจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษารวมไม่เกินวันละ 6 ราย ผู้วิจัยได้ใช้วิธีสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากเวชระเบียนก่อนล่วงหน้าวันนัดตรวจ 1 วัน แล้วนำไปสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยจากรายชื่อที่สำรวจได้ ตามจำนวนที่กำหนดไว้ในแต่ละวัน และเมื่อถึงวันนัดผู้วิจัยรอพบผู้ป่วยทุกรายตามรายชื่อที่สุ่มไว้ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย กรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย จะใช้วิธีจับฉลากผู้ป่วยรายใหม่จากรายชื่อที่เหลือแทน จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 60 ราย

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาในครั้งนี้คือคลินิกเคมีบำบัด แผนกอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล รามาธิบดี เปิดบริการทุกวันอังคาร เวลา 09.00-16.00 น. และวันพฤหัสบดี เวลา 13.00-16.00 น. ในหน่วยนี้มีแพทย์เฉพาะทางการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด 2 ท่าน พยาบาลที่ดูแลเฉพาะ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 1 คน พยาบาลประจำหน่วยผู้ป่วยนอก 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน และพยาบาล ผู้ผสมยาและฉีดยาเคมีบำบัด 2 คน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแต่ละวันอยู่ระหว่าง 80-120 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะได้รับการตรวจจากแพทย์ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมาพบกับพยาบาลที่ดูแลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เพื่อซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยา หรือปัญหา อื่นๆ รวมถึงการให้ความรู้และคำแนะนำตามลักษณะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ พยาบาลยังทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เป็นแหล่งประ โยชน์กับผู้ป่วย เช่น หน่วย สังคมสังเคราะห์ หน่วยประสานงานการดูแลที่บ้านและโรงพยาบาล อีกทั้งยังเป็นผู้แนะนำแหล่ง ประโยชน์อื่นๆให้กับผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (ดูภาคผนวก ก)
2. แบบวัดความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมี บำบัด (ดูภาคผนวก ข)
3. แบบวัดการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด(ดู ภาคผนวก ค)

เครื่องมือวัดความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองนี้ ผู้วิจัย ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยอาศัยแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient Participation) ซึ่งพัฒนาจากความรู้ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับการวิเคราะห์ ลักษณะการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการ

สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด จำนวน 15 ราย เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมและต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเรื่องใดบ้าง เมื่อได้ข้อมูลดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาเปรียบเทียบกับกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด แล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดชุดละ 31 ข้อ แบ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวกับความต้องการข้อมูลเรื่องโรคและแผนการรักษา จำนวน 7 ข้อ ความต้องการได้เสนอแนะความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นและแหล่งประโยชน์ในการช่วยแก้ไขปัญหานั้น จำนวน 6 ข้อ และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อคำถามแบ่งระดับความต้องการมีส่วนร่วมเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ มาก ปานกลาง น้อย และไม่ต้องการ

สำหรับแบบวัดการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด จะมีข้อคำถามเช่นเดียวกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แต่ลักษณะคำถามจะถามการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยแบ่งระดับการได้มีส่วนร่วมเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ มาก ปานกลาง น้อย และ ไม่ได้เลย

การให้คะแนนและการแปลความหมาย

การกำหนดคะแนนในแต่ละข้อ มีมาตราวัดเป็นแบบลิเกตสเกล 4 อันดับ คือ ไม่ต้องการ หรือไม่ได้เลย 0 คะแนน จนมากที่สุดเป็น 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดจะมีค่าตั้งแต่ 0 - 93 คะแนน คะแนนยิ่งสูง ยิ่งต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หรือได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และแบบวัดการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด และได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1.ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามดังกล่าวทั้ง 2 ชุด เสนอผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับแนวคิดของการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเชิงทฤษฎี ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับแนวคิดของการมีส่วนร่วมและการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเชิงทฤษฎี แล้วตัดสินใจข้อคำถามต่างๆ ที่สร้างขึ้นสามารถวัดพฤติกรรมหรือเนื้อหาในสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ในระดับใด โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ตรงประเด็น ก่อนข้างจะตรงประเด็น ตรงประเด็น และตรงประเด็นมาก กำหนดคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 , 2 , 3 และ 4 ตามลำดับ เมื่อได้ค่าคะแนนดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปหาค่าดัชนีของความตรงตามเนื้อหา (The Index of Content Validity) โดยนำรายข้อทั้งหมดที่ผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ใน 5 ท่าน มีความเห็นตรงกันและให้ระดับคะแนน 3 หรือ 4 ไปหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด ในรายข้อที่มีระดับคะแนน 3 หรือ 4 แต่เป็นความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิน้อยกว่า 3 ท่าน ไม่สามารถนำมาคำนวณได้ เนื่องจากเป็นความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกับผู้ทรงคุณวุฒิโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด) ถ้าผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านมีความเห็นตรงกันในระดับคะแนน 3 หรือ 4 ในทุกข้อ ค่าCVI ที่คำนวณได้จะมีค่าเท่ากับ 1.00 แสดงว่า เครื่องมือมีความสมบูรณ์ สามารถวัดพฤติกรรมหรือเนื้อหาที่ต้องการศึกษาได้ครอบคลุม และเป็นที่ยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ถ้า CVI มีค่าเท่ากับ 0.50 แสดงว่า เครื่องมือยังมีความสมบูรณ์ไม่เพียงพอ และไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่าCVI ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนรายข้อทั้งหมดที่ผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ใน 5 ท่านให้คะแนน 3 หรือ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าCVI ของแบบวัดความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด

$$= 31/33 = 0.94$$

และ ค่าCVI ของแบบวัดการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด

$$= 29/33 = 0.88$$

2.ความเที่ยงของความสอดคล้องภายใน ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดภายหลังจากการปรับปรุงแก้ไขและปรับจำนวนข้อคำถามจาก 33 ข้อ เหลือ 31 ข้อไปวัดความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาก่อนจำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ซึ่งแบบวัดความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ 0.90 และ แบบวัดการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1.สำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ก่อนวันนัดตรวจ 1 วัน เพื่อคัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แล้วสุ่มรายชื่อผู้ป่วยด้วยวิธีการจับฉลากจากรายชื่อที่คัดเลือกไว้ จำนวน 6 ราย

2.ผู้วิจัยขอพบผู้ป่วยที่สุ่มรายชื่อไว้ทุกราย ในระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจรักษา ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ (ดูภาคผนวก ง)

3.เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยมายังมุมที่ได้จัดเตรียมไว้เพื่อมิให้มีเสียงรบกวนจากภายนอก และในระหว่างตอบแบบสอบถามผู้ป่วยสามารถซักถามข้อสงสัย และสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา

4.ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ดูภาคผนวก ก) ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาที่ได้รับจะได้จากเวชระเบียน

5.ในรายชื่ออ่านหนังสือไม่ออกซึ่งมีจำนวน 3 ราย (หรือต้องการให้ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟัง) ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อไปจนจบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถามของผู้ป่วยเอง

6. ในขณะที่ผู้ป่วนตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยอยู่กับผู้ป่วนและบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วนบอกเล่า ซึ่งเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับข้อคำถาม นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วนตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยพิจารณาคำตอบแต่ละข้อว่ามีข้อใดที่ผู้ป่วนต้องการมากหรือน้อย หรือได้มีส่วนร่วมมากหรือน้อย จะซักถามเหตุผลเพิ่มเติมและบันทึกรายละเอียดไว้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจะนำเสนอลักษณะกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด และ ข้อมูลที่พบจากการศึกษา โดยวิเคราะห์ผลตามลักษณะคำถามงานวิจัย ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารังนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดชุดที่ 2 เป็นต้นไป ในคลินิกเคมีบำบัด แผนกอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย ผู้ป่วยทุกรายที่สนใจยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 47 ราย เพศชาย 13 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 76 ปี อายุเฉลี่ย 45.87 ปี และอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 35 - 60 ปีถึงร้อยละ 65 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดถึง ร้อยละ 66.67 โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่ทำงานบ้านทั่วไปซึ่งมีจำนวนถึง 21 ราย และในจำนวนนี้เป็นข้าราชการบำนาญ 3 ราย ส่วนที่เหลือประกอบอาชีพรับราชการ และรับจ้างเป็นส่วนมาก รองลงมาได้แก่ เกษตรกรรม และค้าขาย ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา มีบางส่วนที่จบการศึกษาในระดับประกาศนียบัตร ไปจนถึงระดับปริญญาตรี ในระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีเพียง 1 ราย ในรายที่ไม่ได้เรียนหนังสือซึ่งมีจำนวน 4 ราย แต่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้จำนวน 3 ราย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยทั่วไปเพียงพอ ไม่มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากเบิกค่ารักษาได้ มีเพียงจำนวนน้อยที่รายได้ไม่เพียงพอ และมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่ระดับปานกลาง จนถึงมาก แต่ก็ได้รับการสงเคราะห์ทุกราย ในส่วนข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งของโรคพบว่า มะเร็งเต้านมพบมากที่สุดถึง ร้อยละ 58.33 รองลงมาคือ มะเร็งระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 20.01 ส่วนตำแหน่งอื่นๆพบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งรายละเอียดต่างๆของกลุ่มตัวอย่างแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และลักษณะกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด(n=60)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล		
ชาย	13	21.67	เบิกตนสังกัด	30	50.00
หญิง	47	78.33	จ่ายการรักษาเอง	15	25.00
สถานภาพสมรส			สังคมสงเคราะห์	12	20.00
โสด	15	25.00	ประกันสังคม	3	5.00
คู่	41	68.33	อาชีพ		
หม้าย , หย่า , แยก	4	6.67	รับราชการ	11	18.33
ศาสนา			พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	1.67
พุทธ	60	100.00	ค้าขาย	6	10.00
ระดับการศึกษา			รับจ้าง	11	18.33
ไม่ได้เรียน	4	6.67	เกษตรกร	10	16.67
ประถมศึกษา	29	48.33	ข้าราชการบำนาญ	3	5.00
มัธยมศึกษา	7	11.67	ไม่ได้ทำงาน/งานบ้าน	18	30.00
ประกาศนียบัตร	10	16.67	อายุ		
ปริญญาตรี	9	15.00	22 - 35 ปี	14	23.33
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.66	>35 - 60 ปี	39	65.00
ภูมิลำเนา			>60 ปีขึ้นไป	7	11.67
กรุงเทพมหานคร	20	33.33	ค่าพิสัย	22-76	
ต่างจังหวัด	40	66.67	ค่าเฉลี่ย	45.87	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	12.90	
เพียงพอ	50	83.33			
ไม่เพียงพอ	10	16.67			
การมีบุตร					
มีบุตร	42	70.00			
ไม่มีบุตร	18	30.00			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาเรื่องการรักษาพยาบาล			ตำแหน่งของโรค		
ไม่มี	39	65.00	ปอด	4	6.67
มีบ้างเล็กน้อย	11	18.33	เต้านม	35	58.33
มีปานกลาง	7	11.67	ศีรษะ และคอ	5	8.33
มีมาก	3	5.00	ระบบทางเดินอาหาร	12	20.01
			ระบบทางเดินปัสสาวะ	2	3.33
			อื่นๆ	2	3.33

ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

คะแนนความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัดโดยรวม มีค่าที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 - 93 คะแนน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าคะแนนความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด มีค่าพิสัยระหว่าง 44 - 91 คะแนน ค่าเฉลี่ยโดยรวม 71.75 (SD = 11.97) ซึ่งค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาจากข้อพบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงคือ ตั้งแต่ 2.70 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 3) และสูง 5 อันดับแรก ได้แก่ แพทย์และพยาบาลได้ซักถามความคิดเห็น หรือปัญหาต่างๆก่อนที่จะให้การดูแลรักษาท่าน , การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด , การบรรเทาอาการข้างเคียงและความไม่สุขสบายจากการได้รับยาเคมีบำบัด , การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และ แพทย์และพยาบาลเปิดโอกาสให้เสนอแนะ และรับฟังความคิดเห็นของท่าน ตามลำดับ ส่วนข้อที่ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.08 ลงมา) คือ การปรึกษาแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆรวมทั้งข้อดี และข้อเสียของการรักษานั้นๆ และ การเลือกวัน เวลาที่จะมาพบแพทย์ด้วยตนเอง (รายละเอียดดูในตารางที่ 2)

การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

คะแนนการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัดโดยรวม มีค่าที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 0 - 93 คะแนน จากการศึกษพบว่า ระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่าง 30 - 63 คะแนน คะแนนเฉลี่ยโดยรวม 61.33 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($SD = 14.89$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยของข้อที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด , การบรรเทาอาการข้างเคียงและความไม่สุขสบายจากการได้รับยาเคมีบำบัด , การเลือกชนิด และจำนวนอาหารที่ควรรับประทานให้เพียงพอและเหมาะสม , การเลือกชนิด และจำนวนน้ำดื่มที่เพียงพอและเหมาะสม และ แพทย์และพยาบาลเปิดโอกาสให้เสนอแนะและรับฟังความคิดเห็น ตามลำดับ ส่วนข้อที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ การปรึกษาแพทย์ พยาบาลเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของการรักษานั้นๆ และ การเลือกวัน เวลาที่จะมาพบแพทย์ด้วยตนเอง (ดังในตารางที่ 2)

ความแตกต่างระหว่างความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยรวม ด้วยสถิติทีคู่ (Paired T-test) พบว่าความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ($M = 71.75$, $SD = 11.97$) สูงกว่าการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ($M = 61.33$, $SD = 14.89$) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.61$, $p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาระดับความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด เป็นรายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยความต้องการมีส่วนร่วม สูงกว่าระดับคะแนนการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด ในทุกข้อ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติทีคู่ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แทบทุกข้อ ยกเว้นเพียง 3 ข้อ คือการได้ทราบถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล , การทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือในเรื่องการรักษาพยาบาล และ การรักษาภาพลักษณ์ที่ดี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการมีส่วนร่วม กับ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด เป็นรายข้อ ด้วยสถิติทีคู่ (n = 60)

ลำดับที่	ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด	ความต้องการมีส่วนร่วม		การได้มีส่วนร่วม		t -value
		M	SD	M	SD	
1.	แพทย์และพยาบาล ได้ซักถามความคิดเห็นหรือปัญหาต่างๆ ก่อนที่จะให้การดูแลรักษา	2.83	0.38	2.32	0.65	5.92 ^{***}
2.	การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด	2.82	0.47	2.60	0.56	3.20 ^{**}
3.	การบรรเทาอาการข้างเคียงและความไม่สุขสบายจากการได้รับยาเคมีบำบัด.	2.80	0.48	2.60	0.56	3.01 ^{**}
4.	การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.70	0.53	2.29	0.74	4.46 ^{***}
5.	แพทย์และพยาบาลเปิด โอกาสและรับฟังความคิดเห็นของท่าน	2.70	0.46	2.38	0.67	3.77 ^{***}
6.	การซักถามเกี่ยวกับผลของการรักษา	2.68	0.54	1.83	0.69	8.47 ^{***}
7.	การซักถามเมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	2.68	0.54	2.20	0.73	6.00 ^{***}
8.	การเลือกชนิด และจำนวนน้ำดื่มที่เพียงพอและเหมาะสม	2.65	0.55	2.47	0.57	2.82 ^{**}
9.	การซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษา	2.62	0.59	2.13	0.77	5.17 ^{***}
10.	การเลือกชนิด และจำนวนอาหารที่ควรรับประทานให้เพียงพอและเหมาะสม	2.62	0.59	2.47	0.54	2.12 [*]

^{*} p < 0.05 , ^{**} p < 0.01 , ^{***} p < 0.001



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับที่	ความต้องการมีส่วนร่วม และการ ได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ขณะได้รับเคมีบำบัด	ความต้องการมีส่วนร่วม		การได้มีส่วนร่วม		t-value
		M	SD	M	SD	
11.	การดูแลร่างกายให้แข็งแรง	2.60	0.56	2.37	0.61	3.39**
12.	การซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ขณะได้รับเคมีบำบัด	2.58	0.53	2.17	0.72	5.46***
13.	การซักถามเกี่ยวกับการตรวจ และ ผลของการตรวจวินิจฉัยต่างๆ	2.57	0.59	1.98	0.81	5.45***
14.	การปรึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา สุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้น	2.55	0.59	2.00	0.74	6.32***
15.	การซักถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียง จากยาเคมีบำบัด	2.55	0.62	2.15	0.82	4.63***
16.	การพักผ่อนอย่างเพียงพอแต่ละวัน	2.53	0.62	2.35	0.63	2.28*
17.	การปรับกิจกรรมการทำงาน หรือ บทบาทที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ขณะได้รับเคมีบำบัด	2.40	0.79	2.12	0.80	3.43**
18.	การเล่าถึงปัญหาและความรู้สึกให้ แพทย์และพยาบาลทราบ	2.35	0.73	2.02	0.70	3.94***
19.	การสร้างความหวังและกำลังใจ	2.35	0.73	1.97	0.88	3.79***
20.	การซักถามเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ ได้รับ	2.33	0.75	1.98	0.87	2.79**
21.	การได้ทราบถึงค่าใช้จ่ายในการ รักษา	2.30	1.05	2.20	1.10	1.94
22.	การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ต่างๆที่ต้องได้รับการแก้ไข	2.28	0.78	1.73	0.86	5.89***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับที่	ความต้องการมีส่วนร่วม และการ ได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ขณะได้รับเคมีบำบัด	ความต้องการมีส่วนร่วม		การได้มีส่วนร่วม		t-value
		M	SD	M	SD	
23.	วิธีการผ่อนคลายความเครียด และ ความวิตกกังวลที่เหมาะสม	2.00	0.88	1.75	0.93	2.58 [*]
24.	การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการ รักษาและการดูแลสุขภาพ					
25.	การแสวงหาความช่วยเหลือจาก บุคคลต่างๆรวมทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพ เมื่อมีปัญหา	2.15	0.73	1.90	0.88	2.85 ^{**}
26.	การรักษาภาพลักษณ์ที่ดี	1.97	0.96	1.92	0.89	0.57
27.	การทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่จะ ช่วยเหลือในเรื่องการรักษาพยาบาล	1.80	1.25	1.63	1.26	1.69
28.	การทราบถึงแหล่งประโยชน์อื่นๆที่ จะช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ	1.73	0.97	1.32	0.97	3.80 ^{***}
29.	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยว กับการรักษาพยาบาล	1.63	0.97	1.32	0.85	3.63 ^{**}
30.	การปรึกษาแพทย์และพยาบาลเกี่ยว กับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ รวมทั้งข้อ ดีและข้อเสียของการรักษานั้นๆ	1.08	1.11	0.73	0.94	3.23 ^{**}
31.	การเลือกวัน เวลาที่จะมาพบแพทย์ ด้วยตนเอง	0.72	1.08	0.50	0.85	2.09 [*]

^{*} p < 0.05 , ^{**} p < 0.01 , ^{***} p < 0.001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา มาหาความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจะได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับตัวแปรทั้ง 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กันสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วม ($n = 60$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.อายุ	1.00				
2.เพศ	-0.03	1.00			
3.ระดับการศึกษา	-0.43**	-0.05	1.00		
4.ความต้องการมีส่วนร่วม	-0.43**	0.15	0.55***	1.00	
5.การได้มีส่วนร่วม	-0.35**	0.13	0.40**	0.78***	1.00

** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

กำหนดค่า เพศ ชาย = 0 หญิง = 1

อภิปรายผล

ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจะได้รับเคมีบำบัด

เมื่อพิจารณาถึงระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้รับเคมีบำบัด ($M = 71.75$, $SD = 11.97$) จากคะแนนที่เป็นไปได้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีความต้องการหรือคาดหวังที่จะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า รายข้อที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากเป็นอันดับแรกคือ ต้องการให้แพทย์ และพยาบาลได้ซักถามความคิดเห็น หรือปัญหาต่างๆก่อนที่จะให้การดูแลรักษา ($M = 2.83, SD = 0.38$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดลแบนโก (Delbanco 1992:414) ที่ได้ศึกษาถึง การเพิ่มประสิทธิภาพของสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยอาศัยแนวความคิดของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74) ให้ความสำคัญในเรื่องต้องการให้แพทย์ หรือผู้ให้การดูแลตระหนักถึงการซักถามเกี่ยวกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ตนเองกำลังได้รับการรักษา รวมถึงได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาลต่อไป จากการศึกษาดังกล่าวอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่จะมีโอกาสพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลก่อนที่จะให้การดูแลรักษาเพราะ เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือปรึกษาปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น รวมทั้งหาวิธีการแก้ไข อีกทั้งยังเป็นการได้รับทราบถึงความรู้สึก ความต้องการ และสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองให้เหมาะสม และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยด้วย และจากการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย สอดคล้องกับเหตุผลดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ป่วยยังให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า การได้รับเคมีบำบัดก่อให้เกิดปัญหาในลักษณะต่างๆและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นเมื่อมารับเคมีบำบัดครั้งต่อไป แพทย์และพยาบาลควรที่จะได้ซักถามปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังจากรับเคมีบำบัดไปแล้ว เพราะทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อหาทางแก้ไขหรือปรับแผนการรักษาต่อไป ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยดังนี้

“ก็รู้อยู่แล้วว่าหมอไม่ค่อยมีเวลาเท่าไร แต่ว่าได้ยาไปแล้วทุกครั้งจะมีปัญหาเกิดขึ้นเรื่อยๆ ผมพยายามอ่านจากคู่มือที่ได้รับไปถึงรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นเพราะอะไร แล้วก็ทำตามคำแนะนำ บางครั้งก็ไม่มีในคู่มือ ผมต้องรอนถึงวันตรวจ เมื่อมีโอกาสเจอคุณหมอ ก็อยากให้คุณถามผมว่าเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการผิดปกติหรือเปล่า เพราะบางครั้งผมเองก็ไม่ว่าจะถามอะไรเหมือนกัน แต่ถ้าหมอถามผมก่อน ผมคงกล้าเล่าเรื่องต่างๆ ให้ฟังเหมือนกับที่เล่าให้คุณฟังนี้แหละ”

“ตัวพี่เอง (ผู้ป่วยรายหนึ่ง) คิดว่า การที่คุณหมอ คุณพยาบาลได้ซักถาม หรือพูดคุยกับคนไข้ก่อนที่จะตรวจเป็นสิ่งที่ดีมากเลย เพราะจะได้เล่าสิ่งต่างๆ ที่อาจจะเป็นข้อมูลสำหรับการรักษาก็ได้ และยังช่วยทำให้บรรยากาศระหว่างหมอ กับคนไข้ดูเป็นกันเองมากขึ้น ตัวเราเองก็กล้าที่จะบอก หรือปรึกษาเรื่องต่างๆ ได้”

“เวลาที่มาตรวจแล้วเจอกับหมอ พยาบาลที่สนใจเรา คอยถามว่าเราเป็นอย่างไรบ้าง มีปัญหาอะไรหรือเปล่า มันทำให้เราก็ดำรงใจมากเลยแหละ โดยเฉพาะช่วงแรกที่มารับยาเคมีบำบัด พี่ (ผู้ป่วยรายหนึ่ง) ไม่รู้มาก่อนเลยว่าจะต้องเจอกับปัญหามากมายขนาดนี้ ถ้าไม่ได้พูดคุยกับคุณ หรือกับคุณ(ผู้วิจัย) ก่อนที่จะได้รับยาครั้งต่อไปคงจะเครียดมากเลย เพราะปัญหาเก่าก็ยังไม่จบแล้ว แล้วไม่รู้ว่าจะมีปัญหาใหม่จะเกิดอะไรขึ้นอีก รู้สึกว่ามันมีคำถามมากมาย การได้คุยกับคุณหมอ คุณพยาบาลช่วยทำให้สบายใจขึ้น”

“คุณพยาบาลสอนให้ผมสังเกตอาการผิดปกติของตัวเอง ให้ดูผลเลือดทุกครั้งที่มาตรวจ บางครั้งผมไม่ค่อยสบายก่อนจะถึงวันนัด รู้สึกว่าตัวเองไม่พร้อมจะรับยาครั้งต่อไป แต่ไม่รู้จะบอกคุณหมอช่วงไหน ถ้าคุณหมอเป็นคนถามผมก่อนจะสั่งยาครั้งต่อไปว่า ผมมีปัญหาอะไรหรือเปล่า มันทำให้ผมกล้าที่จะพูด หรือบอกเหตุผลที่ทำให้ผมไม่อยากได้ยาครั้งนี้ตัวผมก็สบายใจ ที่ได้มีโอกาสขอเลื่อนวันรับยาไปก่อน จะได้พักผ่อนเต็มที่ร่างกายแข็งแรงก่อนเตรียมให้ยาครั้งต่อไปได้”

ส่วนความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองรายข้อ ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยที่สุด คือ การเลือกวัน เวลาที่จะมาพบแพทย์ด้วยตนเอง ($M = 0.72$, $SD = 1.08$) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องการเสนอความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เหตุผลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีความคาดหวังว่าการที่ตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารับดีเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง เนื่องจากมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด ทั้งยังเป็นสถาบันการศึกษาที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของประชาชนโดยทั่วไป จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือนับและมอบความไว้วางใจ โดยเฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาลให้แก่แพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนยังได้ให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า การที่แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนั้น เป็นสิ่งที่เหมาะสมเพราะเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องนี้ดีกว่าตนเอง ดังนั้นแผนการรักษาที่ได้รับจึงเป็นสิ่งที่ดีสำหรับตน และยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่มอบความไว้วางใจให้แก่ญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทนทั้งหมด จึงทำให้ความต้องการในส่วนนี้มีน้อยด้วย เช่น คำบอกเล่าของผู้ป่วยดังนี้

“หลายคนบอกว่าป๊าโชคดีที่เป็นโรคนี้อย่างนี้แล้วยังมีทางรักษาได้ เมื่อก่อนรักษามาตั้งหลายทีก็ไม่ดีขึ้น จนมาที่โรงพยาบาลรามานี้แหละ คุณหมอนี่นี่เก่งมาก คนไข้หลายคนก็พูดแบบป๊าเหมือนกัน หมอจะรักษาแบบไหนป๊าก็เต็มใจเพราะคิดว่าคุณหมอต้องรักษาคณไข้อย่างดีที่สุดแล้ว”

“ความจริงก็อยากมีส่วนร่วมในการรักษาเหมือนกัน แต่ในสภาพตอนนี้ถ้าพึ่งเจอกับอาการข้างเคียงจากยา ก็ทำให้พี่ (ผู้ป่วย) เพลียมากแล้ว พยายามหาวิธีที่ช่วยทำให้อาการลดน้อยลง รู้สึกว่าตัวเองก็เครียดมากแล้ว ถ้าต้องให้คิดเรื่องอื่นอีกในขณะนี้ ตัวพี่เองคงไม่พร้อมที่จะรับรู้หรือต้องการตัดสินใจเรื่องอื่น โดยเฉพาะเรื่องการรักษาคงจะมอบให้คุณหมอเป็นคนตัดสินใจแทน”

“ลุงเองก็อายุมากแล้ว ที่มารักษาเพราะลูกๆพามา ลูกชายคนโตจะเป็นคนรับผิดชอบทั้งหมด ถ้าจะเป็นคนปรึกษาหมอทุกอย่าง บางครั้งเฒ่าก็เฒ่าให้ลุงฟังเหมือนกันว่า หมอจะรักษาอย่างไรบ้าง ลุงเลยให้เฒ่าเป็นคนตัดสินใจแทนทุกเรื่อง คุณหมอก็รักษาดีนะ รู้สึกว่าอาการของลุงดีขึ้นเดี๋ยวนี้พอกินข้าวต้มได้บ้างแล้ว”

การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัดมากที่สุด ได้แก่เรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด ($M = 2.60$, $SD = 0.56$) และ การบรรเทาอาการข้างเคียงและความไม่สุขสบายจากการได้รับเคมีบำบัด ($M = 2.60$, $SD = 0.56$) ซึ่งอธิบายได้ว่า อาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาข้อมูล หรือวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยลดความรุนแรงของอาการข้างเคียงดังกล่าว นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง หรือขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาลเพื่อร่วมวางแผนในการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับตนเอง โดยเฉพาะพยาบาลจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการให้คำแนะนำ หรือเป็นที่ปรึกษาสำหรับผู้ป่วยได้มากกว่าแพทย์ เนื่องจากแพทย์จะมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่ตรวจผู้ป่วยแต่ละครั้ง ประกอบกับพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัดได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว และได้แสดงถึงบทบาทที่อิสระของวิชาชีพพยาบาล คือ การทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จะให้ความช่วยเหลือได้ รวมถึงช่วยเหลือผู้ป่วยในการเจรจาต่อรองกับแพทย์ผู้ให้การรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลตนเองในขณะที่ได้รับเคมีบำบัดจะเป็นเรื่องที่พยาบาลประจำหน่วยนี้ให้ความสำคัญมาก ได้มีการจัดทำเอกสารคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย มีการจัดทำโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองด้านนี้มากกว่าทุกๆ ด้าน ดังจะเห็นได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยดังนี้

“เท่าที่อ่านคำถามทั้งหมด ผมคิดว่า เรื่องการป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เป็นเรื่องที่ผมได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากที่สุด เพราะถือว่าเป็นเรื่องที่ใกล้ตัว และต้องเจอทุกวัน เวลาที่มาตรวแล้วมีโอกาสคุยกับคุณหมอ คุณพยาบาล ส่วนมากผมก็จะถามเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยเฉพาะกับคุณพยาบาลผมจะมีข้อสงสัยที่สังเกตเจอ หลังจากได้รับยาไปแล้วมาปรึกษากันบ่อยๆ ก็ทำให้ผมได้ความรู้กลับไปปฏิบัติที่บ้าน”

“คุณหมอ คุณพยาบาลที่นี่ให้ความเอาใจใส่คนไข้ทุกคนดี ถึงแม้ว่าผมจะไม่ค่อยมีเวลาให้เราทำไทร เพราะมีคนไข้มาตรวจเยอะมาก แต่พี่ (ผู้ป่วย) ก็ได้รับคำแนะนำ ได้ซักถามเรื่องต่างๆ ที่สงสัยจากคุณพยาบาลเสมอ พยาบาลที่นี่ให้ข้อมูลดีมากและเป็นประโยชน์สำหรับพี่ โดยเฉพาะเรื่องอาการที่จะเกิดขึ้นในช่วงที่ให้ยา ที่จะอ่านจากคู่มือที่แจกให้ บางทีก็มีปัญหาถามคุณพยาบาลบ่อยๆ พอกลับไปบ้านก็ลองทำตามคำแนะนำ รู้สึกว่าได้ผล บางครั้งก็ลองใช้วิธีอื่นดูบ้าง เวลาที่มาตรวจก็จะเล่าให้คุณพยาบาลฟังบ่อยๆ เดี่ยวนี้มีกำลังใจขึ้นเยอะ ชอบรับกับสิ่งต่างๆ ได้”

“หนูมารับยาครั้งแรกก็ได้คู่มือเรื่องความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด แล้วก็ได้นั่งสื่อกู่มืออีก 1 เล่ม ที่พี่พยาบาลแจกให้ เวลาที่มีอาการผิดปกติหนูก็จะอ่านหนังสือ แล้วก็ลองทำตามคำแนะนำ อาการคลื่นไส้ เวียนหัว ก็จะลดลง เดี่ยวนี้หนูไม่ค่อยกลัวเวลาที่มารับยาเพราะรู้ว่าหลังจากได้ยาแล้วต้องทำอะไรบ้าง ถึงจะช่วยลดอาการเวียนหัวได้ ถ้ามีปัญหาอะไรก็ถามพี่พยาบาลได้ทุกอย่าง รู้สึกว่าเราดูแลตัวเองได้ดีขึ้น”

สำหรับการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด ที่ผู้ป่วยได้รับน้อยที่สุด คือ การเลือกวัน เวลาที่จะมาพบแพทย์ด้วยตนเอง ($M = 0.50$, $SD = 0.85$) ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากระบบบริการในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นข้อจำกัดที่ทำให้ ผู้ป่วยมีโอกาสเลือกวัน เวลาที่จะมาพบแพทย์ได้น้อย เพราะทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้กำหนดวัน เวลาที่ให้บริการในแต่ละแผนก ซึ่งถือเป็นการกำหนดให้ผู้ป่วยต้องมาตรวจตามนัดด้วย ประกอบกับผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่า การมารับยาเคมีบำบัดแต่ละครั้งจะมีระยะเวลาที่แน่นอน และถ้าได้รับยาไม่ตรงตามกำหนดเวลาจะมีผลเสียต่อตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเลือกวัน เวลาที่จะมาพบแพทย์ได้น้อย แต่ก็ยินดีที่จะมาตรวจตามนัดเช่นกัน

“บ้านผมอยู่สุราษฎร์ เวลาจะมาตรวจก็ต้องออกเดินทางตั้งแต่กลางคืน มาถึงโรงพยาบาลก็เข้าพอดิ ผมก็อยากเลือกวันมาตรวจเหมือนกัน เพราะส่วนมากผมจะว่างวันศุกร์ แต่ก็ไม่มีหมอตรวจด้วย ผมเลยต้องมาตรวจวันอังคารแทนตามที่หมอนัด เดี่ยวนี้ไม่ค่อยมีปัญหาทำไทร ผมก็มาตรวจตามนัดทุกครั้งไม่เคยขาดเลยครับ”

“โรงพยาบาลน่าจะมีคลินิกหลายวันกว่านี้ บางครั้งอยากขอเลื่อนวันนัดก็ไม่กล้า เพราะรู้ว่าจะต้องให้ตามกำหนดเวลาที่หมอนัดไว้ อีกอย่างวันที่เราว่างก็ไม่มีคลินิกด้วย ป้าก็เลยต้องมาตรวจตามวันที่เค้านัดทุกครั้ง”

ความแตกต่างของความต้องการมีส่วนร่วม กับ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการมีส่วนร่วมกับการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด เป็นรายข้อด้วยสถิติทีคู่ (Paired T-test) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีเพียง 3 ข้อที่ไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ การได้ทราบถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล , การทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือในเรื่องค่ารักษาพยาบาล และ การรักษาภาพลักษณ์ที่ดี และเมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้วยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณเองได้รับการดูแลจากพยาบาลในเรื่องการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือและร่วมวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่มารับบริการในคลินิกเคมีบำบัด แต่ถึงกระนั้นผู้ป่วยก็ยังรู้สึกว่าคุณเองได้มีส่วนร่วมไม่ถึงระดับที่ต้องการ ทั้งนี้อาจเป็นจากเหตุผลหลายประการ

ประการแรกอาจเกิดจากความคาดหวังของผู้ป่วยเองที่ต้องการรับรู้และได้มีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งในประเด็นนี้ได้มีผู้ให้ความสนใจและเริ่มทำการศึกษากันมากขึ้น เนื่องจากความคาดหวังดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิผู้ป่วย (Patient's Rights) ที่พึงจะได้รับในฐานะผู้มารับบริการในโรงพยาบาล อันประกอบด้วยสิทธิในด้านต่างๆที่องค์กรสากลได้เสนอไว้ เนื่องจากมีความเชื่อว่า การเคารพในสิทธิของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา ที่เน้นในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยอันจะนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสม (อรรถจินดา ดิผดุง 2536 : 52-53) แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ ตามความคาดหวังของตนเพียงบางส่วนเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากระบบบริการสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญ เช่น ในคลินิกเคมีบำบัดแต่ละวันจะมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก โดยเฉลี่ยประมาณ 80-120 คน แต่มีแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาเพียง 1-2 คน พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลอีก 4 คน ทำให้โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้มีส่วนร่วมตามที่ตนเองคาดหวังไว้เป็นไปได้น้อย รวมทั้งนิสัยของคนไทยที่มีความเกรงใจและมักจะเกรงกลัวบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมีข้อสงสัยจึงไม่กล้าได้ถาม จะเห็นได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยตามที่ได้กล่าวไปแล้ว และจากคำบอกเล่าดังนี้

“ช่วงที่คุณพยาบาลให้ผมตอบแบบสอบถาม ขอมรับว่าทุกเรื่องเป็นสิ่งที่ผมต้องการจะรู้ทุกอย่าง ผมก็ตอบตามความเป็นจริง เพราะเหตุผลส่วนหนึ่งของผมก็คือ ทุกข้อเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวผมเอง โดยเฉพาะเรื่องการรักษาผมยังต้องการทราบมาก ถ้าผมไม่ถามจากหมอ พยาบาลก็ไม่รู้จะไปถามจากใคร แต่ผมก็เห็นใจนะเพราะหมอต้องตรวจคนไข้หลายคน เวลาที่จะคุยกับผมคงจะน้อย แต่นั่นก็เป็นความต้องการของผม ส่วนที่จะได้รู้มากแค่ไหนก็แล้วแต่โอกาส”

“หนูอยู่ต่างจังหวัดเวลาจะมาตรวจก็ต้องมาแต่เช้ามืด เพราะต้องมาเจาะเลือดก่อนกว่าจะได้ตรวจก็เกือบเที่ยง คนไข้ที่นี่เยอะมาก รู้สึกเห็นใจคุณหมอ คุณพยาบาล ที่ต้องทำงานหนัก บางครั้งหนูก็อยากจะถามคุณหมอ คุณพยาบาลเหมือนกันว่า เมื่อไหร่จะเลิกให้ยา ตอนนี้อาการของหนูเป็นอย่างไรแล้ว แต่ก็เกรงใจไม่กล้าถามกลัวว่าคุณหมอจะเสียเวลา คนไข้อื่นก็ต้องรอนาน อีกอย่างหนูไม่รู้จะพูดกับคุณหมออย่างไรด้วยค่ะ”

สาเหตุอีกประการหนึ่งก็คือ เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของโรคมะเร็งแล้ว เห็นได้ว่าโรคนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเองและยังรวมถึงครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 241) ตั้งแต่ระยะที่ได้รับการวินิจฉัย การตรวจรักษา และระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในระยะที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้รังสีรักษา การผ่าตัด หรือการได้รับเคมีบำบัด เหล่านี้ล้วนมีผลต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น เนื่องจากการรักษาแต่ละวิธีมักจะต้องใช้เวลาและก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย รวมทั้งความไม่แน่นอนของผลการรักษา (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 246) จึงพบเสมอว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะรับการรักษามีความต้องการที่จะรับรู้ในสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนในระดับที่สูง ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตน ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา และอาการข้างเคียงจากการรักษา เป็นต้น (ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล 2533 ; สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ 2534 : สุรีย์พร มาลา 2534 ; อังศุมา วิทยวีรศักดิ์ 2534) ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและยังก่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้ รวมทั้งช่วยขจัดความเข้าใจผิดและเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาอีกด้วย แต่เนื่องจากข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการได้มีส่วนร่วมของผู้ป่วย เช่น ความอ่อนเพลีย ความเครียด ความวิตกกังวล และลักษณะนิสัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นต้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในระดับที่ต่ำกว่าความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้เช่นกัน

ส่วนความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด รายข้อที่ไม่มีความแตกต่างกันคือ การได้ทราบถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลนั้น เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดได้ มีเพียงบางส่วนที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองแต่ไม่มีปัญหาในเรื่องนี้ ในส่วนที่รายได้ไม่เพียงพอหรือมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลก็ได้รับการช่วยเหลือโดยการส่งคนส่งเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล จึงทำให้ความต้องการในเรื่องนี้อยู่ในระดับที่ต่ำ และในขณะที่วัดกันระดับการได้มีส่วนร่วมก็ต่ำด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา กล่าวคือ ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งมีระดับความต้องการ และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดกเนอร์ และบีตัน (Degner & Beaton 1987 : 102 - 105) คาสสิเลท และคณะ (Cassileth, et.al 1980 : 832 - 836) เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูล และการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องการรับรู้ข้อมูลเฉพาะด้านดีเท่านั้น แต่ไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องการรับรู้ข้อมูลทุกอย่าง และต้องการได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ตลอดจนเรื่องอื่นๆ ด้วย ส่วนระดับการศึกษาพบว่า ยิ่งมีการศึกษาสูงยิ่งมีระดับความต้องการ และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลูเกอร์ และคณะ (Luker, et.al 1996 : 487 - 495) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับการศึกษาดังแต่ अनुปริญาขึ้นไปจะมีพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และต้องการทราบข้อมูลทุกเรื่อง ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง สำหรับแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ การได้ซักถาม หรือได้ปรึกษาผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เพราะจะได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และเป็นประโยชน์สำหรับตนเองมากที่สุด จากผลการศึกษาดังกล่าวและผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นที่แพทย์ พยาบาล ควรตระหนักถึงความสำคัญในการให้ข้อมูล หรือคำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยและญาติที่มีการศึกษาในระดับสูง ควรคำนึงถึงรูปแบบ ภาษาที่ใช้ ตลอดจนเนื้อหาสาระที่จะให้คำแนะนำและควรชี้ชัดกว่า การให้คำแนะนำควรเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะเรียนรู้ และเป็นการให้ความรู้ที่เสริมความรู้เดิม เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ได้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล 2536) เพราะข้อมูลเป็นสิ่งที่จำเป็นในการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเองและยังทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้มีส่วนควบคุมตนเอง จากผลการศึกษาและเหตุผลดังกล่าวทำให้ให้พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของตนเอง ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ตลอดจนทักษะ

ต่างๆ เพื่อให้เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมถึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในเรื่องนี้ด้วย ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมนั้น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทั้งเพศหญิงและเพศชาย ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในลักษณะเดียวกัน รวมทั้งวิธีการที่จะมีส่วนช่วยควบคุม หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะมีส่วนที่คล้ายกัน จึงไม่มีผลต่อระดับความต้องการ และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความต้องการ และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากลักษณะนิสัยของผู้หญิงโดยส่วนใหญ่ชอบที่จะแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ โดยเฉพาะในเรื่องของการเลือกรับประทานอาหารจะเป็นเรื่องที่ผู้หญิงให้ความสำคัญมาก ซึ่งในโรคเบาหวานถือว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม จึงพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุดาพร วงษ์ไววิทย์ 2539)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าระดับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง กับ การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะมีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกเล่าถึงความพึงพอใจในบริการที่ผู้ป่วยได้รับจากหน่วยเคมีบำบัดพบว่า ผู้ป่วยโดยส่วนหนึ่งพึงพอใจมากในบริการที่ได้รับ ถึงแม้ว่าจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองไม่ถึงระดับความต้องการก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเคมีบำบัดโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเดิมที่ต้องมารับยาตามนัด จึงทำให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเคมีบำบัดมีความคุ้นเคย และมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จนเกิดความไว้วางใจที่จะปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้ ประกอบกับในขณะที่ยังเก็บข้อมูลมีโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยนักศึกษาปริญญาโท 2 คน ซึ่งนักศึกษา 2 คนนี้ได้ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สามารถช่วยเหลือให้คำแนะนำเพื่อร่วมแก้ไขปัญหารูปแบบต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง เนื่องจากรูปแบบของโครงการเน้นในเรื่องของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยอาศัยศักยภาพของตนในการที่จะปรับเปลี่ยน หรือค้นหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังให้คำปรึกษา หรือให้ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการและยังมีการติดตามประเมินผลต่อไปเมื่อผู้ป่วยออกจากโครงการแล้ว เป็นต้น ประกอบกับความเอาใจใส่ที่ได้รับจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในระหว่างที่รอรับการตรวจรักษา จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับมาก นอกจากนี้อาจเกิดจากสภาพแวดล้อมของคลินิกเคมีบำบัด ได้จัดสถานที่

สำหรับให้ผู้ป่วยและญาติได้พักเพื่อรอตรวจอย่างเป็นสัดส่วน สะอาด ไม่มีความแออัด อากาศไม่ร้อนจัด จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ามีความเป็นส่วนตัวมากกว่าในหน่วยอื่น ถึงแม้จะต้องผ่านขั้นตอนต่างๆ ที่ค่อนข้างจะเสียเวลามาก แต่เมื่อมาถึงคลินิกเคมีบำบัดก็จะได้รับความสะดวกสบาย และความเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ซึ่งส่วนมากจะเป็นเจ้าหน้าที่กลุ่มเดิมที่คอยให้บริการแก่ผู้ป่วย จะพบได้เสมอว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มักกล่าวว่า ถึงแม้จะเสียเวลาจากที่อื่น แต่เมื่อมาที่คลินิกเคมีบำบัดแล้ว ก็ไม่ต้องรอนาน ซึ่งเหตุผลเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการทั้งสิ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วยบางคนดังนี้

“ยอมรับเลยว่าเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยนี้เอาใจใส่คนไข้ดีทุกคน เวลามาตรวจก็ไม่ต้องรอนาน ช่วงที่เสียเวลามากก็ช่วงยื่นบัตรนัดรอเรียกชื่อ เพราะคนไข้ที่มาตรวจจะเยอะมาก ที่นั่งรอก็ไม่ค่อยพอ แต่พอขึ้นมาที่ชั้น 6 (คลินิกเคมีบำบัด) รู้สึกสบายขึ้น มีที่นั่งรอตรวจที่สะอาดและเป็นสัดส่วน อากาศก็ไม่ร้อนด้วย ทำให้ผมรู้สึกพอใจมากกับบริการของแผนกนี้”

“ผมเคยมาตรวจที่โรงพยาบาลรามมาหลายแผนกแล้ว แต่รู้สึกประทับใจที่แผนกนี้มากที่สุด เพราะได้รับการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นอย่างดี บางครั้งผมมีธุระที่ต้องขอตรวจก่อน ก็มีโอกาสดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ ซึ่งก็ช่วยเหลือให้ผมได้เข้าตรวจก่อน นอกจากนี้คุณหมอ คุณพยาบาลที่นี้ยังให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาของผมได้ทุกอย่าง ทำให้ผมสบายใจ และพอใจมากกับบริการที่ได้รับ”

จากการศึกษาในครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้มีส่วนร่วมในทุกๆ เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง และรับรู้ว่าได้มีส่วนร่วมไม่ถึงระดับที่ต้องการ จากผลการศึกษาดังกล่าว น่าจะเป็นประเด็นที่บุคลากรทีมสุขภาพ แพทย์และพยาบาล ควรที่จะตระหนักถึงความสำคัญของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ซึ่งถือว่าการเคารพต่อสิทธิของผู้ป่วย (Patient's Rights) อย่างหนึ่ง อีกทั้งยังเป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ภายใต้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับ ผู้ป่วยด้วย ดังเช่นได้มีผู้กล่าวไว้ว่า “ถ้าประชาชนไม่ถูกละเมิดสิทธิอันพึงได้รับในฐานะของผู้มาใช้บริการแล้ว ปัญหาทางจริยธรรม หรือปัญหาความขัดแย้งต่างๆ อันจะนำไปสู่ความร้ายแรงในสัมพันธภาพระหว่างแพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วย คงจะไม่เกิดขึ้นในสังคมอย่างแน่นอน” (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ 2536 : 6) ในฐานะของวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาท

ในการให้ความรู้ สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จึงควรที่จะได้มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาล หรือหาแนวทางที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งเท่ากันเป็นการเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ก่อนที่จะเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งตลอดการวิจัยผู้วิจัยได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ไม่มีผู้ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยเลย เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณวิจัยเป็นพยาบาล จึงคาดหวังที่จะได้รับความรู้ หรือคำแนะนำต่างๆ ในบางครั้งผู้วิจัยเองก็มีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจจะมีผลต่อผลการศึกษาได้ นอกจากนี้มีผู้ป่วยบางส่วนที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 8 ราย และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 3 ราย) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความรู้ คำแนะนำต่างๆ ที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นผลให้ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความเท่าเทียมกันในเรื่องของการได้รับความรู้เรื่องต่างๆ ที่จะส่งผลต่อระดับความต้องการ และการได้มีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างได้ และเนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และเป็นกลุ่มตัวอย่างมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่มารับบริการในคลินิกเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามาริพดิเท่านั้น จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงผู้ป่วยมะเร็งที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากที่กำหนดไว้ ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอื่น เพื่อนำไปอ้างอิงได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย และการพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง รวมทั้งความแตกต่างระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมกับการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยให้แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient Participation) ซึ่งพัฒนาจากความรู้ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ในคลินิกเคมีบำบัด แผนกอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2539 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย ผู้ป่วยทุกรายที่สนใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย เป็นเพศชาย 13 ราย เพศหญิง 47 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 76 ปี อายุเฉลี่ย 45.87 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด และจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ไปจนถึงระดับปริญญาโท มีบางส่วนที่ไม่ได้เรียนหนังสือแต่สามารถอ่าน และเขียนหนังสือได้ กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานแต่ก็ยังทำงานบ้านทั่วไป ที่เหลือประกอบอาชีพรับราชการ รับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกรรม ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถึง 35 ราย รองมาได้แก่ มะเร็งระบบทางเดินอาหาร 12 ราย ส่วนในตำแหน่งอื่นๆพบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับโรค 2) แบบวัดความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และ 3) แบบวัดการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Patient Participation) ซึ่งพัฒนาจากความรู้ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 15 ราย แล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีข้อคำถามชุดละ 31 ข้อ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีของความตรงตามเนื้อหา (The Index of Content Validity) ได้เท่ากับ

0.94 และ 0.88 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.90 และ 0.80 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS /PC⁺

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความต้องการมีส่วนร่วม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะที่ได้รับเคมีบำบัดไม่ว่าจะพิจารณาโดยรวม หรือเป็นรายข้อก็ตาม สำหรับข้อที่ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ แพทย์และพยาบาลได้ซักถามความคิดเห็นหรือปัญหาต่างๆก่อนที่จะให้การดูแลรักษา และข้อที่ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ การเลือกวัน เวลา ที่จะมาพบแพทย์ด้วยตนเอง ส่วนข้อที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากที่สุดคือ การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด และข้อที่ได้มีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือ การเลือกวัน เวลา ที่จะมาพบแพทย์ด้วยตนเอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติทีคู่ (Paired T-test) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แทบทุกข้อ ยกเว้นเพียง 3 ข้อคือ การได้ทราบถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล , การได้ทราบถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือในเรื่องการรักษามะเร็ง และ การรักษาภาพลักษณ์ที่ดี

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ และระดับการศึกษา กับ ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง กล่าวคือ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับตัวแปรทั้ง 2 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ดังนี้

การนำไปใช้ในด้านการศึกษาการปฏิบัติกรพยาบาล

จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระหว่างได้รับเคมีบำบัดต้องการที่จะมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเองในระดับที่สูง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยมีโอกาสที่จะได้มีส่วนร่วมในระดับไม่ถึงตามที่ต้องการ อันเนื่องจากเหตุผลหลายประการ จากผลการศึกษาดังกล่าว น่าจะเป็นประเด็นที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการ

พยาบาล หรือการให้บริการที่สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมตามความต้องการได้มากที่สุด ดังเช่น การจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มต่างๆ ที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งโครงการดังกล่าวนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยอย่างยิ่งเนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในทุกขั้นตอนโดยอาศัยศักยภาพของผู้ป่วยเอง อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในด้านองค์ความรู้ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการแสดงถึงบทบาทที่อิสระของวิชาชีพ นอกจากนี้ประโยชน์จากโครงการดังกล่าวยังทำให้ทราบถึงวิธีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยได้เลือกปฏิบัติ ซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลสำหรับนำไปให้กับผู้ป่วยอื่นได้ต่อไป และที่สำคัญโครงการดังกล่าวยังก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ที่มาใช้บริการ และเป็นการนำแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยลงสู่การปฏิบัติอีกด้วย

นอกจากนี้ การได้มีส่วนร่วมยังถือว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับประการหนึ่ง ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญ เนื่องจากในปัจจุบันประชาชนมีความคาดหวังต่อสิทธิของตนเองในฐานะของผู้ใช้บริการมากขึ้น ดังนั้นการที่บุคลากรทีมสุขภาพเคารพต่อสิทธิของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆจะมีผลทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อกัน ส่งผลไปสู่เป้าหมายสูงสุดของการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆยังก่อให้เกิดความพึงพอใจเป็นการเคารพความเป็นบุคคล และช่วยลดความขัดแย้งด้วย

การวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรทำวิจัยซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาลได้ตรงตามความต้องการ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมมากที่สุด โดยคำนึงถึงลักษณะความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม
- 2.ศึกษาความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น โดยทำควบคู่ไปในการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อค้นหาแนวทางที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงตลอดกระบวนการรักษา

บรรณานุกรม

- กวี ทั้งสุนทร. “วิจัยและวิจารณ์เคมีบำบัดสำหรับมะเร็งจากอดีตถึงปัจจุบัน1988.” รั้งสี่วิทยาศาสตร์.
ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่
สุขสบาย ภาวะอารมณ์ และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมี
บำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ดวงกมล วัตรคุลย์. การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ดวงฤทัย พงศ์เชื้อบุญ. การมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันเอดส์
ในบ้านฉวาง ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, ลือชัย ศรีเงินขวง. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษา
นโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ทิพาพร วงศ์ห่มกุล. ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึก
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2533.
- ปัทมา กาญจนวงษ์. การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองของเขาวชนที่ทำงานในโรงงาน
อุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536 .
- พรจันทร์ พงษ์พรหม. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพ
ภายหลังผ่าตัดช่องท้อง และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2534.
- มาลี สุจิรพัฒน์พงษ์. ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสิทธิของตนในโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยา
นิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

มุกดา คุณาวัฒน์. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความพร้อมในการดูแลตนเองและการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาต้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ยุวดี ภาษา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร:สยามศิลป์การพิมพ์ จำกัด, 2537.

วัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเอง และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. สิทธิของผู้ป่วย ใน สัมมนาเรื่องสิทธิของผู้ป่วย. สุชาติ ณ หนองคาย (บรรณาธิการ). นครปฐม:โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา, 2536.

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. ผลของการให้ความรู้ และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา. พยาบาลสาร. 18(ตุลาคม-ธันวาคม 2534):19-33.

_____. ผลของการสนับสนุนการดูแลตนเองและการเผชิญกับโรคต่อคุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา. รวมารับดีพยาบาลสาร. 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2538) : 28-39.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิจิตรสิน จำกัด, 2536.

- _____. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ใน มะเร็งวิทยา. พรศรี กิดชอบ และคณะ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : สหมิตรเมดิเพรส, 2536.

สุกัญญา โลจนากวิวัฒน์, วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์, สุชาติ ธิติวรณะ. เปรียบเทียบความคาดหวังต่อสิทธิของผู้ป่วย และการได้รับการปฏิบัติที่เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. วารสารสงขลานครินทร์. 1 (มกราคม-มีนาคม 2536) : 1-17.

สุดาพร ว่องไววิทย์.. ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

- สุรีย์พร มาลา. ความวิตกกังวล ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- อรชร มาลาหอม. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดในไตและท่อไต และความพึงพอใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- อรรถจินดา คีฬง. สิทธิของผู้ป่วย ใน สัมมนาเรื่องสิทธิของผู้ป่วย. สุชาติ ฌ หนองคาย (บรรณาธิการ). นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา, 2536.
- อังศุมา วิทธีวีสักดิ์. การแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนเองด้วยสุขภาพและการควบคุมตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- Ashworth, P.D. & Longmate, M.A. & Morrison, P. "Patient participation: its meaning and significance in the context of caring." Journal of Advanced Nursing. 17(1992): 1430-1439.
- Bearley, S. Patient Participation : The Literature. London: Scutari Press, 1990.
- Biley, F.C. "Some determinants that effect patient participatin in decision-making about nursing care." Journal of Advanced Nursing. 17(1992):414-421.
- Blanchard, C.G., et al. & Blanchard, E.B. "Information and decision-making preferences of hospitalized adout cancer patients." Social Science Medicine. 27(1988): 1138 - 1145.
- Busby, A. & Gilchrist, B. "The role of the nurse in the medical ward round." Journal of Advanced Nursing. 17(1992): 339-346.
- Cassileth, B., et al. "Information and Participation Preferences Among Cancer Patient." Anual of Internal Medicine. 92(June 1980): 832-836.
- Corner, J. "The Impact of Nurses' Encounter with Cancer on their Attitude toward the disease." Journal of Advanced Nursing. 2(1993): 363-372.
- _____. "The newly registered nurse and the cancer patient: an educational evaluation." Journal of Advanced Nursing. 2(1992): 214-217.



- Dannis, K.E. "Patients' control and the information imperative : clarification and confirmation" Nursing Research. 39(1990): 162-166.
- Deber, R.B. "Physicians in health care management: The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information." Canadian Medical Association Journal. 151(July 1994): 171-176.
- _____. "Physicians in health care management: The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participation." Canadian Medical Association Journal. 151(August 1994): 423-427.
- Degner & Beaton. "Preferences for Treatment Control among Adult with Cancer." Research in Nursing & Health. 11(1987) : 102-105.
- Delbanco, T.L. "Enriching the Doctor-Patient Relationship by Inviting the Patient's Perspective." Annals of Internal Medicine. 116(March 1992) : 414-417.
- Friedman, L.S. ,et al. "Inquiry about victimization experience. A Survey of patient preferences and physician practices." Journal Internal of Medicine. 152(June 1992): 1186-1190.
- Hiromoto, B.M. & Dungan, J. "Contract Learning for Self-Care Activities A Protocol Study among Chemotherapy Out patient." Cancer Nursing. 14(June 1991): 148-154.
- Jewell, S.E. "Patient participation: what does it mean to nurses?" Journal of Advanced Nursing. 19(1994): 433-438.
- Klinger, M. "Compliance and Post-MI Patient." The Canadian Nurse. 81(January 1984): 32-38.
- Klop, R. , Van Wijmen, F.C.B. & Philipsen, H. "Patients rights and the admission and discharge process." Journal of Advanced Nursing. 16(1991) : 408-412.
- Ley,P. Communicating with Patients. London: Chapman and Hall, 1988.
- Luker, K.A., et al. "Information needs and sources of information for women with breast cancer : a follow-up study." Journal of Advanced Nursing. 23(1996) : 487-495.
- Martin, G.S., et al. "Behavioral change in injection drug users: evaluation of an HIV/AIDS education programe." AIDS-Care. 2(March 1991): 275-279.

- Mazur, D.J. & Hickam, D.H. "The effect of physician's explanations on patients' treatment preference : five-years survival data." Medical Decision Making. 14(July-September 1994): 255-258. Nursing & Health. 11(1987): 102-105.
- Orem, D.E. Nursing Concept of Practice. 4th ed. St.Louis: Mosby-Year Book Inc, 1991.
- Orem, D.E. Nursing Concept of Practice. 5th ed. St.Louis: Mosby-Year Book Inc, 1995.
- Rosenstock, I.M. "Historical Origins of the Health Belief Model." Health Education Monographs. 2(1974): 329-355.
- Strull, W.M. , et al." Do patients want to participation in medical decision making?" JAMA. 252(December 1984): 2990-2994.
- Tirrell, B.E. & Hart, L.K. "The relationship of health beliefs and knowledge to exercise compliance in patients after coronary bypass." Heart & Lung. 9(May-June 1980): 487-493.
- Venesy, B.A. "A Clinician's guide to decision making capacity and ethically sound medical decision." American Journal of Physician Medicine & Rehabilitation. 7(June1994): 219-226
- Waltz & Carolyn, F. et al. Measurement in Nursing Research. 2nd ed. USA, 1991.
- Waterworth, S. & Luker, K.A. "Reluctant collaborators : do patients want to be involved in decision concerning care?" Journal of Advanced Nursing. 15(1990): 971-976.



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

วันที่.....เลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....
 ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓
 หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

ส่วนที่ 1

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ปี
3. นับถือศาสนา ☐ พุทธ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
4. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่หมั้น ☐ หย่า, แยก
5. จำนวนบุตร ☐ ไม่มี ☐ มี คน
6. ภูมิลำเนา จังหวัดที่เกิด
 จังหวัดที่อยู่ประจำ
7. ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประกาศนียบัตร ☐ ประถมศึกษา ☐ ปริญญาตรี ☐ มัธยมศึกษา ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

8. อาชีพ

- [] รับราชการ
- [] พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- [] ค้าขาย
- [] รับจ้าง
- [] เกษตรกรรม
- [] อื่นๆ ระบุ

9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- [] เพียงพอ
- [] ไม่เพียงพอ

10.วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล

- [] เบิกต้นสังกัด
- [] จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
- [] สังคมสงเคราะห์
- [] ประกันสังคม

11.ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลหรือไม่

- [] ไม่มี
- [] มีบ้างเล็กน้อย
- [] มีบ้างปานกลาง
- [] มีมาก

12.ใครเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของท่าน

ส่วนที่ 2

13.การวินิจฉัยโรค

ระยะของโรค

14.การรักษาที่ได้รับ

.....

.....

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือ แล้วพิจารณาว่า ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด ในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ทางขวามือที่ตรงกับความต้องการของท่านมากที่สุด

ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
1.ท่านต้องการซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านเพียงใด				
2.ท่านต้องการทราบถึงแผนการรักษาของท่าน มากน้อยเพียงใด				
3.ท่านต้องการทราบถึงผลของการรักษาของท่าน มากน้อย เพียงใด				
4.ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของท่าน มากน้อยเพียงใด				
5.เมื่อแพทย์ พยาบาล ตรวจ เจาะเลือด หรือกระทำสิ่งต่างๆกับตัวท่าน ท่านต้องการซักถามเหตุผลของการตรวจ และผลการตรวจ มากน้อยเพียงใด				
.....				
31.การบรรเทาอาการข้างเคียง และความสุขสบายจากการได้รับยาเคมีบำบัด				

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือ แล้วพิจารณาว่า ท่านได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ขณะได้รับเคมีบำบัด ในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ทางขวามือที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้เลย
1.ท่านได้ซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่าน เพียงใด				
2.ท่านได้ทราบถึงแผนการรักษาของท่าน มากน้อย เพียงใด				
3.ท่านได้ทราบถึงผลของการรักษาของท่าน มากน้อย เพียงใด				
4.ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พยาบาลของท่าน มากน้อยเพียงใด				
5.เมื่อแพทย์ พยาบาล ตรวจ เจาะเลือด หรือกระทำการ ต่างๆกับตัวท่าน ท่านได้ซักถามเหตุผลของการตรวจ และผลการตรวจ มากน้อยเพียงใด				
.....				
31.การบรรเทาอาการข้างเคียง และความไม่สุขสบายจาก การได้รับยาเคมีบำบัด				

ภาคผนวก ง

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ในการเข้าร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวจันทร์เพ็ญ กิติโสภากุล เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ความต้องการการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับความบีบอัด เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับความบีบอัดของคุณ.....

ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะให้คำตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับความบีบอัด และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองขณะได้รับความบีบอัด ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะใช้สำหรับการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาลเท่านั้น

หากคุณ มีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีให้คุณซักถามจนเข้าใจ และไม่ว่าคุณ จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม คุณยังคงได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ คุณมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ว่าคุณยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คุณมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลหรือบริการที่คุณจะได้รับแต่อย่างใด ขอบพระคุณมากค่ะ

จันทร์เพ็ญ กิติโสภากุล
ผู้วิจัย



ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และแบบวัดการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนี้

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ, ค.บ.(พยาบาล), ค.ม.(บริหารการพยาบาล)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงน้อย สาครรัตนกุล, วท.บ.(พยาบาล), ค.ม.(บริหารการพยาบาล)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อาจารย์ ดร.อุพาทิน ศิริโพธิ์งาม, วท.บ.(พยาบาล), ค.ม.(บริหารการพยาบาล), D.S.N.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อาจารย์ นิโลบล กนกสุนทรรัตน์, วท.บ.(พยาบาล), วท.ม.(พยาบาล)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

อาจารย์ ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, วท.บ.(พยาบาล), วท.ม.(พยาบาล)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี