



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

อรรรณ พรคนาปราญญ์* และสุริพร ธนศิลป์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 12 ถนนพระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

แบบแผนงานวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาสตรีด้วยเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญและใกล้ชิดซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ระยะของโรค จำนวนชุดและสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ และความสัมพันธ์ของครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของไวส์ (Weiss, 1979) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบความแปรปรวน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย:

1) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



2) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าสู่กระบวนการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ความวิตกกังวล/ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม/เคมีบำบัด

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพ ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน อีกทั้งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่จัดอยู่ในลำดับต้นๆ ของทุกประเทศทั่วโลก เป็นโรคที่พบมากในสตรี และในทุกปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยในปี พ.ศ. 2553 พบในอัตราร้อยละ 47.8 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2553) และพบว่าเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งเป็นอันดับที่สามารถรองจากมะเร็งตับ มะเร็งหลอดคอ มะเร็งหลอดลมใหญ่และปอด (สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ดังจะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายและเป็นโรคที่พบมากที่สุดของมะเร็งในสตรี การที่อัตราการตายของมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงถึงความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่มีเพิ่มมากขึ้น

เคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มุ่งหวังเพื่อหยุดยั้งการเจริญของเซลล์มะเร็ง ลดการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิต (สวทรี เม้าฟิเกลไพโรจน์, 2545) ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะให้ผลที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่มี

ความรุนแรง (Blowers & Foy, 2009) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่มักพบได้เสมอในผู้ป่วยมะเร็งเกือบทุกราย โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูงประมาณร้อยละ 30 (So et al., 2009; Winnie et al., 2010) ซึ่งความวิตกกังวลนี้จะพบได้ตั้งแต่การเริ่มได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ตลอดจนเสร็จสิ้นการรักษา (Trimmel et al., 2005) โดยผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในระดับสูงก่อนการรับเคมีบำบัดในแต่ละครั้ง (Schlatter & Cameron, 2010)

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจและเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่รู้สึกไม่สบายใจ ไร้ความสุข ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตน โดยแสดงออกให้เห็นทางด้านพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจจะเป็นคำพูดหรือท่าทางก็ได้ (สูนีย์ เกียวกิงแก้ว, 2544) ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งแรกสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดและวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงเหล่านั้น (Malone, 2007) กล่าวได้ว่าไม่สามารถเผชิญหรือทนต่อ



การรักษาได้ (Saraswathi et al., 2005) หลังจากได้รับการรักษาไปแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยมักจะมีอาการวิตกกังวลถึงผลข้างเคียงของการรักษาที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากความเชื่อที่ว่ามะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว รักษาไม่หายขาด ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุดก็ยังมีโอกาสที่จะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก (Winnie et al., 2010) ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (Kurt & Unsar, 2011; เบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์, กนกพร นาคะรัต, รุ่งนภา ศรีสังข์ และอพัชชา อธิธิยาวุฒิ, 2557) การขาดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ตลอดระยะเวลาของการได้รับการรักษา (Schmid-Buchi, 2011) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและเผชิญกับปัญหาของการรักษาเพียงลำพัง รวมทั้งต้องเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล ต้องพบกับบุคลากรและผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้า รวมทั้งต้องได้รับการรักษาที่ก่อให้เกิดความกลัวและความเจ็บปวด เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การรอคอยเวลาขณะที่ได้รับเคมีบำบัด (Simon, 2011; Ream et al., 1997) ประกอบกับการที่ได้รับการบริการจากบุคลากรหลายคนหมุนเวียนกันไป ด้วยบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ เน้นความสำคัญที่เวลา โดยไม่ได้คำนึงถึงความต้องการและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลได้อย่างชัดเจน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) สิ่งต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความตึงเครียดและความวิตกกังวลได้สูง ซึ่งความวิตกกังวลในระดับสูงจะทำให้คุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยลดลงและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากความวิตกกังวลในระดับสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด การรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง เกิดการตัดสินใจผิดพลาดได้ (Sheldon et al., 2008)

จากภาวะความเจ็บป่วยของโรคและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เป็นผลมาจากการรักษา รวมทั้งการต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ การส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการใช้การสัมผัสเป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความใกล้ชิดผูกพันกันภายในครอบครัว (Yildirim & Kocabiyik, 2010) ช่วยให้ครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เข้าใจในเรื่องโรค ผลข้างเคียงจากการรักษา สามารถปรับใจให้ยอมรับในข้อจำกัดของผู้ป่วยและทราบถึงบทบาทหน้าที่ที่ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ซึ่งได้อธิบายแนวคิดนี้ว่า เป็นสิ่งที่ครอบครัวได้ปฏิบัติจริงและปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพยาบาลในโรงพยาบาล 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล 3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกครอบครัวกับบุคลากรทางการพยาบาล และ 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของไวส์ (Weiss, 1979) โดยมีหลักปฏิบัติในการสัมผัสประกอบด้วย 1) ระยะเวลาที่เหมาะสมควรอยู่ในช่วง 10-15 นาที 2) ตำแหน่งในการสัมผัสที่เหมาะสม คือ บริเวณ



มือ แขน และไหล่ 3) การกระทำควรเป็นลักษณะของการสัมผัสที่ค่อยเป็นค่อยไปจะให้ความรู้สึกที่ดีมากกว่า 4) ความแรงที่มีประสิทธิผล คือ มีทั้งความแรงและความแผ่วเบาที่พอเหมาะสลับกันไป 5) ความบ่อยหรือจำนวนครั้งที่แต่ละบุคคลได้รับการสัมผัส จะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคง และเพิ่มความรู้สึกไว้วางใจ 6) การสัมผัสด้วยความรู้สึกที่ดี เห็นอกเห็นใจ จะทำให้ผู้ถูกสัมผัสสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ให้การสัมผัสได้ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระหว่างได้รับเคมีบำบัดร่วมกับทีมสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจที่ดีลดความวิตกกังวลลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 1-3 ที่ได้รับการผ่าตัดแล้วและได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว อายุระหว่าง 20-59 ปี และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหน่วยเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยแต่ละราย 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเข้าศึกษาดังต่อไปนี้

ผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) และได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางจิตประสาท โดยผู้วิจัยสังเกตจากการพูดคุย ตอบคำถาม การรับรู้ตนเอง เหตุการณ์ วันเวลา สถานที่
3. ไม่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
4. มีระดับคะแนนความวิตกกังวลจากแบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะของสปีลเบอร์เกอร์ (1983) อยู่ในระดับปานกลาง (มากกว่า 41 คะแนน/จำนวน 20 ข้อคำถาม)

สมาชิกในครอบครัว

เป็นบุคคลในครอบครัวหรือเป็นญาติ ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

การจัดกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้าน อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระยะของโรค จำนวนชุดและสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับเหมือนกัน และความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับเดียวกัน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและโรคเรื้อรัง และการรักษา แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

1.2 แบบวัดความวิตกกังวล เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger et al. (1983) ที่มีชื่อเรียกว่า STAI Form Y-1 ซึ่งแบบวัดนี้ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) เป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 10 ข้อ และข้อความด้านลบ 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) ร่วมกับแนวคิดการสัมผัสของไวส์ (Weiss, 1979) โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ เพื่อนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะแก่ครอบครัว เป็นการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติตัวระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลกระทบของความวิตกกังวล โดยใช้สื่อสไลด์ประกอบการสอนและคู่มือการดูแลผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว การพัฒนาทักษะการสัมผัสที่มีคุณภาพ โดยผู้วิจัยสอนและสาธิตการสัมผัสให้กับสมาชิกครอบครัวเพื่อนำไปถ่ายทอดสู่การปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นรายบุคคลในสถานที่ที่สงบและเป็นส่วนตัว ประเมินผลโดยการสัณนิษฐานย้อนกลับและประเมินแบบทดสอบความรู้

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ ทั้งด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำและกิจกรรมการพยาบาล การประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้สมาชิกครอบครัวใช้ทักษะการสัมผัสที่มีคุณภาพร่วมกับความรู้สึกที่ดีส่งผ่านไปให้ผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งคำพูดที่แสดงถึงความห่วงใย ปลอบโยน ให้กำลังใจ รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เพื่อประเมินอุปสรรคและปัญหา ให้คำแนะนำและกำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจแก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและโรคเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด สร้างโดยผู้วิจัยมีจำนวน 15 ข้อ ให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้เลือกตอบถูกผิด กำหนดเกณฑ์ผ่าน คือ ตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80

2. แบบประเมินทักษะการสัมผัส สร้างโดยผู้วิจัยนำมาใช้เพื่อประเมินว่าสมาชิกครอบครัวสามารถปฏิบัติตามวิธีการสัมผัสได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ตรวจสอบจากการสัณนิษฐานย้อนกลับ ภายหลังจากสมาชิกครอบครัวได้พัฒนาทักษะเรื่องวิธีการสัมผัส ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติถูกต้องและปฏิบัติไม่ถูกต้อง โดยถือเกณฑ์ผ่าน คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80



ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg et al. (1983) แบบประเมินความรู้ของสมาชิกครอบครัว แผนการสอน คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสำหรับครอบครัว แบบประเมินทักษะการสัมผัส และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความวิตกกังวลได้ค่าเท่ากับ .84 และแบบประเมินความรู้ของสมาชิกครอบครัวใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย

ผู้วิจัยทบทวนตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งขอคำแนะนำจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัสพร ขำวิฬา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ในการฝึกและทดลองปฏิบัติวิธีการสัมผัสที่ถูกต้องและมีคุณภาพ เพื่อนำไปถ่ายทอดให้กับสมาชิกครอบครัวได้ปฏิบัติกับผู้ป่วย

1.2 การเตรียมเครื่องมือวิจัย

1.2.1 ผู้วิจัยสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด

1.2.2 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร โดยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวันอังคารจัดเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และวันพุธจัดเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย จนครบจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือและลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความวิตกกังวล หลังจากนั้นดำเนินการดังนี้

2.3.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเป็นการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัว อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนดและการมาตรวจตามนัด หลังจากนั้นจึงประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ครั้งที่ 2 หลังการทดลองสิ้นสุดในวันนั้น และครั้งที่ 3 หลังวันที่ได้รับเคมีบำบัดแล้ว 3 วัน โดยนัดหมายและขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยส่งแบบประเมินกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

2.3.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมฯ จากผู้วิจัย โดยพบผู้วิจัย 1 ครั้ง ในวันที่มาโรงพยาบาลเพื่อรับเคมีบำบัด และการติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง โดยกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแล ประกอบด้วย 2.1 การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว 2.2 การพัฒนาทักษะการสัมผัส 3) การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วม



ในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และ 4) การประเมินผล จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการประเมินความวิตกกังวล (Post-test) ครั้งที่ 2 ภายหลังการทดลองสิ้นสุดในวันนั้น และครั้งที่ 3 หลังวันที่ได้รับเคมีบำบัดแล้ว 3 วัน โดยมีการติดตามประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์และขอความร่วมมือโดยให้ผู้ป่วยส่งแบบประเมินความวิตกกังวลกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรมทันที และ 3 วัน โดยใช้สถิติ One-way repeated measure ANOVA

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ค่าสถิติ t-test for independent sample

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลองระหว่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน (n=20)

Source	df	SS	MS	F
Subjects	19	146.95	7.73	
Time	2	1658.7	829.35	147.30*
Subjects × time	38	214	5.63	
Total	59	2019.65	-	

*p < .05

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลองเป็นรายคู่

ความวิตกกังวล	$\bar{X}$	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง ทันที	หลังการทดลอง 3 วัน
ก่อนการทดลอง	53.55	—	7.95*	12.75*
หลังการทดลองทันที	45.60	—	—	4.80*
หลังการทดลอง 3 วัน	40.80	—	—	—

*p < .05



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 3 วัน ($n_1 = n_2 = 20$)

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	53.55	3.35	53.45	3.82	.088	.930
หลังการทดลองทันที	45.60	1.47	54.25	2.17	-14.76	.000
หลังการทดลอง 3 วัน	40.80	2.38	55.25	3.70	-14.71	.000

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.9 ปี ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษา ประถม อาชีพเป็นแม่บ้าน มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ คือ สามี สำหรับข้อมูลทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะที่ 2 ชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับ คือ Adriamycin, Cyclophosphamide: AC และส่วนใหญ่ได้รับชุดของการให้ยาเคมีบำบัดเป็นชุดที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 147.30$) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ ผลที่ได้เป็นดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองทั้งสองครั้ง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการ

ทดลอง 3 วัน ต่ำกว่าหลังการทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองทั้งสองครั้ง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผล

โปรแกรมการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาลซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวคิดเรื่องการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่มุ่งให้การดูแลโดยมิได้เน้นเฉพาะผู้ป่วย แต่เป็นการสนับสนุนครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งเป็นการเชื่อมต่อการรักษาให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น (ชลิดา ธนัฐธีรกุล, 2546) เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและมีบทบาทโดยตรงในการส่งเสริมสุขภาพ เพราะเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความ



ผูกพันกันอย่างแนบแน่น มีความรัก ความเอาใจใส่ เห็นใจซึ่งกันและกัน อุดหนุนและให้อภัยกัน สามารถให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการฟื้นฟูภาวะสุขภาพ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ทำให้บุคคลที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและสามารถดำรงชีวิตได้ตามสภาพ ยอมรับในรูปลักษณะของตนเอง (เบญจรัตน์ ชีวพูนผล, 2547) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีแรงจูงใจในการที่จะดูแลตนเอง มีการฟื้นฟูที่ดีและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (พิกุล เจริญสุข, 2549) ซึ่งในโปรแกรมนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวความคิดการส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของ Schepp (1995) ร่วมกับแนวความคิดการสัมผัสของไวส์ (Weiss, 1979) จัดทำเป็นกิจกรรมโดยมี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยท่าทีที่แสดงออกถึงความสุภาพ อ่อนโยนและเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นรับฟังปัญหาและประเมินประสบการณ์จากการรับรู้ในมุมมองผู้ป่วยที่มีต่อความเจ็บป่วยโดยตรง เพื่อวางแผนหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันกับครอบครัว เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้และการฝึกทักษะแก่ครอบครัว เนื่องจากภาระเร่งด่วนเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ดังนั้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นแนวทางหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้เกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง มีการเตรียมความ

พร้อม สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ และมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมทั้งเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย จนนำไปสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ (Li, 2004) นอกจากการให้ความรู้แล้วนั้น Knowles (1978 อ้างถึงใน คณิต ณ พัทลุง, 2549) กล่าวว่าควรให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ เพราะวิธีที่ดีที่สุดในการเรียนรู้คือการกระทำ (Learning by doing) ดังนั้น การสอนควบคู่กับการสาธิตถึงหลักปฏิบัติในการสัมผัสที่เหมาะสมและฝึกทักษะการสัมผัสให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพตามแนวคิดของไวส์ (Weiss, 1979) ที่ให้กับครอบครัวจึงเป็นการเสริมสร้างการเรียนรู้ทั้งทางด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ (นที เกื้อกุลกิจการ, 2541) ช่วยให้สมาชิกครอบครัวเกิดความเข้าใจและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตามขั้น สามารถถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึกที่ดีผ่านการสัมผัสไปสู่ผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ ผ่อนคลายและปลอดภัย ลดความวิตกกังวลลงได้ (Goodykoontz, 1979; ทัศนีย์ เชื้อทอง, 2542)

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดขบวนการที่ครอบคลุมตรงตามความต้องการของครอบครัวและผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีภาระเร่งด่วนที่ได้รับเคมีบำบัดมักเกิดความวิตกกังวลจากภาวะการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษา ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยตึงเครียด วิตกกังวล โดดเดี่ยวขาดความเชื่อมั่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แต่เมื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วยขณะที่ได้รับการ



รักษาด้วยเคมีบำบัด การประคับประคองด้านจิตใจ ด้วยคำพูด การนั่งอยู่เป็นเพื่อนใกล้ๆ ร่วมกับการใช้ การสัมผัสผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ และไม่รู้สึกลัวถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว ผู้ป่วยมีการรับรู้ตลอดเวลาที่สัมผัสจึงมีส่วนช่วยลดจินตนาการที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะเครียดได้ ทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปนัดดาโรจน์ทองชัย (2543) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดเพศหญิงที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ในการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อที่เต้านม ที่โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัส ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพร่วมกับการให้ข้อมูลและการให้การสัมผัสด้วยท่าที่อ่อนโยน มีระดับความวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่ำกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการติดตามประเมินผล รวมทั้งเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากครอบครัวเป็นกลุ่มของบุคคลที่มีความสนิทสนม มีความรักและความผูกพันกันมา จึงมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกๆ ด้าน มีการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจในการรักษา ลดความเครียด ความวิตกกังวลและช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การติดตามอาการทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัยด้วยการซักถาม พูดคุย ให้กำลังใจและคำแนะนำเพิ่มเติมตามความต้องการของผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับเคมีบำบัดครบ 3 วัน สิ่งเหล่านี้สร้างความมั่นใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาของโรคและการรักษาได้ดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี มีพฤติกรรม

การดูแลตนเองที่ถูกต้อง และดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขกับภาวะการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Northouse et., 2002)

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามแบบแผนของหน่วยงาน ซึ่งเป็นการดูแลโดยทั่วไปที่บุคลากรในทีมสุขภาพกระทำให้แก่ผู้ป่วยนั้น พบอยู่เสมอว่าการให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ จากบุคลากรทางสุขภาพอย่างเดียวยังอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเอง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายน้อย จึงทำให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยถูกจำกัดไปด้วย หรือข้อมูลที่ให้อาจไม่มีความเฉพาะเจาะจงและไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ตลอดจนการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ที่มีอยู่ได้ จากข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ขาดความสนใจและแรงจูงใจในการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมยังมีระดับความวิตกกังวลไม่ลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการสัมผัสทำให้ครอบครัวมีแนวทางและทักษะในการดูแลผู้ป่วย มั่นใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรนำเอาโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขณะได้รับเคมีบำบัดต่อไป



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- คณิต ณ พัทลุง. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลิดา ธนฐีรกุล. (2546). การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: แนวคิดที่ท้าทายสู่การปฏิบัติในบริบทของสังคมไทย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 26(3): 61-67.
- ทัศนีย์ เชื้อทอง. (2542). ผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นที เกื้อกูลกิจกร. (2541). การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เบญจรัตน์ ธรรมปริชาพงศ์, กนกพร นาคะรัต, รุ่งภา ศรีสังข์ และอพัชชา อิทธิยาจูติ. (2557). ผลของการใส่เสื้อกระชับแผลและประคองทรงต่อความสบายและอาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมอก. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 26(3), 1-11.
- ปนัดดา โรจน์ทงชัย. (2543). ผลของการพยาบาลตามแบบแผนการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล เจริญสุข. (2549). ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่

3. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินติ้ง.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). *Hospital-Based cancer registry สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2551-2553*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.nci.go.th>. [17 สิงหาคม 2555].

สถิตินาธารณสุข. (2553). *สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.bps.ops.moph.go.th/healthinformation/สถิติ> 53. [1 พฤศจิกายน 2554].

สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.

สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์. (2545). การรักษามะเร็งเต้านมด้วยยาเคมีบำบัด. ใน *สูมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกุล นภาพันท์ (บรรณาธิการ). โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา*. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2544). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ปอ.

ภาษาอังกฤษ

- Blowers, E. & Foy, S. (2009). Breast cancer overview: Current treatments. *Practice Nursing*, 20(6): 282-286.
- Goodykoontz, L. (1979). Touch: Attitudes and practice. *Nursing Forum*, 18(1): 4-17.
- Kurt, S., & Unsar, S. (2011). Assessment of symptom control in patients with cancer in Northwestern Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 15: 137-144.
- Li, H. (2004). Effectiveness of Interventions of involving family caregivers to improve outcomes for elderly patients and their family caregivers in acute care settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 23: 3-16.



- Malone, P.E. (2007). Implementation of a prechemotherapy educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5): 707-710.
- Northouse, L.L., Walker, J., Schafenacker, A., Mood, D., Mellon, S., & Galvin, E. (2002). A family-based program of care for women with recurrent breast cancer and their family members. *Oncology Nursing Forum*, 29: 1411-1419.
- Ream, E., Richardson, A., & Alexander-Dann, C. (1997). Patient's sensory experiences before, during and immediately following the administration of intravenous chemotherapy. *Journal of Cancer Nursing*, 1(1): 25-31.
- Saraswathi, N., Suzanna, N., HO, G.H., & Wong, C.Y. (2005). Needs and concerns of breast cancer patients- SGH experience. *Singapore Nursing Journal*, 32(4): 34-41.
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.
- Schlatter, M.C., & Cameron, L.D. (2010). Emotional suppression tendencies as predictors of symptom, mood and coping appraisals during AC chemotherapy for breast cancer treatment. *Ann Behav Med*, 40: 15-29.
- Schmid-Buchi, S., Halfens, J.E., Dassen, T., & Borne, B.V.D. (2011). Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 15: 260-266.
- Sheldon, L.K. et al. (2008). Evidence-based interventions for anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5): 789-797.
- Simon, J.E. (2011). The human touch in the radiology setting. *J Radiol Nursing*, 30(1): 35.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- So, W.K.Y., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., Lo, J.C.K., Yeung, M., & Li, .K.H. (2009). The symptom cluster of fatigue pain anxiety and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: A multicenter study. *Oncology Nursing Forum*, 36(4): 205-214.
- Trimmel, M., Semrad, C., Kubista, E., Steger, G., & Zielinski. (2005). Adequacy of anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Cancer Therapy*, 3: 461-470.
- Weiss, S.J. (1979). The language of touch. *Nursing Research*, 28(2): 76-80.
- Winnie, K.W., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., Joe, C.K., Yeung, M., & George, K.H. (2010). Anxiety depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14: 17-22.
- Yildirim, Y., & Kocabiyik, S. (2010). The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 832-839.



The Effect of Family Participation Program on Anxiety in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy

Orawan Pornkanaprach* and Sureeporn Thanasilp**

Abstract

Purpose: To study the effect of family participation program on anxiety in breast cancer patients receiving chemotherapy.

Design: A quasi-experimental research.

Methods: The subjects were 40 postoperative breast cancer patients receiving chemotherapy at the Day care of Faculty of Medicine Vajira Hospital University of Bangkok Metropolis and their intimate family members who met the inclusion criteria. The subjects were equally assigned into a control group and an experimental group, 20 each. They were matched by age, stage of disease, chemotherapy regimen and relationship of family members. The control group received conventional nursing care while the experimental group received the family participation program. The concept of "Parent Participation" of Schepp (1995) and the concept of "Touch" of Weiss (1979) were applied to develop this program. Data were collected using the State-Trait Anxiety Inventory form Y-1. Its Cronbach's alpha coefficient was .84. Descriptive statistics, repeated measure of analysis of variance and t-test were used for data analysis.

Results:

1) Anxiety of the experimental group at the post-test phase was significantly lower than at the pre-test phase ($p < .05$).

2) Anxiety of the experimental group at post-test phase was significantly lower than that of the control group ($p < .05$)

Conclusion: The results of this study serve as a preliminary data to improve the effectiveness of nursing care quality by promoting family participation in caring for anxiety reduction in breast cancer patients receiving chemotherapy. It can help them to have proper coping process.

Keywords: Family participation/Breast cancer patients/Chemotherapy/Anxiety

* Student in master of nursing science program faculty of nursing Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Faculty of nursing Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand. Email: s__thanasilp@hotmail.com