รายงานวิจัย

เรื่อง

ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก

โดย

นางยุพิน ชัยนาม

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 5289

ส่วนราชการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

หัวข้อ **ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก**

ผู้วิจัย **นางยุพิน ชัยนาม พย.บ.**
นางกาญจนา ดาวประเสริฐ พย.ม.
นางสาวจิราภรณ์ ไมตรี พย.บ.
นางสาวมัณฑนา บุตรทุระ พย.บ.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 100 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 50 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมและแนวทางการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 4) แบบประเมินระดับความวิตกกังวล (Visual Analog Scale-Anxiety: VASA) และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการเปรียบเทียบ ได้แก่ สถิติทดสอบรายคู่และแมนน์-วิทนีย์ ยู ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ =17.56, S.D.= 0.81) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$= 16.44, S.D.= 1.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ =0.50, S.D. =1.07) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ =1.22, S.D.=1.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในระดับมากสรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนนี้ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามีความรู้เพิ่มขึ้น ลดความวิตกกังวล และพึงพอใจสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน, ความรู้, ความวิตกกังวล, ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

Title **Effectiveness of a Planned Information Provision Program on the Knowledge and Anxiety of Cancer Patients Receiving Outpatients Radiotherapy**

Author **Mrs Yupin Chainam, BNS**

Mrs. Karnchana Daoprasert, MNS

Mrss.Jiraporn Maitree, BNS

Mrss. Montana Buttura, BNS

Abstract

This quasi-experimental study aims to investigate the effect of a Planned Information Provision Program on knowledge and anxiety among cancer patients undergoing outpatient radiotherapy at Lampang Cancer Hospital. The sample comprised newly diagnosed cancer patients receiving outpatient radiotherapy at the Lampang Cancer Hospital, with 100 individuals specifically selected and divided equally into two groups. The experimental group received the structured information program, while the control group received standard information. Research tools included a structured information program and guidelines, a personal data questionnaire, knowledge assessment for radiotherapy-treated cancer patients, the Visual Analog Scale for Anxiety (VASA), and a program satisfaction assessment form. Data analysis employed both inferential and descriptive statistics, utilizing paired t-tests and Mann-Whitney U tests for comparison. The research findings indicated a statistically significant increase in the average knowledge score among the experimental group ($\overline{X}$ 17.56, SD 0.81) compared to those in the control group ($\overline{X}$ 16.44, S.D. 1.46), with statistical significance ($p < .001$). Moreover, the average anxiety level score post-intervention in the experimental group ($\overline{X}$ 0.50, S.D. 1.07) was notably lower than that of the control group ($\overline{X}$ 1.22 ,S.D. 1.88), with statistical significance ($p < .05$). Additionally, significant statistical differences were observed in the comparison of average knowledge and anxiety scores within the experimental group before and after program implementation ($p < .05$). Overall, the sample group expressed high satisfaction levels. In conclusion, this planned information program led to increased knowledge, reduced anxiety, and high satisfaction among cancer patients undergoing radiotherapy, suggesting its effectiveness in nursing practice for providing efficient information to these patients.

Keywords: Information program, Knowledge, Anxiety, Cancer patients undergoing radiotherapy

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลมะเร็งลำปางทุกระดับ อีกทั้งได้รับความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากบุคลากรงานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ ผู้บริหารทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย บุคลากรงานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา และอาสาสมัครโครงการวิจัยที่ให้ความสมัครใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาวิจัย และ ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวก จนทำให้งานวิจัยนี้ลุล่วงไปด้วยดี

ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์บ้างไม่มากก็น้อยสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ที่สนใจที่จะศึกษารายละเอียดในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

นางยุพิน ชัยนาม
หัวหน้าโครงการวิจัย

กรมควบคุมโรค MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
สถานการณ์โรคมะเร็ง	11
โรคมะเร็ง	12
รังสีรักษาและสมรรถนะพยาบาลรังสีรักษา	19
แนวคิดและทฤษฎีด้านความรู้	25
แนวคิดทฤษฎีด้านความวิตกกังวล	46
แนวคิดรูปแบบการสื่อสารแบบ AIDET	51
แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory theory)	51
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	53
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
สถานที่ศึกษา	60
ระยะเวลาการดำเนินการ	60
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	60

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	66
ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	67
การวิเคราะห์ข้อมูล	68
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	68
บทที่ 4 ผลการวิจัย	70
ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง	70
ผลการประเมินระดับความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วย	73
การเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน	74
ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่อโปรแกรมการให้ข้อมูล	76
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	78
สรุปผลการวิจัย	78
อภิปรายผล	79
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	82
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	83
เอกสารอ้างอิง	84
ภาคผนวก	89

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน 63

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล 71

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการวัดคะแนนความรู้ และความวิตกกังวล 73

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แบบผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 74

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 75

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แบบผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 75

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แบบผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 76

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ต่อโปรแกรมการให้ข้อมูล 76

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย 10

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทยและมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็ง 83,795 ราย เพิ่มจากปี 2560 จำนวน 78,540 ราย อัตราตายโรคมะเร็งของคนไทยปี 2560 เท่ากับ 117.60 เพิ่มเป็น 125.50 ต่อประชากร 100,000 ราย (กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน, 2565) ผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าครึ่งหนึ่งร้อยละ 60 จะได้รับรังสีรักษา รังสีรักษาเป็นการใช้รังสีเอกซ์พลังงานสูงทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์มะเร็ง มีเป้าหมายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง แต่อาจกระทบกับเซลล์ปกติที่อยู่ข้างเคียง (ชลเกียรติ ขอประเสริฐและ ศิวลี สุริยา, 2566) ผลข้างเคียงจากการฉายรังสีมีผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวขึ้นอยู่กับบริเวณของอวัยวะปกติที่ได้รับรังสี โดยจะกระทบต่อเซลล์ที่แบ่งตัวไว เช่น ผิวหนัง เส้นผม เยื่อบุในช่องปาก หรือลำไส้ ซึ่งอาจเกิดผลข้างเคียงตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 (ชวลิต เลิศบุษยานุกุล, 2564) ผลข้างเคียงเฉียบพลันพบตั้งแต่เริ่มการรักษาไปจนถึงภายใน 8 สัปดาห์หลังการฉายรังสี ซึ่งเกิดขึ้นกับบริเวณที่ฉายรังสี เช่น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี การเกิดอาการอ่อนเพลีย ภูมิต้านทานต่ำจากเม็ดเลือดขาวลดจำนวนลง เป็นต้น ผลข้างเคียงระยะเรื้อรัง เกิดขึ้นหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีเสร็จสิ้นไปแล้วนานหลายเดือนจนถึงหลายปี เช่น ถ้าฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน จะมีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบหรือลำไส้อักเสบแบบเรื้อรังหรือช่องคลอด ตีบตัน เป็นต้น (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2566) โรคมะเร็งถือเป็นประสบการณ์การเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคมะเร็งมักทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว และการได้รับข้อมูลที่เพียงพอนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและนำไปใช้ในการดูแลทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษามีความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด และความคาดหวังหลายประการ บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกของกระบวนการรักษา (Tripartite National Strategic Plan for Radiation Oncology, 2022)

ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่รับรังสีรักษาครั้งแรกมักมีความวิตก กังวล ความเครียด ต่อการรักษาที่จะได้รับ เนื่องจากยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา มีการศึกษาวิจัยพบว่าในช่วงเริ่มต้นของการรักษาด้วยรังสี ผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลร้อยละ 61 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89 เมื่อสิ้นสุดการรักษา (Sharma, N., Purkayastha, A., 2021) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็ง

ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ เตรียมความพร้อมสำหรับการรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งรับมือกับผลข้างเคียงที่อาจจจะเกิดขึ้นได้ ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เพิ่มความพึงพอใจต่อการรักษา การสื่อสารกับครอบครัวและคุณภาพชีวิตดีขึ้น การตอบสนองต่อความต้องการด้านข้อมูลสำหรับผู้ป่วยถือเป็นลักษณะพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เมื่อผู้ป่วยได้รับการบอกแจ้งข้อมูลอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองได้ เป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญของบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วย การให้ข้อมูลจึงเป็นสิ่งหนึ่งที่ตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพการดูแลที่มอบให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการรับบริการของผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวในการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้นตามคำแนะนำ ผลลัพธ์ทางการรักษาดีขึ้น มีผลต่อการกลับมาใช้บริการซ้ำ มีความเต็มใจที่จะแนะนำบริการแก่ผู้อื่น และลดความเสี่ยงต่อข้อร้องเรียนในการปฏิบัติหน้าที่ (Chua, G.P. et al, 2018) การให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาช่วยในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ และช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพของตนเองได้ มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าผลจากการจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งทำให้นำไปสู่การเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลได้ (นางมยุเรศ สุคำภา,2565) ดังนั้นการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยรายใหม่ก่อนได้รับรังสีรักษาจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับทราบข้อมูลก่อนการรักษาช่วยลดความวิตกกังวล ทั้งนี้รูปแบบการให้ข้อมูลในรูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

และประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal &Johnson,1983)แนวทางของการพัฒนาทฤษฎีนี้มีพื้นฐานอยู่บนมโนทัศน์หลัก 3 อย่าง คือ 1)แรงจูงใจของผู้ป่วย (Patient's Motivation) หมายถึง ความปรารถนาและความพยายามของผู้ป่วยที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา 2) การรู้คิดของผู้ป่วย (Patient's Cognition) หมายถึง การรับรู้และความสามารถของผู้ป่วยที่จะอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และ 3) สภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วย (Patient's Emotion) หมายถึง ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นักทฤษฎีทั้งสองท่านได้กล่าวถึงการพยาบาลว่าควรครอบคลุมในเรื่อง 1) การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา เช่น การให้ยา การทำแผล เป็นต้น 2) การให้ความรู้เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาและการดูแลตนเอง และ3) การให้การช่วยเหลือซึ่งมุ่งเน้นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและการให้การดูแลที่เอาใจใส่ เช่น อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย รับฟังปัญหา เป็นต้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้น จะใช้โครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Structure) ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และสามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บมาใช้เป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย ซึ่งการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมถือว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ

ทำให้เกิดความสามารถที่จะเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้ โดยอาศัยการแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ และพิจารณาหาแนวทางตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจ หากผู้ป่วย ไม่เคยรับรู้หรือไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คุกคามหรือต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคยหรือแตกต่างไปจากที่เคยประสบมา จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ เพราะไม่มีภาพรวมของความคิด (Mental image) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response)ที่รุนแรง แต่ในทางกลับกันหากผู้ป่วยเคยรับรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมาก่อน หรือเคยได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมจะทำให้เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์นั้นอีกครั้งก็จะสามารถแปลความหมายของข้อมูลใหม่ที่ได้รับตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง (Behavioral control) และเหตุการณ์ได้ดีขึ้น และสามารถพิจารณาตัดสินเลือกใช้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง (Leventhal & Johnson, 1983) การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยตามทฤษฎีการควบคุมตนเองประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข่องกับขั้นตอนหรือวิธีการของการพยาบาลหรือการรักษากับผู้ป่วย 2) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) หมายถึง ข้อมูลที่แสดงถึงการตอบสนองต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และ 3) ข้อมูลของการให้คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Behavioral and coping: instruction) หมายถึง การสอนผู้ป่วยว่าควรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างไร และควรมีวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมอย่างไรรวมทั้งสอนทักษะการจัดการความวิตกกังวลด้วย (Leventhal t & Johnson, 1983)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งมีการศึกษาค่อนข้างน้อย มีเพียงการศึกษาของ (ภัทรพร นาคะไพฑูรย์ และคณะ,2563) พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ ผลการพัฒนาพบว่า สามารถเตรียมความพร้อมในการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การบริการมีมาตรฐาน และผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ เมื่อมีการใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวแล้วทำให้เกิด ผลลัพธ์คือพยาบาลปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นได้อย่างถูกต้องครบถ้วน พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูล อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพอาจขึ้นอยู่กับแบบแผนการให้ข้อมูลหรือรูปแบบวิธีการสื่อสารในการให้ข้อมูล

โรงพยาบาลอุบลรัตน์ราชกัญญา
กรมการแพทย์

มีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ข้อมูลรูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Acknowledge การสื่อสารที่แสดงออกให้ผู้ป่วยและ ญาติได้รับรู้ถึงการบริการที่ใส่ใจ 2) Introduce การแนะนำตัว 3) Duration การแจ้งระยะเวลาที่รอ 4) Explanation การอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับ อาการ แผนการรักษา และ 5) Thank you การแสดงความขอบคุณ ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น และลดข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ จากการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ชัดเจน (วีระพล พันธ์ช่วย และทัศนีย์ สุนทร, 2565; วีระะพล พันธ์ช่วย, ทัศนีย์ สุนทร และประณีต ส่งวัฒนา, 2565; ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2564)

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง สังกัดกรมการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งระดับตติยภูมิขนาด 120 เตียง ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ครอบคลุมพื้นที่ 12 จังหวัดภาคเหนือ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 เท่ากับ 2,646 และ 2,713 ราย ตามลำดับ (งานทะเบียนมะเร็ง, 2566) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รังสีรักษาจำนวน 2,033 และ 2,153 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รังสีรักษาเฉลี่ย 10 รายต่อวัน (งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา, 2566) กระบวนการเตรียมผู้ป่วยมะเร็งก่อนรับรังสีรักษา งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรายใหม่จะได้รับการนัดมาวางแผนการรักษา พยาบาลจุดคัดกรองทำหน้าที่ซักประวัติ เตรียมเอกสาร ผลตรวจวินิจฉัย และให้ข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น ส่งเข้าพบรังสีแพทย์เพื่อตรวจร่างกายและประเมินอาการ หลังพบแพทย์ ผู้ป่วยพบกับพยาบาลจุดรับผู้ป่วยใหม่ซึ่งจะเป็นผู้ให้ข้อมูลก่อนรับรังสีรักษา จากการสังเกตของผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งจะพบพยาบาลในจุดคัดกรองและจุดรับใหม่ ซึ่งพยาบาลมีการให้ข้อมูลในเรื่องที่ซ้ำซ้อนกัน ไม่มีหัวข้อที่ชัดเจนในการให้ข้อมูล พยาบาลในจุดรับใหม่มีหน้าที่บันทึกข้อมูล รับคำสั่งแพทย์ จัดเตรียมเอกสาร และให้ข้อมูล กิจกรรมเหล่านี้ใช้เวลานานประมาณ 20-25 นาทีต่อราย ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รังสีรักษามีจำนวนมากขึ้น บางครั้งมีเวลาจำกัดในการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยและญาติ และในวันที่ผู้ป่วยมาฉายรังสีวันแรก จะได้รับข้อมูลความรู้จากพยาบาล นักโภชนากร และนักกายภาพบำบัด เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนระหว่างและหลังได้รับรังสีรักษา การรับประทานอาหาร และการบริหารฟื้นฟูร่างกาย ซึ่งมีรายละเอียดเนื้อหาค่อนข้างมาก ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การปฏิบัติตัวได้ไม่ถูกต้อง

จากการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล และอุบัติการณ์ของงานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปางใน 3 ปีที่ ผ่านมา ปีพศ. 2563-2565 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รังสีรักษามีอุบัติการณ์ไม่มาตามนัด ร้อยละ 3.6, 7.3 และ 5.5 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายเสียชีวิตหรือมีอาการทรุดลงก่อนวันนัดวางแผนการรักษา มีผู้ป่วยบางรายที่มีความกลัวการฉายรังสี

ผลการประเมินความวิตกกังวลก่อนเริ่มรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รังสีรักษา พบว่ามีความวิตกกังวลร้อยละ 65 และร้อยละ 45 มีระดับความวิตกกังวลในระดับมากถึงมากที่สุด (งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, 2566) สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างฉายรังสีที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากการฉายรังสี (skin reaction) ระดับ 3 ขึ้นไป (ผิวหนังเป็นแผลแฉะขนาดใหญ่หรือเป็นแผลเนื้อตายลึกถึงชั้นหนังแท้ มีเลือดออก) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปางปี พ.ศ.2566 มีจำนวน9 ราย,ปี พศ.2565 มีจำนวน 6 ราย ซึ่งเมื่อเทียบกับปี พศ.2564 ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ(Mucositis)ระดับ3ขึ้นไป (มีแผลอักเสบบวมเป็นหย่อมๆ) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสี ปีพ.ศ. 2564 มีจำนวน 2 ราย,ปีพ.ศ. 2565 และปีพ.ศ. 2566 มีจำนวน 1 ราย (งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, 2566) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยบางรายไม่ทราบวิธีการดูแลผิวหนัง หรือปฏิบัติตัวในระหว่างฉายรังสีไม่ถูกต้อง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีรักษาไม่ครบตามแผนการรักษา อาจต้องพักการฉายรังสี การฉายรังสีล่าช้าออกไป จากข้อมูลการศึกษาสาเหตุการพักแสงผู้ป่วยที่มารับบริการการฉายรังสีที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ส่วนใหญ่เกิดจากเม็ดเลือดต่ำร้อยละ 32 รองลงมา เยื่อบุปากอักเสบ ร้อยละ 11.5 ภาวะท้องเสีย ร้อยละ 9.6 และ skin reaction ร้อยละ 3.8 ตามลำดับ (วราภรณ์ ไชยตาล และอรพรรณ งามเมือง, 2560) การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างฉายรังสีทำให้การรักษาตามแผนการรักษาล่าช้า หรือมีการเลื่อนการฉายรังสี ซึ่งมีผลกระทบต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย ครอบครัวและโรงพยาบาล นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2564 - 2565 พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลของพยาบาลรังสีรักษาจำนวน 3 ครั้ง ผู้รับบริการระบุข้อร้องเรียนว่า“พยาบาลควรให้คำแนะนำด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล เพราะผู้ป่วยหลายคนมาเป็นครั้งแรกจะทำอะไรไม่ถูกและไม่ค่อยเข้าใจ” “พยาบาลควรพูดหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยดีกว่านี้ เนื่องจากบางคนมาครั้งแรกทำให้ไม่รู้ขั้นตอนการปฏิบัติต่างๆ” “พยาบาลอธิบายไม่ชัดเจน” ซึ่งจากการทำการวิเคราะห์หาสาเหตุในเหตุการณ์ดังกล่าว พบว่าเกิดจากการที่พยาบาลให้ข้อมูลแก่ญาติไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน จะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาและมีความพร้อมในการตรวจรักษา ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา การให้ข้อมูลครอบคลุมแบบองค์รวม ครบถ้วนชัดเจน จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจรักษาโดยรังสีรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถปฏิบัติตัวและเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มุ่งเน้นการบริการพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงได้ประกาศนโยบายการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา และกำหนดค่านิยมองค์กรพยาบาล “CANCER” ซึ่งหนึ่งใน

ค่านิยมองค์กรพยาบาลนั้น คือ C: Communication เป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่ชัดเจน เข้าใจ ครบถ้วน งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา ยังไม่มีรูปแบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลที่ผ่านมาขึ้นอยู่กับบุคคล ระยะเวลาในการบริการ และจำนวนผู้ป่วย จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนขึ้นโดยกำหนดรูปแบบมาตรฐานในการให้ข้อมูล ร่วมกับให้เอกสารแผ่นพับในการทบทวนความรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา นำไปสู่การเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและญาติได้ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลรังสีรักษาจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในด้านความรู้ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจและภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพทุกกลุ่ม ที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เพิ่มคุณภาพในการบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความวิตกกังวล ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกลุ่มเปรียบเทียบที่จะได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

คำถามการวิจัย

1. หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน สูงกว่าผู้ป่วยที่จะได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ

2. หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ต่ำกว่าผู้ป่วยที่จะได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้มีขอบเขตทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มโดยวัดผลก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยวัดผลการทดลอง ได้แก่

1.1 ความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปรังสีรักษาหรือการฉายรังสี เป้าหมายของการให้รังสีรักษา ขั้นตอนการรับรังสีรักษา การเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนรับรังสีรักษา การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาและผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา

1.2 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาก่อนและหลังได้รับข้อมูล

1.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อโปรแกรมการได้รับข้อมูล

2. ด้านประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวนทั้งหมด 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 50 ราย

3. ด้านเวลาการศึกษาวิจัย ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567

4. ด้านสถานที่ในการศึกษา คือ งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการให้ข้อมูลรังสีรักษาอย่างมีแบบแผน หมายถึง กิจกรรมการให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับรังสีรักษาโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 ครั้ง ได้แก่ วันนัดพบแพทย์ครั้งแรก วันนัดมาขีดเส้น วันนัดฉายรังสีวันแรก วันนัดพบแพทย์ระหว่างฉายรังสีประจำสัปดาห์ และวันสิ้นสุดการฉายรังสี ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของLeventhal & Johnson,1983 และในทุกครั้งของการให้ข้อมูลใช้วิธีการให้ข้อมูลรูปแบบ AIDET ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) Acknowledge การสื่อสารที่ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ถึงการบริการที่ใส่ใจ 2) Introduce การแนะนำตัว 3) Duration การแจ้งระยะเวลาที่รอ 4) Explanation การอธิบายรายละเอียดความรู้ครอบคลุมในด้านรังสีรักษา เป้าหมายของการให้รังสีรักษา ขั้นตอนการรับรังสีรักษาการเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจก่อนรับรังสีรักษา การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา,ผลข้างเคียงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดการเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา5) Thank you การแสดงความขอบคุณ

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการได้รับการสอน อธิบายจากผู้ที่มีความรู้และศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองจากคู่มือคำแนะนำ รายละเอียดคำแนะนำ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับรังสีรักษา เป้าหมายของการให้รังสีรักษา ขั้นตอนการรับรังสีรักษา การเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจก่อนรับรังสีรักษา การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาและผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา ซึ่งวัดความรู้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องเข้ารับการรักษา เป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจต่อสภาพการณ์ที่เผชิญอยู่ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลแบบประเมินคาดวยสายตา (visual analogue scale) ของการเบอรสัน (Gaberson, 1991)

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับการวางแผนการรักษาโดยการฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอกครั้งแรก ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีแบบระยะไกล เป็นการฉายรังสี เพียงอย่างเดียว (RT alone) หรือการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (Concurrent RT and CMT) ณ งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านบริหารการพยาบาล

- องค์กรพยาบาลมีแนวทางในการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาไปในทิศทางเดียวกัน
- องค์กรพยาบาลไม่มีข้อร้องเรียนจากการไม่ให้ข้อมูลหรือการให้ข้อมูลไม่ชัดเจน
- มีผลงานพัฒนาคุณภาพหรือนวัตกรรมจากการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง
- องค์กรพยาบาลมีรูปแบบการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

- พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ และสามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกันและครบถ้วน
- ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระหว่างการฉายรังสีและสามารถนำไปดูแลตนเองได้
- ผู้ป่วยมะเร็งลดความวิตกกังวลต่อการเข้ารับรังสีรักษา
- ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาลดผลข้างเคียงจากการฉายรังสี
- ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างและหลังจากการได้รับรังสีรักษา

ด้านวิชาการพยาบาล

- หน่วยงานมีคู่มือการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีแบบแผนสำหรับพยาบาลวิชาชีพ
- มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการไปยังโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

กรมการแพทย์

กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาและมีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีการให้ข้อมูลครอบคลุมแบบองค์รวม ครบถ้วน ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจรักษาด้วยรังสีรักษายิ่งขึ้น สามารถปฏิบัติตัวและเผชิญปัญหาได้เหมาะสม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (self-regulation model) ของ Leventhal and Johnson (1983) ที่มีหลักว่าแบบแผนความรู้ความเข้าใจสร้างจากประสบการณ์ที่ผ่านมาสามารถใช้เป็นตัวชี้นำความสนใจการปฏิบัติตัวของ บุคคลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเผชิญส่งผลให้บุคคล สามารถควบคุมและเผชิญต่อเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการให้ข้อมูลอยางมีแบบแผน โดยการให้คำแนะนำ อธิบาย โดยใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Acknowledge การสื่อสารที่แสดงออกให้ผู้ป่วยและ ญาติได้รับรู้ถึงการบริการที่ใส่ใจ 2) Introduce การแนะนำตัว 3) Duration การแจ้งระยะเวลาที่รอ 4) Explanation การอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับรังสีรักษา เป้าหมายของการให้รังสีรักษา ขั้นตอนการรับรังสีรักษา การเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจก่อนรับรังสีรักษา การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาและผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา และ 5) Thank you การแสดง ความขอบคุณ ร่วมกับการให้เอกสารคู่มือที่ผู้ป่วยสามารถศึกษาด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลที่ครบถ้วน มีความรู้ลดความวิตกกังวลเมื่อต่องเจอกับสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยสรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังภาพที่1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson,1983) และวิธีการสื่อสารรูปแบบ AIDET

โดยมีเนื้อหาครอบคลุมข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือรายละเอียดของขั้นตอนการรักษา (Procedural Information) อธิบายเกี่ยวกับโรค อาการ เป้าหมายการรักษา ขั้นตอนการรักษาทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับรังสีรักษาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์แวดล้อมที่คุกคามและสร้างความมั่นใจในทีมสุขภาพสร้างความมั่นใจในทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย
2. ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory Information) อธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบและความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นขณะและหลังได้รับรังสีรักษา ให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลลดลง ไม่ตื่นกลัว มองเห็นภาพเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในอนาคตและสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์นั้นได้
3. ให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral Information) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะรับการรักษา ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในอนาคตเกิดความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพ มั่นใจในความสามารถของตนเองและพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆ ได้อย่างปลอดภัย
4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา (Coping information)

การให้ข้อมูลตามมาตรฐานปกติ

ประสิทธิผลของโปรแกรม
- ด้านความรู้
- ด้านความวิตกกังวล

บทที่ 2
แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. สถานการณ์โรคมะเร็ง
2. โรคมะเร็ง
3. รังสีรักษาและสมรรถนะพยาบาลรังสีรักษา
4. แนวคิดและทฤษฎีด้านความรู้
5. แนวคิดและทฤษฎีด้านความวิตกกังวล
6. แนวคิดรูปแบบการสื่อสารแบบ AIDET
7. แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory theory)
8. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์โรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง เปนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับตนๆ ของคนทั่วโลก จากรายงานขององคการอนามัยโลกระบุว่า ในป พ.ศ. 2561 มีผู้ปวยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ลานคน โรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกของโลก ไดแก่ มะเร็งปอด มะเร็งเตานม มะเร็งลำไสใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ตามลำดับ และมีผูเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ลานคน โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก 5 อันดับแรก ไดแก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไสใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับ และมะเร็งเตานม ตามลำดับ อุบัติการณ์โรคมะเร็งพบสูงในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตามประเทศกำลังพัฒนามีแนวโน้มของอุบัติการณ์โรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและวัยสูงอายุ ก่อให้เกิดความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (International Agency for Research on Cancer; World Health Organization, 2024) สำหรับประเทศไทยจากขอมูลสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าในปีพ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผูเสียชีวิตดวยโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคทั้งหมด อัตราตาย 127.9 ต่อประชากร 100000 ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 อัตราตาย 120.3 ต่อประชากร 100,000 ราย จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 83,334 คน โดยมะเร็งปอดและมะเร็งตับมีอัตราตายสูงเป็นอันดับต้นๆของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด

(กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ข้อมูลรายงานสถิติโรคมะเร็งประเทศไทย ปพ.ศ. 2561 ของสถาบัน มะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยใหม่ 122,757 คน เปนเพศชายจำนวน 59,662 คน และเพศหญิง 63,095 คน โรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในชายไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไสใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ตามลำดับ ส่วนมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในหญิงไทย ไดแก่ มะเร็งเตานม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไสใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด ตามลำดับ (Rojanamatin, J., Ukranun, W. & Chaiwerawattana, A. et al, 2018) สถานการณ์มะเร็งในภาคเหนือ ปีพ.ศ. 2556-2560 พบว่า อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งต่อปีเพศชายและเพศหญิงมีค่าเท่ากับ 162.8 และ 154.9 ต่อประชากร 100,000 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เฉลี่ย 14,044 รายต่อปี และอัตราตายด้วยโรคมะเร็งต่อปีเพศชายและเพศหญิง เท่ากับ 90.9 และ 62.2 ต่อประชากร 100,000 ราย จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตเฉลี่ย 7,187 รายต่อปี (ดลสุข พงษ์นิกร และคณะ, 2563) จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยมีความรุนแรงมากขึ้น

https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%87#%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%89%E0%B8%B1%E0%B8%A2

2. โรคมะเร็ง

ความหมายโรคมะเร็ง (วิกิพิเดีย)

มะเร็ง หรือทางการแพทย์ว่า เนื้องอกร้าย (malignant tumor) หมาย รวมถึงโรคหลายๆ โรคที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์อย่างผิดปกติ คือ เซลล์จะแบ่งตัวและเจริญอย่างควบคุมไม่ได้ ก่อเป็นเนื้องอกร้าย และมีศักยภาพในการรุกรานร่างกายส่วนข้างเคียง มะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังร่างกายส่วนที่อยู่ห่างไกลได้ ผ่านระบบน้ำเหลือง หรือกระแสเลือด โรคมะเร็งสามารถจัดหมวดหมู่ได้ตามชนิดของเซลล์ที่มีลักษณะคล้ายกับเซลล์เนื้องอกที่เชื่อว่าจะเป็นจุดเริ่มต้นของเนื้องอกชนิดของเซลล์เหล่านี้ได้แก่:

- Carcinoma: เป็นมะเร็งที่ได้มาจากเซลล์เยื่อบุผิว (epithelium) กลุ่มนี้ได้แก่ โรคมะเร็งจำนวนมากที่พบมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ผู้สูงอายุและเกือบทุกคนที่กำลังพัฒนาเป็นมะเร็งในเต้านม, ในต่อมลูกหมาก, ในปอด, ในตับอ่อน, และในลำไส้
- Sarcoma: เป็นมะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (เช่น กระดูก, กระดูกอ่อน, ไขมัน, เส้นประสาท) ซึ่งแต่ละตัวมีการพัฒนาจากเซลล์ต้นกำเนิดในเซลล์ mesenchymal นอกไขกระดูก

- Lymphoma และ leukemia (มะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งเม็ดเลือดขาว): โรคมะเร็งสองชนิดนี้เกิดจากเซลล์เม็ดเลือด hematopoietic ที่ออกมาจากไขกระดูกและมีแนวโน้มที่จะโตเต็มที่ในต่อมน้ำเหลืองและเลือดตามลำดับ
- เนื้องอกเซลล์สืบพันธุ์ (Germ cell tumor) เป็นโรคมะเร็งที่ได้มาจากเซลล์หลายฤทธิ์หลายสรรพคุณ (pluripotent cell) ซึ่งเนื้อเยื่อนี้ได้แก่ ถุงน้ำคร่ำ (Amnion) เยื่อหุ้มตัวอ่อน (Chorion) และองค์ประกอบของรก (Placenta) ส่วนใหญ่มักจะพบในลูกอัณฑะหรือรังไข่ (seminoma และdysgerminoma)
- blastoma: เป็นโรคมะเร็งที่ได้จากการเซลล์ตั้งต้นดั่งเดิม หรือเนื้อเยื่อของตัวอ่อนที่ยังไม่โตเต็มที่ Blastoma จะพบในเด็กมากกว่าในผู้มีอายุมากกว่า

มะเร็งมักจะใช้คำต่อไปนี้ -carcinoma, -sarcoma หรือ -blastoma เป็นคำต่อท้ายและใช้ชื่ออวัยวะหรือเนื้อเยื่อของแหล่งกำเนิดเป็นภาษาละตินหรือกรีกเป็นคำนำหน้า ยกตัวอย่างเช่น โรคมะเร็งของเนื้อเยื่อตับที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผิวเนื้อร้ายจะถูกเรียกว่า hepatocarcinoma ในขณะที่เนื้อร้ายที่เกิดจากเซลล์ตับสารตั้งต้นดั้งเดิมจะถูกเรียกว่า hepatoblastoma และมะเร็งที่เกิดจากเซลล์ไขมันจะถูกเรียกว่า liposarcoma สำหรับมะเร็งทั่วไปบางอย่างชื่ออวัยวะจะใช้เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น ชนิดที่พบมากที่สุดของมะเร็งเต้านมจะเรียกว่า ductal carcinoma ของเต้านม คำว่า ductal (ท่อ) เป็นคำคุณศัพท์ที่หมายถึงการปรากฏตัวของโรคมะเร็งภายใต้กล้องจุลทรรศน์ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามันมีต้นกำเนิดในท่อน้ำนม

อาการและอาการแสดง

ในระยะเริ่มต้นของมะเร็งผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการ ต่อเมื่อขนาดของก้อนเริ่มโตขึ้นหรือเริ่มเกิดเป็นแผลจึงอาจจะมีอาการหรืออาการแสดงได้ ขึ้นอยู่กับชนิดและตำแหน่งของมะเร็ง อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งที่เป็นไปได้รวมถึงมีก้อนเนื้อเกิดใหม่, มีเลือดออกผิดปกติ, มีการไอเป็นเวลานาน, การสูญเสียน้ำหนักที่อธิบายไม่ได้, และการเปลี่ยนแปลงในการขับถ่ายของลำไส้และอื่นๆ แต่อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากปัญหาอื่นๆ ได้เช่นกัน อาการส่วนใหญ่เป็นอาการที่ไม่มีความจำเพาะ สามารถพบได้บ่อยในภาวะอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่จึงมักได้รับการรักษาภาวะอื่นมาระยะหนึ่งก่อน ก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง

- อาการเฉพาะที่ ผู้ป่วยอาจมีอาการเฉพาะที่จากผลของตัวก้อนที่ขยายขนาดขึ้น ตัวอย่างเช่น ผลจากก้อนของมะเร็งปอดอาจกดเบียดหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ หรือเกิดปอดอักเสบได้ง่ายขึ้น มะเร็งหลอดอาหารทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบากหรือกลืนเจ็บ มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอาจทำให้เกิดการตีบแคบหรือการอุดกั้นของลำไส้ ทำให้มีการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติไป ก้อนในเต้านมหรืออัณฑะอาจปรากฏเป็นก้อนให้ผู้ป่วย

สังเกตได้ชัดเจน อาการบางอย่างอาจเกิดจากการเกิดแผลที่ก้อนมะเร็ง เช่น ในปอดอาจทำให้มีอาการไอเป็นเลือด ในลำไส้ทำให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เสียเลือดจนมีอาการซีด หรือเลือดออกมากจนเห็นเป็นเลือดปนมากับอุจจาระได้ ในกระเพาะปัสสาวะอาจทำให้มีอาการปัสสาวะเป็นเลือด และในมดลูกทำให้มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เป็นต้น ผู้ป่วยระยะลุกลามบางรายอาจมีอาการเจ็บจากตัวก้อนได้ แต่ในระยะแรกที่ก้อนเพิ่งเริ่มขยายขนาดผู้ป่วยมักไม่มีอาการเจ็บจากตัวก้อน มะเร็งบางชนิดอาจทำให้เกิดของเหลวสะสมในโพรงร่างกาย เช่นในช่องอก หรือช่องท้องได้

- อาการที่เป็นระบบ เป็นอาการที่เกิดขึ้นทั่วไปเนื่องจากผลกระทบที่อยู่ไกลจากตำแหน่งของโรคมะเร็งที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายโดยหรือเป็นการแพร่กระจายของโรค อาการเหล่านี้อาจรวมถึงการสูญเสียน้ำหนักโดยไม่ได้ตั้งใจ, เป็นไข้, เหนื่อยมากเกินไป, และมีการเปลี่ยนแปลงกับผิวมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดแพร่กระจายช้า (อังกฤษ: Hodgkin disease), โรคเม็ดโลหิตขาวผิดปกติ (อังกฤษ: leukemias), และโรคมะเร็งตับหรือโรคมะเร็งไตอาจทำให้เกิดไข้ถาวรไม่ทราบที่มา

มะเร็งบางชนิดอาจทำให้เกิดกลุ่มอาการเฉพาะของระบบที่เรียกว่าปรากฏการณ์ paraneoplastic ตัวอย่างเช่นการปรากฏตัวของโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดร้าย (อังกฤษ: myasthenia gravis) ในเนื้องอกต่อมไทมัส (อังกฤษ: thymoma) และอาการปลายนิ้วโต (อังกฤษ: clubbing) ในโรคมะเร็งปอด

- การแพร่กระจาย มะเร็งสามารถแพร่กระจายจากจุดกำเนิดเดิมของมันโดยการแพร่กระจายเฉพาะที่, การแพร่กระจายผ่านทางน้ำเหลืองไปยังต่อมน้ำเหลืองในภูมิภาคหรือผ่านทางเลือด (การแพร่กระจาย แบบ Haematogenous) ไปยังเนื้อเยื่ออื่นที่ไกลออกไป การแพร่กระจายทั้งหมดนี้เรียกว่า metastasis เมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปตามเส้นทาง Haematogenous มันก็มักจะแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย อย่างไรก็ตาม 'เมล็ดพันธุ์' มะเร็งจะเจริญเติบโตได้ดีในดินบางจุดที่เลือกโดยเฉพาะเท่านั้น เป็นสมมติฐานของการแพร่กระจายโรคมะเร็งในรูปของดินและเมล็ดพันธุ์ อาการของการเกิดโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอกและอาจรวมถึงต่อมน้ำเหลืองโต (ซึ่งสามารถรู้สึกได้หรือบางครั้งก็เห็นได้ใต้ผิวหนังและมักจะแข็ง), ตับโตหรือม้ามโต ซึ่งสามารถรู้สึกได้ในช่องท้อง, รู้สึกเจ็บปวดหรือเศษหักของกระดูกและอาการทางระบบประสาท

สาเหตุของโรคมะเร็ง

ร้อยละ 90-95 ของสาเหตุหลักของการเกิดโรคมะเร็งเนื่องมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนที่เหลืออีก 5-10% เนื่องมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อโรคมะเร็งหมายถึงสาเหตุใดๆ ที่ไม่ได้มาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเช่นวิถีการดำเนินชีวิต, ปัจจัยทางเศรษฐกิจและพฤติกรรม, และไม่ใช่แค่มลพิษ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่พบบ่อยที่นำไปสู่การตายของโรคมะเร็ง ได้แก่ ยาสูบ (ร้อยละ 25-30) อาหารและโรคอ้วน (ร้อยละ 30-35),

การติดเชื้อ (ร้อยละ 15-20), การสัมผัสกับรังสี (ทั้งโอโซนและไม่โอโซน ร้อยละ 10) ความเครียด, ขาดการออกกำลังกาย, และมลพิษสิ่งแวดล้อม

- สารเคมี การสัมผัสกับสารบางอย่างมีการเชื่อมโยงกับบางชนิดของโรคมะเร็ง สารเหล่านี้จะเรียกว่า "สารก่อมะเร็ง" ยกตัวอย่าง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอดถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งในกล่องเสียง, ในศีรษะ, ในลำคอ, ในกระเพาะอาหาร, ในกระเพาะปัสสาวะ, ในไต, ในหลอดอาหาร, และในตับอ่อน ควันของยาสูบมีสารก่อมะเร็งที่รู้จักกันมากกว่าห้าสิบอย่าง รวมทั้งไนโตรซามีน และ polycyclic aromatic hydrocarbon

- อาหารและการออกกำลังกาย อาหาร การไม่ออกกำลังกาย และโรคอ้วนเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากมะเร็งได้ถึงร้อยละ 30-35 การไม่ออกกำลังกายเชื่อว่าจะนำไปสู่ความเสี่ยงโรคมะเร็งไม่เพียงแต่ผ่านทางผลกระทบต่อน้ำหนักตัว แต่ยังผ่านผลกระทบด้านลบต่อระบบภูมิคุ้มกันและระบบต่อมไร้ท่อ มากกว่าครึ่งหนึ่งของผลกระทบจากการรับประทานอาหารเกิดจากการมีภาวะโภชนาการเกิน (การรับประทานอาหารมากเกินไป) มากกว่าจากการกินผักน้อยเกินไปหรืออาหารที่ดีต่อสุขภาพอื่น ๆ อาหารบางอย่างจะเชื่อมโยงกับการเกิดโรคมะเร็งบางชนิด อาหารที่มีเกลือสูงเชื่อมโยงกับโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร อัลฟลาท็อกซินบี 1 สารปนเปื้อนอาหารที่พบบ่อยประเภทหนึ่งทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ

- การติดเชื้อ ทั่วโลกประมาณร้อยละ 18 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อ สัดส่วนนี้แตกต่างกันไปในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก ไวรัสที่สามารถทำให้เกิดมะเร็งได้เรียกว่า oncovirus เช่น humam papillomavirus (มะเร็งปากมดลูก), Epstein-Barr ไวรัส (โรค B-cell lymphoproliferative และโรคมะเร็งโพรงหลังจมูก), herpesvirus sarcoma ของ Kaposi (เนื้องอก Kaposi และ primary effusion lymphomas), ไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบ C (มะเร็งตับ), และ human T -cell ไวรัส-1 โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemias T-cell) การติดเชื้อแบคทีเรียยังอาจเพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งกระเพาะอาหารที่เกิดจาก Helicobacter pylori การติดเชื้อปรสิตเกี่ยวข้องอย่างมากกับโรคมะเร็งรวมถึง Schistosoma haematobium (มะเร็งเซลล์ squamous ของกระเพาะปัสสาวะ) และพยาธิใบไม้ในตับ, Opisthorchis viverrini และ Clonorchis sinensis (มะเร็งท่อน้ำดี)

- การแผ่รังสี ร้อยละ 10 ของมะเร็งที่แพร่กระจายเกี่ยวข้องกับการได้รับรังสี รวมทั้งจากรังสีอัลตราไวโอเลตทั้งแบบโอโซนและแบบที่ไม่ใช่โอโซน การสัมผัสกับรังสีอัลตราไวโอเลตจากดวงอาทิตย์เป็นเวลานานสามารถนำไปสู่มะเร็งผิวหนังแบบ melanoma และมะเร็งผิวหนังร้ายแรงอื่นๆ แหล่งที่มาของรังสีรวมถึงการถ่ายภาพทางการแพทย์และก๊าซเรดอน

- พันธุกรรม โรคมะเร็งที่ติดต่อทางกรรมพันธุ์เบื้องต้นเป็นสาเหตุมาจากข้อบกพร่องในการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ความเสี่ยงทางพันธุกรรมก่อให้เกิดโรคมะเร็งร้อยละ 3-10 ของโรคมะเร็งทั้งหมด บางส่วนของอาการเหล่านี้รวมถึง การกลายพันธุ์บางอย่างที่ได้รับการถ่ายทอดในยีน BRCA 1 และ BRCA2 ที่มีความเสี่ยงมากกว่าร้อยละ 75 ของมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่และมะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิด hereditary nonpolyposis (HNPCC หรือ Lynch syndrome) ซึ่งมีอยู่ในประมาณร้อยละ 3 ของผู้ที่มีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

- ปัจจัยอื่นๆ เช่น สารที่มีการสัมผัสทางกายภาพ ได้แก่การสัมผัสกับแร่ใยหินเป็นเวลานานเป็นสาเหตุสำคัญของโรค mesothelioma ผงโลหะโคบอลต์และนิกเกิล และผลึกซิลิกา (ควอทซ์, cristobalite และ tridymite) โดยปกติสารก่อมะเร็งทางกายภาพจะต้องเข้าไปในร่างกายผ่านการสูดดมชิ้นเล็กๆ และต้องใช้เวลาหลายปีของการสัมผัสจนพัฒนาขึ้นเป็นโรคมะเร็ง นอกจากนี้พบว่าฮอร์โมน บางชนิดมีบทบาทสำคัญในการพัฒนามะเร็งโดยการส่งเสริมการเพิ่มจำนวนเซลล์ เช่น โรคมะเร็งของเต้านม, เยื่อบุมดลูก, ต่อมลูกหมาก, รังไข่, และอัณฑะ รวมทั้งโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์และมะเร็งกระดูก ตัวอย่างเช่น หญิงที่มีมารดามีมะเร็งเต้านมจะมีระดับของเอสโตรเจนและ progesterone ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญมากกว่าหญิงที่มีมารดาที่ไม่มีมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆ ก็เกี่ยวข้องด้วย เช่น คนที่เป็นโรคอ้วนมีระดับที่สูงขึ้นของฮอร์โมนบางชนิดที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งและอัตราที่สูงขึ้นของโรคมะเร็งเหล่านั้น ผู้หญิงที่บำบัดด้วยฮอร์โมนทดแทนมีความเสี่ยงสูงของโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเหล่านั้น

กระบวนการเกิดโรคมะเร็ง

เมื่อร่างกายได้รับสารก่อมะเร็ง เช่น สารเคมี ไวรัส รังสี สิ่งเหล่านี้จะทำให้เซลล์เกิดการเปลี่ยนแปลงและในที่สุดเซลล์ปกติก็จะกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ถ้าระบบภูมิต้านทานของร่างกายไม่สามารถทำลายเซลล์นั้นได้ เซลล์มะเร็งก็จะแบ่งตัวอย่างรวดเร็วกลายเป็นก้อนมะเร็งต่อไป

การวินิจฉัยโรคมะเร็ง

การที่จะสรุปผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งนั้น จำเป็นต้องมีการตรวจให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งโดยทั่วไป มีดังนี้

1. การตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรก หรือระยะที่ยังไม่มีอาการทางคลินิก เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนัก เป็นต้น ซึ่งกระทำหรือดำเนินการในบุคคล ทีมีโอกาสเป็นมะเร็งกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุยังน้อย หญิงที่มีมารดาเป็นมะเร็งเต้านม สมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 40 ปี หรือครอบครัวที่มีติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

2. การตรวจเพื่อยืนยันว่าเป็นมะเร็ง ในกลุ่มผู้ทีมีอาการ และอาการแสดงที่ปรากฏตามสัญญาณอันตราย 7 ประการ เช่น มีเลือดออก สิ่งที่ขับถ่ายจากร่างกายผิดปกติ เช่น มีตกขาวมากเกินไป มีก้อนหรือตุ่ม เกิดขึ้นที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายและก้อนนนั้นโตเร็วเป็นแผลเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ กลืนอาหารลำบาก อาหารไม่ย่อย ถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะผิดปกติเปลี่ยนไปจากนิสัยเดิมการเปลี่ยนแปลงของหูดและไฝ เป็นต้น การตรวจวินิจฉัย ก่อนจะวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต้องมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยา การตรวจชิ้นเนื้อ (Pathology/ Biopsy) หรือการตรวจหาเซลล์มะเร็ง (Cytology) มีหรือพบเซลล์มะเร็ง (Cancer Cells) ที่แน่นอนก่อนถึงจะวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง

3. การตรวจเพื่อจัดระยะของโรค ในผู้ทีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง การจัดระยะของโรคที่ถูกต้องว่าเป็นมะเร็งระยะที่เท่าไหร่ (ระยะแรก ระยะลุกลามเฉพาะที่ และระยะแพร่กระจาย) เพื่อบ่งบอกถึงความรุนแรง และเลือกวิธีการรักษาที่ถูกต้อง และเหมาะสม

4. การตรวจวินิจฉัยเพื่อหาว่ามะเร็งจะกลับมาใหม่หรือไม่ อาจเกิดใหม่จากการแพร่กระจาย (Metastasis) กรณีตรวจพบมะเร็งกลับมาใหม่ จะได้ดำเนินการรักษาอย่างทันท่วงที เพราะว่ามีเซลล์มะเร็งจำนวนน้อยรักษาได้ผลดีกว่า

การวินิจฉัยโรคมะเร็งมีหลายวิธี เช่น

- การตรวจร่างกายโดยแพทย์
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ และเสมหะ
- การตัดชิ้นเนื้อที่สงสัยส่งตรวจทางพยาธิวิทยา
- การตรวจทางรังสี เช่น การเอกเรย์คอมพิวเตอร์ การเอกซเรย์เฉพาะอวัยวะและ
- การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์
- การตรวจโดยใช้เครื่องมือพิเศษส่องกล้องโดยตรง เช่น การตรวจลำไส้ใหญ่ทวารหนัก กระเพาะอาหารและลำคอ เป็นต้น
- การตรวจพิเศษอื่นๆ

การป้องกันโรคมะเร็ง

การป้องกันโรคมะเร็งมีการกำหนดเป็นมาตรการที่จริงจังเพื่อลดความเสี่ยงของโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และจำนวนมากแต่ไม่ใช่ทั้งหมดของปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้เป็นการเลือกวิถีชีวิตที่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นโรคมะเร็งถือว่าเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 30 ของการเสียชีวิตจากมะเร็งสามารถป้องกันได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ยาสูบ, การมีน้ำหนักเกิน/ โรคอ้วน, อาหารที่ไม่เพียงพอ, ขาดการออกกำลังกาย, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์,

และมลพิษทางอากาศ สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อมไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมดเช่น การเกิดขึ้นตามธรรมชาติของรังสี และกรณีอื่น ๆ ของโรคมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของพันธุกรรม การป้องกันโรคมะเร็งโดยทั่วไป ได้แก่

1. อาหาร การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งมักจะให้ความสำคัญกับผัก ผลไม้ ธัญพืช และปลา และหลีกเลี่ยงเนื้อผ่านกระบวนการและเนื้อแดง (เนื้อวัว, เนื้อหมู, เนื้อแกะ) ไขมันสัตว์ และคาร์โบไฮเดรตกลั่น

2. ยา วิตามินยังไม่ได้ถูกพบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคมะเร็งได้

3. การฉีดวัคซีน วัคซีนได้รับการพัฒนาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากไวรัสสารก่อมะเร็งบางชนิด วัคซีน Human papillomavirus (Gardasil และ Cervarix) ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก วัคซีนตับอักเสบจากไวรัสชนิด บี ป้องกันการติดเชื้อจากไวรัสตับอักเสบชนิดบี ดังนั้นมันจึงช่วยลดความเสี่ยงของโรคมะเร็งตับ การบริหารงานเพื่อการฉีดวัคซีน human papillomavirus และไวรัสตับอักเสบชนิด B จะแนะนำให้ทำเมื่อมีทรัพยากรพอเพียง

การรักษาหลักโรคมะเร็ง

วิธีการรักษาโรคมะเร็งมีหลากหลายคน หลักก็คือการผ่าตัด, เคมีบำบัด, รังสีบำบัด, การรักษาด้วยฮอร์โมน, การรักษาด้วยการกำหนดเป้าหมายและการดูแลแบบประคับประคอง การรักษาแบบไหนจะขึ้นอยู่กับชนิด, ตำแหน่ง, และเกรดของโรคมะเร็งเช่นเดียวกับสุขภาพและความปรารถนาของบุคคล ความตั้งใจในการรักษาอาจจะเป็นแบบเพื่อแก้ไขหรือไม่แก้ไข

1. ศัลยกรรม การผ่าตัดเป็นวิธีการเบื้องต้นของการรักษาโรคมะเร็งและอาจมีบทบาทในการบรรเทาและการยืดอายุการอยู่รอด ปกติแล้วส่วนสำคัญของการวินิจฉัยที่ชัดเจนและการหาระยะของเนื้องอกด้วยวิธีตรวจชิ้นเนื้อมักเป็นสิ่งจำเป็น ในการหาตำแหน่งของมะเร็ง การผ่าตัดมักจะพยายามตัดเอาก้อนเนื้อทั้งหมดออกมา(ในบางกรณี)พร้อมกับต่อมน้ำเหลืองในพื้นที่ สำหรับโรคมะเร็งบางชนิด การตัดออกทั้งหมดเป็นสิ่งที่จำเป็นในการกำจัดโรคมะเร็ง

2. เคมีบำบัด เคมีบำบัดคือการรักษาโรคมะเร็งที่ใช้ยาต้านมะเร็งพิษ (cytotoxic anti-neoplastic drug) ยาเคมีบำบัด (chemotherapeutic agents) หนึ่งตัวหรือมากกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกฎเกณฑ์มาตรฐาน เคมีบำบัดจะครอบคลุมยาต้านมะเร็งใด ๆ ซึ่งจะแบ่งออกเป็นหมวดหมู่ในวงกว้างเช่น alkylating agents และ antimetabolites ยาเคมีบำบัดแบบดั้งเดิมทำหน้าที่ฆ่าเซลล์ที่แบ่งอย่างรวดเร็วซึ่งเป็นหนึ่งในคุณสมบัติหลักของเซลล์มะเร็งส่วนใหญ่ การรักษาด้วยการกำหนดเป้าหมายเป็นรูปแบบหนึ่งของยาเคมีบำบัดที่เล็งเป้าหมายไปที่โมเลกุลเฉพาะที่แตกต่างกันระหว่างเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ ประสิทธิภาพของยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็งและระยะของโรค เมื่อใช้ร่วมกับการผ่าตัด เคมีบำบัดได้พิสูจน์แล้วว่ามีประโยชน์ในหลายชนิดมะเร็ง

ที่แตกต่างกัน ได้แก่ มะเร็งเต้านม, มะเร็งลำไส้ใหญ่, มะเร็งตับอ่อน, มะเร็งกระดูก, มะเร็งอัณฑะ, มะเร็งรังไข่และมะเร็งปอด

3. การบำบัดด้วยระบบภูมิคุ้มกัน เป็นการกระตุ้นหรือช่วยระบบภูมิคุ้มกันในการต่อสู้กับโรคมะเร็ง เริ่มใช้ตั้งแต่ปี 1997

4. การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การรักษาที่พยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นและอาจจะหรืออาจจะไม่สามารถใช้ร่วมกับความพยายามที่จะรักษาโรคมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคองรวมถึงการดำเนินการเพื่อลดความทุกข์ทางร่างกาย ทางอารมณ์ ทางจิตวิญญาณและจิตสังคม ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง ซึ่งแตกต่างจากการรักษาที่มีวัตถุประสงค์ที่จะฆ่าเซลล์มะเร็งโดยตรง เป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคองคือการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

5. รังสีรักษา (radiation therapy) (สภาการพยาบาล 2565) เป็นการรักษาที่ใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีพลังงานสูง เช่น รังสีเอกซ์ (X-ray) รังสีแกมม่า (Gamma ray) หรือรังสีอื่นๆ เป็นการรักษาเฉพาะที่ (local treatment) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หายขาดจากโรคมะเร็งหรือลดขนาดของก้อนมะเร็งลง การรักษาจะให้ปริมาณรังสีสูงสุดครอบคลุมในบริเวณก้อนมะเร็ง ทิศทางการลุกลามของโรค (local tumor extension) และต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้น แต่ให้เนื้อเยื่อปกติโดยรอบได้รับปริมาณรังสีน้อยที่สุดเท่าที่ทำได้เพื่อจำกัดผลข้างเคียงภายหลังการรักษา หน่วยสากลที่ใช้วัดปริมาณทางรังสีที่ร่างกายได้รับ เรียกว่า เกรย์โดย 1 เกรย์ (Gy) เท่ากับ 100 เซนติเกรย์ (cGy)

3. รังสีรักษาและสมรรถนะพยาบาลรังสีรักษา

รังสีรักษาสำหรับโรคมะเร็ง มี 3 วิธี ได้แก่

1. การฉายรังสีระยะไกล (External beam radiation) จะคล้ายกับการถ่ายภาพเอกซเรย์ธรรมดาผู้ป่วยจะอยู่ห่างจากเครื่องกำเนิดวรังสีที่เรียกว่า เครื่องเร่งอนุภาค (linear accelerator) ซึ่งใช้กระแสไฟฟ้าในการผลิตเมื่อเกิดความต่างศักดิ์ไฟฟ้าที่มีค่าระหว่างขั้วลบและขั้วบวก จะทำให้อิเล็กตรอนวิ่งไปชนเป้า (target) โลหะหนัก ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางฟิสิกส์ส่งผลให้เกิดรังสีเอ็กซ์ (X-ray) พลังงานสูง เมื่อรังสีฉายลำลงไปตกกระทบกับเนื้อเยื่อในบริเวณที่ได้กำหนดไว้ในการรักษาจะส่งผลโดยตรงต่อโมเลกุลของเซลล์ ทำให้เกิดการขาดของสาย DNA และส่งผลโดยอ้อมต่อน้ำในเซลล์ เกิดการแตกตัวของน้ำได้ hydroxy radical และ hydrogen radical ทำให้เกิดการตายของเซลล์มะเร็ง การฉายรังสีหรือการฉายแสงลักษณะนี้เป็นการรักษาโดยมีการแบ่งเป็นจำนวนครั้ง (Fractionation) คือ ให้ปริมาณรังสีเท่า ๆ กันทุกวันอย่างต่อเนื่องรวมระยะเวลา 4-7 สัปดาห์

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

และมีช่วงของการพักโดยฉายแสง 5 วันต่อสัปดาห์ เพื่อเว้นระยะเวลาให้เซลล์ปกติได้มีการซ่อมแซมตัวเอง ในขณะที่เซลล์มะเร็ง ถูกทำลายเนื่องจากไม่มีความสามารถในการซ่อมแซมเหมือนเซลล์ปกติ

2. การฉายรังสีระยะใกล้ด้วยสารกัมมันตรังสี (Brachytherapy) เป็นการรักษาที่นำต้นกำเนิดรังสีหรือสารกัมมันตรังสี (Radioactive source) ไปอยู่ชิดติดหรืออยู่ภายในก้อนเนื้องอก โดยผ่านอุปกรณ์หรือเครื่องมือเข้าไปยังบริเวณที่ต้องการรักษาโดยตรง การรักษาด้วยรังสีระยะใกล้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การฝังสารกัมมันตรังสีถาวร (Permanent Implantation Brachytherapy) เป็นการใช้สารกัมมันตรังสีที่มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) สั้น ไม่ต้องนำสารกัมมันตรังสีออกจากตัวผู้ป่วย ปริมาณรังสีจะหมดไปเองอย่างรวดเร็ว

2.2 การรักษาด้วยสารกับมันตรังสีชั่วคราว (Temporary Brachytherapy) ซึ่งนิยมใช้กันส่วนใหญ่ในปัจจุบันคือใส่อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อกลวงเข้าไปในบริวณที่เป็นก้อนมะเร็งหรือบริเวณใกล้เคียง เมื่อได้ปริมาณรังสีครบตามแผนการรักษา จะนำสารกัมมันตรังสีและอุปกรณ์หรือเครื่องมือออก ซึ่งการรักษาชนิดนี้สามารถทำได้ 3 เทคนิค คือ

- การใส่อุปกรณ์/เครื่องมือใส่แร่ที่มีช่องสำหรับบรรจุ (applicators**)** สารรังสีเข้าไปภายในบริเวณอวัยวะที่มีลักษณะเป็นโพรง หรือเป็นหลอดหรือท่อ (Intracavitary or intraluminal Brachytherapy)

- การปัก ฝังหรือเสียบอุปกรณ์ใส่สารกัมมันตรังสีเข้าไปภายในก้อนมะเร็งโดยตรง (Interstitial implantation Brachytherapy) และ

- การวางอุปกรณ์ใส่สารกัมมันตรังสีลงบผิวที่มีรอยโรค (Surface Mold Brachytherapy) การฉายรังสีด้วยวิธีนี้ทำให้ได้ปริมาณรังสีที่บริเวณรอยโรคสูง แต่จะช่วยลดปริมาณรังสีที่ไปยังเนื้อเยื่อปกติในบริเวณนั้น จึงช่วยลดผลข้างเคียงหลังการรักษาได้ดี การรักษาโดยวิธีนี้มีความซับซ้อนจึงต้องใช้เครื่องมือที่ถูกต้องแม่นยำและทำโดยผู้ชำนาญเท่านั้น

3. การรักษามะเร็งด้วยสารเภสัชรังสี (Radiopharmaceuticals) เป็นการรักษาแบบ systemic โดยวิธีรับประทานหรือฉีดเข้าทางหลอดเลือด สารเภสัชรังสีจะมีส่วนประกอบหลักที่สำคัญ คือ สารกัมมันตรังสี (radio nuclide) นำมาผ่านกระบวนการทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์หรือเรียกว่าการติดฉลากกับสารประกอบทางยา (pharmaceutical) ที่มีคุณสมบัติโครงสร้างและคุณสมบัติกระจายตัวในเนื้อเยื่อที่ต้องการ เมื่อสารเภสัชรังสีเข้าสู่ร่างกาย ตัวสารประกอบทางยาจะไปจับเซลล์ที่ต้องการทำลายโดยเฉพาะ ส่วนสารกัมมันตรังสีเป็นตัวกำหนดความแรงของรังสีในการทำลายเซลล์ ทำให้เซลล์นั้นได้รับรังสีปริมาณสูงกว่าเซลล์ปกติที่อยู่รอบๆ ลดผลกระทบต่อเซลล์ปกติ จึงทำให้การบริหารสารเภสัชรังสีทำซ้ำได้หลายครั้ง นอกจากนี้ประโยชน์ของ

สารกัมมันตรังสีทำให้ทีมการรักษาสามารถวัดรังสีและถ่ายภาพเพื่อการวินิจฉัยโรคได้ ตัวอย่างการใช้สารเภสัชรังสีในการรักษามะเร็งได้แก่ การฉีด -131-Lipiodol รักษามะเร็งตับชนิดไม่สามารถผ่าตัดได้ โดยวิธีสารเภสัชรังสีเข้าหลอดเลือดแดงของตับ เพื่อให้สารค้างอยู่ในหลอดเลือดฝอยไม่ให้ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง การใช้ 131 I-Meta-iodobenzylguanidine (131 I -MIBG) นการรักษาเนื้องอกต่อมหมวกไตส่วนใน pheochromocytoma และนิวโรบลาสโตมา(neuroblastoma) การรับประทาน I-131 ในรูปสารละลายหรือแคปซูล สำหรับการรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์

เทคนิคการรักษาด้วยการฉายรังสี (สภาการพยาบาล, 2565)

1. การฉายรังสีแบบ 2 มิติ (Conventional Radiotherapy) เป็นการรักษาที่มีเทคนิคไม่ซับซ้อน พื้นที่ของการฉายรังสีจะเป็นพื้นที่สี่เหลี่ยมหรือวงกลม ทิศทางการเข้าของลำรังสีส่วนใหญ่เป็นแนวด้านหน้า-หลังด้านข้างซ้าย-ขวา ข้อจำกัดของการรักษาคือ ไม่สามารถหลบเลี่ยงเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบก้อนมะเร็งหรืออวัยวะใกล้เคียงได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงจากการฉายรังสีได้สูงทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2. การฉายรังสีแบบ 3 มิติ (3 dimensional conformal radiation therapy : 3 DCRT) เป็นการฉายรังสีด้วยการนำภาพจากการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้ามาช่วยในการวางแผนการรักษาในระบบ 3 มิติ เพื่อให้การกระจายของรังสีครอบคลุมใกล้เคียงกับปริมาตรและลักษณะของก้อนมะเร็งมากที่สุด สามารถเพิ่มปริมาณรังสีในตำแหน่งที่ต้องการและลดปริมาณรังสีในตำแหน่งเนื้อเยื่อปกติจึงช่วยลดผลข้างเคียงจากการฉายรังสีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

3. การฉายรังสีแบบปรับความเข้ม (Intensity Modulated Radiation Therapy: IMRT) เป็นการฉายรังสีที่พัฒนามาจากการฉายรังสี 3 มิติ โดยมีการปรับความเข้มในแต่ละลำรังสีตามสัดส่วนความหนาบางของก้อนมะเร็ง ดังนั้น ในตำแหน่งที่ก้อนมะเร็งหนาที่สุดจะได้รับพลังงานสูงที่สุด และในตำแหน่งที่ก้อนมะเร็งบางที่สุดก็จะได้รับพลังงานต่ำที่สุด ทำให้ปลอดภัยต่ออวัยวะสำคัญใกล้เคียง แต่มีข้อเสียในเรื่องระยะเวลาของการฉายในแต่ละครั้งใช้เวลานานประมาณ 15-20 นาที

4. การฉายรังสีแบบหมุนรอบตัว (Dynamic Arc Radiation Therapy) เป็นการฉายรังสีคล้ายกับการฉายรังสีแบบ IMRT โดยกำหนดทิศทางการฉายรังสีให้ลำรังสีเคลื่อนที่หรือหมุนและมีการกำหนดรูปร่างลำรังสีตามรูปร่างของก้อนมะเร็งในแต่ละมุมที่หมุนรอบตัว เทคนิคนี้เหมาะกับก้อนมะเร็งที่มีรูปร่างค่อนข้างกลมและอยู่บริเวณกลางลำตัว

5. การฉายรังสีแบบปรับความเข้มหมุนรอบตัวผู้ป่วย (Volumetric Modulated Radiation Therapy VMAT) เป็นเทคนิคที่พัฒนามากขึ้นจากเทคนิค IMRT และ Dynamic Arc โดยปรับความเร็วของหัวเครื่องฉายรังสีให้หมุนรอบตัวขณะฉายวรังสีไปด้วย เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการฉาย

รังสี ในขณะที่ปริมาณรังสียังครอบคลุมเฉพาะก้อนมะเร็ง ช่วยลดปริมาณรังสีที่เนื้อเยื่อปกติรอบๆ ก้อนมะเร็งทำให้ผลข้างเคียงจากการฉายรังสีลดลงมากกว่าเทคนิคข้างต้น

เป้าหมายของการให้รังสีรักษา (ธนาทิพย์ ตันติวัตนะ, 2560)

เป้าหมายการรักษาด้วยการฉายรังสี การรักษาโรคในปัจจุบันเป็นแบบองค์รวมโดยทีมแพทย์สหสาขาเป็นการผสมผสานการรักษาหลายวิธี ทำให้การรักษาด้วยการฉายรังสีเข้ามามีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคมากขึ้นโดยมีเป้าหมายในการรักษา

1. การรักษาให้หายขาด (curative treatment) ในกลุ่มผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะรักษาให้หายขาดได้ต้องพิจารณาให้รังสีแก่ผู้ป่วยในปริมาณที่เพียงพอและบางครั้งต้องยอมรับผลข้างเคียงซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดได้ โดยยึดหลักสำคัญคือ การให้ปริมาณรังสีที่สูงสุดเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดและผลข้างเคียงที่ยอมรับได้ โดยอาจให้เป็นการรักษาด้วยรังสีเพียงอย่างเดียว (radical radiation) หรือให้ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiation)

2. การรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโดยเน้นการบรรเทาอาการ เช่น อาการปวด การอุดตัน ภาวะเลือดออก การรักษาแผล รักษากระดูกหัก จากมะเร็ง เป็นต้น โดยมักจะให้การฉายรังสีในระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 1-10 ครั้งเพื่อลดอาการจากรอยโรค

ขั้นตอนการรับรังสีรักษา (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2566)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหลังจากได้พบแพทย์รังสีรักษาแล้ว แพทย์จะเป็นผู้วิเคราะห์และพิจารณาว่าผู้ป่วยนั้น ๆ ควรจะได้รับการฉายรังสีด้วยเทคนิคใด โดยพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ ตำแหน่งของโรคมะเร็งระยะของโรค สภาพร่างกายผู้ป่วย อายุ การรักษาที่เคยได้รับมาก่อน

2. เมื่อแพทย์ได้เลือกการฉายรังสี ให้กับผู้ป่วยแล้ว จะทำการนัดหมายผู้ป่วย เพื่อการจำลองการฉายรังสีด้วยเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ในบางครั้งอาจต้องอาศัยภาพสะท้อนคลื่นแม่เหล็ก (MRI) หรือภาพ PET scan เพื่อช่วยให้เห็นก้อนมะเร็งชัดเจนขึ้น ในขั้นตอนนี้จะมีการขีดเส้นบอกตำแหน่งบนผิวหนังผู้ป่วย ในบางครั้งอาจต้องใช้เครื่องมือยึดผู้ป่วย เช่น หน้ากากครอบศีรษะและหัวไหล่ หรือเตียงโฟมเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ขยับเขยื้อน

3. หลังจากนั้นแพทย์จะเป็นผู้กำหนดขอบเขตของก้อนมะเร็งและอวัยวะปกติข้างเคียงเพื่อให้นักฟิสิกส์การแพทย์วางแผนการฉายรังสีในคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3-5วัน เมื่อแพทย์ตรวจสอบแผนการรักษาในคอมพิวเตอร์แล้วจึงนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเริ่มฉายรังสีต่อไป

4. การฉายรังสีผู้ป่วยต้องมารับการฉายรังสีติดต่อกัน ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เว้นวันหยุดราชการ ใช้ระยะเวลาการฉายรังสีแต่ละครั้ง ประมาณ 10–20 นาที และทุกสัปดาห์แพทย์จะนัดตรวจ เพื่อติดตามอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่าง การฉายรังสี ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการรักษาประมาณ 4–7 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะใช้เวลาในการรักษาไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด ระยะการดำเนินของโรค และชนิดของมะเร็ง

สมรรถนะพยาบาลรังสีรักษา (อารยา สะเม๊าะ,2565)

สมรรถนะของพยาบาลรังสีรักษา ประกอบด้วย 9 ด้าน และรวม 36 ข้อดังนี้

1. สมรรถนะการประเมินภาวะสุขภาพองค์รวม ประกอบด้วย 5 ข้อ คือ
    1) สามารถคัดกรองผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามความเร่งด่วนของปัญหาสุขภาพ
    2) สามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแหล่งต่าง ๆ ได้ครบถ้วน
    3) สามารถประเมินความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย
    4) สามารถประเมินความวิตกกังวล/ความกลัวเกี่ยวกับรังสีรักษา วิธีการดูแลที่บ้าน รวมทั้งความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและญาติได้
    5) สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยรังสีรักษา/รังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อนจากการแพ้สารทึบรังสี
2. สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ประกอบด้วย 5 ข้อ คือ
    1) สามารถดูแลผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการฉายรังสี
    2) สามารถจัดการกับความปวดให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งได้
    3) สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางมะเร็งวิทยา เช่น ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ (superior vena cava syndrome) การกดเบียดไขสันหลัง (spinal cord compression) การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งมาที่สมอง (brain metastasis)
    4) สามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด
    5) สามารถดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการทำหัตถการ เช่น การบริหารสารทึบรังสี การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อจำลองการรักษา
3. สมรรถนะด้านสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ประกอบด้วย 3 ข้อ คือ
    1) สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล
    2) สามารถสร้างความไว้วางใจให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจ/ขอคำปรึกษา
    3) สามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

4. สมรรถนะด้านการให้ความรู้/คำปรึกษา ประกอบด้วย 5 ข้อ คือ
    1) สามารถให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็งและแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง
    2) สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลในการเตรียมตัวก่อนและหลังทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อจำลองการรักษา/ก่อนและหลังฉีดสารทึบรังสี
    3) สามารถให้ความรู้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะก่อน/ขณะ/หลังฉายรังสีของการได้รับรังสีรักษา รวมทั้งเมื่อเกิดผลข้างเคียง
    4) สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสี
    5) สามารถให้การปรึกษาหน่วยงานอื่น ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา
5. สมรรถนะด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ข้อ คือ
    1) สามารถวางแผนเพื่อช่วยเหลือ/ติดตามอาการ/ให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง
    2) สามารถประสานงาน/ส่งต่อข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้อง/ชุมชน/เครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ/อำนวยความสะดวก
    3) สามารถจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน
6. สมรรถนะด้านเทคโนโลยีประกอบด้วย 5 ข้อ คือ
    1) สามารถปรับตัว/ติดตามความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเทคโนโลยีรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง
    2) สามารถเก็บรวบรวม/จัดการข้อมูล/วิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์
    3) สามารถทำงานผ่านระบบ telemedicine
    4) สามารถใช้โปรแกรมต่าง ๆ เพื่อสื่อสาร/ประสานงาน/จัดทำสื่อเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
    5) สามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บไว้มาใช้ประโยชน์ในลักษณะต่าง ๆ เช่น พัฒนาคุณภาพดูแลผู้ป่วย
7. สมรรถนะด้านการพัฒนาความรู้/การวิจัย ประกอบด้วย 3 ข้อ คือ
    1) สามารถพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
    2) สามารถนำผลการวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์/ข้อมูลวิชาการมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
    3) สามารถทำวิจัย/พัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

โรงพยาบาลและเครือข่ายแพทย์

8. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ ประกอบด้วย 4 ข้อ คือ

1) สามารถวางแผน ออกแบบการทำงานหน้างานที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ญาติและทีมทำงาน

2) สามารถสอนงาน/ให้คำปรึกษาบุคลากรใหม่

3) สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้

4) สามารถเป็นผู้นำในการให้บริการผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

9. สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 3 ข้อ คือ

1) สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้

2) สามารถให้การปรึกษาผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

3) สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณตามหลักความเชื่อทางศาสนา วิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยต้องการยุติการรักษาเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การดูแลระยะประคับประคอง

จะเห็นได้ว่า พยาบาลรังสีรักษาจะต้องมีความรู้รอบด้าน ทั้งด้านความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรักษาด้วยรังสี การให้ยาเคมีบำบัดรวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคทั่วไป เพื่อให้พร้อมสำหรับการให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนและหลังทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อจำลองการรักษา/ก่อนและหลังฉีดสารทึบรังสี สามารถให้ความรู้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะก่อน/ขณะ/หลังฉายรังสีของการได้รับรังสีรักษารวมทั้งเมื่อเกิดผลข้างเคียง การพูดคุยปรึกษาหารือเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ยังรวมทั้งการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ขั้นตอนในการรักษาต่าง ๆ การปฏิบัติตัว ระยะเวลาที่ใช้ในการฉายรังสี จึงเป็นส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

4. แนวคิดและทฤษฎีด้านความรู้

แนวคิดทฤษฎีด้านความรู้ ประกอบด้วย ความหมายของความรู้ ประเภทของความรู้ ระดับความรู้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของความรู้

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความรู้ ดังนี้

Senge (1990) ได้ให้นิยามของความรู้ หมายถึง ความสามารถที่นำไปสู่การกระทำที่มีประสิทธิภาพ

Nonaka & Takeuchi (2000) ; Steward (1997) กล่าวว่า ไม่ว่าจะในองค์กรใดความรู้ถูกพิจารณาว่าเป็นแหล่งความได้เปรียบทางการแข่งขันในระยะยาว พัฒนาการของความรู้

เกิดมาจากข้อมูล โดยข้อมูล (data) หมายถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุการณ์ ข้อมูลดิบหรือตัวเลขที่ยังไม่ผ่านการประมวลผล ยังไม่ได้ถูกจัดประเภทหรือยังไม่มีความหมายในการนำไปใช้งาน แต่เมื่อข้อมูลที่ได้ผ่านการจัดเก็บ แยกประเภท วิเคราะห์ หรือประมวลผลเพื่อให้มีคุณค่าแก่ผู้ที่นำไปใช้ ข้อมูลนั้นจะกลายเป็นสารสนเทศ (information) และสารสนเทศที่มีการนำประสบการณ์ วิจารณญาณ ทักษะ ความคิดหรือค่านิยม มาใช้วิเคราะห์เพื่อทำงานหรือแก้ปัญหาก่อให้เกิดความรู้ (พรรณี สวนเพลง, 2552) และเมื่อเข้าใจหลักการพื้นฐานก่อให้เกิดปัญญาซึ่งเป็นการรวบรวมความรู้และเกิดความเข้าใจโดยการประยุกต์ใช้กับปัญหาหรือสถานการณ์ใหม่ (Baskarada & Koronios, 2013) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากความรู้ (คณาทิพย์ ศรีวะรมย์,2562)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ได้ให้ความหมายของความรู้คือ สิ่งที่สั่งสมมาจาก การศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ สิ่งที่ ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับจากประสบการณ์

สมถวิล ผลสอาด (2555) ได้สรุปความหมาย ความรู้ว่าความรู้นั้นเริ่มต้น จากระดับง่ายๆก่อนแล้วเพิ่มความสามารถในการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้น ตอน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินผล และความรู้นั้นสามารถวัดได้โดยเครื่องมือที่ใช้ทดสอบความรู้ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ อัตนัย และปรนัย

อังคณารักษ์ บุตรสุวรรณ์ (2558)ได้สรุปความหมายความรู้ว่า หมายถึงข้อเท็จจริง ข้อมูล และทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้และสั่งสมความเข้าใจผ่านประสบการณ์และการศึกษาของบุคคลหนึ่งบุคคลใด ในทางทฤษฎีและปฏิบัติ

ญาณิกา ศักดิ์ศรี (2561) ได้สรุปความหมายความรู้ว่า คือ สิ่งที่เกิดขึ้นจากการศึกษา การอบรม การถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ รวมถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขที่ได้พบเจอทำให้มีประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ มีทักษะเพิ่มขึ้นและมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ

จากความหมายของความรู้สรุปได้ว่า ความรู้คือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการสั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะที่ได้รับมาจากองค์กรและการเรียนรู้ในแต่ละสาขา ซึ่งแต่ละคนอาจมีความรู้แตกต่างกันไปตามการรับรู้ ความเข้าใจและความคุ้นเคยของแต่ละคน โดยเริ่มต้นจากระดับง่ายๆก่อนแล้วเพิ่มความสามารถในการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาเพิ่มขึ้น เป็นลำดับทำให้มีประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ มีทักษะเพิ่มขึ้นและมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ

ประเภทของความรู้

Nonaka and Takeuchi (1995) ได้แบ่งประเภทของความรู้ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่

1. ความรู้ที่อยู่ในตัวคน/ความรู้โดยนัย (Tacit knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ พรสวรรค์หรือสัญชาติญาณของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ เป็นความรู้ที่ไม่สามรถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูด หรือลายลักษณ์อักษรได้โดยง่าย เช่น ทักษะในการทำงาน งานฝีมือหรือการคิดเชิงวิเคราะห์

2. ความรู้ที่อยู่ในรูปแบบสื่อหรือเอกสาร/ความรู้ที่ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถรวบรวมถ่ายทอดถ่ายทอดได้โดยผ่านวิธีต่างๆ เช่น การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทฤษฎีคู่มือต่างๆ และบางครั้งจะเรียกว่าความรู้รูปธรรม

วิจารณ์ พานิช (2546) ได้แบ่งประเภทของความรู้ออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ได้แก่

1. ความรู้เปิดเผย (Explicit knowledge) เป็นความรู้ที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้ง่าย อาจค้นหาได้จากหนังสือ ห้องสมุด หรือการแลกเปลี่ยนความรู้อื่น ๆ

2. ความรู้แฝง (Embedded knowledge) เป็นความรู้แฝงที่อยู่ในกระบวนการทำงาน หรือขั้นตอนการทำงานแฝงอยู่ในวัฒนธรรมองค์กรหรืออยู่ในแบบแผน ธรรมเนียมปฏิบัติ กฎกติกาและข้อตกลงต่าง ๆ ของการทำงานร่วมกันในกลุ่มหรือองค์กร

3. ความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวคน เป็นความรู้ฝังลึกอยู่ในความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์สั่งสมของบุคคล เป็นความรู้ที่มีพลังมากที่สุด ใช้ประโยชน์ได้มาก แต่นำมาใช้ยากสุด จะต้องทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน หรือปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คนถึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ฝังลึกแล้วนำไปสู่การใช้ประโยชน์

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ระดับความรู้

ตามทฤษฎีของ Bloom (1956) ได้แยกระดับความรู้ไว้ 6 ระดับ คือ

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำ และการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กันไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุงยากซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2. ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการขยายความรู้ความจำ ให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมายการสรุปหรือ การขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) ในเรื่องใดๆ ที่มีอยู่เดิมไปแก้ไข ปัญหาที่แปลกใหม่

ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่างๆ โดยเฉพาะอยางยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความคิดนั้น

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจและการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อดูว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้น สามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยหรือส่วนใหญ่เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวมรวบเนื้อหาสาระของเรื่องต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกันเพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดให้

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินเกี่ยวกับความคิดค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระ เพื่อวัตถุประสงค์บางอย่างโดยมีการกำหนด(Criteria) เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ (Characteristics of cognitive domain) ที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ

การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้หลักมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งมีการกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพไว้ดังต่อไปนี้

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ค้นหาความต้องการจำเป็น รวมทั้งประเมินความสามารถในการเรียนรู้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการอย่างครอบคลุม

2. จัดกลุ่มผู้ใช้บริการตามปัญหาและความต้องการ เพื่อให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งแบบรายกลุ่ม/รายบุคคล

3. พัฒนาเอกสาร สื่อ การให้ข้อมูลและความรู้ ครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้บริการทั่วไปและกลุ่มเฉพาะเจาะจงที่สำคัญ ด้วยการมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. วางแผนและจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ได้ครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้บริการทั่วไปและกลุ่มเฉพาะเจาะจงที่สำคัญ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองทุกมิติ

5. จัดกิจกรรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และเป็นผลจากการมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกิจกรรมต่อไปนี้

5.1 กิจกรรมเข้าร่วมฝึกอบรม

5.2 กิจกรรมกลุ่ม

5.3 กิจกรรมผ่านสื่อ

6. ให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้ใช้บริการตามปัญหาของปัจเจกบุคคลในประเด็นต่อไปนี้

6.1 ระยะเวลารอคอยแต่ละจุดบริการหลัก

6.2 ขั้นตอนการรักษาพยาบาล

6.3 กิจกรรมการรักษาพยาบาล

6.4 คู่มือ/ข้อแนะนำ ข้อปฏิบัติการส่งเสริมการดูแลตนเอง

6.5 สิทธิพึงมีและพึงได้จากโรงพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

6.6 การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล

6.7 กฎระเบียบของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว

6.8 สิทธิผู้ป่วย

7. เปิดโอกาสและมีช่องทางการเข้าถึงการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจากบริการประเภทต่างๆ ได้แก่สื่อบุคคล สื่อวัสดุ สื่ออุปกรณ์ และสื่ออื่นๆ เช่น โปสเตอร์ วีดีทัศน์

8. ประเมินผลการตอบสนองต่อการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

9. บันทึกการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพตามแบบฟอร์มที่กำหนด

จะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาไม่ได้มีคำนิยามเฉพาะแต่เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาตามมาตรฐานการให้ข้อมูลที่สังคมยอมรับ โดยการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกนั้นถูกกำหนดไว้ในมาตรฐานที่ 7 ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องทั่วไป ไม่ได้ระบุชี้เฉพาะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรังสีรักษาอย่างชัดเจน แต่สามารถนำการปฏิบัติการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษามาประยุกต์ใช้ตามแนวทางปฏิบัติตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึง 9 ได้ทุกข้อ

ความรู้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (สภาการพยาบาล, 2565)

การเตรียมตัวด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจสังคมก่อนรับรังสีรักษา

- ด้านร่างกาย ได้แก่ ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เช่น โปรตีนจากสัตว์ ปลา ไข่ นม ผัก ผลไม้ ฯลฯ และดูแลรักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกาย

- ด้านจิตใจ พักผ่อนให้เพียงพอ การจัดการความเครียดหรือความวิตกกังวล

- ด้านเศรษฐกิจและสังคม เตรียมญาติผู้ดูแล การลางานหรือจัดการเวลาที่ต้องมารับการฉายรังสี การเตรียมค่าใช้จ่ายในการเช่าบ้านพักหรือค่าเดินทาง

การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับรังสีรักษา (สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2566)

การดูแลสุขภาพทั่วไปขณะได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี

1. อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ วิตามินสูง โปรตีนสูงย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา นม ไข่ ตับสัตว์ ถั่วต่างๆ ผัก ผลไม้ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

2. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 cc น้ำช่วยให้ร่างกายชุ่มชื้น และระบายความร้อนออกจากร่างกาย

3. รักษาความสะอาดทั่วไปของร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า เพราะผู้ป่วยที่รักษาด้วยรังสีจะอ่อนเพลียและภูมิต้านทานต่ำ ถ้าร่างกายสกปรกจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย

4. การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ถ้ามีอาการท้องผูกหรือท้องเดินให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบ

5. การพักผ่อนนอนหลับ ควรนอนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ถ้านอนไม่หลับให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทราบ

6. การออกกำลังกายตามสภาพของร่างกาย และทำอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

7. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย หรือมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนลำบาก ผิวหนังอักเสบ ให้แจ้งแพทย์ หรือพยาบาลทราบเพื่อหาทางช่วยเหลือ

8. ควรทำจิตใจให้สบาย หางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูทีวี และพูดคุยกับผู้อื่น

9. ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC สัปดาห์ละครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพขณะรับการฉายรังสี

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการฉายรังสี (สภาการพยาบาล 2565)

การรักษาด้วยการฉายรังสี ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงทั้งในระยะเฉียบพลัน (acute side effect) และระยะยาว (late side effect) โดยระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น อายุ สภาวะสุขภาพทั่วไป ภาวะทุพโภชนาการ ประวัติโรคร่วม เป็นต้น และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ เทคนิคการฉายรังสี ปริมาณรังสีรวมที่ได้รับ จำนวนครั้งของการฉายรังสีและการรักษาร่วม

1. ผลข้างเคียงจากการฉายรังสีในระยะเฉียบพลัน (acute side effect) เกิดขึ้นในระหว่างการรักษาจนกระทั่ง 3 เดือนภายหลังฉายรังสีครบ อาการมักเป็นแบบชั่วคราวและสามารถหายเองได้ ส่วนใหญ่เป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในอวัยวะหรือผิวหนังที่ถูกรังสีตกกระทบ ส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อการบาดเจ็บและเกิดกระบวนการอักเสบ(inflammatory process) เช่น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (skin reaction) บริเวณที่ฉายรังสี ภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (mucositis) อาการกลืนลำบาก (dysphagia) กรณีฉายรังสีบริเวณลำคอ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปัสสาวะแสบขัด กรณีฉายรังสีบริเวณช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน เป็นต้น

2. ผลข้างเคียงจากการฉายรังสีระยะยาว (late side effect) เกิดขึ้นหลังจากสิ้นสุดการรักษานานหลายเดือนจนถึงหลายปี อาการส่วนใหญ่หากเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายได้ มักเป็นอย่างถาวร เกิดจากเซลล์ได้รับปริมาณรังสีมากเกินกว่าการซ่อมแซม จนมีการสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์และหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนเลือดลดลงและเกิดภาวะขาดเลือด (schemia) เนื้อเยื่อฝ่อ (atrophy) และเกิดพังผืด (fibrosis) ในบริเวณที่ได้รับรังสี เช่น ผิวหนังแข็งตึงจากพังผืด (Subcutaneous fibrosis) อ้าปากได้ลดลง (trismus) และภาวะน้ำลายแห้ง (xerostomia) กรณีฉายรังสีบริเวณลำคอ อาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ลำไส้อักเสบแบบเรื้อรัง ช่องคลอดตีบตัน กรณีฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ผลข้างเคียงของรังสีรักษา

1. ผลข้างเคียงทั่วไป

1.1 อ่อนเพลีย อาการอ่อนเพลียอาจเกิดขึ้นได้ซึ่งถือว่าไม่เป็นสิ่งที่ผิดปกติ อีกทั้งอาจเกิดจากผู้ป่วยรับประทานได้น้อยลงและอาจเดินทางมาไกลทุกๆ วันจึงทำให้อ่อนเพลียได้ การปฏิบัติตัวเมื่ออ่อนเพลียพักผ่อนให้เพียงพอปรับการทำงานหรือการออกแรงให้เหมาะสมกับตัวท่าน โดยการทำแล้วไม่รู้สึกเหนื่อยหรือเพลีย เพิ่มเวลานอนพักตอนกลางวัน วันละ 2 - 3 ชั่วโมง

1.2 เบื่ออาหาร ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากอาการข้างเคียงของการฉายแสง และเกิดจากการที่มีกิจกรรมหรือทำงานลดลงในระหว่างการฉายแสง ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงการรับรสอาหาร หรืออาจเกิดจากความเครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล จึงทำให้ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวเมื่อเบื่ออาหาร ได้แก่

- ควรพยายามรับประทานอาหารให้ได้เต็มที่ โดยเฉพาะในระยะแรกของการฉายรังสีเนื่องจากจะยังไม่มีอาการเบื่ออาหารมากนัก
- ให้รับประทานอาหารที่ชอบ
- รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยๆ รับประทานอาหารร่วมกับเพื่อน
- ออกกำลังกายเบาๆ โดยอาจจะเดินเล่นรอบๆ ที่พักประมาณ 5 - 10 นาทีก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง
- พยายามดื่มเครื่องดื่มประเภท นม ไมโล น้ำเต้าหู้ หรือนมถั่วเหลือง เป็นต้น ซึ่งเป็นเครื่องดื่มที่ให้พลังงานและมีประโยชน์ แต่หากยังรับประทานได้น้อยมาก หรือน้ำหนักลดลงมากควรปรึกษาแพทย์

1.3 ความต้านทานโรคต่ำ ซีด เลือดออกง่าย เป็นผลจากไขกระดูกที่ทำหน้าที่สร้างเม็ดเลือดถูกกดจากรังสี หรือยาเคมีบำบัดที่เคยให้ร่วมกับการฉายรังสีในผู้ป่วยบางราย ทำให้เม็ดเลือดขาวซึ่งมีหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคลดจำนวนลง ผู้ป่วยจึงติดเชื้อง่าย อาการเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อหยุดการฉายรังสีชั่วคราว การปฏิบัติตัว ได้แก่

- ควรหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือคลุกคลีกับบุคคลที่ติดเชื้อ
- ไม่ควรอยู่ในที่แออัดหรือมีคนมากๆ
- รักษาความสะอาดของร่างกาย รวมทั้งภาชนะที่ใส่อาหาร
- รับประทานอาหารที่ต้มสุกแล้ว
- รับประทานอาหารที่ช่วยบำรุงเลือด เช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง ผักใบเขียว เป็นต้น
- หากมีไข้ตัวร้อน ท้องเสีย ควรแจ้งแพทย์โดยเร็ว

2. ผลข้างเคียงผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและคอ

2.1 กลุ่มอาการทางผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสี เป็นผลข้างเคียงที่พบได้ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีร้อยละ 90-95 โดยอนุภาคของรังสีส่งผลให้ผิวหนังมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป เริ่มจากผิวหนังแดงขึ้นแห้ง คล้ำ และมีแผลเกิดขึ้นภายในบริเวณที่ได้รับการฉายรังสี โดยระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับปัจจัยส่งเสริม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือปัจจัยส่งเสริมด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ภาวะทุพโภชนาการ การสัมผัสความร้อนและประวัติโรคร่วม เป็นต้น และปัจจัยส่งเสริมด้านการรักษา ได้แก่ ปริมาณรังสีรวมที่ได้รับ จำนวนครั้งของการฉายรังสี การรักษาร่วมและตำแหน่งที่ฉายรังสี กลุ่มอาการทางผิวหนังมีอาการแสดงดังนี้

2.1.1 อาการผิวหนังแดง (Erythema) จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับการฉายรังสี 1,000-4,000 เซนติเกรย์ ประมาณสัปดาห์ที่ 1-2 ของการฉายรังสี ผิวหนังในบริเวณที่ได้รับรังสีจะค่อยๆ แดงขึ้น

2.1.2 อาการผิวหนังแห้ง (Dry desquamation) และคล้ำขึ้น (Hyperpigmentation) เมื่อได้รับพลังงานรังสีตั้งแต่ 2,000-3,000 เซนติเกรย์ขึ้นไปหรือประมาณสัปดาห์ที่ 3-4 ของการฉายรังสี ผิวหนังในบริเวณที่ได้รับรังสีจะมีลักษณะแห้งและสีคล้ำขึ้น

2.1.3 ผิวหนังเป็นแผลแฉะ (Moist desquamation) เมื่อได้รับรังสีตั้งแต่ 3,000-4,000 เซนติเกรย์ขึ้นไปหรือประมาณสัปดาห์ที่ 4ของการฉายรังสี ผิวหนังในบริวณที่ได้รับรังสีอาจมีแผลแตก ลอก แฉะ หรือมีเลือดซึม

การปฏิบัติตัวดูแลผิวหนัง

การทำความสะอาดผิวหนัง

- ห้าม เช็ด ล้าง หรือลบรอยหมึกที่แพทย์ขีดไว้ เนื่องจากรอยหมึกจะเป็นบริเวณที่แพทย์คำนวณไว้เพื่อให้ฉายแสงได้ตรงกับบริเวณที่เป็นโรค แต่หากบริเวณนี้โดนน้ำโดยบังเอิญให้ใช้ผ้าซับเบาๆ ให้แห้ง
- สามารถอาบน้ำใช้สบู่อ่อนๆ เช่น สบู่เด็กได้ และไม่ขัดถูบริเวณที่ฉายรังสี น้ำสบู่ไหลผ่านได้
- อาบน้ำด้วยน้ำอุณหภูมิปกติ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นจัดหรือเย็นจัด เนื่องจากอาจทำให้ผิวหนังสูญเสียความชุ่มชื้น และเกิดการระคายเคือง และใช้ผ้าขนหนูนุ่มซับเบาๆ ให้แห้ง
- ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะ อาจมีอาการผมร่วง สามารถสระผมโดยใช้แชมพูอ่อนนุ่ม ไม่ส่วนผสมของสารที่ทำให้เกิดระคายเคือง เช่น ขยี้แชมพูเด็กเบาๆ ห้ามเกาหนังศีรษะแรงๆ และใช้ผ้าขนหนูนุ่มซับเบาๆ ให้แห้ง
- ห้ามใช้น้ำมันใส่ผมหรือผลิตภัณฑ์ทาผมหรือแว็กซ์ทาบริเวณที่ฉายรังสี ถ้ารู้สึกคันศีรษะ อาจใช้น้ำมันมะกอกทา ส่วนอาการผมร่วง ผมจะขึ้นใหม่ได้ภายหลังการรักษาสิ้นสุดแล้ว 2-3 เดือน

การแต่งกาย

- แนะนำสวมเสื้อผ้าที่อ่อนนุ่ม ไม่รัดแน่น หลีกเลี่ยงการใส่เสื้อคอปกที่มีปกแข็ง ให้ใส่เสื้อคอกว้าง เพื่อป้องกันการเสียดสีบริเวณลำคอ
- หลีกเลี่ยงการสวมเครื่องประดับต่างๆ ในบริเวณที่ฉายรังสีเช่นสร้อยคอและสะพายกระเป๋าคล้องคอ เพื่อป้องกันการเสียดสีทำให้ผิวหนังบาดเจ็บได้

การป้องกันการบาดเจ็บและการระคายเคือง

- หลีกเลี่ยงการแกะ เกา เพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่ายขึ้น ควรตัดเล็บให้สั้น หากมีอาการคันให้ใช้มือลูบเบาๆ และให้ใช้แป้งข้าวโพดทาและหากมีแผล ควรหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลโดนน้ำเพราะอาจทำให้ติดเชื้อและปรึกษากับทีมแพทย์หรือพยาบาล
- หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องสำอาง เช่นแป้ง น้ำหอมในบริเวณฉายรังสี
- หลีกเลี่ยงการโกนหนวดด้วยใบมีด เพราะจะทำให้เกิดแผลบริเวณที่ฉายรังสี แนะนำให้ใช้ที่โกนไฟฟ้าหรือกรรไกรแทน
- หลีกเลี่ยงการติด Adhesive tape บริเวณผิวหนังที่ฉายรังสี
- เน้นให้ระมัดระวังการบาดเจ็บจากการแกะเกาการเสียดสีต่างๆ ได้แก่ ขอบคอเสื้อ การสะพายกระเป๋า สายคาดนิรภัยที่พาดผ่านบริเวณลำคอ
- หลีกเลี่ยงจากแสงแดดจัดๆ และการประคบร้อน /เย็นในบริเวณที่ฉายรังสี เนื่องจากจะทำให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังได้
- เมื่อฉายรังสีครบแล้ว ควรดูแลผิวหนังเหมือนขณะฉายแสงต่อไปอีกระยะหนึ่ง ประมาณ 10 วัน หรือจนกว่าผิวหนังที่เป็นแผลจะหายดีแล้ว

2.2 กลุ่มอาการในช่องปาก

2.2.1 ภาวะเยื่อบุในช่องปากอักเสบ (oral mucositis) เป็นผลข้างเคียงที่พบได้ร้อยละ 80-100 ในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ได้รับการฉายรังสี โดยระดับความรุนแรงจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด อุบัติการณ์การเกิดพบ 3-4 ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีเพียงอย่างเดียวและฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดเท่ากับร้อยละ 34 และ 43 ตามลำดับ ผลข้างเคียงของกลุ่มอาการเยื่อบุในช่องปาก ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บปากและคอ กลืนลำบาก รับประทานอาหารได้ลดลง ทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงและเกิดภาวะทุพโภชนาการ ระดับความรุนแรงขึ้นอยู่ปัจจัยส่งเสริม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ปัจจัยส่งเสริมด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สุขอนามัยในช่องปาก ภาวะโภชนาการ ภาวะขาดน้ำ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว เป็นต้น และปัจจัยส่งเสริมด้านรักษา ได้แก่ ปริมาณรังสีรวมที่ได้รับ จำนวนครั้งของการฉายรังสีและการรักษาร่วม เป็นต้น

กลุ่มอาการเยื่อบุในช่องปากอักเสบ มีอาการแสดงดังนี้

- อาการเยื่อบุช่องปากแดง เมื่อได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 1,000-1,500 เซนติเกรย์ หรือในสัปดาห์ที่ 2-3 ของการฉายรังสี เยื่อบุในช่องปากจะเริ่มแดงขึ้น

- อาการแผลที่เยื่อบุช่องปาก เมื่อได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 3,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป หรือตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-7 ของการฉายรังสี เยื่อบุช่องปากจะบางลงและแดงมากขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดแผลได้อย่างไรก็ตาม ภายหลังฉายรังสีครบ อาการเหล่านี้จะค่อยๆ ฟื้นหายเป็นปกติการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการเยื่อบุในช่องปากอักเสบ ดังนี้
- บ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำสะอาด น้ำยาบ้วนปากที่แพทย์สั่งให้หรือสามารถทำน้ำยาบ้วนปากเองได้ โดยใช้น้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา 1 แก้วผสมเกลือแกงครึ่งช้อนชา (หรือใช้น้ำ 1 ขวดแม่โขงกลมผสมเกลือแกง 2 ช้อนชา) ใช้บ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง หรือทุกครั้ง หลังจากรับประทานอาหาร
- ควรแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันขนาดเล็กที่มีขนแปลงอ่อนๆ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ระมัดระวังการแปรงกระแทกบริเวณแผล ในรายที่มีแผลในปากขนาดใหญ่ ให้ทำความสะอาดช่องปากด้วยการเช็คฟันและลิ้นด้วยผ้าก๊อส หรือสำสีพันปลายนิ้วชุบน้ำเกลือเช็ดทำความสะอาดอย่างเบามือแทนการแปรงฟัน ร่วมกับการบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร
- หากเจ็บปากเจ็บคอมาก สามารถรับประทานยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการได้
- ลดการระคายเคืองและการบาดเจ็บเยื่อบุช่องปาก โดยการปรับเนื้อสัมผัส (food texture) อาหารดังนี้
- กรณีกลืนอาหารปกติลำบากให้รับประทานอาหารอ่อน (Soft diet) รสไม่จัด ไม่เย็นและร้อนจัด ได้แก่ ข้าวต้มปลา โจ๊กใส่ไข่ ไข่น้ำ ไข่ตุ๋น เต้าฮวย กล้วยสุก
- กรณีกลืนอาหารอ่อน (Soft diet) ลำบากให้รับประทานอาหารเหลว (Liquid diet) รสไม่จัด ไม่เย็นและ ร้อนจัด ได้แก่ น้ำซุปข้นหรือใส นม น้ำเต้าหู้ นมปั่น อาการปั่น หรืออาหารทดแทนทางการแพทย์
- กรณีกลืนอาหารเหลว (Liquid diet) ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นำข้อมูลปรึกษาทีมผู้รักษาพยาบาล ส่วนใหญ่พิจารณาใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (Nasogastric tube,NG tube)
- กรณีสวมฟันปลอมแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใส่ฟันปลอม เพื่อลดการบาดเจ็บของเหงือกจากแรงกด
- รักษาความสะอาดในช่องปากอย่างเคร่งครัด
- แนะนำให้ผู้ป่วยประเมินช่องปากด้วยตนเองทุกวัน กรณีพบแผลมีขนาดใหญ่ มีเลือดออก มีลักษณะการติดเชื้อในช่องปากเช่น บวม แดง ฝ้าขาว ให้ปรึกษาพยาบาลหรือทีมรักษาพยาบาล

2.3 อาการน้ำลายแห้ง (Xerostomia) เป็นอาการที่พบได้ 60-90% ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี เนื่องจากต่อมน้ำลายอยู่ภายในพื้นที่ของการฉายรังสี อาการน้ำลายแห้งเป็นอาการที่สามารถพบได้ทั้งในระยะเฉียบพลัน (acute side effect) และระยะยาว (late side effect) โดยระดับความรุนแรงขึ้นกับปริมาณรังสีรวมที่ได้รับและเทคนิคการฉายรังสีภาวะนี้เริ่มเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีไน ปริมาณ 2,000 เซนติเกรย์หรือตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ของการฉายรังสี ปริมาณน้ำลายของผู้ป่วยจะเริ่มลดลง ทำให้มีน้ำลายเหนียวข้น ยากต่อการบ้วนออก และเมื่อได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 6,000 เซนติเกรย์ขึ้นไปหรือสัปดาห์ที่ 6 ของการฉายรังสี ปริมาณน้ำลายจะลดลงมากกว่า 75% ส่งผลให้ผู้ป่วยปากแห้งมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อการเคี้ยว การรับรส การรับประทานอาหารและการพูดในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับพลังงานรังสีไม่เกิน 6,000 เซนติเกรย์ ต่อมน้ำลายยังคงสามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพเดิมได้ แต่หากได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 7,000 เซนติเกรย์ ต่อมน้ำลายจะถูกทำลายอย่างถาวร สาเหตุเกิดจากอนุภาคของรังสีมีผลทำลายเซลล์ของต่อมน้ำลาย ทำให้ serous cells ของ Parotid glands ซึ่งเป็นอวัยวะที่ไวต่อรังสี (radiosensitive organ) และอยู่ในพื้นที่ฉายรังสี เกิดการอักเสบและถูกทำลาย ส่งผลให้ทำหน้าที่ได้ลดลง ทำให้ปริมาณน้ำลายลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกน้ำลายเหนียว กลืนหรือบ้วนได้ยาก อาการน้ำลายเหนียวและแห้งยังส่งผลต่อการกลืนอาหาร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายและมีอาการคลื่นไส้ตามมา ความอยากอาหารลดลงและมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้

การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการน้ำลายแห้ง

- บ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำสะอาด น้ำยาบ้วนปากที่แพทย์สั่งให้หรือสามารถทำน้ำยาบ้วนปากเองได้ โดยใช้น้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา 1 แก้วผสมเกลือแกงครึ่งช้อนชา (หรือใช้น้ำ 1 ขวดแม่โขงกลมผสมเกลือแกง 2 ช้อนชา) ใช้บ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง หรือทุกครั้งหลังจากรับประทานอาหาร
- หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ปากแห้งมากขึ้น
- จิบน้ำบ่อยๆ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว หรือมากกว่า 3 ขวดแม่โขงกลม อาจจะดื่มน้ำเปล่าหรือน้ำหวาน น้ำผลไม้ เป็นต้น เพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก
- ควรพกขวดน้ำติดตัวทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน หรือแม้แต่ช่วงมานั่งรอฉายรังสี
- ควรรับประทานอาหารที่มีน้ำมากๆ เช่น แกงจืด, แกงเลียง, แตงกวา, แตงโม เป็นต้น
- ปรึกษาเรื่องโภชนาการ เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม ปรับอาหารให้เป็นอาหารที่อ่อนนุ่ม ชิ้นเล็ก และมีลักษณะเหลว

อาการรับรู้รสชาติเปลี่ยนแปลง (dysgeusia)

เป็นผลข้างเคียงที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งโพรงหลังจมูกที่ได้รับการฉายรังสี โดยพบได้ 75% ระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ปริมาณรังสีรวมที่ได้รับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (cisplatin, 5-fluorouracil) ภาวะน้ำลายแห้ง เป็นต้น สาเหตุเกิดจากอนุภาคของรังสีทำให้ 1) เส้นใยประสาท (nerve fiber) และเซลล์รับรส (taste cells) ของต่อมรับรส (taste buds) บนลิ้นได้รับบาดเจ็บ ฝ่อตัว และถูกทำลาย 2) การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนไม่ทันกับที่ถูกทำลาย ทำให้จำนวนเซลล์รับรสน้อยลงการรับรู้รสชาติลดลงและเปลี่ยนแปลงไปจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อได้รับพลังงานรังสีในปริมาณ 2,000-4,000 เซนติเกรย์หรือตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-3 ของการฉายรังสี และจะไม่สามารถรับรู้รสชาติภายหลังฉายรังสีปริมาณ 6,000 เซนติเกรย์หรือสัปดาห์ที่ 6 ของการฉายรังสี รสชาติที่เสียไป คือ รสขม (88%) เค็ม (82%) หวาน (76%) และเปรี้ยว (53%) ตามลำดับ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้สชาติอาหารในแต่ละประเภทที่ไม่ต่างกัน โดยเฉพาะรสขมและรสสัมผัสอาหารมีลักษณะลื่นมันเยิ้ม มีกลิ่นคล้ายโลหะจนถึงเป็นผง หยาบ การสูญเสียการรับรู้รสอาหารส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง น้ำหนักลดและเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมาได้ อย่างไรก็ตาม อาการรับรู้รสชาติสูญเสียไปจะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 1 ปีภายหลังการฉายรังสีครบ

การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการรับรู้รสชาติเปลี่ยนแปลง

- ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปาก บ้วนปากบ่อยๆ ด้วยน้ำสะอาด น้ำยาบ้วนปากที่แพทย์สั่งให้หรือสามารถทำน้ำยาบ้วนปากเองได้ โดยใช้น้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา 1 แก้วผสมเกลือแกงครึ่งช้อนชา (หรือ ใช้น้ำ 1 ขวดแม่โขงกลมผสมเกลือแกง 2 ช้อนชา) ใช้บ้วนปากทุก 2 ชั่วโมง หรือทุกครั้งหลังจากรับประทานอาหาร
- การจัดเตรียมและปรุงแต่งรสชาดของอาหาร เพื่อ ส่งเสริมการรับประทานอาหาร
- รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง และรับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น นมสด ผลไม้
- รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักผลไม้เพื่อให้ร่างกายนำไปซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็ว
- ควรรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยแกงจืด หรืออาหารเหลวจะช่วยให้กลืนสะดวกยิ่งขึ้น

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอภายหลังการรักษาครบ

1. อาการผิวหนังแข็งตึงจากพังผืด (fibrosis) เป็นผลข้างเคียงระยะยาว (long term side effect) ของการฉายวังสีที่มักพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอภายหลังการฉายรังสีครบตามแผนการรักษาประมาณ 3-12 เดือน ระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีรวมที่ได้รับ จำนวนครั้งของการฉายรังสีและการรักษาร่วมกับการผ่าตัด สาเหตุ เกิดจากอนุภาคของรังสี

ทำให้เซลล์บาดเจ็บและเกิดปฏิกิริยาการอักเสบ เกิดการหลัง proinflammatory cytokines ได้แก่ tumor necrosis factor, interleukin1, interleukin 6 นำไปสู่การกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ได้แก่ neutrophil,lymphocytes และ monocytes มายังบริเวณที่เกิดการบาดเจ็บและเปลี่ยนเป็น macrophages เกิดการหลั่ง platelet-derived growth factor (PDGF) ทำหน้าที่กระตุ้น fibroblast เปลี่ยนเป็น myofibroblast ซึ่งทำให้เกิดการหลั่ง collagen, fibronectin และ proteoglycan จำนวนมาก ซึ่งก่อให้เกิดการแข็งตึงและหนาตัวของเนื้อเยื่อ บริเวณที่ได้รับรังสีมีการไหลเวียนเลือดลดลงและขาดเลือดอย่างช้าๆ ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงาน เนื้อเยื่อฝ่อ (atrophy) และมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อตาย (necrosis) 3 อาการผิวหนังแข็งตึงจากพังผืดจะทำให้ผิวหนังในบริเวณที่ได้รับการฉายรังสีมีลักษณะหนาตัวขึ้น กล้ามเนื้อถูกดึงรั้ง ส่งผลให้คอเคลื่อนไหวได้ลดลง มีอาการปวดเมื่อย ไม่สุขสบาย

แนวทางการป้องกันพังผืด (fibrosis)

- นวดกล้ามเนื้อบริเวณลำคอทั้ง 2 ข้าง โดยภายหลังฉายรังสีครบประมาณ 1-3 เดือน เมื่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ไม่มีลักษณะของการอักเสบ แผล ให้เริ่มนวดผิวหนังหลังอาบน้ำเสร็จ เช็ดตัวให้แห้ง ใช้เบบี้ออยล์หรือโลชั่นนวดคลึงบริเวณลำคอ โดยกดน้ำหนักให้ลึกพร้อมกับโยกกล้ามเนื้อทำวันละ 1-2 ครั้งอย่างน้อย 10-15 นาทีสม่ำเสมอทุกวัน

- การบริหารคอเพื่อยืดและคลายกล้ามเนื้อบริเวณลำคอโดยการ

1) หันไปทางซ้ายและขวาช้าๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

2) เอียงคอไปทางซ้ายและขวาพร้อมกับใช้มือกดที่ศีรษะ กดไหล่ลงทำช้าๆ จนรู้สึกตึง แล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

3) เงยหน้าขึ้นจนรู้สึกตึงช้าๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

4) ก้มหน้าจนสุด พร้อมกับใช้มือประสานที่ท้ายทอย กดศีรษะลงจนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที

5) เอียงคอพร้อมก้มหน้าลงด้านซ้ายและขวา ใช้มือช่วยกดศีรษะลงช้าๆ จนรู้สึกตึงแล้วหยุดค้างไว้ 10-15 วินาที วันละ 1-2 ครั้งอย่างน้อย 10-15นาที สม่ำเสมอทุกวัน

2. อาการขากรรไกรยึด (Trismus) เป็นผลข้างเคียงระยะยาว (long term side effect) ของการฉายรังสี โดยมีอุบัติการณ์เกิดประมาณ 5-45% ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับพลังงานรังสีมากกว่า 5,000 เซนติเกรย์ขึ้นไป อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ภายหลังการฉายรังสีครบตามแผนการรักษาตั้งแต่ 3 เดือนถึง 2 ปีขึ้นไป ความรุนแรงขึ้นอยู่กับพลังงานรังสีที่ได้รับ จำนวนครั้งของการฉายรังสี เป็นต้น สาเหตุเกิดจากpterygoid muscle และ temporomandibular joint (TMJ) ซึ่งทำหน้าที่ยกขยับขากรรไกรและช่วยในการอ้าปากอยู่ภายในบริเวณพื้นที่รับรังสี

อนุภาคของรังสีทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อได้รับการบาดเจ็บ และเกิด fibrosis เนื้อเยื่อกล้ามเนื้อมีการไหลเวียนเลือดที่ลดลง มีลักษณะแข็งตึง ตึงรั้ง น้ำหล่อเลี้ยงภายใน TMJ ลดลง ทำให้การขยับเคลื่อนไหวของกระดูกขากรรไกรด้านล่างทำได้น้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยอ้าปากได้ลดลงและเกิดอาการขากรรไกรยึด ซึ่งส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร การกลืน เพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร รวมถึงการดูแลสุขอนามัยและการตรวจรักษาในช่องปากทำได้ยาก มีผลต่อการดำเนินวิถีชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตภายหลังการฉายรังสี การป้องกันและลดอุบัติการณ์อาการขากรรไกรยึด สามารถทำได้โดยการรักษาด้วยเทคนิค IMRT ซึ่งสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอาการอ้าปากได้ลดลงได้ดีกว่าเทคนิค 3DCRTการบริหารกล้ามเนื้อ ขากรรไกรอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีจะช่วยป้องกันการเกิดพังผืดซึ่งทำให้โอกาสเกิด trismus ลดลงด้วย

แนวทางการป้องกันภาวะขากรรไกรยึด ดังนี้

- นวดกล้ามเนื้อบริเวณแก้มและขากรรไกรทั้ง 2 ข้างโดยภายหลังฉายรังสีครบประมาณ 1-3 เดือน เมื่อผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ไม่มีลักษณะของการอักเสบแผล ให้เริ่มนวดผิวหนังหลังอาบน้ำเสร็จ เช็ดตัวให้แห้ง ใช้เบบี้ออยล์หรือโลชั่นนวดคลึงบริเวณแก้มและหน้า ขากรรไกรทั้ง 2 ข้าง กดน้ำหนักให้ลึกพอควรพร้อมโยกกล้ามเนื้อทำวันละ 1 2 ครั้งอย่างน้อบ 10 15 นาที สม่ำเสมอทุกวัน

- บริหารขากรรไกร (jaw exercise) โดย อ้าปากกว้าง โดยใช้นิ้วหัวแม่มือดันฟันบนพร้อมกับนิ้วชี้ดันฟันล่าง หรือใช้ช้อนพันผ้าก๊อซหรือท่อพลาสติกหรือไม้กดลิ้นขนาดพอดี อ้าเต็มที่ครั้งละ 1-2 นาทีอย่างน้อยวันละ 10 ครั้งสม่ำเสมอทุกวัน

3. ภาวะกระดูกขากรรไกรตายจากฉายรังสี (Osteoradionecrosis; ONJ) เป็นผลข้างเคียงระยะยาว (long-term side effect) ของการฉายรังสี มีอุบัติการณ์เกิดประมาณ 2-15% ในผู้ป่วยที่ได้รับพลังงานรังสี มากกว่า 6,500 เซนติเกรย์ขึ้นไปและขึ้นอยู่กับเทคนิคการรักษา โดยพบอุบัติการณ์เกิด 7.4% ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีเทคนิค 3DCRT 0-5.5% ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีเทคนิค IMRT และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 6.8% ในผู้ป่วยที่ฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ภายหลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษาตั้งแต่ 6 เดือนจนถึง 5 ปีขึ้นไป โดยพบได้บ่อยบริเวณกระดูก posterior mandible, anterior mandible, posterior maxilla และ anterior maxilla ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงขึ้นอยู่กับพลังงานรังสีที่ได้รับ จำนวนครั้งของการฉายรังสีเทคนิค การรักษาการถอนฟันหรือได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกขากรรไกรภายหลังการรักษา การดูแลความสะอาดสุขอนามัยในช่องปาก การสูบบุหรี่ เป็นต้น สาเหตุ เกิดจากอนุภาคของรังสีผลทำให้กระดูก mandible และ maxila ซึ่งอยู่ภายในพื้นที่ฉายรังสีได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดการอักเสบและ fibrosis ตามมา หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงลดลง (hypovascularity) ทำให้ขาดเลือดและเกิดกระดูกตาย (ischemic necrosis of bone)

และทำให้จำนวนเซลล์กระดูก (osteocyte) เซลล์สร้างกระดูก (osteoblast) เซลล์สร้าง fibrous tissue (fibroblast) น้อยลงส่งผลให้เกิดภาวะ ONJ โดยผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณขากรรไกร อ้าปากได้ลดลง มีแผลทะลุบริเวณเหงือก การลดอุบัติการณ์ภาวะกระดูกขากรรไกรตายจากรังสี นอกจากการรักษาด้วยเทคนิค IMRT แล้วสามารถทำได้โดยการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีตั้งแต่ในระยะก่อนการรักษาและการรักษาโรคในช่องปาก การถอนพันให้เสร็จสิ้นก่อนเริ่มการฉายรังสีอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ลดโอกาสการเกิดโรคในช่องปาก การติดเชื้อ ฟันผุ และลดการทำหัตถการต่างๆ เช่น การถอนฟัน การผ่าตัด เนื่องจากการถอนพันภายหลังฉายรังสีจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกขากรรไกรตายสูงถึง 25% และดูแลความสะอาดสุขอนามัยที่ดีภายในช่องปากตลอดการรักษาและติดตามพบทันตแพทย์เป็นระยะภายหลังฉายรังสีครบ

แนวทางการป้องกันภาวะกระดูกขากรรไกรตายโดยการดูแลสุขภาพช่องปากดังนี้

- แปรงฟันและลิ้นด้วยแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์
- บ้วนปากด้วย Namal saline solution ครั้งละ 20 มิลลิลิตร นาน 30 วินาที หลังรับประทานอาหารและก่อนเข้านอน
- เคลือบฟลูออไรด์ด้วยตนเอง
- ถอดทำความสะอาดฟันปลอมหลังรับประทานอาหารและก่อนเข้านอน แช่ในน้ำเกลือหรือน้ำยาแช่ฟันปลอม
- จิบน้ำบ่อยๆระหว่างวัน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นในช่องปาก
- ติดตามประเมินช่องปากและฟันกับทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
- กรณีมีฟันผุหรือจำเป็นต้องถอนฟัน แจ้งทันตแพทย์ทราบถึงประวัติเคยได้รับการฉายรังสี เพื่อพิจารณาแนวทางการรักษาที่ปลอดภัย

ผลข้างเคียงผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณทรวงอกและเต้านม

การฉายรังสีบริเวณทรวงอกจะครอบคลุมพื้นที่บริเวณปอด หลอดอาหาร หลอดลม ปฏิกิริยาของรังสีจะทำให้เยื่อบุของปอด หลอดอาหาร หลอดลมบางลงและเกิดการอักเสบ พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด มีอาการเจ็บเวลากลืน กลืนลำบากคล้ายมีก้อนติดในคอ แสบร้อนคอและหน้าอก และมีผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการอักเสบบริเวณส่วนบนของหลอดลม ทำให้เกิดการระคายเคือง และมีอาการไออาจจะทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบโดยกระบวนการทั้งหมดนี้จะเกิดอยู่ในช่วง 1-3 เดือน หลังเริ่มการฉายรังสี และนำไปสู่ภาวะ fibrosis ของเนื้อปอดตามมา ปัจจัยที่จะทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการฉายรังสีนั้นขึ้นกับปริมาณรังสี, ระยะเวลาในการฉาย, และปริมาณของปอดที่ได้รับรังสี

การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไอ เจ็บคอกลืนลำบาก

- รับประทานอาหารอ่อน ลื่น กลืนได้ง่ายมีโปรตีนและพลังงานสูง เช่น ลอดช่อง ซ่าหริ่ม เฉาก๊วย ไอศกรีม

- หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุอาหาร เช่น อาหารร้อนจัด เย็นจัด อาหารเผ็ดรสจัด เหล้า น้ำอัดลม

- หลีกเลี่ยงอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน ถ้ามีอาการไอมากหรือมีไข้ ควรมาปรึกษาแพทย์

- ควรได้รับอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่นนม น้ำผลไม้ น้ำหวาน

- ดื่มน้ำบ่อยๆ วันละ 8-10 แก้ว

- มะเร็งหลอดอาหารมักกลืนไม่ได้ แพทย์มักเจาะกระเพาะใส่สายยางให้อาหารทางกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยและญาติควรเรียนรู้วิธีการทำและให้อาหาร

- บริหารปอดเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอด ป้องกันและลดภาวะปอดอักเสบ

- ถ้ามีอาการอาการไอ เจ็บคอ กลืนลำบากมากขึ้น แนะนำให้มาพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษา

ไหล่ติด (Shoulder stiffness)

ไหล่ติด สาหตุพบได้หลังผ่าตัดเต้านม modified radical mastectomy พบร้อยละ 32 และร้อยละ 12 ในผู้ป่วยผ่าตัด breast conserving therapy กลไก 1) การผ่าตัดเต้านมทำให้กล้ามเนื้อทรวงอกมัดใหญ่ (pectoralis major) และกล้ามเนื้อทรวงอกมัดเล็ก (pectolalis minor) ถูกทำลายและสั้นลง และการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก จะทำให้เส้นประสาท thoracodorsal และเส้นประสาท long thoracic บาดเจ็บทำให้การควบคุมการทำงานของข้อไหล่ เอ็น กล้ามเนื้อหน้าอกลดลง ส่งผลให้การหมุนแขนเข้าด้านในและกางแขนออกอ่อนแรงลง เกิดการดึงรั้งของข้อไหล่ 2) ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดไม่สามารถจำวิธีการบริหารข้อไหล่หรือการบริหารแขนและไหล่ไม่ต่อเนื่อง

การปฏิบัติตัวเพื่อลดและป้องกันการเกิดข้อไหล่ติด (Shoulder stiffness)

บริหารแขนอย่างสม่ำเสมอทุกวันตั้งแต่หลังผ่าตัดและเริ่มฉายรังสีและตลอดไป

ท่าที่ 1 ยืนหันหน้าเข้าหาฝาผนัง ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างแตะฝาหนังระดับเดียวกับหัวไหล่ ค่อยๆ ไต่ฝ่ามือไปตามฝาผนังจนสุดแขน

ท่าที่ 2 ยกมือทั้ง 2 ข้างขึ้น แตะที่หัวไหล่ ข้อสอกแนบลำตัว ยกข้อศอกให้แขนทั้ง 2 ข้างตั้งฉากกับลำตัว

ท่าที่ 3 กางแขนทั้ง 2 ข้าง ออกไปในแนวเดียวกับหัวไหล่ หมุนปลายแขนทั้ง 2 ข้างให้เป็นวงกลม

ท่าที่ 4 (1) กางแขนทั้ง 2 ข้างออกในระดับเดียวกับหัวไหล่

(2) งอแขนใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างแตะที่ต้นคอด้านหลัง

(3) งอแขนไปข้างหลังให้หลังมือทั้ง 2 ข้างแตะบริเวณเอว

ท่าที่ 5 วางมือข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ที่เอว ยกมือ และแขนข้างที่ฉายรังสีวางไว้บนศีรษะค่อย ๆ เลื่อนมือและแขนไปตามศีรษะทางด้านข้างจนสุดแขน

ท่าที่ 6 วางมือข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ที่เอว งอแขนข้างที่ฉายรังสีไปข้างหลังให้หลังมืออยู่ระดับเอว ค่อยๆเลื่อนมือไปข้างหลังให้มากที่สุด

ท่าที่ 7 ยืนตัวตรงหันด้านข้างเข้าหาฝาผนังมือข้างที่ไม่ได้ฉายรังสีไว้ที่เอว ใช้มือข้างที่ฉายรังสีแตะที่ฝาผนังระดับเดียวกับหัวไหล่ค่อยๆ ไต่ไปตามฝาผนังจนสุดแขน

ผลข้างเคียงผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน

ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน อาจมีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินอาหาร ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะได้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

การฉายรังสีบริเวณนี้จะมีผลกระทบต่อลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งลำไส้เล็ก ซึ่งมีความไวต่อรังสี ทำให้การดูดซึมอาหารลดลงการเคลื่อนไหวของลำไส้มากขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องอืด หรือเกิดอาการปวดถ่วงบริเวณทวารหนัก

การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ท้องอืด

1. ดูแลรักษาความสะอาดของปากฟันอย่างสม่ำเสมอ
2. รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย
3. ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง
4. หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องอืด เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ถั่ว กระหล่ำปลี ฯลฯ
5. ควรรับประทานอาหารเสริม เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ น้ำขิง หรืออาหารเสริมสำหรับผู้ป่วย

การดูแลตนเองภายหลังการฉายรังสีครบตามแผนการรักษา

การรักษาด้วยรังสีเพื่อการรักษาเนื้องอกของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาเสร็จสิ้นแล้วได้ เช่น ทางเดินปัสสาวะอักเสบ ลำไส้ใหญ่อักเสบ ช่องคลอดตีบตัน เกิดพังผืดใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ขาบวม หรือข้อต่อบริเวณโคนขายึดติด เป็นต้น การรู้จักอาการและวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสี

จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ผู้ป่วยควรดูแลรักษาสุขภาพตนเองเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและฟื้นคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว ดังนั้นผู้ป่วยควรปฏิบัติตน ดังนี้

1. ดูแลรักษาผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเช่นเดียวกับขณะรับการฉายรังสี ต่อไปอีก 4-6 สัปดาห์

2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทั้ง 5 หมู่ เช่น เนื้อสัตว์ ข้าว แป้ง นม ไข่ ผักและผลไม้ ควรรับประทานให้ได้ครบทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

3. ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว

4. พักผ่อน นอนหลับให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

5. ออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

6. หลีกเลี่ยงอาหารประเภทหมักดอง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และงดสูบบุหรี่

7. ทำจิตใจให้สบายและผ่อนคลายความเครียด โดยการทำกิจกรรมต่างๆที่ชอบ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือปลูกต้นไม้ เป็นต้น

8. รักษาความสะอาดของร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อ

9. มาตรวจภายในตามแพทย์นัดทุกครั้ง เพื่อติดตามผลการรักษาด้วยรังสีและภาวะแทรกซ้อน หากพบการกลับเป็นซ้ำของโรคหรือการแพร่กระจาย จะได้รีบทำการรักษาต่อไป

10. รับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

11. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น มีเลือดออกผิดปกติ หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบ ท้องเสียอย่างรุนแรงและเรื้อรัง คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง มีอาการปวดขา ขาบวม ปัสสาวะลำบาก แสบขัด หรือมีเลือดปนมากับปัสสาวะ น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นอย่างมาก มีเนื้องอกเกิดขึ้นใหม่ในที่เดิมหรือในตำแหน่งใหม่

12. สังเกตอาการและปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยการปฏิบัติตนดังนี้

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ

อาการที่พบ คือ ถ่ายปัสสาวะกะปริดกะปรอย หรือถ่ายปัสสาวะออกครั้งละน้อย ขณะปัสสาวะอาจมีอาการแสบขัด ปวดเสียว ปวดถ่วงบริเวณเหนือหัวเหน่า หรือปวดท้องน้อย บางครั้งอาจกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือปัสสาวะมีเลือดปน

วิธีปฏิบัติ

1. ดื่มน้ำมากขึ้นกว่าเดิม อย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร (8-10 แก้ว) หลังอาหารมื้อเย็นดื่มน้ำพอประมาณ ไม่ควรดื่มน้ำมากช่วงก่อนนอน

2. เมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะให้รีบเข้าห้องน้ำทันที ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ ล้างทำความสะอาดหลังการขับถ่ายอย่างถูกต้องทุกครั้ง โดยทำความสะอาดจากทางเดินปัสสาวะไปทางทวารหนัก อย่าเช็ดย้อนกลับ เพราะจะเป็นการนำเชื้อโรคจากทวารหนักมาสู่ทางเดินปัสสาวะได้

3. ในกรณีที่ปัสสาวะมีเลือดปนเป็นครั้งแรกหรือมีไข้ร่วมด้วย ควรรีบมาพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุ

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการลำไส้ใหญ่อักเสบ

อาการที่พบ คือ ท้องเสีย ท้องผูก ปวดถ่วงบริเวณทวารหนัก หรือ อุจจาระมีเลือดหรือมูกเลือดปน

วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการท้องเสีย

1. หลีกเลี่ยงอาหารที่อาจจะทำให้ท้องเสียมากขึ้น เช่น นม ผัก ผลไม้อาหารรสจัดหรืออาหารหมักดอง เพราะจะกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนตัวมากขึ้น

2. รับประทานอาหารที่ปรุงใหม่ อาหารอ่อน ย่อยง่าย มีกากน้อย เพื่อลดการระคายเคืองของทางเดินอาหาร เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำซุป น้ำหวาน เป็นต้น

3. รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

4. ดื่มน้ำมากๆหรือดื่มเครื่องดื่มผสมเกลือแร่ เพื่อทดแทนน้ำหรือเกลือแร่ที่สูญเสียไปจากการขับถ่าย

5. สังเกตอาการขับถ่ายอุจจาระ จำนวนครั้งที่ขับถ่าย และลักษณะของอุจจาระ ถ้าพบสิ่งผิดปกติ หรือถ่ายเหลวมากกว่า 5 ครั้งต่อวัน หรืออาการไม่ดีขึ้นควรรีบมาพบแพทย์

วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการท้องผูก

1. ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2 -3 ลิตร (8-10 แก้ว) เพื่อช่วยให้อุจจาระอ่อนตัวและเคลื่อนผ่านลำไส้ได้ง่าย

2. รับประทานอาหารที่มีกากอาหาร เช่น ข้าวกล้อง ผักที่มีกากมากๆ เช่น ข้าวโพด ผักกระเฉด ผักคะน้า และผลไม้ เช่น กล้วยสุก มะละกอสุก มะขาม เป็นต้น

3. ฝึกนิสัยในการขับถ่ายอุจจาระทุกวัน

4. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเล่น เพื่อกระตุ้นการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้

5. ปรึกษาแพทย์ เพื่อขอยาระบาย (ถ้าจำเป็น)

วิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะช่องคลอดตีบแคบ (Vagina stenosis)

1. มีเพศสัมพันธ์หลังครบการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

2. ใช้อุปกรณ์ช่วยถ่างขยายช่องคลอด

วิธีการขยายช่องคลอดดังนี้

1. ล้างทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ มือ และอุปกรณ์ถ่างขยายช่องคลอดให้สะอาด

2. นั่งยองๆหรือนั่งบนโถชักโครกหรือนอนศีรษะสูงเล็กน้อย (ประมาณ 15 องศา) แล้วแต่ความเหมาะสมของผู้ป่วย

3. เคลือบอุปกรณ์ถ่างขยายช่องคลอดด้วยสารหล่อลื่น เช่น เค-วายเจลลี่ (K-Y Jelly) เป็นต้น

4. ทำการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในช่องคลอดอย่าช้าๆ โดยสอดใส่เข้าไปจนถึงตำแหน่งที่กำหนดบนเครื่องมือ เช่น 4 ชม. 5 ชม.เป็นต้น

5. เมื่อสอดใส่อุปกรณ์เสร็จแล้วให้ผู้ป่วยขมิบกัน (Kegal exercise) นานประมาณ 5-10 นาทีหลังจากนั้นค่อยๆ หมุนอุปกรณ์ 2 - 3 รอบให้สัมผัสผนังช่องคลอดอย่างทั่วถึง รวมเวลาสอดใส่นานครั้งละประมาณ 5-10 นาทีแล้ว จึงค่อย ๆ นำอุปกรณ์ออก ทำการถ่างขยายช่องคลอด 3 ครั้ง/สัปดาห์ (วันเว้นวัน)

6. ให้ถ่างขยายช่องคลอดโดยใช้อุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ3-4ครั้ง หากมีเพศสัมพันธ์ถือว่าเป็นการขยายช่องคลอด 1 ครั้ง

7. กรณีผู้ป่วยไม่สามารถขยายช่องคลอดด้วยตนเองได้ขออนุญาตผู้ป่วย เพื่อหารือร่วมกับญาติและทีมผู้รักษา เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

8. กรณีที่มีความจำเป็นในการขยายช่องคลอดในขณะรับการรักษา เช่น ในรายที่แพทย์ผู้รักษากังวลต่อการตีบตัน ในผู้ป่วยที่รอยโรคลงมายังช่องคลอด มีโอกาสเกิดการตีบตันสูง เป็นต้น แนะนำควรขยายช่องคลอด ในท่านอน เพิ่มความนุ่มนวลในการถ่างขยาย พร้อมทั้งสังเกตการมีเลือดออก ภายหลังการขยายช่องคลอด

หมายเหตุ: ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอในการขยายช่องคลอด ระหว่างการได้รับรังสีว่าสามารถป้องกันการตีบตันได้

5. แนวคิดและทฤษฎีความวิตกกังวล

1. ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ การมีความวิตกกังวลในระดับหนึ่งนั้น ถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติสำหรับคนเรา คนเรามักจะแสดงความวิตกกังวลออกมาให้เห็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความกลัว กลัวต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น กลัวว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นนั้นจะเป็นไปในทางที่ไม่ดีหรือเลวร้าย แม้แต่เรื่องไร้สาระก็ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ เป็นการยากที่จะนิยามความหมายของความวิตกกังวลอย่างเฉพาะเจาะจง ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ มีผู้ให้คำอธิบายแตกต่างกันหลายแนว ตามความเชื่อพื้นฐานของแต่ละคน ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาได้แก่

Spielberger (1966) อธิบายถึงความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลงและมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น แต่ความวิตกกังวลที่มากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ ที่พบได้ตั้งแต่วัยทารกและต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ความวิตกกังวลเปรียบเสมือนสัญญาณเตือนภัย ให้บุคคลทราบว่าเริ่มจะมีความไม่สมดุลเกิดขึ้นแล้วในจิตใจ จำเป็นที่บุคคลต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อรักษาสมดุลทางอารมณ์ไว้ Spielberger (1979:17) ได้กล่าวว่าความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกตรึงเครียดหวาดหวั่นตื่นระหนก ไม่สบายใจต่อสภาพการณ์ที่เผชิญอยู่ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้น ได้แก่ ใจสั่น ตัวสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

2. สาเหตุของความวิตกกังวล

โรควิตกกังวลเป็นโรคทางจิตที่พบได้มากที่สุดโรคหนึ่ง สาเหตุเกิดได้ทั้งจาก 2 ปัจจัยหลักดังนี้ พันธุกรรม หรือพื้นฐานดั้งเดิม ถ้าพ่อแม่เป็นโรควิตกกังวล ลูกก็มีโอกาสเป็นโรควิตกกังวลเช่นกัน หรือมีพื้นฐานที่ไม่กล้าแสดงอารมณ์ออกมาและการมีสารเคมีในสมองที่ไม่สมดุล สภาพแวดล้อม การเลี้ยงดู การเลียนแบบพฤติกรรมจากพ่อแม่หรือคนใกล้ชิด การประสบกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรควิตกกังวล

3. ชนิดของความวิตกกังวล

ความวติกกังวล สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (Spielberger & Reheiser, 2009)

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) คือ ความรู้สึกไม่สุขสบายทางใจที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่มีเหตุการณ์มากระตุ้น ทำให้บุคคลรู้สึกกระวนกระวายใจ หวาดหวั่น หงุดหงิด ตึงเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยระยะเวลาของความวิตกกังวลและระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล ประสบการณ์ในอดีตและเหตุการณ์ที่มากระตุ้น

2. ความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety)คือความวิตกกงัวลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกมาในลักษณะบุคลิกภาพ (personality trait) บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะเพิ่มความวติกกงัวลขณะเผชิญให้มีความรุนแรงมากขึ้น

4. ระดับความวิตกกังวล

สามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั้งในด้านความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกได้เป็น 4 ระดับ คือ

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลใน ระดับปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลตื่นตัวพยายามที่จะค้นหาแหล่งประโยชน์ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาให้ดีมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ รู้สึกไม่ค่อยสุขสบาย กระสับกระส่าย การหายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง เกิดความรู้สึกปั่นป่วนใน

2. ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate anxiety) มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จะทำให้การรับรู้น้อยลง และความสามารถในการสังเกตรายละเอียด สามารถ จะเห็นและเข้าใจข้อมูลต่างๆได้ลดลง การเรียนรู้และการแก้ปัญหายังไม่สามารถทำได้ แต่ไม่เต็ม ประสิทธิภาพสูงสุด อาการทางด้านร่างกายที่ปรากฏออกมาในระดับคือ มีความตึงเครียด มีชีพจรและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เหงื่อออก ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะ

3. ความวิตกกังวลสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่างๆ ลดลง ไม่สามารถที่จะจดจำรายละเอียดได้ ไม่สามารถเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้ มีอาการมึนงงและสับสน จะมีอาการปวดศีรษะคลื่นไส้เวียนศีรษะ นอนไม่หลับอย่างรุนแรง มีอาการใจสั่น ในบางคนอาจมีอาการหายใจเร็ว บุคคลจะแสดงพฤติกรรม เป็นไปโดยอัตโนมัติเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล

4. ความวิตกกังวลสูงมาก (Panic anxiety) บุคคลจะรับรู้ต่อสถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่างๆ บิดเบือนจากความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีอาการสับสน เอะอะโวยวาย กรีดร้อง หรือแยกตัว มีการเห็นภาพหลอน มีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง

5. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แต่ละคนมีวิธีปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความร้ายแรงของโรค ลักษณะและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมทางครอบครัวสังคม ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้รักษาพยาบาลควรให้ความสนใจ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรังย่อมมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก ปฏิกิริยาต่อโรคของผู้ป่วยนั้นก็คือปฏิกิริยาต่อภาวะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยที่รู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งหรือแม้แต่เพียงสงสัยจะมีอาการตกใจมาก มีความกังวลมากในขณะที่รอผลการวินิจฉัยที่แน่นอน การปฏิเสธหรือไม่ยอมรับว่าตนเป็นโรคนั้นเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย บ้างก็โทษว่าแพทย์อาจตรวจผิดและพยายามไปรับการตรวจตามที่ต่างๆ อาการซึมเศร้าและกังวลมากพบได้ในผู้ป่วยทุกราย แต่การแสดงออกอาจแตกต่างกันไป ความหวาดกลัวและความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพตลอดจนความหมดหวัง ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางแยกตัวและซึมเฉย นอกจากนั้นในผู้ป่วยยังมีความกังวลต่อผลการรักษา อาการเนื่องจากการรักษาและการกำเริบของโรคอีกด้วย ปฏิกิริยาเหล่านี้พบได้เช่นเดียวกันในผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคที่รักษาไม่หาย

ปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตย่อมมีความกังวลเป็นธรรมดา กังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด แต่การแสดงออกอาจไม่เท่ากัน ระยะเวลาที่มีอาการสั้นหรือยาวย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย ลำดับขั้นตอนของการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรง ได้แก่

1) ตกใจและปฏิเสธความจริง (shock and denial) ผู้ป่วยตกใจต่อการที่ทราบหรือสงสัยว่าตนเป็นโรคร้ายที่รักษาไม่หายและอาจต้องเสียชีวิตในเวลาอันใกล้ อาจมีอาการ “ช็อค” กังวลมาก สับสน ซึมเฉย หรือถ้าตกใจมากอาจเอะอะโวยวาย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะปฏิเสธความจริง ปฏิเสธว่าตนไม่ได้เป็นโรคนั้นๆ อาจโทษว่าแพทย์ตรวจผิด ผู้ป่วยจะพยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อลบล้างผลการตรวจของแพทย์ อาจไปหาแพทย์หลายคนเพื่อให้ยืนยันว่าตนไม่ป่วย

2) กังวล สับสน และโกรธ (anxiety, anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้ต่อไปผู้ป่วยเริ่มมีความกังวลมาก ความคิดสับสน รู้สึกอึดอัดและหาทางออกไม่ได้ รู้สึกโกรธที่ตนต้องเผชิญกับปัญหาที่ร้ายแรง อาจโทษว่าเป็นความผิดของแพทย์หรือผู้อื่น บางรายอาจแสดงวาจาหรือกิริยาที่ก้าวร้าว มีการต่อต้านการตรวจและคำแนะนำของแพทย์ โกรธญาติและคนอื่นๆ

3) ต่อรอง (bargaining) ต่อมาผู้ป่วยจะเริ่มสงบลง ต่อรองว่าตนอาจจะไม่เป็นโรคร้ายแรง อาจจะกลับไปสู่ระยะปฏิเสธความจริงได้อีก บางรายก็มีความหวังว่าจะมีการตรวจละเอียดที่พบว่าตนไม่เป็นโรคร้ายหรือเป็นชนิดที่ไม่มีอันตรายและรักษาได้ ทั้งนี้ก็เพื่อเพิ่มความหวังให้กับตนเองและยืดเวลาก่อนที่จะยอมรับความจริงไปอีกสักระยะหนึ่ง

4) เศร้า และหมดหวัง (depress) ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกหมดหวังและเศร้าโศกเสียใจเมื่อเริ่มยอมรับความจริงของการเป็นโรคร้าย หลังจากที่การปฏิเสธและการต่อรองไม่เป็นผลสำเร็จ ผู้ป่วยจึงต้องยอมจำนนด้วยเหตุผล แต่จิตใจของผู้ป่วยยังไม่สามารถยอมรับได้ มีอารมณ์ซึมเศร้าต่อการสูญเสีย มีความรู้สึกผิด รู้สึกอ้างว้าง พูดและทำสิ่งต่างๆ น้อยลง แยกตัว ชอบอยู่คนเดียว เหม่อลอย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกอยากตาย หรือถ้าอาการรุนแรงอาจมีประสาทหลอน หูแว่ว ระแวงได้

5) ยอมรับความจริง (acceptance) ระยะต่อมาผู้ป่วยยอมรับความจริงที่ตนหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาการเศร้าลดลง มีการซักถามถึงรายละเอียดของโรคที่เป็นและวิธีรักษา แต่ในบางรายอาจเฉยๆ และแสดงความไม่สนใจ ปล่อยให้เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของแพทย์และญาติในเรื่องการรักษา ต่อจากนี้ผู้ป่วยก็เริ่มปรับตัวต่อการรักษาและการดำเนินชีวิตต่อไป ผู้ป่วยเริ่มรับฟังคำแนะนำของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการักษาและร่วมรับผิดชอบตนเองมากขึ้น พยายามหาวิธีและแนวทางในการดำเนินชีวิต การปรับตัวต่อครอบครัวและผู้ร่วมงาน ตลอดจนการติดต่อกับแพทย์และพยาบาลผู้ให้การรักษาเตรียมตัวเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ และเผชิญกับตายในที่สุดหากโรคนั้นรักษาไม่หาย

การแสดงออกของผู้ป่วยไม่จำเป็นจะต้องเรียงลำดับขั้นตอนดังกล่าวนี้เสมอไป อาจจะข้ามขั้นตอนหรือมีการแสดงออกเพียงบางขั้นตอนเท่านั้นก็ได้ นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นหรือลงในแต่ละขั้นตอนระหว่างการสัมภาษณ์ได้ แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นยอมรับความจริงแล้วก็ตามเมื่อเกิดความเครียด มีสถานการณ์ใหม่ที่เข้ามา ก็อาจถดถอยไปสู่ขั้นตอนก่อนหน้าได้ ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล ให้ความรู้ แนะนำผู้ป่วยถึงขั้นตอนต่างๆ ที่เขาอาจต้องเผชิญในการปรับตนเองด้านจิตใจ การทราบการณ์ล่วงหน้าจะทำให้ความกังวลเกิดไม่มากนักเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ

การประเมินความวิตกกังวล สามารถประเมินได้หลายวิธีทั้งการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก และการประเมินด้วยตนเอง ดังนี้

1. การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) เป็นการประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น อัตราการหายใจอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การเปิดขยายของรูม่านตา เหงื่อออกเป็นต้น สามารถประเมินได้

จากการสังเกตหรืออาจต้องใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวัดเฉพาะ ควรประเมินด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากความวิตกกังวล (Stuart & Laraia, 2005)

2. การประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral measure of anxiety) เป็นการประเมินจากการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย การสื่อสารการรับรู้การเรียนรู้ความจำ และความสอดคล้องของการทำงานของร่างกาย ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายใน ทำให้บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ ได้แก่ ขาดสมาธิ กระสับกระส่าย ลุกลี้ลุกลน หงุดหงิด พูดเร็ว และนอนไม่หลับ (Stuart & Laraia, 2005)

3. การประเมินด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการรายงานด้วยวาจา การเขียน หรือการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง โดยให้ผู้ถูกประเมินตอบตามความรู้สึกของตัวเองแบบประเมินที่นิยมใช้มีดังนี้

3.1 มาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา (Linear Analogue Scale [LAS]) หรือ (Visual Analogue Scale [VAS]) ของกาเบอร์สัน (Gaberson, 1991) เป็นมาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตาแบบประเมินมีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร โดยตำแหน่งซ้ายสุด หมายถึง ไม่มีความวิตกกงัวล และตำแหน่งขวาสุด หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด ให้ผู้ถูกประเมินทำสัญลักษณ์บนเส้นที่แสดงถึงระดับความวิตกกังวลของตนเองในขณะนั้น

3.2 แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory Form Y [STAI Form Y]) ของ สปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ให้ความสนใจต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด และแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาครั้งแรก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เป็นการถามภาพรวมความวิตกกังวลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยไม่มีความเฉพาะเจาะจงลงไปที่เรื่องราว ลักษณะของเครื่องมือในมาตรวัดระดับความวิตกกังวลตามการรับรู้ ประเมินคาดด้วยสายตา (Visual Analog Scale-Anxiety: VASA) ของการ์เบอร์สัน (Gaberson, 1991) มีลักษณะเป็นเส้นตรงมีความยาว 100 มิลลิเมตร/10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ซึ่งจะตรงกับความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด

6. แนวคิดรูปแบบการสื่อสารแบบ AIDET

การวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการให้ความรู้โดยใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET สร้างขึ้นโดย Studer Group เพื่อเป็นกลยุทธ์พื้นฐานของการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาล แพทย์ ช่างเทคนิค EVS บริการอาหาร ผู้บริหารทุกคนที่เกี่ยวกับการพบปะผู้ป่วยและครอบครัวที่ข้างเตียงตลอดการดูแลอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าคำหลักจะมีความสำคัญใน AIDET แต่ก็ไม่ใช่สคริปต์ เป็นวิธีที่เรียบง่ายและสม่ำเสมอ ในการรวมองค์ประกอบการสื่อสารขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยเข้ากับปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยหรือลูกค้าทุกครั้ง

กรอบการสื่อสารโดยใช้เครื่องมือ AIDET ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. Acknowledge การทักทายผู้ป่วย ไหว้ผู้ป่วยและญาติ ใช้การสื่อสารที่แสดงออกทั้งทางวาจาและการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น การทักทายที่เป็นมิตร การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การสัมผัส การใช้สายตาในการสื่อสาร เช่น การยิ้ม การไหว้ การกล่าวสวัสดี เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงการบริการที่ใส่ใจและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

2. Introduce แนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งงาน

3. Duration แจ้งระยะเวลาในการสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

4. Explanation อธิบายเนื้อหาของข้อมูลตามหัวข้อในการรับบริการแต่ละครั้ง

5. Thank you กล่าวขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อจบการสนทนา

การใช้กรอบการสนทนาที่สอดคล้องกันช่วยให้แพทย์และเจ้าหน้าที่คาดการณ์ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ เพื่อให้ตอบสนองและเกินระดับการดูแลที่ผู้ป่วยคาดหวังได้, ปรับปรุงการรับรู้ของผู้ป่วยและลูกค้าเกี่ยวกับการดูแลหรือการบริการ ลดความวิตก (สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย และเพิ่มการปฏิบัติตามส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น) สร้างความอดทนและความภักดีของลูกค้า และผู้ให้บริการส่งมอบมาตรการที่สอดคล้องกัน ของความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใยและความขอบคุณ

7. แนวคิดทฤษฎีการปรับตนเอง (Self-regulatory theory)

งานวิจัยนี้จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเองของ Leventhal และ Johnson (1983) โดยพัฒนามาจากการศึกษาในห้องปฏิบัติการและการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ศึกษาหลายแห่ง วัตถุประสงค์ของการสร้างทฤษฎีนี้เพื่อศึกษากระบวนการปรับตนเองของบุคคลเมื่ออยู่ในเหตุการณ์ที่คุกคาม และเพื่อหาวิธีการช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาการปรับตนเองได้อย่างเหมาะสมแนวทางของการพัฒนาทฤษฎีนี้มีพื้นฐานอยู่บนมโนทัศน์หลัก 3 อย่าง คือ 1) แรงจูงใจ

ของผู้ป่วย (Patient's Motivation) หมายถึง ความปรารถนาและความพยายามของผู้ป่วยที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา 2) การรู้คิดของผู้ป่วย (Patient's Cognition) หมายถึง การรับรู้และความสามารถของผู้ป่วยที่จะอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และ 3) สภาพทางอารมณ์ของผู้ป่วย (Patient's Emotion) หมายถึง ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นักทฤษฎีทั้งสองท่านได้กล่าวถึงการพยาบาลว่าควรครอบคลุมในเรื่อง 1) การให้การพยาบาลตามแผนการรักษา เช่น การให้ยา การทำแผล เป็นต้น 2) การให้ความรู้เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรคการรักษา ความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะได้รับการรักษาและการดูแลตนเอง และ 3) การให้การช่วยเหลือ ซึ่งมุ่งเน้นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจและการให้การดูแลที่เอาใจใส่ เช่น อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย รับฟังปัญหา เป็นต้น

ในเรื่องของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้น จะใช้โครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Structure) ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และสามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บมาใช้เป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย ซึ่งการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมถือว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจ ทำให้เกิดความสามารถที่จะเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้ โดยอาศัยการแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ และพิจารณาหาแนวทางตอบสนองทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจ หากผู้ป่วยไม่เคยรับรู้หรือไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คุกคาม หรือต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคยหรือแตกต่างไปจากที่เคยประสบมา จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการแปลความหมายของเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ เพราะไม่มีภาพรวมของความคิด (Mental image) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional response) ที่รุนแรง แต่ในทางกลับกันหากผู้ป่วยเคยรับรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมาก่อนหรือเคยได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม จะทำให้เกิดแบบแผนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์นั้นอีกครั้งก็จะสามารถแปลความหมายของข้อมูลใหม่ที่ได้รับตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจเดิมที่มีอยู่ เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง (Behavioral control) และเหตุการณ์ได้ดีขึ้น และสามารถพิจารณาตัดสินเลือกใช้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง (Leventhal & Johnson,1983)

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยตามทฤษฎีการควบคุมตนเองประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข่องกับขั้นตอนหรือวิธีการของการพยาบาลหรือการรักษากับผู้ป่วย 2) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก (Sensory information) หมายถึง ข้อมูลที่แสดงถึงการดอบสนองต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและ 3) ข้อมูลของการให้คำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

(Behavioral and coping: instruction) หมายถึง การสอนผู้ป่วยว่าควรมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างไร และควรมีวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมอย่างไรรวมทั้งสอนทักษะการจัดการความวิตกกังวลด้วย4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา (Coping information) อธิบายถึงสถานการณ์คุกคาม ที่จะเกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (Leventhal & Johnson, 1983)

โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎี การควบคุมตนเองของ Leventhal and Johnson (1983) ซึ่งประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือรายละเอียดของขั้นตอนการรักษา(Procedural Information) เนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับโรคมะเร็ง อาการ เป้าหมายการรักษา ขั้นตอนการรักษาก่อน ขณะ และหลังได้รับรังสีรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์แวดล้อมที่คุกคามและสร้างความมั่นใจในทีมสุขภาพสร้างความมั่นใจในทีมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย หมายถึงการดำเนินกิจกรรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา 2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (Sensory Information) อธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์คุกคามที่ต้องประสบและความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ขณะและหลังได้รับรังสีรักษา ให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลลดลง ไม่ตื่นกลัวมองเห็นภาพเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญในอนาคตและสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์นั้นได้ 3) ให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (Behavioral Information)โดยข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติขณะรับการรักษา ทำให้ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในอนาคต เกิดความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพ มั่นใจในความสามารถของตนเองและพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้นๆได้อย่างปลอดภัย 4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา (Coping information) อธิบายถึงสถานการณ์คุกคาม และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่จะเกิดขึ้น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสบายใจและลดอาการวิตกกังวลก่อนได้รับรังสีรักษาได้

8. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งและโปรแกรมการให้ข้อมูลดังนี้

Birhan Legese และคณะ (2021) ศึกษาประเมินความต้องการข้อมูลข่าวสารของสตรีด้วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ในประเทศเอธิโอเปีย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคและข้อมูลการรักษามากที่สุด มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 94.8 และ 93.7 ตามลำดับ

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับข้อมูลเหล่านี้จากบุคลากรทางการแพทย์ และร้อยละ 76 ต้องการได้รับข้อมูลก่อนเริ่มการรักษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความต้องการข้อมูลต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรคมะเร็งในระยะที่ 4 (P=0.0005) และผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเมืองมีความต้องการข้อมูลสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.02)

มุกดา นาผล และคณะ (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินความต้องการผู้ป่วยและการจัดเตรียมข้อมูล 2) ขั้นดำเนินการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม 3) ขั้นทบทวนให้ข้อมูลเพิ่มเติมและเปิดโอกาสให้สอบถาม 4) ขั้นประเมินผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ได้รับการพัฒนาในครั้งนี้ ได้แก่ ด้านผู้ป่วยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการตรวจรักษาโดยยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงลดลงหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.02$) และผู้ป่วยให้ความร่วมมืออยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 83.3 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องตรวจสวนหัวใจทุกคน เห็นด้วยมากต่อการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งตับ

ภัทรพร นาคะไพฑูรย์ และคณะ (2563) พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูล และศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการให้ข้อมูลประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือบุคลากรผู้ให้ข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการให้ข้อมูล อุปกรณ์และสื่อในการให้ข้อมูล ระยะเวลาในการให้ข้อมูล ข้อมูลสำหรับญาติผู้ป่วย และขั้นตอนการให้ข้อมูล 2) ผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูล พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลในระดับมากถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 และญาติของผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลในระดับมากถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 ผลลัพธ์จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการนำาไปใช้ให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยมะเร็ง

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (2564) ห้องตรวจอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลด้วยรูปแบบการสื่อสาร AIDET โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือรูปแบบชัดเจน สามารถปฏิบัติให้เกิดผลได้จริง และ พัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ

การบริการ ลดความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้รับบริการ รูปแบบการใช้การสื่อสาร AIDET โดยมีกิจกรรมและความหมาย ดังนี้ Acknowledge ใช้การสื่อสารที่แสดงออกทั้งทางวาจาและการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น การทักทายที่เป็นมิตร การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การสัมผัส การใช้สายตาในการสื่อสาร เช่น การยิ้ม การไหว้ การกล่าวสวัสดีเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงการบริการที่ใส่ใจและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ 2) Introduce แนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งงานหน้าที่ 3) Duration แจ้งระยะเวลาในการรอคอยตรวจรักษา ในการสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวแจ้งระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลพร้อมเหตุผล 4) Explanation อธิบายวัตถุประสงค์ของการสื่อสารข้อมูล อธิบายอาการ แผนการรักษาแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าใจง่าย อธิบายเกี่ยวกับการควบคุมและดูแลการเจ็บปวดอธิบายเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อบ่งใช้ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวกระตุ้นให้ครอบครัวพูดคุยให้กำลังใจ สอบถามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สรุปทบทวนอาการ ณ ปัจจุบัน และแผนการรักษาพยาบาล และ 5) Thank you กล่าวขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อจบการสนทนา ผลการพัฒนาคุณภาพ พบว่า อัตราการเกิดข้อร้องเรียนในพฤติกรรมบริการ = 0 ราย เพิ่มอัตราความพึงพอใจในการมารับบริการร้อยละ 90 (เดิมความพึงพอใจร้อยละ 77.9) และอัตราผู้ป่วยทรุดลงขณะรอรับบริการ = 0 ราย จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลด้วยรูปแบบการสื่อสาร AIDET สามารถพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลได้อย่างเป็นรูปธรรม

วีระพล พันธ์ช่วยและทัศนีย์ สุนทร(2565) ศึกษาผลของโปรแกรมสื่อสารข้อมูล AIDET ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่ฉุกเฉินวิกฤตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสื่อสารจากพยาบาลที่ได้รับการอบรมโปรแกรมรูปแบบการสื่อสาร Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation, and Thank you: AIDET และพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการสื่อสารจากพยาบาลที่ได้รับการอบรมโปรแกรมสื่อสารข้อมูล AIDET มีความคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวม 9.07 คะแนน ($\bar{x}$ = 9.07, SD = 1.17) และมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการสื่อสารจากพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรมโปรแกรมสื่อสารข้อมูล AIDET ($\bar{x}$ = 7.38, SD = 1.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Chua G.P. et. Al (2018) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสิงคโปร์ เพื่อกำหนดประเภทของข้อมูลที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการและเพื่อประเมินว่าข้อมูลที่ต้องการเหล่านี้ได้รับการตอบสนองอย่างไร มีผู้ป่วยตอบแบบสำรวจทั้งหมด 411 ราย ผู้ป่วยมะเร็งเกือบทั้งหมดต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา ผลข้างเคียง การสนับสนุนข้อมูล

ด้านเพศสัมพันธ์ จิตสังคมและการเงิน ซึ่งหัวข้อเหล่านี้ได้รับการจัดอันดับว่าสำคัญมาก ผู้ป่วยพอใจกับข้อมูลที่ให้ไว้ โดยเฉพาะด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาและประสบการณ์โดยรวม แต่ยังมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการวิจัยก่อนหน้านี้ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษายังมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติม บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลและมีวิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็ง

จารุนี แก้วอุบล (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามในแผนกศัลยกรรม งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรักษาตามปกติกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกายด้านสุขภาพทางจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อารยา สะเม๊าะ และคณะ (2565) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลรังสีรักษา ใช้เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Future Research (EDFR) พบว่า สมรรถนะของพยาบาลรังสีรักษา มี 9 ด้าน โดยหนึ่งในนั้นคือ สมรรถนะด้านการให้ความรู้และคำปรึกษา ได้แก่ สามารถให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็งและแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง การให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลในการเตรียมตัวก่อนและหลังทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อจำลองการรักษา/ก่อนและหลังฉีดสารทึบรังสี การให้ความรู้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระยะก่อน/ขณะ/หลังฉายรังสี ของการได้รับรังสีรักษารวมทั้งเมื่อเกิดผลข้างเคียง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสี และสามารถให้การปรึกษาหน่วยงานอื่น ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

มยุเรศ สุคำภา (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยผลารศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

การสอนอยู่ในระดับสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับสูงเช่นเดิมแต่เมื่อใช้สถิติเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติศักดิ์ คัมภีระ.(2562) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวลการปฏิบัติตัวและพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal,&Johnson,1983) ผลการศึกษาพบว่า 1)ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)2) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) 3) การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 48 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และ 4) พิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 48 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

นงนิตย์ ทองพันธ์ (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมร่วมกับการปรับตัวเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal,&Johnson,1983) เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า 1) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) 2) ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลัง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p<.05) 3) การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

อุดมรัตน์ ชโลธร, ทิพมาส ชิณวงศ์ และวิภาแซ่เซี่ย. (2556).ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984; Leventhal et al., 2005) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (M = 152.60, SD = 11.62) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 95.87, SD = 29.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -7.02, p <.001)

นัยนา สิงห์สิทธิ์ (2566). ศึกษาการพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่โรงพยาบาลบ้านผือจังหวัดอุดรธานีภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี

การปรับตนเองของ ลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson) ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ได้แก่ การให้คำแนะนำการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ภาพพลิกประกอบการสอน แผ่นพับ คู่มือการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การโทรศัพท์ติดตามก่อนถึงวันตรวจ 2 วัน และเยี่ยมที่ ตึก 1 วัน คู่มือบันทึกการเตรียมตัวสำหรับผู้ป่วย 2) หลังการพัฒนาระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่มากที่สุด อยู่ในระดับดีร้อยละ 50 สูงกว่าก่อนพัฒนา ที่มีระดับดีร้อยละ 3 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการส่องกล้องตรวจ 3) คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลผู้ที่ใช้แนวทางการพัฒนา (mean=4.59, S.D.=0.50) อยู่ในระดับมากที่สุด

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่จะได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ วัดผลความรู้ ความวิตกกังวล ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปางทุกราย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน) และกลุ่มควบคุม (ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ) กลุ่มละ 50 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยใช้ Mean: Difference between two independent means (two groups) กำหนดเป็นการทดสอบ 1 ทาง (One tail) ขนาดอิทธิพล (Effect size) และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ขนาดปานกลาง = 0.55, alpha (α) = 0.05, power of test (1-β) = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 42 รายต่อกลุ่ม รวมขนาดตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย เก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 20 ของขนาดตัวอย่าง (เท่ากับ 16.8 ดังนั้นจะเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 16 ราย) ดังนั้นขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ทั้งหมด 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน) และกลุ่มควบคุม (ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ) กลุ่มละ 50 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ

เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

2) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1) รวบรวมข้อมูลไม่ครบตามโปรแกรมการวิจัย อาจเนื่องจาก ปฏิเสธการรักษาตามแผนการรักษา ติดต่อไม่ได้ หรือเสียชีวิต

2) ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีแบบประคับประคองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง

สถานที่ศึกษา

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกรังสีรักษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ระยะเวลาการดำเนินการ

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือน พฤษภาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม สอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวทางการให้ความรู้การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฉายรังสี จำนวน 16 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับการฉายรังสีแยกตามบริเวณที่ฉายรังสี ได้แก่ บริเวณศีรษะและลำคอ, บริเวณทรวงอก, บริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน กำหนดให้เลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ ตอบถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 18 คะแนนวิธีการเก็บข้อมูลจะใช้แบบประเมินความรู้ก่อนได้รับรังสีรักษา (Pre-test) และประเมินอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาครบตามแผนการรักษา (Post-test)

เกณฑ์การแปลผลระดับความรู้

ระดับต่ำ	0.0 – 4.5	คะแนน
ระดับปานกลาง	4.6 – 9.0	คะแนน
ระดับดี	9.1 – 13.5	คะแนน
ระดับดีมาก	13.6 – 18.0	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นการถามภาพรวมความวิตกกังวลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยไม่มีความเฉพาะเจาะจงลงไปที่เรื่องราว ลักษณะของเครื่องมือในมาตรวัดระดับความวิตกกังวลตามการรับรู้ ประเมินคาดด้วยสายตา (Visual Analog Scale-Anxiety: VASA) ของการ์เบอร์สัน (Gaberson, 1991) มีลักษณะเป็นเส้นยาว 100 มิลลิเมตร/10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือซึ่งจะตรงกับความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด ผู้วิจัยได้ตัดแปลงโดยใส่ตัวเลขกำกับไว้บน เส้นตรงเพื่อสะดวกต่อผู้ป่วยในการประเมินมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีลักษณะดังนี้

วิธีการประเมิน คือ ให้ผู้ป่วยมะเร็งทำเครื่องหมายกากบาท (x) ตรงตำแหน่งบนเส้นที่แสดงถึงระดับความรู้สึกไม่สุขสบายใจ หวาดหวั่น ตึงเครียด ในขณะนั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้ไม้บรรทัดวัดความยาว จากจุดแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือ จนถึงจุดที่ผู้ป่วยมะเร็งทำเครื่องหมายไว้ มีหน่วยเป็นเซนติเมตร มีคะแนน 0-10 คะแนน ตัวเลขที่ได้คือ คะแนนความวิตกกังวล (Gaberson, 1991)

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้วิจัยได้แบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่มีความวิตกกังวล	คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง	0.00 - 1.99
วิตกกังวลเล็กน้อย	คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง	2.00 - 3.99
วิตกกังวลปานกลาง	คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง	4.00 - 5.99
วิตกกังวลมาก	คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง	6.00 - 7.99
วิตกกังวลมากที่สุด	คะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง	8.00 - 10.00

วิธีการเก็บข้อมูลจะใช้แบบประเมินความวิตกกังวลก่อนการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนได้รับรังสีรักษา (Pre-test) และประเมินอีกครั้งหลังจากผู้ป่วยได้รับข้อมูล (Post-test)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ โดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ (5 คะแนน) คือ

1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน)
2 หมายถึง พึงพอใจน้อย (2 คะแนน)
3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน)
4 หมายถึง พึงพอใจมาก (4 คะแนน)
5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน)

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ซึ่งแบ่งการดำเนินการเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

2.1.1 กลุ่มควบคุม พยาบาลให้ข้อมูลการพยาบาลทางรังสีรักษาตามมาตรฐานการดูแล โดยกิจกรรมประกอบด้วย

- วันที่ผู้ป่วยมาฉายรังสีวันแรก พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการขั้นตอนการรับบริการฉายรังสีการปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสี และพบนักโภชนาการประเมินและให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และพบนักกายภาพเพื่อประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับบริหารฟื้นฟูร่างกายเพื่อป้องกันและลดการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา

- วันที่สิ้นสุดการฉายรังสีพยาบาลทบทวนข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังสิ้นสุดการฉายรังสีและให้ข้อมูลการนัดหมาย

2.2.2 กลุ่มทดลอง พยาบาลให้ข้อมูลตามรูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (ดังตารางที่1) โดยใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 7 นาที) ได้แก่ 1) Acknowledge ไหว้ผู้ป่วยและญาติ ใช้การสื่อสารที่แสดงออกทั้งทางวาจาและการแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น การทักทายที่เป็นมิตร การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การสัมผัส การใช้สายตาในการสื่อสาร เช่น การยิ้ม การไหว้ การกล่าวสวัสดี เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงการบริการที่ใส่ใจและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ “สวัสดีค่ะ คนไข้ชื่อคุณ..... ถูกต้องมั้ยคะ” 2) Introduce แนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งงาน “พยาบาลชื่อ..... ทำหน้าที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อน/หลังพบแพทย์” 3) Duration แจ้งระยะเวลาในการสื่อสารข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 7 นาที “พยาบาลจะใช้เวลาในการให้ข้อมูลคนไข้ไม่เกิน 7 นาทีนะคะ” 4) Explanation อธิบายเนื้อหาของข้อมูลตามหัวข้อในการรับบริการแต่ละครั้ง 5) Thank you กล่าวขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อจบการสนทนา “ขอบคุณคนไข้/ญาตินะคะที่รับฟังข้อมูลค่ะ”

ตารางที่ 1 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
วันนัดพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อวางแผนการรักษาและเอกซเรย์จำลองภาพ (CT Simulator)	กิจกรรมครั้งที่1 พยาบาลให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวก่อนการรักษาเป็นรายบุคคล ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย 1. ประเมินความรู้ ความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนได้รับรังสีรักษา 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ - การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น - วัตถุประสงค์ของการนัด - ความหมายของรังสีรักษา - ขั้นตอนการรักษาทางด้านรังสีรักษา	- พยาบาลจุดซักประวัติ
วันนัดพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อวางแผนการรักษาและเอกซเรย์จำลองภาพ (CT Simulator)	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา 2. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับ - แพทย์ผู้รักษา - แผนการรักษา - เป้าหมาย - จำนวนครั้งการฉายรังสี - ประเภทการรักษาผู้ป่วยนอก/ใน - การเตรียมตัวก่อนการรับรังสีรักษา - การวางแผนการทำงาน - ที่พักระหว่างการฉายรังสี - ญาติ/ผู้ดูแล - ค่าใช้จ่าย 3. พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการทำเอกซเรย์จำลองภาพ 4. พยาบาลให้คำแนะนำข้อมูลการนัดหมายและลำดับขั้นตอนมารับบริการตามนัดครั้งต่อไป	- พยาบาลจุดลงทะเบียนรับผู้ป่วยใหม่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพลำปาง กรมการแพทย์

ตารางที่ 1 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (ต่อ)

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
วันนัดพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อวางแผนการรักษาและเอกซเรย์จำลองภาพ (CT Simulator) (ต่อ)	5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 6. ให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมรับการตรวจรักษา	- พยาบาลจุดลงทะเบียนรับผู้ป่วยใหม่
วันนัดมาขีดเส้น (Simulator)	กิจกรรมครั้งที่2 ให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวระหว่างรักษาเป็นรายบุคคล ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย 1. แจ้งวัตถุประสงค์การมาตามนัด 2. พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสี - การดูแลผิวหนังบริเวณที่ขีดเส้นและการดูแลเส้นที่ขีด - ข้อมูลการนัดเริ่มฉายรังสี - ลำดับขั้นตอนมารับบริการครั้งต่อไป 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 4. ส่งพบนักโภชนากรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง 5. ส่งพบนักกายภาพบำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพ 6. แจกคู่มือ, เอกสารแผ่นพับ, QR Code	- พยาบาลจุดคัดกรองรังสีรักษา - นักโภชนากร - นักกายภาพบำบัด
วันนัดมาฉายรังสีวันแรก	กิจกรรมครั้งที่ 3 ให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษาเป็นรายบุคคล ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ - ขั้นตอนการรับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก - การเจาะเลือดและพบแพทย์เพื่อประเมินอาการประจำสัปดาห์	- พยาบาลจุดคัดกรองรังสีรักษา/พยาบาลจุดรับคำสั่งการรักษา

ตารางที่ 1 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (ต่อ)

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
วันนัดมาฉายรังสีวันแรก (ต่อ)	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ (ต่อ) - ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียง - ข้อมูล ช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่ในเวลาและนอกเวลาราชการ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย	- พยาบาลจุดคัดกรองรังสีรักษา/พยาบาลจุดรับคำสั่งการรักษา
วันพบแพทย์ประจำสัปดาห์ระหว่างฉายรังสี	กิจกรรมครั้งที่ 4 ให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษาเป็นรายบุคคลใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ - ทบทวนความรู้การปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสีและการดูแลสุขภาพทั่วไปเช่นการดูแลผิวหนัง ,การพักผ่อน การรับประทานยา 2. ประเมินผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน 3. ประเมินภาวะโภชนาการและภาวะจิตใจ 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 5. ส่งพบนักโภชนากรและนักกายภาพบำบัดเพื่อประเมินติดตามอาการและผลข้างเคียง	- พยาบาลจุดซักประวัติ
วันสิ้นสุดการฉายรังสี	กิจกรรมครั้งที่ 5 ให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวหลังการรักษาเป็นรายบุคคล ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย 1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ - การปฏิบัติตัวหลังสิ้นสุดการฉายรังสี - การดูแลผิวหนัง/เส้นที่ขีดบนผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี - การนวดผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี - การรับประทานอาหาร	- พยาบาลจุดรับคำสั่งการรักษา

ตารางที่ 1 โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน (ต่อ)

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
วันสิ้นสุดการฉายรังสี (ต่อ)	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ (ต่อ) - การออกกำลังกาย - ผลข้างเคียงระยะยาว,การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียง - โภชนาการ - การบริหารร่างกาย - อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 2. ให้ข้อมูลการนัดและช่องทางการติดต่อสอบถามเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 4. ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้ความวิตกกังวลหลังได้รับรังสีรักษา และความพึงพอใจของโปรแกรมให้ความรู้	- พยาบาลจุดรับคำสั่งการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 3) แบบประเมินพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย รังสีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน ทำการประเมินในด้านความเข้าใจ ความถูกต้อง ครอบคลุม และความชัดเจนของภาษา โดยใช้แบบประเมินความสอดคล้องเหมาะสมของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Item Objective Conclusion ,IOC) ของแบบสอบถาม ได้เท่ากับ 0.97

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 4 ส่วนเมื่อผ่านการประเมินคุณภาพเชิงเนื้อหาแล้ว ทำการประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วย Kuder-Richardson (KR-20) ของแบบประเมินความรู้เท่ากับ0.80 และประเมินควาแบบประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือของแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.94

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการประชุมพยาบาลประจำงานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับในการศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ชี้แจงวัตถุประสงคการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการวิจัย ประโยชน และความเสี่ยงของการเข้ารวมวิจัยและสิทธิ์ในการตัดสินใจ กอนสอบถามความสมัครใจเข้ารวมโครงการเปนรายบุคคลหลังจากผูป่วยยินยอมให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมเข้ารวมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลระหวางเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุมควบคุมจนครบ 50 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยในกลุมทดลองตามแผนการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 กลุมควบคุมจะได้รับข้อมูลการพยาบาลทางรังสีรักษาตามมาตรฐานปกติก่อนเริ่มรักษาทางรังสีรักษา โดยกิจกรรมประกอบด้วย วันที่ผู้ป่วยมาฉายรังสีวันแรก พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสีรักษา และพบนักโภชนาการประเมินและให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร และพบนักกายภาพเพื่อประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับบริหารฟื้นฟูร่างกายเพื่อป้องกันและลดการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา และวันที่สิ้นสุดการฉายรังสี พยาบาลทบทวนข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังสิ้นสุดการฉายรังสีหลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้,ความวิตกกังวล(VAS-A) หลังได้รับรังสีรักษาและความพึงพอใจของโปรแกรมให้ความรู้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชนเดียวกันกับกลุมทดลองแต่ไมไดใหกลุมควบคุมไดรับโปรแกรมตามแผนการดำเนินการวิจัย

2.2 กลุ่มทดลอง จะได้รับข้อมูลตามรูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET ดังนี้

- วันที่นัดพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อวางแผนการรักษาและเอกซเรย์จำลองภาพ (CT Simulator) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินความรู้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก และแบบประเมินระดับความวิตกกังวล (VAS-A) หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลตามโปรแกรมการให้ขอมูล

- วันที่นัดหมายมาขีดเส้น (Simulator)แบบผู้ป่วยนอกผู้วิจัยให้ข้อมูลตามโปรแกรมการให้ขอมูล และแจกคู่มือการปฏิบัติตัว, แผ่นพับความรู้ และQR Code

- วันที่นัดมาฉายรังสีวันแรก แบบผู้ป่วยนอกผู้วิจัยให้ข้อมูลตามโปรแกรมการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย

- วันที่พบแพทย์ระหว่างฉายรังสีแบบผู้ป่วยนอก ประจำสัปดาห์ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติตัวทบทวนความรู้การปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสีและการดูแลสุขภาพทั่วไป บันทึกแบบประเมินผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน

- วันที่สิ้นสุดการฉายรังสีผู้วิจัยให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังสิ้นสุดการฉายรังสีเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้, ความวิตกกังวล (VAS-A) หลังได้รับรังสีรักษาและความพึงพอใจของโปรแกรมให้ความรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้ 1)สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไป 2)สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ 1)สถิติทดสอบ t (t-test) หรือ สถิติทดสอบแมนน์-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test) สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติทดสอบรายคู่ (Paired t-test) หรือ สถิติทดสอบลำดับที่โดยเครื่องหมายของวิลค็อกซัน (Wilcoxon signed rank test) สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความวิตกกังวล และความพึงพอใจ ก่อนและหลัง ให้การดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2567 เลขที่ 7/2567 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือพิทักษ์สิทธิ์

เสนอเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มงานรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง หลังได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัยและการรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลโดยสมัครใจ และให้ลงลายมือชื่อในใบยอมรับการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุกเวลาหากไม่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ จะไม่มีการระบุชื่อ แต่ใช้วิธีการใส่รหัสแทน การนำเสนอข้อมูลและการพิมพ์เผยแพร่มีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บทที่4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการประเมินระดับความรู้ และความวิตกกังวลของผู้ป่วย
3. การเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ได้แก่
   3.1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
   3.2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลัง
   3.3 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
   3.4 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลัง
4. ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อโปรแกรมการได้รับข้อมูล

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 100 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 50 คน กลุ่มควบคุม (n = 50) เป็นเพศชาย 12 คน และเพศหญิง 38 คน คิดเป็นร้อยละ 24 และ 76 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 46 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56 ปี (S.D. = 10.4) อายุต่ำสุด 33 ปี และสูงสุด 76 ปี ร้อยละ 70 ของกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส เกินครึ่งของกลุ่มควบคุมร้อยละ 54 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้ศึกษา หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32 รายได้เฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 8,421 บาท (S.D.=10,338.74) สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 84 มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือประกันสังคม

ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มควบคุมครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัวร้อยละ 54 ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 0 – 2) ร้อยละ 56 และได้รับการฉายรังสีบริเวณตำแหน่งช่องท้องและอุ้งเชิงกรานร้อยละ 42 รองลงมา ได้แก่ บริเวณทรวงอกร้อยละ 36 และบริเวณศีรษะและลำคอร้อยละ 22 ตามลำดับ

กลุ่มทดลอง (n = 50) เป็นเพศชาย 15 คน และเพศหญิง 35 คน คิดเป็นร้อยละ 30 และ 70 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 46 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57 ปี (S.D. = 11.1) ร้อยละ 66 ของกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส เกินครึ่งของกลุ่มควบคุมร้อยละ 60 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้ศึกษา หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 มีอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9,171 บาท (S.D. = 7687.77) สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนมากร้อยละ 88 มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือประกันสังคม ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มทดลองครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว ร้อยละ 54 ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 0 – 2) ร้อยละ 58 และได้รับการฉายรังสีบริเวณตำแหน่งช่องท้องและอุ้งเชิงกรานร้อยละ 44 รองลงมา ได้แก่ บริเวณทรวงอกร้อยละ 40 และบริเวณศีรษะและลำคอ ร้อยละ 16 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะไม่แตกต่างกัน (p – value > 0.05) ทั้งในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะของโรคมะเร็ง และตำแหน่งบริเวณที่ฉายรังสี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	**กลุ่มควบคุม** (n = 50)	**กลุ่มทดลอง** (n = 50)	**p-value**
เพศ			
ชาย	12 (24.0)	15 (30.0)	0.653*
หญิง	38 (76.0)	35 (70.0)	
อายุ (ปี) [ค่าเฉลี่ย (sd.)]	**55.9 (10.4)**	**56.8 (11.1)**	0.649‡
น้อยกว่า 40 ปี	3 (6.0)	3 (60.)	
40 – 49 ปี	12 (24.0)	10 (20.0)	
50 - 59 ปี	12 (24.0)	14 (28.0)	
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	23 (46.0)	23 (46.0)	
[ค่าต่ำสุด, สูงสุด]	[33, 76]	[28, 85]	

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 50)	กลุ่มทดลอง (n = 50)	p-value
สถานภาพสมรส			
โสด	5 (10.0)	7 (14.0)	0.822†
สมรส	35 (70.0)	33 (66.0)	
หย่า/แยก/หม้าย	10 (20.0)	10 (20.0)	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	27 (54.0)	30 (60.0)	0.686*
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	23 (36.0)	20 (40.0)	
อาชีพ			
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9 (18.0)	14 (18.0)	0.397†
เกษตรกร	16 (32.0)	19 (35.0)	
รับจ้าง	12 (24.0)	9 (18.0)	
แม่บ้าน	13 (26.0)	8 (16.0)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	**9,171.43 (10,338.74)**	**8,421.34 (7,687.77)**	0.696‡
สิทธิการรักษา			
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสังคม	42 (84.0)	44 (88.0)	0.774*
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ	8 (16.0)	6 (12.0)	
โรคประจำตัว			
ไม่มี	23 (44.0)	32 (62.0)	0.109*
มี	27 (54.0)	18 (38.0)	
ระยะของโรคมะเร็ง			
ระยะเริ่มต้น (ระยะที่ 0 – 2)	28 (56.0)	29 (58.0)	1.000*
ระยะลุกลาม (ระยะที่ 3 – 4)	22 (44.0)	21 (42.0)	

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 50)	กลุ่มทดลอง (n = 50)	p-value
ตำแหน่งที่ฉายรังสี			
Chest	18 (36.0)	22 (44.0)	0.473†
Abdominal and Pelvis	21 (42.0)	20 (40.0)	
Head and Neck และอื่นๆ	11 (22.0)	8 (16.0)	

หมายเหตุ * Fisher's Exact Test

† Chi-Square Test

‡ Mann-Whitney Test

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินระดับความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม (n = 50) มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองในระดับดี เท่ากับ 13.42 (S.D. = 2.59) หลังการทดลองในระดับดีมาก เท่ากับ 16.44 (S.D. = 1.46) มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองในระดับวิตกกังวลเล็กน้อย เท่ากับ 3.78 (S.D. = 2.88) หลังการทดลองไม่มีความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.22 (S.D. = 1.88)

กลุ่มทดลอง (n = 50) มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองในระดับดี เท่ากับ 12.18 (S.D. = 3.79) หลังการทดลองในระดับดีมาก เท่ากับ 17.56 (S.D. = 0.81) มีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองในระดับวิตกกังวลปานกลาง เท่ากับ 4.52 (S.D. = 2.53) หลังการทดลองไม่มีความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.50 (S.D. = 1.07) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการวัดคะแนนความรู้ และความวิตกกังวล

ตัวแปร	$\bar{x}$	$sd.$	แปลผล
ความรู้			
กลุ่มควบคุม (n = 50)			
ก่อนทดลอง	13.42	2.59	ความรู้ระดับดี
หลังทดลอง	16.44	2.09	ความรู้ระดับดีมาก
กลุ่มทดลอง (n = 50)			
ก่อนทดลอง	12.18	3.79	ความรู้ระดับดี
หลังทดลอง	17.56	0.81	ความรู้ระดับดีมาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการวัดคะแนนความรู้ และความวิตกกังวล (ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{x}$	$sd.$	แปลผล
ความวิตกกังวล			
กลุ่มควบคุม (n = 50)			
ก่อนทดลอง	3.78	2.88	วิตกกังวลเล็กน้อย
หลังทดลอง	1.22	1.88	ไม่มีความวิตกกังวล
กลุ่มทดลอง (n = 50)			
ก่อนทดลอง	4.52	2.53	วิตกกังวลปานกลาง
หลังทดลอง	0.50	1.07	ไม่มีความวิตกกังวล

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความรู้ทั้งหมด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.119) ขณะที่หลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความรู้ทั้งหมดสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ (p = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		$U^{\dagger}$	p – value
	$\bar{x}$	$sd.$	$\bar{x}$	$sd.$		
ความรู้ทั้งหมด						
ก่อนได้รับโปรแกรม	13.42	2.59	12.18	3.79	1474.5	0.119
หลังได้รับโปรแกรม	16.44	1.46	17.56	0.81	603.0	0.001

หมายเหตุ † Mann-Whitney Test

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง	**การใช้โปรแกรมฯ**				**Z***	**p – value**
	ก่อน		**หลัง**			
	$\bar{x}$	$sd.$	$\bar{x}$	$sd.$		
ความรู้ทั้งหมด						
กลุ่มควบคุม	13.42	2.59	16.44	1.46	-2.037	< 0.001
กลุ่มทดลอง	12.18	3.79	17.56	0.81	-4.036	< 0.001

หมายเหตุ * Wilcoxon signed ranks Test (normal approximation)

3.3 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความวิตกกังวล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.220$) ขณะที่หลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p= 0.025$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	**กลุ่มควบคุม**		**กลุ่มทดลอง**		**U†**	**p – value**
	$\bar{x}$	$sd.$	$\bar{x}$	$sd.$		
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.78	2.88	4.52	2.53	1079.5	0.220
หลังได้รับโปรแกรม	1.22	1.88	0.50	1.07	1480.5	0.025

หมายเหตุ † Mann-Whitney Test

3.4 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลัง ผลการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	การได้รับข้อมูล ก่อน		หลัง		Z*	p – value
	$\bar{x}$	$sd.$	$\bar{x}$	$sd.$		
กลุ่มควบคุม	3.78	2.88	1.22	1.88	-4.757	< 0.001
กลุ่มทดลอง	4.52	2.53	0.50	1.07	-5.603	< 0.001

หมายเหตุ * Wilcoxon signed ranks Test (normal approximation)

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อโปรแกรมการได้รับข้อมูล การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่อโปรแกรมการให้ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ยกเว้นข้อ 1 เรื่องการได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองระหว่างได้รับการฉายรังสีก็ตาม พบว่า คะแนนของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ในแต่ละข้อมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่อโปรแกรมการให้ข้อมูล

ข้อความ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			p - value
	$\bar{x}$	$sd.$	ระดับ	$\bar{x}$	$sd.$	ระดับ	
1.ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองระหว่างได้รับการฉายรังสี	4.68	0.47	มากที่สุด	4.78	0.51	มากที่สุด	0.073
2.ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองระหว่างและหลังการฉายรังสีได้	4.52	0.58	มากที่สุด	4.78	0.51	มากที่สุด	0.004

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่อโปรแกรมการให้ข้อมูล (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			p - value
	$\bar{x}$	$sd.$	ระดับ	$\bar{x}$	$sd.$	ระดับ	
3.โปรแกรมนี้ ช่วยให้ท่านเข้าใจการดูแลและดูแลตนเองรวมถึงการปฏิบัติตัวระหว่างและหลังการฉายรังสี	4.54	0.54	มากที่สุด	4.76	0.48	มากที่สุด	0.012
4.โปรแกรมนี้ ช่วยให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเองระหว่างและหลังการฉายรังสี	4.42	0.57	มากที่สุด	4.80	0.49	มากที่สุด	< 0.001
5.ท่านพึงพอใจในรูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลระหว่างและหลังการฉายรังสี	4.60	0.53	มากที่สุด	4.82	0.44	มากที่สุด	0.008
6.ท่านพึงพอใจในสื่อและเอกสารประกอบการให้ความรู้	4.54	0.54	มากที่สุด	4.80	0.45	มากที่สุด	0.003
7.ท่านพึงพอใจในภาพรวมต่อโปรแกรมนี้	4.68	0.47	มากที่สุด	4.80	0.45	มากที่สุด	0.004

หมายเหตุ † Mann-Whitney Test

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

บทที่5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความวิตกกังวล ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

หลังการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และมีข้อเสนอแนะในการวิจัยดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปางจำนวน 100 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจำนวนกลุ่มละ 50 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ทั้งในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ระยะของโรคมะเร็ง และตำแหน่งบริเวณที่ฉายรังสี ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความวิตกกังวล ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความรู้และความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ขณะที่หลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\overline{X}$ =17.56, SD= 0.81) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\overline{X}$ =16.44, SD =1.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($\overline{X}$ =0.50 ,SD= 1.07) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม($\overline{X}$ =1.22 ,SD=1.88) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สำหรับผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\overline{X}$ =17.56, SD= 0.81) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ =12.18, SD =3.79) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็ง

ที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล($\overline{x}$ =0.50 ,SD= 1.07) ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ($\overline{x}$ =4.52,SD=2.53) อย่างมีนัยสำคัญ (p < 0.05) และผลการประเมินความพึงพอใจภาพรวมต่อการนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\overline{x}$ 4.80 ,SD= 0.45)

2. อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

5.2.1.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความวิตกกังวล ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความวิตกกังวลก่อนการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญ (p <0.05) ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ก่อนการรักษาโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญต่อการได้รับรังสีรักษาซึ่งยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการรักษามาก่อนหน้านี้ การให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาช่วยในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ และช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพของตนเองได้ มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าผลจากการจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งทำให้นำไปสู่การเพิ่มความรู้ และลดความวิตกกังวลได้ (นางมยุเรศ สุคำภา,2565)และ ผู้ป่วยมะเร็งเกือบทั้งหมดต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา ผลข้างเคียง การสนับสนุนข้อมูลด้านเพศสัมพันธ์ จิตสังคมและการเงิน (Chua G.P. et. Al ,2018**)** การศึกษาวิจัยครั้งนี้ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ครั้งพยาบาลได้ให้ข้อมูลแบ่งเนื้อหาที่เหมาะสมในช่วงตั้งแต่ก่อน ระหว่างและก่อนจำหน่าย รูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนนี้ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการฉายรังสี ขั้นตอนการรักษา การปฏิบัติตัวในระหว่างการฉายรังสี และภาวะแทรกซ้อน สิ่งสำคัญคือมุ่งเน้นให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติวิธีการสื่อสารให้ข้อมูลในรูปแบบเดียวกันและมีประสิทธิภาพ สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเน้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาฉายรังสีอย่างต่อเนื่อง อาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือลดอาการดังกล่าวรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ

ได้ซักถามปัญหาและระบายความคับข้องใจต่างๆ ด้วย นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับเอกสารแผ่นพับในการนำไปทบทวนความรู้ที่บ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถจดจำเนื้อหาข้อมูลได้ดีกว่าแบบเดิม ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของผลคะแนนก่อนและหลังการเรียนรู้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น รูปแบบการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองกลับไปใช้ที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยเกิดข้อสงสัยจะทำให้สามารถทบทวนข้อมูลจากสื่อเอกสารความรู้และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการให้ข้อมูลผู้ป่วย (โสภาพันธ์ สอาด, 2558) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ระบุว่ารูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ สามารถเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลได้ อาทิเช่น โปรแกรมการสอนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มยุเรศ สุคำภา, 2565) และรูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.02$) (มุกดา นาผล และคณะ, 2565)

5.2.2.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) และ หลังการใช้โปรแกรมฯ ค่าคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวลการปฏิบัติตัวและพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน (Leventhal,&Johnson,1983) พบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 48 ชั่วโมง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562) นอกจากนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนงนิตย์ ทองพันธ์ (2567) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมร่วมกับการปรับตัวเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน(Leventhal,&Johnson,1983) เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด

โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.05$) และ การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984; Leventhal et al., 2005) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (M = 152.60, SD = 11.62) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 95.87, SD = 29.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -7.02, p <.001) (อุดมรัตน์ ชโลธร, ทิพมาส ชิณวงศ์ และวิภาแซ่เซี่ย, 2556) เนื่องจากการศึกษานี้รูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของตนเอง (Self – regulatory models) ของ Laventhal & Johnson (1983) เป็นการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีการรักษา ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึก คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติโดยใช้วิธีการสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาตลอดจนทราบถึงวิธีที่ควรปฏิบัติตัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์คุกคาม ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและพร้อมที่จะเผชิญปัญหานั้นๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและลดอาการวิตกกังวลระหว่างรักษาได้

การศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาต่อโปรแกรมการให้ข้อมูล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ($\bar{X}$ =4.80, SD =0.45) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =4.68, SD =0.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) ทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อแยกรายด้าน กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความพึงพอใจในรูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลระหว่างและหลังการฉายรังสีผู้ป่วย ($\bar{X}$=4.82,SD=0.44) พึงพอใจในสื่อและเอกสารประกอบการให้ความรู้ และโปรแกรมนี้ช่วยให้รู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเอง ระหว่างและหลังการฉายรังสี $\bar{X}$ = 4.80, SD =0.45และ $\bar{X}$ = 4.80, SD =0.49) ตามลำดับ ผลลัพธ์จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการให้ข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการนำไปใช้ให้ข้อมูลแก่ญาติของผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากการศึกษานี้นำวิธีรูปแบบการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโดยใช้วิธีการสื่อสารแบบ AIDET ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Acknowledge การสื่อสารที่แสดงออกให้ผู้ป่วยและ ญาติได้รับรู้ถึงการบริการที่ใส่ใจ

2) Introduce การแนะนำตัว 3) Duration การแจ้งระยะเวลาที่รอ 4) Explanation การอธิบายรายละเอียดความรู้ครอบคลุมในด้านรังสีรักษา เป้าหมายของการให้รังสีรักษา ขั้นตอนการรับรังสีรักษา การเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจก่อนรับรังสีรักษา การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษา,ผลข้างเคียงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดการเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา5) Thank you การแสดง ความขอบคุณ ทำให้พยาบาลมีการสื่อสารต่อผู้รับบริการอย่างสุภาพและผู้ป่วยได้ข้อมูลที่ครบถ้วน มีความรู้ ลดความวิตกกังวลเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร นาคะไพฑูรย์ และคณะ (2563) ศึกษาเรื่อง พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัสพีดีซีเอ ผลลัพธ์ของรูปแบบการให้ข้อมูล พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามรูปแบบการให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลในระดับมากถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 และญาติของผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลในระดับมากถึงมากที่สุดมากกว่าร้อยละ 80 นอกจากนี้การศึกษาของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (2564) ได้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลด้วยรูปแบบการสื่อสาร AIDET พัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการ ลดความวิตกกังวล สร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ผู้รับบริการ รูปแบบการใช้การสื่อสาร พบว่า ไม่เกิดข้อร้องเรียนในพฤติกรรมบริการ เพิ่มอัตราความพึงพอใจในการมารับบริการร้อยละ 90 และสอดคล้องกับการศึกษาของวีระพล พันธ์ช่วยและทัศนีย์ สุนทร(2565) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการสื่อสารจากพยาบาลที่ได้รับการอบรมโปรแกรมสื่อสารข้อมูล AIDET มีควาคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวม 9.07 คะแนน ($\bar{x}$ = 9.07, SD = 1.17) และมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการสื่อสารจากพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรมโปรแกรมสื่อสารข้อมูล AIDET ($\bar{x}$ = 7.38, SD = 1.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลด้วยรูปแบบการสื่อสาร AIDET สามารถพัฒนาคุณภาพของการให้ข้อมูลได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

- นำโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนมาใช้ในการให้ความรู้/แนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จะช่วยให้ลดความวิตกกังวลได้

- ควรมีการนำรูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และมีการศึกษาติดตาม ประเมินผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง นำสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านวิชาการ

- มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการแก่หน่วยงานอื่นๆ ภายในโรงพยาบาล, เครือข่ายโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคและโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 และ2

- ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีสมรรถนะของพยาบาลรังสีด้านการให้ความรู้และให้คำแนะนำ ควรมีสมรรถนะด้านการให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งและแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยรังสีรักษา สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลในการดูแลตนเองในระยะก่อน/ขณะ/หลังฉายรังสี สามารถให้การปรึกษาหน่วยงานอื่นๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาได้

ด้านบริหารการพยาบาล

- ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ขยายผลเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในหน่วยงานผู้ป่วยนอกอื่นๆ

- พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ให้มีสมรรถนะในด้านการให้ความรู้และให้คำแนะนำด้านการพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาให้ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนการรักษา ร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนสามารถเตรียมความพร้อมในการมารักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติได้

2. ควรมีการพัฒนาต่อยอดรูปแบบโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2562). การประเมินคุณภาพการพยาบาล ในโรงพยาบาล. กระทรวงสาธารณสุข.

กองบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สรุปผลการดำเนินงานและแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ปี 2566 – 2570. https://phdb.moph.go.th/main/ index/detail/31007.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570). https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/ 2023/05/ MOPH plan-66-70-for-web.pdf.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2565. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf.

กาญจนา ดาวประเสริฐ, ยุพิน ชัยนาม, วิลาวัลย์ เชิงปัญญา, สุจิตรา ธรรมวงค์, นงนุช เชื้อเมืองพาน, ลาวัลย์ อารมณ์ และคณะ. (2558). การศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งต่อคุณภาพการบริการแผนกผู้ป่วยนอกรังสีรักษาโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. วารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, 21(1),79-86.

กิตติศักดิ์ คัมภีระ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวลการปฏิบัติตัวและพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร. https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/1519.

คณาทิพย์ ศรีวะรมย์.(2562). แนวคิดเรื่องการจัดการความรู้.วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย,1(4),41-50.

งานทะเบียนมะเร็ง. (2566). สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปางปีพ.ศ. 2565. โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.

งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา. (2566). รายงานตัวชี้วัดงานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. ปีพ.ศ. 2563-2565. โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง.

จารุนี แก้วอุบล. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(7), 13-27.

ชลเกียรติ ขอประเสริฐ และ ศิวลี สุริยา. (2566). รังสีรักษาพื้นฐาน. https://www.chulacancer.net/articles-page.php?id=453&keysname=academic.

ชวลิต เลิศบุษยานุกูล. (2564). รังสีรักษาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง. https://chulalongkornhospital.go.th/ kcmh/line.

ญานิกา ศักดิ์ศรี.(2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด ในระยะผ่าตัด ของพยาบาลห้องผ่าตัด.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/12524.

ดลสุข พงษ์นิกร,กาญจนา ดาวประเสริฐ,บุรินทร์ วงค์แก้ว,ศิรินยา แสงคำ, มนฐิตินันท์ ประดิษฐ์ค่าย. (2563). แนวโน้มอุบัติการณ์และอัตราตายโรคมะเร็งในภาคเหนือของประเทศไทยพ.ศ.2536-2560: ผลของการพัฒนาเครือข่ายทะเบียนมะเร็งระดับประชากร.

ธนาทิพย์ ตันติวัตนะ. (2560). รังสีรักษา. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 61(4), 301-310.

นงนิตย์ ทองพันธ์. (2567). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมร่วมกับการปรับตัวเองเพื่อลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลบึงโขงหลงจังหวัดบึงกาฬ. https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240425103835.pdf.

นัยนา สิงห์สิทธิ์ (2566).ศึกษาการพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. https://backoffice.udpho.org.

ภัทรพร นาคะไพฑูรย์, กุลวดี อภิชาติบุตร และ เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล. (2563). การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับญาติของผู้ป่วยมะเร็ง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก พยาบาลสาร, 47(4), 302-313.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.(2561). ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง.https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generaldoctor/05302015-1735

มุกดา นาผล, อภิชาติ โสภาพรม และศุภนิต หงษ์ชัย. (2565). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียม ความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการตรวจรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30(3), 319-328.

โรงพยาบาลสระใคร. (2557). แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพ. http://www.sakhraihospital.com/ha/Knowleage.php?.

โสภาพันธ์ สอาด (2558). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สื่อเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 26(2), 41-49.

มยุเรศ สุคำภา.(2565). ผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ

ประเทศไทย. https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/2022 0314091326_1870173323.pdf.

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี บทความ มะเร็ง https://th.wikipedia.org/wiki/มะเร็ง.

วิจารณ์ พานิช. (2546). ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการจัดการความรู้ https://ubonrat171493301. wordpress.com/wp-content/uploads/2018/05/knowledge-management.pdf.

วิจารณ์ พานิช. (2548). การจัดการความรู้กับการบริหารราชการไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

วราภรณ์ ไชยตาล และอรพรรณ งามเมือง. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการพักการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่งานการพยาบาลรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. https://www.lpch.go.th/km/uploads/20170125143244821950.pdf.

วีระพล พันธ์ช่วย และทัศนีย์ สุนทร. (2565). ผลของโปรแกรมสื่อสารข้อมูล AIDET ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. https://www. vachiraphuket.go.th/wp-content/uploads/2022/01/vachira-2022-01-11_10-53-09_265686.pdf.

วีระพล พันธ์ช่วย, ทัศนีย์ สุนทร และประณีต ส่งวัฒนา. (2565). ผลของการสื่อสารแบบ AIDET ของพยาบาลวิชาชีพต่อการตอบสนองของครอบครัว ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์,14(3),105-120.

สมถวิล ผลสอาด. (2555). การรับรู้ของประชาชนที่มีต่องานบริการด้านสาธารณสุขของเทศบาลตำบลวังเย็น อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา (วิทยานิพนธ์ รัฐศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา).

สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2566). ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยใหม่. https://www.chulacancer.net/patient-groupview.php?gid=238.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2).กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานราชบัณฑิตสภา. (2556). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ.2554. https://www. orst.go.th

อังคณารักษ์ บุตรสุวรรณ์ .(2558). สภาพ ปัญหา และผลสำเร็จของการจัดการความรู้ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 1. บัณฑิตวิทยาลัย:มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

อารยา สะเม๊าะ, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา และ ประภาพร ชูกำเนิด.(2565). การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลรังสีรักษา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 42(3). 74-85.

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2550). การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล. โรงพิมพ์ช้างเผือก.

อุดมรัตน์ ชโลธร, ทิพมาส ชิณวงศ์ และวิภาแซ่เซี่ย. (2556).ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2553). HA Update 2010. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

Bloom B S. (1956). Taxonomy of Educational Objectives, the classification of educational goals – Handbook I: Cognitive Domain. New York: McKay.

Chua, G.P., Tan, H. K. & Gandhi, M. (2018). What information do cancer patients want and how well are their needs being met?. https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.873.

Gaberson, K.B. (1991). The effect of humorous distraction on preoperative anxiety. AORN J, 62(5), 784-791.

Legese, B., Addissie, A., Gizaw M. Tigneh, W. & Yilma T. (2021). Information Needs of Breast Cancer Patients Attending Care at Tikur Anbessa Specialized Hospital: A Descriptive Study. Cancer Management and Research, 13, 277–286.

Leventhal, H.Johnson, J.E. (1983). Laboratory and field experiment of a theory of self-regulation. In Behavioral Science and Nursing.St Louis: The C.V. Mosby Co.

McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). Continuous quality improvement in health care theory, implement, and applications. The United States of America.

Nonaka, I. and Takeuchi, H. (1995). The Knowledge-creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York: Oxford University.

Nonaka, I. and Takeuchi, H. (2000). Classic work: Theory of Organizational Knowledge Creation. New York: Oxford University Press.

Neelam, S. & Abhishek, P. (2021). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients during radiotherapy A rural Indian perspective. Journal of Cancer Research and Therapeutics 17(1) 218- 224.

Rojanamatin, J., Ukranun, W., Supaattagorn, P., Chiawiriyabunya, I., Wongsena, M., Chaiwerawattana, A., et.al. (2021). Cancer in Thailand Vol.X, 2016 - 2018. National Cancer Institute.

Tripartite National Strategic Plan for Radiation Oncology. (2022). Providing a Quality Radiation Oncology Service. http://www.radiationoncology.com.au/supportingocs/Planning ForThe Best- ProvidingAQualityRadiationOncologyService.pdf.

Zeguers M. (2012). The Information Needs of New Radiotherapy Patients: How to Measure? Do They Want to Know Everything? And if Not, Why?. International Journal of Radiation Oncology. 82(1), 418-424.

Senge, P.M. (1990). The Fifth Discipline: the Art and Practice of the Learning Organization. New York: Doubleday.

Spielberger, C D. (1966). Anxiety and Behavior. New York: Academic Press.

Spielberger, C D. (1976). The nature and treatment of test anxiety. in C. D. Spielberger R. Diaz-Guerrero (Eds.), Cross Cultural Anxiety. Washington D.C: Hemisphere.

Spielberger, C.D., Gorsuch,R. L., Lushene, R. E. Vagg, P. และ Jacobs, G.A. (1983). Manual for the State Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Stewart, T. (1997). Intellectual capital: The new wealth of organizations. London: Nicholas Brealey.

Studer Group. (2005).AIDET PARTICIPANT GUIDE. https://az414865.vo.msecnd.net/cmsroot/ studergroup/media/studergroup/pages/what-we-do/learning-lab/aligned-behavior/must-haves/aidet/aidet_participant_guide.pdf.

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ภาคผนวก

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Information sheet for research Volunteer)

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ชื่อและสังกัดของผู้วิจัย

นางยุพิน	ชัยนาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หัวหน้าโครงการวิจัย
นางกาญจนา	ดาวประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ผู้ร่วมวิจัย
นางสาวจิราภรณ์	ไมตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ผู้ร่วมวิจัย
นางสาวมัณฑนา	บุตรทุระ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ผู้ร่วมวิจัย

สถานที่ทำงานของผู้วิจัย

งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

บุคคล และวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน หรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางยุพิน ชัยนาม โทร 089-6318060

ผู้ให้ทุนสนับสนุน ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดี และข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมหรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับ หรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะได้รับรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็น**ผู้แทนโดยชอบธรรม**ของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

ความเป็นมาของโครงการวิจัย

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย ผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าร้อยละ 60 จะได้รับรังสีรักษา รังสีรักษาเป็นการใช้รังสีเอกซ์พลังงานสูงทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์มะเร็ง มีเป้าหมายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง แต่อาจกระทบกับเซลล์ปกติที่อยู่ข้างเคียง (ชลเกียรติ ขอประเสริฐและศิวลี สุริยา, 2566) ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่รับรังสีรักษาครั้งแรกมักมีความวิตก กังวล ความเครียดต่อการรักษาที่จะได้รับ เนื่องจากยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การวางแผนการรักษา มีการศึกษาวิจัยพบว่า ในช่วงเริ่มต้นของการรักษาด้วยรังสี ผู้ป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลร้อยละ 61 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89 เมื่อสิ้นสุดการรักษา (Sharma, N., Purkayastha, A., 2021) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมะเร็งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ เตรียมความพร้อมสำหรับการรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งรับมือกับผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เพิ่มความพึงพอใจต่อการรักษา การสื่อสารกับครอบครัวและคุณภาพชีวิตดีขึ้น การตอบสนองต่อความต้องการด้านข้อมูลสำหรับผู้ป่วยถือเป็นลักษณะพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เมื่อผู้ป่วยได้รับการบอกแจ้งข้อมูลอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองได้ เป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญของบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้ป่วย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง สังกัดกรมการแพทย์ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งระดับตติยภูมิ ขนาด 120 เตียง ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 ครอบคลุมพื้นที่ 12 จังหวัดภาคเหนือ ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รังสีรักษาจำนวน 2,033 และ 2,153 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รังสีรักษาเฉลี่ย 10 รายต่อวัน (งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา, 2566) จากการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาล และอุบัติการณ์ของงานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปางใน 3 ปีที่ผ่านมา ปีพ.ศ. 2563-2565 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รังสีรักษามีอุบัติการณ์ไม่มาตามนัดร้อยละ 3.6, 7.3 และ 5.5 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายเสียชีวิตหรือมีอาการทรุดลงก่อนวันนัดวางแผนการรักษา มีผู้ป่วยบางรายที่มีความกลัวการฉายรังสี ผลการประเมินความวิตกกังวลก่อนเริ่มรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รังสีรักษา พบว่ามีความวิตกกังวลร้อยละ 65 และร้อยละ 45

มีระดับความวิตกกังวลในระดับมากถึงมากที่สุด (งานพยาบาลรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, 2566) สำหรับอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างฉายรังสีที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากการฉายรังสี (skin reaction) ระดับ 3 ขึ้นไป (ผิวหนังเป็นแผลแฉะขนาดใหญ่หรือเป็นแผลเนื้อตายลึกถึงชั้นหนังแท้ มีเลือดออก) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 9 ราย, ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 6 ราย ซึ่งเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2564 ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าว และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ(Mucositis) ระดับ 3 ขึ้นไป (มีแผลอักเสบบวมเป็นหย่อมๆ) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสี ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 2 ราย,ปี พ.ศ. 2565และปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 1 ราย (งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, 2566) นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2564 - 2565 พบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลของพยาบาลรังสีรักษา จำนวน 3 ครั้ง ซึ่งจากการทำการวิเคราะห์หาสาเหตุในเหตุการณ์ดังกล่าว พบว่าเกิดจากการที่พยาบาลให้ข้อมูลแก่ญาติไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาและมีความพร้อมในการตรวจรักษา ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา การให้ข้อมูลครอบคลุมแบบองค์รวม ครบถ้วนชัดเจน จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจรักษาโดยรังสีรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถปฏิบัติตัวและเผชิญปัญหาได้เหมาะสม

ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง มุ่งเน้นการบริการพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงได้ประกาศนโยบายการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา และกำหนดค่านิยมองค์กรพยาบาล “CANCER” ซึ่งหนึ่งในค่านิยมองค์กรพยาบาลนั้นคือ C:/Communication เป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่ชัดเจน เข้าใจ ครบถ้วน งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา ยังไม่มีรูปแบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลที่ผ่านมาขึ้นอยู่กับบุคคล ระยะเวลาในการบริการ และจำนวนผู้ป่วย จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนขึ้นโดยกำหนดรูปแบบมาตรฐานในการให้ข้อมูล ร่วมกับให้เอกสารแผ่นพับสื่อวิดีทัศน์ในการทบทวนความรู้ด้วยตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา นำไปสู่การเพิ่มความรู้และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาและญาติได้

ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลรังสีรักษา จึงสนใจศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในด้านความรู้ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจและภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้จะเป็น

ประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพทุกกลุ่ม ที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เพิ่มคุณภาพในการบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย:

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในด้านความรู้ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจ และผลข้างเคียงจากการฉายรังสี

2.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับทราบถึงโครงร่าง วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยก่อนการเข้าร่วมโครงการ มีการขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ความรู้การปฏิบัติตัวก่อน, ระหว่างและหลังได้รับรังสีรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามที่ไม่ต้องการตอบ และขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ

ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

เมื่อวิจัยสิ้นสุดลง และได้คำตอบตามวัตถุประสงค์แล้ว จะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังได้รับรังสีรักษา การประสานงานติดต่อสื่อสารในปัญหาที่ซับซ้อนและอื่นๆ เพื่อดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องได้โดยไม่จำเป็นต้องมาที่โรงพยาบาล และสามารถนำผลวิจัยนี้ไปปรับใช้เพื่อการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในหน่วยงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลลำปาง กรมการแพทย์

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นระยะเวลา 3 เดือน ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย และจะถูกทำลายภายหลังครบกำหนดดังกล่าว การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยนี้ในวารสาร วิชาการหรือการประชุมวิชาการ จะเป็นการนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่มีข้อมูลใดที่ระบุหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้

ถ้าท่านมีปัญหาข้องใจ หรือรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 ต่อ 535

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ชื่อผู้วิจัย นางยุพิน ชัยนาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่อยู่ที่ติดต่อ 199 หมู่ที่ 12 ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

โทรศัพท์ที่ทำงาน 054-335262-8 ต่อ 221

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอดและ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย**จนเข้าใจเป็นอย่างดี**แล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลาตอบแบบสอบถาม เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่าไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา หรือการรับบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 ต่อ 535

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย ไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(นางยุพิน ชัยนาม)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก

คำชี้แจง

ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยคำตอบของท่านจะถือว่าเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ แต่จะมีการวิเคราะห์และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

เพศ ○ 1. ชาย ○ 2. หญิง

อายุ .....ปี

สถานภาพสมรส

○ 1. โสด ○ 2. สมรส

○ 3. หย่า/แยก ○ 4. หม้าย

ระดับการศึกษา

○ 1. ไม่ได้ศึกษา

○ 2. ประถมศึกษา ○ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.

○ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ○ 5. อนุปริญญา

○ 6. ปริญญาตรี ○ 7. สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ

○ 1. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ○ 2. เกษตรกร

○ 3. ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว ○ 4. รับจ้าง

○ 5. แม่บ้าน ○ 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

สิทธิการรักษา ○ 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ○ 2. ประกันสังคม

○ 3. สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ○ 4. ชำระเงินเอง

○ 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....

โรคประจำตัว ○ 1. มี ระบุ..... ○ 2. ไม่มี

สำหรับเจ้าหน้าที่

การวินิจฉัยโรค**.....**

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามและทำเครื่องเครื่องหมาย / ในข้อความที่ท่านเลือก

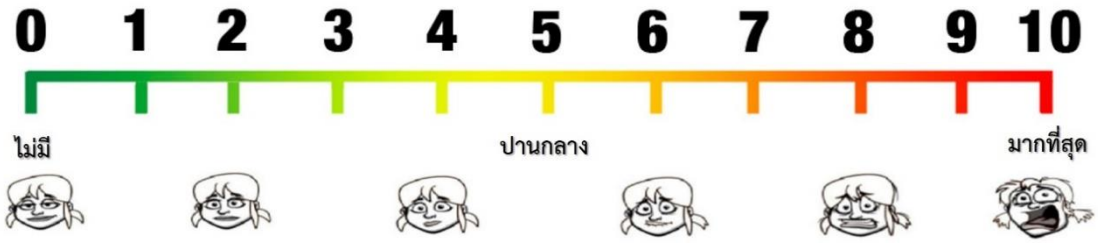
ข้อที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
แบบประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฉายรังสี(ข้อ 1-16)			
1	ผู้ที่ได้รับการฉายรังสีอาจมีอาการเจ็บเล็กน้อยบริเวณที่ฉายรังสี		
2	รังสีรักษาจะมีผลต่อการทำลายเซลล์มะเร็งเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อเซลล์ปกติ		
3	ผู้ที่ได้รับการฉายรังสีจะต้องได้รับการฉายรังสีทุกวัน ยกเว้นวันเสาร์ อาทิตย์หรือวันหยุดราชการ		
4	การดูแลความสะอาดร่างกายในระหว่างการฉายรังสีรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ		
5	ท่านสามารถรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 1-2 ลิตร สามารถเพิ่มอาหารระหว่างมื้อได้		
6	ผู้ที่ได้รับรังสีรักษาควรงดอาหารประเภทของหมักดอง เหล้า บุหรี่		
7	ผิวหนังบริเวณฉายรังสี สามารถถูกน้ำ และอาบน้ำได้ และซับให้แห้งด้วยผ้านุ่มๆหลังถูกน้ำ		
8	ผิวหนังบริเวณฉายรังสี สามารถฟอกสบู่ ทาแป้ง โลชั่นได้		
9	เส้นที่ขีดไว้บริเวณที่ฉายรังสี หากลบเลือนหายไปสามารถขีดเติมเองได้		
10	รังสีรักษาอาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้รับการฉายรังสีตั้งแต่สัปดาห์แรก และอาจพบผลข้างเคียงในระยะยาวภายหลังจากครบการรักษาไปแล้ว		
11	ผลข้างเคียงจากการฉายรังสีอาจพบผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ถลอกเป็นแผลได้ หากมีแผลควรหลีกเลี่ยงไม่ให้โดนน้ำ		
12	ถ้ามีแผลบริเวณที่ฉายรังสี สามารถซื้อยาตามร้านขายยาทั่วไปมาทาเองได้		
13	หลังฉายรังสีครบ 1 เดือนสามารถอาบน้ำฟอกสบู่ ทาแป้ง โลชั่นบริเวณผิวหนังที่ฉายรังสีได้		
14	การนวดบริเวณที่ฉายรังสีเพื่อป้องกันการเกิดพังผืด ควรทำเมื่อฉายรังสีครบประมาณ 1 เดือน และนวดผิวหนังอย่างน้อย 10-15 นาทีทุกวันตลอดไป		

ข้อที่	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
15	ในระหว่างการฉายรังสี สามารถออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมกับสภาวะของโรคและการรักษา		
16	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติระหว่างการฉายรังสีเช่นท้องเสียรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบ ไข้สูง มีเลือดออกบริเวณที่ฉายรังสี สามารถมาพบแพทย์ก่อนนัดได้		
แบบประเมินความรู้สำหรับผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ (ข้อ 17-18)			
17	ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีอาจมีอาการถลอกเป็นแผลควรงดโดนน้ำและปรึกษาแพทย์		
18	ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอควรทำการบริหารและนวดบริเวณที่ฉายรังสีอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันผลข้างเคียง เช่น พังผืด, ปากแคบ		
แบบประเมินความรู้สำหรับผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณทรวงอก (ข้อ 19-20)			
19	ผู้ที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณทรวงอกอาจมีอาการไอ เจ็บคอ กลืนลำบาก คลื่นไส้ เบื่ออาหารได้		
20	การรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ลดมัน ช่วยบรรเทาอาการไอและคลื่นไส้ อาเจียนได้		
แบบประเมินความรู้สำหรับผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน (ข้อ 21-22)			
21	ผู้ที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกรานอาจมีอาการท้องอืด ท้องผูกหรือท้องเสีย ได้		
22	ผลข้างเคียงในระยะยาวสำหรับผู้ที่ฉายรังสีบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกรานคืออาการลำไส้อักเสบหรือกระเพาะปัสสาวะอักเสบอาจทำให้มีปัสสาวะอุจจาระเป็นเลือด		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก

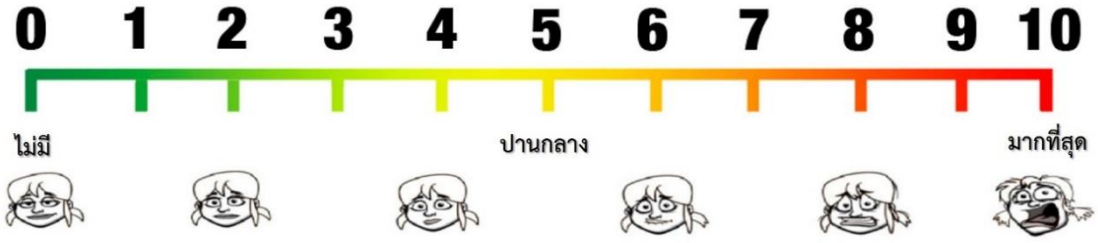
<u>ก่อนการได้รับข้อมูล</u>

ท่านมีความวิตกกังวลในระดับใดเกี่ยวกับการได้รับรังสีรักษา



<u>หลังได้รับข้อมูล</u>

ท่านมีความวิตกกังวลในระดับใดเกี่ยวกับการได้รับรังสีรักษา



ส่วนที่ 4 แบบประเมินพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามและทำเครื่องเครื่องหมาย / ในข้อความที่ท่านเลือก

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองระหว่างและหลังได้รับการฉายรังสีจากการเข้าร่วมโปรแกรมนี้					
2.ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองระหว่างและหลังการฉายรังสีได้					
3.โปรแกรมนี้ ช่วยให้ท่านเข้าใจการดูแลและดูแลตนเองรวมถึงการปฏิบัติตัวระหว่างและหลังการฉายรังสี					
4.โปรแกรมนี้ ช่วยให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเอง ระหว่างและหลังการฉายรังสี					
5.ท่านพึงพอใจในรูปแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลระหว่างและหลังการฉายรังสี					
6.ท่านพึงพอใจในสื่อและเอกสารประกอบการให้ความรู้					
7.ความพึงพอใจในภาพรวมต่อโปรแกรมนี้					

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กลุ่มการแพทย์

โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
งานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
วันนัดพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อวางแผนการรักษาและเอกซเรย์จำลองภาพ (CT Simulator)	**กิจกรรมครั้งที่ 1 ให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติในการรักษาเป็นรายบุคคล โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย** 1. ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET 2. ประเมินความรู้ ความวิตกกังวลผู้ป่วยก่อนได้รับรังสีรักษา 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ - การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น สอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนส่งมารับรังสีรักษาเพื่อให้เข้าใจตรงกันและพร้อมรักษา - วัตถุประสงค์ของการนัด แจ้งวัตถุประสงค์การนัดครั้งนี้เพื่อพบแพทย์และวางแผนการรักษา โดยแพทย์จะอธิบายข้อมูลแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบและตัดสินใจร่วมกัน โดยพิจารณาการรักษาจากองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ ตำแหน่งของโรคมะเร็งระยะของโรคสภาพร่างกายผู้ป่วย อายุ การรักษาที่เคยได้รับมาก่อน - อธิบายความหมายของรังสีรักษา รังสีรักษา หรือที่รู้จักกันว่าการฉายรังสีเป็นการรักษาโดยใช้รังสี เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง โดยอาศัยหลักการสำคัญคือให้มีการทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุดและมีผลแทรกซ้อนต่อเซลล์ปกติของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด	- พยาบาลจุดซักประวัติ

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	- อธิบายขั้นตอนการรักษาทางด้านรังสีรักษา เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าต้องรับการรักษาด้วยการฉายรังสี ผู้ป่วยจะได้รับการถ่ายภาพโดยใช้เครื่องจำลองการรักษาด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จัดทำอุปกรณ์ยึดตรึงร่างกายขณะฉายรังสี ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นแพทย์รังสีรักษาจะนำภาพจากเครื่องจำลองการรักษาด้วยเอกเซเรย์คอมพิวเตอร์แบบ 3 – 4 มิติ เข้าโปรแกรมวางแผนการฉายรังสี ใช้เวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ แล้วจึงนัดผู้ป่วยมาขีดเส้นจำลองภาพและนัดผู้ป่วยมาเริ่มฉายรังสี	
	1. ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา - แพทย์ผู้รักษา แจ้งชื่อ สกุลแพทย์ผู้รักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ - การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับแจ้งแผนการรักษาที่แพทย์ได้วางแผนไว้แก่ผู้ป่วยและญาติทราบ เช่น การฉายรังสี,หรือการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น - เป้าหมาย แจ้งเป้าหมายการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ 1) การรักษาให้หายขาด (curative treatment) ในกลุ่มผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะรักษาให้หายขาดได้ ต้องพิจารณาให้รังสีแก่ผู้ป่วยในปริมาณที่เพียงพอและบางครั้งต้องยอมรับผลข้างเคียงซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดได้ โดยยึดหลักสำคัญคือการให้ปริมาณ รังสีที่สูงสุดเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดและผลข้างเคียงที่ยอมรับได้ โดยอาจให้เป็นการรักษาด้วยรังสีเพียงอย่างเดียว (radical radiation)	- พยาบาลจุดลงทะเบียนรับผู้ป่วยใหม่

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กลุ่มการแพทย์

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	หรือให้ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด (concurrent chemoradiation) 2) การรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเน้นการบรรเทาอาการ เช่น อาการปวด การอุดตัน ภาวะเลือดออก การรักษาแผล รักษากระดูกหัก จากมะเร็ง เป็นต้น โดยมักจะให้การฉายรังสีในระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 1-10 ครั้ง เพื่อลดอาการจากรอยโรค - จำนวนครั้งการฉายรังสี ประเภทการรักษาผู้ป่วยนอก/ใน แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่าแพทย์วางแผนการฉายรังสีไว้เบื้องต้นกี่ครั้ง และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้และผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หรือได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการรับรังสีรักษา การเตรียมตัวก่อนการรับรังสีรักษา ได้แก่ การวางแผนการทำงาน การลางานหรือจัดการเวลาที่ต้องมารับการฉายรังสี ที่พักระหว่างการฉายรังสี การเตรียมค่าใช้จ่ายในการเช่าบ้านพักหรือค่าเดินทาง กรณีสิทธิ์ชำระเงินเอง รัฐวิสาหกิจอาจต้องสำรองเงินจ่ายเอง แล้วนำไปเบิกกับหน่วยงานต้นสังกัด และการเตรียมญาติผู้ดูแลกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากญาติหรือผู้ดูแล 3.พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการทำเอกซเรย์จำลองภาพ	

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กลุ่มการแพทย์

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	- ขั้นตอนการทำเอกซเรย์จำลองภาพ CT Simulator เป็นเครื่องเอกซ์เรย์คอมพิวเตอร์ที่ระบุตำแหน่ง รูปร่าง และขนาดของชิ้นเนื้อเยื่อมะเร็ง ตลอดจนอวัยวะใกล้เคียง โดยเชื่อมต่อกับเครื่องคอมพิวเตอร์วางแผน (Computer Planning) เพื่อสร้างภาพ 3 มิติ ทำให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาโดยใช้ลำรังสีเข้าได้หลายทิศทางด้วยคอมพิวเตอร์ การเตรียมตัวก่อนการตรวจด้วยเครื่องเอกซ์เรย์คอมพิวเตอร์จำลองการรักษา 1) งดน้ำและอาหารก่อนการตรวจ 6 - 8 ชั่วโมง (กรณีฉีดสารทึบรังสี) 2) ตรวจสอบประวัติก่อนการนัดหมายหรือในวันที่รับการตรวจรักษา ดังต่อไปนี้ สตรีตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้สารทึบรังสีมาก่อน ผู้ป่วยมีประวัติแพ้อาหารทะเล ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาอื่นๆ ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัวต่างๆ เช่น โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด และลมบ้าหมู เป็นต้น 3) ในกรณีผู้ป่วยที่ทำการตรวจระบบช่องท้องส่วนล่างและช่องท้องทั้งหมด ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำที่มีส่วนผสมของสารทึบรังสี ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ 4) ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้สารทึบรังสี อาหารทะเล โรคหอบหืด ให้รับประทานยาหรือฉีดยาแก้แพ้ ตามแพทย์สั่ง 5) ผู้ป่วยควรมีผลค่าการทำงานของไตก่อนการตรวจไม่เกิน 7 วัน	

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กระทรวงสาธารณสุข

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	- ให้คำแนะนำข้อมูลการนัดหมายและลำดับขั้นตอนมารับบริการเน้นย้ำวันที่นัดหมายเข้ารับบริการครั้งต่อไปตามลำดับขั้นตอนในใบนัด - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย - ให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมรับการตรวจรักษา	
วันที่นัดมาขีดเส้น (Simulator)	**กิจกรรมครั้งที่2** ให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติในการรักษาเป็นรายบุคคล โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย 1. ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET 2. แจ้งวัตถุประสงค์การมาตามนัด ให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า มาเพื่อขีดเส้นกำหนดขอบเขตของก้อนมะเร็งและอวัยวะปกติข้างเคียง ในขั้นตอนนี้จะมีการขีดเส้นบอกตำแหน่งบนผิวหนังผู้ป่วย ในบางครั้งอาจต้องใช้เครื่องมือยึดผู้ป่วย เช่น หน้ากากครอบศีรษะและหัวไหล่(กรณีฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ) หรือเตียงโฟมเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ขยับเขยื้อน เมื่อแพทย์ตรวจสอบแผนการรักษาในคอมพิวเตอร์แล้วจึงนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเริ่มฉายรังสีต่อไป 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสี - การดูแลผิวหนังบริเวณที่ขีดเส้นและการดูแลเส้นที่ขีด **การดูแลผิวหนัง /เส้นที่ขีด** ได้แก่ 1) ห้ามลบเส้นบริเวณที่ฉายรังสีที่แพทย์ขีดไว้ เพราะถ้าเส้นลบแพทย์จะต้องขีดใหม่ ทำให้เสียเวลาในการรักษาอย่าขีดเส้นที่ลบเลือนด้วยตัวเอง 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะ อาจมีอาการผมร่วง สามารถสระผมได้โดยใช้	- พยาบาลจุดคัดกรองรังสีรักษา - นักโภชนากร - นักกายภาพบำบัด

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	แชมพูอ่อนๆ (ห้ามเกาหรือถูหนังศีรษะ ให้ขยี้เบาๆ) ห้ามใช้น้ำมันใส่ผม หรือผลิตภัณฑ์ทาผมหรือแว็กซ์ทาบริเวณที่ฉายรังสี ถ้ารู้สึกคันศีรษะ อาจใช้น้ำมันมะกอกทา ส่วนอาการผมร่วง ผมจะขึ้นใหม่ได้ภายหลังการรักษาสิ้นสุดแล้ว 2-3 เดือน 3) หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดจัด หรือการสัมผัสบริเวณที่ฉายรังสีโดยตรงกับความร้อนหรือความเย็น ควรสวมหมวกหลวมๆ หรือกางร่ม 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณลำคอ ผิวหนังอาจมีสีแดง แห้งตึง เกิดอาการคัน ดำคล้ำ และตกสะเก็ด หรือแตกเป็นแผล ห้ามถู แกะ เกา ควรสวมเสื้อหลวมๆ นุ่มๆ ที่ทำจากเส้นใยธรรมชาติ เพื่อลดการเสียดสีผิวหนังควรตัดเล็บให้สั้น เพื่อป้องกันการแกะเกา 5) ผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี ควรล้างด้วยน้ำสะอาด ควรใช้ผ้าเช็ดตัวที่ อ่อนนุ่มซับบริเวณที่ฉายรังสี หลีกเลี่ยงการขัดถู หลีกเลี่ยงการใช้น้ำฝักบัวที่มีแรงดันน้ำที่แรงในการอาบน้ำ 6) ไม่ควรว่ายน้ำในสระที่มีคลอรีน เพราะจะทำให้ผิวแห้ง 7) ห้ามวางกระเป๋าน้ำร้อน น้ำแข็งบริเวณที่ฉายรังสี ห้ามปิดพลาสเตอร์ ทายาหม่อง บริเวณที่ฉายรังสี 8) ถ้าเกิดอาการคัน ห้ามทาแป้งฝุ่น เพราะแป้งฝุ่นผสมด้วยโลหะหนัก ทำให้ระคายเคืองผิวดำคล้ำมากขึ้น ให้ใช้แป้งข้าวโพดบริสุทธิ์แทน 9) ใช้ครีมกันแดดที่มีค่า SPF15 เป็นเวลา 1 ปี หลังการฉายรังสีเสร็จสิ้น	

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	- ให้ข้อมูลการนัดเริ่มฉายรังสี แจ้งวันนัดเริ่มฉายรังสีวันแรกแก่ผู้ป่วยและญาติ - ลำดับขั้นตอนมารับบริการครั้งต่อไป แจ้งขั้นตอนการมาตามนัดตามรายละเอียดใบนำทางให้ผู้ป่วยกับญาติรับทราบ 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 5. ส่งพบนักโภชนากรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง 6. ส่งพบนักกายภาพบำบัดให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การออกกำลังกาย ฟื้นฟูสภาพ 7. แจกคู่มือ/แผ่นพับ/ QR Code	
วันที่นัดมาฉายรังสีวันแรก	**กิจกรรมครั้งที่3** ให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติในการรักษาเป็นรายบุคคล โดยกิจกรรมประกอบไปด้วย 1. ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ - ขั้นตอนการรับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ การยื่นบัตรลงทะเบียนที่เวชระเบียน หรือลงทะเบียนผ่าน LPCH Easy Application รับคิวการฉายรังสี ณ ห้องฉายรังสีตามเวลานัดหมาย - การเจาะเลือด และพบแพทย์เพื่อประเมินอาการประจำสัปดาห์ตามวันที่แพทย์นัดตรวจในใบฉายรังสี เพื่อติดตามอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการฉายรังสี - ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน (acute complication) และการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงได้แก่ -ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน (acute complication) ทั่วไป พบตั้งแต่เริ่มการรักษาไป	- พยาบาลจุดคัดกรองรังสีรักษา/พยาบาลจุดรับคำสั่งการรักษา

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	จนถึง 6 เดือน หลังการฉายรังสีซึ่งเกิดขึ้นบริเวณที่ฉายรังสี ผลข้างเคียงชนิดนี้มักจะเกิดกับเซลล์และเนื้อเยื่อที่ต้องมีการแบ่งเซลล์ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่าอยู่ตลอดเวลา เช่น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี การเกิดอาการอ่อนเพลีย ภูมิต้านทานต่ำจากเม็ดเลือดขาวลดจำนวนลงถ้าบริเวณที่ฉายรังสีโดนไขกระดูก เป็นต้น แต่ผลข้างเคียงชนิดนี้จะดีขึ้นเมื่อหยุดการฉายรังสีและให้เวลาเซลล์ปกติแบ่งตัวใหม่ขึ้นมาทดแทน - ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงจากการฉายรังสี (skin reaction from radiation) ผิวหนังบริเวณที่ได้รับการฉายรังสีจะเหมือนผิวหนังที่มีอาการแพ้ เป็นผื่นแดงคล้ำ แห้ง เป็นขุย ทำให้เกิดอาการคัน พยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผิวหนังบริเวณศีรษะระหว่างที่ได้รับการฉายรังสี และกรณีที่เริ่มผิดปกติ ห้ามทายาทุกชนิดเองนอกเหนือจากที่แพทย์แนะนำ ห้ามแกะ เกา3ลอกผิวหนังที่เป็นขุยหรือที่เป็นสะเก็ดออก เพราะจะทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคือง มีอาการแสบ แดง เพิ่มมากขึ้น - การสูญเสียภาพลักษณ์ การฉายรังสีบริเวณศีรษะจะทา ให้เกิดผมร่วงได้พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ทำความเข้าใจและยอมรับที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การฉายรังสีอาจทำให้ผมร่วง เนื่องจากรังสีทำให้รากผมหยุดการเจริญเติบโตและหยุดการแบ่งตัวโดยฉายรังสีบริเวณไหน ผมก็จะร่วงบริเวณนั้น เส้นผมในบริเวณที่ได้รับรังสีในปริมาณไม่สูง จะสามารถขึ้นใหม่ได้หลังฉายรังสีครบตามแผนการรักษา ภายใน 2-3 เดือน ลักษณะเส้นผม	

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	ที่ขึ้นมาใหม่อาจน้อยกว่าเดิม จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนผมบางลง การตัดผมสั้นจะช่วยให้ดูแลง่ายขึ้น - อาการอ่อนล้า (fatigue) ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนล้าเกิดขึ้นภายใน 2-3 วันแรก หรือภายในสัปดาห์แรก แล้วจะหายได้เองภายใน 2-3 สัปดาห์หลังฉายรังสีครบ โดยมีอาการง่วงนอนมาก อ่อนล้า การพยาบาลเพื่อลดอาการอ่อนล้าให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเท่าที่สามารถทำได้อย่างน้อย 15-30 นาทีต่อวัน รับประทานอาหารที่เพียงพอ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนที่ช่วยสร้างความแข็งแรงของใยกล้ามเนื้อ นอนหลับ พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 7-8 ชั่วโมงต่อวันก็จะทำให้อาการอ่อนล้าลดลง - ผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน (acute complication) เฉพาะที่ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ฉายรังสีบริเวณทรวงอก, ศีรษะและลำคอ ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน เป็นต้น พร้อมทั้งอธิบายการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียง (รายละเอียดตามคู่มือ) - ให้ข้อมูลช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่กรณีที่มีอาการผิดปกติ ในเวลาราชการ สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลกับพยาบาลรังสีรักษา ที่จุดบริการ เบอร์ 20 หรือโทร 054-335262-8 ต่อ 221 นอกเวลาราชการติดต่อที่จุดรปภ.เพื่อประสานส่งต่อผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ สำหรับประเมินอาการและดูแลต่อไป เจ้าหน้าที่ในเวลาและนอกเวลาราชการ - ปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย	

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
วันที่มาพบแพทย์ประจำสัปดาห์ระหว่างฉายรังสี	**กิจกรรมครั้งที่ 4** พยาบาลให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติในการรักษาเป็นรายบุคคล โดยรายละเอียดกิจกรรมประกอบไปด้วย 1. ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET 2. ทบทวนความรู้การปฏิบัติตัว สอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างฉายรังสี เช่น การดูแลผิวหนัง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา เป็นต้น 3. ประเมินผลข้างเคียงระยะเฉียบพลัน (ตามอวัยวะที่ฉายรังสี) ได้แก่ Skin reaction ภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉายรังสี เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า ท้องเสีย เป็นต้น 4. ประเมินภาวะโภชนาการ และจิตใจ การจัดการความเครียดหรือความวิตกกังวล 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 6. ส่งพบนักโภชนากรและนักกายภาพบำบัดเพื่อประเมินติดตามอาการและผลข้างเคียง	- พยาบาลจุดซักประวัติ
วันที่ครบการฉายรังสี	**กิจกรรมครั้งที่ 5** พยาบาลให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติในการรักษาเป็นรายบุคคล 1. ใช้รูปแบบการสื่อสารผู้ป่วยแบบ AIDET โดยรายละเอียดกิจกรรมประกอบไปด้วย 2. ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังสิ้นสุดการฉายรังสี ได้แก่ - การดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี หลังจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีครบตามแผนการรักษาแล้ว ควรแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัวเหมือนในขณะที่ได้รับรังสีต่ออีกประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ ได้แก่	- พยาบาลจุดรับคำสั่งการรักษา

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	- เส้นที่ขีดบนผิวหนังปล่อยให้ลบเลือนไปเอง ห้ามขัดถู สามารถถูกน้ำได้ตามปกติ ทั่วร่างกาย ถ้ามีแผลบริเวณที่ฉายรังสี รอให้แผลแห้งดีจึงถูกน้ำได้ - การนวดผิวหนังกรณีที่ไม่มีแผล นวดน้ำมันมะกอก หรือโลชั่นที่หน้าท้อง เพื่อป้องกันพังผืดภายหลังการรักษาประมาณ 1 เดือน กรณีที่มีแผลรอให้แผลหายก่อน ใช้มือนวดเบาๆ เหมือนคลึงลูกมะนาว นวดประมาณ 10-15 นาที/ครั้ง ทุกวันตลอดไป - ดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ไปทำงาน ทำงานบ้าน ทำงานอดิเรก ดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกายที่ไม่หักโหม ปฏิบัติกิจทางศาสนา - การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ทุกชนิด งดอาหารหมักดอง เหล้า บุหรี่ หรือตามคำแนะนำของนักโภชนาการ - ออกกำลังกาย เพื่อการฟื้นฟูสภาพได้ทุกวัน ตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด - การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงระยะยาวจากการรับรังสีรักษา (late complication) ผลข้างเคียงระยะยาว มักเกิดขึ้นหลังได้รับการรักษาโรคด้วยรังสีเสร็จสิ้นไปแล้วนานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จนถึงหลายปี เกิดจากรังสีไปทำลายเส้นเลือดฝอยในเนื้อเยื่อปกติทำให้เนื้อเยื่อนั้นตายไปในที่สุด ซึ่งผลข้างเคียงชนิดนี้นั้นจะเป็นตัวกำหนดปริมาณรังสีที่ใช้รักษาไม่ให้มากเกินไปและผลข้างเคียงชนิดนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ - อธิบายการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวแต่ละอวัยวะ (รายละเอียดตามคู่มือ)	

วันที่มาทำกิจกรรม	กิจกรรมในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	- อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ได้แก่ - มีไข้สูง หนาวสั่น - มีเลือดออกผิดปกติ - หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบ - ท้องเสียอย่างรุนแรงและเรื้อรัง - คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง - มีอาการปวดขา ขาบวม - ปัสสาวะลำบาก แสบขัด หรือมีเลือดปนมากับปัสสาวะ - น้ำหนักลด หรือเพิ่มขึ้นอย่างมาก - มีเนื้องอกเกิดขึ้นใหม่ในที่เดิม หรือในตำแหน่งใหม่ 3. ให้ข้อมูลการนัดและช่องทางการติดต่อสอบถามเมื่อกลับไปอยู่บ้าน กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกับพยาบาลรังสีรักษา ที่จุดบริการเบอร์ 20 โทร 054-335262-8 ต่อ 221 หรือทาง Line official 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 5. ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรู้ความวิตกกังวลหลังได้รับรังสีรักษา และความพึงพอใจของโปรแกรมให้ความรู้	

คู่มือการดูแลตนเอง

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

ใบรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
เลขที่หนังสือ ๗ / ๒๕๖๗

ชื่อโครงการ:	ประสิทธิผลโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาแบบผู้ป่วยนอก
ชื่อหัวหน้าโครงการ:	นางยุพิน ชัยนาม
หน่วยงานที่สังกัด:	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
สถานที่ทำวิจัย:	โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
เอกสารที่รับรอง:	๑. โครงร่างงานวิจัย ๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ๓. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ๔. แบบสอบถาม
วันที่รับรอง :	๕ มกราคม ๒๕๖๗
วันที่สิ้นสุดการรับรอง:	๔ มกราคม ๒๕๖๘
รายงานความก้าวหน้า:	-

คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ

ลงนาม.....
(นายพิพัฒน์ คูประเสริฐยิ่ง)
ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....
(นายวีรวัต อุครานันท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

หน้า 1/1

ประวัติหัวหน้าโครงการผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางยุพิน ชัยนาม

วัน เดือน ปีเกิด 20 มกราคม 2512

ประวัติการศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา - มัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนเกาะคาวิทยาคม พ.ศ. 2530

ระดับปริญญาตรี - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีธัญญา พ.ศ. 2537

- หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีลำปาง พ.ศ. 2545

ประกาศนียบัตร - หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2561

ประวัติการทำงาน

- พยาบาลปฏิบัติการงานพยาบาลผู้ป่วยในฝ่ายการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2537
- พยาบาลปฏิบัติการงานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษาศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลำปาง ปีพ.ศ.2537
- หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน

ผลงานวิจัยที่ได้รับตีพิมพ์

- ผู้ร่วมวิจัย: ผลของการบีบลูกบอลต่อขนาดหลอดเลือดดำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง แหล่งทุน: งบเงินบำรุงโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, ปีที่เผยแพร่: พ.ศ. 2561

- ผู้ร่วมวิจัย; อุบัติการณ์และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะช่องคลอดตีบตันในผู้ป่วย โรคมะเร็งนรีเวช ที่ได้รับการฉายรังสีและการฝังแร่ ปีที่เผยแพร่ พ.ศ. 2564

- ผู้ร่วมวิจัย: ประสิทธิผลของการใช้อาหารเหลวคุณค่าโภชนาการครบถ้วนในผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและลำคอที่มีภาวะทุพโภชนาการ แหล่งทุน: บริษัทซีพีฟู้ด (ประเทศไทย) จำกัด, ปีที่เผยแพร่ พ.ศ. 2564

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์