

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2543 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 22.4 ล้านคน โดยพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 10.1 ล้านคนในทุก ๆ ปีและในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคน ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตมักเกิดในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, 2548) สำหรับประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ โดยมี อัตรา 73.9 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2546 และมีแนวโน้มสูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มะเร็งตับพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 39.9 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็น 51.6 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2545 (สถิติสาธารณสุข, 2548) ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพตามมา

การรักษา มะเร็งตับและท่อน้ำดีในปัจจุบันมี 2 วิธีคือ การรักษามุ่งหวังให้หายขาด (Curative treatment) ประกอบด้วย การผ่าตัด (Surgical resection) และการปลูกถ่ายตับ (Liver transplantation) ส่วนการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment) เป็นการรักษาเพื่อให้มีการหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้และการรักษาตามอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การตัดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณที่เป็นมะเร็งเพื่อให้เซลล์มะเร็งตาย (Hepatic devascularization) การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) การฉายรังสีร่วมกับการอุดกั้นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมะเร็งที่ตับ (Chemoembolization) การใช้รังสีในการรักษา (Radiotherapy) และการให้ฮอร์โมนร่วมในการรักษา (Hormonal therapy) ส่วนการรักษามะเร็งท่อน้ำดีหากทำการผ่าตัดไม่ได้ มักรักษาโดยการวางท่อระบายน้ำดี เพื่อบรรเทาอาการตัว ตาเหลือง หรือไข้ เนื่องจากการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี (จิตชม สุวรรณน้อย, 2543; เต็มชัย ไชยวุฒิ & ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2541; Bartlett, 2005) ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมักมีอัตราการรอดชีวิตน้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะพบแพทย์เมื่อมีอาการหรือการดำเนินของโรคอยู่ในระยะลุกลามแล้ว รวมทั้งปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่ตรวจพบโรคนี้ได้ในระยะเริ่มแรก ทำให้การรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้ทำให้โรคหายขาด แต่เน้นที่การรักษาแบบประคับประคองที่มุ่งหวังให้หยุดยั้งโรคมะเร็งให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (ชุดิมา ประมูลสินทรัพย์, 2544; เพ็ญเพชร เกียรติเสวี, 2544) และการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการแพร่กระจายลุกลามของโรคในระยะสุดท้าย เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและเผชิญความตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นคน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพและสอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย (นุชรินทร์ ลภณฑกุล, 2543)

ศูนย์มะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานบริการระดับตติยภูมิที่ให้บริการด้านการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งพบมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากเป็นอันดับแรก โดยมีอัตราการเจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2545-2549 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 185, 218, 215, 304 และ 328 ราย ตามลำดับ (สถิติหน่วยมะเร็ง ศูนย์มะเร็งอุดรธานี, 2549) การรักษามะเร็งตับและท่อน้ำดีในศูนย์มะเร็งอุดรธานีมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การ

ระบายน้ำคือนำออกทางผิวหนัง (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD) และการรักษาแบบประคับประคอง โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์และเข้ารับการรักษามักอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดตรวจพบโรคนี้ในระยะเริ่มแรกได้อย่างเฉพาะเจาะจง การวินิจฉัยระยะเริ่มแรก (Early detection) ทำโดยการคัดกรองตรวจค่า Alpha-fetoprotein (AFP) ซึ่งเป็นสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker) ร่วมกับการทำ Ultrasound ส่วนการตรวจชิ้นเนื้อทำได้น้อย เนื่องจากผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการตรวจ หรือมีข้อจำกัดในการตรวจ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่มีการลุกลาม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจนกระทั่งเสียชีวิตได้ อีกทั้งประชาชนยังขาดการตระหนักถึงอาการแสดงของโรค เนื่องจากในระยะเริ่มแรกอาการแสดงของโรคจะไม่เด่นชัด (ท้องอืด, ท้องเดิน, ท้องผูก, คลื่นไส้, ปวดท้อง) ทำให้พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษามักมีอาการแสดงของโรคที่รุนแรงแล้ว เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องมาน คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ตาเหลืองตัวเหลือง หรือก่อนในด้นมีขนาดโตมากและลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง ทำให้ยากต่อการรักษาและมีอัตราการรอดชีวิตต่ำ 3-6 เดือน การรักษาส่วนใหญ่จึงให้การรักษาตามอาการ (Supportive treatment) เช่น การรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา ร่วมกับการให้ยาบรรเทาอาการต่าง ๆ ติดตามความก้าวหน้าของโรคและส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยเน้นการให้การดูแลแบบประคับประคองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ รวมทั้งการดูแลจิตใจของสมาชิกในครอบครัว เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาที่เหลืออยู่

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค พยาธิสภาพของโรคและผลจากการรักษา ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานเกี่ยวกับโรคและผลจากการรักษามากที่สุด ความทุกข์ทรมานด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค มีภาวะตับโต มีก้อนในช่องท้อง หรือมีภาวะท้องมาน อาการตัวและตาเหลืองจากการคั่งของน้ำดี ทำให้มีอาการคันตามร่างกาย บางรายมีอาการอึดแน่นท้อง เบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า ซึ่งความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจตามมา เนื่องจากอาการต่าง ๆ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก่อให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย ไม่สามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ตนต้องการและไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตนเองคาดหวัง ตลอดจนไม่สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองและจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น ท้องโต ตัวตาเหลือง ผอมแห้ง ไม่มีแรง ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าออกไปพบปะผู้คน สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองและวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว กลัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่า รุนแรงเป็นแล้วต้องตายทุกราย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดหวังในการรักษา บางรายปฏิเสธการรักษาหรือไม่ยอมมารับการรักษาต่อ ส่วนด้านสังคม ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงและเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่การทำงานของตนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่อ่อนแอลง บางรายไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากสภาพร่างกายทรุดโทรม นอกจากนี้ การมาตรวจตามนัด ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการเดินทางมาโรงพยาบาล ส่งผลต่อเศรษฐกิจในครอบครัวและสังคมตามมา ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากไม่สามารถทำหน้าที่และมีกิจกรรมด้านสังคมได้เหมือนเดิม รวมทั้งการถูกคุกคามด้วยโรคมะเร็งอยู่ตลอด ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ซึมเศร้า แยกตัวออกจาก

สังคม แสดงอาการเฉยชา ปลดปล่อยให้เป็นไปตามโชคชะตา เบื่อหน่ายชีวิต หมกกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง ซึ่งนอกจากผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีภาระงานเพิ่มขึ้น และประเทศชาติสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยตามมา

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง กระบวนการรักษา ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยว่าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน สุระกุล (2544) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการ ได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีความรู้สึกตกใจกลัว เพราะความตายอยู่ใกล้ ทำให้ถึงต้องเป็นเรา เครียด สับสน กังวลใจ ทำอย่างไรให้หายจากโรคร้ายนี้ ซึ่งการให้ความหมายและสะท้อนความรู้สึกต่อการรับรู้ความหมายของโรคมะเร็งจากความเชื่อที่บอกต่อ ๆ กันมาและเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งทำให้มีความรู้สึกสิ้นหวัง คิดว่าต้องตาย หวันวิตกไม่แน่ใจในอนาคตและการรักษา (จันทรา จิตต์วิบูลย์, 2543) รับรู้ว่าเป็นโรครักษาไม่ได้ อายุไม่ยืน เป็นโรคเรื้อรังรม มีชีวิตอยู่อย่างทรมานและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547) โดยรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน เช่น มีความรู้สึกตกใจ กลัว โกรธ ขมขื่น ท้อแท้ หมกหวัง รู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตทั้งจากโรคมะเร็งและการรักษา เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ก่อให้เกิดความเครียด และสถานการณ์ที่วิกฤตของชีวิต (Krause, 1991) ทำให้ต้องเผชิญกับความสูญเสีย ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน วิตกกังวล เผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจและก๊วตาย (Halldorsdottir & Hamrin, 1996) รอคอยความตาย มีความรู้สึกไม่แน่นอนและเป็นสิ่งที่น่าหวาดหวั่นอย่างมาก รู้สึกโดดเดี่ยวและเป็นภาระต่อครอบครัว (Thome, 2003) ความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการเป็นโรคที่เขยวยาไม่ได้ อาลัยอาวรณ์ต่อชีวิตปัจจุบัน (สุนน ปิ่นเจริญ & อรสา กงตาล, 2546) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคลมีความสัมพันธ์กับอาการทุกข์ทรมานจากโรค ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา (Ehlke, 1988; Holme, 1991) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะมีผลต่อการปรับตัวและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540)

การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระของครอบครัวและบุคคลอื่น การสูญเสียความสามารถด้านร่างกายเนื่องจากอาการจากพยาธิสภาพของโรคและผลจากการรักษา ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงหรือไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เคยทำได้ ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง ประกอบกับการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายเป็นแล้วต้องตาย ส่งผลให้รู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล ท้อแท้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจ สูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้บ่งชี้ได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Roy, 1984) ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงพฤติกรรมในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ต่อไปโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ซึมเศร้าและสิ้นหวัง มีพฤติกรรมแยกตัวเอง อ้างว้างโดดเดี่ยว หากเกิดร่วมกับพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง อาจส่งผลให้อาการโรคเลวลงถึงกับเสียชีวิตได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีจัดเป็นสิ่งที่เร้าที่เข้ามากระทบระบบของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์ ส่งผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย จากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกละอายเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือการคาดคะเนความสูญเสียในอนาคต เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย สูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และการดำรงชีวิต สูญเสียพลังอำนาจและส่งผลให้สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและหมดหวังได้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์ทั้งด้านร่างกายและส่วนบุคคล (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542; รัชนิพร คนชุม, 2547) ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีควรเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เพิ่มศักยภาพหรือความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ควบคุมสถานการณ์และควบคุมชีวิตของตนเองได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Kubsch & Wichowski, 1997) เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย จัดเป็นสิ่งที่เร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลจากการรักษาว่าเป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายด้านลบ ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด การปรับตัวของผู้ป่วยย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสิ่งที่มากระทบต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยควรเป็นกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลด ขจัดสิ่งเร้าหรือปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ หรือการเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวของบุคคล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

พยาบาลในฐานะที่มีสุขภาพทำให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเข้าไปมีผลต่อกระบวนการเผชิญปัญหาผ่านกลไกการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและสามารถแก้ปัญหาได้ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าเขาสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อม รับรู้ความสามารถและข้อจำกัดของตัวเอง (นิตย์ ทศนิยม, ม.ป.ป.) ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความรู้สึกทุกขั้วทรมานทางด้านจิตใจได้และรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจ ซึ่งเป็นแรงผลักดันทางจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็ง ยังไม่พบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างไรก็ตามพบว่า มีการศึกษาของรัชนิพร คนชุม (2547) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่ค่าเฉลี่ยการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านความรู้สึกต่อร่างกาย ด้านปณิธานและความคาดหวังไม่แตกต่างกัน และเนื่องจากงานวิจัยนี้ทำในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงไปสู่ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นได้ อีกทั้งมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ส่วนใหญ่อยู่ในระยะสุดท้ายและมีการดำเนินของโรคที่รุนแรง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปรับตัว ทำให้เกิดภาวะสูญเสียอำนาจได้ง่าย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยนำทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวหรือเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย โดยส่งเสริมกลไกการคิดรู้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ การตัดสินใจและการปรับอารมณ์ ทำให้ความรุนแรงของสิ่งเร้าตกอยู่ภายในขอบเขตความสามารถในการปรับตัว จนกระทั่งสามารถปรับตัวได้ เพื่อผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้จะเป็แนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยในการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. คำถามการวิจัย

การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีหรือไม่

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

4. สมมติฐานของการวิจัย

- 1) ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ภายหลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2) ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5. กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1991) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1991; 1995) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

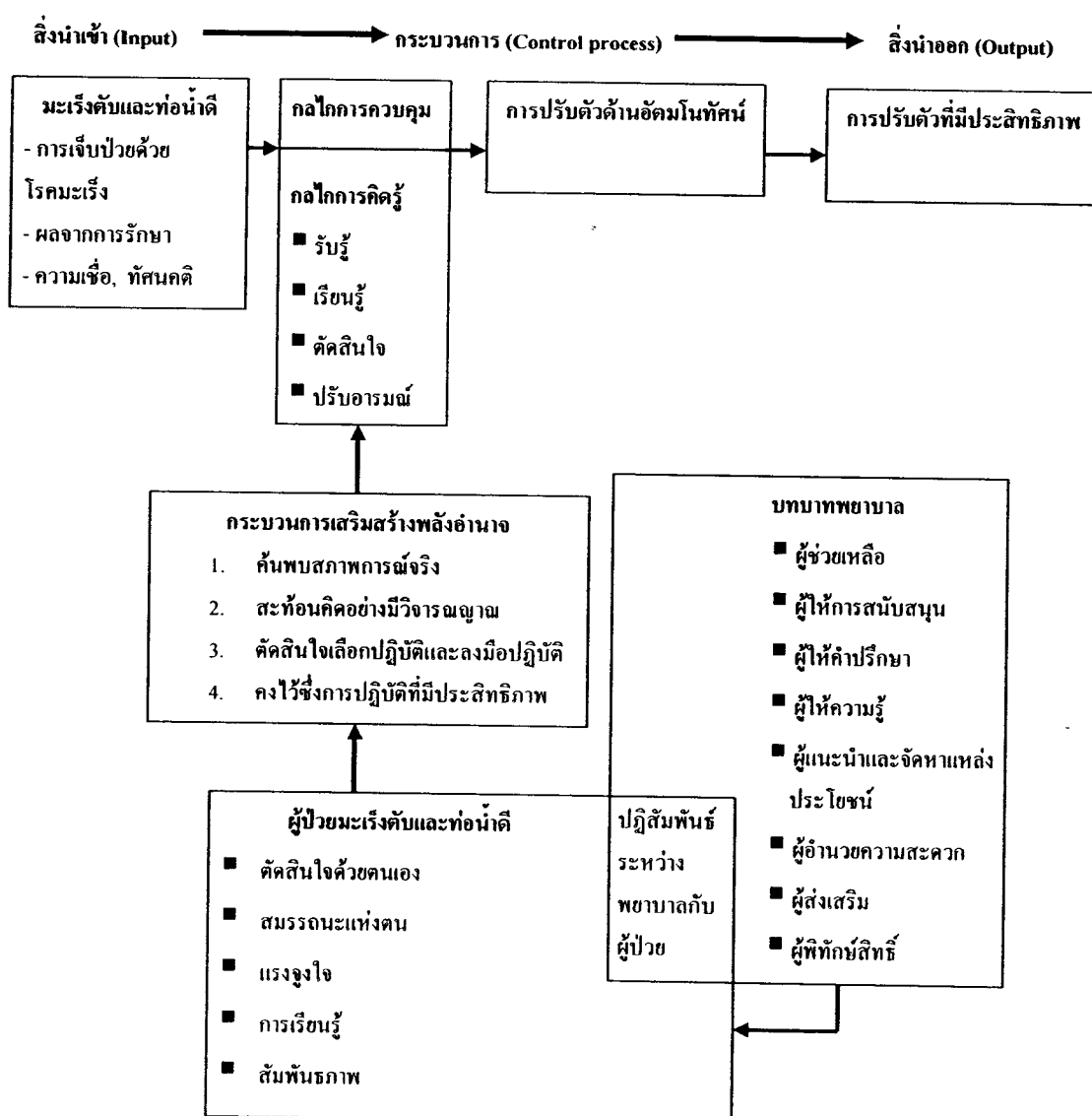
ทฤษฎีการปรับตัวของรอย อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลว่าเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่ง ประกอบด้วยกาย จิต สังคมประกอบขึ้นเป็นหน่วยเดียว องค์ประกอบทั้งสามจะทำงานประสานกัน ไม่อาจแบ่งแยกได้ (A unified whole) และมีการดำเนินการอย่างมีเป้าหมาย มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลาสิ่งแวดล้อมดังกล่าวจัดเป็นสิ่งที่เร้าจำแนกเป็น 3 ประเภท คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง สิ่งเร้าที่เข้ามากระทบต่อหน่วยย่อยใด ๆ ก็ตามจะมีผลกระทบต่องทั้งระบบ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบระบบบุคคลจะต้องมีการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตสังคม โดยผ่านกลไกที่บุคคลใช้ในการเผชิญปัญหา คือ กระบวนการควบคุม (Control process) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) กระบวนการควบคุม (Regulator subsystem)

เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติโดยที่บุคคลไม่รู้ตัว มีการทำงานร่วมกันของระบบประสาท สารเคมี ในร่างกายและต่อมไร้ท่อ เพื่อที่จะควบคุมการทำงานของร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุลและ 2) กระบวนการคิดรู้ (Cognator subsystem) เป็นกลไกการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในภาวะที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวเป็นอัตโนมัติเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ รวมถึงการกลั่นกรองรับรู้สิ่งที่สนใจ การประมวลข้อมูลและความจำการเรียนรู้รวมถึงการเลียนแบบ การ จูงใจ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง กระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหาและการตอบสนองทางอารมณ์ กระบวนการทั้ง 2 นี้มี ความสัมพันธ์กันและทำงานประสานกันเสมอไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม เพื่อให้บุคคลสามารถ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน พฤติกรรมการปรับตัว ทั้ง 4 ด้าน เป็นสิ่งที่แสดงว่าบุคคลนั้นมีการปรับตัวดีหรือไม่ซึ่งสามารถพิจารณาผลลัพธ์ของการปรับตัวได้ 2 ลักษณะคือ 1) พฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ จะส่งเสริมความมั่นคงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของ บุคคล 2) พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะเป็นตัวขัดขวางความมั่นคงทางด้านร่างกาย จิตใจและ สังคม โดยจะมีกระบวนการย้อนกลับไปยังสิ่งนำเข้า (Input) เพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ซึ่งเป็นสัมพันธ์ภาพด้านบวก มีความไว้วางใจกัน เห็นใจกันร่วมมือกัน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ป่วยมีการตัดสินใจด้วยตนเอง มีแรงจูงใจ มีการเรียนรู้ มีความรู้สึกร่วม ทั้งนี้ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้สนับสนุน มีขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ แท้จริงและพยายามทำให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ผู้ป่วยจะได้รับการส่งเสริมให้ใช้ความสามารถของ ตนเองในการคิดพิจารณาใคร่ครองทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา แสวงหาทางเลือกและแนวทางสำหรับ ชีวิตตนเองที่ตนเองให้ความสำคัญ (Personal significance) ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติของ ตนเอง (Taking charge) การเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมโดยใช้เหตุผลของตนเอง ประกอบการ ตัดสินใจ เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ สอดคล้องกับปัญหาของตน สามารถตอบสนองความต้องการของ ตนเอง พัฒนาทักษะการแก้ปัญหา พัฒนาความเข้มแข็งและความสามารถของตนเอง เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ ในตนเอง (A sense of personal power) ทำให้เกิดการยอมรับการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self determination) โดย พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นความมุ่งมั่น (Commitment) ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยพบปัญหา ผู้ป่วยจะแก้ไขปัญห และเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการจัดการหรือควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองจากการเจ็บป่วย

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีจัดเป็นส่ ึ่งเรื้อทางลบที่ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมโดยผ่านทั้งกลไกการ ควบคุมและกลไกการคิดรู้ กล่าวคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญอาการรุนแรงจากการดำเนิน ของโรค ผลจากการรักษาและต้องใชการรักษอย่างต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อกลไกการคิดรู้ของผู้ป่วย โดย

ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความทุกข์ทรมาน ความท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้ขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลต่อการปรับตัวในด้าน อคติโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งเร้าตรงทางบวกที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวหรือเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย โดยส่งเสริมกลไกการคิดรู้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ การตัดสินใจและการปรับอารมณ์ รู้สึกสามารถควบคุมตนเอง ช่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยและผลจากการรักษา เป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงและสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ จนกระทั่งสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนจะส่งเสริมกระบวนการคิดรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับและท่อน้ำดีปรับตัวด้านอคติโนทัศน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

6. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แผนการทดลองแบบ Nonrandomized control group pretest-posttest design เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับและ ท่อน้ำดี ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสามัญชาย ผู้ป่วยสามัญหญิง 1 และหอผู้ป่วยพิเศษ 1 ศูนย์มะเร็งอุดรธานี

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการพยาบาล อาศัยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยดำเนินการให้การพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) ภายใต้ระบบการดูแลผู้ป่วย บรรยายการปฏิบัติงาน ทศนคติของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติการของพยาบาลประจำการแต่ละราย ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลเฉพาะทางของศูนย์มะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

7. ข้อยกเว้นของงานวิจัย

ศูนย์มะเร็งอุดรธานีเป็นโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบมากเป็นอันดับแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมาพบแพทย์และเข้ารับการรักษาอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ทำให้ยากต่อการรักษาและมีอัตราการรอดชีวิตต่ำ 3-6 เดือน การรักษาส่วนใหญ่จึงให้การรักษาตามอาการ (Supportive treatment) และเน้นให้การดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคว่ารุนแรงเป็นแล้วต้องตายทุกราย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังในการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยอมเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล แต่ติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อมาขอรับยาในการบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนน้อยและพักรักษาเป็นระยะเวลาดสั้น ๆ หากมีอาการทุเลาลง หรือเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจะขออนุญาตกลับบ้านเพื่อใช้ชีวิตอยู่กับสมาชิกในครอบครัวในระยะเวลาที่เหลืออยู่ โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยจะอยู่รักษาในโรงพยาบาลประมาณ 4-8 วัน

8. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

8.1 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ภาพลักษณ์ ความคาดหวังของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบ ทั้งสิ่งเร้าที่แวดล้อมจากภายในและภายนอกร่างกายที่บุคคลนั้นเผชิญและมีปฏิสัมพันธ์อยู่ เพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งความสมดุลหรือสร้างความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการตอบสนองความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับด้านร่างกายและด้านบุคคล ซึ่งด้านร่างกายแบ่งเป็น 2 ด้านย่อย ได้แก่ ด้านความรู้สึกรู้สึกต่อร่างกายและภาพลักษณ์ ส่วนด้านบุคคลแบ่งเป็น 3 ด้านย่อยได้แก่ ด้านความมั่นคงในตนเอง ด้านปณิธานและความคาดหวังและด้านศีลธรรม จรรยา จิตวิญญาณ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; Roy & Andrewes, 1999)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองทางความรู้สึกก็นึกคิดที่ผู้ป่วยมะเร็งระดับ และท่อน้ำดีมีต่อตนเอง เกี่ยวกับด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคล สามารถวัดได้โดยใช้แบบประเมินการปรับตัว ด้านอ้อม โนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีที่ผู้วิจัย ได้ปรับปรุงจากแบบประเมินการปรับตัวด้านอ้อม โนทัศน์ ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดของรัชนิพร คนชุม (2547) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ รอย (Roy & Andrewes, 1999)

8.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง กระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับ (Recognizing) การ ส่งเสริม (Promoting) การเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนอง ความต้องการของบุคคล แก้ไขปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิด ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุม ความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1991)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย มะเร็งระดับและท่อน้ำดีพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองตาม แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ซึ่งเป็นกิจกรรมสำหรับการให้พยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัย ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้แนะนำและจัดหาแหล่งประ โยชน์ ผู้ อำนวยความสะดวก ผู้ส่งเสริม และผู้พิทักษ์สิทธิ ทั้งนี้อาศัยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยซึ่ง เกิดขึ้นต่อเนื่องตามกระบวนการเสริมพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การค้นพบ สภาพการณ์จริง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 คือ การค้นพบสภาพปัญหา 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 คือ การทำความเข้าใจสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 คือ การเรียนรู้ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือ ปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 4 และ 5 คือ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติและการยุติกิจกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเริ่มกิจกรรมตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและดำเนินการเสริมสร้างพลัง อำนาจติดต่อกันทุกวัน วันละ 45-60 นาที การดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจนครบ 5 กิจกรรม ใช้เวลา 6-8 วัน ทั้งนี้ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละกิจกรรมในผู้ป่วยแต่ละรายอาจไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับ สภาพการณ์และปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ประเมินผลการพยาบาลโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัว ด้านอ้อม โนทัศน์ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

- 1) เพื่อนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีให้มีการปรับตัว ด้านอ้อม โนทัศน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี