

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปอดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550) ทั้งนี้เพราะมีอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตที่ค่อนข้างสูงกว่ามะเร็งชนิดอื่น (The Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2006/2007) โดยในปีพุทธศักราช 2550 มีผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ทั่วโลก จำนวน 1,500,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอดถึง 1,351,000 ราย (American Cancer Society [ACS], 2007) ในประเทศไทย จากสถิติการป่วยด้วยโรคมะเร็งปีพุทธศักราช 2550 มะเร็งปอดพบเป็นอันดับหนึ่งในเพศชายและอันดับสี่ในเพศหญิง รวมทั้งมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 316 รายต่อปี โดยพบมากที่สุด ในภาคเหนือ (ภัทรวินท์ อัดตะสาระ และรังสิยา บัวส้ม, 2551) ในปัจจุบัน ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีการรักษา แต่อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ยังคงต่ำ โดยในประเทศไทยพบว่าระยะเวลารอดชีวิตในช่วง 5 ปี ยังคงน้อยกว่าร้อยละ 15 (Martin, 2006)

การรักษาโรคมะเร็งปอดมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และการให้สารยับยั้งโมเลกุลหรือกระบวนการทางชีวภาพของเซลล์มะเร็ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรค (American Cancer Society/ National Comprehensive Cancer Network [ACS/NCCN], 2006) โดยแนวทางการรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (non-small cell lung cancer) ในระยะแรกของโรค อาจมีโอกาสรักษาหายได้ด้วยการผ่าตัด (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550) ส่วนมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (small cell lung cancer) จะมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปแล้วเมื่อได้รับการวินิจฉัย จึงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Yoder, 2006) การให้เคมีบำบัดจึงเป็นข้อบ่งชี้สำคัญในการรักษามะเร็งระยะแพร่กระจาย เพื่อยืดระยะเวลารอดชีวิต บรรเทาอาการ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (National Health and Medical Research Council, 2004)

แนวโน้มการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดในปัจจุบัน จะเป็นการรักษาระยะต้น ในโรงพยาบาลหรือการรับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย (Tas, Argon, Disci, & Topuz, 2007) สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แพทย์จะพิจารณาให้เคมีบำบัดตามแนวทางการรักษามะเร็งปอดของมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย (2548ก; 2548ข) ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลของผู้วิจัยเกี่ยวกับการได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอดของหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน ปีพุทธศักราช 2552 พบว่าเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาติน (carboplatin) ร่วมกับเพคลิทาเซล (paclitaxel) เป็นเคมีบำบัดสูตรที่ใช้บ่อยและเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก (บันทึกการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยโรคมะเร็งในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2552) โดยผู้ป่วยจะได้รับเคมีบำบัด 4-6 ชุด แต่ละชุดมีระยะเวลาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 2 วัน ห่างกันทุก 3 สัปดาห์ ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดอาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงโคมาระกของการได้รับยาหรืออาจเกิดขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จากระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลที่สั้นลงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดด้านเวลาในการให้บริการ (Skalla, Bakitas, Furstenberg, Ahles, & Henderson, 2004) และส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีระยะเวลาส่วนใหญ่ในการเผชิญต่อโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาขณะอยู่ที่บ้านมากกว่าในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดจะได้รับผลกระทบจากการรักษาใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกาย ทำให้นอนไม่หลับ ร่างกายทรุดลงและอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง และเกิดความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด (แสงรุ่ง สุจิระทวี, 2551) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมลดลง (Sama et al., 2005) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อสุขภาพ จึงเกิดความเครียด วิตกกังวล กลัวตาย และเบื่อหน่ายต่อการรักษา (แสงรุ่ง สุจิระทวี, 2551) การรับรู้ความสุขและคุณค่าในตนเองลดลง (Sama et al., 2005) รับรู้ถึงการมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ไม่นั่นนอน ท้อแท้และหมดหวังในชีวิต (ทิพมาส ชินวงศ์, 2540) ด้านสังคมทำให้แยกตัว ลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สูญเสียความมั่นใจในการทำหน้าที่ทางสังคมจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Lemieux, Maunsell, & Provencher, 2008) และด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยต้องขาดรายได้ และสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาที่ต้องใช้เวลานานและต่อเนื่อง (แสงรุ่ง สุจิระทวี, 2551; Calhoun, Brown, Kozloff, & Bennett, 2005) จากผลกระทบที่กล่าวมา นอกจากจะส่งผลทางลบต่อผลลัพธ์ด้านการรักษา ยังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (ทิพมาส ชินวงศ์, 2540; แสงรุ่ง สุจิระทวี, 2551; Sama et al., 2005)

การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างจงใจ มีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และคุณภาพชีวิต (Orem, 2001) การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้ต้องมีความสามารถในการ

ดูแลตนเองอย่างเพียงพอ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มมากขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา แต่ผลกระทบจากโรคมะเร็งปอดและเคมีบำบัด ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทั้งจากการขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองและผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด (Hwa et al., 2007; McCaughan & Thompson, 2000) ความวิตกกังวลจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง (อรทัย สนใจยุทธ, 2539) การขาดแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพอย่างเพียงพอ (Adler & Page, 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองและปรับตัวเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (ทิพมาส ชินวงศ์, 2540) มีวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงอยู่ในระดับต่ำและขาดประสิทธิภาพ (Chou, Dodd, Abrams, & Padilla, 2007) และต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการจำหน่ายได้ ส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Weaver et al., 2006)

คุณภาพชีวิตเป็นการประเมินค่าและการรับรู้ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลต่อระดับความสามารถในการทำหน้าที่ที่เป็นอยู่ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เมื่อเปรียบเทียบกับสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นไปได้หรือคาดว่าจะจะเป็น และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่หรือคาดว่าจะเป็นอย่างทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งถูกกระทบจากความเจ็บป่วยและ/หรือการรักษาที่ได้รับ (Cella, 1994) คุณภาพชีวิตมีความซับซ้อนประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ มิติความผาสุกด้านร่างกาย มิติความผาสุกด้านอารมณ์ มิติความผาสุกด้านสังคม และมิติความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Cella, 1994) แม้บุคคลจะมีความเจ็บป่วยแต่ก็สามารถรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญสำหรับคุณภาพชีวิต (Orem, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีแนวโน้มลดลงภายหลังได้รับการรักษาในระยะเวลาหนึ่ง (จิราวรรณ สันติเสวี และคณะ, 2550; Chie, Yang, Hsu, & Yang, 2004; Wan et al., 2007) และผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตลดลง (Bircan, Berktaş, Bayiz, Basay, Bircan, & Berkoglu, 2003; Chie et al., 2004; Klastersky & Paesmans, 2001) ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับระบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกิจกรรมการพยาบาลรูปแบบหนึ่งที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย การชี้แนะเพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ การสอนเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง และการสร้าง

สิ่งแวดล้อมที่ช่วยจูงใจให้เริ่มและคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Department of Health, 2006) กิจกรรมเหล่านี้จะส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดให้เพียงพอที่จะกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดใน 4 ประเด็น คือ 1) การป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด 2) การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ 3) การคงไว้ซึ่งสภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์ และ 4) การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการดูแลตนเองทั้งหมดนี้เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพและผสมผสานการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป รวมทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกันและจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษา ปรับการทำงานที่ดัดแปลงกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย ส่งเสริมและควบคุมพัฒนาการของร่างกายให้เป็นปกติ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตสูงสุดตามอัตภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีจะทำให้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิต และส่งเสริมให้รับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วาริ กังใจ, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาเรื่องนี้โดยตรงในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด พบเพียงรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผลการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งพบว่าหลังได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญ (อรทัย สนใจยุทธ, 2539) สำหรับการศึกษาผลของการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด พบเพียงรายงานการศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารเภสัชกรรม ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด (เยาวภา เชื้อพล, 2548) ที่พบว่าการบริหารเภสัชกรรมช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเคมีบำบัดและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถป้องกันและจัดการกับผลข้างเคียงจากการรักษาบางประการได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านกายภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

แม้การศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น จะชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น แต่ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาผลของการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมายังมีข้อจำกัด กล่าวคือ การศึกษาของอรทัย สนใจยุทธ (2539) เป็นการศึกษาที่มีเพียงกลุ่มเดียว และดำเนินการขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ได้ติดตามต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มักเกิดปัญหาจาก

ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด และในปัจจุบันรูปแบบและบริบทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดเปลี่ยนแปลงไป อาจมีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้แรงจูงใจ และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น (Yates et al., 2005)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการต่อยอดจากผลงานวิจัยที่พบว่า การสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยจะบูรณาการกิจกรรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อันประกอบด้วย การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ในรูปแบบของการสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรายบุคคลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และการติดตามสนับสนุนทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยคาดหวังว่าการสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เพิ่มความมั่นใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รับรู้ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้
3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้
3. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก ในระยะ IIIB และระยะ IV ที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลีทาเซล ทางหลอดเลือดดำในชุดที่ 1-3 จากหอผู้ป่วยเคมีบำบัด หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นิยามศัพท์

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองและรับรู้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างตามกรอบแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การสอนร่วมกับการชี้แนะวิธีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด 2) การส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ 3) การคงไว้ซึ่งสภาวะปกติของจิตใจและอารมณ์ และ 4) การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยการใช้ทำทาง การสัมผัส และ

คำพูดที่กระตุ้น ให้กำลังใจผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อม ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะกระทำโดยตรงขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการติดตามทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมอย่างตั้งใจและมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด และรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของตน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่หรือคาดว่าจะเป็นอย่างทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งเกี่ยวข้องและถูกกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ (Cella, 1994) ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ในการรักษาโรคมะเร็งทั่วไป ฉบับที่ 4 (Functional Assessment of Cancer Therapy-General version 4) ของเซลลาและคณะ (Cella et al., 1997) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย วรชัย รัตนธรรธร และคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 18-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กในระยะ IIIB และระยะ IV ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลีตาเซล ทางหลอดเลือดดำในชุดที่ 1-3 ทั้งนี้ อาจเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด รังสีรักษา หรือการรักษาหลายวิธีร่วมกันที่ไม่ใช่เคมีบำบัดมาก่อนก็ได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดของหอผู้ป่วยเคมีบำบัด หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่