

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย
ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย

Effects of a Symptom Management Program with Thai-Style Qigong Exercise on
Insomnia Among Persons with End-Stage Cancer

ปาวริศา เนตรวีระ* และ สุรีพร ธนศิลป์

Pawarisa Netweera* and Sureporn Thanasilp

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Faculty of Nursing Chulalongkorn University

(Received: April 12, 2026, Revised: July 15, 2026, Accepted: August 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย และอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่กลุ่มงานหน่วยตรวจเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการออกกำลังกายแบบชี่กงวิถีไทยของ สุรีพร ธนศิลป์ (2557) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธิญา แก้วแพง (2547) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Paired sample t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า อาการนอนไม่หลับในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการนอนไม่หลับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาลในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายที่มีอาการนอนไม่หลับให้สามารถจัดการอาการนอนไม่หลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลง

คำสำคัญ: การจัดการอาการ, การบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย, อาการนอนไม่หลับ, ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pawarisa.netw@gmail.com)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare insomnia symptoms among persons with end-stage cancer before and after receiving a symptom management program based on Thai-style qigong mind-body exercise, and to compare insomnia symptoms between a group receiving the Thai-style qigong symptom management program and a group receiving standard nursing care. The sample consisted of persons diagnosed with stage 4 cancer, aged 18 years or older, of both sexes, who received services at the chemotherapy unit of a tertiary care hospital. Eligible participants meeting the specified criteria were selected using purposive sampling and divided into an experimental group (n = 22) and a control group (n = 22). The control group received standard nursing care, while the experimental group received the symptom management program with Thai-style qigong mind-body exercise, which the researcher developed by integrating Dodd et al.'s (2001) symptom management concept with Sureeporn Thanasilp (2014) Thai-style qigong exercise concept. The data collection instrument was Morin's (1993) Insomnia Questionnaire, translated into Thai by Pattarieya Keawphang (2004), with a Cronbach's alpha coefficient of .90. The study was conducted over 6 weeks, from August 2025 to November 2025. Data were analyzed using percentage, mean, paired-samples t-test, and independent-samples t-test.

The results showed that insomnia symptoms in the experimental group after receiving the Thai-style qigong symptom management program were significantly lower than before receiving the program, at the .05 level. In addition, post-intervention insomnia symptoms in the experimental group were significantly lower than those in the control group, at the .05 level.

Professional nurses or related agencies can apply these findings to nursing practice for persons with end-stage cancer experiencing insomnia, enabling more effective management of insomnia symptoms and thereby reducing patients' insomnia.

Keywords: Symptom Management, Thai-Style Qigong Mind-Body Exercise, Insomnia, Persons with End-Stage Cancer

บทนำ

จากข้อมูลสถิติโรคเมเร็งของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2568 โดยสถาบันเมเร็งแห่งชาติ มีรายงานว่าแต่ละปีจะมีจำนวนผู้ป่วยเมเร็งรายใหม่ประมาณ 140,789 คน หรือคิดเป็นประมาณ 386 คนต่อวัน โดยโรคเมเร็งที่พบบ่อยมาก 3 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ เมเร็งตับและท่อน้ำดี เมเร็งเต้านม เมเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นอกจากนี้ อาการปวดเรื้อรัง น้ำหนักลด และอาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยเมเร็ง เนื่องจากความผิดปกติของสารเมแทบอลิต์และเนื้องอกที่เจริญเติบโตโดยตรงเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง ก่อให้เกิดผลกระทบทางสรีรวิทยาและระบบการเผาผลาญพลังงาน (สมชาย ธนะสิทธิชัย และคณะ, 2563) นอกจากนี้อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเมเร็งระยะท้าย คือ อาการอ่อนล้า หายใจลำบาก นอนไม่หลับ และอาการปวดในระหว่างวัน (สุริพร ธนศิลป์, 2563) ซึ่งปัญหาการนอนไม่หลับนี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยเมเร็ง โดยพบถึงร้อยละ 30-50 (Savard & Morin, 2001; วันเพ็ญ เทศวิริช, 2557) จะเห็นได้ว่าโรคเมเร็งส่งผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ และด้านจิตสังคมตั้งแต่แรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ซึ่งผลกระทบของโรคเมเร็งมีความแตกต่างกันทั้งจากระยะของโรค ชนิดของโรค การรักษาที่ได้รับ ความเชื่อความศรัทธาที่มี และสภาพสิ่งแวดล้อม เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายผู้ป่วยมักประสบกับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และจิตสังคม ซึ่งโรคเมเร็งระยะท้ายจะส่งผลกระทบด้านร่างกาย โดยระบบร่างกายจะถูกกระทบและแปรปรวนจากโรคเมเร็ง และจากอาการข้างเคียงของการรักษา เช่น ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ทำให้เกิดความไม่สบายและความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ รุนแรงมากขึ้น และการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (สุริพร ธนศิลป์, 2563) รวมถึงการนอนไม่หลับ ซึ่งการนอนไม่หลับสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่และประสิทธิภาพในการทำงาน (ประภาพรณ สุคนธจิตต์ และคณะ, 2559) ดังนั้นการลดปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยนั้นจะเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ การทำงานของหัวใจและปอด ช่วยลดความดันเลือด ช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น เพิ่มพลังกำลังและการเคลื่อนไหว ช่วยให้ความแข็งแรงของร่างกายเพิ่มขึ้น และถนอมร่างกายไม่ให้เกิดการบาดเจ็บเมื่อเทียบกับการออกกำลังกายแบบอื่น ๆ เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย และเพิ่มความต้านทานโรค มีผลทำให้อาการแพ้ภูมิแพ้ดีขึ้น ทำให้ผ่อนคลายเหมาะกับผู้ป่วยเรื้อรัง และลดระดับฮอร์โมนแห่งความเครียด บรรเทาอาการของโรคที่เกิดจากความเครียด ความวิตกกังวลซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยนั้นเป็นการบริหารกาย บริหารจิต และบริหารลมปราณ ผสมผสานกับแนวคิดทางพระพุทธศาสนา ทำให้เกิดพลังชีวิตไหลเวียนไปทั่วร่างกาย เพิ่มการหลั่งสาร Endorphin เพิ่มการหลั่งสาร Serotonin ส่งผลให้การนอนหลับดีขึ้น แม้มีหลักฐานว่าการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยสามารถลดความเครียดและส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยเรื้อรังบางกลุ่ม แต่ยังมีหลักฐานจำกัดในผู้ป่วยเมเร็งระยะท้าย โดยเฉพาะในบริบทการพยาบาลไทยและการดูแลแบบประคับประคอง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าวต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ เป็นแนวคิดที่อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นปัจเจกของบุคคลสามารถใช้ทำความเข้าใจ และประเมินการจัดการอาการจึงสามารถช่วยจัดการกับอาการที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยคาดหวังว่า ผู้ที่เป็นเมเร็งระยะท้ายที่ได้รับโปรแกรมหาดังกล่าว น่าจะมีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยเมเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับหลังการทดลอง ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1) คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2) คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ มีกิจกรรมดังนี้ คือ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรกดังกล่าว อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ การดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1

กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies)

ขั้นตอนที่ 2 การปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทย มีกิจกรรมดังนี้ คือ ปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทย และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่ผลทำให้นอนหลับในสัปดาห์ที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย มีกิจกรรมดังนี้ คือ ฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย โดยใช้วิดีโอคลิปวิธีการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทยและคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย หลังจากชมการสาธิตในวิดีโอคลิปวิธีการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทยให้ผู้ทำการฝึกไปพร้อม ๆ กับผู้วิจัยด้วยตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การประเมินพลังชี่ 2. การบริหารการหายใจ 3. การกระตุ้นจุดทวารทั้งหก ได้แก่ ก้นกบ สะดือ ทรวงอก คอหอย หว่างคิ้ว และกระหม่อม 4. การบริหารชี่กง 4 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ท่าปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ท่ายืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 ท่าอินทรีหยะยานฟ้า ท่าที่ 4 ท่าลมปราณชานกายา 5. การปั่นพลังชี่ 6. การเก็บพลังชี่ 7. การทำสมาธิ 8. การแผ่เมตตา 9. การขอพรจากพระพุทธรูปบูชา โดยในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายบางท่านไม่สามารถยืน หรือย่อในการทำการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยได้ ดังนั้นจึงต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ ทั้งนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายสามารถปฏิบัติตามการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยในท่านั่ง ท่านอน หรือปฏิบัติเฉพาะท่าที่สามารถปฏิบัติได้ โดยการทำการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยดังกล่าว ต้องมีการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการหายใจตามหลักของชี่กง แนะนำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายบันทึก แบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย ได้แก่ วันเดือนปี เวลาที่ใช้ในการฝึก และความรู้สึกลหลังการฝึก ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายต้องบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้านตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และแนะนำการนำไปฝึกปฏิบัติต่อด้วยตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผ่านทางโทรศัพท์กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย มีกิจกรรมดังนี้ คือ กระตุ้นเตือนเรื่อง การฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้าน โดยติดตามผ่านทางโทรศัพท์และวีดีโอคอล โดยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายปฏิบัติตามการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยให้ดูทางวีดีโอคอล เพื่อประเมินติดตามหากพบว่าไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะได้สามารถให้คำแนะนำแก้ไขได้ และสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่บ้าน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งเสริมกำลังใจผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2-5

ผลลัพธ์การจัดการอาการ (outcomes)

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติโปรแกรมดังกล่าว มีกิจกรรมดังนี้ คือ สอบถามปัญหา ให้คำปรึกษาในการฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย พร้อมร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินแบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 ในสัปดาห์ที่ 6

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เวลาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อเป้าหมายต่าง ๆ อยู่ที่ 50-60 นาที ต่อการออกกำลังกายแบบชี่กงในแต่ละครั้ง แต่ไม่ควรเกิน 60 นาทีต่อครั้ง โดยจากผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ทางบวกจะเริ่มสามารถชี่วัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากทำการฝึกต่อเนื่อง 8 10 12 และ 16 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับประเภทของชี่กง เวลาที่ใช้ฝึกในแต่ละครั้ง ตัวชี้วัด ชนิดของผลลัพธ์ และประเภทของผู้เข้าร่วม รวมทั้งมีการศึกษานำร่องหลายงานในหลายประเทศ ที่ระบุผลทางบวกจากการฝึกชี่กงต่อการนอน เช่น การฝึกออกกำลังกายแบบชี่กง 6 สัปดาห์ช่วยทำให้การดีขึ้น (เพ็ญภพ พันธุ์เสือ, 2560) ซึ่งโปรแกรมศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายนี้ จะใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ดังภาพ

โปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย

โดยนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรม กับแนวคิดการออกกำลังกายแบบชี่กงวิถีไทยของ สุริพร ธนศิลป์ (2564) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience)

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์

กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies)

ขั้นตอนที่ 2 ปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทยและให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่มีผลทำให้นอนหลับ

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย ประกอบไป การฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย และการนำไปฝึกปฏิบัติต่อด้วยตนเองที่บ้านโดยผู้ป่วยต้องฝึกการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามโดยการโทรศัพท์กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย อย่างน้อยจำนวน 4 ครั้ง และกระตุ้นเตือนการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้าน สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่บ้าน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งเสริมกำลังใจผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์การจัดการอาการ (outcomes)

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินการปฏิบัติโปรแกรม สอบถามปัญหาให้คำปรึกษาในการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้าน พร้อมร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

อาการนอนไม่หลับ

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คนเท่ากัน คัดเลือกโดยการศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 มีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) แรกเข้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยการนั่ง นอน หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ
- 2) ไม่มีอาการปวด อาการหายใจลำบาก และอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง
- 3) ยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้
- 4) ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น สามารถอ่านเขียน เข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด
- 2) ขอลถอนตัวจากการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 (Polit & Beck, 2010) จากการเปิดตาราง Statistical Power Table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 22 คน ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนั้นกลุ่มที่ต้องศึกษาครั้งนี้จึงต้องศึกษากลุ่มละ 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน รวมเป็น 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง (2547) เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ เป็นเครื่องมือที่มีการนำมาใช้ในกลุ่มมะเร็งชาวไทยอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้แบบประเมินดังกล่าวมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.82 คะแนนสอดคล้องกับในการศึกษาของ นางลักขณ์ กลิ่นพุดตาล, ชนกพร จิตปัญญา และ ปชานันธุ์ ตันติโกสุม (2559) ได้นำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง (2547) หาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 ทั้งนี้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง เป็นแบบประเมินที่ประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยตัวเองเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยประเมินอาการนอนไม่หลับทั้งด้าน 4 ได้แก่

- 1) ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initialing sleep) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับใช้เวลานานกว่า 30 นาที คือ คำถามข้อที่ 1 (รวม 1 ข้อ)
- 2) ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยนอนหลับไปแล้ว มีการตื่นบ่อยในตอนกลางคืนและหลับต่อยาก คือ คำถามข้อที่ 2 (รวม 1 ข้อ)
- 3) ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติในตอนเช้า และไม่สามารถนอนหลับต่อได้ ทำให้รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้า คือ คำถามข้อที่ 3 (รวม 1 ข้อ)

4) ด้านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแบบแผนการนอนหลับของตนเองลดลง เกิดความวิตกกังวล หรือเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการนอนไม่หลับ อีกทั้งอาการนอนไม่หลับยังส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของตนเอง หรือผู้อื่นสังเกตเห็นอาการบางอย่างได้ คือ คำถามข้อที่ 4-7 (รวม 4 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ มีข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่มีเลย และ 4 คะแนน หมายถึงมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน

คะแนนรวม	ความหมาย
0-7 คะแนน	ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (No clinically significant insomnia)
8-14 คะแนน	ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (Subthreshold insomnia)
15-21 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (Clinical insomnia, moderate severity)
22-28 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Clinical insomnia, severe)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงกวิทย์ไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ใช้เวลา 30 นาที ขั้นตอนที่ 2 ปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยซิงกวิทย์ไทย และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกายจิตแบบซิงกวิทย์ไทย ที่มีผลทำให้นอนหลับ ใช้เวลา 30 นาที ขั้นตอนที่ 3 ฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบซิงกวิทย์ไทย และการนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาที ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผ่านทางโทรศัพท์และวิดีโอคอลกับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย โดยกระตุ้นเตือนการบริหารกายจิตแบบซิงกวิทย์ไทยที่บ้าน สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่บ้านผู้วิจัยให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งเสริมกำลังใจผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 20 นาที ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินการปฏิบัติโปรแกรมสอบถามปัญหาให้คำปรึกษาในการฝึกปฏิบัติบริหารกายจิตแบบซิงกวิทย์ไทย พร้อมร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ใช้เวลา 20 นาที โดยโปรแกรมฯ ดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

สื่อที่ใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย วิดีโอสาธิตคลิปวิธีการบริหารกาย-จิตแบบซิงกวิทย์ไทย ใช้ประกอบในการบริหารกายจิตแบบซิงกวิทย์ไทยที่บ้าน

เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยซิงกวิทย์ไทย ซึ่งได้แก่ วันเดือนปี เวลาที่ใช้ในการฝึก ความรู้สึกก่อน-หลังการฝึก ปัญหาและอุปสรรค ใช้บันทึกหลังทำการบริหารกายจิตแบบซิงกวิทย์ไทยที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง (2547) เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และเป็นเครื่องมือที่มีการนำมาใช้ในกลุ่มมะเร็งชาวไทยอย่างแพร่หลายจึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธยา แก้วแพง (2547) ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยตรวจเคมีบำบัดจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับทั้ง 7 ข้อ มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มควบคุม ดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) ใช้เวลา 30 นาที ภายหลังการลงนามแสดงการยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย พัทธยา แก้วแพง (2547) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การปฏิบัติกรพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ แนะนำการเข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาทุกวัน แนะนำหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนก่อนเข้านอน แนะนำดื่มน้ำเพียงเล็กน้อยหลังมีอาการหรือก่อนเข้านอน เพื่อลดการตื่นมาปัสสาวะในตอนกลางคืน แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องนอนให้มืด และเงียบสงบ

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธยา แก้วแพง (2547) ใช้เวลา 30 นาที

กลุ่มทดลอง

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง มีดังนี้

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 โดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ การดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มทดลอง และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธยา แก้วแพง (2547) ใช้เวลา 30 นาที

2) ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่กลุ่มงานหน่วยตรวจเคมีบำบัด สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูล ประเมินอาการนอนไม่หลับโดยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) หากกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มทดลองลงนามในใบยินยอม ใช้เวลา 30 นาที

2) การพัฒนาทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย ประกอบไปด้วย ปรึการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทย ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบชี่กงวิถีไทยที่มีผลทำให้นอนหลับ ใช้เวลา 30 นาที

3) ฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย โดยใช้วิดีโอคลิปวิธีการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย และคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย ซึ่งประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินพลังชี่ 2) การบริหารการหายใจ 3) การกระตุ้นจุดทวารทั้งหก ได้แก่ ก้นกบ สะดือ ทรวงอก คอหอย หัวง้าว และกระหม่อม 4) การบริหารชี่ 4 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ท่าปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ท่ายืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 ท่าอินทรีทะยาน

ฟ้า ท่าที่ 4 ท่าลมปราณชานกายา 5) การปั้นพลังซี่ 6) การเก็บพลังซี่ 7) การทำสมาธิ 8) การแผ่เมตตา 9) การขอพรจากพระพุทธรูปไสยขย แล้วนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านและแนะนำให้ผู้ป่วยบันทึก แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยซี่กงวิทย์ไทย ได้แก่ วันเดือนปี เวลาที่ใช้ในการฝึก และความรู้สึกหลังการฝึก ซึ่งผู้ป่วยต้องฝึกการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ที่บ้านตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และแนะนำการนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาที

สัปดาห์ที่ 2-3

1) ติดตามโดยการโทรศัพท์และวิดีโอคอลตลอดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายปฏิบัติการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยให้ดูทางวิดีโอคอล เพื่อประเมินติดตามหากพบว่าไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะสามารถให้คำแนะนำแก้ไขได้ และกระตุ้นเตือนการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ที่บ้าน สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่บ้าน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งเสริมกำลังใจผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และประเมินแบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 4-5

1) ติดตามโดยการโทรศัพท์และวิดีโอคอลตลอดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายปฏิบัติการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยให้ดูทางวิดีโอคอล เพื่อประเมินติดตามหากพบว่าไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะสามารถให้คำแนะนำแก้ไขได้ กระตุ้นเตือนการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ที่บ้านอย่างต่อเนื่องเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญา และประเมินแบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 6

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งสุดท้ายเพื่อแจ้งว่าสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม พุดคุย ประเมินปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายสามารถทำได้หรือไม่ อย่างไร และมีความรู้สึกก่อน-หลังการฝึกอย่างไร จากนั้นประเมินแบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 ใช้เวลา 20 นาที และผู้วิจัยกล่าวสรุปโครงการ และกล่าวขอบคุณให้กำลังใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent-test)

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่ที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

4) ใช้สถิติ Shapiro-Wilk การวิเคราะห์แจกแจงแบบปกติของคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยมีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($p > .05$)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีเลขที่ 031/68 C วันที่ 5 สิงหาคม 2568 ถึง 4 สิงหาคม 2569 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า การตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด เมื่อท่านมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent) โดยข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณชน สำหรับการนำเสนอข้อมูลจะมีการนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 ที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับ สมอง และระบบน้ำเหลือง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.1) เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 60-69 (ร้อยละ 50.0) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.9) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.0) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.5) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 36.4) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.5) และมีคะแนน PPS scale 50 คะแนน (ร้อยละ 50.0)

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย

อาการนอนไม่หลับ	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	13.18	4.19	5.521	21	<0.001
หลังทดลอง	9.95	4.81			

จากตาราง 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยเท่ากับ 13.18 และ 9.95 ตามลำดับ

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired sample t-test พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย แตกต่างกันโดยหลังการทดลองมีคะแนนต่ำกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

อาการนอนไม่หลับ	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มควบคุม(n=22)	12.77	4.20	-0.323	42	0.748
กลุ่มทดลอง(n=22)	13.18	4.19			
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม(n=22)	12.95	4.35			

		2.169	42	<0.001
กลุ่มทดลอง(n=22)	9.95	4.81		

จากตาราง 2 พบว่าค่าคะแนนค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.95 และ 9.95 ตามลำดับ

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent sample t-test พบว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ อาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ อาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายจะมีความผิดปกติของสารเมแทบอลิซึมและเนื้องอกที่เจริญเติบโตเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย เช่น ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า หายใจลำบาก นอนไม่หลับ และอาการปวด ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวประกอบไปกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดและควบคุมอาการนอนไม่หลับไม่ให้นอนหลับมากเกินไป ซึ่งกระบวนการพยาบาลที่ได้นำมาใช้ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) และการประเมินผล (Evaluation) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายแบบชี่กงวิถีไทยของสุรพร ธนศิลป์ (2564) โดยโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย ผู้วิจัยได้เน้นเรื่อง การปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทย มีการฝึกทักษะการบริหารจิตแบบชี่กงวิถีไทย โดยใช้วิถีโคคลิ่ววิธีการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทยและคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย ซึ่งหลักการของชี่กงวิถีไทยในโปรแกรดังกล่าว จะประกอบไปด้วย 1) การบริหารกาย ซึ่งการบริหารกายดังกล่าวจะช่วยให้เกิดการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อ ลดการคั่งค้างของกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ส่งผลให้จิตใจแจ่มใส ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย 2) การบริหารจิต เป็นการพัฒนาจิตทำให้เกิดสมาธิจดจ่อกับการเคลื่อนไหว ส่งผลให้จิตใจเกิดความสงบ 3) การบริหารลมปราณ คือ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการหายใจดังกล่าวนี้จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจน และระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้อารมณ์เกิดความผ่อนคลาย และ4) การแผ่เมตตาและขอพร เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายเกิดความสงบในจิตใจ ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย และได้นำหลักทางพระพุทธศาสนา คือ การแผ่เมตตาและขอพรมาใช้เมื่อเกิดความทุกข์ทางใจด้วยเจ็บบ่อยด้วยโรคมะเร็ง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยเท่ากับ 13.18 และ 9.95 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ พบว่า เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายเกิดอาการนอนไม่หลับทำให้เกิดการตอบสนองต่ออาการนอนไม่หลับดังกล่าว ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายจึงพยายามหาวิธีในการจัดการอาการนอนไม่หลับโดยการดำเนินการตามโปรแกรมฯ ซึ่งหลังจากปฏิบัติตาม โปรแกรมฯ พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายมีอาการนอนไม่หลับลดลง (adherence) ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายจะปฏิบัติตามโปรแกรมฯ จนครบ 6 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุติรัตน์ ภูติรักษ์ (2566)

ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพการนอนร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิงโครไนซ์ต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพการนอนร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิงโครไนซ์ทำให้การนอนไม่หลับลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณศรีสารธิมา (2566) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงโครไนซ์ต่ออาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริม พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงโครไนซ์สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริมได้อย่างมีประสิทธิภาพในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ แนะนำการเข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาทุกวัน แนะนำหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนก่อนเข้านอน แนะนำดื่มน้ำเพียงเล็กน้อยหลังมีอาการหรือก่อนเข้านอน เพื่อลดการตื่นมาปัสสาวะในตอนกลางคืน แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องนอนให้มืด และเงียบสงบ ทำให้พบว่าการพยาบาลตามปกตินั้นยังไม่สามารถช่วยให้อาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายลดลงได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพสามารถฝึกโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงโครไนซ์แล้วนำโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงโครไนซ์ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาลในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายที่มีอาการนอนไม่หลับในรายที่มีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยการนั่ง นอน หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ ไม่มีอาการปวด อาการหายใจลำบาก และอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพื่อให้สามารถจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงโครไนซ์ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายอย่างต่อเนื่องในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย และขยายการทดสอบในกลุ่มอาการอื่นๆ เช่น อาการเบื่ออาหาร อาการอ่อนเพลีย อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายด้วย

รายการอ้างอิง

- กรรณิกา ชูจิตร, ชนกพร จิตปัญญา และจรรยา ฉิมหลวง. (2561). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม การนอนต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 19, 184-191.
- จุฑาทิพย์ เหมบุตร. (2563). ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- จุติรัตน์ ภูติรักษ์. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้สุขวิทยาการนอนหลับร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิกซ์วิถี ไทยต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล, ชนกพร จิตปัญญา และ ปชานัญญ์ ตันติโกสม. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่าง อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับและภาวะซึมเศร้ากับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว เรื้อรัง. *วารสารพยาบาลตำรวจ.* 8(2). 1-12.
- เบญจมาภรณ์ บุญรัก, อธิษฐา ยินดีสุข และ ดร.ณิ คชพรหม. (2567). การจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.* 18(2), 526-536.
- ประภาพรพรณ สุคนธ์จิตต์ และคณะ. (2559). ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ กลวิธีจัดการกับ อาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอดกั้นเรื้อรัง. *Journal of Nursing Science.* 35(2), 100-110.
- ปิติ ชาศิริยานุโยค. (2566). การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ใน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย,* 13(1), 60-72.
- พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์. (2564). การพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เพื่อการบริหารผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- เพชรรัตน์ เจริญรอด. (2560). ซึ่กกับการดูแลสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ, 10(1), 44-54.*
- เพ็ญภาพ พันธุ์เสือ. (2560). ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบซิกซ์วิถีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ เทศวริช. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- สมชาย ธนะสิทธิชัย และคณะ. (2563). ความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการสวดมนต์ทาง การแพทย์เกรดยาตัวแรกของประเทศไทย ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วารสารการแพทย์,* 45(3), 116-122.
- สุรพร ธนศิลป์. (2563). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม. *สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.*
- สุรพร ธนศิลป์. (2564). *สุขภาพดี ด้วยซิกซ์วิถีไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ปีทีเค ปรี้นดิ่ง.
- อรุณศรี สารธิดา. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิกซ์วิถีต่ออาการ เหนื่อยล้าอาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบ เสรียม. *วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ,* 37(1), 55-69

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29(11), 1398- 1414.
- Morin, C. M., & Espie, C.A (2003). *Insomnia a clinician's guide to assessment and treatment*. New York: Plenum.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005). Randomized study on efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, Part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6083-6096.