

ปัจจัยคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด



นางสาว มณีญา ชุมพล

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH FUNCTIONAL STATUS
OF LEUKEMIA PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

Miss Manunya Chumphon

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

โดย

นางสาว มณัญญา ชุมพล

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

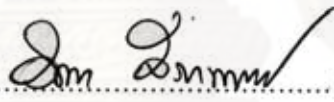
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

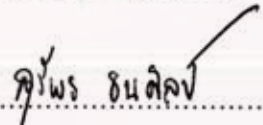
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

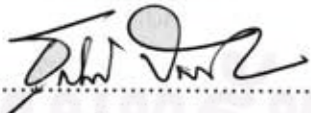
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยูทิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิธนา จีระแพทย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุตักดี ชัมภลิจิต)

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มณัญญา ชุมพล : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด (SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH FUNCTIONAL STATUS OF LEUKEMIA PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY)
 อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 142 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับ ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบประเมินประสิทธิภาพการมีอาการ แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .97, .94, .83 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.37, SD = .33$)
2. ประสิทธิภาพการมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในระดับปานกลาง ($r = -.40, p < .05$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ ในระดับต่ำ ($r = -.39, p < .05$) แต่การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
3. ชนิดการรักษาที่ได้รับ เคมีบำบัด สูตร Ara - C 5+2 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ($r = -.18, p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....มณัญญา ชุมพล
 ปีการศึกษา.....2552.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....ศิวพร ธนศิลป์

5177587336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : FUNCTIONAL STATUS / SYMPTOM EXPERIENCES / TYPES OF TREATMENT/
FAMILY SUPPORT / DEPRESSION / LEUKEMIA PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY
MANUNYA CHUMPHON : SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH FUNCTIONAL
STATUS OF LEUKEMIA PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY. THESIS ADVISOR :
ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 142 pp.

The purposes of this descriptive research were to study the functional status of leukemia patients receiving chemotherapy and the relationships of symptom experiences, types of treatment, family support, depression, and functional status of patients leukemia receiving chemotherapy. The participants were 120 leukemia patients receiving chemotherapy from the out patients and inpatients department of Phramongutklao Hospital, Rajavithi Hospital and Maharat Naknon Ratchasima Hospital. Research instruments were Symptom Experiences Questionnaire, Family Support Questionnaire, Depression Questionnaire and Functional Status Questionnaire. Cronbach's alpha coefficients of all measurements, were .97, .94, .83, and .74, respectively. Statistical methods used to analyze the data include mean, standard deviation and Pearson's correlation.

Major findings were as follows:

1. Functional status of leukemia patients receiving chemotherapy were at a low level ($\bar{X} = 2.37$, $SD = .33$).
2. Symptom experiences was negatively correlated with functional status at the moderate level ($r = -.40$, $p < .05$), and depression was negatively correlated with functional status at the low level ($r = -.39$, $p < .05$). However, family support was not correlated with functional status.
3. Types of treatment Ara-C 5+2 was negatively correlated with self care activity, the dimensional of functional status, at the low level ($r = -.18$, $p < .05$).

Field of Study : Nursing Science

Student's Signature : *Manunya Chumphon*

Academic Year : 2009

Advisor's Signature : *Sureeporn Thanasilp*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจาก รศ.ดร. สุวีพร รัตนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมถึงสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้วิจัยรู้จักคิดวิเคราะห์สิ่งต่างๆ ด้วยเหตุผลตามหลักวิชาการและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิไล จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าใช้ในการตรวจสอบเครื่องมือของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้และความปรารถนาดีที่มีให้รวมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ยิ่งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ เป็นกำลังใจ ช่วยแนะนำสั่งสอนต่างๆ และให้แนวทางในการใช้ความคิด สติปัญญาตั้งแต่เริ่มศึกษา จนกระทั่งได้แนวคิดในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายงานการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเลือด พยาบาล แพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลมหาราชชนนครราชสีมาที่ให้ความร่วมมือทั้งการทดลองใช้เครื่องมือ และดำเนินการเก็บข้อมูลจนถึงที่สุดกระบวนการ และขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ อันเป็นที่รักยิ่งที่ให้กำลังใจ และปลุกฝังสิ่งที่ดีงามมาตลอด สมาชิกทุกคนในครอบครัว พี่ๆ น้องๆ พยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่คอยเป็นกำลังใจเสมอมา ตลอดจนเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ร่วมรุ่นทุกท่านและเพื่อนๆ คนอื่นๆ ที่คอยเป็นกำลังใจจนกระทั่งบรรลุผลของการศึกษาในครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	10
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการรักษาด้วยเคมีบำบัด.....	12
2. ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด.....	21
3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับ เคมีบำบัด.....	30
4. แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001).....	33
5. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ของ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด.....	37
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
7. กรอบแนวคิด.....	54

	หน้า
3	วิธีการดำเนินการวิจัย..... 55
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 55
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 56
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 62
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 63
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 64
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 65
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 76
	สรุปผลการวิจัย..... 79
	อภิปรายผลการวิจัย..... 80
	ข้อเสนอแนะ..... 86
	รายการอ้างอิง..... 88
	ภาคผนวก..... 98
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 99
	ภาคผนวก ข จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย..... 101
	ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมและเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง..... 111
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย..... 118
	ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม)..... 129
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 142

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ชนิดของโรค ชนิดการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่เป็น และจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด.....	66
2	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะการทำหน้าที่ ประสิทธิภาพการมีอากาศ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า โดยจำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	69
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะการทำหน้าที่ โดยจำแนกตามรายด้าน และรายข้อ.....	71
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอากาศ ชนิดการรักษาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่.....	73
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอากาศ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านอาชีพการงาน.....	74
6	จำนวนและร้อยละของประสิทธิภาพการมีอากาศ.....	130
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของประสิทธิภาพการมีอากาศ ด้านความถี่การเกิดอาการ.....	132
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของประสิทธิภาพการมีอากาศ ด้านความรุนแรงของอาการ.....	134
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของประสิทธิภาพการมีอากาศ ด้านความรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมาน.....	136
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยจำแนกตามรายด้านและรายข้อ.....	138

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)	34
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	54



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) เป็นมะเร็งระบบโลหิตที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถพบร้อยละ 3.7 ของผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลก (World Health Organization, 2004) โดยประเทศสหรัฐอเมริกามีแนวโน้มอุบัติการณ์ของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในปี 2008 มีผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวรายใหม่จำนวน 44,270 ราย และเสียชีวิตจำนวน 21,710 ราย (The Leukemia and Lymphoma Society, 2008) สำหรับในประเทศไทยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเกิน 10 เท่า ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2547) และ พบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 ในกลุ่มโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา (สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย, 2547) โดยสถิติของผู้ป่วยใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหญ่ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบมีมะเร็งเม็ดเลือดขาวเท่ากับ ร้อยละ 3.7 ของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2547)

การรักษาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว คือการรักษาด้วยเคมีบำบัดซึ่งภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะอยู่ในระยะไขกระดูกถูกกดการทำงาน (Myelosuppression) เป็นระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย ชีต ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดการติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งส่งผลทำให้มีอัตราการตายที่สูง (NCCN, 2007) ผู้ป่วยต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง (Chang and Hwang, 2008) ภาวะการทำหน้าที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังการศึกษาของ Thanasilp and Kongsaktrakul (2005) พบว่าภาวะการทำหน้าที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 36 ช่วยในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกวินิจฉัยเพื่อกำหนดการรักษาที่เหมาะสม ช่วยในการประเมินการตอบสนองต่อการรักษา การพยากรณ์ของโรค (Prognosis) และเพื่อทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Allard, Dionne, and Potvin, 1995) ดังการศึกษาของ Sarma (1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามมีการลดลงของภาวะการทำหน้าที่ทั้งระหว่างและหลังการรักษา และระดับภาวะการทำหน้าที่จะไม่กลับมาเท่าระดับเดิมก่อน

รักษา และการรักษาด้วยเคมีบำบัดส่งผลกระทบอย่างมากต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวทำให้เกิดประสบการณ์ในอาการต่างๆและหากอาการที่เกิดขึ้นมีหลายอาการหรืออาการนั้นมีความรุนแรงหรือรบกวนการดำเนินชีวิตมากจะยิ่งส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่มากยิ่งขึ้น (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, and Given, 2001) ภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงในผู้ป่วยมะเร็งส่งผลให้การกระทำบทบาทหน้าที่ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต ความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองลดลง การเข้าสังคมลดลงซึ่งนำไปสู่การแยกตัวทางสังคม (รติรส แมลงภูทอง, 2552)

ภาวะการทำหน้าที่เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน (Cella, 1994; Wang, 2004; รติรส แมลงภูทอง, 2552) ซึ่งยังไม่มีรายงานการศึกษาถึงภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาวในวัยผู้ใหญ่ โดยอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซีด เกร็ดเลือดต่ำ มีไข้ ปวด เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ มีแผลในปาก วิตกกังวล และซึมเศร้า (Camp-Sorrell, 2000) Wang et al. (2002) ศึกษาพบผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความเหนื่อยล้าระดับรุนแรงถึงร้อยละ 61 ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมลดลง และจากการศึกษาของนางลักษณะ อนันตอาจ (2550) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีปัญหาคารนอนไม่หลับอยู่ในระดับระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งการนอนไม่หลับทำให้ผู้ป่วยไม่สดชื่น มีพฤติกรรมที่เฉื่อยชา หงุดหงิดง่าย ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงและทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ในระหว่างวัน (Molassiotis, 1999; The Oncology Nursing Society, 2005; Teunissen et al, 2007 อ้างถึงใน นางลักษณะ อนันตอาจ, 2550) นอกจากนี้จากการศึกษาของมณฑา แห่งทรัพย์เจริญ (2539) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 2.3 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอันได้แก่ มารดาและบุตร นั่นคือการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

แม้ในปัจจุบันได้มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัด แต่ยังคงขาดวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของไทย ซึ่งมีการดำเนินของโรคและมีแนวทางการรักษาที่ซับซ้อน คือ เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ต้องรีบให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดขนาดที่เข้มข้นเพื่อหยุดการกระจายของเม็ดเลือดขาวที่ไม่สมบูรณ์ไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยออกฤทธิ์ทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดไม่สมบูรณ์ให้ลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้ไข

กระดูของผู้ป่วยถูกกีดการทำงาน ผู้ป่วยจะมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตและส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน จากการศึกษาของ Fortner et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเมื่อมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำส่งผลให้การมีกิจวัตรประจำวันลดลงถึงร้อยละ 42 และอาการที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในผู้ป่วยมะเร็ง คือ อาการเหนื่อยล้า พบถึงร้อยละ 69 อาการนอนไม่หลับพบร้อยละ 19 และอาการปวดเมื่อยตามตัวพบร้อยละ 16 ตามลำดับ และจากการศึกษาของ Alibhai et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่ลดลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะเห็นว่าภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความสำคัญโดยภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Dodd et al., 2001) และภาวะการทำหน้าที่เสียไปจะก่อให้เกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่งผลต่อสังคม เศรษฐกิจของประเทศชาติอย่างมาก

Dodd et al. (2001) ได้กล่าวว่าภาวะการทำหน้าที่ของบุคคลเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ การจัดการสภาพของอาการ ซึ่งมีผู้นำแบบจำลองนี้ไปใช้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคต่างๆ ดังการศึกษาของอรนุช ประดับทอง (2545) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยภาวะการทำหน้าที่ในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับและด้านความสามารถในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก แต่ด้านความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับน้อย Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ศึกษากลุ่มของอาการที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าในเรื่องการประเมินความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 7.3 พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับน้อย ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้จึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด จากแบบจำลองของ Dodd et al. (2001) และการ

ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ประสพการณ์การมีอากาศที่ประกอบด้วยความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า

ถามการวิจัย

1. ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ ประสพการณ์การมีอากาศ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่และอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ประสพการณ์การมีอากาศ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวว่า ภาวะการทำหน้าที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสพการณ์การมีอากาศ ซึ่งครอบคลุมในเรื่องการรับรู้ อากาศ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยองค์ประกอบทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กันแบบสองทาง เช่น การประเมินและการตอบสนองสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Facione and Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ชี้ถึงลางร้าย การรับรู้ความรุนแรงอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง 2) สุขภาพและความเจ็บป่วย ชนิดการรักษาที่ได้รับเป็นปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ชนิด ขนาด และระยะเวลาที่ให้ ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ 3) สิ่งแวดล้อม โดยการสนับสนุนจากครอบครัว ถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคม

และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การจัดการกับอาการ คือ ภาวะการทำหน้าที่นั่นเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่อันได้แก่

ประสบการณ์การมีอาการ เป็นปัจจัยด้านประสบการณ์การมีอาการโดย Dodd et al. (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ การรับรู้อาการเป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคลและนำไปสู่ข้อสังเกตของแต่ละบุคคลถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยปฏิบัติหรือเคยรู้สึก บุคคลจะประเมินอาการของตนเองจากการตัดสินใจโดยดูจากความรุนแรงของอาการสาเหตุ ความสามารถในการรักษา ผลของอาการคุกคามต่อชีวิตอย่างไร การตอบสนองต่ออาการจะรวมถึงทางกาย จิต พฤติกรรมโดยที่องค์ประกอบทั้ง 3 ของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กันแบบสองทางระหว่างส่วนประกอบของมิติประสบการณ์การมีอาการ คือ การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ ประสบการณ์การมีอาการมีผลโดยตรงต่อภาวะการทำหน้าที่ ดังการศึกษาของ พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมสอดคล้องกับการศึกษาของ Ahlberg, Ekman, and Gaston-Johansson (2005) ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ ความปวด อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ (Ahlberg et al., 2005; Barservic et al., 2006 ; Lee et al, 2005; Fox et al ,2007; รติรส แมลงภูทอง, 2552) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, Paul (2001) ที่ทำการศึกษากลุ่มอาการและผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมียัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า และการนอนไม่หลับ ต่อภาวะการทำหน้าที่ระหว่างได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนล้า ซึ่งอาการปวดและอาการอ่อนล้าสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ ดังนั้นประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ชนิดการรักษาที่ได้รับ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในโมเดลการจัดการกับอาการ ซึ่งการใช้เคมีบำบัดในการรักษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องใช้เคมีบำบัดขนาดที่เข้มข้นเพื่อหยุดการกระจายของเม็ดเลือดขาวที่ไม่สมบูรณ์ไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยออกฤทธิ์ทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดไม่สมบูรณ์ให้ลดลงอย่างรวดเร็ว ทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด รวมทั้งเพื่อระงับอาการของโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ไขกระดูกของผู้ป่วยถูกกดการทำงานเป็นระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ ทำให้ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงที่รุนแรง ส่งผลต่อภาวะการทำ

หน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันเคมีบำบัดที่ใช้ประกอบด้วยหลายสูตรด้วยกันที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งเคมีบำบัดส่วนใหญ่ที่ให้ผลไปกีดการทำงานของไขกระดูกทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดลดลง ทำให้มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง มีอาการซีดและอ่อนเพลียจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำ และมีอาการเลือดออกง่าย มีจุดเลือดออก จากมีเกร็ดเลือดต่ำส่งผลให้การมีกิจกรรมลดลง (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2547; Schumacher et al., 2002; Wujcik, 2000) โดยจำนวนเม็ดเลือดจะลดลงมากหรือน้อย และเร็วหรือช้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของเคมีบำบัดซึ่งชนิดเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่กดไขกระดูกมาก คือ เมโทเทรกเซต ด็อกโซรูบิซินและซิกซ์-เมอร์แคปโตพิวรีน จากการศึกษาโดย Cancer and Leukemia Group ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว 352 รายพบว่าการให้ Ara-C 7+3 ดีกว่า Ara-C 5+2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการ complete remission เท่ากับร้อยละ 71 ต่อ ร้อยละ 36 (Rai et al,1981 อ้างถึงใน ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2543) ส่วนการศึกษาของ Stalfelt, Brodin, Pettersson, and Eklof (2003) ที่ทำการการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML จำนวน 106 รายพบว่า อาการที่รุนแรงและพบได้บ่อยคืออาการเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งอาการเลือดออกในสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้บ่อยที่สุด ส่วนการติดเชื้อที่พบบ่อยคือการติดเชื้อในกระแสเลือดและติดเชื้อที่ปอด ดังนั้นชนิดการรักษาที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมในแบบจำลองการจัดการ (Dodd et al., 2001) โดยการสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย (Gaston-Johansson and Foxall, 1996) สิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Pender, 1996) สมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันรักใคร่ เป็นพื้นฐานอยู่แล้ว จากการศึกษาของ Haiyan (1997) เรื่องการสนับสนุนจากครอบครัวและ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานจำนวน 61 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและการรักษา ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวน่าจะมีสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ภาวะซีมเศร้า เป็นปัจจัยทางด้านผลลัพธ์ของอาการในโมเดลการจัดการกับอาการ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคมะเร็งทางระบบโลหิตวิทยา เกิดภาวะซีมเศร้าถึงร้อยละ 31-43 (Beravd, Boermeester and Viljoen, 1998; El-Banna, et al.,2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะเกิดอาการซีมเศร้าได้ (Schumacher et al., 2002; So et al., 2003) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเฉพาะจากอาการของโรคเองและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่งได้แก่ ซีดอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บปากและคอเนื่องจากเยื่อช่องปากอักเสบ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (Camp-Sorrell, 2000) ซึ่งผลลัพธ์ของอาการในโมเดลการจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ ดังการศึกษาของ Berger and Higginbotham (2000) ที่ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมของร่างกาย กลุ่มอาการซีมเศร้า การนอนหลับ ภาวะสุขภาพและอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีภาวะการทำหน้าที่ในการทำกิจกรรมลดลง ดังนั้นภาวะซีมเศร้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
2. ชนิดของการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
3. การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
4. ภาวะซีมเศร้ามี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดำเนินงานทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซีมเศร้า กับ ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดโดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน อายุ 20-60 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและใน ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 120 ราย ระหว่างวันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2553 ถึงวันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2553

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า และภาวะการทำหน้าที่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยครอบคลุมในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองและการปฏิบัติอาชีพการงาน ดังนี้

การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถในการอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ

การปฏิบัติอาชีพการงาน หมายถึง ความสามารถในการทำงานโดยมีปริมาณงานที่บรรลุผลสำเร็จ ปริมาณงานที่รับผิดชอบและจำนวนชั่วโมงการทำงาน

สำหรับการประเมินภาวะการทำหน้าที่ที่ใช้แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของ Tulman, Fawcett and McEvoy (1991) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) คะแนนรวมมาก หมายถึง ภาวะการทำหน้าที่ดี

ประสบการณ์การมีอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการรับรู้หรือรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม ทั้งที่เกิดจากการดำเนินของโรค ซึ่งประเมินในด้าน ความถี่ ความรุนแรงของอาการและอาการที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน ที่รบกวนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 34 อาการ โดยดัดแปลงจากแบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale ของ พอร์ทีนอยด์ และคณะ (Portenoid et al., 1994) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักษณ สุวิสิษฐ์ (2551) โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการมาก

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแลและใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติ ที่ครอบคลุมการช่วยเหลือและการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของและบริการ การช่วยเหลือและการตอบสนองมี 3 ด้านดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับกำลังใจ การได้รับความรักใคร่และห่วงใย การได้รับความมั่นใจ และความรู้สึกที่มีที่พึ่งซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนรักมีคนคอยดูแลและเอาใจใส่

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ในการแก้ปัญหาและการได้รับข้อมูลย้อนกลับต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว

การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของและบริการ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ การอำนวยความสะดวกและการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

สำหรับการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของอุไร ชลูนาค (2540) คะแนนรวมมาก หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก

ชนิดการรักษาที่ได้รับ หมายถึง เคมีบำบัดที่ใช้รักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งแล้วแต่ชนิดของโรค ได้แก่ Ara-C 7+3, Ara-C 5+2, Hidac, ALL Phase 1 , ALL Phase 2 , ALL Phase 4, FLAG, Idarubicin.

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวในด้านการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยรู้สึกเศร้าใจ หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง อ่างว้าง โดดเดี่ยว รู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ต่ำหนิตนเอง ลงโทษตนเอง ส่วนในด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง หลีกเลียจจากสถานการณ์ต่างๆ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย ได้แก่ การทำงานได้ลดลง การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และความรู้สึกทางเพศผิดปกติ ประเมินด้วยเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความซึมเศร้าของ Beck (1967) (The Beck's Depression Inventory) ฉบับที่แปลเป็นไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างถึงใน คู่มือเดือน เนตรแฉม, 2541) คะแนนรวมที่มากแสดงถึงอาการซึมเศร้ามาก

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการประเมินและจัดการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการส่งเสริม พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับภาวะการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคำวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาถึงภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอากาศ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการรักษาด้วยเคมีบำบัด
2. ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 2.1 ความหมายของภาวะการทำหน้าที่
 - 2.2 แนวคิดภาวะการทำหน้าที่
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 2.4 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่
3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
4. แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)
5. ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอากาศ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการรักษาด้วยเคมีบำบัด

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นกลุ่มโรคที่มีการแพร่กระจายตัวของเม็ดเลือดขาวที่ไม่สมบูรณ์อย่างรวดเร็วและไม่หยุดยั้ง เกิดจากความผิดปกติในกลุ่มเซลล์ที่สร้างเม็ดเลือดในไขกระดูกที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบเลือดและน้ำเหลือง เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวจะสะสมอยู่ในไขกระดูกและเข้าไปแทนที่เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ทำให้เกิดความผิดปกติในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือด เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวยังแทรกซึมไปอยู่ในอวัยวะต่างๆ ได้อีก เช่น ที่ผิวหนัง ตับ ม้าม ต่อม้ำน้ำเหลือง เป็นต้น (Grundy and Oliver, 2000; Wujcik, 2000)

1.1 สาเหตุของมะเร็งเม็ดเลือดขาว

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่ทราบแน่ชัด แต่มีสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต้นกำเนิด ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรม การได้รับกัมมันตภาพรังสีเป็นจำนวนมาก การได้รับสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบของเบนซีนหรือสารเคมีอย่างอื่น และเชื้อไวรัส (ธานินทร์ อินทรกำรชัช, 2545; Wujcik, 2000)

1.2 การแบ่งชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาว

มะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถแบ่งได้หลายชนิด ดังนี้ (ธานินทร์ อินทรกำรชัช, 2547; อัศจรรย์ ดันศิริรัตน์วงศ์, 2541; Wujcik, 2000)

1.2.1 การแบ่งตามความรุนแรง จะแบ่งเป็นชนิดเฉียบพลัน (Acute) ซึ่งเซลล์ส่วนใหญ่จะเป็นเซลล์ตัวอ่อนพวกบลาส (Blasts) หรือโปรไมโอโลซิธ (Promyelocyte) อาการจะรวดเร็วรุนแรง ส่วนชนิดเรื้อรัง (chronic) มักพบร่วมกับเซลล์ที่เป็นตัวแก่กว่าซึ่งมักมีอาการค่อยเป็นค่อยไป

1.2.2 การแบ่งตามชนิดของเซลล์เช่นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดที่เซลล์มีแกรนูโล (Granulocytic leukemia) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟซิธ (Lymphocytic leukemia)

1.2.3 การแบ่งตามความสมบูรณ์ของเซลล์ (Maturity of cell type) เช่น อยู่ในรูปของตัวอ่อน (blast cell) หรืออยู่ในรูปก่อนเป็นตัวแก่ (Pro-stage) เช่น โปรไมโอโลซิธ (Promyelocyte) หรือเป็นตัวสมบูรณ์ เช่น lymphocytic leukemia

1.2.4 การแบ่งตามจำนวนของลิวคีมีคเซลล์ เช่น พบเซลล์จำนวนปกติหรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย (A leukemic leukemia or Sub leukemic leukemia) ในมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่

จำแนกเซลล์ไม่ได้ว่าเป็นชนิดไหนก็จะแยกไว้จัดเป็นสเต็มเซลล์ลิวคีเมีย (Stem cell leukemia) นอกจากนี้ยังมีการแบ่งกลุ่มย่อยของมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันตามการแบ่งของฝรั่งเศส อเมริกันและบริติช (French-American-British cooperative group (FAB)) เพื่อประโยชน์ในการเลือกใช้ยาในการรักษา ดังนี้ (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2547; Wujcik, 2000)

1.2.4.1 มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส (Acute lymphoblastic leukemia) แบ่งย่อยออกเป็น L1, L2 และ L3

1.2.4.2 มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันที่ยังไม่สามารถแยกชนิด (Acute undifferentiated leukemia)

1.2.4.3 มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดไมอีโอบลาส (Acute myeloblastic leukemia) แบ่งย่อยออกเป็น M0, M1, M2, M3, M4, M5, M6 และ M7

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบ ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้าเลือดออกง่ายและหยุดยาก มักพบจุดเลือดออกตามผิวหนัง ตามไรฟัน ทางเดินอาหาร เลือดกำเดาไหลหรือประจำเดือนออกมาก ปัสสาวะเป็นเลือด อาการไข้จากตัวโรคเองหรือจากการติดเชื้อ (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2547) เยื่อช่องปากอักเสบ ผิวหนังอักเสบ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน (Camp-Sorrell, 2000) ตาพร่ามัว หรือมีความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง (Cranial nerve) นอกจากนี้เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวยังอาจลุกลามไปที่ไขสันหลัง รากประสาทและประสาทส่วนปลาย อาการปวดกระดูกและข้อต่างๆ บางรายอาจมีข้อบวมในรายที่โรคลุกลามไปอวัยวะอื่นๆ จะพบว่ามึนตมึนน้ำเหลืองโต ตับโต ม้ามโต เป็นต้น (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2547; Camp-Sorrell, 2000)

1.4 การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวด้วยเคมีบำบัด

การใช้เคมีบำบัดในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอาจใช้โดยลำพังหรือใช้ร่วมกับวิธีการรักษาอื่นๆ เพื่อที่จะประคับประคองระยะที่ทำให้โรคสงบยาวนานหรือรักษาจนหายขาดปัจจุบันนิยมใช้เคมีบำบัดหลายชนิดรวมกันเป็นสูตร (พรเทพ เทียนสิวกุล, 2541) ซึ่งการเลือกใช้เคมีบำบัดกลุ่มใดนั้นจะพิจารณาจาก ชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาว และระยะของมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย เช่น เซลล์ในไขกระดูกเซลล์เยื่อช่องทางเดินอาหาร เซลล์รากผม เป็นต้น (Camp-Sorrell, 2000) โดยทั่วไปจะใช้ยาที่มีผลต่อเซลล์ปกติที่น้อยที่สุด และใช้ยาที่มีคุณสมบัติเสริมฤทธิ์กัน มีอาการข้างเคียงแตกต่างกัน

ซึ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดหลายตัวร่วมกันจะช่วยลดการเกิดอาการข้างเคียงไม่ให้อ่อนแอเกินไป ทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการข้างเคียงได้ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและป้องกันการดื้อยา (นรินทร์ วรวิทย์ และเอื้อม แซ่ สุขประเสริฐ, 2546; นิสิตา บำรุงวงศ์, 2542; Tortorice, 2000)

1.4.1 ชนิดของเคมีบำบัดที่ใช้รักษา

ซึ่งชนิดของเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวอาจแบ่งตามลักษณะของเภสัชวิทยาและตามวิธีการขัดขวางการเพิ่มจำนวนของเซลล์ออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ (นิสิตา บำรุงวงศ์, 2542; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2540; อภิชัย ลีละศิริ, 2540; Tortorice, 2000)

1.4.1.1 กลุ่มสารอัลคิลเลทิง (Alkylating agents) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ทำลายเซลล์โดยการนำเอากลุ่มอัลคิล (Alkyl group) ไปแทนที่ไฮโดรเจนอะตอมในดีเอ็นเอ ทำให้เกิดความผิดปกติของรหัสบนยีน (Miscoding) ในดีเอ็นเอ มีผลทำให้การสร้างโปรตีนเสียไป มีการตายของเซลล์ในระยะต่อมา ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ บุซซัลแฟน (Busulfan) หรือมัยเลอแรน (Myleran) คลอแรมบูซิล (Chlorambucil) หรือลิวคีแรน (Leukeran) ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) หรือซัยทอกแซน (Cytosan) หรือเอ็นด็อกแซน (Endoxan)

1.4.1.2 กลุ่มยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษามะเร็ง (Antitumor antibiotics) เป็นกลุ่มยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ไปขัดขวางการสร้างดีเอ็นเอ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ดอวโนรูบิซิน (Daunorubicin) หรือซีรูบิดีน (Cerubidine) ด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin) หรือเอเดรียมายซิน (Adriamycin) ไอदारูบิซิน (Idarubicin) หรือซาวีดอส (Zavedos) ไมโตแซนโทรน (Mitoxantron) หรือโนแวนโทรน (novantrone)

1.4.1.3 สารต่อต้านการเผาผลาญสารอาหาร (Antimetabolite) ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ระหว่างระยะเอส (S-phase: DNA synthesis phase) ในวงจรชีวิตของเซลล์ โดยไปขัดขวางหรือกีดขวางการสังเคราะห์นิวคลีโอติก ซึ่งเป็นกระบวนการสังเคราะห์พิวรีน (Purine) และ/หรือไพริมิดีน (Pyrimidine) ทำให้การสร้างดีเอ็นเอลดลง การเจริญเติบโตและการแบ่งเซลล์ก็ลดลงไปด้วย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ยาด้านโฟเลต (Antifolate) เช่น เมโทเทรกเซต (Methotrexate) หรือโฟเลคซ์ (Folex) หรือมีเซต (Mexate) ยาที่คล้ายพิวรีน (Purine analogues) เช่น ซิกซ์-เมอร์แคปโทพิวรีน (6-mercaptopurine) หรือพูรีนินอล (Purinethol) ซิกซ์-ธิโอกวานีน (6-thioguanine) ยาที่คล้ายไพริมิดีน (Pyrimidine analogues) เช่น ไฟว์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) ซัยโตซินอะราบินอไซด์ (Cytosine arabinoside) หรือซัยตาราบิน (Cytarabine) หรือซัยโตซาร์ (Cytosar) หรืออะราซี (Ara-C)

1.4.1.4 ยาสเตียรอยด์ฮอร์โมน (Steroid hormones) เป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของเซลล์ ทำให้เซลล์มะเร็งขาดการกระตุ้นให้เกิดการแบ่งเซลล์ใหม่ เซลล์มะเร็งไม่มีการแบ่งตัว ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ เพรดนิโซโลน (Prednisolone) เด็กซาเมทาโซน (Dexamethasone)

1.4.1.5 อัลคาลอยด์พืช (Plant alkaloids) หรือ วินคาลคาลอยด์ (Vincal alkaloids) เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ในระยะไมโทซิส (Mitosis) โดยยาจะไปจับกับไมโครทิวบูล (Microtubules) ทำให้การสร้างไมโทติคสปินเดิล (Mitotic spindle) เสียไป โครโมโซมจะกระจายอยู่ทั่วไปในไซโตพลาสซึม (Cytoplasm) หรือเกิดการจับกันเป็นกลุ่มทำให้มีการตายของเซลล์เกิดขึ้น ยาในกลุ่มนี้มี 2 ตัว คือ วินคริสติน (Vincristin) หรือออนโควิน (Oncovin) วินบลาสติน (Vinblastin) หรือเวลแบน (Velban)

1.4.1.6 กลุ่มเบ็ดเตล็ด (Miscellaneous groups) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่

1) แอล-แอสปาราจิเนส (L-asparaginase) หรือเอลสปาร์ (Elapar) เป็นยาที่สามารถทำลายเซลล์ที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของการเจริญเติบโต (Gap 1) ในวงจรชีวิตของเซลล์ ซึ่งมีการสร้างอาร์เอ็นเอ (RNA) การสังเคราะห์โปรตีนและเอ็นไซม์ที่จำเป็นในการสร้างดีเอ็นเอ

2) ไฮดรอกซียูเรีย (Hydroxyurea) หรือฮัยเดรีย (Hydrea) อยู่ในกลุ่มสารต่อต้านการเผาผลาญสารอาหารโดยไปขัดขวางการสร้างดีเอ็นเอในระยะเอส (S-phase) ในวงจรชีวิตของเซลล์

3) อีโทโปไซด์ (Etoposide) หรือวีพี-ซิกซ์ทีน (VP-16) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของอัลคาลอยด์ พืช ยานี้จะออกฤทธิ์ตรงระยะไมโทซิสของเซลล์ โดยจับกับโปรตีนทิวบูลิน (Tubulin) อย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งโปรตีนนี้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของท่อขนาดเล็กที่สุดของเซลล์ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าได้ (Micro tubules) ดังนั้นจึงเกิดการแตกสลายของท่อขนาดเล็กที่สุดนี้ ทำให้การแบ่งตัวชะงักในระยะเมตาเฟส (Meta-phase) มีผลทำให้ยับยั้งการสร้างดีเอ็นเอและการสังเคราะห์โปรตีน

การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ นั้น จะพิจารณาชนิดและขนาดของเคมีบำบัดเป็นรายบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้หลังหยุดการรักษาแล้ว หรือทำให้โรคสงบ (Complete remission) ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือถ้าไม่อาจทำให้โรคสงบได้ ก็ช่วยบรรเทาอาการไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน และให้สามารถมีชีวิตใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด (Wujcik, 2000)

วิธีการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวด้วยการให้เคมีบำบัดในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น การรักษาผู้ป่วย AML และการรักษาผู้ป่วย ALL ได้ดังนี้

1.4.2 การรักษาผู้ป่วย AML สามารถแบ่งการรักษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ทำให้โรคสงบ (Induction of remission) และระยะภายหลังที่ทำให้โรคสงบ (Post remission therapy) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (จิรายุ เอื้อวรากุล และคณะ, 2543; ธานินทร์ อินทรกำรชัช, 2547; Wujcik, 2000)

1.4.2.1 ระยะที่ทำให้โรคสงบ คือ การให้เคมีบำบัดเพื่อให้ไขกระดูกกลับมาทำหน้าที่ปกติดังเดิมโดยเร็วหรือที่เรียกว่า เข้าสู่สภาวะโรคสงบ (Complete Remission : CR) ซึ่งได้แก่ การตรวจไขกระดูกพบเซลล์ตัวอ่อน (Blast cell) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5%, ค่าปริมาณเม็ดเลือดขาวที่แท้จริง (Absolute neutrophil count) มากกว่า 1.5×10^9 /ลิตร และระดับเกร็ดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 150×10^9 /ลิตร โดยมีมาตรฐานในการรักษาใช้สูตร Ara -C 7+3 ประกอบด้วย ซัยโตซินอะราบิโนไซด์ 100 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร หยอดทางหลอดเลือดดำวันที่ 1-7 และไอดารูบิซิน 12 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร หยอดทางหลอดเลือดดำวันที่ 1-3

1.4.2.2 ระยะภายหลังที่ทำให้โรคสงบ วัตถุประสงค์คือกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังเหลืออยู่หลังระยะที่ทำให้โรคสงบ เพื่อหวังให้หายขาด (Cure) เพราะถ้าไม่ให้การรักษาเพิ่มเติมผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำอีก จึงจำเป็นต้องรักษาต่อไปอีก 2.5-3 ปี ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่

การรักษาเพื่อขจัดโรค (Consolidation therapy) คือการให้เคมีบำบัดในลักษณะเดียวกับในระยะเวลาที่ทำให้โรคสงบ แต่ให้ติดต่อกัน 3-4 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน

การรักษาเพื่อให้โรคสงบคงอยู่ตลอดไป (Maintenance therapy) คือการให้เคมีบำบัดในขนาดต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมเพื่อมิให้มีเซลล์แปลกปลอมเกิดขึ้น แต่มักให้เป็นเวลานาน เช่น บริหารยาทุก 1-2 เดือน ติดต่อกัน 2-3 ปี

การให้การรักษาเข้มข้น (Intensification therapy) คือการให้เคมีบำบัดที่มีขนาดสูงกว่าในระยะเวลาที่ทำให้โรคสงบ หรือยาชนิดอื่นที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับ เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่หลงเหลืออยู่ โดยให้ติดต่อกัน 2-3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน

การให้เคมีบำบัดขนาดสูงร่วมกับรังสีรักษา (High dose chemotherapy with stem cell rescue) คือการให้เคมีบำบัดขนาดสูงมากรวมกับการให้รังสีรักษาแบบทั่วตัว (Totalbody irradiation) เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด จากนั้นจึงปลูกถ่ายไขกระดูก

1.4.3 การรักษาผู้ป่วย ALL สามารถแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ทำให้โรคสงบ (Induction of remission) ระยะการป้องกันการลุกลามเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS prophylaxis) ระยะการรักษาเต็มที่ (Intensification or consolidation therapy) และระยะการรักษาเพื่อควบคุมให้โรคสงบตลอดไป (Maintenance therapy) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (จิรายุ เอื้อวรากุล และคณะ, 2543; Wujcik, 2000)

1.4.3.1 ระยะที่ทำให้โรคสงบ มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้เซลล์มะเร็งในร่างกายลดลงมากที่สุดและรวดเร็วที่สุดจนไม่สามารถตรวจพบ แต่มีอันตรายต่อเซลล์ปกติเล็กน้อย ซึ่งเป็นการให้ยาในขนาดสูงที่สุดที่ผู้ป่วยจะทนได้ โดยใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 4-6 สัปดาห์ ซึ่งเคมีบำบัดที่นำมาใช้ในการรักษาหลัก คือ วินคริสติน และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำลายเซลล์มะเร็งให้มากขึ้นจะใช้เพรดนิโซโลน และแอล-แอสปาราจินเนส ร่วมด้วย

1.4.3.2 ระยะการป้องกันการลุกลามเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่อยู่ในระบบประสาทส่วนกลางตั้งแต่แรกวินิจฉัยให้หมดไป หรือเพื่อป้องกันมิให้กลับเป็นซ้ำโดยการให้รังสีรักษา ร่วมกับการฉีดเคมีบำบัดชนิด เมโทเทรกเซต เข้าไขสันหลัง

1.4.3.3 ระยะการรักษาเต็มที่ มีจุดมุ่งหมายทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังเหลืออยู่ เพื่อให้โรคสงบยาวขึ้นโดยให้เคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันในขนาดสูง ในระยะเวลาสั้นๆ ใช้เวลาประมาณ 1-3 สัปดาห์ ในช่วงนี้มีการใช้เคมีบำบัดหลายชนิด ได้แก่ ซัยโตซินอะราบิโนไซด์ ซัยโคลฟอสฟาไมด์และเมโทเทรกเซต

1.4.3.4 ระยะการรักษาเพื่อควบคุมให้โรคสงบตลอดไป ด้วยการให้เคมีบำบัดช่วยกันทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด ส่วนใหญ่เคมีบำบัดที่ใช้ คือ ซิกซ์-เมอร์แคปโตพิวรีน ทุกวัน ร่วมกับเมโทเทรกเซต ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 2-3 ปี

จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ต้องใช้ระยะเวลานาน ซึ่งมีผลข้างเคียงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย อาการอาจมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับและการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งพยาบาลควรจะทราบถึงพิษและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดเป็นอย่างดี รวมถึงประสบการณ์มีอาการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เพื่อจะได้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ตลอดจนป้องกันหรือช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษา

1.5 ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การใช้เคมีบำบัดในการรักษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด โดยมีผลแทรกซ้อนต่อเซลล์ปกติอื่นๆ น้อยที่สุด รวมทั้งเพื่อระงับอาการของโรคไม่ให้เป็นมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมักได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้

1.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

พิษและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะเกิดอาการในระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้ (ปัญญา กุลพงษ์, 2540; Barton-Burke, Wilkes, and Ingwersen, 2001)

1.5.1.1 อาการที่เกิดจากไขกระดูกถูกกดการทำงาน ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดลดลง ได้แก่ อาการติดเชื้อ เนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง มีอาการซีดและอ่อนเพลียจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำ และมีอาการเลือดออกง่าย มีจุดเลือดออกจากมีเกร็ดเลือดต่ำ (ธานินทร์ อินทรกำรชัย, 2547; Schumacher et al., 2002; Wujcik, 2000) โดยจำนวนเม็ดเลือดจะลดลงมากหรือน้อย และเร็วหรือช้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของเคมีบำบัดซึ่งชนิดเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่กดไขกระดูกมาก คือ เมโทเทรกเซต ด็อกโซรูบิซินและซิกซ์-เมอร์แคปโตพิวรีน ส่วนการศึกษาของ Stalfelt, Brodin, Pettersson, and Eklof (2003) ที่ทำการการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML จำนวน 106 ราย พบว่า อาการที่รุนแรงและพบได้บ่อยคืออาการเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งอาการเลือดออกในสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้บ่อยที่สุด ส่วนการติดเชื้อที่พบบ่อยคือการติดเชื้อในกระแสเลือดและติดเชื้อที่ปอด

1.5.1.2 อาการในระบบทางเดินอาหาร ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคลื่นไส้และอาเจียน (Schumacher et al., 2002) เนื่องจากเคมีบำบัดมีฤทธิ์กระตุ้นต่อเซลล์สมองส่วนที่ควบคุมเกี่ยวกับการอาเจียนโดยตรง เคมีบำบัดบางชนิดจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ภายในเวลา 5-10 นาทีหลังให้ยา และโดยทั่วไปมักมีอาการนานประมาณ 2-3 ชั่วโมง และบางชนิดอาจนานถึง 12-48 ชั่วโมง ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการท้องเสีย ปวดท้อง และเยื่อช่องปากอักเสบ (Camp-Sorrell, 2000) เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์เยื่อในในระบบทางเดินอาหาร ทำให้ระคายเคืองหรืออักเสบ (Wujcik, 2000) นอกจากนี้ยังทำให้มีอาการเบื่ออาหารเนื่องจากทำให้ต่อมรับรสเสียหายที่ไปอาการจะรุนแรงมากขึ้นแตกต่างกันตามชนิดและขนาด

ของเคมีบำบัดที่ได้รับ ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ ขาดสารอาหาร และ น้ำหนักตัวลดลงตามมา ซึ่งชนิดเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีผลทำลายเยื่อในระบบทางเดินอาหารมาก คือ เมโทเทรกเซตซิกซ์-เมอร์แคปโตพิวรีน และดีอกโซริบิซิน ส่วนชนิดเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก คือ ซัยโตซินอะราบิโนไซด์ และดีอกโซริบิซิน

1.5.1.3 อาการทางผิวหนัง ผผ และขน ได้แก่ ผื่นแดงที่ผิวหนัง ผิวหนังแห้งมีผื่นคัน มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว ผิวหนังและเล็บมีสีเข้มขึ้น มีการทำลายเซลล์รากผม ทำให้เส้นผมแห้ง แตกหัก และหลุดร่วงง่าย ชนิดเคมีบำบัดที่มักทำให้เกิดอาการเหล่านี้ คือ แอล-แอสปาราจิ้น (Camp-Sorrell, 2000)

1.5.1.4 ปฏิกริยาต่อเนื้อเยื่อ โดยยาบางตัวทำให้เกิดปฏิกริยาต่อเนื้อเยื่อ (Tissue reaction) ได้มากจนอาจเกิดการตายของเนื้อเยื่อ (Tissue necrosis) ได้ ถ้าหากรั่วซึม ออกนอกเส้นเลือด (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; Camp-Sorrell, 2000)

1.5.1.5 อาการเป็นพิษต่ออวัยวะต่างๆ คือ พิษต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือและปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับเคมีบำบัดประมาณ 2-3 ครั้ง (Wujcik, 2000) พิษต่อไตและกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ไตวาย กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ส่วนอาการเป็นพิษต่อระบบอื่นพบได้น้อย เช่น พิษต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด พิษต่อดับ โดยจะทำให้หัวใจอักเสบหรือเกิดพังผืด (Fibrosis) ได้ (Camp-Sorrell, 2000)

1.5.1.6 อาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกจากการกระจายของเม็ดเลือดขาวที่ผิดปกติ (Barton-Burke et al., 2001)

1.5.1.7 อาการอื่นๆ ที่พบได้บ่อยที่สุดที่เกิดขึ้นตามมาในขณะหรือภายหลังจากที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัด คือ ความเหนื่อยล้า (เพ็ญกมล กุลสุ, 2544; Jong et al., 2002; Schumacher et al., 2002) ความเหนื่อยล้าสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งในทุกชนิดของการรักษา แต่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากกว่า อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติไป จากการที่มีเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวแทรกซึมอยู่และจากความผิดปกติในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดทุกชนิด (Schumacher et al., 2002) ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งทางด้านร่างกายจิตสังคม และคุณภาพชีวิต (Schumacher et al., 2002; So et al., 2003)

1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

มะเร็งเม็ดเลือดขาวและการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย ดังนี้

1.5.2.1 ความกลัว ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ มักจะรู้สึกกลัวเกี่ยวกับอาการข้างเคียงและสิ่งต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีความกลัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ เนื่องจากการได้รับเคมีบำบัดอาจทำให้เกิดผมร่วง ผิวหนังคล้ำ (Camp-Sorrell, 2000) เป็นต้น และนอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีความกลัวเพิ่มขึ้นเนื่องจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งบางรายเป็นผู้ป่วยรายใหม่เพราะเข้าใจว่าโรคมะเร็งเป็นแล้วไม่มีทางรักษาหายเป็นแล้วต้องตาย (จันทิรา จิตตวิบูลย์, 2543)

1.5.2.2 ความวิตกกังวล ผู้ป่วยมักจะวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค รวมทั้งการต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องเป็นภาระให้กับครอบครัว ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นนานๆ จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Schumacher et al., 2002; So et al., 2003)

1.5.2.3 อาการซึมเศร้าและรู้สึกสิ้นหวัง ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะเกิดอาการซึมเศร้าได้ (Schumacher et al., 2002; So et al., 2003) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเฉพาะจากอาการของโรคเองและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่งได้แก่ ซีดอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บปากและคอเนื่องจากเยื่อช่องปากอักเสบ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (Camp-Sorrell, 2000)

1.5.3 ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่รักษาด้วยเคมีบำบัดนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน ซึ่งอาจเนื่องมาจากแผนการรักษาและจากการเกิดอาการแทรกซ้อนขณะหรือหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งอาการแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดนั้นคือ การติดเชื้อและเป็นการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยจากการศึกษาของ สูดครอง รินจ้อย (2546) พบว่าชนิดของมะเร็งที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงที่สุดคือ มะเร็งระบบเลือดและน้ำเหลืองและ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยเคมีบำบัดมีอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงสุดด้วย และเนื่องจากการต้องนอนโรงพยาบาลนานทำให้ผู้ป่วยสูญเสียรายได้ จากการหยุดงาน หรือกรณีที่เป็นครอบครัวของผู้ป่วยก็ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีค่าที่พักและค่าอาหาร ซึ่งค่าใช้จ่ายต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจต่อครอบครัวด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวเนื่องจากไม่สามารถรักษาบทบาทและทำหน้าที่ได้

และการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยังต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงจึงทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมาด้วย (Wujcik, 2000) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่างๆ มากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

2. ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งที่สำคัญโดยโรคมะเร็งและการรักษามีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของมนุษย์ วิธีการรักษาครอบคลุมทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การได้รับรังสีและการได้รับสารชีวเคมีหรือวิธีการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน โดยทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงในเรื่องการทํากิจกรรมที่เป็นปกติเป็นเวลานานหลายๆเดือนจนถึงเป็นปี (Tulman, Fawcett, and McEvoy, 1991)

2.1 ความหมายของภาวะการทำหน้าที่ (Functional status)

คำว่า Functional status มีบุคคลที่ให้ความหมายไว้มากมายโดยจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความหมายที่ใกล้เคียงกันดังนี้

คำว่า Functional status เป็นคำที่มาจากคำว่า Function และ คำว่า Status นำมารวมกันโดย Longman Dictionary (2003) ได้ให้ความหมายของคำว่า Function หมายถึง การทำงานในทางที่คาดหวัง และได้ให้ความหมายของคำว่า Status ว่า หมายถึง สถานะขั้นสูงทางสังคมที่ทำให้คนรู้และนับถือ เมื่อนำคำว่า Function และ Status มารวมกันจะมีความหมายว่า สถานะการทำงาน

Lexitron dictionary ให้ความหมายของ Function ว่าหมายถึง การทำหน้าที่ ซึ่งสามารถปฏิบัติกรได้ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้จริง และให้ความหมายของ Status ว่าหมายถึง สถานภาพ

เมื่อนำคำว่า Functional และ Status มารวมกันจะมีความหมายว่า สถานภาพการทำงาน

Medical dictionary (2539) ให้ความหมายของ Function ว่าหมายถึง การทำหน้าที่ Statusว่าหมายถึง ภาวะ เมื่อนำคำว่า Functional และ Status มารวมกันจะมีความหมายว่า ภาวะการทำงาน

ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้กล่าวว่า คำว่า สภาวะ มีความหมายเท่ากับคำว่า สภาพ และมีความหมาย เท่ากับคำว่า ภาวะ โดยให้ความหมายว่า ลักษณะในตัวเอง และให้ความหมายของคำว่า หน้าที่ ว่าหมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ เมื่อนำคำว่าภาวะการทำงาน

หน้าที่มารวมกันจะหมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้คำว่า “ภาวะการทำหน้าที่” แทนคำว่า Functional

Stewart and Brook (1981) ได้ให้ความหมายของ Functional status ว่าหมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรที่มีความหลากหลายที่เป็นปกติในผู้ที่มีสุขภาพร่างกายดีประกอบด้วย 5 กลุ่มของกิจกรรมคือ 1) กิจกรรมในการดูแลตนเอง 2) การเคลื่อนไหว 3) กิจกรรมทางกาย 4) การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท แบบฉบับของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอายุและบทบาททางสังคม 5) กิจกรรมในเวลาว่าง

Tulman, Fawcett, and McEvoy (1991) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง แนวคิดที่มีหลายมิติที่ครอบคลุมการปฏิบัติภายในครอบครัว สังคมและชุมชน การดูแลตนเองและอาชีพการงาน

Sarna (1993) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง การประเมินความสามารถทางกายที่มีความหลากหลายของกิจวัตรประจำวันปกติเมื่อมีสุขภาพที่ดี

Cella (1994) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่

Leidy (1994) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ลักษณะแนวคิดที่มีหลายมิติที่มีลักษณะคือเป็นความสามารถที่บุคคลกระทำสิ่งที่จำเป็นต่อชีวิตนั้นคือเป็นความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่บุคคลทำในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน คงอยู่ในบทบาทปกติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก

Frank–Stromborg (1997) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถจริงในแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมและการงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิตปัจจุบัน เน้นถึง BADL, IADL และ AADL (Advance Activity of Daily Living) เช่น การงาน การเดินทาง งานอดิเรก หรือการมีส่วนร่วมในสังคมและกลุ่มศาสนา

Cooley (1998) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการดำรงบทบาทในชีวิตแบ่งได้ 2 อย่าง คือ 1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย ๆ ได้ เช่น การอาบน้ำแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน 2. การปฏิบัติบทบาททั้งภายในบ้านและนอกบ้านได้เช่นการทำความสะดวก การทำอาหาร ซั้อของและการทำงาน

Barsevick, Much, and Sweeney (2000) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความ

รับผิดชอบในบทบาทหรือหมายถึงความสามารถในการในการทำกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดูแลครอบครัว บ้านหรือการทำงาน

วิริยะ (2542) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่อย่างผาสุกโดยประเมินได้จากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดินทางปฏิบัติบทบาทความรับผิดชอบทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน

ดังนั้นสามารถสรุปความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมในบ้าน การปฏิบัติกิจกรรมอาชีพการทำงาน การปฏิบัติกิจกรรมในสังคมและชุมชน

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่

2.2.1 แนวคิดของ Stewart and Brook (1981) กล่าวว่าภาวะการทำหน้าที่เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยประกอบด้วย 5 กลุ่มของกิจกรรมคือ

- 1) กิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว และการไปเข้าห้องน้ำ
- 2) การเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวไปมาภายในบ้านการเคลื่อนไหวนอกบ้านหรือในชุมชน
- 3) กิจกรรมทางกาย เช่น การวิ่ง การเดิน การใช้ไม้ค้ำยัน การยก การโค้ง
- 4) การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทแบบฉบับของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอายุและบทบาททางสังคม) เช่น กิจกรรมการทำงาน กิจกรรมโรงเรียนหรือกิจกรรมภายในบ้าน
- 5) กิจกรรมในเวลาว่าง เช่น งานอดิเรก การรวมกลุ่ม การเล่นเกมกีฬา

2.2.2 แนวคิดของ Leidy (1994) กล่าวว่าภาวะการทำหน้าที่เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยมิติ 4 มิติ คือ ความสามารถ (Capacity), การปฏิบัติ (Performance), พลังงานสำรอง (Reserve) และการนำศักยภาพออกมาใช้ (Capacity utilization) และได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้คือ

- 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional capacity) คือ ศักยภาพสูงสุดของบุคคลในการที่จะกระทำกิจกรรมตามปกติของชีวิต เพื่อตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อปฏิบัติบทบาทปกติ (ที่เคยทำเป็นประจำ) ให้สำเร็จ และเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก และความสามารถในการทำหน้าที่ ยังหมายถึง ศักยภาพในทุกมิติ รวมทั้งกาย การรู้คิด จิตสังคม จิตวิญญาณ และปัจจัยส่วนบุคคลทางสังคม แต่ในด้านการออกกำลังกาย ความสามารถ

ในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) จะหมายถึง ความสามารถสูงสุดของร่างกายในการเผาผลาญพลังงานในร่างกายโดยการออกกำลังกายสูงสุด

2) การปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) หมายถึง กิจกรรมทางกาย จิตสังคม อาชีพ และจิตวิญญาณซึ่งบุคคลจะทำจริงในชีวิตปกติของเขา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน (เป็นกิจกรรมที่เขาต้องการและอยากจะทำ) จะไม่รวมถึงการรับรู้และอารมณ์กิจกรรมทางกายเป็นกิจกรรมที่มีแรงจูงใจมาจากความต้องการทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวัน (ADL =Activities of Daily Living) และกิจกรรมประจำวันระดับปานกลาง (IADL = Intermediate Activities) กิจกรรมจะรวมถึงสุขภาพจิตและการเจริญเติบโตของบุคคล เช่นงานอดิเรกหรือช่วงเวลาที่ชอบ (ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำสวนและความสามารถในการแก้ปัญหา) ซึ่งจะรวมถึงกิจกรรมทางจิตด้วย กิจกรรมทางสังคม จะรวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและครอบครัว เช่น งานเลี้ยง การพบปะสังสรรค์ การเยี่ยมเพื่อน การโทรศัพท์และการทำงาน กิจกรรมทางจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ศรัทธา การทำสมาธิและการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและการบวงสรวง

3) พลังงานสำรองของหน้าที่ (Functional reserve) คือความแตกต่างระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional capacity) และการปฏิบัติหน้าที่ (Functional performance) โดยทั่วไปคนเราจะไม่ทำศักยภาพที่เขาทำอย่างเต็มที่ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการแต่งตัว การจัดการเรื่องการเงิน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุจะมีพลังงานสำรองน้อยกว่าคนหนุ่มสาว

4) การนำศักยภาพหน้าที่ออกมาใช้ (Functional capacity utilization) คือศักยภาพหน้าที่ หรือ ความสามารถในการหน้าที่ (Functional potential) จะถูกใช้ในระดัต่างๆ ของการกระทำ ในระดับของการกระทำที่เขาเลือกแล้ว

2.2.3 แนวคิดของ Frank – Stromborg (1997) กล่าวว่า หน้าที่ (Function) เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยมิติ 2 มิติคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) และภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) และได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้คือความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) คือ ความสามารถจริงหรือศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นปกติของชีวิตให้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ จะรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL =Basic Activities of Daily Living) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การรับประทานอาหาร หรือรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL =Instrumental Activities of Daily Living) เช่น การทำงานบ้านและการเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด การเคลื่อนย้ายและการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL= Basic Activities of daily Living) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) คือ ความสามารถจริงในแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมและการงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิตปัจจุบัน เน้นถึง BADL, IADL และ AADL (Advance Activity of Daily Living) เช่น การงาน การเดินทาง งานอดิเรก หรือการมีส่วนร่วมในสังคมและกลุ่มศาสนา Frank –Stromborg อธิบายว่าความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) และภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) มีความหมายเหมือนกันหรือใช้แทนกันได้ คือหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติบทบาทและเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สนใจ

2.2.4 แนวคิดของ Tulman, Fawcett, and McEvoy (1991) ได้ใช้ทฤษฎีของรอย ในส่วนของบทบาทหน้าที่ (Role Function Mode) มาอธิบายภาวะการทำหน้าที่ โดยภาวะการทำหน้าที่เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) บทบาททุติยภูมิ (Second roles) บทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) ที่บุคคลทำได้ด้วยตนเอง ตามแนวคิดของ Roy (1991) กล่าวว่าบทบาทเป็นหน้าที่หน่วยหนึ่งของสังคม บทบาทแต่ละบทบาทมีความเกี่ยวข้องกัน Tulman, Fawcett, and McEvoy (1991) ได้อธิบายว่า

1) การปฏิบัติบทบาทปฐมภูมิคือ การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ

2) การปฏิบัติบทบาททุติยภูมิแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ

2.1) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและกิจกรรมในครอบครัวได้ เช่น การทำความสะอาด การทำอาหาร การล้างจาน การจ่ายตลาด การดูแลคู่สมรส และเด็ก

2.2) และการที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติอาชีพการงานได้ เช่น ปริมาณงานที่บรรลุผลสำเร็จ ปริมาณงานที่รับผิดชอบและจำนวนชั่วโมงการทำงาน

3) การปฏิบัติบทบาทตติยภูมิคือ การที่บุคคลสามารถมีกิจกรรมทางสังคมและชุมชนได้ เช่น การมีส่วนร่วมในชุมชนและกลุ่มศาสนา การคบค้าสมาคมกับเพื่อนและบุคคลอื่น และการใช้เวลาว่าง ดังนั้นภาวะการทำหน้าที่จึงครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

3.1) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ

3.2) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและ กิจกรรมในครอบครัว เช่น การทำความสะอาดการทำอาหาร การล้างจาน การจ่ายตลาด การดูแลคู่สมรสและเด็ก

3.3) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติอาชีพการงาน เช่น ปริมาณงานที่บรรลุผลสำเร็จ ปริมาณงานที่รับผิดชอบและจำนวนชั่วโมงการทำงาน

3.4) การที่บุคคลสามารถมีกิจกรรมทางสังคมและชุมชน เช่น การมีส่วนร่วมในชุมชนและกลุ่มศาสนา การคบค้าสมาคมกับเพื่อนและบุคคลอื่น และการใช้เวลาว่าง
แนวคิดของภาวะการทำหน้าที่ที่ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาครั้งนี้คือแนวคิดของ Tulman, Fawcett, and McEvoy (1991) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมการปฏิบัติบทบาทปฐมภูมิ บทบาททุติยภูมิและบทบาทตติยภูมิสำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกมา 2 ด้าน คือ 1) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง 2) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติอาชีพการงาน

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีดังนี้

2.3.1 ชนิดของโรคมะเร็ง โดยจากการศึกษาของ Jordhoy (2001) พบว่าชนิดของโรคมะเร็งที่แตกต่างกันมีต่อภาวะการทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้จะมีภาวะการทำหน้าที่ หน้าที่ทางกายดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและ ผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติและจากการศึกษาของ Wang et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ และจากการศึกษาของ Kurtzet et al.(1999) พบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งปอดมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Kurtz et al. (1996) ผลการศึกษาพบว่าชนิดของโรคมะเร็งเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดสูญเสียการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้

2.3.2 ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า จากการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับ

ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงร้อยละ 7.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวรับรู้ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้ามากกว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการสูญเสียภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการเดิน การทำงาน การผลิตเพลินในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าสูง จะมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีรับรู้ความรุนแรงของอาการน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sama (1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการเหนื่อยล้าร้อยละ 70 ส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงโดยมีความยากลำบากในการทำงานที่บ้านถึงร้อยละ 44 และจากการศึกษาของ Messias (1997) ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าส่งผลทำให้การทำกิจวัตรประจำวันลดลงและมีผลต่ออาการงานและอาชีพ

2.3.3 ความปวด จากการศึกษานี้ของ Tanaka et al. (2002) พบว่าความปวดมีอิทธิพลกับกิจวัตรประจำวันร้อยละ 41

2.3.4 อาการหายใจลำบาก จากการศึกษานี้ของ Tanaka et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาการหายใจลำบาก โดยมีอิทธิพลกับภาวะการทำหน้าที่ถึงร้อยละ 55 ในเรื่องการเดิน และการทำงาน

2.3.5 ปัจจัยส่วนบุคคล

2.3.5.1 น้ำหนัก โดยจากการศึกษาของ Sama (1993) พบว่าน้ำหนักที่ลดลงมีผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.5.2 รายได้ โดยจากการศึกษาของ Sama (1994) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีรายได้ต่ำจะมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.5.3 อายุ โดย Jordhoy (2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากจะมีภาวะการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ขัดแย้งกับการศึกษาของ Kurtz et al. (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากจะสูญเสียภาวะการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย

2.3.5.4 เพศ โดย Jordhoy (2001) พบว่า เพศชายมีภาวะการทำหน้าที่ดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.6 วิธีการรักษา โดยจากการศึกษาของ Sama (1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามอาการ

ขัดแย้งกับการศึกษาของ Jordhoy (2001) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่ไม่ดีและมีอาการมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3.7 การมีโรคร่วม โดยจากการศึกษาของ Kurtz et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีโรคร่วมหลายๆโรค (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบ) จะทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นทำนายทางสถิติของภาวะการทำหน้าที่

2.3.8 ระยะเวลาการประเมินว่าใกล้ตาย โดยจากการศึกษาของ Jordhoy (2001) พบว่าระยะเวลาที่ประเมินว่าใกล้ตายมีความสำคัญทางสถิติกับภาวะการทำหน้าที่ โดยพบว่าจำนวนวันที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยใกล้ตายน้อยวันจะทำให้ภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนวันที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยใกล้ตายมากวัน

2.3.9 ระดับ Alkaline phosphatase โดยจากการศึกษา Roychowdhury et al. (2003) พบว่าระดับ Alkaline phosphatase ที่ต่ำหรือปกติจะทำให้การทำหน้าที่ทางกายสูงและบทบาทหน้าที่ต่ำ

2.3.10 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จากการศึกษาของ Dimeo et al. (1997) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยสัปดาห์ที่ 1 ออกกำลังกาย 15 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่ 2 ออกกำลังกาย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่ 3 ออกกำลังกาย 24 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่ 4 และ 5 ออกกำลังกาย 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่ 6 ออกกำลังกาย 30 นาทีต่อวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษา MacVicar et al. (1986) พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกทำให้ภาวะการทำหน้าที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2.3.11 การให้ความรู้ จากการศึกษาของ อกันตรี กรองทอง (2544) ผลการศึกษาพบว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อมีอาการเหนื่อยล้าลดลงน่าจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้นนั่นเอง

2.3.12 การใช้ยา จากการศึกษาของ Simmi (1993) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Lorazepam 12-48 ชั่วโมงหลังให้ยาเคมีบำบัดจะว่ามีอาการเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อมีอาการเหนื่อยล้าลดลงน่าจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นนั่นเอง

2.3.13 การดูแลตนเอง จากการศึกษาของ ปิยวรรณ ปุณฺณภานุรังสี (2544) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการดูแลตนเองโดยการนอนหลับและการพักผ่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 70 ออกกำลังกาย เดินเล่น ปลูกต้นไม้ ร้อยละ 60 ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสวมดนตรีการทำสมาธิ ฟังเพลง ฟังเทปธรรมะร้อยละ 56.67 นวด ร้อยละ 20 การรับประทาน

อาหารดื่มน้ำผลไม้พบร้อยละ 20 แต่วิธีที่ใช้ได้ผลมากที่สุดคือการนอนหลับ การสวดมนต์ การทำสมาธิ

2.3.14 การสนับสนุนจากครอบครัว จากการศึกษาของ Haiyan (1997) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยได้รับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและการรักษาซึ่งน่าจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

2.4 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

2.4.1 แบบประเมิน Enforced Social Dependency Scale (ESD) สร้างโดย Benolieland Young ในปี ค.ศ.1980 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยดูจาก 1) ด้านการปฏิบัติตาม ปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การเดิน การแต่งตัว เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ 2) ด้านความสามารถทางสังคมมี 3 ข้อ คือ คู่สมรส ลูกจ้างและการพักผ่อนหย่อนใจเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 3.) ด้านระดับความรู้สึกตัวมี 1 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคะแนนรวมต่ำสุด 10-51 คะแนนโดยคะแนนรวมมากจะแสดงถึงความบกพร่องทางหน้าที่สูงสุด โดย Benoliel et al. (1980) นำไปทดสอบความตรงและความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 60 ราย ได้ค่าความเที่ยงภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .9 และ Mc Corkle et al. (1989), Moinpour, Mc Corkle, and Saunder (1988) and Naylor (1990) ได้ค่าความตรงภายนอกโดยใช้วิธีวัดซ้ำ (Test -retest) และความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbach แอลฟาเท่ากับ .77

2.3.2 แบบประเมิน The Inventory of Functional Status- Cancer (IFS-CA) สร้างโดย Tulman, Fawcett, and McEvoy ในปีค.ศ.1991 เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rate scale) 4 ระดับมีทั้งหมด 39 ข้อ โดยเป็นด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง 10 ข้อ ด้านอาชีพการงาน 8 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัว 15 ข้อ การทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน 6 ข้อ โดยคะแนนรวมมากหมายถึงภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับที่ดีมาก เครื่องมือดังกล่าวได้ถูกนำไปทดสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นการตัดสินจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 16 รายที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ความสอดคล้องเท่ากับ ร้อยละ 98.5 และนำไปหาความเที่ยงโดยเป็นการตัดสินจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 16 รายที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ค่า Cronbach แอลฟาเท่ากับ .91 ความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbach แอลฟาเท่ากับ .67-.74 (Samarel, Tulman, and Fawcett , 1997)

2.4.2 แบบประเมิน The Karnofsky Performance Scale (KPS) สร้างโดย Karnofsky, Abelmann, Craver and Barchenal ในปี ค.ศ.1948 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยมะเร็งแต่เป็นการวัดเฉพาะทางกาย เพียงอย่างเดียวแต่เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวัดภาวะการทำหน้าที่ โดยวัดการปฏิบัติทางกายและระดับความต้องการความช่วยเหลือถ้าคะแนนสูง 90-100% แสดงว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่มีข้อจำกัด ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่ามีข้อจำกัดเป็นอย่างมากในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลตนเอง ความเที่ยงมีค่าผันแปร การตรวจสอบความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้วิธี Inter-rater ได้ค่าเท่ากับ 95% และในปี ค.ศ.1984 Mor et al. ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านพักผู้ป่วยได้ค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .97 ได้ค่าความตรงตามโครงสร้างเท่ากับ .49

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะเลือกประเมินโดยใช้แบบประเมิน IFS-CA ของ Tulman, Fawcett and McEvoy เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยตรงและข้อคำถามก็ครอบคลุมกับแนวคิดของภาวะการทำหน้าที่ที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา ในครั้งนี้ 2 ด้านคือ 1) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง 2) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติอาชีพการงาน ซึ่งเหมาะกับกลุ่มที่ผู้วิจัยศึกษา

3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

แนวคิดภาวะการทำหน้าที่เป็นสิ่งที่สำคัญของการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการคงไว้หรือส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในแต่ละคนได้ (Frank-Stromborg, 1992) พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องมีความเชี่ยวชาญในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ควรมีการพัฒนาความรู้ให้เหมาะสมทันต่อสถานการณ์โดยเพิ่มการประเมิน การพัฒนาการบำบัดเพื่อที่จะป้องกันและรักษาอาการที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Ropka and Spencer-Cisek, 2003) บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

3.1 การป้องกันการเกิดโรคและการค้นพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ปัจจุบันการให้ความรู้แก่ประชาชนจะเน้นถึงการตรวจร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอและทราบถึงอาการเตือนที่สำคัญ และการป้องกันโดยทั่วไป ได้แก่

1) การให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนตระหนักว่าโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีสาเหตุจากอะไรและมีวิธีการป้องกันอย่างไรอธิบายถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เช่นการสูบบุหรี่ การสัมผัสสารเคมี เบนซิน ยาฆ่าแมลง เป็นต้น

2) ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวรวมทั้งวิถีทางการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้อง

3) ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

4) ให้ข้อมูลและอธิบายการตรวจวินิจฉัยเพื่อค้นพบโรครวมถึงแหล่งประโยชน์ที่ประชาชนสามารถไปขอรับการปรึกษาหรือรับบริการได้

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค ช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีความเครียดและความวิตกกังวล พยาบาลประเมินความรู้ เจตคติ และความเชื่อที่ผิดๆของผู้ป่วยและญาติโดยการให้ข้อมูลรวมทั้งปลอบโยนแสดงความเห็นอกเห็นใจแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อช่วยลดความกลัวและวิตกกังวล

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและรับการรักษา

3.3.1 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดจากโรคและการรักษา

1) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติใช้ข้อมูลนั้นในการตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) พยาบาลควรให้ผู้ป่วยพูดคุยปรับทุกข์ระบายความวิตกกังวลและปรึกษาผู้อื่นในการแก้ไขปัญหาซึ่งอาจจะเป็นญาติหรือพยาบาล

3) พยาบาลควรช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองในการปฏิบัติและช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้

4) พยาบาลควรให้ผู้ป่วยกระทำหรือคิดสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นไม่หลีกเลี่ยง

5) พยาบาลควรให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแต่พยายามปรับเปลี่ยนความหมายของความเจ็บป่วยให้เป็นไปในทางที่ดี

6) พยาบาลควรให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การขอพรและความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวในชีวิต

7) พยาบาลควรให้ผู้ป่วยได้เจรจาต่อรองหาทางเลือกที่เป็นไปได้โดยพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ดีที่สุดเหมาะสมที่สุดที่จะกระทำ

3.3.2 การร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาโรคตลอดจนป้องกันและการรักษาอาการข้างเคียงจากการรักษา

1) พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ทนต่ออาการข้างเคียงของยาเคมีได้ดีขึ้น

2) พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 3 ลิตรต่อวัน เพื่อช่วยป้องกันอาการท้องผูก

3) พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง

4) พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นตลอดจนการปฏิบัติตนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

5) พยาบาลควรป้องกันการเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำหรือผิวหนัง บริเวณที่ได้รับยาเคมีบำบัด คอยสังเกตอาการปวด บวม แดงร้อน บริเวณผิวหนังที่ให้ยาและรายงานแพทย์ทันทีที่เกิดอาการ

6) พยาบาลควรร่วมมือกับแพทย์ในการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้น

7) พยาบาลควรให้ความรู้ผู้ป่วยในการป้องกันและหรือบรรเทาอาการข้างเคียงอื่นๆ

8) พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยลดหรือผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลโดยหาวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสม

9) พยาบาลควรช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจากโรคและยาเคมีบำบัด

10) พยาบาลควรให้การดูแลและป้องกันผู้ป่วยที่จะเกิดการช็อค จากการแพ้ยา

3.4 การบรรเทาความเจ็บปวด

1) พยาบาลควรสร้างและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น

2) พยาบาลควรประเมินความเจ็บปวดอย่างมีระบบโดยครอบคลุม ทั้งความรู้สึกและความทุกข์ทรมานจากความปวด ประสิทธิภาพของยาและวิธีการที่ใช้ลดความปวด และผลของความเจ็บปวดต่อกิจวัตรประจำวัน

3) พยาบาลควรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งต้องประเมินประสิทธิภาพของยาในการควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องและปรึกษาแพทย์ถ้าผู้ป่วยไม่คลายความปวด

4) พยาบาลควรส่งเสริมความสบายโดยทั่วไป จะช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความเจ็บป่วยได้มากขึ้น

5) พยาบาลควรใช้พฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการลดความเจ็บปวด

6) พยาบาลควรยอมรับวิธีที่ผู้ป่วยใช้แล้วได้ผล

3.5 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ควรเริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดที่ชีวิตผู้ป่วยถูกกระทบจากการเป็นโรคมะเร็ง

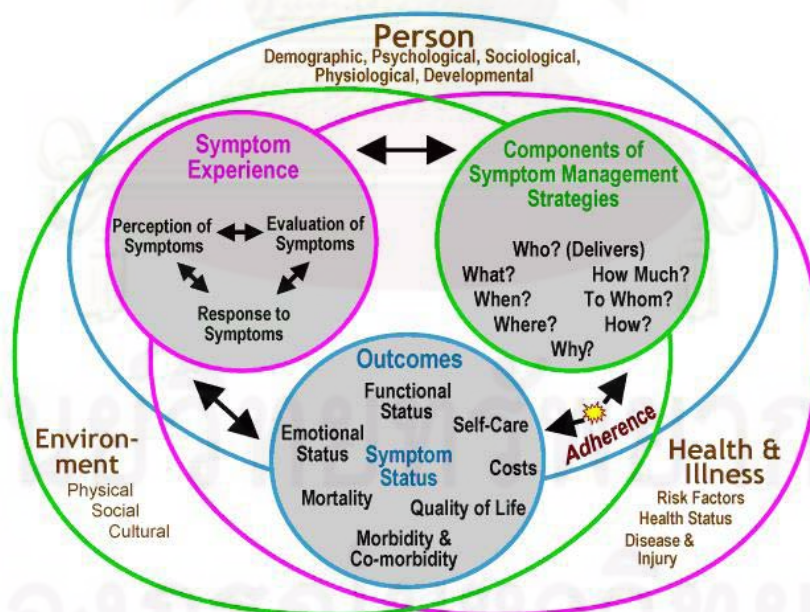
3.6 การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดจากการแพร่กระจายลูกกลมของโรคในระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่เปลี่ยนจากการเน้นการหยุดยั้งการกระจายของโรคและการยืดชีวิตของผู้ป่วยมาเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและเผชิญกับความตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นคนพยาบาลควรมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับไปใช้ชีวิตได้ผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

4. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001)

แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไปรับการรักษาในแต่ละปีซึ่งอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคมโดยการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัวและพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุเช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วยตามแนวคิดการจัดการกับอาการ อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลต่อเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวิตสังคม

(Harver and Mahler, 1990 cited in Dodd et al.,2001) แบบจำลองการจัดการกับอาการอยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อคือ

1. อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง
2. บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการกับอาการอาจเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัวหรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด เช่น เด็กทารก
4. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่ม ครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
5. การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเอง ซึ่งประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และจากอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model ของ Dodd et al. (2001)

แบบจำลองนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ซึ่งประกอบไปด้วย บุคคล (Person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Health and illness) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ดังนี้

1. **บุคคล (Person domain)** ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และสรีรวิทยา (Physiological) เป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่ทำให้มีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งรวมทั้งระดับของพัฒนาการ (Developmental) ในแต่ละบุคคลและวุฒิภาวะ

2. **สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain)** มโนทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วยประกอบไปด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการ

3. **สภาพแวดล้อม (Environment domain)** สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการเกิดขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรด้าน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical) สังคม (Social) และวัฒนธรรม (Culture) ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล โดยสิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมทั้งเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal) วัฒนธรรม ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชนนั้นๆ เชื้อชาติ โดยที่สถานที่ที่มีผลต่อกิจกรรมในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์

มโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการซึ่งประกอบไปด้วย ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ดังรายละเอียด

1. **ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)** ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง (Severity) สาเหตุ (Cause) ภาวะคุกคาม (Treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในมโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินต่ออาการ สามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการ (Facione and Dodd, 1995, Jayne, 1996

cited in Dodd et al., 2001) โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้น

1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) การรับรู้อาการหมายถึงการที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดีแปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือปฏิบัติ (Larson et al., 1996) มโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและหรือการรักษา

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) การประเมินอาการจะมีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งรวมถึงความรุนแรง ตำแหน่งที่เกิดอาการ ลักษณะของอาการที่เป็นชั่วคราวหรือถาวร ความบอบยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามของอาการ

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย (Physiologic) จิตใจ (Socioculture) วัฒนธรรมสังคม (Sociocultural) และพฤติกรรม (Behavioral component) โดยการตอบสนองต่ออาการทางด้านร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ปรากฏออกมา เช่น ใจสั่น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง รอบประจำเดือนเปลี่ยนและการนอนไม่หลับ การตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก โดยผู้ป่วยประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม อาจจะมีการตอบสนองโดยมีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเพิ่มการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าสู่ของระบบประสาทส่วนกลางส่งผลให้มีการรับรู้อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ของภาวะคุกคาม และการตอบสนองต่ออาการด้านร่างกายอาจจะกระตุ้นให้มีการตอบสนองด้านลบของร่างกายด้านอื่นๆ การตอบสนองทางด้านจิตใจสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบวนการคิดหรือทัศนวิสัย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ความตั้งใจลดลง หรืออึดมโนทัศน์เปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เป็นการแสดงความรู้สึกที่มีต่ออาการของโรค รวมทั้งการพูดและการสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น การร้องไห้ การตะโกนและท่าทางที่สับสนหรือการทำหน้าที่ของบุคคลที่ลดลง เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งสังคม รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนไปหรือความสามารถในการดำรงบทบาทเปลี่ยน โดยอาจจะมีการตอบสนองของอาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่าหนึ่งอาการขึ้นไปการรายงานอาการของตนเองเป็นการตัดสินใจที่จะจัดการกับอาการในหน่วยบริการทางสุขภาพ (Health care) อาจเกิดปัญหาได้ถ้าการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวและบุคคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจไม่ตรงกันกับรับรู้ของตัวเอง (Fagerhaugh and Strauss, 1977 cited in Dodd et al., 2001) เช่น บุคลากรในแผนกฉุกเฉินมักสรุปเกี่ยวกับระดับอาการปวดของผู้ป่วยโดยใช้การแสดงออกของ

ผู้ป่วยมากกว่าระดับคะแนนที่ได้โดยตัวผู้ป่วยเอง เช่น การสังเกตเห็นมีการเคลื่อนไหวของไหล่ของผู้ป่วยอาจจะให้ความสำคัญมากกว่าอาการอื่น ๆ ที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้

2. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้กลยุทธ์ กลยุทธ์ในการดูแลตนเอง (Self-care) โดยการใช้ยา (Biomedical) โดยการอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไหร่ (Intervention dose) ใช้กับใคร (ผู้รับการปฏิบัติ) และใช้อย่างไร (Delivered) การปฏิบัติเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์

3. ผลลัพธ์ (Outcomes)

ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และเป็นผลจากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์มุ่งที่ 8 ปัจจัย คือ 1) ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน การที่มีรายได้ต่ำเนื่องจากต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน (Stommel et al., 1993; Given et al., 1994) 2) สภาวะอารมณ์ (Emotional status) 3) การดูแลตนเอง (self-care) 4) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 5) คุณภาพชีวิต (Quality of life) 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity and co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) 8) สภาวะอาการ (Symptom status) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดอาจมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกันและกันระยะเวลาของการประเมินอาการขึ้นอยู่กับความทนทานของผู้ป่วย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์มีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

5.1.1 ประสบการณ์มีอาการของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินจากความรุนแรง (Severity) สาเหตุ (Cause) ภาวะคุกคาม (Treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เคมีบำบัดในการรักษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด โดยมีผลแทรกซ้อนต่อเซลล์ปกติอื่นๆ น้อยที่สุด รวมทั้งเพื่อระงับอาการของโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมักได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการต่างๆ ซึ่งอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะเกิดอาการในระบบต่างๆ ของร่างกาย ดังนี้ (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; Barton-Burke, Wilkes, and Ingwersen, 2001) อาการที่เกิดจากไขกระดูกถูกกดการทำงาน ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดลดลง ได้แก่ อาการติดเชื้อเนื่องจากมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง มีอาการซีดและอ่อนเพลียจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำ และมีอาการเลือดออกง่าย มีจุดเลือดออกจากมีเกร็ดเลือดต่ำ (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2547; Schumacher et al., 2002; Wujcik, 2000) มีการศึกษาของ Stalfelt et al (2003) ที่ทำการการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML จำนวน 106 ราย พบว่า อาการที่รุนแรงและพบบ่อยคืออาการเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งอาการเลือดออกในสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้บ่อยที่สุด ส่วนการติดเชื้อที่พบบ่อยคือการติดเชื้อในกระแสเลือดและติดเชื้อที่ปอด อาการในระบบทางเดินอาหาร ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคลื่นไส้และอาเจียน (Schumacher et al., 2002) ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการท้องเสีย ปวดท้อง และเยื่อช่องปากอักเสบ (CampSorell, 2000) เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์เยื่อบุในระบบทางเดินอาหารทำให้ระคายเคืองหรืออักเสบ (Wujcik, 2000) นอกจากนี้ยังทำให้มีอาการเบื่ออาหารเนื่องจากทำให้ต่อมรับรสเสียหายที่ไปอาการจะรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันตามชนิดและขนาดของเคมีบำบัดที่ได้รับ ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ขาดสารอาหาร และน้ำหนักตัวลดลงตามมา ซึ่งชนิดเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีผลทำลายเยื่อในระบบทางเดินอาหารมาก คือ เมโทเทรกเซตซิกซ์-เมอร์แคปโตพิวรีน และดีออกไซรูบิซิน ส่วนชนิดเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก คือ ซัยโตซินอะราบิโนไซด์ และดีออกไซรูบิซิน อาการทางผิวหนัง ผอม และขน ได้แก่ ผื่นแดงที่ผิวหนัง ผื่นหนังแห้งมีผื่นคัน มีการ

เปลี่ยนแปลงของสีผิว ผิวหนังและเล็บมีสีเข้มขึ้น มีการทำลายเซลล์รากผมทำให้เส้นผมแห้ง แตกหัก และหลุดร่วงง่าย ชนิดเคมีบำบัดที่มักทำให้เกิดอาการเหล่านี้ คือ แอล-แอสปาราจินเนส (Camp-Sorrell, 2000) ปฏิกริยาต่อเนื้อเยื่อ โดยยาบางตัวทำให้เกิดปฏิกริยาต่อเนื้อเยื่อ (Tissue reaction) ได้มากจนอาจเกิดการตายของเนื้อเยื่อ (Tissue necrosis) ได้ ถ้าหากรั่วซึมออกนอก เส้นเลือด (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; Camp-Sorrell, 2000) อาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูก (Barton-Burke et al., 2001) จากการสร้างเม็ดเลือดขาวที่ผิดปกติในไขกระดูกและ อาการที่พบได้ บ่อยที่เกิดขึ้นตามมาในขณะหรือภายหลังที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัด คือ ความเหนื่อยล้า (เพ็ญกมล กุลสุ, 2544; Jong et al., 2002; Schumacher et al., 2002) ความเหนื่อยล้าสามารถ เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งในทุกชนิดของการรักษา แต่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมี บำบัดอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากกว่า อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมี การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติไป จากการที่มีเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวแทรกซึมอยู่และจาก ความผิดปกติในการสร้างเซลล์เม็ดเลือดทุกชนิด (Schumacher et al., 2002) ซึ่งความเหนื่อยล้าที่ เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งทางด้านร่างกายจิตสังคม และคุณภาพ ชีวิต (Schumacher et al., 2002; So et al., 2003)

5.1.2 แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ

การประเมินประสบการณ์มีอาการมีความสำคัญ เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อ สุขภาพ ภาวะการทำงานที่ คุณภาพชีวิต ความทุกข์ทรมานและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย การประเมินที่ดีจะนำความสำเร็จในการจัดการกับอาการ นอกจากนี้ประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วยหลายมิติ เช่นระยะเวลา ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน การรบกวนชีวิต เครื่องมือที่ใช้ประเมินจึงควรมีความครอบคลุม ถูกต้อง น่าเชื่อถือ ถูกต้อง และน่าเชื่อถือโดยมีค่า ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมืออยู่ในระดับที่ยอมรับเป็นมาตรฐานมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (Burns and Grove, 1997 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) รวมทั้งไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป จากการทบทวนวรรณกรรมมีเครื่องมือจำนวนมากที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินประสบการณ์มี อาการในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น

5.1.2.1 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) สร้างโดย บรูเอรา และคณะ (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, and Macmillan, 1991) เป็นเครื่องมือที่ พัฒนาเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองประกอบด้วยมิติ การมีอาการ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน ประเมินอาการที่สำคัญในกลุ่มมะเร็งมี 9 ข้อ ได้แก่ ความเจ็บปวด การทำกิจกรรม อาการคลื่นไส้ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความง่วงเหงา

หาวนอน ความอยากอาหาร ความผาสุก และการหายใจสั้น ลักษณะคำตอบเป็น Visual Analogue Scale (VAS) ประเมินโดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงยาว 10 ซม. ด้านซ้ายสุดไม่มีอาการ ด้านขวาสุดมีอาการมากที่สุดได้มีการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ค่าความตรงภายนอกใช้วิธี วัดซ้ำและความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .70 (Davison, Jhangri, and Johnson, 2006) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่กระจายไปยังสมอง 170 คน ได้ค่าความเที่ยงภายใน Cronbach's Alpha เท่ากับ .61 - .74 (Chow, Fan, Hadi, Wong, Kirou-Mauro, and Filipczak, 2008)

5.1.2.2 Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) สร้างโดย Portney et al., (1994) เป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้งจากการดำเนินของโรคและการรักษา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการที่ประกอบด้วยมิตีย่อยดังนี้มีความถี่ของอาการ มิตีความรุนแรงของอาการ และมิตีความทุกข์ทรมานได้มีการนำ MSAS ไปใช้ในหลายการศึกษามีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) แต่ละหมวดย่อย ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และดัชนีความทุกข์ทรมานโดยรวมเท่ากับ .83, .88 และ .58 ตามลำดับ ซึ่งค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งชุดอยู่ระหว่าง .78 - .87 (Lobchuk, 2002; Trammert et al., 2003 cited in Suwisith, 2007) และได้แปลเป็นไทยและมีการแปลย้อนกลับตามกระบวนการแล้ว โดย นางลักษณ สุวิศิษฐ์ (2550) นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach ในมิตีการมีอาการ ความถี่ ความรุนแรงและความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการเท่ากับ .89, .89, .91, .93 และ .96 ตามลำดับ

5.1.2.3 M.D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) สร้างโดย Department of Symptom Research at the University of Texas M.D. Anderson Cancer Center เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการ 13 อาการสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ ความปวด ความเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาการเศร้า ความง่วงนอน ความอยากอาหาร การหายใจสั้น อาเจียน รบกวนการนอนหลับ ความทุกข์ทรมาน ปากแห้ง ชา/เจ็บแปลบ มีปัญหาความจำ และผลกระทบของอาการต่อกิจวัตรประจำวันใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาจำนวน 19 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale (NRS) มีค่าตั้งแต่ 0 (ไม่มีอาการ) ถึง 10 (มีอาการมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้โดย โอวาโนวาและคณะ (Ivanova et al., 2005) นำไปทดสอบหาความตรงและความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 226 คน ความตรงเหมือน (Convergent Validity) เปรียบเทียบกับแบบประเมินภาวะสุขภาพ (SF-36) ได้ค่าความตรงภายในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ เท่ากับ .66, .75 และ .76 ตามลำดับ ความเที่ยงภายในด้านความ

รุนแรงของอาการทั่วไป อาการจากการรักษา และด้านอารมณ์ได้ค่าครองนาคแอลฟาเท่ากับ .80, .68 และ .90 ตามลำดับ

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะเลือกประเมินโดยใช้แบบประเมิน MSAS เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดอาการทั้งจากการดำเนินของโรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วยอาการทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งครอบคลุมกับมิติต่างๆ ของประสบการณ์การมีอาการตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยศึกษา

5.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์มีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ประสบการณ์การมีอาการโดย Dodd et al. (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ การรับรู้อาการเป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคลและนำไปสู่ข้อสังเกตของแต่ละบุคคลถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยปฏิบัติหรือเคยรู้สึก การประเมินอาการโดยบุคคลจะประเมินอาการของเขาจากการตัดสินใจโดยดูจากความรุนแรงของอาการ สาเหตุความสามารถในการรักษา ผลของอาการคุกคามต่อชีวิตเขาอย่างไรการตอบสนองต่ออาการจะรวมถึงทางกาย จิต พฤติกรรมโดยที่องค์ประกอบทั้ง 3 ของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กันแบบสองทางระหว่างส่วนประกอบของมิติประสบการณ์การมีอาการ คือ การรับรู้เกี่ยวกับอาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการและการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการมีผลโดยตรงต่อภาวะการทำหน้าที่ที่มีการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่สอดคล้องกับ (Ahlberg, Ekman, and Gaston-Johansson, 2005) ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ ความปวด อาการซึมเศร้า และวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ลดลง (Alberg et al., 2005; Barservic et al., 2006; Lee et al., 2005; Fox et al., 2007) มีการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ศึกษากลุ่มอาการและผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า และการนอนไม่หลับ ต่อภาวะการทำหน้าที่ ระหว่างได้รับเคมีบำบัด อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนล้า ซึ่งอาการปวดและอาการอ่อนล้าสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ นอกจากนี้พบว่า เมื่ออาการเหล่านี้รุนแรงขึ้นจะส่งผลให้การทำหน้าที่ลดลง ดังนั้นประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดการรักษาที่ได้รับกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

5.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดการรักษาที่ได้รับกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

การให้ยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดผลข้างเคียงของการรักษาทำให้เกิดอาการแตกต่างกันไปส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด และระยะเวลาที่ให้จากการศึกษาของ Jordsoy et al. (2001) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าและมีอาการมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดสอดคล้องกับการศึกษาของ Given et al. (2000) ผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัด ยกเว้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเท่านั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xiaolin (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีภาวะการทำหน้าที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ดังนั้นชนิดของการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

5.3.1 ความหมายการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติแนวคิดของการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแนวคิดที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผู้ให้ความหมายหลากหลายซึ่งมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันตามแนวคิดและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลดังนี้

House (1981 cited in Tilden, 1985; House et al., 1985) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมโดยทั่วไป รวมถึงสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส, เพื่อน, ระหว่างสมาชิกในองค์กรในสังคม บางครั้งอธิบายในรูปแบบของโครงสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในสังคม บางครั้งอธิบายถึงการแบ่งหน้าที่กันในสังคม ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง (Esteem), ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Affect), ความไว้วางใจ (Trust), ความห่วงใย (Concerns), การได้รับฟังสิ่งต่างๆ (Listening)

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ, ข้อเท็จจริง, แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย

3. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน ให้เวลา สิ่งของหรือเงิน

4. การสนับสนุนโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา (Affirmation) รวมถึงแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

Schaefer et al. (1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลได้รับความรักหรือได้รับการดูแลเอาใจใส่

2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลนำไปแก้ไขปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน

3. ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ (Tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของและการบริการ

สมจิต หนูเจริญกุล (Somchit, 1988 cited in Wongpromchai, 2005) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล โดยได้แบ่งชนิดสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่พึงพาได้และไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความรักหรือความเอาใจใส่

2. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ

ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประพฤติกและการปฏิบัติของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องต่างๆ เช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้บริการ

สรุปการสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแลและใกล้ชิดในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติ ที่ครอบคลุมการช่วยเหลือและการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของและบริการ การช่วยเหลือและการตอบสนอง

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) มาอธิบายการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมความต้องการขั้นพื้นฐาน ทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมด้านสิ่งของหรือบริการ ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพันหรือการได้รับการดูแลเอาใจใส่

5.3.2 การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย (Gaston-Johansson and Foxall, 1996) ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมในแบบจำลองการจัดการกับอาการโดย Dodd et al. (2001) กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ ครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Pender, 1996) สมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันรักใคร่ เป็นพื้นฐานอยู่แล้วผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมักได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการต่างๆ ซึ่งอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลงจากการศึกษาของ นางลักษณ์ อนันตอาจ (2550) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีปัญหาคารนอนไม่หลับอยู่ในระดับระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับมีพฤติกรรมที่เฉื่อยชาทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงและทำให้ผู้ป่วยบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ในระหว่างวัน (Molassiotis, 1999; The Oncology Nursing Society, 2005; Teunissen et al, 2007 cited in นางลักษณ์ อนันตอาจ,

2550) ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถคงภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไว้ได้หรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำภาวะหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตต่อสู้กับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้

5.3.3 การประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

5.3.3.1 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของ อูไร ชลูนาค (2540) ซึ่งสร้างเครื่องมือการสนับสนุนจากครอบครัวโดยใช้แนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งครอบคลุมความช่วยเหลือทั้ง 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรักใคร่และห่วงใย การได้รับความมั่นใจ และความรู้สึกมีที่พึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความรักมีคนคอยดูแลเอาใจใส่
2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสารหมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาและการได้รับข้อมูลย้อนกลับต่างๆหรือย้อนกลับต่างที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว
3. ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการหมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ การอำนวยความสะดวก และการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ความช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เครื่องมือชุดนี้ผ่านการหาค่าความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวไปรับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน หลังจากผู้ทรงพิจารณาแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหาตามคำแนะนำ และหาค่าความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานับจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94

5.3.3.2 แบบประเมินของสิริสุดา ชาวคำเขต (2541) แบบการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire : PRQ -85 part 2) สร้างโดย แบรินด์ และไวเนิร์ต (Brandt and Weinert, 1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย แบรินด์และไวเนิร์ต (Brandt and Weinert, 1985) ได้หาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคมศาสตร์ตรวจสอบ และ Weinert (1987 cited in Weinert, 1988)

ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของ PRO-85: Part2 กับแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า (Depressive inventory) และแบบวัดความวิตกกังวล (Trait anxiety scale) ในกลุ่มตัวอย่าง 121 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ -0.42 และ -0.37 ($p < 0.001$) ตามลำดับความเชื่อมั่นมันมูห์เลนแคมป์ (Muhlenkamp, 1985) ได้ตรวจสอบในผู้สูงอายุจำนวน 132 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ $.89$

5.3.3.3 แบบประเมินของบิงอร์ ฤทธิอุดม (2536) แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งสร้างโดยวิไลลักษณ์ จันทรพิวง (2533) ตามแนวความคิดของ Robert (1981) จัดการสนับสนุนที่ได้รับจากคู่สมรส 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของการเงินและแรงงาน วิไลลักษณ์ จันทรพิวง ได้นำเครื่องมือซึ่งผ่านการหาความเที่ยงตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 100 ราย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ $.96$ แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ดังนั้น คะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งชุดคะแนนจะกระจายอยู่ระหว่าง 21-105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของอุไร ชลฺุยนาค (2540) ซึ่งสร้างเครื่องมือการสนับสนุนจากครอบครัวโดยใช้แนวคิดของ Schaefer et al. (1981) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยศึกษาผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าว

5.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการศึกษาของ Haiyan (1997) เรื่องการสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานจำนวน 61 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยได้รับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและการรักษา ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและจากการศึกษาของ นิตยา คงชุม (2539) พบว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย ซึ่งการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนจากครอบครัวโดยพบถึงร้อยละ 78.2 และสามารถทำนายการปรับตัวทางจิตสังคมได้

ร้อยละ 22 เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน การให้ข้อมูล คำแนะนำ สิ่งของและความเอาใจใส่ในทุกข์สุขนั้นคือการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวน่าจะสามารถทำนายภาวะการดำรงนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

5.4.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้ Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา ได้แก่ มีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีเตียนตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น

Beck et al. (1979) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคต ซึ่งมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไปคือการด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (Arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (Selective abstraction) การคิดและแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (Overgeneralization) การขยายต่อเติมหรือตัดทอนเรื่องราว (Magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด (Dichotomous thinking)

ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า คือ ภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต โดยจะมีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต่ำหนืดตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง และแยกตัวจากสังคม

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงภาวะที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนทางด้านการคิดและการรับรู้ มีการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย

และพฤติกรรมได้แก่ มีความคิดในด้านลบ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น

5.4.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะเกิดอาการซึมเศร้าได้ (Schumacher et al., 2002; So et al., 2003) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเฉพาะจากอาการของโรคเองและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่งได้แก่ ชีต อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บปากและคอ เนื่องจากเยื่อช่องปากอักเสบ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณ์ (Camp-Sorrell, 2000)

5.4.3 การประเมิน

5.4.3.1 Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม นำไปใช้ โดยตอนแรกจะมีผู้สัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบคำถาม หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ป่วยต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเองลักษณะคะแนนมีคะแนนทั้งหมด 63 คะแนน แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีการแปลผลคะแนนตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ คะแนนระหว่าง 0 ถึง 9 แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 10 ถึง 15 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 16 ถึง 19 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20 ถึง 29 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับมากคะแนนระหว่าง 30 ถึง 63 แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

5.4.3.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED-S) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

5.4.3.3 Zung Self-Rating Depression Scale ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ควบคุมการทำงานของร่างกายและด้านจิตใจ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควรโดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ เพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุ หรือวัดลักษณะทางคลินิกของโรคนั้นๆ ไป และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

5.4.3.4 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) จัดเป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ สร้างโดยศาสตราจารย์ ฮามิลตัน (Hamilton) จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1950 และมีการปรับปรุงต่อมาเรื่อยๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวายและการหยั่งรู้ การให้คะแนนและการจัดกลุ่มระดับคะแนน แบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง มีข้อจำกัดคือผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ และไม่สามารถวัดการรับรู้ที่เกิดจากภาวะทางอารมณ์ กระบวนการคิด และภาวะจิตวิญญาณในผู้สูงอายุได้

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1961) ซึ่งครอบคลุมแนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ประกอบกับแบบประเมินนี้ได้ถูกนำไปใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งแบบประเมินนี้มีคำถามเกี่ยวกับทางจิตและทางกาย มีเนื้อหาครอบคลุมด้านภาวะอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม ระบบ การทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรมและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูง คือ .92 (นิศารัตน์เชตวรณ, 2543) และเพียงใจ ดาโลปการ (2545) ได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูง คือ .90

5.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งทางระบบโลหิตวิทยามีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 31-43 (Beravd, Boermeester, and Viljoen, 1998; El-Banna et al., 2004) โดย Berger and Higginbotham (2000) ได้ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมของร่างกาย กลุ่มอาการซึมเศร้า การนอนหลับภาวะสุขภาพและอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง

เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการทำกิจกรรม การพักผ่อน ในระหว่างการรักษาที่ผิดปกติไป จำนวนเวลาในการพักผ่อนนานขึ้น มากกว่า 8-24 ชั่วโมง คะแนนของอาการเหนื่อยล้าที่สูงสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการซึมเศร้า การลดลงของการทำกิจกรรม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกจันทร์ ชันทะมะ (2548) ศึกษาถึงอาการไม่พึงประสงค์ ความสัมพันธ์ระหว่างอาการแต่ละอาการ ลักษณะอาการที่ไม่พึงประสงค์ การจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จำนวน 64 คน พบว่า อาการที่ไม่พึงประสงค์ในระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่พบบ่อยในภาพรวม คือ 1) อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง 2) ผม่ว่ง 3) คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทุกระยะการรักษา ลักษณะอาการที่ไม่พึงประสงค์ ในด้านความถี่ที่เกิดขึ้นตลอดเวลามากที่สุด คือ 1) ผม่ว่ง 2) ผิวหนังแห้งคัน 3) มีแผลในปาก อาการที่รุนแรงมากที่สุด คือ 1) อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง 2) ผม่ว่ง 3) มีแผลในปาก การจัดการกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ใช้ และ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงวิธีที่ได้ผลทุกครั้งมากที่สุด คือ นอนพัก รับประทานยาลดไข้ นอนหลับพักผ่อนเต็มที่ในเวลากลางคืนประมาณ 6-8 ชั่วโมง สำหรับอาการมีแผลในปาก ผม่ว่ง และผิวหนังแห้งคันวิธีที่ได้ผลทุกครั้งมากที่สุด คือ ใช้แปรงที่มีขนอ่อนนุ่มแปรงทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการถูแสงแดดโดยการสวมหมวก ใช้ยาโพคิรชะ และใช้โลชั่นทาผิวหนังเพื่อป้องกันผิวหนังแห้งแตก และความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่ไม่พึงประสงค์ พบว่า อาการอ่อนเพลีย อาการมีแผลในปาก อาการซึมเศร้า อาการผม่ว่ง อาการผิวหนังแห้งคัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และอายุได้กระยะการรักษา รายได้ข้างครอบครัวมีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการที่ไม่พึงประสงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นิตยา คงชุม (2539) พบว่าคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยซึ่งการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนจากครอบครัวโดยพบถึงร้อยละ 78.2 และสามารถทำนายนายการปรับตัวทางจิตสังคมได้ร้อยละ 22 เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน การให้ข้อมูลคำแนะนำ สิ่งของและความเอาใจใส่ในทุกข์สุข

ผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) ได้ศึกษาประสบการณ์ความปวดและวิธีจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 80 ราย พบว่า ความปวดขณะประเมินอยู่ในระดับน้อย ความปวดที่มากที่สุด 7 วัน อยู่ในระดับรุนแรง เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีผลต่อความปวด ตำแหน่งปวดที่พบมากที่สุด คือ ท้อง ลักษณะของ

ความปวดที่พบ คือ ปวดเมื่อย ปวดจี๊ด และปวดแปลบ โดยการเคลื่อนไหวทำให้ปวดเพิ่มขึ้น และขณะนอนพัก / จำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ปวดน้อยลง สำหรับการจัดการกับความปวด พบว่า ใช้ยาแก้ปวดร่วมกับวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดมากที่สุด และวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การนวด ผลการจัดการกับความปวดเป็นที่น่าพอใจ ทุกคนได้รับการบริหารยาโดยวิธีรับประทานและได้ยาตามเวลา ร้อยละ 72 รวมทั้งมีระดับของการได้รับยาบรรเทาปวด 50 % เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า คะแนนความปวดที่มากที่สุดกับคะแนนการรบกวนต่อการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์กัน และผู้ป่วยส่วนหนึ่งกลัวปัญหาต่างๆ จากการใช้ยาแก้ปวด

เพียงใจ ดาโลปการ (2545) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 160 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความทุกข์ทรมานจากอาการและความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม และอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า ระยะของโรคมะเร็ง สูตรเคมีบำบัด ภาวะชืด และภาวะโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความซึมเศร้า คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 120 ราย พบว่า ประสิทธิภาพมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย และโดยพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อย ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีภาวะการทำหน้าที่มากกว่ามะเร็งปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่

รวีวรรณ คำเงิน (2545) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.4 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 60 ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์มากที่สุด

รองลงมาคือด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย และด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพและมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยที่สุด

สุวีพร ธนศิลป์ และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2548) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการจัดการอาการเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 120 คน พบว่า ภาวะการทำหน้าที่การสนับสนุนจากครอบครัว และประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 36

อภิรดี ลดาธรรม (2546) ได้ศึกษาอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในภาคใต้ จำนวน 354 ราย โดยใช้แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก (ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน) ตามความรุนแรงของโรค และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง คือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4) เบื่ออาหาร และ 5) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ นอกจากนี้ยังพบว่า อาการนอนไม่หลับ และกลิ่นอาหารลำบาก ไม่พบความถี่และความรุนแรงของอาการใน 5 อันดับแรก แต่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดอันดับอาการดังกล่าวรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันสูงสุดใน 5 อันดับแรก กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร 2) ใช้ยาแผนปัจจุบัน 3) ใช้วิธีการผ่อนคลาย และ 4) ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้จัดการกับอาการของโรคมะเร็งด้วยตนเอง มีการรับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการว่าเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

อรนุช ประดับทอง (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 80 รายพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับและด้านความสามารถในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการทำงานอยู่ในระดับน้อย ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่

Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ศึกษากลุ่มอาการและผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า และการนอนไม่หลับ ต่อภาวะการทำหน้าที่ ระหว่างได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 93 ราย ใช้แบบประเมิน The Quality of life-Cancer

(QOL-CA)ประเมินกลุ่มอาการ (อาการปวด อาการอ่อนล้า และการนอนไม่หลับ) แบบประเมิน The Karnofsky Performance Scale (KPS) วัดภาวะการทำหน้าที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.4 ปี (SD=14.6) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 45 และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 27 อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนล้า (SD=2.78) ซึ่งอาการปวดและอาการอ่อนล้าสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ ข้อจำกัดในการศึกษารั้งนี้ คือ แบบประเมินที่วัดอาการนั้นใช้จากแบบสอบถามในด้านเกี่ยวกับอาการในแบบประเมิน QOL-CA

Gift, Jablonski, Stommel, and Given (2004) ศึกษาในกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาจำนวนอาการที่เกิดขึ้น ชนิดของอาการต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 220 ราย โดยใช้แบบประเมิน Physical Symptom Experience วัดความรุนแรงของอาการทั้งหมด 37 อาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งและใช้แบบประเมิน Medical Outcome Study SF-36 วัดสภาวะอาการและคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ อาการอ่อนล้า คลื่นไส้ อ่อนแรง ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด รสชาติเปลี่ยน และอาเจียน ซึ่งระยะของโรคมะเร็ง จำนวนอาการที่เกิดร่วมกัน และการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับการรายงานกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นได้

Haiyan (1997) เรื่องการสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานจำนวน 61 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยได้รับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและการรักษา

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดแสดงได้ดังนี้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรอัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันทั้งชนิด Acute myeloblastic leukemia และ Acute lymphoblastic leukemia ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด Acute Myeloblastic Leukemia (AML) และ Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลมหารajahานครราชสีมา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีระดับความรู้ที่ตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจภาษาไทย
2. สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้
3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$n = 10k + 50$$

$$n = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$k = \text{จำนวนตัวแปรที่ทำการศึกษา}$$

การศึกษาคั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัวแปร $n = 10(5) + 50 = 100$ คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คนและเพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นในการวิจัย คั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน

ขั้นที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างทำการสำรวจโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน พบว่ามี 6 โรงพยาบาล ทำการสุ่มเป็นแบบ 1:3 ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 2 แห่งคือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี และทำการสำรวจโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่อยู่ในเขตใกล้เคียงกรุงเทพมหานคร พบว่ามี 3 โรงพยาบาลทำการสุ่มเป็นแบบ 1:3 ได้กลุ่มโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมาอีก 1 แห่ง รวมมีโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 3 แห่งคือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

ขั้นที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป คือข้อมูลเกี่ยวกับเพศ เป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ อายุ เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง สถานภาพสมรสเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ อาชีพเป็นข้อความให้เลือก 6 ข้อ รายได้ เป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ระดับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือก 6 ข้อ ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกแบบบันทึกด้วยตนเอง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรค ชนิดการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่เป็น และจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.2.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร บทความ งานวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

1.2.2 ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ประกอบด้วยข้อคำถาม ชนิดของโรค ชนิดการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่เป็น และจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับชนิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ระยะเวลาที่เป็น ชนิดของการรักษาที่ได้รับและครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัดทุกข้อคำถามเป็น แบบเติมคำ โดยผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลส่วนนี้ด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ (Memorial symptom assessment scale) สร้างโดย Portenoy et al. (1994) เป็นแบบประเมินประสพการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการและผู้วิจัยได้ปรับปรุงเพิ่มเป็น 34 อาการที่ประกอบด้วยมิตีย่อยดังนี้มีสติความถี่ของอาการ มิตិความรุนแรงของอาการ และมิตិความทุกข์ทรมาน ในการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ความผิดปกติหรือความรู้สึที่ไม่สุขสบายโดยให้ประเมินว่ามีอาการที่ระบุหรือไม่ ถ้าตอบว่ามีให้ผู้ป่วยประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรง และความรู้สึทุกข์ทรมานในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาหากไม่มีอาการก็ไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึทุกข์ทรมาน

การประเมินความถี่แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ

น้อยมาก	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณ 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นระหว่าง 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นทุกวันไม่เกินกว่าวันละ 1 ครั้ง
เกิดตลอด	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาอาการยังคงมีอยู่ ไม่เคยหายขาดเลย

โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาแบบสอบถามในแต่ละข้อดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
น้อยมาก	1
บางครั้ง	2
บ่อยครั้ง	3
เกิดตลอด	4

การประเมินความรุนแรงของอาการ เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1-4 คะแนนโดยคะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึงมีความรุนแรงน้อย คะแนนยิ่งมาก หมายถึงว่าอาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น และคะแนนสูงสุด (4 คะแนน) มีความรุนแรงมากที่สุด

การประเมินความรู้สึทุกข์ทรมานจากอาการ หรืออาการที่รบกวนผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่

ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือไม่รบกวนผู้ป่วยเลย คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีระดับความทุกข์ทรมานหรือรบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน) โดยมีวิธีการคำนวณคะแนนดังนี้ (Portenoy et al., 1994 cited in Suwisith, 2007)

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ไม่เลย	0.8
เล็กน้อย	1.6
พอควร	2.4
ค่อนข้างมาก	3.2
มาก	4.0

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวที่พัฒนาโดยอุไร ชลยุ่นาค (2540) ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1984) ซึ่งครอบคลุมความช่วยเหลือ 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ 10 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ สิ่งของและด้านการได้รับบริการ 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีข้อความทางด้านบวกทั้งหมด โดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุดหรือทั้งหมด	5
มาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นส่วนมาก	4
ปานกลาง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยปานกลางหรือเพียงครึ่งเดียว	3
เล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย	2
ไม่เคยเลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย	1

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากการถามการสนับสนุนจากครอบครัวประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20 ถึง 100 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากครอบครัวเกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก โดยคะแนนเฉลี่ยน้อยหมายถึง ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนน โดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของการ
สนับสนุนจากครอบครัวโดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-5.00	ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด
3.50-4.49	ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก
2.50-3.49	ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง
1.50-2.49	ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย
1.00-1.49	ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ เป็นแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของ
Tulman, Fawcett and McEvoy (1991) แปลเป็นภาษาไทยโดย พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547)
และมีการควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้าน
ภาษาที่สถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน โดยเป็น
ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัว 15 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน 6 ข้อ
ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง 10 ข้อและด้านอาชีพการงาน 8 ข้อ ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้
ข้อคำถามในด้านการกิจกรรมการดูแลตนเองและด้านอาชีพการงาน ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ
ด้านการกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ข้อความทางด้านบวกคือข้อที่ 3, 5,
8, 9, 10 และมีข้อความทางด้านลบคือข้อที่ 1, 2, 4, 6, 7 โดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน	
		ด้านบวก	ด้านลบ
ไม่เคยเลย	ฉันไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	1	4
เป็นบางครั้ง	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้บางครั้ง	2	3
เป็นส่วนมาก	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนมาก	3	2
ตลอดเวลา	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ตลอดเวลา	4	1

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้เนื่องจากประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ข้อ
คำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 40 คะแนน โดยเป็นคะแนนที่
ผู้ปวยทำกิจกรรมทั้งหมดหารด้วย 10 จะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของภาวะการทำหน้าที่ด้านกิจกรรม
การดูแลตนเอง

ด้านอาชีพการงาน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยมีข้อความโดยมีข้อความทางด้านบวกคือข้อที่ 11, 14 และมีข้อความทางด้านลบคือข้อที่ 12, 13, 15 โดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน	
		ด้านบวก	ด้านลบ
ไม่เคยเลย	ฉันไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	1	4
เป็นบางครั้ง	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้บางครั้ง	2	3
เป็นส่วนมาก	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนมาก	3	2
ตลอดเวลา	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ตลอดเวลา	4	1

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้เนื่องจากประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 8 ถึง 32 คะแนน โดยถ้าปัจจุบันผู้ป่วยยังทำงานอยู่ให้ตอบคำถามทั้ง 8 ข้อ แต่ถ้าไม่ได้ทำงานก็ไม่ต้องตอบคำถาม โดยเอาคะแนนรวมทั้งหมดหารด้วย 8 จะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของภาวะการทำงานที่ด้านอาชีพการงานเกณฑ์

การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนน โดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของภาวะการทำงานที่โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ คือ คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.00 ภาวะการทำงานที่อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ภาวะการทำงานที่อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ภาวะการทำงานที่อยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ภาวะการทำงานที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการซึมเศร้าใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงใน เอี่ยมเดือน เนตรขม, 2541) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการแสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง แบ่งคะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนนโดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตจำนวน 15 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายจำนวน 6 ข้อ ซึ่งประเมินโดยการสอบถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือก 4 ข้อ คะแนนข้อคำถามมีตั้งแต่ 0-3คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0 -63 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมที่มากแสดงถึงอาการซึมเศร้ามาก คะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงมีอาการซึมเศร้าน้อย โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการ

ซึ่มเศร่าดั่งนี้คือ คะแนน 0-9 ไม่มีอาการซึ่มเศร่า 10-15 มีอาการซึ่มเศร่าเล็กน้อย 16-19 มีอาการซึ่มเศร่าเล็กน้อยถึงปานกลาง 20-29 มีอาการซึ่มเศร่าปานกลางถึงรุนแรง และ 30-63 มีอาการซึ่มเศร่ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง 5 ชุดได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความครอบคลุมทั้งเนื้อหาและการใช้ภาษาหลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคมะเร็ง จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อ เสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit and Beck, 2004)

1	หมายถึง	ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
2	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้อง
3	หมายถึง	ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง
4	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

โดยใช้สูตร
$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

เนื้อหาในการวิจัยนี้ได้มีการปรับข้อความในแบบสอบถามตามการแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวข้อ 1.6 รายได้ ให้เพิ่มเป็นรายได้ต่อเดือน ตัดข้อความ 2.2 ระยะของโรคออก เพิ่มข้อ 2.4 ครั้งนี้เป็นการให้เคมีบำบัดครั้งที่.....แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ อาการที่ 34 มีเลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ เปลี่ยนเป็นมีเลือดออกตามไรฟัน จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยทำการปรับสำนวนภาษาตัดข้อความเนื่องจากเป็นข้อความในประเด็นเดียวกัน และเพิ่มข้อความเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา โดยแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ มีค่า CVI เท่ากับ .91 และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่า CVI เท่ากับ .80 ส่วนเครื่องมือแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยไม่ได้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความมาตรฐานในการใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ แบบสอบถาม แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .97, .94, .74 และ .83 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95, .92, .76 และ .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลคือเดือน 1 กุมภาพันธ์ – 15 เมษายน พ.ศ. 2553 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือวิจัยส่งถึงคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยเพื่อขออนุมัติการทำวิจัยจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ดำเนินการเข้าพบแพทย์ผู้เป็นหัวหน้าหน่วยโลหิตวิทยา หัวหน้าหอแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโลหิตวิทยา หัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาและอายุรกรรมของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาของเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

3.1 ขั้นตอนการดำเนินการ โดยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาโดยคัดเลือกรวมตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3.2 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3.3 เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการโดยอธิบายถึงการตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ป่วยอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient/participant information sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้เซ็นใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) แล้วให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามเอง หรืออ่านให้ฟังในรายที่มีข้อจำกัดเรื่องการอ่านหรือเขียน ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามเอง 84 ราย ต้องอ่านให้ฟังและอธิบายให้ฟังที่ละข้อ 36 คน

3.4 เมื่อผู้ป่วยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบถ้าพบว่ายังไม่สมบูรณ์ (พบประมาณ 21 ฉบับ) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เพิ่มเติม และการดูจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์และพยาบาลบันทึกไว้ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 120 ชุด

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และกล่าวแนะนำตัวเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์

ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจาก การศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง และการได้รับการรักษาจากแพทย์ และพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับ การศึกษา รายได้ ชนิดของโรค ชนิดการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่เป็น และจำนวนครั้งของการ ได้รับเคมีบำบัด นำมาแจกแจงความถี่หาร้อยละ
2. ประสิทธิภาพการมีอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้าและภาวะการ ทำหน้าที่ นำมาหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การ สนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (Burns and Grove, 2003)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.1-0.3	ต่ำ
0.4-0.5	ปานกลาง
> 0.5	สูง

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 120 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย เป็นลำดับเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ ประสิทธิภาพการมีอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า เสนอค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงในตารางที่ 2 และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะการทำหน้าที่ โดยจำแนกตามรายด้าน และรายข้อ แสดงในตารางที่ 3

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน แสดงในตารางที่ 4-5

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ชนิดของโรค ระยะเวลาที่เป็น ชนิดการรักษาที่ได้รับ และ จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด (n =120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	61	50.8
ชาย	59	49.2
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	46	38.3
31-40 ปี	35	29.2
41-50 ปี	17	14.2
51 ปีขึ้นไป	22	18.3
Mean = 36.82, SD = 11.43, Max = 60, Min = 20		
สถานภาพสมรส		
คู่	61	50.8
โสด	48	40.0
หม้าย	5	4.2
หย่า	6	5.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	2.5
ประถมศึกษา	20	16.7
มัธยม	55	45.8
ปริญญาตรี	36	30.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.5
อื่นๆ เช่น ปวช. ปวส.	3	2.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	39	32.5
ไม่มีงานทำ	25	20.8
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	18	15.0
เป็นเจ้าของกิจการเอง ค้าขาย	16	13.3
เกษตรกร	11	9.2
อื่นๆ เช่น นักศึกษา	11	9.2
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000	33	27.5
5,000-10,000	38	31.7
10,000 -15,000	17	14.2
15,000-20,000	25	20.8
มากกว่า 20,000	7	5.8
ชนิดของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว		
AML	88	73.3
ALL	32	26.7
ชนิดของการรักษาที่ได้รับ		
Ara-C 7+3	38	31.7
Hidac	31	25.8
ALL Phase 1	14	11.7
Ara-C 5+2	12	10.0
ALL Phase 4	11	9.2
ALL Phase 2	7	5.8
FLAG	4	3.3
Idarubicin	3	2.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือด		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	57	47.5
6-12 เดือน	34	28.3
1-2 ปี	8	6.7
มากกว่า 2 ปี	21	17.5
Mean = 13.83, SD = 17.023, Max = 1, Min = 72		
จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด		
1 ครั้ง	37	30.8
2 ครั้ง	22	18.3
3 ครั้ง	14	11.7
4 ครั้ง	24	20.0
5 ครั้ง	14	11.7
6 ครั้ง	9	7.5

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.8 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คิดเป็นร้อยละ 38.3 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.82 (± 11.43) ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 32.5 มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิด AML คิดเป็นร้อยละ 83.3. ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วย Ara-C 7+3 คิดเป็นร้อยละ 31.7 มีระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 47.5 เดือน และมีจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 30.8

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การ ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะการทำหน้าที่และภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะการทำหน้าที่ ประสบการณ์การมีอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า โดยจำแนกตามรายด้านและโดยรวม

ตัวแปร	n	min	max	\bar{X}	SD	ระดับ
ภาวะการทำหน้าที่	120	1.80	3.33	2.37	.33	น้อย
ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	120	1.60	3.30	2.37	.38	น้อย
ด้านอาชีพการงาน	84	1.80	3.33	2.37	.33	น้อย
ประสบการณ์การมีอาการ	120	1.12	3.20	1.71	0.34	น้อย
ความถี่ของอาการ	120	1.00	2.38	2.12	0.49	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการ	120	1.21	3.56	2.01	0.43	ปานกลาง
ความทุกข์ทรมานของอาการ	120	0.94	3.32	1.47	0.35	น้อย
การสนับสนุนจากครอบครัว	120	2.90	5.00	4.17	.42	มาก
ด้านอารมณ์	120	3.00	5.00	4.21	.45	มาก
ข้อมูลข่าวสาร	120	2.40	5.00	4.09	.49	มาก
ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล	120	3.00	5.00	4.16	.45	มาก
ภาวะซึมเศร้า	120	2.00	39.00	18.32	7.61	เล็กน้อยถึงปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า ภาวะการทำหน้าที่โดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (± 0.33) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านอาชีพการงาน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (± 0.33) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับน้อย และด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (± 0.38) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับน้อย กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.71 (± 0.34) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามิติด้านความถี่ของอาการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 (± 0.49) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ

มิติด้านความรุนแรงของอาการ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (± 0.43) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และมีมิติด้านความทุกข์ทรมานของอาการ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 (± 0.35) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับมาก

กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (± 0.42) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 (± 0.45) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านสิ่งของการเงิน และการดูแล โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 (± 0.45) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับมาก และด้านข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 (± 0.49) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับมาก

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าโดยรวม มีคะแนนรวมเท่ากับ 18.32 (± 7.61) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะการทำหน้าที่ โดยจำแนกตามรายด้าน และรายข้อ

ภาวะการทำหน้าที่	n	min	max	\bar{X}	SD
ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	120	1.60	3.30	2.37	.38
การแต่งตัวด้วยตนเอง	120	1	4	3.19	.73
ความพิถีพิถันในการสวมใส่เสื้อผ้า	120	2	4	3.17	.56
การอาบน้ำด้วยตนเอง	120	1	4	3.12	.79
การนอนหลับในเวลากลางคืน	120	1	4	2.59	.79
การนอนพักหรือนอนหลับตอนกลางวัน	120	1	4	2.47	.63
การใช้เวลาพักผ่อนหย่อนใจ	120	1	4	1.90	.67
การออกกำลังกาย	120	1	4	1.87	.75
การรับประทานอาหารเหมือนเดิมที่เคย					
รับประทานอาหาร	120	1	4	1.84	.76
การเดิน	120	1	4	1.82	.82
การรับประทานอาหารได้ปริมาณเท่ากับ					
ก่อนการเจ็บป่วย	120	1	4	1.73	.59
ด้านอาชีพการงาน	84	1.80	3.33	2.37	.33
ความรู้สึกต่อผู้ร่วมงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง	84	1	4	2.94	.65
ช่วงเวลาทำงาน	84	2	4	2.73	.72
ชั่วโมงการทำงาน	84	1	4	2.52	.77
ความกระตือรือร้นในการทำงาน	84	1	4	2.42	.62
การทำงานอย่างระมัดระวัง ถูกต้อง	84	1	4	2.40	.71
ความรับผิดชอบต่องานที่ทำอยู่	84	1	4	2.35	.75
ความประสบความสำเร็จในงาน	84	1	4	2.01	.61
การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กร					
วิชาชีพ/ชุมชน	84	1	4	1.88	.77
รวม	120	1.80	3.33	2.37	.33

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (\pm .33) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านอาชีพการงาน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (\pm .33) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับน้อย และด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (\pm .38) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับน้อย

และเมื่อพิจารณาด้านกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ การแต่งตัวด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.19 (\pm .73) ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ความพึงพอใจในการสวมใส่เสื้อผ้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 (\pm .56) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และการอาบน้ำด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 (\pm .79) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานอาหารเหมือนเดิมที่เคยรับประทาน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.73 (\pm .59) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย รองลงมาคือ การเดิน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 (\pm .56) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย และข้อที่ 8 การรับประทานอาหารได้ปริมาณเท่ากับก่อนการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 (\pm .76) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย

และด้านอาชีพการงานเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ความรู้สึกต่อผู้ร่วมงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.94 (\pm .65) ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ช่วงเวลาทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (\pm .72) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และชั่วโมงการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 (\pm .77) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ/ชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.88 (\pm .77) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย รองลงมาคือ ความประสบความสำเร็จในงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (\pm .61) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ/ชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 (\pm .75) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ (n=120)

ตัวแปรอิสระ	ภาวะการทำหน้าที่
ประสบการณ์การมีอาการ	-.40**
ภาวะซึมเศร้า	-.39**
การสนับสนุนจากครอบครัว	.04
ชนิดการรักษาที่ได้รับ	-.04

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างด้านประสบการณ์การมีอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.40$) ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำงาน ($r = -.39$) ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนวิธีการรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านอาชีพการงาน (n=120)

ตัวแปรอิสระ	ภาวะการทำหน้าที่	
	ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	ด้านอาชีพการงาน
ประสบการณ์การมีอาการ		
ด้านความถี่ของอาการ	-.41**	-.40**
ด้านความรุนแรงของอาการ	-.58**	-.58**
ด้านความทุกข์ทรมาน	-.21*	-.19*
ภาวะซึมเศร้า	-.40**	-.39**
ชนิดของการรักษาที่ได้รับ		
Ara-C 7+3	.04	-.04
Ara-C 5+2	.04	-.04
Flag	-.18*	-.15
All Plase1	-.12	-.12
All Plase2	-.01	-.03
All Plase4	-.08	-.07
Hidac	.13	.11
Hidac	-.01	-.07
การสนับสนุนจากครอบครัว		
ด้านอารมณ์	.03	.04
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.10	.11
ด้านข้อมูลข่าวสาร	-.07	-.06
ด้านการได้รับบริการ	.00	-.01

** p<.01, * p<.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.41$) ด้านอาชีพการงาน ($r = -.40$) ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างด้านความถี่ของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.58$) และด้านอาชีพการงาน ($r = -.58$) ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างด้านมิติความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.58$) และด้านอาชีพการงาน ($r = -.57$) ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างด้านมิติความทุกข์ทรมาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.21$) ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านมิติความทุกข์ทรมาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านอาชีพการงาน ($r = -.19$) ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดวิธีการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านอาชีพการงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาด้วย Ara-C 5+2 มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.18$) ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนวิธีการรักษาด้วย Ara-C 5+2 ไม่มีความสัมพันธ์กับ ด้านอาชีพการงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Ara-C 7+3 และ Flag และ All Plase1 และ All Plase2 และ All Plase4 และ Hidac ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านอาชีพการงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว และด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการได้รับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านอาชีพการงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ($r = -.40$) ในระดับปานกลาง และด้านอาชีพการงาน ($r = -.39$) ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า กับ ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยอันได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด Acute Myeloblastic Leukemia และ Acute Lymphoblastic Leukemia ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจภาษาไทย
2. สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้
3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

โดยมีขั้นตอนในการดำเนิน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$n = 10k + 50$$

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรที่ทำการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัวแปร $n = 10 (5) + 50 = 100$ คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คนและเพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นในการวิจัย ครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน

ขั้นที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างทำการสำรวจโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน พบว่ามี 6 โรงพยาบาล ทำการสุ่มเป็นแบบ 1:3 ได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 2 แห่งคือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลราชวิถี และทำการสำรวจโรงพยาบาลต่างจังหวัดที่อยู่ในเขตใกล้เคียงกรุงเทพมหานคร พบว่ามี 3 โรงพยาบาลทำการสุ่มเป็นแบบ 1:3 ได้กลุ่มโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมาอีก 1 แห่ง รวมมีโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 3 แห่งคือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ขั้นที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังกล่าว

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสิทธิภาพการมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
2. ชนิดของการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
3. การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด
4. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งแบบสอบถามทั้งหมดออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรค ชนิดการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่เป็น และจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด มีจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) สร้างโดยพอร์ทีนอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) เป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการและผู้วิจัยได้ปรับปรุงเพิ่มเป็น 34 ประกอบด้วยมิตีย่อยดังนี้ มิติตความถี่ของอาการ มิติตความรุนแรงของอาการ และ มิติตความทุกข์ทรมาน ลักษณะคำตอบมิติตด้านความถี่และความรุนแรงของอาการเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และมิติตความทุกข์ทรมานเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำคะแนนทั้ง 3 ส่วนมารวมกันโดยการ weight น้ำหนักก่อนนำคะแนนมารวมกัน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวที่พัฒนาโดยอุไร ชลุ่มนาค (2540) ตามแนวคิด Schaefer et al (1984) ซึ่งครอบคลุมความช่วยเหลือ 3 ด้านคือด้านอารมณ์ ข้อที่ 1-10 ด้านข้อมูลข่าวสาร ข้อที่ 11-15 สิ่งของและด้านการได้รับบริการ ข้อที่ 16-20 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยมีข้อความทางด้านบวกทั้งหมดเกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากการถามการสนับสนุนจากครอบครัวประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20 ถึง 100 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากครอบครัวเกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ เป็นแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของ Tulman, Fawcett and McEvoy (1991) แปลเป็นภาษาไทยโดย พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล(2547) และมีการควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาที่สถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับเดิมมีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัว ด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง และด้านอาชีพการงาน ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ข้อคำถามเฉพาะในด้านกิจกรรมการดูแลตนเองและด้านอาชีพการงาน ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 โดยคะแนนรวมมาก หมายถึงภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการซึมเศร้า ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522) อ้างถึงใน เอี่ยมเดือน เนตรแหม, 2541) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมมาก แสดงถึงอาการซึมเศร้ามาก

คุณภาพของเครื่องมือ

ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Tryout) ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .97, .94, .74 และ .83 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95, .92, .76 และ .83 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 3 เดือน โดยเริ่มจาก 1 กุมภาพันธ์ ถึง 15 เมษายน 2553 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.8 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.82(\pm 11.43) ปี ส่วนใหญ่

สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.8 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 32.5 มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิด AML คิดเป็นร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วย Ara-C 7+3 คิดเป็นร้อยละ 31.7 มีระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 47.5 เดือน และมีจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด ส่วนใหญ่เป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 30.8

2. ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.37 \pm .33$)

3. ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในระดับปานกลาง ($r = -.40, p < .05$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในระดับต่ำ ($r = -.39, p < .05$) แต่การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

4. ชนิดการรักษาที่ได้รับ เคมีบำบัดสูตร Ara - C 5+2 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ($r = -.18, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 ($\pm .33$) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับน้อยทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการดำเนินของโรคโดยมีการกระจายของเม็ดเลือดขาวชนิดไม่สมบูรณ์สู่อวัยวะต่างๆ อย่างรวดเร็ว เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ต้องรีบให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดขนาดที่เข้มข้นเพื่อหยุดการกระจายของเม็ดเลือดขาวที่ไม่สมบูรณ์ไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยออกฤทธิ์ทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดไม่สมบูรณ์ให้ลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้ไขกระดูกของผู้ป่วยถูกกดการทำงาน ผู้ป่วยจะมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นระยะเวลานาน 2-4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตและส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน จากการศึกษาของ Fortner et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเมื่อมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำส่งผลให้การมีกิจวัตรประจำวันลดลงถึงร้อยละ 42 และอาการที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกในผู้ป่วยมะเร็ง คือ อาการเหนื่อยล้า พบถึงร้อยละ 69 อาการนอนไม่หลับ

พบร้อยละ 19 และอาการปวดเมื่อยตามตัวพบร้อยละ 16 ตามลำดับ และจากการศึกษาของ Alibhai et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่ลดลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จะเห็นว่าภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความสำคัญโดยภาวะการทำหน้าที่ที่ลดลงจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Dodd et al., 2001)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านอาชีพการงาน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (\pm .33) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับน้อย และด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (\pm .38) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับน้อยและเมื่อพิจารณาด้านกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ การแต่งตัวด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.19 (\pm .73) ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ความพึงพอใจในการสวมใส่เสื้อผ้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 (\pm .56) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และการอาบน้ำด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 (\pm .79) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานอาหารเหมือนเดิมที่เคยรับประทาน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.73 (\pm .59) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย รองลงมาคือ การเดิน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.82 (\pm .56) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย และข้อที่ 8 การรับประทานอาหารได้ปริมาณเท่ากับก่อนการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.84 (\pm .76) ซึ่งอยู่ในระดับน้อยและด้านอาชีพการงานเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ความรู้สึกต่อผู้ร่วมงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.94 (\pm .65) ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ช่วงเวลาทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (\pm .72) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และชั่วโมงการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 (\pm .77) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ/ชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.88 (\pm .77) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย รองลงมาคือ ความประสบความสำเร็จในงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (\pm .61) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ/ชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 (\pm .75) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ซึ่งภาวะการทำหน้าที่เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคมเพื่อตอบสนองของความต้องการพื้นฐาน (Cella, 1994; Wang, 2004; รติรส แมลงภูทอง, 2552) ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวว่าภาวะการทำหน้าที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การมี อาการ ประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยองค์ประกอบทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กันแบบสองทาง เช่น การประเมินและ

การตอบสนองสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Facione and Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ชี้ถึงกลางร้าย การรับรู้ความรุนแรงอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง สอดคล้องกับ Wang et al. (2002) ศึกษาพบผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความเหนื่อยล้าระดับรุนแรงถึงร้อยละ 61 ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมลดลง Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ได้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ศึกษากลุ่มของอาการที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าประสิทธิผลการมีอาการเหนื่อยล้าในเรื่องการประเมินความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 7.3 สอดคล้องกับการศึกษาของพิชญา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีภาวะหน้าที่อยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $2.38 (\pm .85)$

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้ากับภาวะการทำหน้าที่

2.1 ประสิทธิภาพการมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.40, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีประสิทธิผลการมีอาการเพิ่มขึ้น คือผู้ป่วยมีการรับรู้ความถี่ของอาการมากขึ้น มีการประเมินถึงความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น และมีการตอบสนองต่ออาการถึงความทุกข์ทรมานจากอาการนั้นๆที่เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาที่มีประสิทธิภาพอาการที่รุนแรงและทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการทำกิจกรรมการดูแลตนเองและภาวะการทำหน้าที่ลดลง สนับสนุนแนวคิดที่ Dodd et al. (2001) กล่าวว่าประสิทธิผลการมีอาการครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ การรับรู้อาการเป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดริ้วของบุคคลและนำไปสู่ข้อสังเกตของแต่ละบุคคลถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงจากสิ่งของตนเองเคยปฏิบัติหรือเคยรู้สึก การประเมินอาการโดยบุคคลจะประเมินอาการของเขาจากการตัดสินใจโดยดูจากความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ความสามารถในการรักษา ผลของอาการคุกคามต่อชีวิตเขาอย่างไรการตอบสนองต่ออาการจะรวมถึงทางกายจิตพฤติกรรมโดยที่องค์ประกอบทั้ง 3 ของประสิทธิผลเกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กันแบบสองทางระหว่างส่วนประกอบของมิติประสิทธิผลการมีอาการ คือ การรับรู้เกี่ยวกับอาการและการ

ประเมินอาการการประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการและการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการมีผลโดยตรงต่อภาวะการทำหน้าที่

สอดคล้องกับศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่าประสบการณ์เหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่และ สอดคล้องกับการศึกษา Ahlberg, Ekman, et al., Gaston-Johansson (2005) ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ ความปวด อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ลดลง (Alberg et al., 2005; Barservic et al., 2006 ; Lee et al, 2005; Fox et al., 2007) มีการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ศึกษา กลุ่มอาการและผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมียัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลกระทบของกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการปวด อาการอ่อนล้า และการนอนไม่หลับ ต่อภาวะการทำหน้าที่ ระหว่างได้รับเคมีบำบัด อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนล้า ซึ่งอาการปวดและอาการอ่อนล้าสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ นอกจากนี้พบว่าเมื่ออาการเหล่านี้รุนแรงขึ้นจะส่งผลให้การทำหน้าที่ลดลง ดังนั้นประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ รติรส แผลงภูทอง (2552) ศึกษาพบว่าประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่

2.2 ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.39$) ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง โดยภาวะซึมเศร้าจะส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ การทำงานลดลง การเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร การนอนหลับ และความรู้สึกทางเพศ เป็นต้น (Beck, 1967) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความรับรู้ภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.32 ± 7.61 สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ อนันตอาจ (2550) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.45 ± 7.63 สอดคล้องกับการศึกษาของ Camp-Sorrell (2000) ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะเกิดอาการซึมเศร้าได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเฉพาะจากอาการของโรคเองและอาการ

ข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่งได้แก่ ซีดอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บปากและคอเนื่องจากเยื่อช่องปากอักเสบ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ

2.3 การสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน อยู่ในระดับมาก และไม่มี ความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ ที่ส่วนใหญ่จะเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ มีข้อคำถามที่ให้ความช่วยเหลือทางด้านการทำงานกิจกรรมเพียง 3 ข้อคือบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำ กิจวัตรประจำวัน บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือในการเดินทางมารับการรักษา บุคคลในครอบครัว ช่วยแบ่งเบาภาระต่างๆในระหว่างที่เจ็บป่วย จึงทำให้ไม่ส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย มะเร็งให้ดีขึ้นจึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะการทำหน้าที่ เช่นเดียวกับการศึกษาของอุไร ชลูนาค (2540) ที่ทำการศึกษากการสนับสนุนจากครอบครัวใน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาโดยพบว่ามีคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับ มาก ด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ด้านวัตถุประสงค์ของและบริการอยู่ในระดับมาก ด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindsey et al. (1994) ที่ทำการศึกษาใน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 45 รายประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร้อยละ 42 และผู้ป่วย มะเร็งปอดร้อยละ 58 ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการ ทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Haiyan (1997) พบว่าการ สนับสนุนจากครอบครัวมีการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำ หน้าที่ของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง

2.4. ชนิดการรักษาที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็ง เม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด แต่เมื่อหาความสัมพันธ์ของสูตรเคมีบำบัดที่ใช้แบบรายด้านพบว่า วิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร Ara-C 5+2 มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านกิจกรรมการดูแล ตนเอง ($r = -.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ ได้รับเคมีบำบัดสูตร Ara-C 5+2 ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงเนื่องจากเคมีบำบัดสูตร Ara-C 5+2 นี้ส่วนใหญ่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่สูงอายุและในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มี Performance status ไม่ดี ไม่สามารถที่จะให้การรักษาอย่างเต็มที่ด้วยเคมีบำบัดสูตร Ara-C 7+3 ได้จากข้อมูลวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร Ara-C 5+2 มีทั้งหมด 12 คนคิดเป็นร้อยละ 10

มีอายุ 49-60 ปี ในการรักษาแก่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องให้เคมีบำบัดขนาดที่เข้มข้นเพื่อหยุดการกระจายของเม็ดเลือดขาวที่ไม่สมบูรณ์ไปยังอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยออกฤทธิ์ทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดไม่สมบูรณ์ให้ลดลงอย่างรวดเร็ว ทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด รวมทั้งเพื่อระงับอาการของโรคไม่ให้เป็นมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ไขกระดูกของผู้ป่วยถูกกดการทำงานเป็นระยะเวลานาน ทำให้ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงที่รุนแรง ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันเคมีบำบัดที่ใช้ประกอบด้วยหลายสูตรด้วยกันที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งเคมีบำบัดส่วนใหญ่ที่ทำให้ผลไปกดการทำงานของไขกระดูกทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดลดลง ทำให้มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง มีอาการซีดและอ่อนเพลียจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำ และมีอาการเลือดออกง่าย มีจุดเลือดออก จากมีเกร็ดเลือดต่ำส่งผลให้การมีกิจกรรมลดลง (วานินท์ อินทรกำจรชัย, 2547; Schumacher et al., 2002; Wujcik, 2000) โดยจำนวนเม็ดเลือดจะลดลงมากหรือน้อย และเร็วหรือช้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของเคมีบำบัดซึ่งชนิดเคมีบำบัดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่กดไขกระดูกมาก คือ เมโทเทรกเซต ด็อกโซรูบิซินและ ซิกซ์-เมอร์แคปโตพิวรีน ส่วนการศึกษาของ Stafelt, Brodin, Pettersson, and Eklof (2003) ที่ทำการศึกษารูปแบบติดตามไปข้างหน้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML จำนวน 106 ราย พบว่าอาการที่รุนแรงและพบได้บ่อยคืออาการเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งอาการเลือดออกในสมองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้บ่อยที่สุด ส่วนการติดเชื้อที่พบบ่อยคือการติดเชื้อในกระแสเลือดและติดเชื้อที่ปอดดังนั้นชนิดของการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด สอดคล้องกับการการศึกษาของ จอร์จฮอยด์ และคณะ (2001) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าและมีอาการมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดสอดคล้องกับการศึกษาของกิฟเวน และคณะ (Given et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัด ยกเว้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเท่านั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xiaolin (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีภาวะการทำหน้าที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดดังนั้นชนิดของการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการที่ดี โดยการสอนและแนะนำการปรับตัวต่อประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับรู้อาการที่ถูกต้อง การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์การมีอาการที่ถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวดีขึ้น
2. ควรมีการสอนและแนะนำถึงความสำคัญของกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่ถูกต้องกับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์อย่างถูกต้อง เพื่อการมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย
3. ควรมีการสอนและให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ลดอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอาชีพการงานอยู่ในระดับน้อย และด้านการมีกิจกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมและแก้ปัญหาโดย ชี้แจงให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจที่ถูกต้องว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความสามารถของผู้ป่วย และเป็นการส่งเสริมให้ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดดีขึ้น
2. พยาบาลควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัจจัยในส่วนของประสบการณ์การมีอาการโดยร่วมกันจัดการวางแผนทางการพยาบาลเพื่อปรับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้นและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการจัดหารูปแบบการพยาบาลในลักษณะต่างๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การมีอาการที่ถูกต้องในเรื่องการรับรู้ การประเมิน การตอบสนองต่ออาการให้ตรงเพื่อการจัดการกับอาการที่ถูกต้องเพื่อการมีภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปร ประสิทธิภาพมืออาการ กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประสิทธิภาพมืออาการและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้ยาเคมีบำบัด
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดในตัวแปรตัวอื่นๆ นอกเหนือจากที่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ประสิทธิภาพมืออาการ ภาวะซึมเศร้า และชนิดของการรักษาที่ได้รับเคมีบำบัด สูตร Ara - C 5+2 มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวนเม็ดเลือดขาว จำนวนเม็ดเลือดแดง
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลในการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพที่ดีในด้านการรับรู้อาการ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ เพื่อที่จะทำให้อาการการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นและส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกจันทร์ ชันทะมะ. 2548. อาการที่ไม่พึงประสงค์และการจัดการกับอาการของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2544. การวิเคราะห์สถิติ : สถิติเพื่อการตัดสินใจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทิรา จิตยวิบูลย์. 2543. การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิรายุ เอื้อวรากุล และคณะ. 2543. Acute leukemia in adult ในธานินทร์ อินทรกำธรชัย. (บรรณาธิการ), แนวทางการรักษาโรคโลหิตวิทยาในประเทศไทย, หน้า138-159 กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ชฎารัตน์ สมทอง. 2546. การศึกษาการจัดการกับอาการ การประเมินอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด NON-HODGKIN'S LYMPHOMA. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทมาภรณ์ บุรณสมภพ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกรังสี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธานินทร์ อินทรกำธรชัย. 2543. แนวทางการรักษาโรคโลหิตวิทยาในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ธานินทร์ อินทรกำธรชัย. 2545. Acute Non-lymphocytic Leukemia. ในวิทยา ศรีดามา. (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 3, หน้า 429-455. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ธานินทร์ อินทรกำธรชัย. 2547. Acute non-lymphoblastic leukemia. ใน พรเทพ เทียนสิวกุล. (บรรณาธิการ), โลหิตวิทยาคลินิกขั้นสูง, หน้า 114-126. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ อนันตอาจ. 2550. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรินทร์ วรวุฒิ และเอ็อมแซ สุขประเสริฐ. 2546. การรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด. ใน นรินทร์ วรวุฒิ, ประसार ขจรวัตนเดช, จตุรงค์ ตันติมงคลสุข, สมชัย ลิ้มปการณ, ศิริศักดิ์ โจรนประเสริฐกิจ, และเอ็อมแซ สุขประเสริฐ. (บรรณาธิการ), ตำรามะเร็งวิทยา 1, หน้า 303-321. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา คงชุม. 2539. บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิสิตา บำรุงวงศ์. 2542. ยารักษามะเร็ง. สงขลา: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บังอร ฤทธิ์อุดม. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งนมที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์อินเตอร์ มีเดีย.
- ปัญญา กุลพงษ์. 2540. โรคมะเร็งในเด็ก. เชียงใหม่: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัญญา เสกสรร. 2541. Acute lymphoblastic leukemia. ใน พรเทพ เทียนสิวกุล. (บรรณาธิการ), โลหิตวิทยาคลินิกขั้นสูง. หน้า 129-142. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี. 2543. แบบแผนของความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาหาร
เหนี่ยวนำ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนี่ยวนำ การสนับสนุนจากครอบครัว กับ
ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต.
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรเทพ เทียนสีวากุล. 2541. โลหิตวิทยาคลินิกขั้นสูง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญกมล กุลสุ. 2544. ภาวะอ่อนเปลี้ยในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวระหว่างได้รับการรักษาด้วย
ยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ. 2539. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับเคมีบำบัด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ
การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รติรส แผลงภูทอง. 2552. ประสิทธิภาพการมีอาหาร กลวิธีจัดการกับอาการ และภาวะการทำ
หน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวีวรรณ คำเงิน. 2545. ภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2544. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ.2542. กรุงเทพมหานคร:
นานมีบุ๊คส์เคชั่น.
- วิริยะ สัมปทานกุล. 2542. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลและการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจาก
คู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่เต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริกาญจน์ สมรรถศรีบุตร. 2549. ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษา
ด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย. 2547. การศึกษาระบาดวิทยาและผลการรักษาของผู้ป่วย
ผู้ใหญ่โรคมะเร็งโลหิตวิทยาในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข (สวรส.) และโครงการเครือข่ายประสานงานวิจัยคลินิกสหสถาบัน.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2539. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรีนติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2542. การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรีน
ติ้ง.
- สุดครอง รินจ้อย. 2546. การติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็ง งานการพยาบาลอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมิตรา ทองประเสริฐ. 2536. การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- สมิตรา ทองประเสริฐและสิริกุล นภาพันท์. 2545. โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา. เชียงใหม่:
ธนบรรณการพิมพ์.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. 2541. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่
กระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชัย ลีละสิริ. 2540. Cancer chemotherapy for hematologic malignancies. ใน วิชา
ประยุกต์วิวัฒนาการ, วิชา อติชาตการ, และ ถนอมศรี ศรีชัยกุล (บรรณาธิการ), ตำราโลหิต
วิทยา: การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย เล่ม 2.
กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพรีนติ้ง.
- อรนุช ประดับทอง. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการ
คลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- อัจฉรา ตันศิริรัตนวงศ์. 2541. การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบเลือด. ใน คณาจารย์
สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณารักษ์), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์
ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สบช.
- อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์. 2551. โลหิตวิทยาในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไร ชลูนาค. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ป่วย
มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอี่ยมเดือน เนตรแหม. 2541. ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

- Ahberg, K., Ekman, T., and Gaston-Johansson. F. 2005. Fatigue, Psychological
distress, coping recourse, and functional status during radiotherapy for uterine
cancer. Oncology Nursing Forum 32(3): 633-640.
- Alibhai, S., Leach, M., Kermalli, H., Gupta, V., Kowgier, M. E., Tomlinson, G. A., et al.
2007. The impact of acute myeloid leukemia and its treatment on quality of life
and functional status in older adults. Critical Reviews in Oncology/Hematology
64: 19-30.
- Allard, P., Dionne, A., and Potvin, D. 1995. Factors associated with length of survival
among 1081 terminally ill cancer patients. Journal of Palliative Care 11(3): 20-24.
- Barsevic, M. A., Dusley, N. W., and Beck, L. S. 2006. Cancer related fatigue,
depressive symptom, and functional status. Nursing Research 55(5): 366-372.
- Barton-Burke, M., Wilkes, G. M., and Ingwersen, K. C. (Eds.). 2001. Chemotherapeutic
agents: Standardized nursing care plans to minimize toxicity. In Cancer
chemotherapy a nursing process approach. 3rd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Beck, A. T. 1967. Depression: Clinical experimental and theoretical aspect. New York:
International Universities Press.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. 1979. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Berger, A. M., and Higginbotham, P. 2000. Correlates of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy: A pilot study. Oncology Nursing Forum 27: 1443-1448.
- Beravd, R. F., Boermeester, F., and Viljoen. 1998. Depressive disorders in out-patient Oncology setting: Prevalence, assessment, and management. Psycho-Oncology 7: 112-120.
- Buchwald, D., et al. 1996. Functional status in Patient's with chronic fatigue syndrom, other fatiguing illness, and healthy individuals. American Journal of Medicine 101(4): 364-370.
- Burns, N., and Grove, S. K. 2003. Understanding nursing research. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Science.
- Camp-Sorrell, D. 2000. Chemotherapy: Toxicity management. In C. H., Yarbro, M. H. Frogge, M., Goodman, and S. L., Groenwald (Eds.), Cancer nursing: Principles and practice. 5th ed. United States of America: Jones and Bartlett.
- Cella, D. F. 1994. Quality of life : concepts definition. Journal of Pain and Symptom Management 9: 186-192.
- Chung, Y.-C., and Hwang, H.-L. 2008. Education for Homecare Patients With Leukemia Following a Cycle of Chemotherapy: An Exploratory Pilot Study. Oncology Nursing Forum 35(5): 83-89.
- Cooley, M. E. 1998. Quality of life in person with non-small cell lung cancer: A concept analysis. Cancer Nursing 21(3): 151-161.
- Dimeo, F., et al. 1997. Aerobic exercise in the rehabilitation of cancer patients after high dose chemotherapy and autologous peripheral stem cell transplantation. Cancer 79(9): 1717-1722.
- Dodd, M. J., Janson, S., Facione, J., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. 2001. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 33(5): 668-676.

- Dodd, M. J., Miaskowski, C., and S. M. 2001. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. Oncology Nursing Forum 28(5): 465-470.
- Doorenbos, A., Given, B., Given, C., and Verbitsky. 2006. Physical functioning effect of behavioral intervention for symptoms among individuals with cancer. Nursing Research 55(3): 161-171.
- El-Banna, et al. 2004. Fatigue and depression in patients with Lymphoma undergoing Autologous Peripheral Blood Stem cell Transplantation. Oncology Nursing Forum 31(5): 937-944.
- Fawcett, J., Tulman, L., and Myers, S. 1988. Development of the inventory of functional status after childbirth. Journal of Nurse-Midwifery 33: 252-260.
- Fortner, V.B., et al., 2005. Experiencing neutropenia : Quality of life interviews with adult cancer Patients. BMC Nursing 4(4): 1-8.
- Fox, S., and Lyon, D., & Farace, E. 2007. Symptom clusters in patients with high grade glioma. Journal of Nursing Scholarship 39(1): 61-67.
- Gaston-Johansson, F., and Foxall, M. 1996. Psychological correlates of quality of life across the autologous bone marrow transplant experience. Cancer Nursing 19(3): 170-176.
- Gift, A.G., Jablonski, A., Stommel, M., and Given, W. 2004. A clusters of symptoms over time in patients with lung cancer. Nursing Research 52(6): 393-399.
- Given, C. W., Given, B., Azzouz, F., Stommel, M., and Kozachik, S. 2000. Comparison of changes in Physical Functioning of elderly patients with new diagnoses of cancer. Medical Care 38(5): 482-493.
- Gross, S. 1996. Acute lymphocytic leukemia. In M. L., Mullen. (Ed.), Hematology: A problem-oriented approach. Pennsylvania: Williams & Wilkins.
- Grundy, M., and Oliver, D. G. 2000. Nursing in hematological oncology. London: Baillier Tindall.
- Haiyai, Z. 1997. Family support and self-care behaviors of breast cancer patients receiving combined therapy at sit teaching hospitals in Beijing. M. A. Thesis in Nursing Science, Faculty of Graduate Studies, Chiangmai University.

- House, J. S., and Kahn, R. L. 1985. Measures and concepts of social support. In: Cohen and S. L., Syme (ed), Social support and health. Orlando: Academic
- Jong, N. D., Courtens, A. M., Abu-Saad, H. H., and Schouten, H. C. 2002. Fatigue in patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A review of the literature. Cancer Nursing 25(4): 284-295.
- Jordhoy, M. S., Fayers, P., Loge, J. H., Saltnes, Ahlner-Elmqvist, M., and Kaasa, S. 2001. Quality of life in advanced cancer patients: the impact of sociodemographic and medical characteristics. British Journal of cancer 85(10): 1478-1485.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Stommel, M., Given, C. W., and Given, B. 1999. The influence of symptom, age, comorbidity and cancer site on physical functioning and mental health of geriatric women patients. Women & Health 29 (3):13-12.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Stommel, M., Given, C. W., and Given, B. 2001. Physical functioning and depression among older person with cancer. Cancer Practice (9)1, 11-18.
- Larsen, P. J. 1994. A model for symptom management. Journal of nursing Scholarship 26(4): 272-276.
- Lee, J., Dibble, S. L., Pickett, M., and Luce, J. 2005. Chemotherapy induced nausea/vomiting and functional status in women treated for breast cancer. Cancer Nursing 28(4): 249-255.
- Liedy, N. K. 1994. Functional status and the forward progress of Merry-Go-Rounds: Toward a coherent analytical framework: Nursing Research 43 (4): 196-202.
- Leukemia and Lymphoma Society. Leukemia facts & statistics [Online]. 2008. Available from: http://www.leukemialymphoma.org/all_page?item_id=9346 [2009, July 10]
- Longman, B. 2003. Longman dictionary of contemporary english: The living dictionary. China: Pearson Education.
- Messias, H., et al. 1997. Patients perspective of fatigue while undergo chemotherapy. Oncology Nursing Forum 24(1): 43-48.
- National Comprehensive Cancer Network and American Cancer Society. NCCN clinical practice guidelines in Oncology: Fever and Neutropenia [Online]. 2007. Available from: www.nccn.org [2009, June 15]

- Pender, N. J. 1996. Health promotion in nursing practice 2nd ed. California : Appleton & Lange.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. 2004. Nursing research: principles and methods. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., et al. 1994. The memorial Symptom Assesment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. European Journal of Cancer 30(9): 1326-1336.
- Richards, E., and Ream, A. 1997. Self-care behavior's initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. Internal Journal of Nursing Studies 34: 35-43.
- Sarna, L. 1993. Fluctuation in physical function:Adults with non-small cell lung cancer. Journal of Advance Nursing 8: 714-724.
- Sarna, L. 1994. Functional status in woman with lung cancer. Cancer Nursing 17(2): 87-93.
- Schumacher, A., Wewers, D., Heinecke, A., Sauerland, C., Koch, O. M., Loo, J., et al. 2002. Fatigue as an important aspect of quality of life in patients with acute myeloid leukemia. Leukemia Research 26: 355-362.
- Simms, S., Rhodes, V., and Madsen, R. 1993. Comparison of prochlorperazine and lorazepam antimetic regimens in the control of post chemotherapy symptoms. Nursing Reserch 42: 234-239.
- Stalfelt, A. M., Brodin, H., Pettersson, S., and Eklof, A. 2003. The final phase in acute myeloidleukemia (AML): A study on bleeding, infection and pain. Leukemia Research 27: 481-488.
- Stewart, A. L, Ware, J. E., and Brook, R. H. 1981. Advances in the measurement of functional status: Construction of aggregate Indexes. Medical Care 5: 473-488.
- Suwisith, N. 2007. Symptom clusters and their on the functional status of woman with breast cancer. Degree of Doctor of Philosophy. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- So, W. K. W., Dodgson, J., and Tai, J. W. M. 2003. Fatigue and quality of life among Chinese patients with hematologic malignancy after bone marrow transplantation. Cancer Nursing 26(3): 211-219.

- Tanaka, K., et al. 2002. Impact of dyspnea, pain and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advanced lung cancer. Pain Symptom Management 23(5): 417- 423.
- Thanasil, S., and Kongsaktrakul, P. 2005. Factor Predicting Quality of life of Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy. Thai Journal of Nursing Research 9(4): 306-315.
- Tortorice, P. V. 2000. Chemotherapy: Principles of therapy. In C. H. Yarbro, M. H., Frogge, M. Goodman, and S. L., Groenwald (Eds.), Cancer nursing: Principles and practice. 5th ed. United States of America: Jones and Bartlett.
- Tulman, L., Fawcett, J., and McEvoy, M. D. 1991. Development of the inventory of functional status cancer. Cancer Nursing 14(5): 254-260.
- Wang, X. S., et al. 2002. Clinical factor's associated with cancer-relate fatigue in patient being treated for leukemia and non-hodgkin's lymphoma. Journal of Clinical Oncology 20(5): 1319 -1328.
- Wang, T. J. 2004. Concept analysis of functional status. International Journal of Nursing Studies 41: 457-462.
- World Health Organization. The World Health Report 2004: Changing history [Online]. 2004. Available from <http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortestimatesofdeathbycause>.
- Wujcik, D. 2000. Leukemia. In C. H., Yarbro, M. H., Frogge, M., Goodman, and S. L., Groenwald (Eds.). Cancer nursing: Principles and practice. 5th ed., United States of America: Jones and Bartlett.
- Xiaolin, C. 2002. Quality of life of lung cancer patients in three hospitals in Bangkok, Thailand. Master's Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. รองศาสตราจารย์ นพ. ดร. พลภัทร โรจนครินทร์	ภาควิชาอายุรกรรม หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นางสาวเพ็ญใจ ดาโลปการ	ผู้ตรวจการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. นางนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์	ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. นางสาวแม่นมนา จิระจรัส	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลรามธิบดี
5. นางสาวอุบล จ้วงพานิช	หัวหน้าหอผู้ป่วยเคมีบำบัด 5๑ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวมนัญญา ชุมพล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินประสบการณ์การมีอากาศจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง กลุ่มอาการและอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมของ นางลักษณ สุวิสิษฐ์ คณะพยาบาลศาสตร์ (2550) โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. สมจิตร หนูเจริญกุล เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่นิตินิสิต

นางสาวมนัญญา ชุมพล โทร 08-43188-9590

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬาฯ 64

ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวมนัญญา ชุมพล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความคิดอัตโนมิติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง ของ เอื้อมเดือน เนตรแซม สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ (2541) โดยมี รองศาสตราจารย์ สุวณีย์ เกี่ยววกิ่งแก้ว และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุภาพร เม่งอำพัน เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวมนัญญา ชุมพล โทร 08-3188-9590

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมนัญญา ชุมพล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พลภัทร โรจน์ครินทร์ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ หน่วยโลหิตวิทยา
2. นางสาวเพียงใจ ดาโลปการ ผู้ตรวจการพยาบาลอายุรกรรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พลภัทร โรจน์ครินทร์ และนางสาวเพียงใจ ดาโลปการ

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต นางสาวมนัญญา ชุมพล โทร 08-3188-9590

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมนัญญา ชุมพล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวแมนมนา จิระจรัส พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์โรคมะเร็ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวแมนมนา จิระจรัส

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวมนัญญา ชุมพล โทร 08-3188-9590

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมนัญญา ชุมพล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ สุวิศิษฐ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ สุวิศิษฐ์

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

นางสาวมนัญญา ชุมพล โทร 08-3188-9590

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมนัญญา ชุมพล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอุบล จ้วงพานิช พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขา อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์โรคมะเร็ง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวอุบล จ้วงพานิช

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวมนัญญา ชุมพล โทร 08-3188-9590

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวมณัญญา ชุมพล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ที่อนิสิต นางสาวมณัญญา ชุมพล โทร 08-3188-9590

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวมนัญญา ชุมพล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวมนัญญา ชุมพล โทร 08-3188-9590

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2553

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวมนัญญา ชุมพล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9829

ชื่อนิสิต

นางสาวมนัญญา ชุมพล โทร 08-3188-9590



ภาคผนวก ค

เอกสารพิจารณาจริยธรรมและ
เอกสารสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 53056

เอกสารเลขที่ 055/2553

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือด
ขาวที่ได้รับเคมีบำบัด"

(ภาษาอังกฤษ) "SELECTED FACTORS RELATED TO FUNCTIONAL STATUS IN
LEUKEMIA PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY"

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาว มนูญญา ชูมพล
ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2553 และจะรับรองโครงการการวิจัยเป็นระยะเวลา
2 ปี คือสิ้นสุดวันที่ เมื่อวันที่ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2555

ลงนาม

(รศ.ศุภนิมิต นพเอตมวโรดม (โรดมศุภนิมิต))

ประธานคณะกรรมการกวางวิจัยชีวการแพทย์



ลงนาม

(นางวารุณี จินาร์ตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ศูนย์วิทยุโทรศัทพ์การ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก
317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ : Q005q/53_Exp

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดำเนินงานที่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

เลขที่โครงการวิจัย : -

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวมนัญญา ชุมพล

สังกัดหน่วยงาน : นศ.ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง : 1. โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอม
3. แบบบันทึกข้อมูล

วันที่อนุมัติให้ทำการวิจัย : 18 กุมภาพันธ์ 2553

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เสด็จจึง
และ แนวปฏิบัติ ICH GCP จากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก

พันเอกหญิง เยาวนา ธนะพิลน์

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พน.

พ.อ. สุเทพ

พันเอกสทล อนันต์น้ำเจริญ

เลขาธิการคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พน.

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม
Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)
สำนักงานสนับสนุนการศึกษาระดับบัณฑิตยศึกษา ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม 49 อ.ช้างเผือก อ.เมือง อ.เมือง จ.มหาสารคาม 30000
Clinical Research Support Office: Medical Education Center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, 49 Chang Phueak Rd., Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND
Tel & Fax :+66 41 295614-5 E-mail :irb@mrh.ac.th

เลขที่ใบรับรอง 007/2010

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการนำหน้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้วิจัย : นางสาวนัญญา ชุมพล

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้ผ่านการรับรองในแง่จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้น ได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอ ดังต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือที่ไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

(นายนิพัทธ์ สยามจร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

(นายกี ไซยศิริ)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

รับรองวันที่ 29 มกราคม 2553 (ใบรับรองมีระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่อนุมัติ)

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคาม

สำนักงาน : ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาสารคาม

49 อ.ช้างเผือก อ.เมือง อ.เมือง จ.มหาสารคาม 30000

โทร. (044)295614-5 โทรสาร (044)295614-5

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาว มณัญญา ชุมพล นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยวชิราวุธบน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564150

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 083-1889590 E-mail: manunya4150@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการวิจัยนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรอันได้แก่

ประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรอันได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ชนิดการรักษาที่ได้รับ การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะซึมเศร้า กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันทั้งชนิด Acute myeloblastic leukemia (AML) และ Acute lymphoblastic leukemia (ALL) ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้ จำนวนทั้งหมด 120 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างกล่าวแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที โดยตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล

ส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ แบบประเมิน การสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

6. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย
7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถ ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ
8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และ หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่าง รวดเร็ว
9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็น ภาพรวม
10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้ มีส่วนร่วมในการวิจัย
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร สถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147
E-mail: eccu@chula.ac.th

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ บัณฑิตศึกษที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือฉบับนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจจากผู้วิจัย ชื่อ น.ส. มนัญญา ชุมพล ที่อยู่ 1873 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาคารกุลพิพัฒน์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กทม. 10330 ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและมีสิทธิจะถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆแก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่ / วันที่

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่ / วันที่

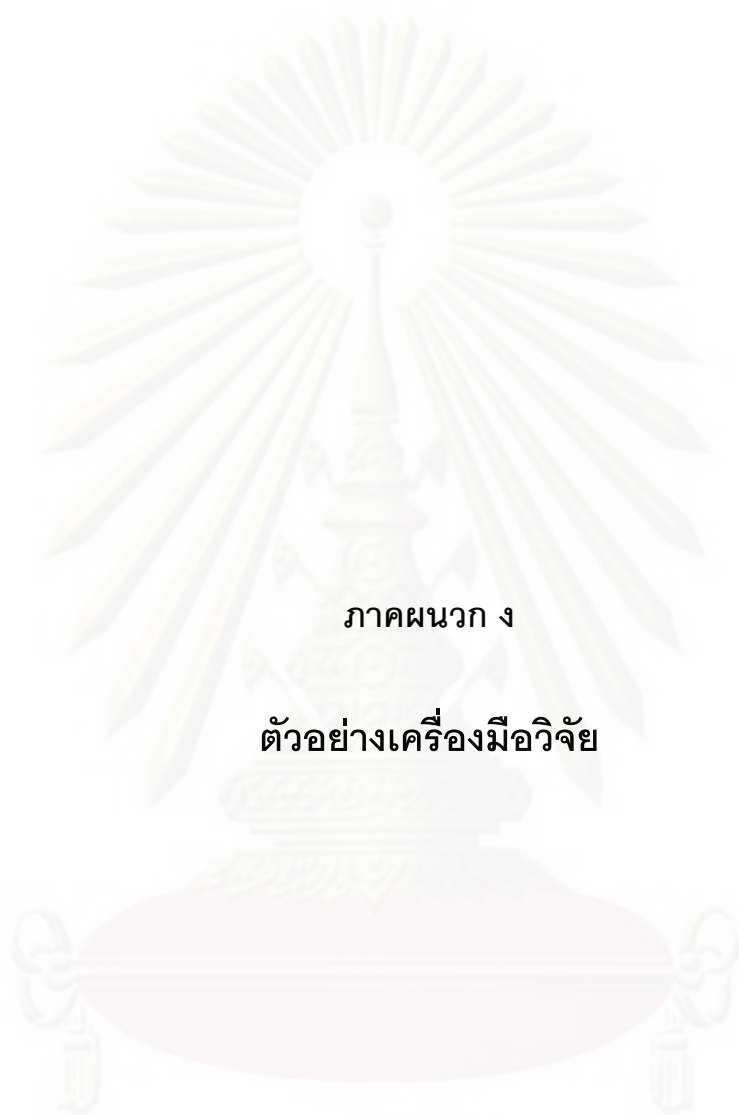
(.....)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่

ลงนามพยาน



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบประเมินสำหรับงานวิจัยเรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย (x) ลงในช่องว่างของข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

- | | | | | | |
|--------------------|-----|------------------------------------|-------------------------|-----------------|------------------|
| 1.1 เพศ | () | 1. ชาย | () | 2. หญิง | |
| 1.2 อายุ.....ปี | | | | | |
| 1.3 สถานภาพสมรส | () | 1. โสด | () | 2. คู่ | |
| | | () | 3. หม้าย | () | 4. หย่า |
| 1.4 ระดับการศึกษา | () | 1. ไม่ได้เรียน | () | 2. ประถมศึกษา | |
| | | () | 3. มัธยม | () | 4. ปริญญาตรี |
| | | () | 5. สูงกว่าปริญญาตรี | () | 6. อื่นๆ |
| 1.5 อาชีพ | () | 1. รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ | | | |
| | | () | 2. เป็นเจ้าของกิจการเอง | ค้าขาย | |
| | | () | 3. รับจ้าง | () | 4. เกษตรกร |
| | | () | 5. ไม่มีงานทำ | () | 6. อื่นๆ |
| 1.6 รายได้ต่อเดือน | () | 1. ต่ำกว่า 5,000 | () | 2. 5,000-10,000 | |
| | | () | 3. 10,000 -15,000 | () | 4. 15,000-20,000 |
| | | () | 5. มากกว่า 20,000 | | |

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และการรักษาที่ได้รับ (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเอง)

- 2.1 ชนิดของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว.....
- 2.2 ระยะเวลาที่เป็น.....
- 2.3 ชนิดของการรักษาที่ได้รับ.....
- 2.4 ครั้งนี้เป็นการให้เคมีบำบัดครั้งที่.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ

แบบบันทึกอาการ

วิธีการกรอกข้อมูล: ข้อความข้างล่างนี้ เป็นรายการอาการจำนวน 34 อาการ กรุณาพิจารณาทีละอาการ หากท่านมีอาการใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ตรงตัวเลขในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการ หรืออาการรบกวนท่านมากเพียงใดที่กำหนด ให้ครบทุกช่อง หากท่านไม่มีอาการใด กรุณาทำเพียงเครื่องหมาย (-) ในช่อง“ไม่มีอาการ” และไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานทางขวามือ

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังข้างล่างนี้หรือไม่	ไม่มีอาการ (-)	ถ้ามี ท่านเกิดอาการบ่อยเพียงใด				ถ้ามี อาการมีรุนแรงมากเพียงใด				ถ้ามี อาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน/ ทุกขใจ หรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
		น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้างมาก	มาก
1. ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ (คิดช้า หลงลืมง่าย ใจไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำ)		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. ปวด		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. อ่อนเพลีย / เบลี้อยู่ / ไม่มีแรง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ ดังข้างล่างนี้หรือไม่	ไม่มี อาการ (-)	ถ้ามี ท่านเกิดอาการบ่อยเพียงใด				ถ้ามี อาการมีกรุนแรงมาก เพียงใด				ถ้ามี อาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน/ ทุกขใจ หรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
		น้อย มาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิด ตลอด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
4. ไอ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. รู้สึกกระวนกระวาย		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. ปากแห้ง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. คลื่นไส้		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. รู้สึกง่วงนอน/ เหนื่อยซึม		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. ซา / เจ็บแปลบปลายมือ / ปลายเท้า		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. รู้สึกอึดอัด / อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. มีปัญหาเวลาขับถ่ายปัสสาวะ / ถ่าย ปัสสาวะผิดปกติ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. อาเจียน		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. หายใจไม่อิ่ม/ หายใจสั้น		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ ดังข้างล่างนี้หรือไม่	ไม่มี อาการ (-)	ถ้ามี ท่านเกิดอาการบ่อยเพียงใด				ถ้ามี อาการมีกรุนแรงมาก เพียงใด				ถ้ามี อาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน/ ทุกข์ใจ หรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
		น้อย มาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิด ตลอด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
15. ท้องเสีย		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. รู้สึกเศร้าใจ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. เหงื่อออกผิดปกติ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. กังวล / กลุ้มใจ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทาง เพศหรือกิจกรรมทางเพศ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. คับตามร่างกาย		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. เวียนศีรษะ/ มึนศีรษะ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. กลืนลำบาก		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. หงุดหงิด/ โมโหง่าย		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25. เจ็บปาก / ในช่องปาก		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ ดังข้างล่างนี้หรือไม่	ไม่มี อาการ (-)	ถ้ามี				ถ้ามี				ถ้ามี				
		ท่านเกิดอาการบ่อยเพียงใด				อาการมีกรุนแรงมาก เพียงใด				อาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน/ ทุกขใจ หรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
		น้อย มาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิด ตลอด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
26. ลิน้รสอาหารเปลี่ยนแปลง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
27. น้ำหนักลด		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
28. ผม่ว่ง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29. ท้องผูก		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
30. บวมบริเวณแขน/ขา		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
31. มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือ เปลี่ยนไปจากเดิม		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32. ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (อาจ เป็นบางที่หรือทั่วร่างกาย)		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33. มีไข้		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
34. มีเลือดออกตามไรฟัน		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
35. อื่นๆ ระบุ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ต้องการทราบความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลในครอบครัวในการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ในจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ โดยอ่านข้อความทางซ้ายแล้วกาเครื่องหมาย (X)ลงในช่องขวามือให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
- มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมาก
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลางหรือเพียงครึ่งหนึ่ง
- เล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย
- ไม่เคยเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงนั้นที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย	สำหรับผู้วิจัย
ด้านอารมณ์ 1.ฉันได้รับความรัก ความ ห่วงใยจากบุคคลใน ครอบครัว		X				

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย	สำหรับผู้วิจัย
<p>ด้านอารมณ์</p> <p>1.ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว</p> <p>2.บุคคลในครอบครัวให้ความเคารพ ยกย่องและนับถือฉัน</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>19.บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันในการเดินทางเมื่อมารับการรักษา เช่น จัดหาพาหนะให้ พามาส่ง มาเป็นเพื่อน</p> <p>20. บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆ ในระหว่างที่ฉันเจ็บป่วย</p>						

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ต้องการทราบภาวะการทำหน้าที่ของท่านในจำนวนข้อความทั้งหมด 18 ข้อ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความโดยอ่านข้อความทางซ้ายแล้วกาเครื่องหมาย (X) ลงในช่องขวามือให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ฉันไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้บางครั้ง
เป็นส่วนมาก	หมายถึง	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนมาก
เป็นตลอดเวลา	หมายถึง	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ตลอดเวลา

โปรดนึกถึงระยะเวลาตั้งแต่ที่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและกรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับกรดำเนินชีวิตของท่านในสัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	ฉันได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง			
	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นส่วนมาก	ตลอดเวลา
1.นอนพักหรือนอนหลับตอนกลางวัน				
.				
.				
10.ใช้เวลาในการพักผ่อนหย่อนใจมากเท่าที่ฉันเคยทำก่อนที่ฉันจะป่วย				

ข้อคิดเห็น.....

ถ้าในปัจจุบันท่านยังทำงานอยู่ กรุณาทำข้อต่อไปนี

ส่วนที่ 2 กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับชีวิตการทำงานของท่านท่านใน
สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	ฉันได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง			
	ไม่เคยเลย	เป็น บางครั้ง	เป็นส่วนมาก	ตลอดเวลา
11.ประสบความสำเร็จในงาน มากเท่าที่เคยประสบก่อนที่จะ ป่วย				
.				
.				
18.เข้าไปมีส่วนร่วมใน กิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ/ ชุมชน				

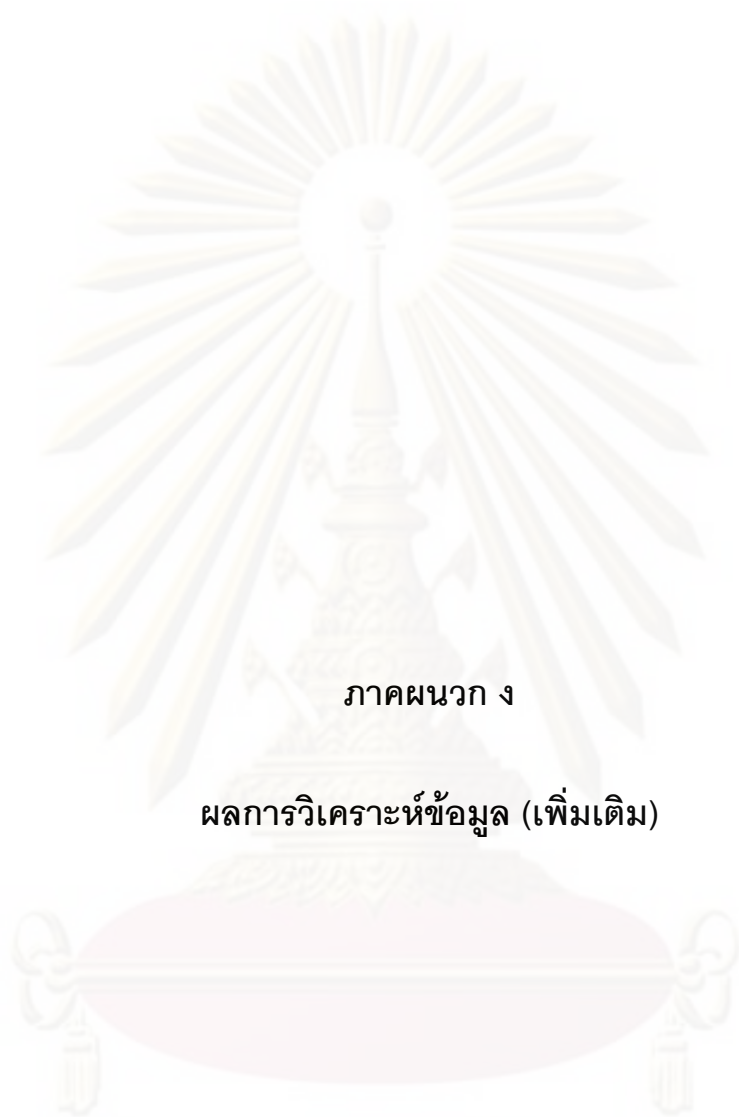
ข้อคิดเห็น.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย × ทับตัวเลขหน้าข้อเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกทั่วไปของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1.
 - 0 ฉันไม่รู้สึกรู้สึกซึมเศร้า
 - 1 ฉันรู้สึกซึมเศร้า
 - 2 ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
 - 3 ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว
2.
 - 0 ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
 - 2 ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
 - 3 ฉันรู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้
3.
 - 0 ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ
 - 1 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้องหรือท้องผูก
 - 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น
 - 3 วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
4.
 - 0 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศฉันยังปกติ
 - 1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
 - 2 ฉันสนใจเรื่องเพศน้อยลงมาก
 - 3 ฉันไม่สนใจทางเพศอีกเลย



ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม)

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของประสบการณ์การมีอาการ (n=120)

ประสบการณ์การมีอาการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อ่อนเพลีย / เหนื่อย / ไม่มีแรง	108	90.0
มีไข้	106	88.3
นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก	103	85.8
ผม่วาง	105	87.5
น้ำหนักลด	104	86.7
คลื่นไส้	92	76.7
อาเจียน	85	70.8
ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	78	65.0
กังวล / กังวลใจ	74	61.7
ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร	72	60.0
ท้องเสีย	67	55.8
เจ็บปาก / ในช่องปาก	60	50.0
มีเลือดออกตามไรฟัน	59	49.2
ปากแห้ง	57	47.5
ปวด	54	45.0
มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนไปจากเดิม	51	42.5
ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ (คิดช้า หลงลืมง่าย ใจไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำ)	47	39.2
รู้สึกง่วงนอน/ เหนื่อยซึม	47	39.2
หงุดหงิด/ โมโหง่าย	46	38.3
เวียนศีรษะ/ มึนศีรษะ	44	36.7
ชา / เจ็บแปลบปลายมือ / ปลายเท้า	43	35.8

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ประสบการณ์การมีอาการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไอ	39	32.5
รู้สึกเศร้าใจ	39	32.5
รู้สึกอึดอัด / อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	37	30.8
รู้สึกกระวนกระวาย	28	23.3
คันตามร่างกาย	37	30.8
ท้องผูก	37	30.8
ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (อาจเป็นบางที่หรือทั่วร่างกาย)	35	29.2
กลิ่นลำบาก	31	25.8
หายใจไม่อิ่ม/ หายใจตื้น	29	24.2
เหงื่อออกผิดปกติ	27	22.5
บวมบริเวณแขน/ขา	21	17.5
มีปัญหาเวลาขับถ่ายปัสสาวะ / ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	21	17.5
มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ	14	11.7

จากตารางที่ 6 พบว่า ประสบการณ์การมีอาการที่พบมากในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง อาการที่พบบ่อยมากที่สุด 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ อ่อนเพลีย / เหนื่อย / ไม่มีแรง คิดเป็นร้อยละ 90.0 อันดับที่ 2 คือ มีไข้ คิดเป็นร้อยละ 88.3 และอันดับที่ 3 คือ ผมหงอก คิดเป็นร้อยละ 87.5 ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 11.7 อันดับที่ 2 คือ มีปัญหาเวลาขับถ่ายปัสสาวะ / ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เท่ากับ บวมบริเวณแขน/ขา คิดเป็นร้อยละ 17.5 และอันดับที่ 3 คือ เหงื่อออกผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 22.5

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของประสบการณ์การมีอาการ
ด้าน ความถี่การเกิดอาการ (n=120)

อาการ	\bar{X}	S.D.	ระดับความถี่การเกิดอาการ			
			น้อย มาก	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เกิด ตลอด
มีไข้	2.62	0.79	13.3	17.2	63.8	5.7
ปวด	2.51	0.72	9.4	34.0	52.8	3.8
นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก	2.44	0.89	21.6	17.6	55.9	4.9
ท้องเสีย	2.41	0.81	13.2	39.7	39.7	7.4
อ่อนเพลีย / เปลี่ยน / ไม่มีแรง	2.31	0.88	21.5	32.7	39.3	6.5
มีปัญหาเวลาขับถ่ายปัสสาวะ / ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	2.29	1.19	33.3	28.6	14.3	23.8
หายใจไม่อิ่ม/ หายใจตื่น	2.27	0.94	23.3	36.7	30.0	10.0
ปากแห้ง	2.18	0.80	19.3	49.1	26.3	5.3
มีเลือดออกตามไรฟัน	2.11	0.70	15.8	61.4	19.3	3.5
ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร	2.09	0.88	27.2	44.3	21.4	7.1
หงุดหงิด/ โมโหง่าย	2.07	0.95	34.8	30.4	28.3	6.5
กลิ่นลำบาก	2.07	1.03	34.5	37.9	13.8	13.8
คลื่นไส้	2.03	0.69	17.4	66.3	12.0	4.3
รู้สึกอึดอัด / อึดอัดเหมือนมีลมใน ท้อง	2.03	0.93	32.4	40.6	18.9	8.1
รู้สึกง่วงนอน/ เชื่องซึม	2.02	0.92	36.2	29.8	29.8	4.3
เวียนศีรษะ/ มึนศีรษะ	2.00	0.90	35.6	33.3	26.7	4.4
อาเจียน	1.98	0.66	22.6	57.2	20.2	0.0
กังวล / กลุ้มใจ	1.95	0.78	28.8	52.1	15.1	4.0
ไอ	1.88	0.78	34.1	46.3	17.1	2.4

ตารางที่ 7 (ต่อ)

อาการ	\bar{X}	SD	เกิด			
			น้อย มาก	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	เกิด ตลอด
ชา / เจ็บแปลบปลายมือ / ปลายเท้า	1.87	0.83	34.8	50.0	8.7	6.5
ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการ รวบรวมสมาธิ (คิดช้า หลงลืมง่าย ใจไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำ)	1.85	0.72	31.9	53.2	12.8	2.1
คันตามร่างกาย	1.72	0.70	41.7	44.4	13.9	0.0
มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทาง เพศหรือกิจกรรมทางเพศ	1.71	0.73	42.9	42.9	14.2	0.0
รู้สึกเศร้าใจ	1.66	0.85	52.6	34.2	7.9	5.3
รู้สึกกระวนกระวาย	1.62	0.73	48.3	44.8	3.4	3.4
เหงื่อออกผิดปกติ	1.59	0.64	48.2	44.4	7.4	0.0

จากตารางที่ 7 พบว่า ความถี่การเกิดอาการในจำนวน 34 อาการ ที่เกิดบ่อยมากที่สุด
ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ มีไข้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 (± 0.79)
อันดับที่ 2 คือ ปวด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 (± 0.72) และ อันดับที่ 3 คือ นอนไม่หลับหรือนอน
หลับยากมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 (± 0.89) ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ
เหงื่อออกผิดปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 (± 0.64) อันดับที่ 2 คือ รู้สึกกระวนกระวาย มีคะแนน
เฉลี่ยเท่ากับ 1.62 (± 0.73) และอันดับที่ 3 คือ รู้สึกเศร้าใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.66 (± 0.85) ซึ่ง
อาการที่ 25-32 จะไม่นำมาคิดความถี่ของอาการเนื่องจากอาการดังกล่าวไม่สามารถระบุความถี่
ได้จึงนำมาแค่ 26 อาการ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของประสบการณ์การมีอาการด้าน
ความรุนแรงของอาการ (n=120)

อาการ	\bar{X}	SD	ระดับความรุนแรงของอาการ			
			น้อย กลาง	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
ผมร่วง	2.63	0.88	10.6	31.8	41.3	16.3
มีไข้	2.59	0.78	10.5	27.6	54.3	7.6
ปวด	2.43	0.81	18.5	22.2	57.4	1.9
ท้องเสีย	2.42	0.80	10.4	46.3	34.3	9.0
นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก	2.25	0.84	22.5	32.4	42.2	2.9
หายใจไม่อิ่ม/ หายใจตื้น	2.23	0.99	25.8	38.7	22.6	12.9
ท้องผูก	2.21	0.95	23.5	44.1	20.6	11.8
บวมบริเวณแขน/ขา	2.10	1.04	33.3	38.1	14.3	14.3
อ่อนเพลีย / เพลีย / ไม่มีแรง	2.05	0.78	25.2	47.7	24.3	2.8
มีเลือดออกตามไรฟัน	2.04	0.73	21.1	57.9	17.5	3.5
คลื่นไส้	2.03	0.67	16.3	68.5	10.9	4.3
เวียนศีรษะ/ มึนศีรษะ	1.98	0.88	31.8	45.5	15.9	6.8
กลิ่นลำบาก	1.97	0.96	36.7	40.0	13.3	10.0
ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร	1.96	0.82	28.6	54.3	10.0	7.1
อาเจียน	1.94	0.66	23.8	59.5	15.5	1.2
หงุดหงิด/ โมโหง่าย	1.93	0.98	41.3	32.6	17.4	8.7
ปากแห้ง	1.89	0.76	32.1	48.2	17.9	1.8
รู้สึกอึดอัด / อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	1.89	0.84	35.1	46.0	13.5	5.4
กังวล / กังวลใจ	1.89	0.83	34.2	48.0	12.3	5.5
เจ็บปาก / ในช่องปาก	1.87	0.79	35.0	46.7	15.0	3.3
มีปัญหาเวลาขับถ่ายปัสสาวะ / ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	1.86	1.11	52.4	23.8	9.5	14.3

ตารางที่ 8 (ต่อ)

อาการ	\bar{X}	SD	ระดับความรุนแรงของอาการ			
			น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
น้ำหนักลด	1.86	0.59	24.3	66.0	8.7	1.0
ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	1.85	0.65	25.6	68.0	2.6	3.8
มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ	1.64	0.74	50.0	35.7	14.3	0.0
ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ (คิดช้า หลงลืมง่าย ใจไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำ)	1.64	0.66	16.7	20.0	2.5	0.0
มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนไปจากเดิม	1.64	0.75	50.0	38.0	10.0	2.0
ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (อาจเป็นบางที่หรือทั่วร่างกาย)	1.59	0.82	55.9	35.3	2.9	5.9
คันตามร่างกาย	1.56	0.65	52.8	38.9	8.3	0.0
เหงื่อออกผิดปกติ	1.52	0.64	55.6	37.0	7.4	0.0
รู้สึกกระวนกระวาย	1.39	0.63	67.9	25.0	7.1	0.0

จากตารางที่ 8 พบว่า ความรุนแรงของอาการ ในจำนวน 34 อาการ ที่เกิดบ่อยมากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ ผม่วรง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.63 (\pm .78) อันดับ ที่ 2 คือ มีไข้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 (\pm .78) และอันดับที่ 3 คือ ปวด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 (\pm .81) ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ รู้สึกกระวนกระวาย มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.39 (\pm .63) อันดับที่ 2 คือ เหงื่อออกผิดปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.52 (\pm .64) และ อันดับที่ 3 คือ ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (อาจเป็นบางที่หรือทั่วร่างกาย) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.59 (\pm .82)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของประสบการณ์การมีอาการด้าน
ความรู้สึกทุกข์ทรมาน (n=120)

อาการ	\bar{X}	SD	ระดับความรู้สึกทุกข์ทรมาน				
			ไม่ เลย	เล็กน้อย	พอ ควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
มีไข้	2.52	0.92	13.3	14.2	20.8	46.7	5.0
ผม่วาง	2.40	0.99	16.7	15.0	30.0	27.5	10.8
นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก	2.24	1.93	18.3	20.8	25.8	32.5	2.5
อ่อนเพลีย / เปลี่ยน / ไม่มีแรง	2.10	0.76	15.0	24.2	45.8	12.5	2.5
คลื่นไส้	1.99	0.69	25.0	15.0	49.2	7.5	3.3
น้ำหนักลด	1.93	0.72	19.2	28.3	45.0	6.7	0.8
อาเจียน	1.87	0.86	30.8	18.3	38.8	10.8	1.8
ท้องเสีย	1.81	1.11	45.8	10.8	20.0	17.5	5.8
ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	1.69	0.84	38.3	20.3	34.2	4.2	2.5
กังวล / กังวลใจ	1.68	0.90	40.8	22.5	25.8	7.5	3.3
ปวด	1.67	1.06	55.8	5.0	15.8	20.8	2.5
ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร	1.59	0.89	45.8	20.8	25.8	3.3	4.2
มีเลือดออกตามไรฟัน	1.49	0.83	50.2	10.8	30.8	2.5	1.7
เจ็บปาก / ในช่องปาก	1.48	0.83	52.5	18.3	22.5	5.0	1.7
ปากแห้ง	1.38	0.82	58.3	20.8	11.7	8.3	0.8
เวียนศีรษะ/ มึนศีรษะ	1.37	0.88	63.3	14.2	12.5	7.5	2.5
หงุดหงิด/ โมโหง่าย	1.30	0.87	67.5	15.8	6.7	6.7	3.3
มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือ เปลี่ยนไปจากเดิม	1.30	0.73	60.0	22.5	12.5	4.2	0.8

ตารางที่ 9 (ต่อ)

อาการ	\bar{X}	SD	ระดับความรู้สึกทุกข์ทรมาน				
			ไม่ เลย	เล็กน้อย	พอ ควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
ขาดสมาธิหรือมีความลำบาก ในการรวบรวมสมาธิ (คิดซ้ำ หลงลืมง่าย ใจไม่จดจ่อกับ สิ่งที่ทำ)	1.26	0.66	61.1	21.7	14.2	2.5	0
ชา / เจ็บแปลบปลายมือ / ปลาย เท้า	1.26	0.74	65.0	17.5	13.3	2.5	1.7
ไอ	1.24	0.76	69.2	12.5	12.5	5.0	0.8
ท้องผูก	1.23	0.85	74.2	9.2	8.3	5.0	3.3
รู้สึกง่วงนอน/ เชื่องซึม	1.22	0.76	69.2	17.5	5.0	7.5	0.8
หายใจไม่อิ่ม/ หายใจตื้น	1.20	0.86	37.5	6.7	5.8	3.8	3.3
รู้สึกอึดอัด / อึดอัดเหมือนมีลม ในท้อง	1.21	0.74	70.0	15.0	10.0	3.3	1.7
รู้สึกเศร้าใจ	1.17	0.72	72.5	14.2	10.0	0.8	2.5
กลืนลำบาก	1.16	0.78	77.5	7.5	9.2	3.3	2.5
ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (อาจเป็นบางที่หรือทั่วร่างกาย)	1.11	0.66	75.3	14.2	6.7	1.7	1.7
คันตามร่างกาย	1.11	0.62	75.8	11.7	10.0	8.5	0.0
บวมบริเวณแขน/ขา	1.08	0.72	83.3	5.0	6.7	2.5	2.5
มีปัญหาเวลาขับถ่ายปัสสาวะ / ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	1.04	0.66	84.2	9.2	1.7	2.5	2.5
เหงื่อออกผิดปกติ	1.04	0.53	80.0	16.7	6.7	1.7	0.0
รู้สึกกระวนกระวาย	1.03	0.51	79.2	14.2	5.0	0.7	0.0
มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการ ทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ	0.92	0.38	90.0	5.0	5.0	0.0	50.0

จากตารางที่ 9 พบว่า ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ในจำนวน 34 อาการ ที่เกิดบ่อยมากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ มีไข้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 (\pm .92) อันดับที่ 2 คือ ผม่วง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (\pm .99) และอันดับที่ 3 คือ นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 (\pm .93) ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ อันดับที่ 1 คือ อันดับที่ 2 คือ มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 (\pm .38) และอันดับที่ 3 คือ เหงื่อออกผิดปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.04 (\pm .53)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยจำแนกตามรายด้านและรายข้อ

การสนับสนุนจากครอบครัว	n	min	max	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านอารมณ์	120	3.00	5.00	4.21	.45	มาก
บุคคลในครอบครัวช่วยให้มีกำลังใจใน						
การดำเนินชีวิตต่อไป	120	3.00	5.00	4.35	.57	มาก
ได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใน						
ครอบครัว	120	1.00	5.00	4.31	.78	มาก
บุคคลในครอบครัวเต็มใจให้ความ						
ช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อนไม่สบายใจ	120	3.00	5.00	4.30	.57	มาก
ฉันมั่นใจว่าบุคคลในครอบครัวจะดูแล						
เอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งในขณะที่เจ็บป่วย	120	2.00	5.00	4.29	.63	มาก
ได้รับการเอาใจใส่ให้ข้อคิด ปลอดภัย						
จากบุคคลในครอบครัว	120	2.00	5.00	4.25	.60	มาก
บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจ						
สอบถามถึงผลการตรวจรักษา						
ภายหลังการพบแพทย์	120	1.00	5.00	4.20	.68	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัว	n	min	max	\bar{X}	SD	ระดับ
เมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษากับบุคคล ในครอบครัวได้	120	2.00	5.00	4.17	.64	มาก
บุคคลในครอบครัวให้ความเคารพ ยกย่องและนับถือ	120	2.00	5.00	4.16	.64	มาก
คนในครอบครัวเข้าใจสภาพการ เจ็บป่วยของท่าน	120	2.00	5.00	4.13	.70	มาก
บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจต่อ คำแนะนำของท่าน	120	2.00	5.00	3.97	.72	มาก
ข้อมูลข่าวสาร	120	2.40	5.00	4.09	.49	มาก
บุคคลในครอบครัวให้ข้อเสนอแนะหรือ ท้วงติงเมื่อปฏิบัติไม่เหมาะสมทางด้าน สุขภาพ เช่น ไม่ยอมทานยา	120	2.00	5.00	4.15	.64	มาก
บุคคลในครอบครัวจะเตือนให้ฉันมารับ การตรวจรักษาเมื่อฉันมีอาการ ผิดปกติหรือเกิดอาการเจ็บป่วย	120	2.00	5.00	4.14	.65	มาก
ฉันได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัว	120	2.00	5.00	4.14	.70	มาก
บุคคลในครอบครัวให้เวลาที่จะพูดคุย เกี่ยวกับสุขภาพของฉัน	120	2.00	5.00	4.10	.70	มาก
บุคคลในครอบครัวมักจัดหาหนังสือหรือ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ของฉันมาให้	120	1.00	5.00	3.91	.77	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัว	n	min	max	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล	120	3.00	5.00	4.16	.45	มาก
บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันในการ เดินทางเมื่อมารับการรักษา เช่น จัดหาพาหนะให้ พามาส่ง มาเป็น เพื่อน	120	3.00	5.00	4.30	.57	มาก
บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันเกี่ยวกับ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การ รับประทานอาหาร	120	1.00	5.00	4.21	.66	มาก
บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบา ภาระหน้าที่ต่างๆ ในระหว่างที่ฉัน เจ็บป่วย	120	2.00	5.00	4.15	.62	มาก
บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันในด้าน การเงินหรือสิ่งของ	120	2.00	5.00	4.11	.71	มาก
บุคคลในครอบครัวจัดหาอาหารพิเศษ หรืออาหารบำรุงร่างกายมาให้ฉัน	120	2.00	5.00	4.03	.70	มาก
รวม	120	2.90	5.00	4.17	.42	มาก

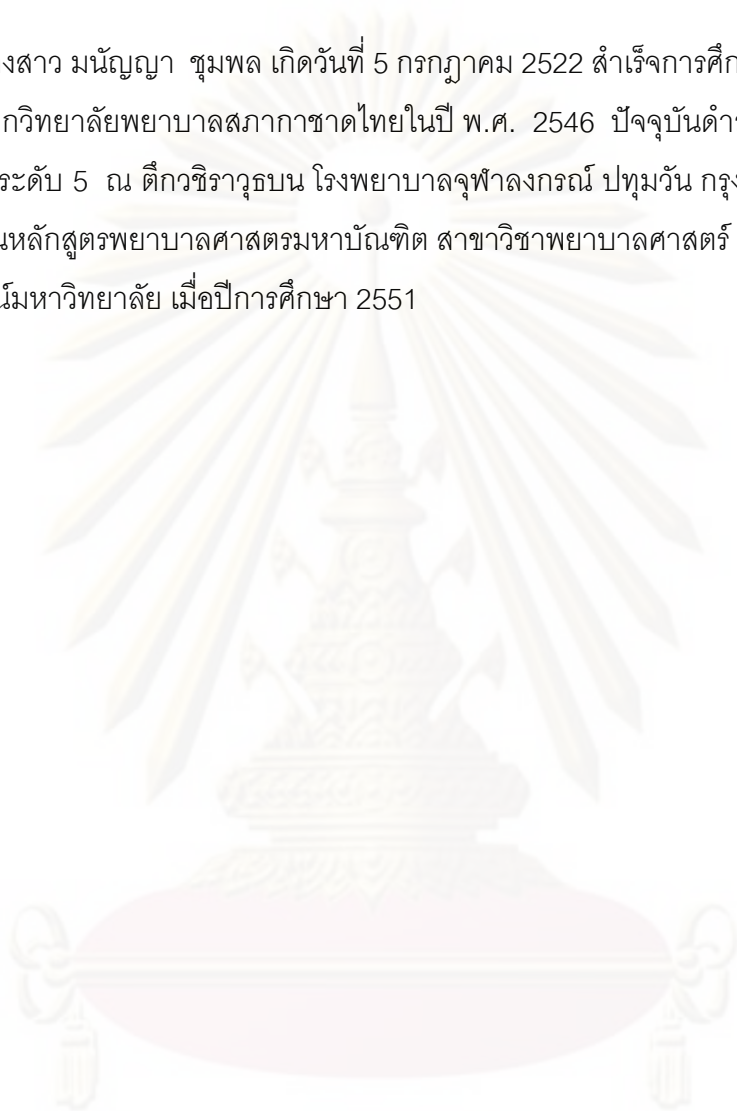
จากตารางที่ 10 พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 ($\pm .42$) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 ($\pm .45$) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 ($\pm .45$) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับมาก และด้านข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 ($\pm .49$) คะแนนซึ่งอยู่ในระดับมาก

และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 4 บุคคลในครอบครัวช่วยให้ฉันมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.35 (± 0.57) ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ข้อที่ 1 ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 (± 0.78) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่ 7 บุคคลในครอบครัวเต็มใจให้ความช่วยเหลือเมื่อฉันเดือดร้อนไม่สบายใจ และข้อที่ 19 บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันในการเดินทางเมื่อมารับการรักษา เช่น จัดหาพาหนะให้ พามาส่ง มาเป็นเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 (± 0.57) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อที่ 13 บุคคลในครอบครัวมักจัดหาหนังสือหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของฉันมาให้ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.91 (± 0.77) ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ข้อที่ 5 บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจต่อคำแนะนำของฉัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (± 0.57) ซึ่งอยู่ในระดับมาก และข้อที่ 18 บุคคลในครอบครัวจัดหาอาหารพิเศษหรืออาหารบำรุงร่างกายมาให้ฉัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 (± 0.70) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว มณัญญา ชุมพล เกิดวันที่ 5 กรกฎาคม 2522 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาล
ศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยในปี พ.ศ. 2546 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาล
ประจำการระดับ 5 ณ ตึกเวชชารูชน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร และได้
ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย