


ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอากรเหนือยล้า กลยุทธ์ในการจัดการ  
กับอากรเหนือยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง  
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด



นางสาว พิชญดา กงศักดิ์ตระกูล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6182-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN TYPES OF CANCER, FATIGUE EXPERIENCE, FATIGUE  
MANAGEMENT STRATEGIES, FAMILY SUPPORT AND FUNCTIONAL STATUS  
OF CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY



Miss Phichayada Kongsaktrakul

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic year 2004

ISBN 974-17-6182-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการ เหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจาก ครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
โดย	นางสาว พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ภาษา)

นางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล : ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (RELATIONSHIPS BETWEEN TYPES OF CANCER, FATIGUE EXPERIENCE, FATIGUE MANAGEMENT STRATEGIES, FAMILY SUPPORT AND FUNCTIONAL STATUS OF CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY)  
 อ. ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์, อ. ที่ปรึกษาร่วม: รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญชวรัชชัย, 160 หน้า. ISBN 974 -17 -6182-1.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลรามาริบัติ ศูนย์มหาวิทราชกรณัฒญญูรี จำนวน 120 ราย โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงของแบบ สอบถามจำนวน 5 ชุด โดยวิธีของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .89 .68 .75 .95 .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยค่าอีต้า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=6.16 \pm 1.51$ )
2. กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.83 \pm .47$ )
3. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}= 2.51 \pm .77$ )
4. การสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.99 \pm .47$ )
5. ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.38 \pm .85$ )
6. ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ ( $r=.231$ ) และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีภาวะการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{X}_{เต้านม}=2.52, \bar{X}_{ปอด}=2.22, t=2.581, p<.05$ )
7. ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r= -.430, p<.05$ )
8. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ ( $p>.05$ )

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....  
 ปีการศึกษา.....2547.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
 ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4577595436 : MAJOR Nursing Science

KEY WORD: FUNCTIONAL STATUS / TYPES OF CANCER / FATIGUE EXPERIENCE / FATIGUE MANAGEMENT STRATEGIES / FAMILY SUPPORT / PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

PHICHAYADA KONGSAKTRAKUL : RELATIONSHIPS BETWEEN TYPES OF CANCER, FATIGUE EXPERIENCE, FATIGUE MANAGEMENT STRATEGIES, FAMILY SUPPORT AND FUNCTIONAL STATUS OF CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTERAPY. THESIS ADVISOR : ASST.PROF . SUREEPORN THANASILP,D.N.S.,THESIS COADVISOR: ASSOC. PROF.ORAPHUN LEUBOONTHAVATCHAI, PH.D., 160 pp. ISBN 974-17-6182-1.

This descriptive research aimed to study fatigue experience , self-care strategies, nurse strategies, family support, and functional status of patients receiving chemotherapy and the relationships between types of cancer, fatigue experiences, fatigue management strategies, family support and functional status of patients receiving chemotherapy. The theoretical framework was based on Symptom Management Model of Dodd et al.(2001). 120 lung and breast cancer patients receiving chemotherapy were recruited by using simple random sampling from the Out-Patient Department of Chonburi Cancer Center, the National Cancer Institute, Ramathibodi Hospital, and Mahavajiralongkorn Cancer Center. The instruments were Fatigue Experience , Self-Care Strategies for Fatigue Management, Nurse Strategies for Fatigue Management, and Family Support Questionnaires. Cronbach’s alpha coefficients of all measurements, were .89, .68, .75, .95, .90, respectively. Data were analyzed using mean, standard, deviation, Eta, Pearson’s product moment correlation.

Major finding were as follows:

1. Fatigue experiences of patients receiving chemotherapy was at the medium level ( $\bar{X}=6.16\pm 1.51$ ).
2. Self-care strategies for fatigue management was at the medium level ( $\bar{X}=2.83\pm .47$ ).
- 3.Nurse strategies for fatigue management was at the medium level ( $\bar{X}=2.51\pm .77$ ).
4. Family support was at the high level ( $\bar{X}=3.99\pm .47$ ).
5. Functional status of patients receiving chemotherapy was at the a low level ( $\bar{X}=2.38\pm .85$ ).
- 6.Types of cancer were related to functional status of patients receiving chemotherapy and mean of functional status of breast cancer patients was significantly higher than that of lung cancer patients ( $r=.231$ ,  $\bar{X}_{breast}=2.52$ ,  $\bar{X}_{lung}=2.22$ ,  $p<.05$ )
- 7.Fatigue experiences was negative related to functional status at level of.05 ( $r=-.430$ , $p<.05$ ).
- 8.Self-care strategies, Nurse strategies, and Family support were not related to functional status ( $p> .05$ ).

Field of study.....Nursing Science.....

Student’s signature.....

Academic year ..... 2004.....

Advisor’s signature.....

Co-advisor’s signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความเมตตาเป็นอย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุชวณิช อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และเป็นกำลังใจให้ตลอดมา ตลอดจนกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็น พร้อมทั้งข้อคิดต่างๆที่เป็น ประโยชน์สำหรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า ในการตรวจสอบเครื่องมือของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และความปรารถนาดีที่มีให้รวมทั้งได้ให้ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายงานการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาล แพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาลรามาริบัติ ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี สถาบัน มะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณรัชฎูญบุรี ที่ให้ความร่วมมือทั้งการทดลองใช้เครื่องมือ และ ดำเนินการเก็บข้อมูลจนสิ้นสุดกระบวนการ และขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งทุกท่านที่ได้ให้ ความกรุณาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ช่วย ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ เป็นกำลังใจ ช่วยแนะนำสั่งสอนต่างๆ และให้แนวทางในการใช้ ความคิด สติปัญญาตั้งแต่เริ่มศึกษา จนกระทั่งได้แนวคิดในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จ สมบูรณ์

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ คุณพ่อ คุณแม่ อันเป็นที่รักยิ่งที่ให้กำลังใจ และปลุกฝังสิ่งที่ดี งามมาตลอด สมาชิกทุกคนในครอบครัว พี่ๆน้องๆพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ที่คอยเป็นกำลังใจ เสมอมา ตลอดจนเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆร่วมรุ่นทุกท่านและเพื่อนๆคนอื่นที่คอยเป็นกำลังใจจนกระทั่ง บรรลุผลของการศึกษาในครั้งนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	10
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคมะเร็ง.....	11
ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....	24
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	31
แบบจำลองการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของDodd et al. (2001).....	34
ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการ เหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....	41
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....	49
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3. วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	98
รายการอ้างอิง.....	101
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	109
ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญทางภาษา.....	111
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	113
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	128
ภาคผนวก จ จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางภาษา และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย.....	132
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	147
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	160



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม.....	63
2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	68
3 ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรคมะเร็งเส้นอการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ.....	73
4 คะแนนจริง คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ เหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัว.....	74
5 คะแนนจริง คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	76
6 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของภาวะการทำหน้าที่ โดยจำแนกตามรายชื่อ.....	77
7 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้ รับยาเคมีบำบัดโดยรวมวิเคราะห์ด้วยสถิติ(Eta)และทดสอบค่าความแตกต่าง ระหว่างภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งปอดโดย ใช้สถิติ(Independence t-test).....	82
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการ กับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....	83

## สารบัญญภาพ

ญ

ภาพประกอบ

หน้า

ไดอะแกรมที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ.....35  
ของDodd et al.(2001)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขของโลกและของประเทศไทย โดยพบว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่สามารถพบได้ทุกระบบของร่างกายและเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะพบในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (WHO อ้างในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2545) ในประเทศไทยจากสถิติศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขปี 2545 จากสถิติการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งชนิดต่างๆของประชากรทุก 100,000 ราย พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ตามด้วยโรคหัวใจและอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากสถิติที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2540 มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 43.4 ปี และปี พ.ศ. 2544 มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 68.4

โรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้าได้ในทุกช่วงของการดำเนินโรคโดยพบว่าร้อยละ 80-100 ของผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น (Ream and Richardson, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ Blesch et al. (1991) ที่พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดอาการเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 99 โดยร้อยละ 64 ของผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ดังจะเห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เกิดอาการเหนื่อยล้าได้สูง ทำให้มีการทำกิจกรรมและการทำหน้าที่ลดลง มีการสูญเสียพลังงานซึ่งส่งผลกระทบต่อทุกๆส่วนของร่างกาย (Corcoran, 1981; Vallbona, 1982; Winningham, 1991 cited in Winningham, 1994: 26, Dodd et al., 2001) โดยมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจ ระบบหลอดเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการลดลงของพลังงานในร่างกาย และความสามารถในการสร้างพลังงาน (Dietz, 1981; Hinterbuchner, 1978; MacVicar, Winningham and Nickel, 1989; Saltin and Rowell, 1980 cited in Winningham, 1994: 26) ลักษณะที่เด่นชัดของอาการทางกายคือ ความแข็งแรงของร่างกายลดลง การหายใจเพิ่มขึ้น ใจสั่น เหงื่อออก ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องหยุดและนอนพัก หากร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานจะส่งผลทำให้เกิดความพิการตามมาได้ (Cameron, 1973; Grandjean, 1968; Yoshitake, 1978 cited in Winningham, 1994: 26) นั่นคืออาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อภาวะการทำงานที่ คือการทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง (Messias et al., 1997)

ภาวะการทำงานที่ลดลงของผู้ป่วยมะเร็งก่อให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในด้านต่างๆ ดังการศึกษาของ Sarma (1994) ที่พบว่าผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปอดมีการลดลงของพลังงานถึงร้อยละ 59 ซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรงและพบบ่อยมากโดยมีผลทำให้ภาวะการทำงานที่ลดลง กล่าวคือ

ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะทำงานเล็กๆ น้อยๆ ได้ถึงร้อยละ 33 ในระดับปานกลาง ไม่สามารถทำงานได้ ร้อยละ 27 และพบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับที่รุนแรงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Sama (1993) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการเหนื่อยล้าที่รุนแรงถึง ร้อยละ 70 และทำให้มีความยากลำบากในการทำงานบ้านถึงร้อยละ 44 สอดคล้องกับการศึกษา ของมณฑา แห่งทรัพย์สินเจริญ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 2.3 ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอื่นได้แก่ มารดาและบุตร นั่นคือการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น หากต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนานก็ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่ สูงตามมาและอาจทำให้ผู้ดูแลต้องตงงานได้ ส่งผลต่อเศรษฐกิจและประเทศชาติ นั่นคือภาวะการทำ หน้าที่ที่ลดลง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมาก ขึ้น (Buchwald et al., 1996:365) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความพิการตามมาดังการศึกษาของ Buchwald and Garrity (1994 cited in Buchwald et al., 1996) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้า เรื้อรังจะมีความพิการที่เกิดจากความเจ็บป่วยถึงร้อยละ 38

Dodd et al.(2001) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ(Symptom Management Model) ต่อจากแบบจำลองที่Larson et al .(1994)ได้เสนอไว้ ซึ่งมีผู้นำแบบจำลองนี้ไปใช้ศึกษา เกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคต่างๆ ดังการศึกษาของอรนุช ประดับทอง (2545) ที่ได้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการ ทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Larson et al.(1994) พบว่าภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง โดย ภาวะการทำหน้าที่ในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับและด้านความสามารถในการ รับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก แต่ด้านความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับน้อย Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ได้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ศึกษา กลุ่มของอาการที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าประสพการณ์ การมีอาการเหนื่อยล้าในเรื่องการประเมินความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวทำนาย ภาวะการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 7.3 แต่ยังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาถึงชนิดของโรคมะเร็ง กลยุทธ์ในการ จัดการอาการเหนื่อยล้า และการสนับสนุนจากครอบครัวว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ อย่างไร โดยใช้แบบจำลองนี้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ตามกรอบแนวคิดของ แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001)โดยศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะการทำ หน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอันได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ประสพการณ์การมีอาการ เหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า อันได้แก่ กลยุทธ์ที่กระทำโดยตัวผู้ป่วยเอง กล

ยุทธศาสตร์ที่กระทำโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยถ้าภาวะการทำหน้าที่เสียไปจะก่อให้เกิดความพิการตามมา ส่งผลต่อสังคม เศรษฐกิจของประเทศชาติอย่างมาก ฉะนั้นการมีความรู้ความเข้าใจในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะช่วยให้เข้าใจองค์ความรู้พื้นฐานเพื่อไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งให้ดีขึ้นเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว และนำความรู้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งอีกทางหนึ่งด้วย

### ปัญหาการวิจัย

- 1.ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมี ประสิทธิภาพการมีอากรเหนื่อยล้ากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะการทำหน้าที่ เป็นอย่างไร
- 2.ชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอากรเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการมีอากรเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- 2.เพื่อศึกษากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- 3.เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- 4.เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- 5.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอากรเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด



## แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ของDodd et al. (2001)ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยต่างๆมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งDodd et al. (2001:668-676) กล่าวว่าภาวะการทำหน้าที่เป็นผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ ซึ่งเกิดจากปัจจัย 4 ประการคือ 1) สุขภาพและความเจ็บป่วย โดยชนิดของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งของปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยชนิดของโรคมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อผลลัพธ์แม้จะมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่ผลลัพธ์จะต่างกัน 2) ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า โดยประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยองค์ประกอบทั้ง 3 มีความสัมพันธ์กันแบบสองทาง เช่น การประเมินและการตอบสนองสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Facione and Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ชี้ถึงกลางร้าย การรับรู้ความรุนแรงอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงนั่นเอง โดยบุคคลที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและความรุนแรงของอาการจะส่งผลทำให้ภาวะการหน้าที่ลดลง(Fawcett, Tulman, and Myers, 1988; Graydon et al., 1995) 3) กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการโดยอาศัยตัวผู้ป่วยเอง โดยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย โดยจะมุ่งเน้นที่การควบคุมอาการที่จะก่อให้เกิดปัญหาและมุ่งควบคุมประสบการณ์ของอาการ ชะลอผลลัพธ์ทางลบด้านชีววิทยาทางการแพทย์ให้เกิดขึ้นช้าที่สุด มิใช่เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆได้ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ และ 4) สิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยการสนับสนุนจากครอบครัวถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคมและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลจะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์การจัดการกับอาการ คือภาวะการทำหน้าที่นั่นเอง

ชนิดของโรคมะเร็งเป็นปัจจัยหนึ่งของปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย โดย Dodd et al. (2001:670) กล่าวว่า ชนิดของโรคมีผลต่อผลลัพธ์แม้จะมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่ผลลัพธ์จะต่างกัน คือชนิดของโรคมะเร็งที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Kurtz et al. (1993 cited in Kurtz et al, 1996) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจะสูญเสียภาวะการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ทวารหนัก มะเร็งกระเพาะอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz et al. (1996) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการสูญเสียภาวะการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ และการศึกษาของ Jordhoy (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มีการสูญเสียภาวะการทำหน้าที่น้อยกว่ามะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Wang et al.(2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการสูญเสียด้านความสามารถในการเดิน การทำงานตามปกติ และความเพลิดเพลินในชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ นั่นคือชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

ประสบการณ์การมีอาหารเหน้อยล้าเป็นปัจจัยด้านประสบการณ์การมีอาหารโดย Dodd et al. (2001:671-673) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาหารครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ การรับรู้อาการเป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดของผู้บุคคลและนำไปสู่ข้อสังเกตของแต่ละบุคคลถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยปฏิบัติ หรือเคยรู้สึก การประเมินอาการโดยบุคคลจะประเมินอาการของเขาจากการตัดสินใจโดยดูจากความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ความสามารถในการรักษา ผลของอาการคุกคามต่อชีวิตเขาอย่างไร การตอบสนองต่ออาการจะรวมถึงทางกาย จิต พฤติกรรมโดยที่องค์ประกอบทั้ง 3 ของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กันแบบสองทางระหว่างส่วนประกอบของมิติ ประสบการณ์การมีอาหารคือ การรับรู้เกี่ยวกับอาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Facione and Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al, 2001) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเอง การรับรู้ความรุนแรงอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงนั่นเอง โดยบุคคลที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและความรุนแรงของอาการจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง (Fawcett, Tulman, and Myers, 1988; Graydon et al., 1995)รวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ(จิราพร ศิริรัตน์, 2543)ไม่สามารถทำงานได้ และเข้าสังคมได้ตามปกติ (ทิพมาส ชินวงศ์, 2541: 119; กนกนุช ชื่นเลิศ, 2543: 126-127) ซึ่งถ้าผู้ป่วยรับรู้อาการว่าไม่ร้ายแรงก็อาจทำให้มีการจัดการที่ไม่ดีหรือไม่ยอมจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ที่ทำการทดสอบแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al.(2001)ได้ศึกษากลุ่มอาการที่ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่พบว่า ประสบการณ์การมีอาหารเหน้อยล้าในเรื่องการประเมินความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่ถึงร้อยละ 7.3 นั่นคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาหารเหน้อยล้าที่ไม่ดีน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหน้อยล้า โดยตัวผู้ป่วยเอง โดยบุคลากรทางการแพทย์ และโดยการใช้ยา เป็นแนวคิดหนึ่งในกลยุทธ์การจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)โดย Dodd et al. (2001: 673-674) กล่าวว่าการจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาหารจากการมุมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการอาจจะ



เป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมุ่งเน้นที่ การควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาและมุ่งควบคุมประสบการณ์ของอาการ ชะลอผลลัพธ์ทางลบ ทางชีววิทยาทางการแพทย์ให้เกิดขึ้นช้าที่สุด เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลง วิธีการต่างๆตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจซึ่งผู้ป่วยยอมรับ โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ ด้วยการ รักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาที่มสุขภาพและการดูแลตนเอง

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยตัวผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของ Richardrson and Ream (1997 : 35-43) ในเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยนำมาบรรเทาความเหนื่อยล้าที่พบบ่อยที่สุดคือ อันดับที่ 1 การเปลี่ยนแบบแผนการทำ กิจกรรมและการพักผ่อน เช่น การเดินเล่น การเปลี่ยนแปลงกิจกรรม และการทำกิจกรรมเบาๆ พบ ร้อยละ 83.6 อันดับที่ 2 คือ การ เปลี่ยนแบบแผนของการนอนหลับ เช่น เข้านอนเร็วขึ้น และ พักผ่อนเกือบตลอดวัน พบว่าร้อยละ 37 อันดับที่ 3 กลวิธีทางจิต เช่น การฟังเพลง การผ่อนคลาย การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ พบร้อยละ 24.7 จากการศึกษาของปิยวรรณ ปฤษณ ภาณุรังสี (2543) พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการนอนมากถึงร้อยละ 70 เพื่อลดอาการเหนื่อยล้าและวิธีที่ผู้ป่วย ใช้ได้ผลมากที่สุดคือ การนอนหลับ การสวดมนต์ การทำสมาธิ การฟังเพลง ส่วนการรับประทาน ยา การอาบน้ำ การนวด พบร้อยละ 20 การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำผลไม้พบร้อยละ 20 สอดคล้องกับการศึกษาของ Graydon et al. (1994) พบว่าการนอนและการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุดในการลดอาการเหนื่อยล้า และจากการศึกษาของ MacVicar et al. (1983) และ Dimeo et al. (1997) เมื่อให้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมี ความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าส่งผลต่อภาวะการทำ หน้าที่ให้ดีขึ้น

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล มีการศึกษามากมายซึ่งเป็นการ ศึกษาวิจัยทั้งทดลองหรือทดลองที่ทำการศึกษาผลของการพยาบาลด้วยวิธีการต่างๆต่อภาวะการทำ หน้าที่ของผู้ป่วยดังกล่าวการศึกษาต่อไปนี้จากการศึกษาของ อกันตริ กรองทอง (2544) ใช้ระบบการ พยาบาลแบบสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความรู้ต่อความเหนื่อยล้า พบว่าสามารถลดการเหนื่อยล้าได้อย่าง มีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Samarel and Fawcett (1992) ที่พบว่าการสอน และให้ความรู้โดยสอนเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด ผลของยาเคมีบำบัด การสนับสนุน ทางด้านอารมณ์และการปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้น กว่าก่อนการสอน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ream, Richarson and Alexander (2002) ที่พบว่า โปรแกรมการสอนในเรื่องการประเมินและการควบคุมอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การให้ความรู้ เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า การสอนในเรื่องกลยุทธ์ในการดูแลตนเอง การเตรียมความพร้อมทาง อารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าลดลง จากการศึกษาของ Simmi (1993) พบว่ายา

Lorazepam สามารถลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยได้ ซึ่งเมื่ออาการเหนื่อยล้าลดลงน่าจะส่งผลทำให้ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น(MacVicar et al., 1989:350) สรุปได้ว่า การพยาบาลที่เกิดจากการจัด กระทำส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น นั่นคือกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยพยาบาลน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

การสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย (Gaston-Johansson and Foxall, 1996:175) ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมในแบบจำลองการ จัดการกับอาการ โดย Dodd et al. (2001:671)กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วยเครือข่าย ทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ ครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Pender , 1996) มีงานวิจัยมากมายที่พบว่าความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทาง สังคมที่สำคัญที่สุด เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันรักใคร่ เป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ซึ่งจาก การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มียงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับ ภาวะการทำหน้าที่โดยตรง แต่มีการศึกษาของ Haiyan (1997) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งถือเป็นมิติย่อยของภาวะการทำ หน้าที่ นั่นคือการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง

จากแนวเหตุผลดังกล่าว สามารถกำหนดสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี บำบัด
2. ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และการสนับสนุนจากครอบครัวมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การ สนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประชากรที่

ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ รัชฎญบุรี โรงพยาบาลรามธิบดี เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 120 ราย ระหว่างวันที่ 30 เดือน เมษายน ถึงวันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ.2547

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยคือ ชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยตนเอง กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะการทำหน้าที่

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ภาวะการทำหน้าที่** หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยครอบคลุมในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง กิจกรรมในบ้านกิจกรรมในครอบครัว อาชีพการงาน และกิจกรรมทางสังคมและชุมชน ดังนี้

**การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง** หมายถึง ความสามารถในการอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ

**การปฏิบัติกิจกรรมในบ้าน กิจกรรมในครอบครัว** หมายถึง ความสามารถในการทำความสะอาด การทำอาหาร การล้างจาน การจ่ายตลาด การดูแลคู่สมรสและเด็ก

**การปฏิบัติอาชีพการงาน** หมายถึง ความสามารถในการทำงานโดยมีปริมาณงานที่บรรลุผลสำเร็จ ปริมาณงานที่รับผิดชอบและจำนวนชั่วโมงการทำงาน

**การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมและชุมชน** หมายถึง ความสามารถในการมีส่วนร่วมในชุมชนและกลุ่มศาสนา การคบค้าสมาคมกับเพื่อนและการใช้เวลาว่าง

สำหรับการประเมินภาวะการทำหน้าที่จะประเมินใช้แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของ Tulman,Fawcett and McEvoy(1991) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง ภาวะการทำหน้าที่ดี

**ชนิดของโรคมะเร็ง** หมายถึง การวินิจฉัยจากแพทย์ถึงชนิดของ โรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะมะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม

**อาการเหนื่อยล้า** หมายถึง อาการเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย จนถึงหมดแรง

**ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า** หมายถึง การรับรู้อาการ การประเมินผลของอาการ และการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดซึ่งแต่ละบุคคลรู้สึกถึงความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นกับตนเอง

สำหรับการประเมินจะประเมินประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า โดยใช้แบบสอบถาม Piper Fatigue Scale ของPiperet al. ( 1998) ซึ่งแปลโดยเพียงใจ คาโลปการ(2545) เป็นแบบประเมินเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง(numeric scale) คะแนนรวมมาก หมายถึง การมีประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าที่ไม่ดี

**กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า** หมายถึง การบรรเทาอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ครอบคลุมวิธีการ โดยผู้ป่วยเอง โดยพยาบาล ดังนี้

**กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยเอง**หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งบรรเทาอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง

**กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล** หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับคำแนะนำในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าจากพยาบาล

สำหรับการประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าจะประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองโดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. ( 2001) เป็นแบบวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง การมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่ดี

**การสนับสนุนจากครอบครัว** หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองจากบุคคลซึ่งดูแลและใกล้ชิดในครอบครัวได้แก่ คู่สมรส หรือบุตร หรือบุตรบุญธรรม พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติ ที่ครอบคลุมการช่วยเหลือและการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของและบริการ การช่วยเหลือและการตอบสนองมี 3 ด้านดังนี้

**การสนับสนุนด้านอารมณ์** หมายถึง การได้รับกำลังใจ การได้รับความรักใคร่และห่วงใย การได้รับความมั่นใจ และความรู้สึกที่มีที่พึ่งซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีความรักมีคนคอยดูแลและเอาใจใส่

**การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร** หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆในการแก้ปัญหาและการได้รับข้อมูลย้อนกลับต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว

**การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและบริการ** หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ การอำนวยความสะดวกและการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

สำหรับการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวคัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของอุไร ขลุ่ยนาค (2540) แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.เป็นแนวทางในการประเมินและจัดการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างเหมาะสม

2.เป็นแนวทางในการส่งเสริม พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับภาวะการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

#### 1. โรคมะเร็ง

- 1.1 ความหมายของโรคมะเร็ง
- 1.2 ชนิดของโรคมะเร็ง
- 1.3 ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่พบบ่อย
- 1.4 จุดมุ่งหมายของการรักษา Adjuvant Chemotherapy
- 1.5 ผลกระทบจากโรคมะเร็ง

#### 2. ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด

- 2.1 ความหมายของภาวะการทำหน้าที่
- 2.2 แนวคิดของภาวะการทำหน้าที่
- 2.3 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

#### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด

#### 4. แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด

#### 6. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด

#### 1. โรคมะเร็ง



ในประเทศไทยจากสถิติศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขปี 2545 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ตามด้วยโรคหัวใจและอุบัติเหตุ จากสถิติการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งชนิดต่างๆของประชากรทุก 100,000 ราย นอกจากนี้ยังมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วดังจะเห็นได้จากสถิติที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2540 มีอัตราการเกิดร้อยละ 43.4 ปี พ.ศ. 2541 มีอัตราร้อยละ 48.7 ปี พ.ศ. 2542 มีอัตราการเกิดร้อยละ 58.6 ปี พ.ศ. 2543 มีอัตราการเกิดร้อยละ 63.9 และปี พ.ศ.2544 มีอัตราการเกิดร้อยละ 68.4 นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคนและจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน(WHOอ้างในสถานบันมะเร็งแห่งชาติ,2545) และพบว่ามะเร็งปอดพบมากเป็นอันดับหนึ่งของโลก อันดับที่สองได้แก่ มะเร็งเต้านม (มาลัย มุตตาภิรักษ์,2545:155) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการเป็นตัวแทนของชนิดของโรคมะเร็ง

### 1.1 ความหมายของโรคมะเร็ง

ก่อนที่จะรู้ความหมายของโรคมะเร็ง ควรที่จะเข้าใจเกี่ยวกับคำว่าเนื้องอกเสียก่อน

เนื้องอก หมายถึง คุ่มหรือก้อนหรือเป็นไต ที่ปรากฏขึ้นในส่วนต่างๆของร่างกาย ซึ่งไม่ควรจะมี ฉะนั้นเนื้องอกจึงเป็นสิ่งที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่จากเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย การเจริญเติบโตจะอยู่เหนือการควบคุมของร่างกาย ไม่มีประโยชน์หรืออาจจะเกิดโทษต่อร่างกาย โดยเนื้องอกมี 2 ชนิดคือ เนื้องอกชนิดธรรมดาและเนื้องอกชนิดร้ายแรง ซึ่งเนื้องอกชนิดร้ายแรงก็คือมะเร็งนั่นเอง ซึ่งมะเร็ง คือ เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นใหม่จากเนื้อที่เป็นปกติของร่างกาย การเจริญเติบโตอยู่นอกเหนือการควบคุมของร่างกายและเกิดโทษต่อร่างกาย เนื่องจากการเจริญเติบโตแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว จึงทำให้เป็นก้อนหรือเป็นแผลมะเร็งขนาดใหญ่ ลักษณะการโตของมะเร็งจะมีส่วนยื่นแทรกเข้าไปในเนื้อดีรอบๆมีลักษณะเหมือนขาปูโดยทั่วไปจึงมักใช้ปูเป็นสัญลักษณ์ของมะเร็ง จากการที่มะเร็งแทรกลุกลามไปยังเนื้อดีรอบๆ จึงอาจมีการทำลายเส้นเลือด ทำให้มีเลือดออกหรือทำลายกระดูก เส้นประสาททำให้มีความเจ็บปวด มีการเน่าตายของแผลมะเร็งในระยะท้ายๆ มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะหรือส่วนอื่นของร่างกายที่ห่างไกลออกไป (ไพรัช เทพมงคล, 2526:9-11, ไพรัช เทพมงคล, 2527:21-22, ลลิตา ชีระสิริ, 2539:22)



## 1.2 ชนิดของโรคมะเร็ง

ที่สนใจศึกษาในครั้งนี้ มี 2 ชนิดดังนี้

### 1.2.1 มะเร็งเต้านม(สาวิตรี เมาพิกุลไพโรจน์,2545:267)

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด มักจะมีการกระจายของโรค แบบ micrometastasis ร่วมด้วยเสมอ ทั้งนี้เพราะเมื่อติดตามผู้ป่วยต่อไปในช่วงระยะหนึ่งจะพบการกลับคืนของโรคกระจายไปยังจุดต่าง ๆ ของร่างกายเสมอ ดังนั้น จึงได้มีความพยายามในการใช้ยาเคมีบำบัด หรือฮอร์โมนในการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพื่อลดการกลับคืนของโรค โดยมีการศึกษาจำนวนมาก ได้ผลสนับสนุนถึงประโยชน์ของยาในการลดการกลับคืนของโรค และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตตามมา

#### 1) พยาธิสรีรภาพของมะเร็งเต้านม

เนื่องจากมะเร็งเต้านมมีลักษณะของโรคที่เป็นการแพร่กระจาย (systemic disease) มากกว่าจะเป็นโรคที่จำกัดอยู่เฉพาะที่ (localized disease) (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 26) ทำให้มะเร็งเต้านมมักลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองและสามารถลุกลามผ่านผนังหลอดเลือดแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ ได้ในที่สุด เริ่มแรกมะเร็งเต้านมจะก่อกำเนิดจากเซลล์เยื่อหุ้มของท่อน้ำนม เมื่อก่อนมะเร็งโตขึ้นจะมีการลุกลามไปตามท่อน้ำนม (mammary duct) สามารถทะลุผ่าน basement membrane, mammary fat, underlying, overlying skin และลุกลามเข้าสู่ต่อทางเดินน้ำเหลืองของเต้านม สำหรับการแพร่กระจายทางกระแสเลือดสู่อวัยวะอื่น ๆ เกิดขึ้นได้แม้ว่าก้อนมะเร็งจะมีขนาดเล็กและยังไม่มีมีการกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองก็ตาม แต่การแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นจะยิ่งสูงมากขึ้นอย่างชัดเจนถ้ามีการกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ร่วมด้วย อวัยวะที่พบว่ามีมีการกระจายไปได้บ่อยคือ ปอด กระดูก ตับ ต่อมหมวกไต รังไข่ และสมอง

#### 2) การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการบ่งบอกถึงกายวิภาคของก้อนมะเร็ง แนวโน้มความก้าวหน้าของโรค การพยากรณ์โรค เพื่อตัดสินใจวางแผนการรักษาที่เหมาะสม การจำแนกนิยมใช้ UICC (Union International Contre le Cancer) staging classification ซึ่งจำแนกโดยพิจารณาจาก ขนาดของก้อนมะเร็ง (Tumor, T) การแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง (Node, N) และการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ (Metastasis, M) การจำแนกระยะการดำเนินโรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถจำแนกได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้ คือ ระยะ 0, ระยะ 1, ระยะ 2, ระยะ 3, และระยะ 4 ดังนี้(ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544: 138-140)

#### ก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumor, T)

T2 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 ซม. แต่น้อยกว่า 5 ซม.

T3 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 ซม.

T4 หมายถึง ก้อนมะเร็งที่มีขนาดเท่าใดก็ได้ และมีการกระจายไปที่ผนังทรวงอก หรือผิวหนัง

T4a หมายถึง ก้อนมะเร็งกระจายไปที่ผนังทรวงอก

T4b หมายถึง พบอาการบวมหรือแผลบนผิวหนังเต้านม หรือก้อนมะเร็งกระจายอยู่ในเต้านมข้างเดียวกัน

T4c หมายถึง พบอาการของทั้ง T4a และ T4b

T4d หมายถึง Inflammatory carcinoma (is a clinicopathologic entity characterized by diffuse brawny induration of the skin of the breast with an erysipeloid edge, usually without an underlying palpable mass)

#### ต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph nodes, N)

NX หมายถึง ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้ (เช่น อาจถูกตัดออกไปแล้ว)

N0 หมายถึง ไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

N1 หมายถึง มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกัน เคลื่อนที่ได้

N2 หมายถึง มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกัน เคลื่อนที่ไม่ได้ มีการยึดติด

กับ โครงสร้างอื่น

N3 หมายถึง มีการกระจายไปที่ internal mammary lymph node(s)

#### การแพร่กระจายของก้อนมะเร็งสู่อวัยวะอื่น (Distant metastasis, M)

MX หมายถึง มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ แต่ไม่สามารถประเมินได้

M0 หมายถึง ไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ

M1 หมายถึง มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่น ๆ หรือการแพร่กระจายสู่ superclavicular

lymph node (s) ข้างเดียวกัน

#### การจำแนกระยะการดำเนินโรค (Stage grouping)

Stage0	Tis	No	M0
Stage I	T1	No	M0
Stage IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0

	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stage IIIB	T4	Any N	M0
	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

### 3) การรักษามะเร็งเต้านมมี 4 วิธีดังนี้(กริช โปธิสุวรรณ, 2545:309-316)

3.1)การผ่าตัด อาจเป็นการตัดเอาก้อนมะเร็งออกทั้งหมด(mastectomy) หรือตัดออกบางส่วน(quadrantectomy หรือ lumpectomy)ซึ่งอาจเรียกว่า breast conserving treatment

3.2)รังสีรักษา รังสีรักษาเป็นการรักษาเฉพาะที่ การให้รังสีภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก จึงเป็นการให้เพื่อ prophylactic treatment โดยอาศัยปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละราย(พรศรี คิดชอบ,2543:308)

3.3)ฮอร์โมน เป็นการระงับหรือสกัดบทบาทของ estrogen ที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ ซึ่งมีการใช้ 3 แบบคือ 1)การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม2) การรักษามะเร็งเต้านมระยะแรกเพื่อป้องกันการคืนกลับมาใหม่ของโรค 3)การป้องกันมะเร็งเต้านมโดยการใช้Antiestrogens(อาคม เขียรศิลป์, 2543:328-343)

3.4)เคมีบำบัด ในปัจจุบันนี้บทบาทของการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนั้นสามารถให้ได้ 3 วิธีหลัก ๆ คือ

3.4.1)Adjuvant therapy ซึ่งเป็นการให้ยาเคมีบำบัดหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเฉพาะที่ไปแล้ว (locoregional treatment)

3.4.2)Neoadjuvant chemotherapy (Preoperative chemotherapy, Primary systemic therapy) ซึ่งเป็นการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด ซึ่งได้มีการใช้ยาเคมีบำบัดโดยวิธีดังกล่าวมาตั้งแต่ต้นปี ค.ศ.1980 รวมทั้งมีรายงานการให้ยาโดยวิธีดังกล่าวในผู้ป่วย osteosarcomas และผู้ป่วย head and neck cancers ด้วย

3.4.3)Advanced metastatic breast disease (MBC) ซึ่งเป็นการให้ยาเคมีบำบัดกับผู้ป่วยระยะที่มีการแพร่กระจายของโรคแล้ว

สำหรับวิธีการให้ยาเคมีบำบัดวิธีที่ 4 คือ การให้ยาเคมีบำบัดเข้าไปยังบริเวณของรอยโรคโดยตรง นั้น (direct instillation) ไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจนในปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม(วรชัย รัตนธราธร,2545:337)

### 1.2 มะเร็งปอด(Lung Cancer) (สุมิตรา ทองประเสริฐ,2545:133)

มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่สองของประเทศไทย มะเร็งปอดแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามลักษณะทางพยาธิวิทยา คือ มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก(Non-small cell lung cancer)และมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer) ยาเคมีบำบัดพบมากในการบรรเทาอาการ ยืดการรอดชีวิตที่ 1,2 และ 5 ปีรวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง

#### 1.2.1 ชนิดของมะเร็งปอด(สมเกียรติ วงษ์ทิมและวิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542:188-203 )

Classifications แบ่งตาม cell-types ที่สำคัญแบ่งเป็น small cell และ non-small cell ซึ่งมีรายละเอียดพยาธิสภาพที่สำคัญ ดังนี้ได้เป็น

1) Squamous cell carcinoma พบประมาณ 45-60 % มักจะเกิดภายในหลอดลมขนาดใหญ่ อาจอุดกั้นหลอดลมทำให้ปอดแฟบ (atelectasis) และเกิดปอดอักเสบ (obstructive pneumonitis) อาจมีเลือดออกทำให้ผู้ป่วยไอเป็นเลือดและมักจะตรวจพบเซลล์มะเร็งในเสมหะได้บ่อยๆ จากการส่องกล้อง มักเห็นเป็นลักษณะของ cauliflower mass ในหลอดลมขนาดใหญ่และบริเวณที่แตกแขนง (bifurcation)

2) Adenocarcinoma พบ 30-35% ส่วนมากจะเกิดในเนื้อปอดส่วนนอก (periphery) จึงมักไม่มีอาการจนกว่าก้อนมะเร็งจะโตมากหรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น โดยเฉพาะสมองในผู้ที่ยังไม่มีการตรวจพบ โดยบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสีของทรวงอกเพื่อหาสาเหตุอื่น หรือผู้ป่วยมาด้วยอาการทางสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ส่วนใหญ่มักจะมองไม่เห็นจากการตรวจด้วยกล้องส่องหลอดลม

3) Small cell carcinoma พบ 10-30% มักจะเกิดในผนังหลอดลมขนาดใหญ่ และจะดันให้หลอดลมตีบลงโดยก้อนมะเร็งไม่ได้ยื่นเข้าไปในหลอดลมโดยตรงแต่จากการตรวจด้วยกล้องส่องหลอดลมเห็นเป็นลักษณะ concentric narrowing มะเร็งชนิดนี้มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะอื่นๆ ได้รวดเร็วมาก

4) Large cell carcinoma พบ 1% มักเกิดในเนื้อปอดส่วนนอก (periphery) ทำให้เชื่อกันว่ามะเร็งชนิดนี้คือ adenocarcinoma ที่ undifferentiated จนไม่มีลักษณะของเดิมเหลืออยู่เลย

5) Adenosquamous carcinoma พบน้อยกว่า 1% คือการที่มีลักษณะของมะเร็ง 2 อย่างอยู่รวมกัน อันที่จริงแล้วในบางครั้งเราอาจพบลักษณะของมะเร็งทั้ง 4 ชนิด ในก้อนมะเร็งก้อนเดียวกันก็ได้ หากทำการตรวจคัดลอกก้อนมะเร็งอย่างละเอียดจะกำหนดว่าเป็นมะเร็งชนิดใด เป็นเพียงแต่เรียกตามชนิดที่เด่นชัดที่สุดในมะเร็งก้อนนั้นเท่านั้น

### 1.2.2 การวินิจฉัยมะเร็งปอด

หลักการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดต้องอาศัยวิธีการวินิจฉัยโรคมะเร็งโดยทั่วไป กล่าวคือ ต้องอาศัยประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ได้หลักฐานว่ามีเซลล์มะเร็งอยู่ในปอด และเป็นเซลล์ชนิดใด นอกจากนี้จะต้องรู้ถึงการแยกระยะของโรคมะเร็งปอดด้วย

### 1.2.3 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งปอด

มะเร็งปอดเป็นโรคของคนสูงอายุ อายุเฉลี่ย 50-60 ปี และพบว่าผู้ชายเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิง 5 เท่า ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งปอด อาจแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

#### 1) ระยะที่ยังไม่มีอาการ

ในระยะเริ่มต้นของการเกิดก้อนเนื้อมะเร็งในปอด ซึ่งผู้ป่วยยังไม่มีอาการ แต่เป็นการตรวจพบโดยบังเอิญ เช่น ถ่ายภาพรังสีทรวงอกในการตรวจร่างกายประจำปี หรือ ผู้ป่วยมารับรักษาด้วยโรคอื่นแล้วถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบว่ามีก้อนเดี่ยวในปอด เป็นต้น จากการศึกษาที่สถาบันมะเร็งในสหรัฐอเมริกา เพื่อค้นหาสาเหตุเริ่มต้นในผู้ที่มิปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดสูง คือ ผู้ชายอายุมากกว่า 45 ปี ที่สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และตรวจ sputum cytology ติดต่อกัน 3 วัน พบผู้ป่วยมะเร็งในอัตรา 5.5 ต่อ 1000 คน เป็นต้น

#### 2) ระยะที่มีอาการ ได้แก่ อาการของมะเร็งปอด

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดอาจเป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งที่เติบโตอยู่ในปอด หรือเป็นอาการที่เกิดจากการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ในช่องทรวงอก หรือกระจายไปทั่วร่างกาย หรืออาจเป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งผลิตสารบางชนิด ซึ่งอาจเป็นฮอร์โมน แล้วไปมีผลต่ออวัยวะต่างๆ ออกมาเป็นต้น โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มาพบแพทย์มักจะมีอาการที่เกิดจากมะเร็งมีการเจริญเติบโตไปมากแล้ว เช่น ก้อนมีขนาดใหญ่จนกดหลอดลมมีปอดแฟบ



หรือกระจายไปที่เยื่อหุ้มปอด ทำให้มีน้ำในปอดจึงมีอาการเหนื่อยมากก่อนมาพบแพทย์ เป็นต้น จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยมากกว่า 50% มาพบแพทย์เมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปแล้ว ซึ่งแบ่งอาการได้เป็น 2 อย่างดังนี้

### 2.1)อาการทั่วๆ ไป พบได้คือ

อาการเบื่ออาหารน้ำหนักลด พบประมาณ 20-30% ในผู้ป่วยมะเร็งปอด เชื่อว่าเกิดจากมะเร็งมีการกระตุ้นการหลั่งสาร tumour necrotic factor (TNF) ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานสูงจึงทำให้พลังงานที่สะสมไว้ในร่างกายสูญเสียไปมาก และยังทำให้เบื่ออาหาร

อาการไข้ พบประมาณ 5-10% มักจะมีไข้เรื้อรังมานาน 2-3 สัปดาห์ ไม่มีอาการหนาวสั่น และมีลักษณะเป็นช่วงไข้สูงและลงเป็นปกติ มักไม่เป็นแบบไข้สูงลอยตลอดทั้งวัน กลไกการเกิดไข้อาจเกิดจาก TNF ซึ่งมีคุณสมบัติเป็น pyrogen ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของศูนย์การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีไข้ต้องพยายามหาสาเหตุอย่างอื่นก่อน เช่น ปอดอักเสบแทรกซ้อนจากหลอดลมอุดตัน (obstructive pneumonia)

### 2.2)อาการที่เกิดจากมะเร็งทรวงอก มีดังนี้คือ

อาการไอเรื้อรัง หมายถึง อาการไออย่างต่อเนื่องนานกว่า 3 สัปดาห์ เป็นอาการนำที่พบบ่อยในมะเร็งปอด 60-70% ส่วนมากมักไอแห้งๆ บางคนอาจมีเสมหะได้ตั้งแต่น้อยจนถึงมากโดยเฉพาะถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วย มีมะเร็งปอดบางชนิด คือ bronchiolalveolar cell carcinoma อาจมีเสมหะใสๆ ออกมาเป็นจำนวนมาก เรียกว่า bronchorrhea

อาการไอ ซึ่งมีแนวโน้มสงสัยเป็นมะเร็ง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุเกิน 30 ปี และสูบบุหรี่จัด ไอ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงขึ้น อาจมีอาการไอเป็นเลือดร่วมด้วย กลไกของการไอในผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นเพราะ irritation

อาการไอเป็นเลือด หมายถึง การไอที่มีเสมหะเป็นเลือดจนถึงเป็นเลือดสดๆ ส่วนมากผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีอาการไอเป็นเลือดไม่มาก เป็นๆ หายๆ พบได้ประมาณ 30% มีน้อยรายที่เป็น massive hemoptysis เกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีหลอดเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมาก เมื่อมีแผลแตกทำให้เลือดออก

อาการเหนื่อยหอบอาการเหนื่อยหอบมักอยู่ในระยะท้ายๆ ของโรคอาจเกิดจาก

1. SVC obstruction ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หน้าบวม และส่วนของลำตัวบวม นามาก่อน
2. Tracheal obstruction ผู้ป่วยมาด้วยอาการหอบเหนื่อย เหมือนหอบหืดได้
3. มะเร็งแพร่กระจายเข้าไปในปอดทั้งสองข้าง หรือมีน้ำในช่องปอดจำนวนมาก

อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บตึ๊งๆ จนลักษณะเจ็บแปลบๆ ซึ่งเกิดจากการกระจายของมะเร็งเข้าสู่เยื่อหุ้มปอดพบประมาณ 16-30% สาเหตุของการเจ็บหน้าอกในมะเร็งปอดคือ

1. การที่มะเร็งกระจายไปที่เยื่อหุ้มปอด
2. มะเร็งกระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองในเมดิแอสติเนียม
3. มะเร็งกระจายไปที่กระดูก เช่น กระดูกซี่โครงหรือกระดูกสันหลัง
4. มะเร็งกระจายลุกลามกดเส้นประสาท
5. มะเร็งที่ปอดส่วนกลาง กระจายเข้าไปในกระบังลม ทำให้มีอาการปวดร้าวไปตาม phrenic nerve และร้าว (refer pain) ไปปวดที่หัวไหล่ได้

### 1.2.4 ระยะของโรค (Staging)

#### Anatomical staging

ระยะของโรคนชนิด nonsmall cell lung cancer ใช้ตาม TNM system ได้แก่

#### T (Primary tumor)

Tx ตรวจพบเซลล์มะเร็งในเสมหะ โดยที่ภาพรังสีปอด และส่องกล้องหลอดลมปกติ

To ตรวจไม่พบก้อนมะเร็ง

TIs มะเร็งเริ่มแรก (Carcinoma in situ)

T1 ก้อนไม่เกิน 3 ซม. ไม่ลุกลามไปเยื่อหุ้มปอด ส่องกล้องไม่พบก้อนลุกลามไปที่ lobar bronchus

T2 ก้อนโตกว่า 3 ซม. หรือมีการลามไปเยื่อหุ้มปอด หรือ ปอดแฟบ ส่องกล้องจะพบว่าอยู่ห่างจาก carina เกิน 2 ซม.

T3 ก้อนลุกลามไปยังผนังทรวงอก, กระบังลม หรือ Superior sulcus tumor ส่องกล้องอยู่ห่าง carina น้อยกว่า 2 ซม.

T4 ก้อนที่ลุกลามไปยัง mediastinum, หลอดเลือดใหญ่ หลอดลม หลอดอาหาร, ส่องกล้องมี carina involvement มีน้ำในช่องปอดซึ่งเกิดจากมะเร็ง (Nodal involvement)

No ไม่มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง

N1 มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรอบหลอดลมหรือขั้วปอดข้างเดียวกับเนื้องอก

N2 มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง mediastinum ข้างเดียวกับเนื้องอก และ subcarina node

N3 มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองขั้วปอดค้ำด้านตรงข้าม (supraclavicular node)

#### M (Distant metastasis)

Mx ประเมินการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ ไม่ได้



M0 ไม่มีการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ

M1 ไม่มีการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ

โดยสรุปคือ

Stage I ได้แก่ ผู้ป่วย T<sub>1</sub> หรือ T<sub>2</sub> ที่ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง จะมีการพยากรณ์โรคดีที่สุด

Stage II ได้แก่ ผู้ป่วย T1 หรือ T2 ที่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองภายในปอด และหรือต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด

Stage IIIa ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง mediastinum ด้านเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ยังรักษาด้วยการผ่าตัด

Stage IIIb ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายไปนอกปอด มี malignant effusion, มีการกระจายไปนอกปอด มี malignant effusion, มีการกระจายไปซั้วปอดด้านตรงข้ามหรือ supraclavicular และ scalene node

Stage IV ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปสู่อวัยวะอื่นๆ แล้ว

สำหรับ small cell lung cancer แบ่งระยะเป็น 2 ระยะ คือ

1. Limited stage คือ มะเร็งจำกัดอยู่ในปอดที่สามารถให้การฉายแสงในขอบเขตเดียวกัน นั่นคือ แม้ว่ามะเร็งจะกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองด้านตรงข้ามแล้วแต่ยังอยู่ใน field ของการฉายแสง ก็ถือเป็น limited stage ซึ่งยังมีการพยากรณ์โรคที่ดี

2. Extensive stage มะเร็งแพร่กระจายไปไกลแล้วมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

### 1.2.5 การรักษามี 3 วิธีดังนี้คือ

#### 1) การผ่าตัด

ในปัจจุบันนี้ ยังเป็นวิธีเดียวที่อาจรักษามะเร็งของปอดให้หายขาดได้ ดังนั้นหากพบผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งอยู่ในลักษณะที่จะผ่าตัดเอาออกได้หมดและผู้ป่วยยังมีสุขภาพดีพอที่จะทนการผ่าตัดได้ควรจะให้การรักษาโดยการผ่าตัดทุกราย การผ่าตัดจะได้ผลดีหากก้อนมะเร็งยังมีขนาดเล็ก ยังไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด และผู้ป่วยไม่มีโรคของระบบอื่นที่รวมอยู่ด้วย

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของปอดส่วนใหญ่ เมื่อมาพบแพทย์ มักจะมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปมากแล้ว หรือมะเร็งอยู่ในตำแหน่งที่ผ่าตัดเอาออกได้ไม่หมด นอกจากนั้นผู้ป่วยเป็นจำนวนมากจะมีโรคอื่นอันอาจเป็นผลจากการสูบบุหรี่ร่วมอยู่ด้วย เช่น โรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง โรคหัวใจเป็นเหตุให้มีอันตรายจากการผ่าตัดสูง มะเร็งของปอดจึงรักษาให้

หายขาดได้น้อยมาก โดยผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของปอดมากกว่า 90% จะตายภายใน 5 ปี หลังจากรู้ว่า เป็นมะเร็ง

## 2) รังสีรักษา

ส่วนมากจะใช้เพื่อบำบัดอาการเจ็บปวด โดยเฉพาะอาการอันเนื่องมาจากการกระจายของมะเร็งไปยังสมองหรือกระดูก และเพื่อบรรเทาอาการของ superior vena cava syndrome ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมผ่าตัดต่างๆ ที่มะเร็งยังไม่มีการแพร่กระจาย มีผู้รายงานว่า การฉายแสงอย่างเดียวก็สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้

## 3) ยาเคมีบำบัด

ปัจจุบันมียาเคมีบำบัดมากมาย ที่ใช้ในการรักษามะเร็งปอด เช่น paraplantin, vepesid, และอื่นๆ โดยเฉพาะมะเร็งชนิด small cell ซึ่งอาจได้ผลทำให้ผู้ป่วยอายุ ยาวนานขึ้น แต่มีผลข้างเคียงมากและไม่ได้ทำให้อัตรายาน้อยลง

โดยทั่วไป การรักษามะเร็งปอด ก็ต้องแบ่ง 2 กลุ่ม ตามชนิดของมะเร็ง คือ

1. Nonsmall cell lung cancer ซึ่งมักไม่ได้ผลต่อการใช้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) และการฉายแสง (radiation therapy) แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยมีอาการของมะเร็งอุดกั้นหลอดลมทำให้เกิด obstructive pneumonitis การให้ยารักษาดังกล่าวอาจช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ ซึ่งก็เพียงการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น (palliative treatment)
2. Small cell lung cancer มักจะได้ผลดีต่อการใช้ยาเคมีบำบัด และการฉายแสงซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งชนิดนี้

### 1.3 ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่พบบ่อย ได้แก่

1.3.1 พิษต่อระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ (Gastrointestinal toxicity ) ได้แก่ เบื่ออาหาร(anorexia), คลื่นไส้(nausea), อาเจียน (vomiting) เป็นอาการที่พบบ่อยการใช้ยา ระวังอาการอาเจียน เช่น prochlorperazine อาจจะช่วยได้บ้าง แต่ในรายที่มีอาเจียนรุนแรง เช่น กรณีที่ผู้ป่วยได้รับ cis-platinum การใช้ยา metoclopramide ในขนาดสูง (1 – 3 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม) จะได้ผลดีกว่า อาการอื่นที่อาจพบได้ เช่น การมีแผลในปาก หลอดอาหาร แผลในกระเพาะอาหาร ท้องร่วงส่วนใหญ่อาการจะหายได้เอง ในรายที่รุนแรง เช่น แผลในปากอาจจะต้องให้ผู้ป่วยใช้ยาชาเฉพาะที่ เช่น xylocaine viscous อมเพื่อลดความเจ็บปวด

1.3.2 พิษต่อไขกระดูก(Bone marrow toxicity) ผลข้างเคียงชนิดนี้มีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น และภาวะเกร็ดเลือดต่ำอาจทำให้เกิดเลือดออกผิดปกติ ทั้ง 2 ภาวะนี้อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ การแบ่งความรุนแรงของภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และเกร็ดเลือดต่ำออกเป็นเกรดต่าง ๆ ตั้งแต่ 0 ถึง 4 จะช่วยในการตัดสินใจของแพทย์ ในการปรับขนาดยาครั้งต่อไป

### 1.3.3 การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

(Immunosuppression) ยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิดมีผลในแง่การกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทั้ง cellular และ humoral immunity แต่การเกิดภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมนี้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ใช้ วิธีการใช้ รวมทั้งการใช้ยาตัวเดียวหรือหลายตัวร่วมกัน

1.3.4 มีปฏิกิริยาต่อผิวหนัง(Skin reactions) ที่พบบ่อยคือ การทำลายเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดยา ซึ่งเป็นผลจากการรั่วไหลของยาเคมีบำบัดออกนอกเส้นเลือด, ภาวะผื่นร่วง, ผื่นสีคล้ำขึ้น, เล็บมีสีคล้ำขึ้น

1.3.5 มีปฏิกิริยาต่อหลอดเลือดและการแพ้ยา (Vascular and Hypersensitivity reactions) ที่รุนแรงที่สุดคือ การเกิด การแพ้ยา(anaphylaxis) พบบ่อยในกรณีที่ใช้ L-asparaginase ยาอื่นที่จะทำให้เกิดภาวะนี้ได้แก่ cyclophosphamide, doxorubicin, cisplatin, high dose methotrexate ยา bleomycin อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการของ anaphylactic reaction และ/หรือมีไข้ขึ้นได้

1.3.6 พิษต่อตับ(Hepatic toxicity) พบบ่อยน้อย ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพบได้ ตั้งแต่การเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ transaminases หลังจากการรักษาด้วยยา cytosar ภาวะ fibrosis และ cirrhosis จากยา methotrexate, fatty metamorphosis ในกรณีของ L-asparaginase เป็นต้น

1.3.7 พิษต่อตับอ่อน( Pancreatic toxicity) ภาวะ acute pancreatitis สามารถพบได้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับ L-asparaginase หรือ corticosteroids หรือเกิดร่วมกับภาวะ tumor lysis syndrome ใน malignant lymphoma ได้

1.3.8 พิษต่อปอด(Pulmonary toxicity) พบบ่อยน้อย ยาในกลุ่ม methotrexate, cytarabine, procarbazine และยากลุ่ม alkylating agents สามารถทำให้เกิดผลเสียต่อปอดได้ ยา Bleomycin เป็นยาซึ่งจะทำให้เกิด pulmonary fibrosis ได้บ่อยที่สุด โดยเฉพาะในผู้ป่วยซึ่งได้รับ bleomycin เป็นจำนวนสูงมากกว่า 400 units ขึ้นได้

1.3.9 พิษต่อหัวใจ(Cardiac toxicity) ยา doxorubicin, daunomycin และ high dose cyclophosphamide สามารถทำให้เกิดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้ และผลต่อหัวใจนี้เป็นตัวจำกัดปริมาณการใช้ยาในกลุ่ม doxorubicin และ daunomycin

1.3.10 พิษต่ออวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ(Genitourinary toxicity) ภาวะเลือดออกและการอักเสบในกระเพาะปัสสาวะ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยซึ่งได้รับยา cyclophosphamide, สำหรับยากลุ่ม methotrexate และ cisplatin ทำให้ไตเสื่อมสภาพได้

1.3.11 พิษต่อระบบประสาท(Neurotoxicity) ที่พบบ่อย ได้แก่ เยื่อหุ้มประสาทอักเสบ(arachnoiditis), ไขสันหลังอักเสบ(myelopathy) หรือ พยาธิสภาพที่เกิดที่สมอง

และไขสันหลัง(encephalomyelopathy) จากการให้ยาเข้าช่องไขสันหลัง ภาวะ chronic encephalopathies and the somnolence syndrome พบได้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาฉีดเข้าช่องไขสันหลังร่วมกับการฉายรังสี (whole brain irradiation) ภาวะ peripheral neuropathies จากยากดุม vinca alkaloids, cisplatin, VP-16, cytarabine ภาวะ acute cerebellar syndrome จากยา 5-fluorouracil, procarbazine ภาวะ cranial nerve paresis จากยา vinca alkaloids , cisplatin หรือ 5-fluorouracil เป็นต้น

1.3.12 การทำหน้าที่ของต่อมที่สร้างเซลล์สืบพันธุ์ผิดปกติ( Sexuality and Gonadal dysfunction ) ยาหลายชนิดโดยเฉพาะ alkylating agents จะทำให้เกิดภาวะ ที่ไม่มีตัวอสุจิที่เคลื่อนไหวได้ในน้ำกามของผู้ชาย( azoospermia) หรือ การขาดประจำเดือน(amenorrhea) ได้นั้นในผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ การเก็บ sperm ไว้ เพื่อนำมาใช้หลังเสร็จสิ้นการรักษา ก็จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย

1.3.13 มะเร็งทุติยภูมิ (Second malignancies ) ยาเคมีบำบัดมีคุณสมบัติเป็น mutagen โดยเฉพาะยาพวก procarbazine และ alkylating agents ดังนั้นผู้ป่วยซึ่งได้รับยาเหล่านี้ในการรักษาอาจจะมีโรคมะเร็งชนิดอื่นเกิดขึ้นที่หลังได้ ที่พบบ่อยคือมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (acute leukemia)

1.3.14 ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ( Miscellaneous complications) เช่น electrolyte problems, diabetes mellitus, pituitary insufficiency, adrenal insufficiency, fever etc.

Adjuvant Chemotherapy หมายถึง การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด หรือยาต้านการเจริญเติบโตของ เซลล์มะเร็ง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาเอาก่อนมะเร็งปฐมภูมิออกหมดแล้ว (Clinical free) เช่น การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ภายหลังจากการผ่าตัดก้อนมะเร็งที่เต้านมออกหมดแล้วตรวจพบว่าไม่มีเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองที่เจาะออกมา พร้อมกับการเอามะเร็งต้นกำเนิดหรือปฐมภูมิออก (อาคม เขียรศิลป์ อ้างถึงในสูมิตรา ทองประเสริฐและศิริกุล นภาพันท์, 2545:261)

**1.4จุดมุ่งหมายของการรักษา Adjuvant Chemotherapy** (อาคม เขียรศิลป์, 2545: 261)

1.4.1 เพื่อกำจัดหรือทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ แต่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า (occult micrometastasis)

1.4.2 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งเป็นซ้ำ (recurrence/metastasis )

1.4.3 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งหายจากโรคมะเร็ง (cure ) หรือทำให้ระยะปลอดโรคยาวยาวกว่าเดิม ซึ่งอาจมีผลต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย (overall survival)

### 1.5 ผลกระทบจากโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับจะมีผลต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆดังต่อไปนี้คือ

1.5.1 ด้านร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นอาการปวด อาการเหนื่อย ล้า อาการคลื่นไส้ อาเจียน การมีเม็ดเลือดขาวต่ำ น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลงไป ความอยากอาหารที่ลดลง ส่งผลต่อทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง โดยนำไปสู่ความพิการตามและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.5.2 ด้านจิตใจ พบว่าการเป็นโรคมะเร็งและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ มีความรู้วิตกกังวล ความเครียด ความซึมเศร้า ความกลัวต่อการสูญเสียชีวิต เมื่อเกิดสิ่งเหล่านี้ก็จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงส่งผลทำให้มีอาการต่างๆเป็นมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในชีวิตลดลง

1.5.3 ด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยการเป็นโรคมะเร็งและการรักษาทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง รวมทั้งขณะนั้นภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพการงานได้หรือความสามารถในการทำงานได้ลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้หรือรายได้ในการทำงานลดลง รวมทั้งต้องออกจากการทำงาน ส่งผลต่อเศรษฐกิจและสังคมตามมา (Tulman, Fawcett and McEvoy, 1991: 254, Messias, 1997, Bradley et al., 2001: 1500-1564, เบญจวรรณ กำธรวัชร, 2544: 21-50, Dodd, Miaskowski, and Paul, 2001: 468)

จากการศึกษาพบว่าอาการสำคัญที่สุดที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างมากนั้นคือ อาการเหนื่อยล้า (Ream and Richardson, 1999) ซึ่งเมื่อมีอาการมากขึ้นจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดลดลง (Messias et al., 1997)

## 2. ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเป็นสิ่งที่สำคัญโดยโรคมะเร็งและการรักษามีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของมนุษย์ วิธีการรักษาครอบคลุมทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การได้รับรังสีและการได้รับสารชีวเคมีหรือวิธีการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน โดยทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงในเรื่องการทํากิจกรรมที่เป็นปกติเป็นเวลานานหลายๆเดือนจนถึงเป็นปี (Tulman, Fawcett, and McEvoy, 1991: 254)

### 2.1 ความหมายของ Functional status

คำว่า Functional status มีบุคคลที่ให้ความหมายไว้มากหมายโดยจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบที่มีความหมายที่ใกล้เคียงกันดังนี้



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

Lexitron dictionary ให้ความหมายของ Function ว่าหมายถึง การทำหน้าที่ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้จริง และได้ให้ความหมายของ Status ว่าหมายถึง สถานภาพ เมื่อนำคำว่า Functional และ Status มารวมกันจะมีความหมายว่า สถานภาพการทำงาน

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

ราชบัณฑิตยสถานพ.ศ.2542 ได้กล่าวว่า คำว่า สภาวะ มีความหมายเท่ากับ คำว่า สภาพ และมีความหมาย เท่ากับคำว่า ภาวะ โดยให้ความหมายว่า ลักษณะในตัวเอง และได้ให้ความหมายของคำว่า หน้าที่ ว่าหมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ เมื่อนำคำว่าภาวะการทำงานที่มารวมกันจะหมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้คำว่า “ ภาวะการทำงานที่ ” แทนคำว่า Functional Status

Lawtow and Brody (1969) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำงานที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย(Basic activities of daily living) เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ เคลื่อนย้าย การขับถ่าย การรับประทานอาหาร และการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง(Instrumental activities of daily living ) เช่น การจ่ายตลาดและการเดินทาง

Stewart and Brook (1981:473) ได้ให้ความหมายของ Functional status ว่าหมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรที่มีความหลากหลายที่เป็นปกติในผู้ที่มีสุขภาพร่างกายดีประกอบด้วย 5 กลุ่มของกิจกรรมคือ 1.กิจกรรมในการดูแลตนเอง 2.การเคลื่อนไหว 3.กิจกรรมทางกาย 4.การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (แบบฉบับของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอายุและบทบาททางสังคม) 5.กิจกรรมในเวลาว่าง

Rebenstein et al.(1988) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำงานที่ ว่าหมายถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำของบุคคลที่รวมทั้งการทำงานที่ทางด้านร่างกาย การทำงานที่ทางด้านจิตใจและการทำงานที่ทางด้านสังคมในชีวิตประจำวัน

Katz et al. (1989:267) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำงานที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย(Basic activities of daily living) เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ เคลื่อนย้าย การขับถ่ายการรับประทานอาหาร

Tulman, Fawcett and McEvoy (1991:254) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่า หมายถึง แนวคิดที่มีหลายมิติที่รวมการปฏิบัติภายในครอบครัว สังคมและชุมชน การดูแลตนเอง อาชีพการงาน

Meyboom-de Jony and Smith (1992:128) อ้างถึงใน Leidy (1994:196) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติอย่างที่เป็นอยู่ทั้งในความหมายของการดูแลตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่และบทบาท

Sarna (1993) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง การประเมินความสามารถทางกายที่มีความหลากหลายของกิจวัตรประจำวันปกติเมื่อมีสุขภาพที่ดี

Cella (1994:188) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่

Leidy (1994:197) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ลักษณะแนวคิดที่มีหลายมิติที่มีลักษณะคือเป็นความสามารถที่บุคคลกระทำสิ่งที่จำเป็นต่อชีวิตนั้นคือเป็นความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่บุคคลทำในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน คงอยู่ในบทบาทปกติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก

Frank-Stromborg (1997:76) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถจริงในแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิตปัจจุบัน เน้นถึง BADL, IADL และ AADL (Advance activity of daily living เช่น การงาน การเดินทาง งานอดิเรก หรือการมีส่วนร่วมในสังคมและกลุ่มศาสนา

Benolied and Young (1980 cited in Pasacreta, 1997:217) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อที่จะปฏิบัติกิจวัตรหรือบทบาทในภาวะปกติที่ผู้ใหญ่สามารถทำได้ด้วยตนเอง (ส่งเสริมให้เขาทำได้ดีขึ้น)

Cooley (1998:153) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการดำรงบทบาทในชีวิตแบ่งได้ 2 อย่างคือ 1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย ๆ ได้ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน 2. การปฏิบัติบทบาททั้งภายในบ้านและนอกบ้านได้ เช่น การทำความสะอาด การทำอาหาร ซื่อของและการทำงาน

Barsevick, Much and Sweeney (2000:1538) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความรับผิดชอบในบทบาทหรือหมายถึงความสามารถในการในการทำกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดูแลครอบครัว บ้านหรือการงาน

วิริยะ (2542 : 8) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่อย่างผาสุกโดยประเมินได้จากความสามารถ



ในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน การปฏิบัติบทบาทความรับผิดชอบทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน

ดังนั้นสามารถสรุปความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมในบ้านในครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมอาชีพการงาน การปฏิบัติกิจกรรมในสังคมและชุมชน

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการทำหน้าที่

2.2.1 แนวคิดของStewart and Brook (1981: 473) กล่าวว่าภาวะการทำหน้าที่เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยประกอบด้วย 5 กลุ่มของกิจกรรมคือ

1)กิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว และการไปเข้าห้องน้ำ

2)การเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวไปมาภายในบ้านการเคลื่อนไหวนอกบ้านหรือในชุมชน

3)กิจกรรมทางกาย เช่น การวิ่ง การเดิน การใช้ไม้ค้ำยัน การยก การโค้ง

4)การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (แบบฉบับของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอายุและบทบาททางสังคม) เช่น กิจกรรมการทำงาน กิจกรรมโรงเรียนหรือกิจกรรมภายในบ้าน

5)กิจกรรมในเวลาว่าง เช่น งานอดิเรก การรวมกลุ่ม การเล่นเกม

2.2.2 แนวคิดของLeidy (1994) กล่าวว่าภาวะการทำหน้าที่เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยมิติ 4 มิติคือ ความสามารถ(capacity),การปฏิบัติ( performance), พลังงานสำรอง(reserve) และการนำศักยภาพออกมาใช้( capacity utilization) และได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้คือ

1) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) คือ ศักยภาพสูงสุดของบุคคลในการที่จะกระทำกิจกรรมตามปกติของชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อปฏิบัติบทบาทปกติ(ที่เคยทำเป็นประจำ)ให้สำเร็จ และเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก และความสามารถในการทำหน้าที่ ยังหมายถึง ศักยภาพในทุกมิติ รวมทั้งกาย การรู้คิด จิตสังคม จิตวิญญาณ และปัจจัยส่วนบุคคลทางสังคม แต่ในด้านการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำหน้าที่(Functional Capacity) จะหมายถึง ความสามารถสูงสุดของร่างกายในการเผาผลาญพลังงานในร่างกายโดยการออกกำลังกายสูงสุด

2) การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance)หมายถึง กิจกรรมทางกาย จิตสังคม อาชีพ และจิตวิญญาณซึ่งบุคคลจะทำจริงในชีวิตปกติของเขา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน (เป็นกิจกรรมที่เขาต้องการและอยากจะทำ) จะไม่รวมถึงการรับรู้และอารมณ์

กิจกรรมทางกายเป็นกิจกรรมที่มีแรงจูงใจมาจากความต้องการทางด้านร่างกายประกอบ ด้วย กิจวัตรประจำวัน (ADL =Activities of daily living) และกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง ( IADL = Intermediate activities) กิจกรรมจะรวมถึงสุขภาพจิตและการเจริญเติบโตของบุคคล เช่น งานอดิเรกหรือช่วงเวลาที่ชอบ(ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำสวนและความสามารถในการแก้ปัญหา) ซึ่งจะรวมถึงกิจกรรมทางจิตด้วย กิจกรรมทางสังคม จะรวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์ กับชุมชนและครอบครัว เช่น งานเลี้ยง การพบปะสังสรรค์ การเยี่ยมเพื่อน การโทรศัพท์และการ ทำงาน กิจกรรมทางจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเลื่อมใสศรัทธา การทำสมาธิและ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและการบวงสรวง

3) พลังงานสำรองของหน้าที่(Functional Reserve) คือ ความแตกต่าง ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) และการปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance ) โดยทั่วไปคนเราจะไม่ทำศักยภาพที่เขาทำอย่างเต็มที่ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การจัดการเรื่องการเงิน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุจะมีพลังงานสำรองน้อยกว่าคนหนุ่มสาว

4) การนำศักยภาพหน้าที่ที่ออกมาใช้ (Functional Capacity Utilization) คือ ศักยภาพหน้าที่ หรือ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional potential) จะถูกใช้ในระดับต่างๆของการ กระทำ (ในระดับของการกระทำที่เขาเลือกแล้ว)

2.2.3 แนวคิดของ Frank –Stromborg (1997:76) กล่าวว่า หน้าที่ (Function) เป็น แนวคิดที่ประกอบด้วยมิติ 2 มิติคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) และ ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) และได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้คือ

ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability ) คือ ความสามารถจริงหรือศักยภาพใน การปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นปกติของชีวิตให้เป็นที่ไปตามที่คาดหวังไว้ จะรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันขั้นพื้นฐาน( BADL =Basic activities of daily living) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การ ขับถ่าย การรับประทานอาหาร หรือรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง( IADL =Instrumental activities of daily living) เช่น การทำงานบ้านและการเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด การเคลื่อนย้าย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน(BADL= Basic activities of daily living)

ภาวะการทำหน้าที่(Functional status) คือ ความสามารถจริงในแต่ละบุคคลในการปฏิบัติ กิจกรรมและการทำงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิตปัจจุบัน เน้นถึง BADL, IADL และ AADL(Advance activity of daily living เช่น การงาน การเดินทาง งานอดิเรก หรือการมีส่วนร่วม ในสังคมและกลุ่มศาสนา)

Frank –Stromborg อธิบายว่าความสามารถในการทำหน้าที่(Functional ability) และ ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) มีความหมายเหมือนกันหรือใช้แทนกันได้ คือหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติบทบาทและเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สนใจ

2.2.4 แนวคิดของ Tulman, Fawcett and McEvoy (1991) ได้ใช้ทฤษฎีของรอยใน ส่วนของบทบาทหน้าที่(Role Function Mode) มาอธิบายภาวะการทำหน้าที่ โดยภาวะการทำหน้าที่ เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทปฐมภูมิ (Primary Roles) บทบาททุติยภูมิ (Second Roles) บทบาทตติยภูมิ(Tertiary Roles) ที่บุคคลทำได้ด้วยตนเอง ตามแนวคิดของ Roy(1991:348-349, 1999:431-432) กล่าวว่าบทบาทเป็นหน้าที่หน่วยหนึ่งของสังคม บทบาทแต่ละ บทบาทมีความเกี่ยวข้องกัน 1)บทบาทปฐมภูมิเป็นบทบาทหลักที่กำหนดพฤติกรรมส่วนใหญ่ของ คนในระหว่างการเจริญเติบโตของชีวิตโดยอยู่บนพื้นฐานของเพศ อายุและระยะพัฒนาการ 2) บทบาททุติยภูมิเป็นบทบาทที่บุคคลคาดว่าจะทำภารกิจให้เสร็จสมบูรณ์โดยมีความเกี่ยวข้องกับ ระยะพัฒนาการและบทบาทปฐมภูมิ 3)บทบาทตติยภูมิเป็นบทบาทที่บุคคลสามารถเลือกกระทำได้ โดยอิสระและเป็นบทบาทชั่วคราวมักเกี่ยวกับความสำเร็จในงานที่บุคคลกระทำในช่วงระยะพัฒนา ของช่วงชีวิตปัจจุบัน

Tulman, Fawcett and McEvoy (1991) ได้อธิบายว่า 1) การปฏิบัติบทบาทปฐมภูมิคือ การที่ บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ 2) การปฏิบัติบทบาททุติยภูมิ แบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ 2.1) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและกิจกรรมใน ครอบครัวได้ เช่น การทำความสะอาด การทำอาหาร การล้างจาน การจ่ายตลาด การดูแลคู่สมรส และเด็ก 2.2) และการที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติอาชีพการงานได้ เช่น ปริมาณงานที่บรรลุผล สำเร็จ ปริมาณงานที่รับผิดชอบและจำนวนชั่วโมงการทำงาน 3) การปฏิบัติบทบาทตติยภูมิคือ การที่ บุคคลสามารถมีกิจกรรมทางสังคมและชุมชนได้ เช่น การมีส่วนร่วมในชุมชนและกลุ่มศาสนา การ คบค้าสมาคมกับเพื่อนและบุคคลอื่น และใช้เวลาว่าง ดังนั้นภาวะการทำหน้าที่จึงครอบคลุม องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การ อาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ 2) การ ที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและ กิจกรรมในครอบครัว เช่น การทำความสะอาด การทำอาหาร การล้างจาน การจ่ายตลาด การดูแลคู่สมรสและเด็ก 3) การที่บุคคลสามารถที่จะ ปฏิบัติอาชีพการงาน เช่น ปริมาณงานที่บรรลุผลสำเร็จ ปริมาณงานที่รับผิดชอบและจำนวนชั่วโมง การทำงาน 4) การที่บุคคลสามารถมีกิจกรรมทางสังคมและชุมชน เช่น การมีส่วนร่วมในชุมชนและ กลุ่มศาสนา การคบค้าสมาคมกับเพื่อนและบุคคลอื่น และใช้เวลาว่าง

แนวคิดของภาวะการทำหน้าที่ที่ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาคั้งนี้คือ แนวคิดของ Tulman, Fawcett and McEvoy (1991) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมการปฏิบัติบทบาทปฐมภูมิ บทบาท ทฤษฎีภูมิและบทบาทตติภูมิซึ่งเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วย 1) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติ กิจกรรมในการดูแลตนเอง2) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและ กิจกรรมใน ครอบครัว 3) การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติอาชีพการงาน 4) การที่บุคคลสามารถมีกิจกรรมทาง สังคมและชุมชน

## 2.3 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

2.3.1 แบบประเมิน Enforced Social Dependency Scale (ESD) สร้างโดยBenoliel and Youngในปีค.ศ.1980 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยดูจาก1.) ด้านการ ปฏิบัติตาม ปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การเดิน การแต่งตัว เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ 2.) ด้านความสามารถทางสังคมมี 3 ข้อ คือ คู่สมรส ลูกจ้างและการพักผ่อนหย่อนใจเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 3.) ด้านระดับความรู้สึกตัวมี 1 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคะแนนรวมต่ำสุด 10-51 คะแนนโดยคะแนนรวมมากจะแสดงถึงความบกพร่องทางหน้าที่ สูงสุด โดยBenoliel et al (1980) นำไปทดสอบความตรงและความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 60 ราย ได้ค่าความเที่ยงภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .9 และMc Corkle et al.(1989), Moinpour, and Mc Corkle and Saunder (1988) and Naylor (1990) ได้ค่าความตรงภายนอกโดยใช้ วิธีวัดซ้ำ(test -retest) และความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbachแอลฟาเท่ากับ .77

2.3.2 แบบประเมินThe Inventory of Functional Status- Cancer (IFS-CA) สร้าง โดยTulman, Fawcett and McEvoyในปีค.ศ.1991 เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rate scale) 4 ระดับมีทั้งหมด 39 ข้อ โดยเป็นด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง 10 ข้อ ด้านอาชีพการ งาน 8 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัว 15 ข้อ การทำกิจกรรมในสังคมและ ชุมชน 6 ข้อ โดยคะแนนรวมมากหมายถึงภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับที่ดีมาก เครื่องมือดังกล่าว ได้ถูกนำไปทดสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นการตัดสินจากผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 16 รายที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ความสอดคล้องเท่ากับ ร้อยละ 98.5 และนำไปหาความเที่ยงโดยเป็นการตัดสินจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 16 รายที่ ได้รับยาเคมีบำบัดได้ค่า Cronbachแอลฟาเท่ากับ .91 ความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbachแอลฟา เท่ากับ .67-.74 (Samarel , Tulman and Fawcett , 1997:21)

2.3.3แบบประเมินThe Karnofsky Performance Scale(KPS) สร้างโดย Karnofsky, Abelmann, Craver and Barchenalในปีค.ศ.1948เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับมีคะแนน ตั้งแต่ 0-100 เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยมะเร็งแต่เป็นการวัดเฉพาะทางกายเพียง



อย่างเดียวกันแต่เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวัดภาวะการทำหน้าที่ โดยวัดการปฏิบัติทางกาย และระดับความต้องการความช่วยเหลือถ้าคะแนนสูง 90-100% แสดงว่ามีความสามารถในการ ปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่มีข้อจำกัด ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่ามีข้อจำกัดเป็นอย่างมากในการทำกิจวัตร ประจำวันและกิจกรรมในการดูแลตนเอง ความเที่ยงมีค่าผันแปร การตรวจสอบความเที่ยงใน ผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้วิธี Inter-rater ได้ค่าเท่ากับ 95% และในปีค.ศ.1984 Mor et al. ได้ศึกษาผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านพักผู้ป่วยได้ค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .97 ได้ค่าความตรงตาม โครงสร้างเท่ากับ .49

จะเห็นได้ว่าในแต่ละงานวิจัยก็ควรเลือกเครื่องมือที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ซึ่งสำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะเลือกประเมินโดยใช้แบบประเมิน IFS-CA ของ Tulman, Fawcett and McEvoy เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยตรงและข้อคำถามก็ครอบคลุมกับแนวคิดของภาวะการทำหน้าที่ที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาในครั้งนี้ ทุกด้านซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มที่ผู้วิจัยศึกษา

### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ ได้รับยาเคมีบำบัดมีดังนี้

3.1 ชนิดของโรคมะเร็ง โดยจากการศึกษาของ Jordhoy (2001) พบว่าชนิดของโรคมะเร็งที่ แตกต่างกันมีต่อภาวะการทำหน้าที่แตกต่างกันโดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้จะมีภาวะการทำหน้าที่ (หน้าที่ทางกาย) ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติและ จากการการศึกษาของ Wang et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อม้าน้ำเหลืองอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ และจากการการศึกษาของ Kurtzet al. (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการการศึกษาของ Kurtz et al. (1996) ผลการศึกษาพบว่าชนิดของ โรคมะเร็งเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ปอดสูญเสียการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้

3.2 ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า จากการการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำ หน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวทำนายภาวะการทำ หน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงร้อยละ 7.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวรับรู้ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้ามากกว่าผู้ป่วยมะเร็ง

ต่อมาน้ำเหลืองและพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการสูญเสียภาวะการทำงานที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการเดิน การทำงาน การผลิตเพลินในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าสูงจะมีภาวะการทำงานที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีรับรู้ความรุนแรงของอาการน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าสูงมีส่งผลทำให้ภาวะการทำงานที่อยู่ในระดับที่ต่ำ(ด้านการลดลงของพลังงาน ความยากลำบากในการทำงาน ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sama (1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการเหนื่อยล้าร้อยละ 70 ส่งผลทำให้ภาวะการทำงานที่ลดลงโดยมีความยากลำบากในการทำงานบ้านถึงร้อยละ 44 จากการศึกษาของ Tanaka et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าครึ่งหนึ่งอาการเหนื่อยล้าส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยหนึ่งอย่าง และความรุนแรงของอาการส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน 1 อย่าง(กิจวัตรประจำวันลดลง) จากการศึกษาของ Messias (1997) ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าส่งผลทำให้การทำกิจวัตรประจำวันลดลงและมีผลต่อการงานและอาชีพ

3.3 ความปวด จากการศึกษาของ Tanaka et al. (2002) พบว่าความปวดมีอิทธิพลกับกิจวัตรประจำวันร้อยละ 41

3.4 อาการหายใจลำบาก จากการศึกษาของ Tanaka et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาการหายใจลำบาก โดยมีอิทธิพลกับภาวะการทำงานที่ถึงร้อยละ 55 ในเรื่อง การเดิน และการทำงาน

### 3.5 ปัจจัยส่วนบุคคล

3.5.1 น้ำหนัก โดยจากการศึกษาของ Sama (1993) พบว่าน้ำหนักที่ลดลงมีผลทำให้ภาวะการทำงานที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5.2 รายได้ โดยจากการศึกษาของ Sama (1994) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีรายได้ต่ำจะมีภาวะการทำงานที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5.3 อายุ โดย Jordhoy (2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากจะมีภาวะการทำงานที่ทางสังคมดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ขัดแย้งกับการศึกษาของ Kurtz et al. (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากจะสูญเสียภาวะการทำงานที่มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย

3.5.4 เพศ โดย Jordhoy (2001) พบว่าเพศชายมีภาวะการทำงานที่ดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.6 วิธีการรักษา โดยจากการศึกษาของ Sama (1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีภาวะการทำงานที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามอาการ ขัดแย้งกับการศึกษาของ Jordhoy (2001) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะการทำงานที่ไม่ดีและมีอาการมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



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

3.8 ระยะเวลาการประเมินว่าใกล้ตาย โดยจากการศึกษาของJordhoy (2001) พบว่าระยะเวลาที่ประเมินว่าใกล้ตายมีความสำคัญทางสถิติกับภาวะการทำหน้าที่ โดยพบว่าจำนวนวันที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยใกล้ตายน้อยวันจะทำให้ภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนวันที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยใกล้ตายมากวัน

3.9 ระดับAlkaline phosphatase โดยจากการศึกษา Roychowdhury et al. (2003) พบว่าระดับAlkaline phosphataseที่ต่ำหรือปกติจะทำให้การทำหน้าที่ทางกายสูงและบทบาทหน้าที่ต่ำ

3.10 การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จากการศึกษาของ Dimeo et al. (1997) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยสัปดาห์ที่1ออกกำลังกาย 15 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่2 ออกกำลังกาย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่3ออกกำลังกาย 24 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่4และ5ออกกำลังกาย 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่6ออกกำลังกาย 30 นาทีต่อวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาMacViCar et al. (1986) พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกทำให้ภาวะการทำหน้าที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

3.11 การให้ความรู้ จากการศึกษาของอภินันท์ กรองทอง (2544) ผลการศึกษาพบว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อมีอาการเหนื่อยล้าลดลงน่าจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้นนั่นเอง

3.12 การใช้ยา จากการศึกษาของ Simmi (1993) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Lorazepam 12-48 ชั่วโมงหลังให้ยาเคมีบำบัดจะว่ามีอาการเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่ออาการเหนื่อยล้าลดลงน่าจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นนั่นเอง

3.13 การดูแลตนเอง จากการศึกษาของปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี(2544) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการดูแลตนเองโดยการนอนหลับและการพักผ่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 70 ออกกำลังกาย เดินเล่น ปลูกต้นไม้ร้อยละ 60 ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสวดมนต์การทำสมาธิ ฟังเพลง ฟังเทปธรรมะร้อยละ 56.67 นวดร้อยละ 20 การรับประทานอาหารดื่มน้ำผลไม้พบร้อยละ 20 แต่วิธีที่ใช้ได้ผลมากที่สุดคือการนอนหลับ การสวดมนต์ การทำสมาธิ และจากการศึกษาของ Richard and Ream (1997:35-43) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อพบอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยนำมาบรรเทาความเหนื่อยล้าที่พบบ่อยที่สุดอันดับที่1 คือ การเปลี่ยนแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน เช่นการเดินเล่น การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการทำกิจกรรมเบาๆ พบถึง ร้อยละ 83.6 อันดับที่ 2 คือ เปลี่ยนแบบแผนของการนอนหลับ เช่น

การเข้านอนเร็วขึ้น การพักผ่อนเกือบตลอดวัน พบถึงร้อยละ 37 อันดับที่ 3 คือ กลวิธีทางจิต เช่น การฟังเพลง การผ่อนคลาย การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ พบถึงร้อยละ 24.7 การนอนและการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุด การบำบัดทางสังคมพบถึงร้อยละ 17.8 เช่น การทำงานอดิเรก การดำรง บทบาทปกติพบร้อยละ 13.7 การบำบัดโดยอาหาร การทำให้สุขสบายเช่น การประคบร้อน พุดคุยกับแพทย์

3.14 การสนับสนุนจากครอบครัว จากการศึกษาของ Haiyan (1997) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยได้รับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและการรักษาซึ่งน่าจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น

#### 4.แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001: 668-676)

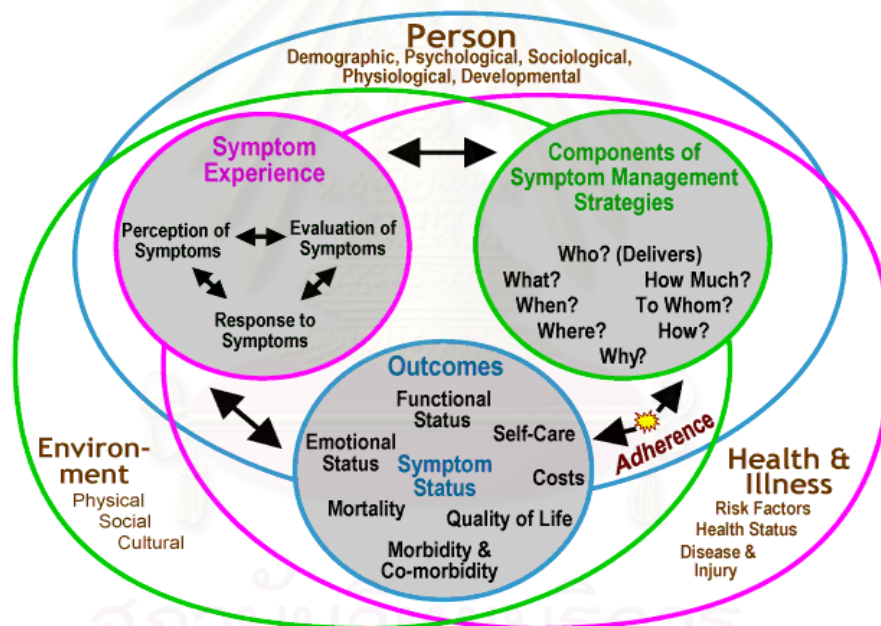
แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson et al. (1994) โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลไปรับการรักษาในแต่ละปี ซึ่งอาการไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม โดยการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว และพบว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุเช่นแนวคิดทางการแพทย์นั้นไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกันด้วย

ตามแนวคิดการจัดการกับอาการ อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลต่อเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Biopsychosocial function) (Harver and Mahler, 1990 cited in Dodd et al., 2001) แบบจำลองนี้เป็นการประเมินสภาวะของโรคและพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการ ทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการรักษา โดยผู้ป่วยควรจะได้รับการสอนเรื่องความสำคัญของอาการ และทำให้เขาค่อยๆเข้าสู่ความเข้าใจในอาการของเขา จนกระทั่งเขาสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001) แบบจำลองการจัดการกับอาการอยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อคือ

1. อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคลและเป็นการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเอง

2. บุคคลอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีการจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์การมีอาการ
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัวหรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับตัวผู้ป่วยมากที่สุด เช่น เด็กทารก
4. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่ม ครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
5. การจัดการกับอาการ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยเองซึ่งประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และจากอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือสิ่งแวดล้อม



ไดอะแกรมที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001: 668-676)

แบบจำลองนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ซึ่งประกอบไปด้วย บุคคล (person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (health and illness) และสิ่งแวดล้อม (environment) ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ดังนี้

1. **บุคคล (Person domain)** ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic) จิตใจ (psychological) สังคม (sociological) และสรีระวิทยา (physiological) เป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่

ทำให้มีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการซึ่งรวมทั้งระดับของพัฒนาการ (developmental) ในแต่ละบุคคลและวุฒิภาวะ

**2. สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain)** มโนทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วยประกอบไปด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคปอดแต่ละชนิดจะมีประสบการณ์อาการหายใจลำบากแตกต่างกันทั้งในเรื่องคุณภาพและปริมาณของอาการหายใจลำบาก (Janson and Carrier 1986 cited in Dodd et al., 2001) และมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ที่มีกลยุทธ์ในการจัดการที่เหมือนกันแต่พบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกัน (Hunt et al 1998, Rankin 1998 cited in Dodd et al., 2001) ผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อันตรายจากสถานที่ทำงาน หรือจากผลข้างเคียงของการรักษา ตามแนวคิดของ Dodd et al., (2001) ชนิดของโรคมะเร็งเป็นปัจจัยหนึ่งของปัจจัยด้านสุขภาพและความ ชนิดของโรคมีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์แม้จะมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่ผลลัพธ์จะต่างกัน นั่นคือ ชนิดของโรคมะเร็งที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ที่ต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจะสูญเสียภาวะการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ทวารหนัก ภาวะอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการสูญเสียภาวะการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ และการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มีการสูญเสียภาวะการทำหน้าที่น้อยกว่ามะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อภาวะการทำหน้าที่เสียจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

**3. สภาพแวดล้อม (environment domain)** สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการเกิดขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรด้าน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (physical) สังคม (social) และวัฒนธรรม (culture) ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล โดยสิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมทั้งเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal) วัฒนธรรม ซึ่งเป็นความเชื่อของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างเดียวกันในกลุ่มชนนั้นๆ เชื้อชาติ โดยที่สถานที่ที่มีผลต่อกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่นผู้ป่วยนอกที่กำลังได้รับการรักษามะเร็ง และมีเชื้อภายในช่องปากอักเสบที่ได้รับจะได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองในการจัดการกับอาการดังกล่าวที่บ้าน (Beck, 1999; Dodd et al, 1999 cited in Dodd et al., 2001) และในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการนอนหลับ จะมีรูปแบบการนอนซึ่งยากลำบากเมื่ออยู่ในห้องทดสอบการนอนหลับเมื่อเปรียบเทียบกับที่นอนที่บ้าน (Lee et al, 2000 cited in Dodd et al., 2001) และมีการศึกษาพบว่าใน



ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการสอนการดูแลตนเอง (self-management) เป็นรายบุคคลจะมีการยึดติดในการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการสอนเป็นกลุ่ม แต่การสอนเป็นกลุ่มจะทำให้มีทักษะในการใช้ยาเพิ่มขึ้นกว่าการสอนเป็นรายบุคคล (Wilson et al.1999 cited in Dodd et al.,2001)

มโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ดังรายละเอียด

## 1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)

ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่คุณเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง (severity)สาเหตุ (cause) ภาวะคุกคาม (treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในมโนทัศน์ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการ(Facione and Dodd 1995, Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001:671)โดย ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้น

**1.1การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom)** การรับรู้อาการหมายถึงการที่บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดีแปลความผ่านกระบวนการคิดของตัวเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือปฏิบัติ (Larson et al., 1996:273) มโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและหรือการรักษา เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจมีความอ่อนแรงแที่จะควบคุมการหายใจ มีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมตอบสนองของอาการปวดเพราะเขายังสามารถรับรู้ความรู้สึกได้ ดังนั้นการรับรู้อาการจึงมีความซับซ้อน เช่น เมื่อเด็กที่เป็นโรคหอบหืด (Asthma) จะเริ่มหายใจวิ๊ดและไอ ผู้ปกครองรับรู้ในความทุกข์ทรมานของเด็กจากการหายใจ โดยรู้ว่าเด็กกำลังทุกข์ทรมาน แล้วบุคคลกรทางสุขภาพรับรู้การตอบสนองของเด็กและผู้ปกครองและสรุปการรับรู้ของพวกเขาและทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการนั้น ซึ่งเมื่อการรับรู้สอดคล้องตรงกันการจัดการก็จะไม่เกิดข้อขัดแย้ง แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องตรงกันปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Koenig, 1999 cited in Dodd et al., 2001:672)

เครื่องมือที่มีประโยชน์ที่จะสามารถอธิบายประสบการณ์การมีอาการขณะที่ได้รับการรับรู้ ประสบการณ์อยู่ภายใต้จิตใจได้สำคัญ เช่น จากการศึกษาอาการของผู้ที่ติดเชื้อ HIV ที่เป็นเด็ก Franck and colleagues (Franck et al 1999 cited in Dodd et al., 2001:671) โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพการนอนหลับ (wrist actigraphy) และใช้แบบรายงานอาการด้วยตนเองของคุณภาพการนอนหลับซึ่งทั้งเด็กและพ่อแม่จะรายงานในปัญหาต่างๆไปเช่น มีการตื่นนอนในเวลากลางคืนเล็กน้อย แต่เครื่องนี้จะสามารถแสดงถึงการตื่นนอนในเวลากลางคืนบ่อยๆซึ่งเป็นผลของการนอนหลับที่ไม่มีประสิทธิภาพ

วัฒนธรรมและระยะของการพัฒนาการจะมีอิทธิพลในการรับรู้อาการของแต่ละบุคคล โดยมีการศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการก่อนมีประจำเดือนและอาการก่อนหมดประจำเดือนของวัยรุ่นและพยาบาลผดุงครรภ์เพศหญิงวัฒนธรรมแตกต่างกัน (Taylor and Bledsoe, 1986; Taylor and Woods, 1991; Rittenhouse and Lee, 1993; Taylor 1995, Lee and Taylor 1996, Berg and Taylor, 1999 cited in Dodd et al., 2001:672) ว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรับรู้ การประเมิน การตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน

**1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms)** การประเมินอาการจะมีความซับซ้อนของปัจจัยในประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งรวมถึงความรุนแรง ตำแหน่ง เป็นครั้งคราวหรือเป็นเรื้อรัง ความบ่อยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามของอาการ และมีการศึกษาหาสาเหตุว่าทำไมผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดเฉียบพลันจึงมารับการรักษาซ้ำ พบว่าการแสวงหารักษาอาจจะถูกขัดขวางจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจหรือความคาดหวังจากสมาชิกในครอบครัวถึง 86.5% (Janson and Beker, 1998 cited in Dodd et al., 2001:672) ผู้ป่วยที่ประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพมากกว่าพวกที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001:672)

**1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms)** การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย (physiologic) จิตใจ (socioculture) วัฒนธรรมสังคม (sociocultural) และ พฤติกรรม (behavioral component) โดยการตอบสนองต่ออาการทางด้านร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ปรากฏออกมา เช่น ใจสั่น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง รอบประจำเดือนเปลี่ยนและการนอนไม่หลับ การตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก โดยผู้ป่วยประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม อาจจะมีการตอบสนองโดยการเพิ่มการหายใจ (อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น) ซึ่งจะเพิ่มการส่งสัญญาณประสาทนำเข้าสู่ของระบบประสาทส่วนกลางส่งผลให้มีการรับรู้อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ของภาวะคุกคาม และการตอบสนองต่ออาการด้านร่างกายอาจจะกระตุ้นให้มีการตอบสนองด้านลบของร่างกายด้านอื่นๆ การตอบสนองทางด้านจิตใจ



สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับกระบวนการคิดหรือทัศนวิสัย เช่นมีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความตั้งใจลดลง หรืออัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางด้านพฤติกรรม เป็นการแสดง ความรู้สึกที่มีต่ออาการของโรค รวมทั้งการพูดและการสื่อสารด้วยท่าทาง เช่น การร้องไห้ การ ตะโกนและท่าทางที่สับสนหรือการทำหน้าที่ของบุคคลที่ลดลง เช่น การหลีกเลี่ยงสังคม รูปแบบการ นอนหลับเปลี่ยนไป หรือความสามารถในการดำรงบทบาทเปลี่ยน โดยอาจจะมีการตอบสนองของ อาการที่เกิดขึ้นเพียงหนึ่งอาการหรือมากกว่าหนึ่งอาการขึ้นไป

การรายงานอาการของตนเองเป็นการตัดสินใจที่จะจัดการกับอาการ ในหน่วย บริการทางสุขภาพ (healthcare) อาจเกิดปัญหาได้ถ้าการประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นการ รับรู้ของสมาชิกครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจไม่ตรงกันกับรับรู้ของตัวเอง (Fagerhaugh and Strauss ,1977 cited in Dodd et al., 2001:672-673) เช่น บุคลากรในแผนกฉุกเฉิน มักสรุปเกี่ยวกับระดับอาการปวดของผู้ป่วยโดยใช้การแสดงผลของผู้ป่วยมากกว่าระดับคะแนนที่ ได้โดยตัวผู้ป่วยเอง เช่น การสังเกตเห็นมีการเคลื่อนไหวของไหล่ของผู้ป่วยอาจจะให้ความสำคัญ มากกว่าอาการอีกอาการหนึ่งซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น อาการปวดศีรษะไมเกรน และมีการศึกษาพบว่า ในแผนกฉุกเฉินปัญหาอาการปวดที่ผู้ป่วยแสดงออกพยาบาลจะให้ ความสำคัญน้อยกว่าที่ผู้ป่วยรู้สึกจริงๆ (Puntillo et al., 1999 cited in Dodd et al., 2001:675-673) ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด ครอบครัวในเรื่องการรับรู้ อาการ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุเกิดจากการให้ยาเคมีบำบัด ได้ให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้าว่าหมายถึงอาการเหนื่อย อ่อนแอ เชื่องช้า ขาดพลังงาน หด แรง เหนื่อยหน่าย ไม่อยากขยับ มีความรู้สึกที่ไม่สบาย ไม่มีชีวิตชีวา มีการตอบสนองต่ออาการด้าน จิตใจและอารมณ์ ด้านจิตใจพบว่ามีความรู้สึกที่ภาพลักษณ์ตนเองเปลี่ยน ส่วนด้านอารมณ์พบว่า มีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า โมโห

## 2. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

เป้าหมายของการจัดการอาการเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการ ใช้กลยุทธ์ กลยุทธ์ในการดูแลตนเอง (self-care) โดยการให้ยา(biomedical) โดยการอาศัยบุคลากร ทางการแพทย์ การจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการมุมมองของแต่ละ บุคคล เพื่อนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ซึ่งกลยุทธ์การจัดการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งกลยุทธ์ ในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ใช้ที่ไหน ทำใหม่จึงต้อง ใช้ ใช้มากน้อยเท่าไร (intervention dose) ใช้กับใคร (ผู้รับการปฏิบัติ) และใช้อย่างไร (delivered)

การปฏิบัติเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่นในการบริหารยาแก้ปวดที่เข้าฝืนที่ให้ยาตามเวลานั้นเป็นการจัดการที่แนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการลุกลามของโรคไปที่กระดูก อย่างไรก็ตามมีข้อมูลในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างไรในการที่จะให้มีการยึดติด (adherence) กับการบำบัดยังมีน้อย ดังนั้นการปฏิบัติโดยทั่วไปจึงเป็นการจัดการศึกษาให้กับผู้ป่วยในเรื่องทักษะการดูแลตนเอง และการให้การสนับสนุน (Miaskowski et al., 1995-1999 cited in Dodd et al., 2001:673)

การศึกษาของนักวิจัยในระยะยาวเป็นการศึกษาที่เผชิญหน้ากับปัญหาของการประเมินการเอาใจใส่มากแค่ไหนในขณะที่มีการเพิ่มความสามารถในการเอาใจใส่ เช่น ในการทดสอบการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทางคลินิกแต่ละบ้าน ที่มีการปฏิบัติการออกกำลังกาย ในแต่ละบุคคล มีการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้เข้ากลุ่มที่ได้รับการติดตามสัมภพณ์ทางโทรศัพท์ทุกๆสัปดาห์ แต่ไม่ได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย (Dodd et al., 1999-2004) ผลของการวิจัยของแบบจำลองการจัดการกับอาการต่อกลวิธีการจัดการกับอาการ มีการเคลื่อนที่จากเป้าหมายเพียงแค่แต่ละบุคคลไปสู่สมาชิกครอบครัวและประสบการณ์แต่ก่อนที่เป็นเหมือนผู้รับการปฏิบัติ ( Miaskowski et al., 1995-1999 cited in Dodd.,2001) เป้าหมายของผู้ป่วยมะเร็งและสมาชิกครอบครัวที่เกิดขึ้นในการดูแลของพวกเขา กับการปฏิบัติในการดูแลตนเองในการที่จะบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยจากการสังเกตในการปฏิบัติทางคลินิก สมาชิกครอบครัวมีประโยชน์มากในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยเป็นบางครั้งหรือไม่ การใส่ใจเป็นความเชื่อที่หนักแน่นที่คงอยู่ของผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวของเขาเกี่ยวกับทางที่ดีที่สุดที่จะบรรเทาอาการปวด

Robinson et al.(1998),Whittemore et al.( 2000 cited in Dodd.,2001:674) ได้ศึกษาการใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งกลุ่ม 1 ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ที่อายุมากกว่า 65 ปีที่เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในช่วงที่ 3 และเคยมีความรู้และสามารถเป็นที่ปรึกษาในการที่จะจัดการกับปัญหา และสามารถฟังเข้าใจ และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ อีก 2 กลุ่มเป็นกลุ่มควบคุมและ โดยกลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด การจัดการกับปัญหา และมีการให้แหล่งสนับสนุนทางสังคมกับผู้ที่ไม่มีคูสมรสที่ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาจะมีความสำเร็จในการจัดการเมื่อมีอาการของโรคหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้น การแบ่งปันประสบการณ์หลังจากหายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดขึ้น โดยการมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาจะช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ซึ่งทำให้บรรเทาความกลัวและเป็น การให้กำลังใจ (encouraging) ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมกับการเรียน (advocate) สำหรับตัวผู้ป่วยเองกับระบบบริการทางสุขภาพ การยึดติดเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติและอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัว (Turkand

Rudy ,1991; Sidani and Braden, 1997 cited in Dodd et al.,2001:674) อย่างไรก็ตามลักษณะของบุคลากรทางสุขภาพและระบบสุขภาพสามารถมีอิทธิพลต่อการยึดติดของผู้ป่วยด้วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยตัวผู้ป่วยเอง โดยบุคลากรทางการแพทย์ และโดยการใช้ยา กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการมุ่งเน้นที่การควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาและมุ่งควบคุมประสบการณ์ของอาการ มิใช่ผลลัพธ์ ชะลอผลลัพธ์ทางลบทางชีววิทยาทางการแพทย์ให้เกิดขึ้นช้าที่สุด เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจซึ่งผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ ด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาทีมสุขภาพ และการดูแลตนเอง

### 3. ผลลัพธ์ (Outcomes)

ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และเป็นผลจากกลวิธีการจัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์มุ่งที่ 8 ปัจจัย คือ 1. ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน การที่มีรายได้ต่ำเนื่องจากต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลทำให้เสียโอกาสในการทำงาน (Stommel et al., 1993; Given et al., 1994) 2. สถานะอารมณ์ (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. สถานะอาการ (symptom status) โดยผลลัพธ์ทั้งหมดอาจจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน

ระยะเวลาของการประเมินอาการขึ้นอยู่กับความทนทานของผู้ป่วย ต้องการการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสบผลสำเร็จและกลับคืนภาวะปกติ การปฏิบัติต่อเนื่องก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะควบคุมการเกิดอาการซึ่งจะเกิดขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงเหมาะสมที่จะใช้ในการจัดการโดยตรงและต้องการการวัดผลลัพธ์ที่ต่อเนื่อง

**5.ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์การจัดการกับอาการ การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**

**5.1ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**

ชนิดของโรคมะเร็งเป็นส่วนหนึ่งด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยในแบบจำลองการจัดการกับอาการของDodd et al. (2001) โดยพบว่ามะเร็งปอดพบมากเป็นอันดับหนึ่งของโลก อันดับที่สองได้แก่ มะเร็งเต้านม (มาลัย มุศตารักษ์, อ้างถึงในสุมิตรา ทองประเสริฐและสิริกุล นภาพันท์, 2545)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการเป็นตัวแทนของชนิดของโรคมะเร็งและมีการศึกษาพบว่าชนิดของโรคมะเร็งที่ต่างชนิดกันทำให้เกิดภาวะการทำหน้าที่ต่างกันดังนี้คือ

โดยจากการศึกษาของ Jordhoy (2001) พบว่าชนิดของโรคมะเร็งที่แตกต่างกันมีต่อภาวะการทำหน้าที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้จะมีภาวะการทำหน้าที่(หน้าที่ทางกาย) ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติและจากการศึกษาของ Wang et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์อย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติและจากการศึกษาของ Kurtz et al. (1996) โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 299 ราย ผลการศึกษาพบว่าชนิดของโรคมะเร็งเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดสูญเสียการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้และสอดคล้องกับการการศึกษาของ Kurtz et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งใช้ในการประเมินชนิดของโรคมะเร็ง

## 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้ากับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Messias et al. (1997) ได้ศึกษาเรื่องประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 127 ราย ผู้ป่วยได้ให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้าว่าหมายถึง อาการเหนื่อย อ่อนแอ เชื่องช้า ขาดพลังงาน หดแรงแง เหนื่อยหน่าย ไม่อยากขยับ มีความรู้สึกที่ไม่สบาย ไม่มีชีวิตชีวา มีการตอบสนองต่ออาการด้าน จิตใจและอารมณ์ ด้านจิตใจพบว่ามีความรู้สึกภาพลักษณ์ตนเองเปลี่ยน ส่วนด้านอารมณ์พบว่ามีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า โมโห ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่คือการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ลดลง (Rhodes, Watson and Hanson, 1988) พบว่าผู้ป่วยรับรู้อาการเหนื่อยล้าว่ามีสาเหตุเกิดจากการให้ยาเคมีบำบัด (Rhodes, Watson and Hanson, 1988; ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี, 2543; Sarna, 1993; Kuuppelomaki and Lauri, 1998 )

ผู้ป่วยประเมินอาการเหนื่อยล้าว่าช่วงเวลาที่เกิดอาการมากที่สุดคือ ช่วงบ่ายและช่วงเย็น (ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี, 2543) มีผลต่อความผาสุกโดยทั่วไป (Messias et al., 1997) โดยผู้ป่วยมีประเมินตนเองว่ามีอาการรุนแรงมาก จะส่งผลทำให้เกิดภาวะการทำหน้าที่ลดลง (Sarna, 1993; Kurtz et al., 1999; Tanaka et al., 2002; Wang et al. , 2002) โดยทำให้มีความยากลำบากในการ



ทำงานบ้านถึงร้อยละ 44 (Sarna, 1993) กิจกรรมประจำวันทำได้น้อยลง ทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง (Buchwald et al., 1996: 364) นอกจากนั้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ (จิราพร ศิริรัตน์, 2543) ไม่สามารถทำงานได้และเข้าสังคมได้ตามปกติ (ทิพมาส ชินวงศ์, 2541: 119; กนกนุช ชื่นเลิศ, 2543: 126-127) ซึ่งถ้าผู้ป่วยรับรู้อาการว่าไม่ร้ายแรงก็อาจทำให้มีการจัดการที่ไม่ดีหรือไม่ยอมจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ที่ทำการทดสอบแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ได้ศึกษากลุ่มอาการที่ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 23 รายพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพของอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 7.3 นั่นคือ ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้าของPiper et al. (1998) ซึ่งแปลโดยเพียงใจ คาโปกการ (2545) ซึ่งประเมินใน 4 ด้านคือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายของการเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าครอบคลุมประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า ในเรื่องการรับรู้การเหนื่อยล้า การประเมินอาการเหนื่อยล้า และการตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า ตามแนวคิดการจัดการกับอาการของDodd et al.(2001)

### 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้ากับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

มีการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการโดยตัวผู้ป่วยเองดังการศึกษาต่อไปนี้การศึกษาของ ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี (2544) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการดูแลตนเองโดยการนอนหลับและการพักผ่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 70 ออกกำลังกาย เดินเล่น ปลูกต้นไม้ร้อยละ 60 ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสวมชุดทำสมาธิ ฟังเพลง ฟังเทปธรรมะร้อยละ 56.67 นวดร้อยละ 20 รับประทานอาหารคั้นนำผลไม้ร้อยละ 20 แต่วิธีที่ใช้ได้ผลมากที่สุดคือการนอนหลับ การสวมชุด การทำสมาธิและจากการศึกษาของRichard and Ream (1997:35-43) ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 129 ราย พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยนำมาบรรเทาความเหนื่อยล้าที่พบบ่อยที่สุดคือ อันดับที่ 1 คือ การเปลี่ยนแปลงแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน เช่น การเดินเล่น การเปลี่ยนแปลงกิจกรรม และการทำกิจกรรมเบาๆ พบถึง ร้อยละ 83.6 อันดับที่ 2 คือ การเปลี่ยนแปลงของกรนอนหลับ เช่น เข้านอนเร็วขึ้น และการพักผ่อนเกือบตลอดวัน พบถึงร้อยละ 37 อันดับที่ 3 กลวิธีทางจิต เช่น

การฟังเพลง การผ่อนคลาย การฟังเพลงการอ่านหนังสือ และการดูโทรทัศน์ พบถึงร้อยละ 24.7 การนอนและการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุด อันดับที่ 4 การบำบัดทางสังคม พบถึงร้อยละ 17.8 เช่น การทำงานอดิเรก อันดับที่ 5 การดำรงบทบาทปกติ พบร้อยละ 13.7 อันดับที่ 6 การบำบัดโดยอาหาร พบถึงร้อยละ 6.9 อันดับที่ 7 การทำให้สุขสบาย เช่น การประคบร้อน พูดยุกับแพทย์ พบร้อยละ 4.1 และจากการศึกษาของ Dimeo et al. (1997) ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 36 รายพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยสัปดาห์ที่ 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 นาทีต่อวันพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษา MacViCar et al. (1986) พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกทำให้ภาวะการทำหน้าที่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

กลยุทธ์การจัดการกับอาการโดยพยาบาล การศึกษาของอภันตรี กรองทอง (2544) เรื่องผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยมีการช่วยเหลือ 4 วิธีคือ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยสอนสัปดาห์ละ 2 ครั้งเป็นเวลา สามารถลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Barsevick et al. (2002) เมื่อสอนโดยให้ความรู้ในการจัดการเกี่ยวกับการเก็บสงวนพลังงาน (Energy Conservation) และการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรม(Activity Management) พบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าลดลงกว่าหลังการสอน การศึกษาของ Ream, Richardson and Alexander (2002) โดยเป็นโปรแกรมชื่อว่า การเอาชนะอาการเหนื่อยล้าสอนในเรื่องการประเมินและการควบคุมอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า การสอนในเรื่องกลยุทธ์ในการดูแลตนเอง การเตรียมความพร้อมทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบภายหลังการเข้าโปรแกรมผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Samarel and Fawcett (1992) พบว่าการสอนและการให้ความรู้โดยสอนเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียด ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดเช่น อาการเหนื่อยล้า มีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยมีการอบรมช่วงเย็นวันละ 2 ชั่วโมงรวมทั้งหมด 9 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนมีภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน จากการศึกษาของ Simmi (1993) เรื่องการเปรียบเทียบผลของยา Prochlorperazine และ Lorazepam ในการควบคุมอาการหลังได้รับยาเคมีบำบัด ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 27 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Lorazepam 12-48 ชั่วโมงหลังให้ยาเคมีบำบัดพบว่ามีอาการเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่ดีน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด



ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าขึ้นมาเอง โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001)

#### 5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การสนับสนุนจากครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย ครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ

##### แนวคิด ทฤษฎีของการสนับสนุนจากครอบครัว

แนวคิดของการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแนวคิดที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมีผู้ศึกษาไว้มากมายดังนี้

คอบบ์ (Cobb , 1976:300-301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1.การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงการได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน

2.การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3.การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม(Socially support or Network)เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าคนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เซฟเฟอร์และคณะ(Schaefer,etal.,1981) โดยเซฟเฟอร์และคณะได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 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 การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและการบริการ

Norbeck (1981:246-269) กล่าวถึงสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลไว้ดังนี้

1.บุคคลต้องการรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

2.การรักษาสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการรับและการให้ในระบบเครือข่ายของสังคม

3.การสนับสนุนทางสังคม จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงต่อกับจากความใกล้ชิดกัน หรืออยู่ในระบบขั้นตอนของเครือข่าย

4.สัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม เป็นพื้นฐานของบุคคลที่มีอยู่โดยธรรมชาติ

5.ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลต้องการ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลและสถานการณ์

6.ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลและสถานการณ์

อิสเรลและบราวน์ (อ้างถึงใน จริยา คมพยัคฆ์,2531:100) และเฮาส์ (House cited inTilden1985:201) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมี 4 อย่างคือ

1.การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2.การสนับสนุนด้านการประเมิน(Appraisal support) หมายถึงการเห็นพ้องรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3.ความสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร(Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4.การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน(Instrumental support)หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง เงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

ไวส์ (Weiss cited in Brandt and Weinert, 1987:591)ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ชนิด ดังนี้

1.ด้านความรักใคร่ผูกพันและความใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) หมายถึง เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและคนเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย

2.ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social intregration) หมายถึง เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน ถ้าขาดความสัมพันธ์กันนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อนขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษาและเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ ขาดกำลังใจและความสิ้นหวัง

3.ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น(Opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่ดีกว่า ซึ่งบุคคลมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโต หรือความสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาได้

4.ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง(Reassurance of Worth) หมายถึง เป็นการได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถและเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขามีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ

5.ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ(Assistance) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

สมจิต หนูเจริญกุล (Somchit, 1988:13) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่นตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล โดยได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

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

2.การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประพฤติกและการปฏิบัติของบุคคล

3.การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องต่างๆเช่น การเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้บริการ

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์และคณะ(1981)มาอธิบายการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมความต้องการขั้นพื้นฐาน ทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมด้านสิ่งของหรือบริการ ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพันหรือการได้รับการดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว  
ผลงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ดังกล่าว

จากการศึกษาของ Haiyan (1997) เรื่องการสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานจำนวน 61 ราย ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยได้รับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและการรักษา ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของนิตยา คงชุม(2539) พบว่ากลุ่มสมรสเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยซึ่งการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนจากครอบครัวโดยพบถึงร้อยละ 78.2 และสามารถทำนายการปรับตัวทางจิตสังคมได้ร้อยละ 22 เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน การให้ข้อมูลคำแนะนำ สิ่งของและความเอาใจใส่ในทุกข์สุข นั่นคือการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัวน่าจะสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยได้

### แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

1.แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวของอุไร ขลุ่ยนาค (2540) ซึ่งสร้างเครื่องมือการสนับสนุนจากครอบครัวโดยใช้แนวคิดของเซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) ซึ่งครอบคลุมความช่วยเหลือทั้ง 3 ด้านคือ

1.1การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรักใคร่และห่วงใย การได้รับความมั่นใจ และความรู้สึกมีที่พึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนรักมีคนคอยดูแลเอาใจใส่

1.2 ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสารหมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาและการได้รับข้อมูลย้อนกลับต่างๆหรือย้อนกลับต่างที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว

1.3 ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการหมายถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ การอำนวยความสะดวก และการช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

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

2.แบบประเมินของสิริสุดา ชาวคำเขต(2541) แบบการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ( The Personal Resource Questionnaire : PRQ -85 part 2 ) สร้างโดย แบรินด์ และไวเนิร์ต( Brandt and Weinert, 1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย แบรินด์

และไวเนอร์ท( Brandt and Weinert, 1985) ได้หาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้าน สังคมศาสตร์ตรวจสอบ และ ไวน์เนอร์ท( Weinert, 1987 cited in Weinert, 1988) ตรวจสอบความตรง ตามโครงสร้างของ PRO-85: Part2 กับแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า ( Depressive Inventory) และแบบวัด ความวิตกกังวล( Trait Anxiety Scale) ในกลุ่มตัวอย่าง 121 ราย ได้ค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ -.42 และ -.37( $p < .001$ ) ตามลำดับความเชื่อมั่น มุห์เลนแคมป์ ( Muhlenkamp, 1985) ได้ตรวจสอบในผู้สูงอายุ จำนวน 132 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .89

3.แบบประเมินของบังอร ฤทธิอุดม( 2536) แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่ สมรสผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งสร้างโดยวิไลลักษณ์ จันทร์พวง (2533) ตามแนวความคิดของ โรเบิร์ต เฮาส์ ( Robert House 1981) จัดการสนับสนุนที่ได้รับจากคู่สมรส 4 ด้าน คือ การ สนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนการประเมินพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและ การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของการเงินและแรงงาน วิไลลักษณ์ จันทร์พวง ได้นำเครื่องมือซึ่ง ผ่านการหาความเที่ยงตรงทางเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 100 ราย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ( Cronbachs alpha coefficient) ได้ค่า ความเที่ยงเท่ากับ .96 แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อ คำถามจำนวน 21 ข้อ ดังนั้น คะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถาม ทั้งชุดคะแนนจะกระจายอยู่ระหว่าง 21-105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการ สนับสนุนจากคู่สมรสมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสน้อย

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนจาก ครอบครัวของอุไร ขลุ่ยนาค (2540) ซึ่งสร้างเครื่องมือการสนับสนุนจากครอบครัวโดยใช้แนวคิด ของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัย ศึกษา

### 6.บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

แนวคิดภาวะการทำหน้าที่เป็นสิ่งที่สำคัญของการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องมีความ รับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการคงไว้หรือส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในแต่ละคน ได้ (Frank-Stromborg, 1992:23) พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องมีความเชี่ยวชาญในการ จัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ควรมีการพัฒนาความรู้ให้เหมาะสมทันต่อสถานการณ์โดยเพิ่มการ ประเมิน การพัฒนาการบำบัดเพื่อที่จะป้องกันและรักษาอาการที่เกิดขึ้นที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ (Ropka and Spencer-Cisek, 2003:1585)



บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด(สมจิต หนูเจริญกุล, 2539:255-279)

### 1.การป้องกันการเกิดโรคและการค้นพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ปัจจุบันการให้ความรู้แก่ประชาชนจะเน้นถึงการตรวจร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอและทราบถึงอาการเตือนที่สำคัญและการป้องกันโดยทั่วไปแล้วยังเน้นถึงการสอนให้ประชาชนรู้จักคัดกรอง สำหรับโปรแกรมการให้ความรู้แก่ประชาชนและการตรวจค้นโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นได้แก่

-การให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนตระหนักว่าโรคมะเร็งบางอย่างป้องกันได้และอธิบายวิธีการป้องกันเช่นการงดสูบบุหรี่

-ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งรวมทั้งวิถีทางการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้อง

-สอนวิธีการที่ทุกคนสามารถใช้ในการตรวจค้นโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเช่นการตรวจเต้านม การตรวจต่อมลูกหมาก และการตรวจช่องปากด้วยตนเอง

-ให้ข้อมูลแก่ประชาชนถึงข้อดีของการตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยทางสื่อต่างๆ ถ้ามีตัวเลขที่แสดงถึงผลดีของการรักษาในระยะเริ่มต้นจะช่วยให้ประชาชนเห็นประโยชน์ได้ชัดเจน

-ให้ข้อมูลและอธิบายการตรวจวินิจฉัยเพื่อค้นพบโรคได้ในระยะเริ่มต้นรวมถึงแหล่งประโยชน์ที่ประชาชนสามารถไปขอรับการปรึกษาหรือรับบริการได้

2.การพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค ช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีความเครียดและความวิตกกังวล พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความกลัวและความวิตกกังวล โดยการประเมินความรู้ เจตคติ และความเชื่อที่ผิดๆของผู้ป่วยและญาติ ถ้าการตรวจทำให้เกิดความปวดหรือความวิตกกังวลพยาบาลต้องเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้น

### 3.การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและรับการรักษา

#### 3.1การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดจากโรคและการรักษา

-พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติใช้ข้อมูลนั้นในการตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

-พยาบาลควรให้ผู้ป่วยพูดคุยปรับทุกข์ระบายความวิตกกังวลและปรึกษาผู้อื่นในการแก้ไขปัญหาซึ่งอาจจะเป็นญาติหรือพยาบาล

-พยาบาลควรช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยร่วมกันวางแผนการดูแลตนเองในการปฏิบัติและช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้

-พยาบาลควรให้ผู้ป่วยกระทำหรือคิดสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นไม่หลีกเลี่ยง

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยแต่พยายามปรับเปลี่ยนความหมายของความเจ็บป่วยให้เป็นไปในทางที่ดี

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยหันเหความสนใจไปยังสิ่งอื่น

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การขอพรและความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์หรือสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวในชีวิต

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยได้เจรจาต่อรองหาทางเลือกที่เป็นไปได้โดยพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ดีที่สุดเหมาะสมที่สุดที่จะกระทำ

3.2 การร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาโรคตลอดจนป้องกันและการรักษาอาการข้างเคียงจากการรักษา

-พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม เพื่อช่วยให้ทันต่ออาการข้างเคียงของยาเคมีได้ดียิ่งขึ้น

-พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 3 ลิตรต่อวัน เพื่อช่วยป้องกันอาการท้องผูก

-พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยให้ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นตลอดจนการปฏิบัติตนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยป้องกันการเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำหรือผิวหนังบริเวณที่ได้รับยาเคมีบำบัด คอยสังเกตอาการปวด บวม แดงร้อน บริเวณผิวหนังที่ให้ยาและรายงานแพทย์ทันทีที่เกิดอาการ

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยในการควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้น

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยในการป้องกันและหรือบรรเทาอาการข้างเคียงอื่นๆ

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยลดหรือผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลโดยหาวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ที่เหมาะสม

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ป่วยในการเผชิญการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจากโรคและยาเคมีบำบัด

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้ดูแลและป้องกันผู้ป่วยที่จะเกิดการช็อคจากการแพ้ยา

#### 4. การบรรเทาความเจ็บปวด

-พยาบาลควรรีบบำบัดผู้สร้างและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น

-พยาบาลควรประเมินความเจ็บปวดอย่างมีระบบโดยครอบคลุม ทั้งความรู้สึกและความทุกข์ทรมานจากความปวด ประสิทธิภาพของยาและวิธีการที่ใช้ลดความปวด และผลของความเจ็บปวดต่อกิจวัตรประจำวัน

-พยาบาลควรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งต้องประเมินประสิทธิภาพของยาในการควบคุมความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องและปรึกษาแพทย์ถ้าผู้ป่วยไม่คลายความปวด

-พยาบาลควรส่งเสริมความสุขสบายโดยทั่วไป จะช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความเจ็บป่วยได้มากขึ้น

-พยาบาลควรใช้พฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการลดความเจ็บปวด

-พยาบาลควรยอมรับวิธีที่ผู้ป่วยใช้แล้วได้ผล

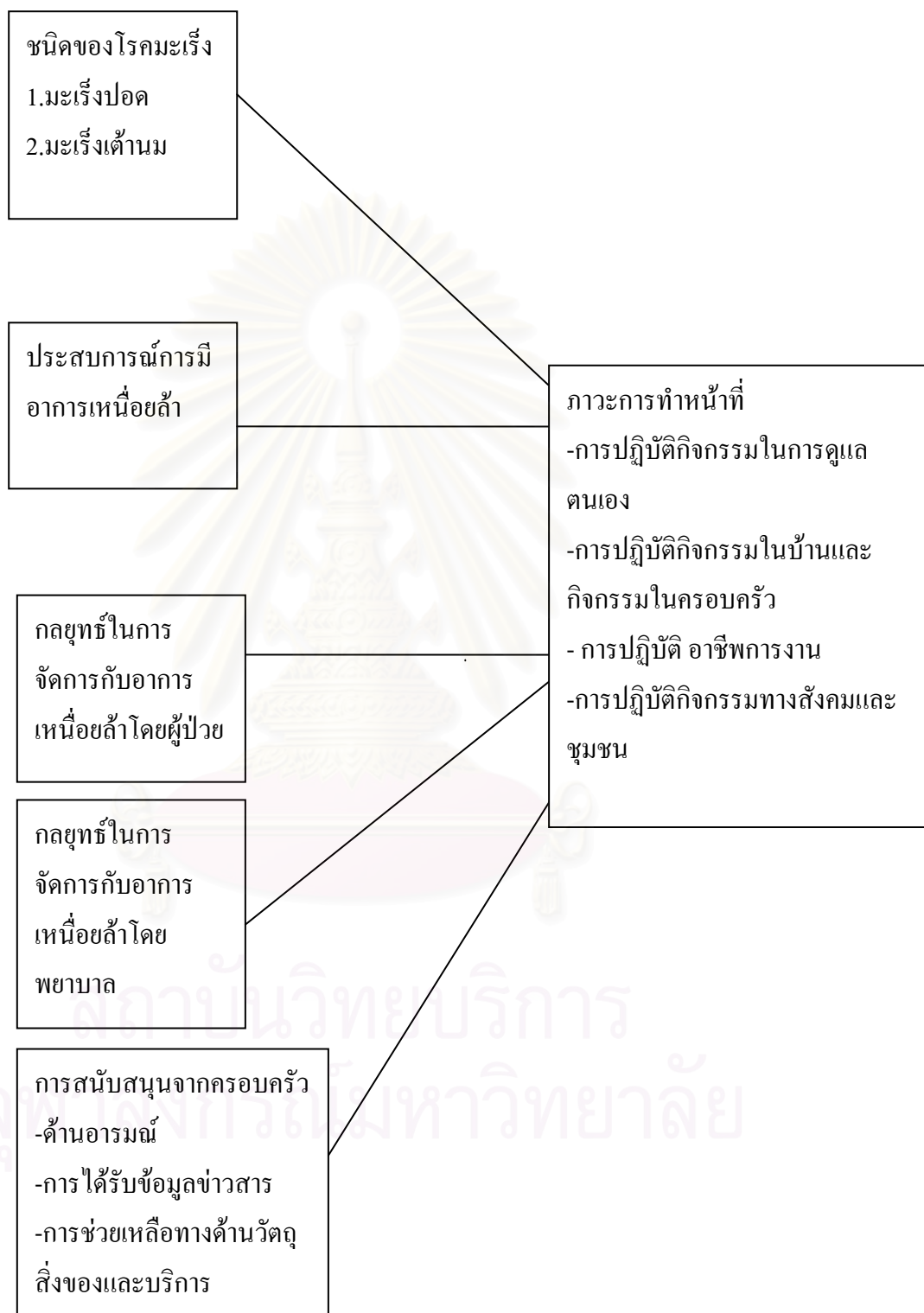
5.การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ควรเริ่มตั้งแต่ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคและกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตผู้ป่วยถูกกระทบจากการเป็นโรคมะเร็งโดยรวมทั้งกายภาพบำบัด อาชีพบำบัด การบำบัดด้วยอาหาร การฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่มีเอ็นเทอโรสโตมิ(enteroostomy) การตัดอวัยวะต่างๆ

6.การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดจากการแพร่กระจายลุกลามของโรคในระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่เปลี่ยนจากการเน้นการหยุดยั้งการกระจายของโรคและการยืดชีวิตของผู้ป่วยมาเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและเผชิญกับความตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นคน

พยาบาลควรมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับไปใช้ชีวิตได้ ผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแสดงได้ดังนี้

## กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านมที่มีอายุ 20-59 ปี ที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม ที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีอายุ 20-59 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอก

ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี วิทยาลัยพยาบาลรามธิบดี เนื่องจากสถาบันเหล่านี้เป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยมะเร็งมารับการรักษาจากทั่วประเทศจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายและกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
2. เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรของ Thorndike (1978) โดยการใช้สูตร  $N \geq 10K+50$  (k คือ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา = 7 โดยชนิดของโรคมะเร็งนับเป็น 2 ตัวแปร) และจากการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้  $N = 70+50 = 120$  ราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก 3 ใน 4 หรือร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในวันนั้นๆ ของสถานที่เก็บข้อมูลแต่ละแห่ง จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 6 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย



เพศ อายุ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด การทำงาน อาการร่วมขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**ชุดที่ 2** แบบประเมินประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า เป็นแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์(Piper Fatigue Scale) (Piper et al.,1998)ซึ่งแปลโดยเพียงใจ คาโลปการ(2545) ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0-10 ให้เลือกตอบบนเส้นตรง(Numeric Scale)โดยปลายเส้นตรงแต่ละด้านกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน ทางซ้ายมือกำกับด้วยข้อความ “ไม่เลย” ทางขวากำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” มีจำนวนทั้งหมด 22 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนน โดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า คือ คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง มีประสพการณ์อาการเหนื่อยล้ามาก โดยคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง มีประสพการณ์อาการเหนื่อยล้าน้อย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนน โดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ระดับ(Piper,2002) คือ คะแนนเฉลี่ยที่มาก หมายถึง มีประสพการณ์อาการเหนื่อยล้าที่ไม่ดี โดยคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง มีประสพการณ์อาการเหนื่อยล้าที่ดี

ระดับประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า	ช่วงคะแนน
ไม่มีประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า	0
มีประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าเล็กน้อย	0.01-3.99
มีประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าปานกลาง	4-6.99
มีประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้ามาก	7-10

**ชุดที่3** แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยเองเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาเครื่องมือที่มีอยู่ นำมาสร้างข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ ที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็ง

2) สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็ง ตามแนวคิดการจัดการกับอาการของ Doddet al. ( 2001) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ	5
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่	4
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง	3
ปฏิบัติน้อยมาก	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก	2
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย	1

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบประเมินกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 22 ถึง 110 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่ดี คะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่ไม่ดี

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนน โดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้(ประคอง กรรณสูต,2538: 77) คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-5.00	ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด
3.50-4.49	ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้ามาก
2.50-3.49	ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าปานกลาง
1.50-2.49	ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าน้อย
1.00-1.49	ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าน้อยที่สุด

**ชุดที่ 4** แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาโดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ ที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล

2) สร้างข้อคำถามเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลตามแนวคิดการจัดการกับอาการของDodd et al.(2001) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีข้อความทางด้านบวกทั้งหมด โดยมีความหมายดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	พยาบาลใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าเป็นประจำ	5
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	พยาบาลใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าเป็นส่วนใหญ่	4
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	พยาบาลใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้า เป็นบางครั้ง	3
ปฏิบัติน้อยมาก	พยาบาลใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้า น้อยมาก	2
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	พยาบาลไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าเลย	1

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบประเมินกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 7 ถึง 35 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง พยาบาลมีกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้ามาก โดยคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง พยาบาลมีกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า น้อย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนน โดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลโดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยมีข้อความทางด้านบวกทั้งหมด โดยมีความหมายและ มีเกณฑ์ดังนี้(ประคอง วรรณสุต, 2538: 77) คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-5.00	พยาบาลมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด
3.50-4.49	พยาบาลมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้ามาก
2.50-3.49	พยาบาลมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าปานกลาง
1.50-2.49	พยาบาลมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าน้อย
1.00-1.49	พยาบาลมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าน้อยที่สุด

**ชุดที่ 5** แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยอุไร ขลุ่ย นาค (2540) ตามแนวคิดของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al.,1984) ซึ่งครอบคลุมความช่วยเหลือ 3 ด้านคือ

ด้านอารมณ์	ข้อที่ 1-10
ด้านข้อมูลข่าวสาร	ข้อที่ 11-15
สิ่งของและด้านการได้รับบริการ	ข้อที่ 16-20

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยมีข้อความทางด้านบวกทั้งหมด โดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากการถามการสนับสนุนจากครอบครัวประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 20 ถึง 100 ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนจากครอบครัว

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจาก  
 ครอบครัวมาก 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

**ตอนที่ 6** แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ เป็นแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของ  
 Tulman, Fawcett and McEvoy (1991) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยและมีการควบคุมคุณภาพ  
 เครื่องมือโดยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาที่สถาบันภาษา  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน โดยเป็นด้านการทำกิจกรรมในบ้านและใน  
 ครอบครัว 15 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน 6 ข้อ ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง 10 ข้อ  
 และด้านอาชีพการงาน 8 ข้อ

ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัว เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ  
 โดยมีข้อความทางบวกทั้งหมดโดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่ได้ทำเลย	ฉันไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	1
เพิ่งเริ่มทำ	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นเล็กน้อย	2
ทำบางส่วน	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นปานกลาง	3
ทำเต็มที่	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นเต็มที่	4

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ เนื่องจากประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามแต่ละ  
 ข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 60 คะแนน โดยเป็นคะแนนที่ผู้วิจัย  
 ทำกิจกรรมนั้นก่อนการเจ็บป่วยและปัจจุบันได้ทำกิจกรรมนั้นๆหรือไม่ โดยเอาจำนวนข้อที่ผู้วิจัย



เคยทำกิจกรรมนั้นก่อนการเจ็บป่วยมาหากับคะแนนที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในปัจจุบันจะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัว

ด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยมีข้อความทางบวกทั้งหมดโดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
ไม่ได้ทำเลย	ฉันไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	1
เพิ่งเริ่มทำ	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นเล็กน้อย	2
ทำบางส่วน	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นปานกลาง	3
ทำเต็มที่	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นเต็มที่	4

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้เนื่องจากประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 6 ถึง 24 คะแนน โดยเป็นคะแนนที่ผู้ป่วยเคยทำกิจกรรมนั้นก่อนการเจ็บป่วยและปัจจุบันได้ทำกิจกรรมนั้นๆหรือไม่ โดยเอาจำนวนข้อที่ผู้ป่วยเคยทำกิจกรรมนั้นก่อนการเจ็บป่วยมาหากับคะแนนที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมในปัจจุบันจะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน

ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยมีข้อความโดยมีข้อความทางด้านบวกคือข้อที่ 24, 26, 29, 30, 31 และมีข้อความทางด้านลบคือข้อที่ 22, 23, 25, 27, 28 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 ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนั้นคะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 40 คะแนน โดยเป็นคะแนนที่ผู้ป่วยทำ

กิจกรรมทั้งหมดหารด้วย 10 จะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของภาวะการหน้าที่ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง

ด้านอาชีพการงาน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยมีข้อความโดยมีข้อความทางด้านบวกคือข้อที่ 32, 35 และมีข้อความทางด้านลบคือข้อที่ 33, 34, 36 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 จะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของภาวะการทำหน้าที่ด้านอาชีพการงาน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนน โดยกำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของภาวะการทำหน้าที่โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ มีเกณฑ์ดังนี้ คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
3.50-4.00	ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับมากที่สุด
2.50-3.49	ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับมาก
1.50-2.49	ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อย
1.00-1.49	ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง 6 ชุด ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดประสิทธิผลการมีอาการเหนื่อยล้า แบบสอบถามการ

จัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัวและแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่นำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมทั้งเนื้อหาและการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน(รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ตัดสินโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน

2.การหาความเที่ยง(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าแบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามแต่ละชุดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย และการใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 รายดังรายละเอียดในตารางที่ 1

โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ กรณีแบบวัดที่มีอยู่แล้ว ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับกับงานวิจัยควรมีความเที่ยง .80 ขึ้นไป แต่หากกรณีเป็นแบบวัดใหม่ควรมีความเที่ยง .70 ขึ้นไป(Burn and Grove, 2001) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาและที่นำมาใช้มีค่าความเที่ยงส่วนใหญ่เป็นที่ยอมรับได้ โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาแบบสอบถามของผู้อื่นใช้มีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป ส่วนแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองได้แก่ แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 ราย มีค่าความเที่ยงต่ำกว่า .70 แบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายมีค่าความเที่ยงสูงกว่า .70 และที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 ราย มีค่าความเที่ยงต่ำกว่า .70 ทั้งนี้เนื่องจากค่าความแปรปรวนของคะแนนกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยและกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างมีค่ามาก จึงอาจส่งผลให้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามชุดนี้ลดลง

### ตารางที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ 30 ราย	เก็บข้อมูลจริง 120 ราย
1. ประสิทธิภาพการมีอาหาร เหนี่ย้อล่า	.89	.86
2. กลยุทธ์การจัดการกับอาการ เหนี่ย้อล่าโดยผู้ป่วย	.68	.60
3. กลยุทธ์การจัดการกับอาการ เหนี่ย้อล่าโดยพยาบาล	.75	.68
4. การสนับสนุนจากครอบครัว	.95	.93
5. ภาวะการทำหน้าที่	.90	.92

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำโครงร่างฉบับย่อและตัวเครื่องมือในการวิจัยส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัย เมื่อคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติให้ผู้วิจัยทำการวิจัยได้ดำเนินการวิจัยได้โดยมีมติในการแก้ไขบางเรื่อง ผู้วิจัยได้นำมาแก้ไขปรับปรุงตามมติคณะกรรมการเรียบร้อยแล้วจึงนำไปใช้กับผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล และผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ รัษฎบุรี โรงพยาบาลรามธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างฉบับย่อและตัวเครื่องมือในการวิจัยส่งถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ รัษฎบุรี โรงพยาบาลรามธิบดี หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียด และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของ

กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาตรวจที่ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี ระหว่างวันที่ 30 เมษายน ถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2547 เก็บข้อมูลที่ศูนย์มะเร็งราดกรรณ์ รัชฎญบุรี ทุกวันพฤหัสบดี วันที่ 10 มิถุนายน ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2547 เก็บข้อมูลวันจันทร์ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ทุกวันพุธและวันพฤหัสบดี ระหว่างวันที่ 21 มิถุนายน ถึงวันที่ 2 กรกฎาคม 2547 เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลรามารชิบดี ทุกวันจันทร์-วันศุกร์ ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน ถึงวันที่ 3 กรกฎาคม 2547 โดยขณะที่เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลรามารชิบดีและสถาบันมะเร็งแห่งชาติถ้าเป็นวันที่เก็บข้อมูลตรงกัน ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลช่วงเช้าที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและเก็บข้อมูลช่วงบ่ายที่โรงพยาบาลรามารชิบดี

ดำเนินการเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนดังนี้

- 3.1 สํารวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับการตรวจในวันนั้นตามคุณสมบัติที่กำหนด
- 3.2 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก 3 ใน 4 หรือร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในวันนั้น
- 3.3 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัยเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอเข้ารับการรักษาจากแพทย์
- 3.4 ผู้วิจัยจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบโดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกในแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามอีกครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
5. ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 เมษายน ถึงวันที่ 3 กรกฎาคม 2547 รวมระยะเวลา 2 เดือน เมื่อรวบรวมแบบสอบถามครบ 120 รายแล้วนำข้อมูลที่ได้อไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เคารพสิทธิและความเป็นบุคคล โดยจะทำการติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และติดต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ หลังจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่



เข้าร่วมในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมในการวิจัยจะมีเอกสารให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ ข้อมูลของผู้ป่วยจะถือว่าเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตามความพึงพอใจ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปSPSS for Window

1.แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ครั้งที่รับยาเคมีบำบัด การทำงาน อาการร่วมขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ

2.ชนิดของโรคมะเร็งอันประกอบด้วย มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ

3.วิเคราะห์ข้อมูลประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวม และจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ ค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.วิเคราะห์ภาวะการทำหน้าที่ทั้งโดยรวม รายด้าน และรายข้อ โดยการใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งอันประกอบด้วย มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม กับภาวะการทำหน้าที่ โดยใช้สถิติอีตา (Eta) และทดสอบความแตกต่างของภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดโดยใช้สถิติทดสอบที(Independent t-test statistic)

6.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เครื่องหมาย + และ - ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวกแสดงถึงลักษณะของความสัมพันธ์คือ ข้อมูลเพิ่มหรือลดตามกัน ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบหมายความว่า ข้อมูลทั้งสองมีลักษณะตรงข้ามกัน เทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (ชวีชชัย งามสันติวงศ์, 2543: 478)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
.80-1.00	สูง
.60-.79	ค่อนข้างสูง
.40-.59	ปานกลาง
.20-.39	ต่ำ
.00-.19	ไม่มี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย เพื่อศึกษาประสพการณ์การมีอาการเหน้อยล่า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหน้อยล่าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหน้อยล่าโดยพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งประสพการณ์การมีอาการเหน้อยล่า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหน้อยล่าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหน้อยล่าโดยพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 120 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย เป็นลำดับเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรคมะเร็ง เสนอโดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ส่วนประสพการณ์การมีอาการเหน้อยล่า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหน้อยล่า การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เสนอค่าคะแนนจริง คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ แสดงในตารางที่ 3-6

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งประสพการณ์การมีอาการเหน้อยล่า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหน้อยล่า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแสดงในตารางที่ 7-8

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง**

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดจำแนกตามเพศ อายุ

สถานภาพสมรส การทำงาน ระยะของโรคมะเร็ง ครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด

ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อการร่วม (N=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	88	73.3
ชาย	32	26.7
<b>อายุ</b>		
20-30ปี	3	2.5
31-40ปี	31	25.8
41-50ปี	43	35.8
51-59ปี	43	35.8
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	90	75
โสด	25	20.5
หม้าย/หย่า/แยก	5	4.2
<b>การทำงาน</b>		
ทำงาน	90	75
ไม่ได้ทำงาน(เพราะทำไม่ไหว )	26	21.7

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การทำงาน ระยะของโรคมะเร็ง ครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการร่วม (N=120) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่ได้ทำงาน (เพราะญาติ กลัวโรครำเริบ )	4	3.3
<b>ระยะของโรคมะเร็ง</b>		
ระยะที่1	10	8.3
ระยะที่2	25	20.8
ระยะที่3	55	45.8
ระยะที่4	30	25
<b>ครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด</b>		
ครั้งที่1	18	15
ครั้งที่2	15	12.5
ครั้งที่3	32	26.7
ครั้งที่4	16	13.3
ครั้งที่5	12	10
ครั้งที่6	21	17.5
ครั้งที่8	2	1.7
ครั้งที่9	1	0.8



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การทำงาน ระยะของโรคมะเร็ง ครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อากรร่วม (N=120) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ครั้งที่ 10	1	0.8
ครั้งที่ 11	1	0.8
ครั้งที่ 12	2	1.7
<b>ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ</b>		
5FU, Cisplatin, Etoposide	28	23.3
Taxol	22	18.3
Cyclophosphamide, Metotrexate, 5FU	21	17.5
Paclitaxel, Carboplatin	11	9.2
Cisplatin, Etoposide	10	8.3
Doxorubicin, Cyclophosphamide	8	6.7
Metotrexate, 5FU	3	2.5
Taxol, Adrimycin, Cyclophosphamide	3	2.5
Carboplatin, Etoposide	3	2.5
Cisplatin	2	1.7
Gemzar, Cisplatin	2	1.7

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การทำงาน ระยะของโรคมะเร็ง ครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการร่วม (N=120) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
Taxol, Xeloda	2	1.7
Bleomycin	1	0.8
Gemzar	1	0.8
Taxol, Cisplatin	1	0.8
Carboplatin, 5 FU	1	0.8
Cisplatin, Vinorebine	1	0.8
<b>อาการร่วม</b>		
คลื่นไส้ อาเจียนและอ่อนเพลีย	45	37
อ่อนเพลีย	31	25
ไม่ยอมรับประทานอาหารและอ่อนเพลีย	17	14.2
ไม่ยอมรับประทานอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย	7	5.8
ชาปลายมือปลายเท้าและอ่อนเพลีย	7	5.8
คลื่นไส้และอ่อนเพลีย	5	4.2
มีไข้และอ่อนเพลีย	4	3.3

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การทำงาน ระยะของโรคมะเร็ง ครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการร่วม (N=120) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หายใจเหนื่อยและอ่อนเพลีย	3	2.5
ชาปลายมือปลายเท้า หายใจเหนื่อยมีไข้ มีแผลในปากและอ่อนเพลีย	2	1.7
อาเจียนและอ่อนเพลีย	1	0.8
คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเสียและอ่อนเพลีย	1	0.8

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.3 อยู่ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนใหญ่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 75 และมีอายุระหว่าง 41-50ปี, 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.8 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งป่วยเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมกับอ่อนเพลีย คิดเป็นร้อยละ 37 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 26.7 ชนิดของยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับส่วนใหญ่เป็น 5FU, Cisplatin, Etoposide คิดเป็นร้อยละ 23.3

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรคมะเร็ง เสนอการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วน  
 ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และการ  
 สนับสนุนจากครอบครัว เสนอค่าคะแนนจริง คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ส่วน  
 เบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของโรคมะเร็ง เสนอการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ(N=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็ง		
เต้านม	66	55
ปอด	54	45

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 55

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 4** คะแนนจริง คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ  
 ของประสบการณ์การมีอากรเหนือล้ำ กลยุทธ์ในการจัดการกับอากรเหนือล้ำโดย  
 ผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอากรเหนือล้ำโดยพยาบาล และการสนับสนุนจาก  
 ครอบครัว(N=120)

ข้อมูล	Actual Score	Possible Score	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1.ประสบการณ์การมี อากรเหนือล้ำ	2.18 - 8.95	1-10	6.16	1.51	ปานกลาง
2.การจัดการกับอากร เหนือล้ำโดยผู้ป่วย	1.55 - 3.82	1-10	2.83	.47	ปานกลาง
3.การจัดการกับอากร เหนือล้ำโดยพยาบาล	1.00- 4.57	1-10	2.51	.77	ปานกลาง
4.การสนับสนุนจาก ครอบครัว	2.50- 5.00	1-10	3.99	.47	มาก
-ด้านอารมณ์	2.40-5.00	1-10	4.10	.50	มาก
-การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร	1.80-5.00	1-10	3.84	.63	มาก
-การช่วยเหลือ ทางด้านวัตถุ สิ่งของและบริการ	1.80-5.00	1-10	3.95	.54	มาก



จากตารางที่ 4 พบว่าประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $6.16(\pm 1.51)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.83(\pm 0.47)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.51(\pm 0.77)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $3.99(\pm 0.47)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $4.10(\pm 0.50)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $3.84(\pm 0.63)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ด้านการช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของและบริการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $3.95(\pm 0.54)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 คะแนนจริง คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ  
ของภาวะการทำหน้าที่โดยรวมและจำแนกรายด้าน

ภาวะการทำหน้าที่	Actual Score	Possible Score	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
-ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง	1-4	1-4	2.72	.49	มาก
-ด้านการทำกิจกรรมใน สังคมและชุมชน	1-4	1-4	2.69	.78	มาก
-ด้านการทำกิจกรรมในบ้าน และในครอบครัว	1.60-3.70	1-4	2.22	.90	น้อย
-ด้านการอาชีพการงาน	1-3.88	1-4	1.91	1.22	น้อย
โดยรวม	1-3.66	1-4	2.38	.85	น้อย

จากตารางที่ 5 พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $2.38(\pm 0.85)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ  $2.72(\pm 0.49)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือ  $2.69(\pm 0.78)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก และด้านการอาชีพการงาน มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ  $1.91(\pm 1.22)$  คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะการทำหน้าที่โดยจำแนกตามรายชื่อ

ภาวะการทำหน้าที่	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการทำกิจกรรมในบ้าน		2.22	.90	น้อย
และในครอบครัว				
1.การดูแลเด็ก/บุตร	49	2.55	1.08	มาก
2.การดูแลสัตว์เลี้ยง	63	2.50	1.25	มาก
3.การทำความสะอาดบ้าน	103	2.43	1.14	น้อย
4.การจัดระเบียบของบ้าน	107	2.42	1.15	น้อย
5.การทำธุระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในบ้าน	71	2.37	1.20	น้อย
6.การล้างจาน	97	2.36	1.14	น้อย
7.การทำธุระให้ผู้อื่น	45	2.31	1.22	น้อย
8.การซักรีดเสื้อผ้า	89	2.25	1.16	น้อย
9.การทำอาหาร	82	2.24	1.20	น้อย
10.การดูแลสามี/ภรรยา	63	2.24	1.09	น้อย
11.การซื้อของจากร้านขายของอื่นๆ	92	2.23	1.15	น้อย
ที่ไม่ใช่ร้านขายของชำ				
12.การดูแลญาติพี่น้อง	63	2.19	1.12	น้อย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับภาวะการทำหน้าที่โดยจำแนกตามรายชื่อ

(ต่อ)

ภาวะการทำหน้าที่	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
13.การซื้อของจากร้านขายของชำ	86	2.19	1.11	น้อย
14.การขับรถ	65	2.06	1.04	น้อย
15.ทำงานบ้านที่หนักๆ	64	1.69	1.05	น้อย
<b>ด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน</b>		2.69	.78	มาก
1.การพบปะสมาคมกับญาติพี่น้อง	112	3.02	.93	มาก
2.การพบปะสมาคมกับเพื่อนฝูง	114	2.79	1.00	มาก
3.การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร	114	2.68	1.11	มาก
<b>ทางศาสนา</b>				
4.การทำงานอดิเรก	43	2.40	1.12	น้อย
5.การเข้าร่วมชมรมหรือสโมสรต่างๆ	32	2.22	1.21	น้อย
6.การเข้าร่วมกิจกรรมของ	56	2.04	1.19	น้อย
<b>องค์กรในชุมชน</b>				
<b>ด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง</b>	120	2.72	.49	มาก
1.การแต่งตัวด้วยตนเอง	120	3.58	.71	มากที่สุด
2.การอาบน้ำด้วยตนเอง	120	3.53	.79	มากที่สุด
3.ความพิถีพิถันในการสวมใส่เสื้อผ้า	120	3.08	1.02	มาก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะการทำหน้าที่โดยจำแนกตามรายชื่อ (ต่อ)

ภาวะการทำหน้าที่	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
4.การนอนหลับในเวลากลางคืน	120	2.69	1.08	มาก
5.การใช้เวลาในการพักผ่อนหย่อนใจ มากเท่าที่ฉันเคยทำก่อนที่ฉันจะป่วย	120	2.56	1.08	มาก
6.การเดิน	120	2.54	1.03	มาก
7. การนอนพักหรือนอนหลับ ตอนกลางวัน	120	2.43	1.11	น้อย
8.การรับประทานอาหาร	120	2.43	1.03	น้อย
9.การออกกำลังกาย	120	2.21	1.01	น้อย
10.การรับประทานอาหาร	120	2.23	.92	น้อย
<b>ด้านอาชีพการงาน</b>	90	1.91	1.22	น้อย
1.ความรับผิดชอบต่องานที่ทำ	90	2.94	.80	มาก
2.การทำงานอย่างระมัดระวังถูกต้อง	90	2.93	.91	มาก
3.ความรู้สึกร่วมงาน /ผู้ที่เกี่ยวข้อง	90	2.85	.84	มาก
4.ช่วงเวลาดำเนินงาน	90	2.57	.98	มาก
5.ความกระตือรือร้นในการทำงาน	90	2.51	1.03	มาก



ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะการทำหน้าที่โดยจำแนกตามราย

ชื่อ(ต่อ)

ภาวะการทำหน้าที่	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
6. ชั่วโมงการทำงาน	90	2.49	.98	น้อย
7. ความสำเร็จในงาน	90	2.30	1.02	น้อย
8. การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม	90	1.72	1.03	น้อย
ขององค์กรวิชาชีพ/ชุมชน				
โดยรวม		2.38	.65	น้อย

จากตารางที่ 6 พบว่าภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกเป็นรายข้อในด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัวโดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 2 อันดับแรก ได้แก่ดูแลเด็ก/บุตร โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 ( $\pm 1.08$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก การดูแลสัตว์เลี้ยง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 ( $\pm 1.25$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ข้อที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การทำงานบ้านที่หนักๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.69 ( $\pm 1.05$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน โดยพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 2 อันดับแรก ได้แก่ การพบปะสมาคมกับญาติพี่น้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 ( $\pm .93$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก การพบปะสมาคมกับเพื่อนฝูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 ( $\pm 1.00$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรในชุมชน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 ( $\pm 1.19$ ) ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ด้านกิจกรรมการดูแลตนเองโดยพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 2 อันดับแรก ได้แก่ การแต่งตัวด้วยตนเอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ( $\pm .71$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด การอาบน้ำด้วยตนเอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ

3.53 ( $\pm 0.79$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ การรับประทาน  
 อาหาร โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ( $\pm 0.92$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ด้านอาชีพการ  
 งาน โดยพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 2 อันดับแรก ได้แก่ ความรับผิดชอบต่องานที่ทำ โดยมี  
 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 ( $\pm 0.80$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก การทำงานอย่างระมัดระวัง  
 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 ( $\pm 0.91$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด  
 ได้แก่ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ/ชุมชน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  
 1.72 ( $\pm 1.03$ ) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย



สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอากรเหนือ  
 ล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอากรเหนือล้ำ การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำ  
 หน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ  
 ยาเคมีบำบัด โดยรวมวิเคราะห์ด้วยสถิติ (Eta) และทดสอบค่าความแตกต่างระหว่าง  
 ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด โดยใช้สถิติ (Independence  
 t-test)

ชนิดของ	ภาวะการทำหน้าที่	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าความสัมพันธ์	t-test
โรคมะเร็ง	เฉลี่ย	มาตรฐาน	(Eta)	
เต้านม	2.52	0.66	.231	2.581*
ปอด	2.22	0.60		

\* $p < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งเต้านมมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.52(±0.66) คะแนน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งปอด มีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 (±0.60) คะแนน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งและภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดด้วยค่าสถิติ (Eta) พบว่าชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับต่ำ( $r = .231$ ) และจากการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอดโดยใช้สถิติ(Independence t-test) พบว่าภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าภาวะการทำหน้าที่เฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t-test=2.581)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด(N=120)

ตัวแปร	ภาวะการทำหน้าที่
-ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า	-.430**
-กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย	.043
-กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล	.020
-การสนับสนุนจากครอบครัว	.001

\*\*p<.001

จากตารางที่ 8 พบว่าประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ( $r=-.430$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ รัชฎบุรี โรงพยาบาลรามธิบดี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ระหว่างวันที่ 30 เมษายน ถึง 3 กรกฎาคม พ.ศ.2547

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
4. เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
5. เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
6. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม ที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็ง ชลบุรี ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ รัชฎบุรี โรงพยาบาลรามธิบดี เนื่องจากสถานบันแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งมารับการรักษาจากทั่วประเทศจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายและกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ



2. เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการรักษา

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ( Simple random sampling ) โดยวิธีการจับสลาก 3 ใน 4 หรือ ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในวันนั้น จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 120 ราย โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) โดยการใช้สูตร  $N \geq 10K+50$  ( K คือ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา = 7)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 6 ชุด ได้แก่

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า แบบสอบถามกลยุทธในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย แบบสอบถามกลยุทธในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา และนำไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 120 รายแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเที่ยง โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าเท่ากับ .89 แบบสอบถามกลยุทธในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย เท่ากับ .68 แบบสอบถามกลยุทธในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล เท่ากับ .75 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ .95 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่เท่ากับ .90 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 .60 .68 .93 และ .92 ตามลำดับ

### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=6.16 \pm 1.51$ )

2. กลยุทธในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.83 \pm .47$ )

3. กลยุทธในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.51 \pm .77$ )

4. การสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.99\pm.47$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.10\pm.50$ ) การช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของและบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.95\pm.54$ ) การได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.84\pm.63$ )

5. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวม อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}=2.38\pm.85$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าโดยภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัว และด้านการอาชีพการงานอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X}=2.22\pm.90$ ;  $\bar{X}=1.91\pm 1.22$ ) ด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน และด้านการดูแลตนเองซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.69\pm.78$ ;  $\bar{X}=2.72\pm .49$ ) ตามลำดับ

6. ชนิดของโรคมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ ( $r=.231$ ) และพบว่าภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากกว่าภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ )

7. ประสิทธิภาพการมีอากรเหนือลำมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ( $r=-.430$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ )

8. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนือลำโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนือลำโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ( $p>.05$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

### 1. ประสิทธิภาพการมีอากรเหนือลำในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสิทธิภาพการมีอากรเหนือลำในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=6.16\pm 1.51$ ) โดย Dodd et al. (2001) กล่าวว่า ประสิทธิภาพการมีอากรเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ การประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง (severity) สาเหตุ (cause) ภาวะคุกคาม (treatability) และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและพฤติกรรม ซึ่งการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในมโนทัศน์ประสิทธิภาพการมีอากรมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น

การประเมินและการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการ (Facione and Dodd 1995, Jayne, 1996 cited in Dodd et al., 2001:671) โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเองเขาก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น และทำให้มีการรับรู้อาการเหนื่อยล้ามากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย (Gaston-Johansson and Foxall, 1996: 175) ซึ่งจากการศึกษาของเพียงใจ คาโลปการ (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัด กล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าน้อย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพียงใจ คาโลปการ (2545) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดจำนวน 160 ราย พบว่ามีประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง

## 2. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.83 \pm 0.47$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ ฉันพูดคุยกับคนรู้ใจ เช่น ลูกหลาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 คะแนนอยู่ในระดับมากและผู้ป่วยใช้วิธีนี้ร้อยละ 93.3 ฉันพยายามไปในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 คะแนนอยู่ในระดับมากและผู้ป่วยใช้วิธีนี้ร้อยละ 88.3 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีสถานภาพสมรสคู่และผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันอบสมุนไพร/นวดประคบด้วยสมุนไพร 1.06 คะแนนอยู่ในระดับน้อยสุดและผู้ป่วยใช้วิธีนี้ร้อยละ 2.5 เนื่องจากผู้ป่วยกลัวว่าจะทำให้มะเร็งลุกลาม ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี (2544) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการดูแลตนเองโดยการนอนหลับและการพักผ่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 70 ออกกำลังกาย เดินเล่น ปลูกต้นไม้ร้อยละ 60 ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสวดมนต์การทำสมาธิ ฟังเพลง ฟังเทปธรรมะร้อยละ 56.67 พุดคุยกับเพื่อนและญาติร้อยละ 53.3 นวดร้อยละ 20 รับประทานอาหารคืดนำผลไม้ร้อยละ 20 แต่วิธีที่ใช้ได้ผลมากที่สุดคือการนอนหลับ การสวดมนต์ การทำสมาธิและจากการศึกษาของ Richard and Ream (1997:35-43) ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 129 ราย พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยนำมาบรรเทาความเหนื่อยล้าที่พบบ่อยที่สุดคือ อันดับที่ 1 คือ การเปลี่ยนแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน เช่น การเดินเล่น การเปลี่ยนแปลงกิจกรรม และการทำกิจกรรมเบาๆ พบถึง ร้อยละ 83.6 อันดับที่ 2 คือ การเปลี่ยนแบบแผนของการนอนหลับ เช่น

เข้านอนเร็วขึ้น และการพักผ่อนเกือบตลอดวัน พบถึงร้อยละ 37 อันดับที่ 3 กลวิธีทางจิต เช่น การฟังเพลง การผ่อนคลาย การฟังเพลงการอ่านหนังสือ และการดูโทรทัศน์ พบถึงร้อยละ 24.7 การนอนและการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุด อันดับที่ 4 การบำบัดทางสังคม พบถึงร้อยละ 17.8 เช่น การทำงานอดิเรก อันดับที่ 5 การดำรงบทบาทปกติ พบร้อยละ 13.7 อันดับที่ 6 การบำบัดโดยอาหาร พบถึงร้อยละ 6.9 อันดับที่ 7 การทำให้รู้สึกสบาย เช่น การประคบร้อน พวดูคุยกับแพทย์ พบร้อยละ 4.1 ผลการศึกษาที่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Richard and Ream (1997) เนื่องการศึกษาของ Richard and Ream นี้ทำในประเทศทางตะวันตกที่มีความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม พันธุกรรม และความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้มีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่แตกต่างกับการศึกษาในครั้งนี้ และขัดแย้งกับการศึกษาของปิยวรรณ ปฤษฎานุกรังสี (2544) เนื่องจากงานของปิยวรรณ ปฤษฎานุกรังสีทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างเดียวโดยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพียง 30 ราย แต่การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมและจำนวนกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันโดยการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย ผสมกับระยะเวลาที่ทำการวิจัยที่แตกต่างกัน และในการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากจึงทำให้พบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือการพวดูคุยกับคนที่รู้ใจ จึงทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน

### 3. กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ( $X = 2.51 \pm 0.77$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ พยาบาลพุดให้กำลังใจฉัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 คะแนน อยู่ในระดับมากและพยาบาลใช้วิธีนี้ร้อยละ 93.3 พยาบาลให้ความรู้ในเรื่องอาหารแก่ฉัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางและพยาบาลใช้วิธีนี้ร้อยละ 77.5 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ พยาบาลแนะนำให้ฉันเปิดเพลงที่ชอบฟัง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 คะแนน อยู่ในระดับน้อยและพยาบาลใช้วิธีนี้ร้อยละ 13.3 สอดคล้องกับการศึกษาของอภินันท์ กรองทอง (2544) เรื่องผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยมีการช่วยเหลือ 4 วิธีคือ การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยสอนลับคำห้ละ 2 ครั้งเป็นเวลา สามารถลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Barsevick et al. (2002) เมื่อสอนโดยให้ความรู้ในการจัดการเกี่ยวกับการเก็บสงวนพลังงาน (Energy Conservation) และการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรม (Activity Management) พบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าลดลงกว่าหลังการสอน การศึกษาของ Ream, Richardson and Alexander (2002) โดยเป็นโปรแกรมชื่อว่า การเอาชนะอาการเหนื่อยล้า สอนในเรื่องการ



ประเมินและการควบคุมอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า การสอนในเรื่องกลยุทธ์ในการดูแลตนเอง การเตรียมความพร้อมทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบภายหลังการเข้าโปรแกรมผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Samarel and Fawcett (1992) พบว่าการสอนและการให้ความรู้โดยสอนเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดเช่น อาการเหนื่อยล้า มีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยมีการอบรมช่วงเย็นวันละ 2 ชั่วโมงรวมทั้งหมด 9 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนมีภาวะการทำหน้าที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน จากการศึกษาของ Simmi (1993) เรื่องการเปรียบเทียบผลของยา Prochlorperazine และ Lorazepam ในการควบคุมอาการหลังได้รับยาเคมีบำบัด ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 27 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา Lorazepam 12-48 ชั่วโมงหลังให้ยาเคมีบำบัดพบว่ามีอาการเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 4. การสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน อยู่ในระดับมาก รายงานพบว่าด้านอารมณ์ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 คะแนน อยู่ในระดับมาก ฉันมั่นใจว่าบุคคลในครอบครัวจะดูแลเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งฉันในขณะที่ฉันเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 คะแนน อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจต่อคำแนะนำของฉัน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 คะแนน อยู่ในระดับมาก ด้านข้อมูลข่าวสารข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกคือ บุคคลในครอบครัวจะเตือนให้ฉันมารับการตรวจรักษาเมื่อนั้นมีอาการผิดปกติหรือเกิดอาการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 คะแนน อยู่ในระดับมาก ฉันได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ บุคคลในครอบครัวมักจัดหาหนังสือหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของฉันมาให้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันในการเดินทางเมื่อมารับการรักษา เช่น จัดหาพาหนะให้ พามาส่ง มาเป็นเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 คะแนน อยู่ในระดับมาก บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆ ในระหว่างที่ฉันเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 คะแนน อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 คะแนน อยู่ในระดับมาก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 75 และเมื่อเป็นโรคมะเร็งญาติคิดว่าถ้าไปทำงานจะทำให้



โรคกำเริบจึงให้ผู้ป่วยออกจากงานร้อยละ 3.3 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวอีกทางหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของอุไร ขลุ่ยนาค (2540) ที่ทำการศึกษากการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาโดยพบว่ามีความกระตือรือร้นในการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ด้านวัตถุประสงค์ของและบริการอยู่ในระดับมาก ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษามีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันโดยมีจำนวน 100 รายและมีสถานภาพสมรสคู่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 78 จึงทำให้มีความกระตือรือร้นในการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับเดียวกัน

#### 5.ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.38 \pm .85$ ) เมื่อพิจารณาถึงรายด้านพบว่า ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัวและด้านการอาชีพการงานอยู่ในระดับน้อย ส่วนด้านการทำกิจกรรมในสังคมและชุมชนและด้านกิจกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุในช่วง 41- 59 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง จึงส่งผลทำให้มีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าสูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีรับรู้ความรุนแรงของอาการน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าสูงมีส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับที่ต่ำ เช่น ด้านการลดลงของพลังงาน ความยากลำบากในการทำงาน ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jordhoy(2001) ที่พบว่าเพศชายมีภาวะการทำหน้าที่ดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 25 ไม่มีรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarna (1994) พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจะมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 45.8 และระยะที่ 4 ร้อยละ 25 (รวมร้อยละ 70.5) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jordhoy(2001) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอด ถ้าได้ เต้นม ต่อมาถูกหมากจำนวน 395 รายพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 24.8 (KPS=70) มีภาวะการทำหน้าที่ในช่วงที่สามารถดูแลตนเองได้แต่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติหรือกิจกรรมที่ต้องใช้กำลัง ร้อยละ 20 (KPS=60) ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นครั้งคราวแต่ยังสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามคะแนนภาวะการทำหน้าที่โดยรวมเฉลี่ยของงานวิจัยครั้งนี้สูงกว่าคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมเฉลี่ยในการศึกษาของอรนุช ประดับทอง (2545) ที่ทำการศึกษากภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วย

มะเร็งปอด เต้านม ลำไส้ ศีรษะและลำคอ ทางเดินอาหาร ต่อม้ำเหลือง ระบบกระดูก จำนวน 80 รายโดยพบว่าภาวะการทำหน้าที่โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ  $3.3(\pm .31)$  คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากงานของอรนุชใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายชนิดของโรคมะเร็งมากกว่า เนื่องจากการศึกษาของ Jordhoy (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มีการสูญเสียภาวะการทำหน้าที่น้อยกว่ามะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ การศึกษาของอรนุช ประดับทอง (2545) โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 8.75 มะเร็งเต้านมร้อยละ 22.50 ซึ่งจะเห็นว่ามีมะเร็งปอดน้อยกว่าในการศึกษาครั้งนี้ของผู้วิจัยที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 45 และกลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้เพียงร้อยละ 2.50 กลุ่มตัวอย่างมีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 36.25 และระยะที่ 4 ร้อยละ 31.25(รวมร้อยละ 67.50) และพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 43.5 เพศหญิงร้อยละ 56.25ซึ่งจะเห็นว่ามีจำนวนเพศชายมากกว่าการศึกษาในครั้งนี้ จึงทำให้พบว่าการศึกษาในครั้งนี้มีภาวะการทำหน้าที่น้อยกว่า ของอรนุช ประดับทอง(2545) และในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 45.8 และระยะที่ 4 ร้อยละ 25 (รวมร้อยละ 70.5) ซึ่งมีการศึกษาของStron et al.(1999) พบว่าระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับการเหนื่อยล้า โดยผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งมากจะมีความเหนื่อยล้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคน้อย เมื่อมีอาการเหนื่อยล้ามากก็จะทำให้ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งลดลง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัวอยู่ในระดับน้อย ( $X= 2.22\pm .90$ ) โดยพบว่าข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การทำงานบ้านที่หนักๆ,ทำงานซ่อมบำรุง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.69 ซึ่งอยู่ในระดับน้อยเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องใช้กำลังมากแต่จากยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้ามากจึงทำให้ทำกิจกรรมในข้อนี้ได้น้อยกว่าข้ออื่น แต่ผู้ป่วยบางคนให้เหตุผลว่ายังทำกิจกรรมต่างๆได้แต่ญาติไม่ให้ทำเพราะเป็นห่วงกลัวโรคกำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sama(1993)ที่ทำการศึกษภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำงานบ้านถึงร้อยละ 35.7 และSama(1994)ที่ทำการศึกษภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งปอดจำนวน 69 รายพบว่ามีความยากลำบากในการทำงานบ้านถึงร้อยละ 33 ภาวะการทำหน้าที่ด้านกิจกรรมในสังคมและชุมชนอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 2.69 \pm .78$ )โดยพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกคือการพบปะสมาคมกับญาติพี่น้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.02 ซึ่งอยู่ในระดับมาก การพบปะสมาคมกับเพื่อนฝูงโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรในชุมชน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 75 และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัวเท่ากับ 3.99 ทำให้มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกล่าวว่าไม่ยากออกไปในที่

ชุมชนเนื่องจากกลัวติดเชื้อ เพราะระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่างกายจะมีระดับของเม็ดเลือดขาวต่ำ ถ้ามีการติดเชื้อผู้ป่วยก็ต้องมานอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลและต้องเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัด ออกไปอีก สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลลักษณ์ จันทร์พวง (2534) ซึ่งทำการศึกษากการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าด้านบทบาทหน้าที่โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 รู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องพบแพทย์ ร้อยละ 54 ไม่ต้องการไปร่วมงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 66 กลุ่มตัวอย่างต้องการให้สมาชิกในครอบครัวสนใจและเอาใจใส่ตนขึ้นกว่าเดิม ร้อยละ 48 หงุดหงิดและไม่พอใจเมื่อไม่มีใครคอยช่วยเหลือ ร้อยละ 52 เข้าสังคมลดลง

ภาวะการทำหน้าที่ด้านกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งอยู่ในระดับมาก( $\bar{X}= 2.72 \pm .49$ ) ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกได้แก่ การแต่งตัวได้ด้วยตนเอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด การอาบน้ำได้ด้วยตนเองโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ รับประทานอาหารได้ปริมาณเท่ากับก่อนการเจ็บป่วย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการร่วมต่างๆที่เกิดร่วมกับอาการอ่อนเพลียดังนี้ คือมีอาการคลื่นไส้ร้อยละ 4.2 มีอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 37 อาเจียนร้อยละ 0.8 ไม่อยากรับประทานอาหารและอ่อนเพลียร้อยละ 14.2 ไม่อยากรับประทานอาหาร คลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 5.8 คลื่นไส้อาเจียนและท้องเสียร้อยละ 0.8 ขาปลายมือปลายเท้าเหนียวมีไข้ มีแผลในปากร้อยละ 1.7 ขาปลายมือปลายเท้าร้อยละ 5.8 ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีคะแนนภาวะการทำหน้าที่ด้านกิจกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยต่ำกว่าคะแนนภาวะการทำหน้าที่ด้านกิจกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ยของอรนุช ประดับทอง (2545) ที่พบว่าภาวะการทำหน้าที่ด้านกิจกรรมในการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $3.81(\pm .30)$  คะแนน เนื่องจากข้อคำถามส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและเป็นกิจกรรมที่ใช้แรงงานน้อยใช้เวลาไม่นาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarna (1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความยากลำบากในการดูแลตนเองเพียงร้อยละ 7.2 และการศึกษาของมณฑา แห่งทรัพย์เจริญ(2539)ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 2.3 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอื่นได้แก่ มารดาและบุตร

ภาวะการทำหน้าที่ด้านอาชีพการงานซึ่งอยู่ในระดับน้อย( $\bar{X}= 1.91 \pm 1.22$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ/ชุมชน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.72 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 71.6 มีอายุอยู่ในช่วง 41-59 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยกลางคนโดยพบว่าสามารถทำงานได้ร้อยละ 75 ทำงานไม่ได้เพราะป่วยร้อยละ 21.7 ทำงานไม่ได้เพราะญาติไม่ให้ทำกลัวโรคจะกำเริบร้อยละ 3.3 จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยเมื่อมีอาการเหนื่อยล้ามากๆผู้ป่วยจะหยุดงานเพื่อพักผ่อนหรือมอบหมายให้บุคคลอื่นทำแทน และจากการให้ยาเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วยต้องเจาะเลือดหาค่าระดับเม็ดเลือดแดง ถ้าผลที่ได้มีค่าต่ำก็ต้องมา

โรงพยาบาลอีกเพื่อได้ค่าที่สูงพอสำหรับการได้รับยาเคมีครั้งต่อไป บางรายต้องมาเจาะเลือดหลายครั้งทำให้ต้องหยุดงานบ่อยๆทำให้ต้องออกจากงาน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของยูพาวรรณ ทองตะนูนาม(2541)ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังการตัดเต้านมพบว่ามีการทำหน้าที่ด้านอาชีพการงานค่อนข้างดี เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 34.44 ประกอบอาชีพค้าขายและทำธุรกิจส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการงานได้เองมีความเป็นอิสระในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของMellette(1985 อ้างถึงในอัญชติ แก้วสระศรี,2541:22) กล่าวว่าอุปสรรคในการทำงานของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาคือลักษณะงานที่ทำในการรักษาด้ารังสีผู้ป่วยที่ทำงานประจำต้องลาออกจากงานซึ่งมีผลทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ จึงมีผลทำให้โอกาสความก้าวหน้าในอาชีพการงานลดลง บางรายมีอาชีพต้องใช้แรงงาน ขณะฉายรังสีผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ทำให้ทำงานหนักไม่ไหว อาจต้องเปลี่ยนงานใหม่หรือหยุดงานเพื่อพักรักษาตัว และนวนลขนิษฐ์ ลิมนปวิสต์(2531:84)พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ร้อยละ 46 ต้องหยุดประกอบอาชีพ ร้อยละ 12 ต้องให้บุตรและบุคคลอื่นทำแทนโดยผู้ป่วยคอยแนะนำ ร้อยละ 12 หยุดทำงานเดิมเพราะทำไม่ไหวต้องเปลี่ยนงานใหม่ ร้อยละ 1 เลิกทำงานเพราะรู้สึกอายน้อยากพบปะผู้คน บางรายมีความรู้สึกว้าเหว่เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชามักไม่มอบหมายงานให้ทำเพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะทำได้ตลอดรอดฝั่ง สรุปได้ว่าผู้ป่วยร้อยละ 71 ไม่สามารถทำงานได้ และผลจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยหยุดการทำงานเนื่องจากต้องพักรักษาตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของFelman( 1978 cited by Berry,Donna and Catanzaro,1992:43) ถึงปัญหาในการทำงานของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งพบว่านายจ้างไม่ยอมรับผู้ป่วยเข้าทำงาน มีการลดค่าจ้าง ลดเงินประกันสุขภาพ รวมถึงการไล่ออกจากงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชติ(2541) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 66.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.8 ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับศึกษาของอรนุช ประดับทอง (2545) พบว่าภาวะการทำหน้าที่ด้านการงานอยู่ในระดับน้อย( $\bar{X}= 2.18 \pm .72$ )เนื่องจากการทำงานต้องใช้แรงมากเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คือเป็นพ่อบ้าน แม่บ้าน และมีสถานภาพสมรสคู่

6.การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

6.1ชนิดของ โรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่าชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่( $r=.231$ ) และพบว่าเมื่อทดสอบค่าความแตกต่างระหว่างภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็ง



ปอดและผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือชนิดของโรคมะเร็งเป็นปัจจัยหนึ่งของปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย โดย Dodd et al. (2001:670) กล่าวว่า ชนิดของโรคมะเร็งมีผลต่อผลลัพธ์แม้จะมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เหมือนกัน คือชนิดของโรคมะเร็งที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz et al. (1993 cited in Kurtz et al, 1996) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจะสูญเสียภาวะการทำงานที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ทวารหนัก มะเร็งกระเพาะอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz et al.(1996) ที่พบว่าชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำงานที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการสูญเสียภาวะการทำงานที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ และการศึกษาของ Jordhoy (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มีการสูญเสียภาวะการทำงานที่น้อยกว่ามะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการสูญเสียด้านความสามารถในการเดิน การทำงานตามปกติ และความเพลิดเพลินในชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำงานที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

6.2 ประสิทธิภาพมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำงานที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ( $r = -.430$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำงานที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ( $r = .430$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้าที่ไม่ดีจะมีภาวะการทำงานที่อยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือ ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยด้านประสิทธิภาพการมีอาการ โดย Dodd et al. (2001: 671-673) กล่าวว่าประสิทธิภาพการมีอาการครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการ การรับรู้อาการเป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคลและนำไปสู่ข้อสังเกตของแต่ละบุคคลถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยปฏิบัติหรือเคยรู้สึก การประเมินอาการโดยบุคคลจะประเมินอาการของเขาจากการตัดสินใจ โดยดูจากความรุนแรงของอาการสาเหตุ ความสามารถในการรักษา ผลของอาการคุกคามต่อชีวิตเขาอย่างไร การตอบสนองต่ออาการจะรวมถึงทางกาย จิต พฤติกรรมโดยที่องค์ประกอบทั้ง 3 ของประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กันแบบสองทางระหว่างส่วนประกอบของมิติประสิทธิภาพการมีอาการคือ การรับรู้



เกี่ยวกับอาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Facione and Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd et al, 2001) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งคุกคามต่อตนเอง การรับรู้ความรุนแรงอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงนั่นเอง โดยบุคคลที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและความรุนแรงของอาการจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง (Fawcett, Tulman, and Myers, 1988; Graydon et al., 1995) โดยเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้าและประเมินอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะคุกคาม จะทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น เมื่อมีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น เช่น หงุดหงิด ซึมเศร้า วิตกกังวล ก็จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้อาการเหนื่อยล้ามากขึ้นและประเมินอาการว่ารุนแรงขึ้นและคุกคามต่อชีวิต ทำให้ส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodd, Miaskowski, and Paul (2001) ที่ทำการทดสอบแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al., 2001 ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 88 ราย โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 5 ราย มะเร็งเต้านมจำนวน 41 ราย ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้จำนวน 25 ราย ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์จำนวน 7 ราย และผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆอีก 12 ราย โดยได้ศึกษาในกลุ่มอาการที่ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และพบว่าความรุนแรงของอาการเป็นตัวทำนายภาวะการทำหน้าที่ถึงร้อยละ 7.3 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kurtz et al. (1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าสูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่รับรู้ความรุนแรงของอาการน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2002) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าสูงมีส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับที่ต่ำ เช่น ด้านการลดลงของพลังงาน ความยากลำบากในการทำงาน ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

6.3 กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ผลการศึกษาพบว่ากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยตัวผู้ป่วยเอง โดยพยาบาล เป็นแนวคิดหนึ่งในกลยุทธ์การจัดการกับอาการของ Dodd

et al. (2001) โดย Dodd et al. (2001:673-674) กล่าวว่า การจัดการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์ การมีอาการจากการมูมมองของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ซึ่งกลยุทธ์ การจัดการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ กลยุทธ์ในการจัดการ กับอาการมุ่งเน้นที่การควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาและมุ่งควบคุมประสบการณ์ของอาการ ชะลอผลลัพธ์ทางลบทางชีววิทยาทางการแพทย์ให้เกิดขึ้นช้าที่สุด เช่น ผลการตรวจทางการแพทย์ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจซึ่งผู้ป่วย ยอมรับ โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ ด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาที่มสุขภาพและการ ดูแลตนเอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการโดยผู้ป่วยไม่มีความ สัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอาจเนื่องจาก กลยุทธ์ในการ จัดการกับอาการโดยผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรู้ประสบการณ์ วัฒนธรรมและความเชื่อของแต่ละบุคคล ในการเลือกปฏิบัติโดยผู้ป่วยแต่ละคนเลือกปฏิบัติแตกต่างกัน(อรนุช ประดับทอง,2545:92) ซึ่งแต่ ละวิธีอาจไม่ใช่วิธีที่ทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงไม่สามารถทำให้ ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นและข้อคำถามที่สร้างขึ้นมามีจำนวนมากถึง 22 ข้อซึ่งเป็นการวัด เจริญปริมาณแต่ไม่ได้ถามว่าวิธีไหนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ และซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยไม่ สามารถปฏิบัติได้หมดทั้ง 22 ข้อ มีเป็นบางข้อที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติจึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ ดังกล่าว ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยดังนี้ Richardrson and Ream (1997 : 35-43) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อพบอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ที่ ผู้ป่วยนำมาบรรเทาความเหนื่อยล้าที่พบบ่อยที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงแผนการทำกิจกรรมและการ พักผ่อน (เดินเล่น เปลี่ยนแปลงกิจกรรม ทำกิจกรรมเบาๆ ) พบร้อยละ 83.6 อันดับที่ 2 คือ เปลี่ยน แบบแผนของการนอนหลับ (เข้านอนเร็วขึ้น, พักผ่อนเกือบตลอดวัน) พบว่าร้อยละ 37 กลวิธีทาง จิต เช่นการฟังเทป ฟ้อนคลาย ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ร้อยละ 24.7 การนอนและการ ออกกำลังกายเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุด การรับประทานยา การอาบน้ำ นวดพบร้อยละ 20 การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำผลไม้พบร้อยละ 20 จากการศึกษาของ Graydon et al. (1994) พบว่าการนอนและการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุด จากการศึกษาในมีการศึกษา เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการโดยตัวผู้ป่วยเองดังการศึกษาต่อไปนี้การศึกษาของ ปิยวรรณ ปลูกพันธุ์รังสี (2544) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการดูแลตนเองโดย การนอนหลับและการพักผ่อนมากที่สุดถึงร้อยละ 70 ออกกำลังกาย เดินเล่น ปลูกต้นไม้ร้อยละ 60 ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการสวดมนต์การทำสมาธิ ฟังเพลง ฟังเทปธรรมะร้อยละ 56.67 นวดร้อยละ 20 รับประทานอาหารดื่มน้ำผลไม้ร้อยละ 20 แต่วิธีที่ใช้ได้ผลมากที่สุดคือการนอนหลับ การสวดมนต์ การทำสมาธิและจากการศึกษาของRichard and Ream (1997:35-43) ในผู้ป่วยมะเร็ง

จำนวน 129 ราย พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อพบอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยนำมาบรรเทาความเหนื่อยล้าที่พบบ่อยที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (เดินเล่น เปลี่ยนแปลงกิจกรรม ทำกิจกรรมเบาๆ )พบถึง ร้อยละ 83.6 อันดับที่ 2 คือ เปลี่ยนแบบแผนของการนอนหลับ (เข้านอนเร็วขึ้น, พักผ่อนเกือบตลอดวัน) พบถึงร้อยละ 37 กลวิธีทางจิต เช่น การฟังเพลง ฟ้อนคลาย ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์พบถึงร้อยละ 24.7 การนอนและการออกกำลังกายเป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้ได้ผลมากที่สุด การบำบัดทางสังคมพบถึงร้อยละ 17.8 เช่น การทำงานอดิเรก การดำรงบทบาทปกติพบร้อยละ 13.7 บำบัดโดยอาหารพบถึงร้อยละ 6.9 การทำให้สุขสบาย เช่น การประคบร้อน พวดูกับแพทย์ พบร้อยละ 4.1 ซึ่งเมื่ออาการเหนื่อยล้าลดลงจะส่งผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับ การศึกษาของ Dimeo et al.(1997) ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 36 รายพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยสัปดาห์ที่1ออกกกำลังกาย 15 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่2 ออกกกำลังกาย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่3 ออกกกำลังกาย 24 นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่4และ5ออกกกำลังกาย 30นาทีต่อวัน สัปดาห์ที่ 6 ออกกกำลังกาย 30 นาทีต่อวันพบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม และ การศึกษา ของ MacVicar et al. (1983) และ Dimeo et al. (1997) เมื่อให้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคพบว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองแสดงให้เห็นว่า ส่งผลต่อภาวะการ

6.4 กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p>.05$ )

ผลการศึกษานี้พบว่ากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ โดยพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาจเนื่องจากการให้การพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้น พยาบาลอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลา สถานที่ และสัดส่วนของผู้ป่วยต่อพยาบาลที่มากเกินไปทำให้พยาบาลมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ที่นำมาใช้สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลนั้นได้จากการวิจัยเชิงทดลอง จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

6.5 การสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p>.05$ )

ผลการศึกษาพบว่าสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ที่ส่วนใหญ่จะเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการให้ความ

ช่วยเหลือทางด้านจิตใจ มีข้อคำถามที่ให้ความช่วยเหลือทางด้านการทำกิจกรรมเพียง 3 ข้อคือ บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือในการเดินทางมารับการรักษา บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระต่างๆในระหว่างที่เจ็บป่วย จึงทำให้ไม่ส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งให้ดีขึ้นจึงทำให้พบความสัมพันธ์ดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindsey et al. (1994) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 45 รายประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร้อยละ 42 และผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 58 ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย (Gaston-Johansson and Foxall, 1996:175) ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมในโมเดลการจัดการกับอาการ Dodd et al. (2001) โดย Dodd et al. (2001:671) กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายทางสังคม และสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ ครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Pender, 1996) มีงานวิจัยมากมายที่พบว่าความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด เพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันรักใคร่ เป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยปลูกถ่ายไขกระดูก (Gaston-Johansson and Foxall, 1996:175) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มียงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่โดยตรง ขัดแย้งกับการศึกษาของ Haiyan (1997) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งถือเป็นมิติย่อยของภาวะการทำหน้าที่ นั่นคือการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าที่ดี โดยการสอนและปรับตัวต่อประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย เกี่ยวกับการรับรู้อาการเหนื่อยล้าที่ถูกต้อง การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์การมีอาการที่ถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น



2.ควรมีการสอนและแนะนำถึงความสำคัญของกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่ถูกต้องกับผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์อย่างถูกต้อง เพื่อการมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

3.ควรมีการสอนและให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ใช้ลดอาการเหนื่อยล้าเพื่อให้สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านอาชีพการงานอยู่ในระดับน้อย และด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัวอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมและแก้ปัญหา โดยชี้แจงให้บุคคลในครอบครัวเข้าใจที่ถูกต้องในผู้ป่วยที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้แต่ไม่ให้เกิดอาการเหนื่อยล้าเนื่องจากเป็นห่วงกลัวโรคจะกำเริบ ว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามความสามารถของผู้ป่วย และสามารถทำให้อาการต่างๆทุเลาลงและเป็นการส่งเสริมให้ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดดีขึ้น

2.พยาบาลควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัจจัยในส่วนของการมีอาการเหนื่อยล้าโดยรวมกันจัดการวางแผนทางการพยาบาล และการรักษาที่เพื่อปรับประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.ควรมีการจัดหารูปแบบการพยาบาลในลักษณะต่างๆโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าที่ถูกต้องในเรื่องการรับรู้ การประเมิน การตอบสนองต่ออาการให้ตรง เพื่อการจัดการกับอาการที่ถูกต้องเพื่อการมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น

4.ควรจัดให้มีรูปแบบการพยาบาลที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการดูแลตนเองและกลยุทธ์โดยบุคคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสมเพื่อการมีภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

5.ควรมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในเรื่องกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และนำมาสร้างข้อคำถามเพื่อที่จะได้เป็นกลยุทธ์ที่ผู้ป่วยและพยาบาลต้องใช้จริงเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า



### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาตัวแปรชนิดของโรค ประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้า กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป เนื่องจากในการศึกษาคั้งนี้พบว่าตัวแปรชนิดของโรคมะเร็ง และประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้ยาเคมีบำบัด

2.ควรมีการศึกษาตัวแปรชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้า ในการทำนายภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งในตัวแปรตัวอื่นๆนอกเหนือจากที่ได้นำมาศึกษาในคั้งนี้ เนื่องจากผลการศึกษาในคั้งนี้ พบว่าชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ ประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล การยึดติดกับการรักษา

3.ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลในการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้าที่ดีในด้านการรับรู้อาการเหนื่อยล้า การประเมินอาการเหนื่อยล้า การตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า เพื่อที่จะทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นและส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล.2541.ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม.วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กริช โพธิสวรรณ.2545.มะเร็งเต้านมบทบาทของศัลยกรรม.ในสุมิตรา ทองประเสริฐและศิริกุล นภาพันธ์. (บรรณาธิการ), โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา.หน้า 337. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- จิราพร ศิริรัตน์.2543.การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพมาศ ชินวงศ์.2541.การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิตยา คงชุม.2539.บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- บังอร ฤกษ์อุดม. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งนมที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล.
- เบญจวรรณ กำธรวัชระ.2544.มะเร็งต้องสู้.กรุงเทพฯ:พิมพ์ดีจำกัด.
- ปิยวรรณ ปฤษณภาณูรังสี.2543. แบบแผนของความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง วรรณสุด.2538.สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย.2544. Breast Cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา.(บรรณาธิการ), Manual of RadiationOncology.หน้า138-140.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฝ่ายจัดพิมพ์แพร์พิทยา.2539.Medical dictionary.กรุงเทพมหานคร: แพร์พิทยา.
- เพียงใจ คาโลปการ.2545.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ไพรัช เทพมงคล.2526.ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง.กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ไพรัช เทพมงคล.2527. เรามาป้องกันมะเร็งกันเถอะ.กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย.
- พรศรี กิดชอบ 2543.รังสีรักษากับมะเร็งเต้านม.การรักษามะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมน.ในสุรพงษ์ สุภาภรณ์,สรรัชต์ กาญจนลาก,สุमित วงศ์เกียรติขจร.(บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม.หน้า 308. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดี.
- มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ.2539.การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลัย มุตตารักษ์.2545.การป้องกันมะเร็งเต้านม.ในสุมิตรา ทองประเสริฐและสิริกุล นภาพันท์.(บรรณาธิการ), โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา.หน้า 155. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม.2541.การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังการตัดเต้านม.หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน.2544.พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ.2542.กรุงเทพมหานคร:นาม มีบุคลิกเข้้นจำกัด.
- ลลิตา ชีรสิริ.2539.มะเร็งรักษาด้วยตนเองตามแนวธรรมชาติ.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์รวมทรัพย์.
- วรชัย รัตนธรร.2545.มะเร็งเต้านมบทบาทของยาเคมีบำบัด.ในสุมิตรา ทองประเสริฐและสิริกุล นภาพันท์. (บรรณาธิการ), โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา.หน้า 337. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- วิริยะ สัมปทานกุล. 2542. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลลักษณ์ จันทร์พวง.2534. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่เต้านม. หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน.2530.จิตวิทยาพัฒนาการ.พิมพ์ครั้งที่4.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประกายพรึก.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ.2536.Palliative Care.วารสาร โรคมะเร็ง22(1-2): 51-59.
- สถิตินาถารณสุข พ.ศ. 2544 (2545). สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมเกียรติ วงษ์ทิมและวิศิษฐ์ อุดมพานิชย์. 2542. มะเร็งปอด.ในสมเกียรติ วงษ์ทิมและวิทยา ศรีดามา. (บรรณาธิการ), ตำราโรคมะเร็งปอด1:โรคมะเร็งปอดจากสิ่งแวดล้อม.หน้า188-203

.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สมจิต หนุณเจริญ 2539 .การพยาบาลทางอายุศาสตร์เล่ม1. กรุงเทพมหานคร:วิเจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนุณเจริญ 2542. การพยาบาล:ศาสตร์ของการพยาบาล .กรุงเทพมหานคร:วิเจ พรินติ้ง.
- สุมิตรา ทองประเสริฐ.2536.การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด.เชียงใหม่:ชนบรรณการพิมพ์.
- สุมิตรา ทองประเสริฐและสิริกุล นภาพันซ์.2545.โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา.เชียงใหม่:ชนบรรณการพิมพ์.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. 2541. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดุกสะโพกหัก.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์.2545.การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยยาเคมีบำบัด.ในสุมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกุล นภาพันซ์.(บรรณาธิการ),โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา.หน้า 309-316. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- อภันตรี กองทอง.2544.ผลของระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรนุช ประดับทอง. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี แก้วสระศรี.2541.การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยชายโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอขณะที่ได้รับรังสีรักษา.ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาคม เขียรศิลป์ .2543. การรักษา มะเร็งเต้านมด้วยฮอร์โมน.ในสุรพงษ์ สุภาภรณ์,สรรัชย์ กาญจนลาก,สุमित วงศ์เกียรติขจร.(บรรณาธิการ), มะเร็งเต้านม.หน้า 328-343.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดี.
- อาคม เขียรศิลป์ .2545. หลักการรักษามะเร็งโดยใช้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริม. (บรรณาธิการ), โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา.หน้า 211. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- อุไร ขลุ่ยนาถ.2540.ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอร แซ่จิว.2544.อาการอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Bradley, C.J.et al.2001.Physical,economic,and social issue confronting patients and families. In Yarbrow C.H.ed al (5ed).Cancer nursing:Principles and practice,pp.1552.London:Jones and Bartlett Publishers International.
- Barsevich, Much, and Sweeney.2001.Psychosocial response to cancer. In C.Yarbrow(5ed).  
Cancer nursing: Principle and practices: 1538.
- Berry, D. L., and Catanzaro, M.1992.Persons with cancer and their return to the workplace..  
Cancer Nursing,15(1):40-46.
- Brandt, P.A., and Weinert, C. 1981. The PRQ-A social support measure. Nursing Research,30(5):277-280.
- Blesch,K.S.et al.1991.Correlates of fatigue in people with breast or lung cancer. Oncology Nursing Forum,18(1):81-87.
- Buchwald,D.et al.1996.Functional status in Patient's with chronic fatigue syndrom,other fatiguing illness, and healthy individuals.American Journal of Medicine (suppl).101(4):364-370.
- Burn, N., and Grove, S.K 2001.The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization. 4 th ed.Philadephia:W.B.Saunders.
- Cooley ,M.E. 1998. Quality of life in person with non-small cell lung cancer: A concept analysis. Cancer Nursing,21 (3):151-161.
- Cella, D.F.1994. Quality of life: Concepts and definition. J Pain Symptoms Management. 9:186-192.
- Ceeland, C.S. et al. 2000. Assessing symptom distress in cancer patients: The MD. Anderson symptom inventory cancer. Cancer 89(7):1634-1646.
- 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., Miaskowski, C., and Paul, S.M.2001.Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. Oncology Nursing Forum28(3):465-470.
- Dodd, M.et al.2001.Advancing the science of symptom management.Journal of Advanced Nursing33(5):668-676.



- Fawcett, J., Tulman, L., and Myers, S.1988.Development of the inventory of functional status after childbirth.Journal of Nurse-Midwifery.33:252-260.
- 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.
- Graydon ,J.E.et al.1994.Fatigue-reducing strategies used by patients reciving treatment for cancer.Cancer Nursing18(1):23-28.
- Graydon,J.E.et al.1995.Predicts of functioning of patients with chronic obstructive pulmonary disease.Heart and Lung.24:369-375.
- Haiyai,Z.1997.Family support and self-care behaviors of breast cancer patients recieving combined therapy at sit teaching hospitals in Beijing.M.A.Thesis in Nursing Science ,Faculty of Graduate Studies, Chiangmai University.
- Holzemer, W.L and Henry, S.B.1999. In Hinshaw A.S, Feetham, S.L and Sharer, J.L.F. Handbook of clinical nursing research. Thousand Oaks: SAGE Publication.
- Hughes,K.K.1993.Psychosocial and functional status of breast cancer patients : The influence of diagnosis and treatment choice. Cancer Nursing.16(3):222-229.
- Irwin, L.M. et al.2003.Physical Activity levels before and after a diagnosis of breast carcinoma.Cancer.97(7) (April):1740-1757.
- Jordhoy,M.S. et al.2001.Quality of life inadvanced cancer patients: The impact of sociaodemographic and medical characteristics.British Journal of Cancer.85(10):1478-1485.
- Kurtz,M.E.et al.1999.The Influence of symptoms ,age,comorbidity and cancer site on physical functioning and mental health of geriatric women patients.Women & Health.29(3):1-13.
- Kuuppelomaki,M and Lauri,S.1998.Cancer patients' reported experiences of suffering. Cancer Nursing 21(5) : 364-369.
- Larsen,P.J. 1994. A model for symptom management .IMAGE: Journal of nursing Scholarrhip.26(4) :272-276.
- Lawtow, M., and Brody, E.1969.Assesment of older adult:Scoring maintaining and instrumental activities of daily living.The gerontorogist.9:179-186.
- 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.
- Lindsey, A.M.et al.1994.Comorbidity, nutritional intake, social support, weight, and functional

- status over time in older cancer patient receiving radiotherapy. Cancer Nursing.17(2):113-124.
- Longman,B.2003. Longman dictionary of contemporary english: The living dictionary. China : Pearson Education Limited.
- Mac Vicar ,M.G.,Winningham M.L., and Nickel ,J.L.1989.Effect of aerobic interval training on cancer patients' functional capacity.Nursing Research 38(6):348-351.
- Messias,H.et al.1997.Patients' perspective of fatigue while undergo chemotherapy. Oncology Nursing Forum24(1):43-48.
- Mor, V.et al .1984. The Karnofsky performance status scale examination of it reliability and validity in a research setting. Cancer 53(9):2002-2007.
- Pasacreta ,J.V. 1997. Depressive phenomena, physical symptom distress, and function status American women with breast cancer. Nursing Research.46(4):214-221.
- Pearce,S. and Richaredson, A.1996.Fatigue in cancer :A phenomenological perspective .European Journal of Cancer Care.21(5):111-115.
- Pender , N.J. 1996. Health promotion in nursing practice .(2<sup>nd</sup> ed) California : Appleton & Lange.
- Piper,B.F.,Lindsey,A.M. and Dodd, M.J.1987.Fatigue mechanisms in cancer patients:Developing nursing theory. Oncology Nursing Forum14(6):17-23.
- Piper,B.F.(2002,August).The scoring instructions. Available from E-mail:bpiper@ unmc.edu
- Ream,E. and Richarson, A. 1999.From theory to Practice:Designing interventions to reduce fatigue in patients with cancer.Oncology Nursing Forum26(8):1295-1303.
- 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.
- Rhodes,V.A.,Watson, P.M., and Hanson, B.M.1988.Patients' description of the influence of tiredness and weakness on self-care abilities. Cancer Nursing.11(3):186-194.
- Robins, CJ.1988. Attribution and depression: Why is the literature so inconsistent? Journal of Personality and Social Psychology .54,880-889.
- Roph, M.E., and Spencer-Cisek,P.2001.PRISM :Priority symptom management project phase I: Assessment .Oncology Nursing Forum30(6):1585-1600.
- Roy, C., and Heather, A.A.1991.The Roy adaptation model.2<sup>nd</sup>.Stamford:Appleton & Lange.
- Roy,C.,and Heather, A.A.1999.The Roy adaptation model:The definitive statement. Norwalk:Appleton & Lange.
- Samarel, N., Faweett, J., and Tulman, L. 1997. Effect of support group with coaching on

- adaptation to early stage breast cancer. Research in nursing and Health:15-26.
- Somchit, H.1988.Social support, self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. Doctoral Dissertation of nursing graduate school, Wayne State University.
- 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.
- Simms,S.,Rhodes,V.,and Madsen,R.1993.Comparison of prochlorperazine and lorazepam antimetic regimens in the control of post chemotherapy symptoms.Nursing Reserch42:234-239.
- So,W.W.K,Dodgson J.and Tai Josepha, W.M.2003.Fatigue and quality of life among Chinese patients with hematologic malignancy after bone marrow transplantation. Cancer Nursing.26(3):211-219.
- Stewart, A.L, Ware ,J.E. and Brook, R.H. 1981. Advances in the measurement of functional status: Construction of aggregate Indexes. Medical Care XIX(5):473-488.
- Stone , P. et al.1999.Fatigue in advanced cancer: A prospective controlled cross-sectional study. British Journal of Cancer.79(9)1479-1486.
- 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.
- Thorndike,R.M.1987.Correlational procedures for research,New York:Gardner Press.
- 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.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชีวพูนผล	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนฉะจง เพ็งจาด	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
อาจารย์ ดร.ธิราภรณ์ จันทร์ดา	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
นาง พรจันทร์ สัตย์ละมัย	หน่วยเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญทางภาษา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้เชี่ยวชาญทางภาษา

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

สถานที่ทำงาน

รองศาสตราจารย์ ดร. ปัญชลี วาสนสมสิทธิ์

สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน(สำหรับผู้วิจัยกรอกเอง โดยดูข้อมูลจากเวชระเบียน)

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงกรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ( X ) หน้าข้อความ  
ที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1.เพศ

( )ชาย

( )หญิง

2.อายุ.....ปี

3.สถานภาพสมรส

( )โสด

( )คู่

( )ม้าย หย่า แยก

4.รายได้.....บาท/เดือน

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

5.การวินิจฉัยโรค.....

6.ระยะของโรค.....

7.การรักษาที่ได้รับ

( )เคมีบำบัดครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....

( )ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ.....

8.ยาLorazepam ได้รับ..... ไม่ได้รับ.....

9. ยาอื่นๆที่ได้รับ.....

10.อาการร่วมขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....

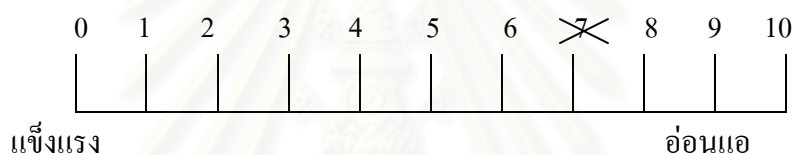


### แบบประเมินประสบการณ์การมีอากรเหน้อยล้ำ

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้ มีจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อความถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับ ประสบการณ์การมีอากรเหน้อยล้ำ โดยครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อากรเหน้อยล้ำ การประเมินอากรเหน้อยล้ำ การตอบสนองต่ออากรเหน้อยล้ำ โดยความรู้สึกของท่านแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมาย ( X ) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านในช่วงหลังที่ได้รับยาเคมีมากที่สุด

### ตัวอย่าง

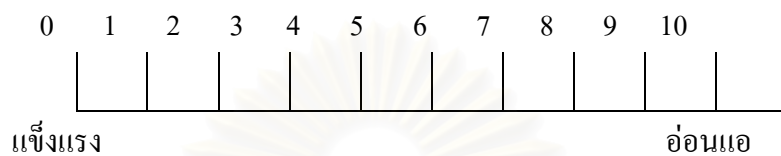
ข้อที่ 1-5 หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าเป็นอย่างไร



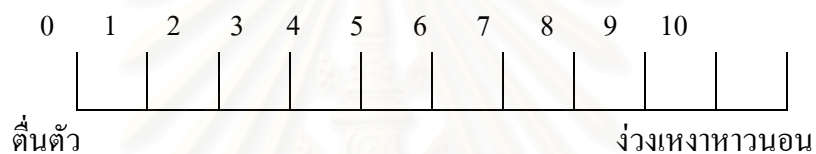
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อที่ 1-5 หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดชุดที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นอย่างไร

1.



2.



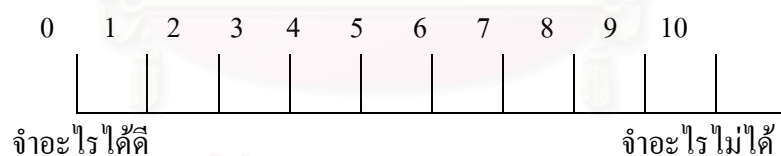
.

.

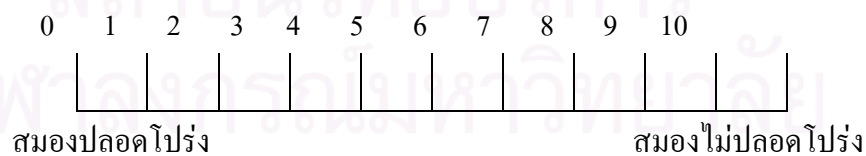
.

.

21.



22.



กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยเอง

โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างเกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านที่ท่านปฏิบัติ เพื่อลดอาการเหนื่อยล้าและระบุว่าท่านใช้วิธีการเหล่านั้นแล้วสามารถลดอาการเหนื่อยล้ามากน้อยเพียงใด โดยกา ✓ ในช่องท้ายข้อความนั้น

วิธีการปฏิบัติ

ไม่ได้ปฏิบัติเลย	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้เลย
ปฏิบัติน้อยมาก	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้น้อยมาก
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นบางครั้ง
ปฏิบัติส่วนใหญ่	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นส่วนใหญ่
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าฉันใช้วิธีการเหล่านี้เป็นประจำ

ตัวอย่าง

เมื่อเกิดอาการ เหนื่อยล้า ฉันใช้วิธีการ ดังต่อไปนี้	การปฏิบัติของฉัน				
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อย มาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็น ประจำ
1) ฉันเข้านอนเร็วกว่าปกติ		✓			

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า ฉันใช้วิธีการดังต่อไปนี้	การปฏิบัติของฉัน				
	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อยมาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ส่วนใหญ่	ปฏิบัติเป็น ประจำ
1) ฉันเข้านอนเร็วกว่าปกติ					
2) ฉันตื่นนอนสายกว่าปกติ					
.					
.					
.					
21) ฉันใช้ยาประเภทสูดม เช่น ยาดม ยาหม่อง น้ำมันหอมระเหย					
22) ฉันซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อ สุขภาพบำรุงกำลังมา รับประทาน					

กลยุทธ์ที่ท่านใช้จัดการกับอาการเหนื่อยล้าด้วยตัวของท่านเองนอกเหนือจากวิธีดังกล่าวคือวิธีใดบ้างและทำอย่างไรบ้างได้ผลมากน้อยอย่างไรบ้างโปรดระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล

โปรดกาเครื่องหมาย(✓)ลงในช่องว่าเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล/  
แพทย์ใช้กับท่าน

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง พยาบาลไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการ  
เหนื่อยล้าเลย

ปฏิบัติน้อยมาก หมายถึง พยาบาลใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการเหนื่อย  
ล้า น้อยมาก

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง พยาบาลใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการเหนื่อย  
ล้าเป็นบางครั้ง

ปฏิบัติส่วนใหญ่ หมายถึง พยาบาลใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการ  
เหนื่อยล้าเป็นส่วนใหญ่

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง พยาบาลใช้วิธีการเหล่านี้แก่ฉันในการบรรเทาอาการเหนื่อย  
ล้าเป็นประจำ

**ตัวอย่าง**

เมื่อเกิดอาการ เหนื่อยล้า พยาบาลใช้ วิธีการ ดังต่อไปนี้	การปฏิบัติของฉัน				
	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติน้อย มาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติส่วน ใหญ่	ปฏิบัติเป็น ประจำ
1)พยาบาลได้ สอบถาม เกี่ยวกับ อาการเหนื่อย ล้าที่เกิด ขึ้นกับฉัน				✓	



เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า พยายาม ใช้วิธีการดังต่อไปนี้กับ ฉัน	วิธีการปฏิบัติ				
	1=ไม่ได้ปฏิบัติ เลย	2=ปฏิบัติน้อย มาก	3=ปฏิบัติ บางครั้ง	4=ปฏิบัติ ส่วนใหญ่	5=ปฏิบัติ เป็นประจำ
1)พยายามได้สอบถาม เกี่ยวกับอาการเหนื่อย ล้าที่เกิดขึ้นกับฉัน					
2) พยายามสอนแนะ และให้ความรู้ถึง สาเหตุของความเหนื่อย ล้าการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดการกับ อาการเหนื่อยล้าที่ เกิดขึ้น					
.					
.					
.					
6) พยายาม พุดให้ กำลังใจฉัน					
7)พยายามนำยามาให้ ฉันรับประทาน					

กลยุทธ์ที่พยาบาลใช้จัดการกับอาการเหนื่อยล้าให้กับท่านนอกเหนือจากวิธีดังกล่าวคือวิธีใดบ้าง  
และทำอย่างไรบ้างได้ผลมากน้อยอย่างไรบ้างโปรดระบุ

.....  
 .....  
 .....

### แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

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

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

### ตัวอย่าง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เคยเลย	สำหรับผู้วิจัย
ด้านอารมณ์ 1.ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว		X				

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

### แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ต้องการทราบภาวะการทำหน้าที่ของท่านในจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความโดยอ่านข้อความทางซ้ายแล้วกาเครื่องหมาย(✓) ลงในช่องขวามือให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

#### ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2

ไม่ได้ทำเลย	หมายถึง	ฉันไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
เพิ่งเริ่มทำ	หมายถึง	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นเล็กน้อย
ทำบางส่วน	หมายถึง	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นปานกลาง
ทำเต็มที่	หมายถึง	ฉันปฏิบัติกิจกรรมนั้นเต็มที่

#### ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4

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

โปรดนึกถึงระยะเวลาตั้งแต่ที่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและกรุณาตอบคำถามต่อไปนี้  
ส่วนที่ 1 โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่เกี่ยวกับงานบ้านที่ท่านทำก่อนการเจ็บป่วยและระบุว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านยังทำงานบ้านเหล่านั้นอยู่มากน้อยเพียงใดโดยกา✓ในช่องท้ายข้อความนั้นๆ

<u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> <u>กิจกรรมที่ฉันทำเป็นประจำได้แก่</u>	<u>ฉันได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง</u>			
	ไม่ได้ทำเลย	เพิ่งเริ่มทำ	ทำบางส่วน	ทำเต็มที่
1) _✓_ ดูแลเด็ก/บุตร				✓
2) _X_ ดูแลสามี/ภรรยา				

โปรดนึกถึงระยะเวลาตั้งแต่ที่ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและกรุณาตอบคำถามต่อไปนี้  
ส่วนที่ 1 โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่เกี่ยวกับงานบ้านที่ท่านทำก่อนการ  
 เจ็บป่วยและระบุว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านยังทำงานบ้านเหล่านั้นอยู่มากน้อยเพียงใดโดยกา✓ใน  
 ช่องท้ายข้อความนั้นๆ

ก่อนการเจ็บป่วย กิจกรรมที่ท่านทำเป็น ประจำได้แก่	ฉันได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง			
	ไม่ได้ทำเลย	เพิ่งเริ่มทำ	ทำบางส่วน	ทำเต็มที่
1) __ดูแลเด็ก/บุตร				
.				
.				
.				
.				
.				
15. __ดูแลสัตว์เลี้ยง				

ข้อคิดเห็น.....

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่2 โปรดกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างหน้ากิจกรรมทางสังคมและชุมชนที่ท่านได้ทำ  
ก่อนการเจ็บป่วยและ โปรดระบุว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านยังทำกิจกรรมเหล่านั้นอยู่มากน้อย  
เพียงใด

ก่อนการเจ็บป่วย กิจกรรมที่ท่านทำเป็น ประจำได้แก่	ฉันได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง			
	ไม่ได้ทำเลย	เพิ่งเริ่มทำ	ทำบางส่วน	ทำเต็มที่
16. เข้าร่วมกิจกรรม ขององค์กรในชุมชน				
.				
.				
.				
21. ทำงานอดิเรก				

ข้อคิดเห็น.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ส่วนที่3 กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับการดำเนินชีวิตของท่านในสัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	ฉันได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง			
	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นส่วนมาก	ตลอดเวลา
22.นอนพักหรือนอนหลับตอนกลางวัน				
· · · ·				
30.รับประทานอาหารชนิดเดิมเหมือนที่ฉันเคยรับประทานเป็นประจำก่อนที่ฉันจะเจ็บป่วย				
31.ใช้เวลาในการพักผ่อนหย่อนใจมากเท่าที่ฉันเคยทำก่อนที่ฉันจะป่วย				

ข้อคิดเห็น.....

ถ้าในปัจจุบันท่านยังทำงานอยู่ กรุณาทำข้อต่อไปนี

ส่วนที่4 กรุณาอ่านข้อความต่อไปนีแล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับชีวิตการทำงานของท่านในสัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อความ	ฉันได้ทำกิจกรรมดังต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง			
	ไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	เป็นส่วนมาก	ตลอดเวลา
32.ประสบความสำเร็จในงาน มากเท่าที่เคยประสบก่อนที่จะป่วย				
33.แสดงความหงุดหงิดรำคาญต่อผู้ร่วมงาน/ ผู้ที่เกี่ยวข้อง(ตอบคำถามอย่างห้วนๆ, ตะคอก, วิพากษ์วิจารณ์คนอื่นง่ายๆ เป็นต้น)				
.				
.				
.				
38.มีความรับผิดชอบต่องานที่ทำอยู่				
39.เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กรวิชาชีพ/ชุมชน				

ข้อคิดเห็น.....



ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังนี้

1. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละชุด ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

เมื่อ  $\alpha$  คือ ค่าความคงที่ภายใน

$n$  คือ จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$  คือ ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

$S^2$  คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ  $P$  คือ ค่าร้อยละ

$F$  คือ แทนความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

$n$  คือ จำนวนรวมทั้งหมด

3. คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\bar{x} = \frac{\sum X}{N}$$

$\bar{x}$  คือ ค่าเฉลี่ยหรือมัธมิมเลขคณิต

$\sum X$  คือ ผลรวมของคะแนนทั้ง  $N$  จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)

$N$  คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$SD = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

$SD$  คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$  คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum x^2$  คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง  
 N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้วิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สูตรที่ใช้ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

$r_{xy}$  เมื่อ คือ สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y  
 $\sum x$  คือ ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x  
 $\sum y$  คือ ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y  
 $\sum xy$  คือ ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y  
 $\sum x^2$  คือ ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x  
 $\sum y^2$  คือ ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y  
 n คือ จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

5. หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้Eta สูตรที่ใช้ดังนี้

$$\eta^2 = \left( \sum (\sum x_{ij})^2 / n_j - (\sum \sum X_{ij})^2 / n \right) / \left( \sum \sum x_{ij}^2 - (\sum \sum X_{ij})^2 / n \right)$$

โดยใช้สัญลักษณ์ต่าง ๆ ในสูตรมีความหมาย ดังนี้

$\eta$  คือ ค่าอัตราส่วนของความสัมพันธ์ของอิต้า  
 $X_{ij}$  คือ ค่าของข้อมูลชุดที่ i กลุ่มที่ j  
 $n_j$  คือ จำนวนข้อมูลของกลุ่มที่ i  
 n คือ จำนวนข้อมูลรวมของทุกกลุ่ม

หรือเขียนสูตรในรูปของค่า Sum of Square (SS) ที่ได้จากการนำค่าที่คำนวณไว้แล้วจากตารางวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance) ดังนี้

$$\eta^2 = SSB/SST$$

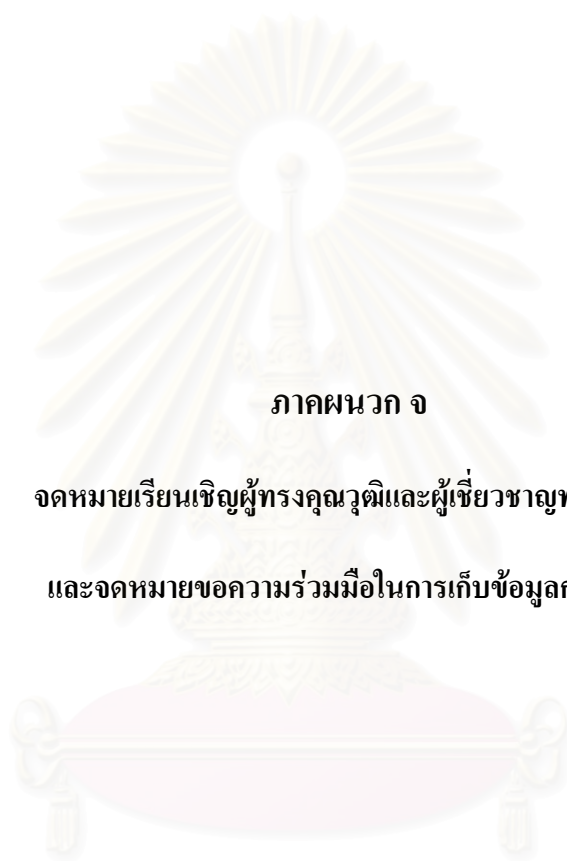
โดยใช้สัญลักษณ์ต่าง ๆ ในสูตรมีความหมาย ดังนี้

SSB คือ ค่าของความผันแปรระหว่างกลุ่ม  
SST คือ ค่าของความผันแปรรวม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก จ

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางภาษา

และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วยนางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ เหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ใน การนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา ภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชูชื่น ชีวพูนผล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ดำเนินาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา

และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชื่น ชีวพูนผล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01 - 4095095

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ชีราภรณ์ จันทร์ดา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิตติ)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. ชีราภรณ์ จันทร์ดา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01 - 4095095

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยสหประชาชาติไทย

เนื่องด้วยนางสาว พิษญา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาหารเหนี่ย้อล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ เหนี่ย้อล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา เคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ใน การนี้จึงขอเรียนเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนผจง เพ็งจาด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับ ความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนผจง เพ็งจาด

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาว พิษญา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01 - 4095095

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เนื่องด้วยนางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง“ความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ เหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา เคมีบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ใน การนี้จึงขอเรียนเชิญนาง พรจันทร์ สัยละมัย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับ ความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นาง พรจันทร์ สัยละมัย พยาบาลวิชาชีพ 6

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01 - 4095095



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญทางภาษา

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วยนางสาว พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และนิสิตได้ใช้เครื่องมือ 1. Self-Care Diary และเครื่องมือ 2. Inventory of Functional Status-Cancer และได้แปลกลับเป็นภาษาไทยดังนี้ ชุดที่หนึ่ง “กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย” และชุดที่สอง “ภาวะการทำหน้าที่” ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยโดยนิสิตในการนี้จึงขอเรียนเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปัญชลี วาสนสมสิทธิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญทางภาษาในการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation) ของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้เชี่ยวชาญทางภาษาในการแปลเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกุลย์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปัญชลี วาสนสมสิทธิ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาว พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01 - 4095095



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ประธานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอากรเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย 1 ชุด คือ แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ของอุไร ขลุ่ยนาถ จากวิทยานิพนธ์เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีวิทยา (2540)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-9810

นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01-4095095

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เมษายน 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง ชลบุรี

เนื่องด้วย นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 ราย โดยใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถาม ดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลขั้นพื้นฐาน 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า 3) แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า 4) แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า 5) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว 6) แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภัทญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

รองผู้อำนวยการกลุ่มการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-2189810

นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01 - 4095095

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง ชลบุรี

เนื่องด้วย นางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมการวิจัยตามมติคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้เครื่องมือการวิจัย ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลขั้นพื้นฐาน 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า 3) แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า 4) แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า 5) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และ 6) แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)  
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01- 4095095

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เนื่องด้วย นางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมการวิจัยตามมติคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้เครื่องมือการวิจัย ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลขั้นพื้นฐาน 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า 3) แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า 4) แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า 5) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และ 6) แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกสิปป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01- 4095095



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ชัยบุรี

เนื่องด้วย นางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมการวิจัยตามมติคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้เครื่องมือการวิจัย ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลขั้นพื้นฐาน 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า 3) แบบประเมินประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า 4) แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า 5) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และ 6) แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกสิปป)  
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาที่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9810

นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01- 4095095

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาศิริ

เนื่องด้วย นางสาว พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมการวิจัยตามมติคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้เครื่องมือการวิจัย ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลขั้นพื้นฐาน 2) แบบประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า 3) แบบประเมินประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า 4) แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า 5) แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และ 6) แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวพิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ โทร. 02-218-9810

ชื่อนิสิต

นางสาวพิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล โทร. 01-4095095



## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย                      ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการ  
เหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจาก  
ครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ชื่อผู้วิจัย                                      นางสาวพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
3. สถานที่ปฏิบัติงาน                              ตึกอัยฎาณกัชั้น 9 ทิศใต้ โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย  
กรุงเทพฯ
- โทรศัพท์ที่ทำงาน                      (02) 4198060-1                                      โทรศัพท์ที่บ้าน                      -
- วิทยุติดตามตัว                                      -    โทรศัพท์เคลื่อนที่                      (01) 4095095
- E-mail :    -
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วน  
ร่วมในการวิจัยควรประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เพื่อ

1. เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมี

อาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัวกับ  
ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย หลังจากได้ข้อมูลแล้ว  
ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์และสรุปเป็นผลการวิจัย จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน  
เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ แบบประเมินประสิทธิภาพการมี  
อาการเหนื่อยล้า แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินการ  
สนับสนุนจากครอบครัว

การวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์คือ มีความรู้ความเข้าใจในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ  
ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะช่วยให้เข้าใจองค์ความรู้พื้นฐานเพื่อไปเป็น  
แนวทางในการส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของ  
ผู้ป่วยและครอบครัว และนำความรู้มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งอีกทาง  
หนึ่งด้วย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับผลกระทบจากการที่ต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม  
ใช้เวลา ประมาณ 30-45 นาที

คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับการเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดย  
เมื่อมีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยมะเร็งเพื่อการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ  
จะต้องได้รับความเห็นชอบจากจากผู้ป่วยมะเร็งด้วยเสมอ ซึ่งถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อ  
สงสัยเกิดขึ้น สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถไม่เข้าร่วมวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่  
มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการบริการที่ผู้ป่วยมะเร็งจะได้รับ โดย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของ  
ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม  
ไม่ เชื่อมโยงถึงบุคคลใดบุคคลหนึ่ง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสิทธิภาพการมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาว พิชญดา กงศักดิ์ตระกูล

ที่อยู่ หอพักพยาบาล 3 โรงพยาบาลศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษาทดลอง ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที ในกรณีที่มิได้แจ้งให้ผู้ทำการวิจัยทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครองความปลอดภัยเป็นโมฆะ (ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้งานใจที่ได้รับระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....

.....

สถานที่ / วันที่

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

.....

(.....)

สถานที่ / วันที่

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

.....

(.....)

สถานที่/วันที่

ลงนามพยาน



ภาคผนวก ฉ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 1. ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์มืออาการเหนือล้ำในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัด

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสบการณ์การมืออาการเหนือล้ำจำแนกเป็นราย

ข้อ(N=120)

ประสบการณ์มืออาการเหนือล้ำ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
หลังจากที่ได้รับการบำบัดชุดที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าเป็นอย่างไร /ความรู้สึกของท่านที่มีต่อความความเหนือล้ำ หลังจากได้รับการบำบัดตามหัวข้อต่อไปนี้			
1. กระฉับกระเฉง/ไม่มีเรี่ยวแรง	7.63	1.93	มาก
2. สดชื่น/เหนื่อยหน่าย	7.58	1.89	มาก
3. แข็งแรง/อ่อนแอ	7.50	1.86	มาก
4. นำพอใจ/ไม่นำพอใจ	7.18	2.66	มาก
5. ท่านคิดว่าความเหนือล้ำที่ท่านรู้สึกมีความรุนแรง	7.15	2.21	มาก
6. ความรู้สึกเหนือล้ำทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมาน	7.11	4.69	มาก
7. มีชีวิตชีวา/เชื่องซึม	7.02	1.98	มาก
8. ดิ้นตัว/ง่วงหงาวหาวนอน	6.86	2.15	ปานกลาง
9. ผ่อนคลาย/ตึงเครียด	6.92	2.12	ปานกลาง
10. ความรู้สึกเหนือล้ำมีผลรบกวน ความสามารถในการทำงาน	6.79	3.09	ปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสบการณ์การมีอากรเหนือลำจําแนกเป็นราย  
ข้อ(N=120) (ต่อ)

ประสบการณ์มีอากรเหนือลำ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
11.เป็นคุณ/เป็นโทษ	6.77	2.62	ปานกลาง
12.ใจเย็น/ใจร้อน	6.69	2.50	ปานกลาง
13.ปกติ/ไม่ปกติ	6.57	3.20	ปานกลาง
14.ร่าเริง/ซึมเศร้า	6.50	2.38	ปานกลาง
15.ความรู้สึกเหนือลำมีผลรบกวนความสามารถ ในการเข้าร่วมกิจกรรม	6.36	3.08	ปานกลาง
16.มีสมาธิ/ไม่มีสมาธิ	5.69	3.15	ปานกลาง
17.ไม่เป็นอันตราย/เป็นอันตราย	5.59	3.53	ปานกลาง
18.ความรู้สึกเหนือลำมีผลรบกวนการ พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง	4.70	3.60	ปานกลาง
19.สมองปลอดโปร่ง/สมองไม่ปลอดโปร่ง	4.31	3.50	ปานกลาง
20.ยอมรับได้/ยอมรับไม่ได้	4.03	3.75	ปานกลาง



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าจำแนกเป็นราย

ข้อ(N=120) (ต่อ)

ประสบการณ์มีอาการเหนื่อยล้า	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
21.ทำอะไรได้ดี/ทำอะไรไม่ได้	3.67	3.62	เล็กน้อย
22.ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวน ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์	2.53	3.56	เล็กน้อย
โดยรวม	6.16	1.51	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่าประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.16 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ กระชับกระเจง/ไม่มีเรี่ยวแรง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.63(±1.93) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก สดชื่น/เหนื่อยหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.58 (±1.89) คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 (±3.56) ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2. ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วย

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยจำแนกเป็นรายชื่อ(N=120)

กลยุทธ์การจัดการกับ อาการโดยผู้ป่วย	ร้อยละ						— X	S.D.	ระดับ
	รวม ปฏิบัติ	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อย มาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ส่วน ใหญ่	ปฏิบัติ เป็นประจำ			
1. พูดคุยกับคนรู้ใจ	93.3	20.8	4.2	18.3	2.7	35	3.94	1.18	มาก
2. พยายามไปในที่ ที่มีอากาศบริสุทธิ์	88.3	11.7	2.5	15.8	26.7	43.3	3.88	1.32	มาก
3. เข้านอนเร็วกว่า ปกติ	79.2	20.8	1.7	12.5	24.2	40.8	3.62	1.55	มาก
4. สวดมนต์	80.8	19.2	2.5	21.7	16.7	40	3.56	1.51	มาก
5. รับประทานอาหาร บำรุงร่างกาย	79.2	20.8	4.2	18.3	21.7	35	3.46	1.52	ปาน กลาง
6. เดินเล่น	88.3	62.5	2.5	19.2	8.3	7.5	3.38	1.28	ปาน กลาง
7. อาบน้ำ	75	25	2.5	17.5	19.2	35.8	3.38	1.59	ปาน กลาง
8. ดูโทรทัศน์	84.2	15.8	10	27.5	23.3	23.3	3.28	1.35	ปาน กลาง
9. นอนหลับในช่วง กลางวัน	77.5	22.5	5.8	30.8	19.2	21.7	3.12	1.42	ปาน กลาง
10. ดูแลต้นไม้ใน สวนของฉัน /เดินดูสวน /เดินในสวนสาธารณะ	70.8	29.2	5	18.3	20.8	26.7	3.11	1.58	ปาน กลาง
11. พยายามออก กำลังกาย	73.3	26.7	5.8	26.7	19.2	21.7	3.03	1.48	ปาน กลาง

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยจำแนกเป็นรายข้อ(N=120) (ต่อ)

กลยุทธ์การจัดการกับ อาการโดยผู้ป่วย	ร้อยละ						$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	รวม ปฏิบัติ	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อย มาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ส่วนใหญ่	ปฏิบัติ เป็นประจำ			
12. ใช้จ่ายประเภท สุดคม	70	30	8.3	19.2	25.8	16.7	2.91	1.49	ปาน กลาง
13. ฟังเพลง	68.3	31.7	10.8	19.2	21.7	16.7	2.81	1.50	ปาน กลาง
14.อ่านหนังสือ	64.2	35.8	10.8	17.5	17.5	18.3	2.71	1.56	ปาน กลาง
15.ซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อ สุขภาพบำรุง กำลังมารับประทาน	50.8	49.2	0.8	12.5	14.2	23.3	2.62	1.71	ปาน กลาง
16.พยายามทำตัวให้ยุ่ง เพื่อที่จะไม่คิดถึง ความเหนื่อยล้า	50.8	49.2	5.8	13.3	15	16.2	2.44	1.60	น้อย
17. ตื่นนอนสายกว่าปกติ	44.2	55.8	1.7	9.2	22	18.3	2.38	1.67	น้อย
18. ทำสมาธิ	50	50	9.2	13.3	11.7	15.8	2.34	1.56	น้อย
19. ใช้จ่ายหม่องดูนวดตัว	37.5	62.5	1.7	11.7	11.7	12.5	2.10	1.53	น้อย
20.ดูแลสัตว์เลี้ยง /เล่นกับสัตว์เลี้ยง	37.5	62.5	2.5	19.2	8.3	7.5	1.96	1.36	น้อย
21. รับประทานยาสมุนไพร /ยาต้มเพื่อบำรุง ร่างกาย	10.8	89.2	0	2.5	0	8.3	1.38	1.14	น้อยสุด

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยจำแนกเป็นรายชื่อ(N=120) (ต่อ)

กลยุทธ์การจัดการกับ อาการโดยผู้ป่วย	ร้อยละ						$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	รวม ปฏิบัติ	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อย มาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ส่วน ใหญ่	ปฏิบัติ เป็น ประจำ			
22.อบสมุนไพร /นวดประคบ ด้วยสมุนไพร	2.5	97.5	0.8	0.8	0.8	0.8	1.06	0.42	น้อย สุด
โดยรวม							2.83	0.47	ปาน กลาง

จากตารางที่ 2 พบว่ากลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ ฉันทพูดคุยกับคนรู้ใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากและผู้ป่วยใช้วิธีนี้ ร้อยละ 93.3 ฉันทพยายามไปในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก และผู้ป่วยใช้วิธีนี้ร้อยละ 88.3 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันทอบสมุนไพร/นวดประคบด้วยสมุนไพร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.06 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อยสุดและผู้ป่วยใช้วิธีนี้ร้อยละ 2.5

### 3. ข้อมูลเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยพยาบาล

ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดย

พยาบาลจำแนกเป็นรายชื่อ(N=120)

กลยุทธ์การจัดการกับ อาการโดยพยาบาล	ร้อยละ						$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	รวม ปฏิบัติ	ไม่ได้ ปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อย มาก	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ส่วนใหญ่	ปฏิบัติ เป็นประจำ			
1. พูดยให้กำลังใจฉัน	93.3	68.3	1.7	8.3	7.5	14.2	3.58	1.11	มาก
2. ให้ความรู้ในเรื่อง อาหารแก่ฉัน	77.5	22.5	8.3	39.2	19.2	10.8	2.88	1.27	ปาน กลาง
3. แนะนำให้ฉัน รับประทานอาหาร ที่บำรุงร่างกาย	72.5	27.5	8.3	29.2	20	15	2.87	1.41	ปาน กลาง
4. สอนแนะและให้ ถึงสาเหตุของความ เหนื่อยล้าการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดการกับ อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น	69.2	30.8	10.8	22.5	16.7	19.2	2.83	1.50	ปาน กลาง
5. ได้สอบถามเกี่ยวกับ อาการเหนื่อยล้า ที่เกิดขึ้นกับฉัน	49.2	50.8	15	13.3	5.8	15	2.19	1.49	น้อย
6. นำยามาให้ฉัน รับประทาน	31.7	68.3	1.7	8.3	7.5	14.2	1.98	1.54	น้อย
7. แนะนำให้ฉันเปิดเพลง ที่ชอบฟัง	13.3	86.7	2.5	5.8	4.2	0.8	1.30	.83	น้อย
โดยรวม							2.51	.77	ปาน กลาง

จากตารางที่ 3 พบว่ากลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อล้าโดยพยาบาลโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 คะแนนซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ พยาบาลพูดให้กำลังใจฉัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากและพยาบาลใช้วิธีนี้ร้อยละ 93.3 พยาบาลให้ความรู้ในเรื่องอาหารแก่ฉัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและพยาบาลใช้วิธีนี้ร้อยละ 77.5 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ พยาบาลแนะนำให้ฉันเปิดเพลงที่ชอบฟัง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อยและพยาบาลใช้วิธีนี้ร้อยละ 13.3



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



#### 4. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนจากครอบครัวจำแนกเป็นรายข้อ

(N=120)

การสนับสนุนจากครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<b>ด้านอารมณ์</b>			
1. ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว	4.22	.59	มาก
2. ฉันมั่นใจว่าบุคคลในครอบครัวจะดูแลเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งฉันในขณะที่ฉันเจ็บป่วย	4.14	.55	มาก
3. บุคคลในครอบครัวช่วยให้ฉันมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป	4.14	.64	มาก
4. บุคคลในครอบครัวจะเตือนให้ฉันมารับการตรวจรักษาเมื่อฉันมีอาการผิดปกติหรือเกิดอาการเจ็บป่วย	4.13	.58	มาก
5. บุคคลในครอบครัวเต็มใจให้ความช่วยเหลือเมื่อฉันเดือดร้อนไม่สบายใจ	4.13	.56	มาก
6. บุคคลในครอบครัวให้ความเคารพยกย่องและนับถือฉัน	4.07	.67	มาก
7. บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจสอบถามถึงผลการตรวจรักษาภายหลังการพบแพทย์	4.07	.68	มาก
8. เมื่อฉันมีปัญหาสามารถปรึกษากับบุคคลในครอบครัวได้	4.04	.68	มาก
9. ฉันได้รับการเอาใจใส่ให้ข้อคิดปลอบโยน จากบุคคลในครอบครัว	4.02	.70	มาก
10. บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจต่อคำแนะนำของฉัน	4.00	.73	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนจากครอบครัวจำแนกเป็นรายข้อ

(N=120) (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัว	X	S.D.	ระดับ
<b>ข้อมูลข่าวสาร</b>			
1.บุคคลในครอบครัวจะเตือนให้ฉันมารับการตรวจรักษาเมื่อนั้นมีอาการผิดปกติหรือเกิดอาการเจ็บป่วย	4.01	.59	มาก
2.ฉันได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว	3.99	.65	มาก
3.บุคคลในครอบครัวให้เวลาที่ฉันจะพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน	3.91	.65	มาก
4.บุคคลในครอบครัวให้ข้อเสนอแนะหรือท้วงติงเมื่อนั้นปฏิบัติไม่เหมาะสมทางด้านสุขภาพ เช่น ไม่ยอมทานยา	3.75	.97	มาก
5.บุคคลในครอบครัวมักจัดหาหนังสือหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของฉันมาให้	3.52	1.13	มาก
<b>ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล</b>			
1.บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันในการเดินทางเมื่อมารับการรักษา เช่น จัดหาพาหนะให้พามาส่ง มาเป็นเพื่อน	4.09	.62	มาก
2. บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆ ในระหว่างที่ฉันเจ็บป่วย	4.08	.60	มาก
3. บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันในด้านการเงินหรือสิ่งของ	3.98	.86	มาก
4.บุคคลในครอบครัวจัดหาอาหารพิเศษหรืออาหารบำรุงร่างกายมาให้ฉัน	3.80	.81	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนจากครอบครัวจำแนกเป็นรายข้อ

(N=120) (ต่อ)

การสนับสนุนจากครอบครัว	X	S.D.	ระดับ
5. บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร	3.78	.88	มาก
โดยรวม	3.99	.47	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก รายด้านพบว่าด้านอารมณ์ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ ฉันได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ฉันมั่นใจว่าบุคคลในครอบครัวจะดูแลเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งฉันในขณะที่ฉันเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจต่อคำแนะนำของฉัน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 คะแนน อยู่ในระดับมาก ด้านข้อมูลข่าวสารข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ บุคคลในครอบครัวจะเตือนให้ฉันมารับการตรวจรักษาเมื่อฉันมีอาการผิดปกติหรือเกิดอาการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ฉันได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ บุคคลในครอบครัวมักจัดหาหนังสือหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของฉันมาให้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งของการเงินและการดูแล ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันในการเดินทางเมื่อมารับการรักษา เช่น จัดหาพาหนะให้ พามาส่ง มาเป็นเพื่อน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก บุคคลในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่างๆ ในระหว่างที่ฉันเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก ข้อที่มี

คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือฉันเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การ  
รับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล เกิดวันที่ 29 กันยายน 2513 สำเร็จการศึกษา  
 หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีพ.ศ.2536 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาล  
 ประจำการระดับ 6 ตึกอัยกวัณฯ ชั้น 9 ทิศใต้ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์  
 โรงพยาบาลศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร และได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตร  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
 มหาวิทยาลัยเมื่อปีการศึกษา 2545



สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย