

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน
กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด



นางสาว อรุณช ประดับทอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-0954-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN NAUSEA/VOMITING SEVERITIES, SYMPTOM MANAGEMENT, AND
FUNCTIONAL STATUS IN CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY



Miss Oranute Pradubthong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis 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 2002

ISBN 974-17-0954-4

อรนุช ประดับทอง : ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. (RELATIONSHIPS BETWEEN NAUSEA/VOMITING SEVERITIES, SYMPTOM MANAGEMENT, AND FUNCTIONAL STATUS IN CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY) อ.ที่ปรึกษา : อ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 116 หน้า. ISBN 974-17-0954-4.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79, 0.70, 0.90 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=13.64$)
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.66$) สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.65$)
3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.3$) โดยด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับและด้านความสามารถในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.81, 3.61$ และ 3.75) สำหรับด้านการทำงานอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.18$)
4. ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.375$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหาร และด้านการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.356, -.330, -.237$, และ $-.255$)

การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการทำงาน

การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.255$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.351$) และไม่มีสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการทำงาน

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ลายมือชื่อผู้วิจัย.....

ปีการศึกษา.....2545.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4377639236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD : NAUSEA/VOMITING SEVERITIES / SYMPTOM MANAGEMENT / FUNCTIONAL STATUS /
CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY

ORANUTE PRADUBTHONG : RELATIONSHIPS BETWEEN NAUSEA/VOMITING SEVERITIES,
SYMPTOM MANAGEMENT, AND FUNCTIONAL STATUS IN CANCER PATIENTS UNDERGOING
CHEMOTHERAPY. THESIS ADVISOR: CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 116 pp. ISBN 974-17-0954-4.

The purpose of this research was to examine the relationships between nausea/vomiting severities, symptom management, and functional status in cancer patients undergoing chemotherapy. Subjects were 80 patients admitted at King Chulalongkorn Memorial Hospital. These patients were 18 years old and over, and all voluntarily participated in the study. Data were collected by using 4 instruments: demographic data form, Index of Nausea, Vomiting, and Retching, Symptom Management Scale, and Functional Status Scale. The reliability of three instruments were 0.79, 0.70, and 0.90, respectively. Statistical techniques used in data analysis were mean, standard deviation, and Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

Major findings were as follows:

1. Nausea/vomiting severities mean scores of cancer patients undergoing chemotherapy were at the medium level. ($\bar{X}=13.64$)
2. Pharmacological management mean scores of cancer patients undergoing chemotherapy were at the medium level ($\bar{X}=1.66$) and nonpharmacological management mean scores were at the high level. ($\bar{X}=2.65$)
3. Functional status scores of cancer patients undergoing chemotherapy were at the medium level. ($\bar{X}=3.3$). Daily activities scores, sleep pattern scores, and ability to enjoy food scores were at the high level while working scores was at the low level. ($\bar{X}= 3.81, 3.61, 3.75$ and 2.18 respectively).
4. There was a negatively statistical correlation between nausea/vomiting severities and functional status at the level of .05 ($r= -.375$). There was a negatively statistical correlation between nausea/vomiting severities and functional status in the aspect of daily activities, sleep pattern, ability to enjoy food, and working at the level of .05 ($r= -.356, -.330, -.237$ and $-.225$ respectively).

There was no correlation between pharmacological management and functional status. There was no correlation between pharmacological management and functional status in the aspect of daily activities, sleep pattern, ability to enjoy food, and working.

There was a positively statistical correlation between nonpharmacological management and functional status at the level of .05 ($r= .255$). There was a positively statistical correlation between nonpharmacological management and functional status in the aspect of sleep pattern at the level of .05 ($r=.351$). There was no correlation between nonpharmacological management and functional status in the aspect of daily activities, ability to enjoy food, and working.

Field of study Nursing
Academic year 2002

Student's signature.....
Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. ชนกวร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกใน พระคุณของท่านเป็นที่สุด และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้อบรมวิทยานิพนธ์ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ ประธาน สอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็น ที่ปรึกษาในการใช้สถิติ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนส่วน หนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบ ความตรงและแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย บุคลากรพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่าน และที่สำคัญ คือผู้ป่วยมะเร็งทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัยและเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่สนับสนุน ด้านการศึกษา เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น พี่ น้อง เจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์- มหวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อและคุณแม่เป็นอย่างสูง ขอขอบคุณสมาชิกใน ครอบครัวทุกคน ที่ได้คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จ การศึกษา

นางสาวอรนุช ประดับทอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานงานวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ผู้ป่วยมะเร็งและการรักษา.....	12
เคมีบำบัด.....	15
อาการคลื่นไส้อาเจียน.....	22
การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน.....	33
แบบจำลองการจัดการกับอาการของลาร์สันและคนอื่นๆ.....	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	55
การรวบรวมข้อมูล.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะ.....	92
รายการอ้างอิง.....	94
ภาคผนวก.....	101
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	102
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือ ในการวิจัย.....	104
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	107
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	114
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	116

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และ ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา.....	52
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และยาต้านการอาเจียนที่ได้รับ.....	54
3. ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
4. คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	65
5. จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน จำแนกตามอาการ.....	66
6. คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยาและไม่ให้ยา.....	69
7. ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยา จำแนกตามรายข้อ....	70
8. ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ให้ยา จำแนกตามรายข้อ.....	71
9. คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะการทำหน้าที่ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	74
10. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ.....	75
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรุนแรงของอาการการจัดการอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์.....	78

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย โรคมะเร็งพบได้ในทุกระบบของร่างกายและเป็นโรคที่คุกคามชีวิต ข้อมูลจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2543) รายงานว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอยู่ในอันดับแรก ตามด้วยโรคหัวใจและอุบัติเหตุ จากสถิติการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ของประชากรไทยทุก 100,000 ราย มีอัตราเพิ่มมากขึ้นอย่างน่าตกใจดังจะเห็นได้จาก ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2543 แสดงให้เห็นถึงอัตราการเกิดของโรคมะเร็งได้ดังนี้ ในปี พ.ศ.2540 มีอัตรา 43.4 ปี พ.ศ.2541มีอัตรา 48.7 ปี พ.ศ.2542 มีอัตรา 58.6 และปี พ.ศ.2543 มีอัตราสูงถึง 63.9 และยังพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนชาวไทยจากทุกอายุและทุกเพศรวมกันพบว่า 1 ในทุก 10 ราย มาจากโรคมะเร็ง (สถาพร ลีลานันทกิจ, 2539:56-57) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่า ในปี พ.ศ.2563 ทั่วโลกจะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2545)

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าไปมาก โรคมะเร็งหลายชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้ แม้ในระยะที่เป็นมากแล้ว ในโรคมะเร็งบางชนิดแม้เป็นระยะที่แพร่กระจายแล้วถึงแม้รักษาไม่หายขาด ก็สามารถให้การรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย หรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การรักษาโรคมะเร็งสามารถรักษาได้ 4 วิธีคือ การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายรังสีรักษา และโดยวิธีภูมิคุ้มกันบำบัด (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเกือบร้อยละ 85 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีระยะเวลาปลอดจากโรคยาวนานขึ้นและบางรายอาจหายจากโรคได้ นอกจากนี้ยังพบว่าเคมีบำบัดมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะแพร่กระจาย (ชอลดา พันธุเสนา และ ธีญพร ชื่นกลิ่น, 2542:96) แม้ว่าเคมีบำบัดจะมีผลดี แต่การรักษาด้วยเคมีบำบัดก็ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ไข้ หนาวสั่น อาการอ่อนเพลีย ผมร่วง มีผลต่ออวัยวะไตและตับ จากการศึกษาของรัชนี นามจันทร์ (2535:51) พบว่าอาการข้างเคียง

จากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่พบในผู้ป่วยมากที่สุดคือ อาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งพบถึงร้อยละ 93.3 คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Jenns (1994:489) พบว่า มีอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดถึง 70-80% และการศึกษาของ Foltz และคณะ (1996:681) ได้รายงานว่าการข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่พบคือ ผม่วง 95% อาการอ่อนล้า 85% อาการคลื่นไส้ 71% และอาการอาเจียน 39% นอกจากนี้ ANCHOR (The Anti Nausea Chemotherapy Registry, 2002) รายงานว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ประสบการณ์การมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นการรับรู้ขณะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ อาการคลื่นไส้อาเจียนอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วยอาการคลื่นไส้ อาการขย้อน และอาการอาเจียน โดยประสบการณ์การมีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีการรับรู้เริ่มจากอาการเวียนศีรษะ ปั่นป่วนภายในท้อง จุกแน่นหน้าอก น้ำลายสอ คลื่นไส้ และอาเจียนออกมา (อุสาห์ รุจิระวิโรจน์, 2543) อาการคลื่นไส้ อาการขย้อน และอาการอาเจียนเป็นอาการที่แยกออกจากกัน ซึ่งผู้ป่วยอาจเกิดอาการใดอาการหนึ่งหรือทั้ง 3 อาการก็ได้ (รัชนี้ นามจันทร์, 2535:84) จากการศึกษาแบบแผนของอาการคลื่นไส้อาเจียนของ ประทุม สร้อยวงษ์ (2538) ได้แบ่งแบบแผนอาการคลื่นไส้อาเจียนออกเป็น 4 แบบแผน คือ 1) ไม่เกิดอาการ 2) เกิดอาการเล็กน้อย 3) อาการปานกลางแล้วค่อยๆลดลงอย่างช้าๆ 4) เกิดอาการรุนแรงมากแล้วค่อยๆลดลงแล้วเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและลดลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังพบว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยรุนแรงที่สุดในระยะ 12 ชั่วโมงแรกหลังให้ซิสพลาติน (รัชนี้ นามจันทร์, 2535) และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด (Rhodes et al., 1987:40-41)

อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้น กรณีที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ หรือในรายที่มีอาการรุนแรงหรือเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ผลต่อภาวะทุพโภชนาการ เกิดการขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะกรดต่างไม่สมดุลจากการสูญเสียอาหารและน้ำย่อยทางอาเจียน เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อในทางเดินอาหารหากมีการอาเจียนรุนแรงเกิดความไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย รู้สึกไม่ปลอดภัย เกิดความวิตกกังวล สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง (ชูชื่น ดำรงธรรม, 2535:62-63 ; ทวีศักดิ์ แทนวันดี, 2537:85-86 ; Frick et al., 1988:118 ; Jordan, 1989:213 ; Edwards et al., 1991:249 ; Jenns, 1994:489 ; Grant, 1997:6 ;) หากผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ยังส่งผลถึงประสิทธิภาพในการรักษา แพทย์จำเป็นต้องลด

ขนาดของยาลง ซึ่งขนาดที่ได้รับอาจน้อยกว่าขนาดที่เหมาะสมกับการรักษา ทำให้การรักษาที่จะได้รับเลื่อนเวลาออกไป หรือได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งกระทบต่อค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในส่วนของยาระงับอาการคลื่นไส้อาเจียน บางครั้งต้องอยู่โรงพยาบาล นอกจากผลกระทบดังกล่าวยังส่งผลถึงภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงาน ซึ่งจากการศึกษาของ Lindley และคณะ (1992) พบว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ตลอดคล้อยกับคำกล่าวของ Grumberg (ANCHOR, 2002) ที่ว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนรบกวนการทำหน้าที่ในแต่ละวัน นอกจากนี้ Farley และคณะ (1997) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการทำหน้าที่ต่อการใช้ยาต้านการอาเจียนเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนภายหลังรับเคมีบำบัด มีผลต่อการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนมีได้หลายรูปแบบ เช่น การใช้ยาต้านการอาเจียน มีรายงานการศึกษาจำนวนมากที่พยายามจะพัฒนาประสิทธิภาพของยาต้านการอาเจียน แม้จะพบว่าประสิทธิภาพในการควบคุมอาการดีขึ้น แต่ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังคงเกิดอาการถึงแม้ว่าจะได้รับยาเหล่านี้แล้ว นอกจากการใช้ยาต้านการอาเจียนแล้ว ยังมีการศึกษาเชิงทดลองที่ใช้จิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัดในการควบคุมอาการ ได้มีผู้พยายามศึกษา รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับวิธีการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน พบว่า มีการใช้เทคนิคผ่อนคลาย การสร้างจินตนาการ การสะกดจิต การป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) และการนวดหลังบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการคาดคะเน (Jablonski, 1993 : 71) นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคนิคอื่นๆ อาทิ การนวดเท้า (foot massage) และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) ซึ่ง Wickham รายงานว่า วิธีการดังกล่าวทำให้เกิดการผ่อนคลาย จึงช่วยลดอาการคลื่นไส้เนื่องจากไปขัดขวางศูนย์อาเจียน (Jablonski, 1993 : 71) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีผู้ศึกษาไว้ คือ ใจรัตน์ ศุภกุล (2530) ได้ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า ผู้วิจัยได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า การฝึกการผ่อนคลายช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้มากกว่าการรอให้อาการลดลงด้วยปฏิกิริยาของร่างกาย และการศึกษาของ ชวนพิศ นรเดชาพันธ์ (2531:43) ศึกษาการฝึกการหายใจแบบสงบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียนแบบคาดคะเนล่วงหน้า:การศึกษาเฉพาะกรณี เป็นการสอนการหายใจแบบสงบเพื่อลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนแบบคาดคะเนล่วงหน้าในผู้ป่วย 1 ราย ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าจะสามารถแก้ไข

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนได้ แต่อาจกล่าวได้ว่า การฝึกการหายใจแบบสงบเป็นวิธีง่ายๆ ที่สามารถสอนในหอผู้ป่วยได้ทุกสถานการณ์ ช่วยลดความตึงเครียดและควบคุมความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นส่งผลรบกวนต่อผู้ป่วย และในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็มีการแสวงหาวิธีในการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน การวิจัยในอดีตที่ผ่านมา มีการเน้นการศึกษาถึง ประสิทธิภาพการมีอาการรวมถึงแบบแผนของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน การจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียน และผลกระทบของอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่ยังไม่พบว่ามี การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของทั้ง 3 แนวคิดนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จะเป็นความรู้พื้นฐานที่สำคัญซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการในการวางแผนให้การพยาบาล ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ ในเรื่อง การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงานในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างไร
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมีการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างไร
3. ภาวะการทำหน้าที่ ในเรื่อง การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงานในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
4. ความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการ (A Model for Symptom Management) ของลาร์สันและคนอื่นๆ (Larson et al.,1994) โดยลาร์สันและคนอื่นๆ (1994) ได้ให้ความหมายไว้ว่า อาการ หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวจิตสังคม ความรู้สึกและสติปัญญา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความทุกข์ (distress) แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes) ดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences)

ประสบการณ์การมีอาการ เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา มีความเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ (Perception of Symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms) โดยเริ่มจากที่บุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากที่ตนเองเคยรู้สึก เคยปฏิบัติ ใช้สติปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่างๆ ในการแปลความหมายของข้อมูลออกมาถึงระดับความรุนแรง

จากการค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประสบการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้เริ่มจาก อาการเวียนศีรษะ ปั่นป่วนภายในท้อง จุกแน่นหน้าอก น้ำลายสอ คลื่นไส้และอาเจียนออกมา (อุสาห์ รุจิระวิโรจน์,2543) โดยที่อาการคลื่นไส้ อาการขย้อน และอาการอาเจียนเป็นอาการที่แยกออกจากกัน ผู้ป่วยอาจเกิดอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการร่วมกันก็ได้ (Rhodes et al.,1987)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาแบบแผนของอาการคลื่นไส้อาเจียนโดย Rhodes และคณะ (1987) รัชนี นามจันทร์ (2535) และประทุม สร้อยวงศ์ (2338) ผลการศึกษาพบว่า มีความคล้ายคลึงกันเพียงบางส่วน ทั้งนี้อาจเนื่องจากทั้ง 3 การศึกษาได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างและการได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอแบบแผนอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ศึกษาโดย Rhodes และคณะ (1987) เนื่องจากแบบแผนดังกล่าวพบได้ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มแม้จะได้รับยาเคมีบำบัดแตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้ แบบแผนของอาการคลื่นไส้มี 4 ลักษณะ คือ 1) อาการรุนแรงตลอด 2) อาการเล็กน้อย 3) อาการเริ่มจากเล็กน้อยแล้วค่อยๆ รุนแรงขึ้น และ 4) อาการรุนแรงขึ้นช่วงหนึ่งแล้วลดลงรวดเร็ว และแบบแผนของอาการอาเจียนและความทุกข์

ثمانมี 4 ลักษณะคือ 1) อาการรุนแรงมากแล้วค่อยๆ ลดลง 2) อาการเล็กน้อย 3) อาการเริ่มจากเล็กน้อยแล้วค่อยๆ รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และ 4) อาการรุนแรงขึ้นช่วงหนึ่งแล้วลดลงรวดเร็ว ซึ่งแบบแผนดังกล่าวพบได้ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มแม้จะได้รับยาเคมีบำบัดแตกต่างกัน

2. กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies)

เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่าง ๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา ซะลดผลทางลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาทีมสุขภาพ และการดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย ตามด้วยการระบุเป้าหมายของการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งการจัดการกับอาการจะสำเร็จได้ต้องอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้ผลตามต้องการ

จากการค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นจำนวนมาก ทั้งการพัฒนาประสิทธิภาพของยาต้านการอาเจียน การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยาต้านการอาเจียน ทั้งการศึกษาในเชิงทดลองที่ใช้จิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด รวมถึงการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ ซึ่งต่างก็มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

3. ผลจากอาการ (Symptom Outcomes)

เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการอาการ ปัจจุบันชี้ถึงผลจากอาการมี 10 ประการ ประเมินออกมาในรูปของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการป่วย ความเจ็บป่วยร่วม และอัตราตาย โดยมีภาวะของอาการเป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากข้อบ่งชี้อื่นๆ ซึ่งผลจากอาการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการใช้กลวิธีจัดการอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

จากการค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังรับยาเคมีบำบัดมีผลด้านลบต่อการทำหน้าที่ (Farly et al.,1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindley และคณะ (1992) ที่พบว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ และอาการคลื่นไส้อาเจียนมีผลต่อคุณภาพชีวิต (Lindley & Hirsch,1992) และจากการประเมินผลภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของโอซาบาและคณะ (Osaba et al.,1997) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการ

คลื่นไส้หลังรับยาเคมีบำบัดมีผลต่อทางด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ ภาวะอารมณ์ การรับรู้ และ บทบาทหน้าที่ทางสังคม และผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนมีผลด้านลบต่อร่างกาย บทบาทหน้าที่ และ หน้าที่ทางสังคม รวมถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งหมด

แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes) ไว้ดังนี้ เมื่อบุคคลประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของตนเองจาก การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เกิดเป็นผลจากอาการในรูปของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยร่วม อัตราตาย หรือภาวะอารมณ์ บุคคลจะปฏิบัติการเพื่อบรรเทา/แก้ไขอาการโดยวิธีการต่างๆ โดยอาศัยความร่วมมือของตนเอง ครอบครัว และทีมสุขภาพ จนกว่าจะได้ผลตามที่ต้องการ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Model for Symptom Management)

ของลาร์สันและคนอื่นๆ (Larson et al., 1994) อธิบายประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการอาการ และผลจากอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ไว้ดังนี้

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้ที่เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนขึ้น ผู้ป่วยจะประเมิน ประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของตนเอง จากการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ เพื่อแปลความหมายของอาการคลื่นไส้อาเจียนในเรื่องความรุนแรงของอาการ และผลจากอาการต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ในเรื่อง การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงาน จากนั้นบุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการที่เหมาะสม เพื่อควบคุม/บรรเทาผลของอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การจัดการอาการโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ครอบคลุมถึงการจัดการด้วยตนเอง ร่วมมือกับครอบครัวและทีมสุขภาพ จนกว่าจะได้ผลตามที่ต้องการ ถ้าการจัดการกับอาการมีประสิทธิภาพจะสามารถควบคุม/บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้น กำหนดสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน

2.2 การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน

2.2 ภาวะการทำหน้าที่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยผู้ป่วยรู้สึกหรือรับรู้ต่อความถี่ ระยะเวลา และความรู้สึกทุกข์ทรมานขณะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคลื่นไส้ อาเจียนประกอบด้วย อาการคลื่นไส้ อาการขย้อน และอาการอาเจียน

อาการคลื่นไส้ คือ การรับรู้ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นบริเวณหลังคอ ลึ้นไปพร้อมกับความรู้สึกอยากอาเจียน หรือเป็นความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นภายในกระเพาะอาหาร ขณะเกิดพบว่าจะมีน้ำลายออกมามาก

อาการขย้อน คือ การพยายามที่จะขับเอาสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นออกมา

อาการอาเจียน คือ การขับเอาสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นผ่านออกมาทางปาก

อาการคลื่นไส้ อาการขย้อน และอาการอาเจียน เป็นอาการที่แยกออกจากกันอาจเกิดอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการรวมกันได้

ในการศึกษาครั้งนี้ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดอาการคลื่นไส้และอาเจียนของโรเดส (Rhodes et al., 1999) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของ

ลิเคอร์ท (Likert scale) แบ่งระดับการรับรู้เป็น 5 ระดับ โดยคะแนนรวมมากแสดงถึงผู้ป่วยรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก

การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียนดำเนินการเพื่อให้อาการคลื่นไส้อาเจียนบรรเทาลง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุม/บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ประกอบด้วย การจัดการอาการโดยการให้ยา และการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนครอบคลุมถึงการจัดการด้วยตนเอง ครอบครัว และทีมสุขภาพ

การจัดการอาการโดยการให้ยา คือ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยาด้านการอาเจียน ครอบคลุม 9 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม Antihistamine Anticholinergics Benzamide Benzodiazepines Butyrophenones Cababinoid Phenothiazine Steroid และ Antihistamine ทั้งโดยทางรับประทาน ทางเส้นเลือดดำ รวมทั้ง ยาแผนโบราณและแผนปัจจุบัน

การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา คือ วิธีการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการให้ยา เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ดนตรีบำบัด การจัดการเกี่ยวกับอาหาร ตลอดจนการดูแลให้ตนเองได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

ในการศึกษาครั้งนี้การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ ลาร์สันและคนอื่นๆ (Larson et al., 1994) และการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ประเมินถึงการใช้วิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert scale) แบ่งระดับการจัดการอาการเป็น 5 ระดับ โดยคะแนนรวมมากหมายถึงมีการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนด้วยวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมมาก

ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงาน ตามการรับรู้ของตนเอง

การทำกิจวัตรประจำวัน คือ กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำในแต่ละวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย

การนอนหลับ คือ คุณภาพการนอนหลับพักผ่อนในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

ความสามารถในการรับประทานอาหาร คือ การดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร เช่น การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร และปริมาณการรับประทานอาหาร ในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

การทำงาน คือ การประกอบการทำงานที่รับผิดชอบ ทั้งงานประจำ และงานบ้าน

ในการศึกษาครั้งนี้ภาวะการทำหน้าที่สามารถวัดได้โดยใช้ แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดจากลินด์เลย์และคณะ(Lindley et al.,1992) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งระดับภาวะการทำหน้าที่เป็น 4 ระดับ คะแนนรวมมากหมายถึงภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับที่ดีมาก

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรู้ว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
2. เป็นแนวทางในการประเมินและจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการส่งเสริม พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างเหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งและการรักษา
 - 1.1 การรักษา
 - 1.2 จุดประสงค์ในการรักษา
 - 1.3 การควบคุมและบำบัดโรคมะเร็ง
2. เคมีบำบัด
 - 2.1 ชนิดของยาเคมีบำบัด
 - 2.2 วิธีการใช้ยาเคมีบำบัด
 - 2.3 วิธีการให้ยาเคมีบำบัด
 - 2.4 ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด
 - 2.5 การรักษามะเร็งและการใช้เคมีบำบัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. อาการคลื่นไส้อาเจียน
 - 3.1 กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน
 - 3.2 กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด
 - 3.3 ลักษณะการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด
 - 3.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด
 - 3.5 เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน
4. ผลของอาการคลื่นไส้อาเจียน
 - 4.1 การควบคุมอาการและการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน
 - 4.2 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยา
 - 4.3 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้สารจากธรรมชาติ
 - 4.4 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยา

2. แบบจำลองการจัดการกับอาการของลาร์สันและคนอื่นๆ (Larson et al.,1994)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยมะเร็งและการรักษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่บำบัดรักษาให้หายขาดได้ (curable) และกลุ่มที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ (incurable) ซึ่งยังสามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้อีก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ยังพอรักษาได้ (treatable) และที่โรคแพร่กระจายไปมากจนไม่มีวิธีที่จะรักษาได้อีกแล้ว (untreatable) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการบำบัดผู้ป่วยโรคมะเร็งมีช่วงกว้างมาก ตั้งแต่การบำบัดโรคมะเร็งให้หายขาดได้ในด้านหนึ่ง และไปสู่อีกด้านหนึ่งที่โรคมะเร็งที่เป็นอยู่ไม่มีวิธีรักษาได้นอกจากการรักษาตามอาการแก่ผู้ป่วยเท่านั้น (สถาพร ลีลานันท์ทกิจ,2537)

1.1 การรักษา (Treatment) (สุมิตรา ทองประเสริฐ,2536)

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันทำได้ 4 วิธี คือ

- 1.1.1 การผ่าตัด (Surgery)
- 1.1.2 การใช้รังสีรักษา (Radiation therapy)
- 1.1.3 การใช้เคมีบำบัด (Chemotherapy)
- 1.1.4 การรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy or Biologic therapy)

1.1.1 การผ่าตัด (Surgery) ใช้เพื่อวินิจฉัยโรค (biopsy) และการรักษา ในแง่ของการรักษาการผ่าตัดอาจเป็นวิธีหลักร่วมกับการรักษาแบบอื่นซึ่งจะต้องพิจารณาในภายหลัง หรืออาจใช้ในกรณีที่มีจุดมุ่งหมายในการลดขนาดของก้อน (ลด bulk ของ cancer) เช่น มะเร็งรังไข่ เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วการผ่าตัดจะเข้ามาเกี่ยวข้องในการรักษามะเร็งเกือบทุกชนิด อย่างน้อยในแง่ของการวินิจฉัยโรค ยกเว้นกรณีมะเร็งเม็ดเลือดซึ่งสามารถวินิจฉัยได้โดยการอ่านสเมียร์เลือดและตรวจไขกระดูก

1.1.2 รังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการรักษาซึ่งใช้ได้ดี ในกรณีที่มะเร็งนั้นอยู่เฉพาะที่ ยังไม่แพร่กระจาย พบว่า พยาธิวิทยาของเซลล์มะเร็งมีบทบาทต่อผลการรักษาด้วยมะเร็งบางชนิดจะตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยรังสีรักษา เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งหลังโพรงจมูก เป็นต้น การรักษามะเร็งด้วยรังสีทำได้ทั้งกรณีหวังผล curative และ palliative ข้อควรระวังของการ

รักษาด้วยรังสี คือ ผลเสียจากรังสีต่ออวัยวะสำคัญข้างเคียง เช่น ประสาทไขสันหลัง ตับ ไต ลำไส้ เป็นต้น

1.1.3 เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นวิธีการรักษาซึ่งนำมาใช้ในกรณีที่มีมะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจาย การรักษาด้วยเคมีบำบัด มีข้อควรระวังและผลข้างเคียงหลายอย่าง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการให้ยา ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ใช้รักษามะเร็งในระยะแพร่กระจายแล้ว เคมีบำบัดยังใช้เป็นการรักษาเสริม (Adjuvant Chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัด และอาจใช้เป็นยาต้าน (Neoadjuvant Chemotherapy) ก่อนการผ่าตัดหรือฉายแสงด้วย การให้ยาเคมีบำบัดในปัจจุบันนี้นิยมนำยาเดี่ยวจากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกัน (Combination chemotherapy) ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดพิษของยาแต่ละชนิดลง ทำให้ผลของการรักษาดีขึ้น รวมทั้งลดการดื้อยาของโรคมะเร็งด้วย

1.1.4 การรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy or Biologic therapy) การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันเริ่มมีการนำสารชีวภาพมาใช้ในการรักษามะเร็งมากขึ้น เช่น การใช้สารซึ่งมีคุณสมบัติกระตุ้นเม็ดเลือดขาว (Granulocyte-colony stimulating factor) ร่วมกับการใช้เคมีบำบัด เพื่อลดผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และหวังผลในแง่สามารถเพิ่มขนาดยา โดยคาดหวังว่าเมื่อเพิ่มขนาดยาเคมีบำบัดให้สูงขึ้นผลการรักษาคงจะดีขึ้น การนำสาร interferon, interleukins หรือ monoclonal antibodies มาใช้ กำลังเป็นที่สนใจและนำมาใช้กันมากขึ้น

ส่วนใหญ่การรักษามะเร็งจะต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน เรียกเป็น multimodalities treatment เช่น อาจจะใช้การผ่าตัดร่วมกับการให้รังสีรักษา การผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัด การผ่าตัดร่วมกับการให้รังสีรักษา ให้เคมีบำบัด และใช้สารชีวภาพหรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน เป็นต้น การเลือกว่าจะใช้วิธีการรักษาแบบใด วิธีการใดก่อน วิธีการใดหลัง ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของมะเร็งชนิดนั้นๆ (natural history) ระยะของโรค(staging) อาการรบกวนของผู้ป่วย(acute symptom) โรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ปอด รวมถึงการพยากรณ์โรค และผลข้างเคียงของวิธีการรักษาประกอบกัน การรักษาโดยวิธี multimodalities treatment นี้ต้องการผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา เช่น นักพยาธิวิทยา พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และอื่นๆ มาร่วมกันวางแผนการรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

1.2 จุดประสงค์ของการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งประกอบด้วย (นรินทร์ วรรณดี,2537)

1.2.1 Cure คือการรักษาให้หายขาด

1.2.2 Prolong survival ในรายที่ไม่หายขาด อาจใช้การรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วย

1.2.3 Palliative/Supportive ในรายที่ไม่หายขาด และไม่สามารถจะยืดชีวิตผู้ป่วยต่อไปได้ การรักษาจะเป็นแบบประคับประคอง และการรักษาตามอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งน้อยที่สุด

1.2.4 Quality of life การรักษาจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระหว่างการรักษาที่ดีที่สุด เช่น ลดความเจ็บปวด ไม่ทุกข์ทรมาน ไม่มีผลข้างเคียงที่รุนแรงเกินไป สามารถดำรงชีวิตแบบคนทั่วไปได้ เป็นต้น

1.3 การควบคุมและบำบัดโรคมะเร็ง สามารถแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1.3.1 การป้องกัน (Protection)

1.3.2 การค้นหาโรคระยะแรก (Early protection)

1.3.3 การบำบัด (treatment)

1.3.4 การป้องกันไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือการดูแลแบบประคับประคอง (Prevent suffering or palliative care)

สำหรับระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศไทยใน 3 ขั้นตอนแรกของการควบคุมโรคมะเร็งนั้น สามารถกล่าวได้ว่ามีกิจกรรมที่ครอบคลุมเกือบทั้งหมดแม้จะไม่สมบูรณ์แบบก็ตาม เช่น ในขั้นตอนที่หนึ่งในการป้องกัน มีการให้ความรู้แก่สาธารณสุขชนตามสื่อต่างๆ ถึงปัจจัยเสี่ยงและสารก่อมะเร็ง เช่น โครงการต่อต้านการสูบบุหรี่ โครงการงดรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะปลาน้ำจืด โครงการแนะนำให้ลดการรับประทานอาหารปิ้งหรือเผา เป็นต้น ในขั้นตอนที่สองการค้นหาโรคระยะแรก มีการรณรงค์ให้มีการตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับชาติแก่สตรีวัยระหว่าง 40-45 ปี การตรวจค้นหาโรคมะเร็งในสตรี เป็นต้น ในขั้นตอนที่สามเกี่ยวกับการบำบัดโรคมะเร็ง วัตถุประสงค์ที่แท้จริงคือการมุ่งรักษาให้หายขาด หรืออย่างน้อยก็เป็นการบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปให้ยาวนานขึ้นโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมกับการมีชีวิตที่มีคุณค่าต่อตัวเองและสังคม ในขั้นตอนนี้พบว่าทางการแพทย์ของประเทศไทยได้ใช้เงินงบประมาณเกือบทั้งหมดที่เหลือจาก 2 ขั้นตอนแรกเพื่อการนี้โดยเฉพาะ เช่น จัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ใหม่ๆ ราคาแพง รวมทั้งการใช้ยาเคมีบำบัดชนิดใหม่ราคาแพงในการรักษา และในขั้นตอนการดูแลขั้นที่สี่ยังเป็นปัญหาเนื่องจากถูกละเลยอีกทั้งยังไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ

2. เคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดหรือยาต้านมะเร็งนั้น ถูกนำเข้ามาใช้กับการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่สมัยปี ค.ศ.1940 เป็นต้นมาและมีวิวัฒนาการการค้นพบเคมีบำบัดชนิดใหม่ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยา เภสัชวิทยาของยาแต่ละตัว ผลข้างเคียง จนกระทั่งในปัจจุบันนี้มียาเคมีบำบัดซึ่งใช้กันอยู่ทั่วไปเป็นจำนวนมาก ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีคุณสมบัติเด่น คือ การไปขัดขวาง ทำลายการทำงานของเอนไซม์หรือสารซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้าง DNA ของเซลล์ เซลล์มะเร็งมีคุณสมบัติในการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว มีการสังเคราะห์ DNA เกือบตลอดเวลา ดังนั้นเซลล์มะเร็งจึงถูกทำลายได้ง่ายกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเซลล์ปกติในร่างกาย การใช้ยาเคมีบำบัดมักจะถูกจำกัดโดยผลข้างเคียงของยา โดยทั่วไปแล้วยาที่มีประสิทธิภาพสูงแต่ไม่มีผลข้างเคียงนั้นเป็นยาที่ดีที่สุดแต่หาโอกาสที่จะได้ยาชนิดนี้มีน้อยมาก

เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง ช่วยให้มียาระยะเวลาปลอดโรคมะเร็งยาวนานขึ้น และสามารถรักษาโรคมะเร็งบางชนิดให้หายขาดได้ การเลือกใช้ยาเคมีบำบัดกลุ่มใดนั้น แพทย์จะต้องพิจารณาจากชนิดของมะเร็ง ตำแหน่ง และระยะของโรคมะเร็ง ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ในไขกระดูก เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เซลล์จากผม เป็นต้น โดยเลือกใช้ยาที่มีผลต่อเซลล์ปกติน้อยที่สุด การใช้ยาเคมีบำบัดหลายตัวร่วมกัน โดยเลือกยาที่มีคุณสมบัติเสริมฤทธิ์กันและมีผลข้างเคียงแตกต่างกัน ช่วยให้เกิดอาการข้างเคียงไม่รุนแรงเกินไป ผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการข้างเคียงได้และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา

2.1 ชนิดของยาเคมีบำบัด

แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์หรือตามลักษณะโครงสร้าง เป็น 6 กลุ่มใหญ่

2.1.1 Alkylating Agents ตัวอย่างเช่น cyclophosphamide (endoxan), Busulphan, Nitrogen mustard เป็นต้น

2.1.2 Antitumor Antibiotics ตัวอย่างเช่น doxorubicin (Adriamycin), mitomycin-C, Mytoxantrone, Dactinomycin (Actinomycin D) และ bleomycin เป็นต้น

2.1.3 Antimetabolites ได้แก่ 5-Fluorouracil (5-FU), methothexate (MXT), Cytosine arabinoside (Ara-C) เป็นต้น

2.1.4 Plant Alkaloids ได้แก่ vincristine, vinblastine, etoposide (VP-16) เป็นต้น

2.1.5 Hormones ได้แก่ tamoxifen เป็นต้น

2.1.6 Miscellaneous ได้แก่ cisplatin, carboplatin, asparaginase เป็นต้น

แบ่งตามระดับความรุนแรง

ยาเคมีบำบัดมีหลายชนิด แต่ละชนิดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน รุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน สามารถแบ่งชนิดของยาเคมีบำบัดได้เป็น 3 กลุ่มตามความรุนแรงของการเกิดอาการได้ดังนี้ (Wickham,1989:565; Peter,1989:103; Fessele,1996:1410; Goodman,1997:21, Gonzales & Adums,2001:88; ASCO,2001)

1. ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดความรุนแรงมาก จะเกิดอาการภายใน 1-6 ชั่วโมง ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด พบว่าเกิดกับผู้ป่วยร้อยละ 90 ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Cisplatin , Cytarabine(Cytosar) $>1 \text{ g/m}^2$, Carboplatin (Paraplatin), Actinomycin-D, Doxorubicin(Adriamycin) $>20 \text{ mg/m}^2$, Epirubicin (Pharmorubicin), Methotrexate $>250 \text{ mg/m}^2$,Cyclophosphamide ในขนาดสูง

2. ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงปานกลาง จะเกิดอาการภายใน 2-12 ชั่วโมงภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด พบว่าเกิดกับผู้ป่วยร้อยละ 30-90 ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Mitoxantrone, Mitomycin, Fluorouracil, Nitrogeen mustard, Cytarabine(Cytosar) 100 mg/m^2 to $< 1\text{g/m}^2$, Doxorubicin (Adriamycin) $<20 \text{ mg/m}^2$, Methotrexate $>50 \text{ mg/m}^2$ to $< 250 \text{ mg/m}^2$

3. ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงน้อย จะเกิดอาการภายใน 6-12 ชั่วโมงภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด พบว่ามีผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 30 ที่เกิดอาการนี้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluorouracil , Hydroxurea , Methotrexate , Bleomycin , Vincristine ,Vinblastine , Etoposide, Cytarabine(Cytosar) $< 100 \text{ mg/m}^2$, Methotrexate $< 50 \text{ mg/m}^2$

2.2 วิธีการใช้ยาเคมีบำบัด

การใช้ยาเคมีบำบัดใช้ได้ 4 แบบ คือ

1.2.1 นำมาใช้ในการรักษา advanced หรือ metastatic cancer (มะเร็งระยะแพร่กระจาย)

1.2.2 ใช้เพื่อเป็นการรักษาเสริม (adjuvant treatment) ในโรคมะเร็งบางชนิดซึ่งการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น ผ่าตัด สามารถทำให้โรคหรือก้อนมะเร็งหมดไปได้แล้ว แต่อาจมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (residual micrometastatic tumor cell) ซึ่งเซลล์ที่เหลืออยู่นั้นตรวจไม่พบด้วยวิธีการต่างๆ เรียกการให้ยาแบบนี้ว่า Adjuvant Chemotherapy

1.2.3 ใช้เป็นการรักษาเบื้องต้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอื่นต่อ ในกรณีที่โรคนั้นเป็นมากแต่ยังจำกัดอยู่เฉพาะที่ (locally advanced disease) การรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษาอย่างเดียวมักจะทำได้ยาก เช่น ก้อนใหญ่มาก ผ่าตัดแล้วแผลปิดไม่ได้ หรือบริเวณที่จะต้องฉายรังสีมีบริเวณกว้างขวางทำให้เนื้อเยื่อปกติถูกทำลายเป็นปริมาณมาก การรักษามักได้ผลไม่ดี การให้ยานำเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งในกรณีนี้เรียกว่า Neo-adjuvant Chemotherapy หรือ Primary Chemotherapy หรือ Induction Chemotherapy ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาโดยวิธีนี้ยังไม่อาจสรุปถึงขั้นนำมาใช้เป็นการรักษาผู้ป่วยทั่วไปได้

1.2.4 การให้ยาเคมีบำบัด โดยการฉีดเข้าไปโดยตรงในบริเวณที่ยานั้นๆ ไม่สามารถผ่านเข้าสู่บริเวณนั้นได้ หรือปริมาณยาที่เข้าสู่ก้อนมะเร็งอาจไม่สูงพอสำหรับการทำลายเซลล์มะเร็ง ถ้าฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือให้รับประทาน ตัวอย่างของการรักษาโดยวิธีนี้ ได้แก่ การฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ช่องปอด หรือช่องท้องเป็นต้น หรืออาจฉีดยาเข้าเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งนั้นๆ โดยตรง เช่น การฉีดเข้าหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงตับในกรณีมะเร็งตับ เป็นต้น

2.3 วิธีการให้ยาเคมีบำบัด

2.3.1 รับประทาน (oral intake) วิธีนี้สะดวก แต่มีข้อจำกัดที่ต้องระวังในแง่ของการดูดซึม การกระจายและการย่อยสลายของยา ปริมาณยาที่ให้ ซึ่งถ้าต้องการในปริมาณสูงมากๆ จะใช้วิธีนี้ไม่ได้ นอกจากนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่น้อยกว่าที่ต้องการ ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ปัจจุบันนิยมใช้เฉพาะในการให้เป็น maintenance treatment

2.3.2 การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular route) วิธีนี้ไม่สามารถใช้ได้กับยาทุกตัว เพราะว่ายาบางชนิดมีคุณสมบัติในการทำลายเนื้อเยื่อสูง ยาที่ใช้ได้คือ cytosine arabinoside, bleomycin, metotrexate และ hormones หลายชนิด

2.3.3 การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ แบ่งเป็น

2.3.3.1 ฉีดเข้าโดยตรง (IV push)

2.3.3.2 ฉีดเข้าโดยการหยดช้าๆ เป็นเวลานานตั้งแต่ 1-24 ชั่วโมง

2.3.3.3 อาจให้ฉีดวันละครั้งทุกวันติดต่อกัน 3-5 วัน หรือฉีดอาทิตย์ละครั้ง หรือเดือนละครั้ง

การให้ยาโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำนั้นขึ้นอยู่กับชนิดยา การออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยา เมื่อให้ในรูปแบบต่างๆ กัน

2.3.4 การฉีดเข้าหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งโดยตรง หรือฉีดเข้าช่องท้อง ช่องปอด หรือไขสันหลัง นิยมใช้ในกรณีที่ต้องการให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาเฉพาะที่สูงขึ้น และลดผลข้างเคียงของยา

2.3.5 การใช้ตัวนำ เพื่อนำยาไปสู่เซลล์มะเร็งโดยตรง เช่น ใส่ใน microencapsulated หรือ microspheres หรือ lipiodolized drug เพื่อให้ยาเข้าไปสู่เซลล์มะเร็งโดยตรง และไม่ทำลาย เซลล์ปกติอื่นนอกจากนั้นก็มีการใช้ monoclonal antibodies มาจับกับยาแล้วให้เข้าไปทำลาย เซลล์มะเร็งในผู้ป่วย เป็นต้น

2.4 ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดอาการในระบบต่าง ๆ ดังนี้

2.4.1 ระบบทางเดินอาหาร เป็นระบบที่ถูกกระทบกวนโดยยาเคมีบำบัดมากที่สุด ส่วนใหญ่จะเป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียน จะเกิดภายใน 1-2 ชั่วโมง จนถึง 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาและ อาจหายภายใน 36 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีการอักเสบของเยื่อช่องปาก ปากเป็นแผลและการรับรส ของอาหารผิดปกติไปหลังจากได้รับยา 5-7 วัน อาจมีหลอดอาหารอักเสบจะมีอาการคอบแห้งเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องเดิน ปวดท้อง ตับอักเสบ หรือตับอ่อนอักเสบได้

2.4.2 ระบบไขกระดูก ยาส่วนใหญ่จะไปกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้ จำนวนเม็ดเลือดแดงต่ำ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซีด มีผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ แก่การทำหน้าที่ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย มึนงง ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจหอบเวลาออกแรง การลดลงของเม็ดเลือดขาวมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคต่ำลง มีโอกาสติดโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย และการลดจำนวนของเกร็ดเลือดมีผลทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่าย กว่าปกติ โดยอาจมีเลือดออกตามผิวหนังหรือเลือดออกตามไรฟันได้

2.4.3 ระบบการไหลเวียนและหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดอักเสบได้ง่าย เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ และมีลิ่มเลือดอุดตันได้บ่อย (thrombophlebitis) จากการฉีดยาเคมีบำบัด เข้าทางหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เป็นผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และอาจเกิดปอดเป็นพังผืด (pulmonary fibrosis) ขึ้นได้แต่พบไม่บ่อยนัก

2.4.4 ระบบไต เนื่องจากยาเคมีบำบัดจะไปทำลายไตและเนื้อเยื่อที่บุภายใน กระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบและมีเลือดออก (hemorrhagic cystitis) ปัสสาวะ เป็นสีน้ำตาลอ่อนหรือสีเลือด หรือเกิดหลอดฝอยของไตตายชนิดเฉียบพลัน (acute tubular necrosis)

ทำให้เกิดภาวะไตวายได้ จากการที่เซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยเคมีบำบัดอย่างรวดเร็วทำให้กรดยูริกตกผลึกในท่อไต

2.4.5 ระบบสืบพันธุ์ อาจทำให้เป็นหมันในเพศชายเคมีบำบัดจะทำให้จำนวนเชื้ออสุจิและการเคลื่อนไหวของอสุจิลดลง ในเพศหญิงจะทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือขาดประจำเดือน เนื่องจากการหลังเอสโตรเจนเปลี่ยนแปลงไป ในรายที่ตั้งครรภ์อาจแท้ง คลอดก่อนกำหนดหรือทารกพิการได้ การเปลี่ยนแปลงนี้จะหายไปหลังจากหยุดการรักษาประมาณ 18-24 เดือน

2.4.6 ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เนื่องจากการเสื่อมสลายของใยประสาท (axon) จากยาเคมีบำบัด อาจมีอาการชาตามปลายนิ้วมือ ปลายนิ้วเท้า ต่อมาจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขา กล้ามเนื้อและเท้าจะลีบลง สูญเสียการทรงตัว บางรายมีใจสั่นเมื่อตั้งใจทำอะไร (intention tremor) นัยน์ตากระตุก (nystagmus) บางรายมีอาการสับสนและซึมลงระยะหนึ่ง อาการเหล่านี้จะดีขึ้นภายหลังหยุดยา

2.4.7 ผิวหนัง ผม และขน อาจมีผิวหนังแห้งและคัน มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว และเล็บ ผิวหนังและเล็บมีสีเข้มขึ้น เป็นผลมาจากมีการทำลายเซลล์ผิวหนัง และอาจมีผมร่วงใน 2-3 สัปดาห์หลังได้รับยา เนื่องจากการทำลายเซลล์ของต่อมรากผม ทำให้มีการเหี่ยวลีบเส้นผมจึงแตกหัก หลุดร่วงได้ง่าย

2.4.8 อาการแทรกซ้อนอื่นๆ ยาเคมีบำบัดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดบางกลุ่มเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อรุนแรงมาก ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ถ้ามีyarั่วซึมออกนอกเส้นเลือด ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ ไข้ หนาวสั่น อาจเกิดหลังจากได้เคมีบำบัดทันทีถึง 6 ชั่วโมง และจะสิ้นสุดภายใน 24 ชั่วโมง อาการอ่อนเพลียไม่มีแรงอาจนานถึง 1 สัปดาห์หรือนานกว่านี้

2.4.9 ผลต่อภาวะจิตสังคม ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่แน่นอนและขาดหลักประกันในความปลอดภัยของชีวิต เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต รู้สึกโกรธ เศร้าโศก สูญเสีย กลัวจะไม่หายจากโรค กลัวความพิการ ทำให้รู้สึกไม่สบาย สิ้นหวัง หมดหวัง และจากภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงไป อาจก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่น่ารังเกียจ รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลงที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และกลัวการถูกทอดทิ้งจากบุคคลอันเป็นที่รัก อารมณ์จะหงุดหงิดเปลี่ยนแปลงง่ายและซึมเศร้าได้

2.5 การรักษามะเร็งและการใช้เคมีบำบัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การรักษาโรคมะเร็งในโรงพยาบาลในปัจจุบันทำได้ 4 วิธี คือ การผ่าตัด (Surgery) รังสีรักษา (Radiation therapy) เคมีบำบัด (Chemotherapy) และการรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy or Biologic therapy) ซึ่งส่วนใหญ่การรักษาอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน ในส่วนของการรักษาโดยใช้เคมีบำบัด การเลือกใช้ยาเคมีบำบัดกลุ่มใดเพื่อการรักษาโรคนั้น แพทย์จะต้องพิจารณาจากชนิดของมะเร็ง ตำแหน่ง และระยะของโรคมะเร็ง

ขั้นตอนในการรักษาโรคมะเร็งสรุปได้ดังนี้

1. ชักประวัติและตรวจร่างกาย
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่างๆ การตรวจทาง X-ray
3. แพทย์วินิจฉัยโรคและระยะของโรคจากผลการตรวจข้างต้น
4. แพทย์ตัดสินใจเลือกวิธีในการรักษา โดยครอบคลุมถึง วิธีการผ่าตัด (Surgery) รังสีรักษา (Radiation therapy) เคมีบำบัด (Chemotherapy) และการรักษาโดยใช้สารชีวภาพหรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immunotherapy or Biologic therapy) ซึ่งการรักษาอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกันขึ้นอยู่กับ ชนิดของโรค ตำแหน่ง และระยะของโรค

การรักษาโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ด้วยเคมีบำบัด

มะเร็งที่โพรงจมูก (Nasopharyngeal carcinoma; NPC) การรักษาโรคมะเร็งชนิดนี้มีหลายวิธี ทั้งการฉายรังสี การผ่าตัด และการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งการฉายรังสีเป็นวิธีการรักษาหลัก การผ่าตัดไม่ใช่การรักษาหลักใน NPC เนื่องจากตำแหน่งมะเร็งที่เกิดที่ nasopharynx ทำให้การผ่าตัดทำได้ยาก ส่วนการให้เคมีบำบัดจะให้ก่อนการฉายรังสี พบว่าการนำเคมีบำบัดมาให้ร่วมกับการฉายรังสี โดยใช้ cisplatin $100\text{mg}/\text{m}^3$ ให้ทุก 3 อาทิตย์ 3 ครั้ง ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี พบว่าสามารถเพิ่มระยะปลอดโรค เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และลดอุบัติการณ์ของการแพร่กระจาย เคมีบำบัดสำหรับโรคในระยะแพร่กระจาย พบว่า การใช้เคมีบำบัดชนิดเดียวจะให้การตอบสนองน้อยกว่าการใช้หลายชนิดร่วมกัน เคมีบำบัดที่ได้ผลดีควรมี cisplatin เป็นส่วนประกอบ (cisplatin-based chemotherapy) ผลการตอบสนองของการรักษาโรคในระยะแพร่กระจายโดยการใช้เคมีบำบัดพบว่ามี complete response ตั้งแต่ 4-100% และ partial response 25-79%

มะเร็งเต้านม (Breast cancer) การรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องเป็นการผสมผสานระหว่างการผ่าตัดการฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนบำบัด

การผ่าตัดทำได้หลายรูปแบบตั้งแต่การทำ Radical Mastectomy, Supradical Mastectomy, Modified radical Mastectomy (MMR), Simple Mastectomy และ Segmentectomy

การใช้เคมีบำบัดและฮอร์โมนบำบัด นำมาใช้เพื่อการรักษาเสริม (Adjuvant Treatment) ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการกลับเป็นใหม่ของโรคสูง เพื่อเพิ่มอัตราการปลอดโรคและเพิ่มอัตราการรอดแก่ผู้ป่วย

Combination Chemotherapy ที่ใช้บ่อยได้แก่

CMF : -Cyclophosphamide

-Methotrexate

-5 FU

CAF : -Cyclophosphamide

-Adriamycin

-5 FU

CEF : -Cyclophosphamide

-Epirubicin

-5 FU

สำหรับการใช้ฮอร์โมนในการรักษา นิยมใช้ในรายที่มีการแพร่กระจายของโรคแล้วและใช้เป็นการรักษาเสริมใน Postmenopausal

มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) การรักษามีหลักอยู่ 2 วิธีคือ การผ่าตัดรังสีรักษา และเคมีบำบัดในบางระยะของโรค การผ่าตัดสามารถกระทำได้เฉพาะปากมดลูกที่เป็นระยะต้นๆ เท่านั้น และทำผ่าตัดชนิดใดขึ้นอยู่กับระยะของโรค รังสีรักษาสามารถให้การรักษาแก่ผู้ป่วยได้ทุกระยะของโรค อาจใช้รังสีรักษาแบบ Brachytherapy อย่างเดียว หรือร่วมกับการฉายรังสีจากภายนอก และการใช้เคมีบำบัดอาจนำมาใช้ในกรณีที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค หรือมีการแพร่กระจายของโรค และบางครั้งอาจนำมาใช้ร่วมกับการฉายรังสีเพื่อหวังผลในการควบคุมโรคเฉพาะที่ให้ดีขึ้น ทำให้ระยะเวลาปลอดโรคและอาจทำให้มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น

มะเร็งทวารหนัก (Rectal cancer) การรักษาหลักที่โรดยังไม่มีการกระจาย (stage 1,2,3) คือการผ่าตัด ยกเว้นกรณีโรคลุกลามเฉพาะที่มากจนไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือผู้ป่วยไม่แข็งแรงพอ การรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวให้การรักษาที่ดีที่สุดเฉพาะในระยะต้น (stage1) เท่านั้น การรักษาเสริมได้แก่ รังสีรักษาหรือสารเคมีบำบัดเพื่อเพิ่มผลการรักษาในผู้ป่วยระยะ 2,3 และ 4 และการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาหลังผ่าตัดมี disease free interval และ overall survival ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการฉายรังสีเพียงอย่างเดียวหลังผ่าตัด

มะเร็งปอด (Lung cancer) การรักษามะเร็งปอดได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด การผ่าตัดเป็นวิธีเดียวที่รักษามะเร็งปอดให้หายขาดได้หากพบว่าผู้ป่วยมีก้อนมะเร็งอยู่ในลักษณะที่จะผ่าตัดเอาออกได้หมดและผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่ดี การใช้รังสีรักษาในรายที่ผ่าตัดไม่ได้ (ระยะ 3) หรือในรายที่ผ่าตัดได้แต่มีข้อบ่งห้ามอย่างอื่น เช่น ดมยาไม่ได้ เป็นโรคหัวใจ และยังใช้บำบัดอาการเจ็บปวดอันเนื่องมาจากการกระจายไปยังอวัยวะอื่น ส่วนเคมีบำบัดใช้ในการรักษามะเร็งปอดชนิด Small cell carcinoma ซึ่งเซลล์ชนิดนี้ จะไวต่อยาเคมีบำบัดมาก ทำให้มีการตอบสนองต่อเคมีบำบัดดีกว่ามะเร็งชนิดอื่น การรักษาวิธีนี้จะช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้แม้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาด ส่วนการใช้เคมีบำบัดใน Small cell carcinoma มีข้อบ่ง 2 อย่าง คือ ใช้รักษาพร้อมกับรังสีรักษาในระยะ 3 และใช้รักษาเพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยระยะ 4

3. อาการคลื่นไส้อาเจียน

ด้านการพยาบาลได้ให้ความสนใจและมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเด็กและผู้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสแรก และกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากในผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในอัตราที่สูง (Heitkemper,1999:426)

อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นอาการที่แยกออกจากกัน แต่ละอาการมีลักษณะเฉพาะ สามารถประเมินแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจน ยังมีนักวิจัยอีกมากที่ยังมีความสับสนเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ มักคิดว่าเป็นอาการเดียวกับอาการอาเจียน

อาการคลื่นไส้อาเจียนสามารถแบ่งลักษณะของอาการได้เป็น 3 ลักษณะ คือ อาการคลื่นไส้ (nausea) อาการขย้อน (retching) และอาการอาเจียน (vomiting) (Peter,1989:102 ; Rhodes,1990:887-888 ; Rhodes,1997:14 ; Hogan,1990:475-476 ; Hogan & Grant,1997:8-9 ; Fessele,1996:1410 ; Nausea & Vomiting Resource,2002; ทวีศักดิ์ แทนวันดี,2537:83)

อาการคลื่นไส้ (nausea) เป็นการรับรู้ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นบริเวณหลังคอ ลึ้นปีร่วมกับความรู้สึกอยากอาเจียน หรือเป็นความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นภายในกระเพาะอาหาร อาการคลื่นไส้เกิดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic & response) เกิดร่วมกับ หัวใจเต้นเร็ว น้ำลายออกมามาก ในระหว่างที่มีอาการคลื่นไส้พบว่าการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง ในขณะที่การเคลื่อนไหวของดูโอดินัม และลำไส้เล็กส่วนถัดไปเพิ่มขึ้น ทำให้สิ่งที่อยู่ในลำไส้เล็กไหลย้อนกลับมาในกระเพาะอาหาร

อาการขย้อน (retching) เป็นการหดเกร็งของกระบังลมและกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้องซึ่งถูกควบคุมด้วยศูนย์ควบคุมการหายใจในสมอง ทำให้มีอาการหดตัวของกล้ามเนื้อหายใจเข้าร่วมกับการปิดของกล่องเสียงทำให้ความดันในช่องอกลดลง ในขณะที่ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นจากการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องพร้อมกับการบีบตัวของกระเพาะอาหารส่วน antrum ร่วมกับการคลายตัวของบริเวณ fundus, cardia ของกระเพาะอาหารและกล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหารตอนล่าง ทำให้ลมผ่านขึ้นไปในหลอดอาหารเรอออกมา

อาการอาเจียน (vomiting) เป็นการขับเอาสิ่งที่บรรจุอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ผ่านออกมาทางปาก อาการอาเจียนเกิดขึ้นจากการหดตัวอย่างแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อกระบังลม ขับเอาสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ออกมาทางปาก ในขณะที่หูรูดหลอดอาหารส่วนบนและส่วนล่างเปิดออก

อาการคลื่นไส้ อาการขย้อน และอาการอาเจียน เป็นอาการที่แยกออกจากกัน ผู้ป่วยอาจเกิดอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการรวมกันได้

3.1 กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน

กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นกลไกที่ซับซ้อน อยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) และระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nervous system) โดยศูนย์การอาเจียนตั้งอยู่บริเวณ reticular formation ซึ่งอยู่ใน medula oblongata โดยศูนย์การอาเจียนจะถูกกระตุ้นจากหลายทางดังนี้ (Hogan&Grant,1997:9 ; Hogan,1990:476-478 ; Fessele,1996:1410-1412 ; Wichham,1989:564 ; Pratt,1984:484)

3.1.1 เส้นประสาทนำเข้าจากอวัยวะภายใน (visceral afferents) ถูกกระตุ้นจากการระคายเคืองการอักเสบ การขาดเลือดไปเลี้ยงของระบบทางเดินอาหาร หัวใจ ไต หรือมดลูก กระแสประสาทจะผ่านตาม vagal afferent nerve fiber หรือ sympathetic afferent nerve fiber เข้าสู่ศูนย์การอาเจียน นอกจากนี้ในปัจจุบันยังเชื่อว่า เคมีบำบัดมีผลกระตุ้น enterochromaffin cells ที่อยู่ในบริเวณลำไส้เล็กให้หลั่ง serotonin ซึ่งจะมีตัวรับสารสื่อประสาทอยู่บริเวณส่วนปลายของ vagal afferent และ chemoreceptor trigger zone ซึ่งจะมีผลกระตุ้นศูนย์การอาเจียนทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้อีกทางหนึ่ง

3.1.2 เส้นประสาทนำเข้าจากเวสติบูลโลซีรีเบลลลา (vestibulocerebella afferents) ถูกกระตุ้นโดยการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วผ่านทาง vestibular nuclei, cerebellum และ trigger zone จนมาถึงศูนย์การอาเจียน ซึ่งการกระตุ้นด้วยกระแสประสาทนำเข้าจากเวสติบูลโลซีรีเบลลลามีบทบาทเพียงเล็กน้อยในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด

3.1.3 chemoreceptor trigger zone อยู่บริเวณ fourth ventricle หรือบริเวณที่เรียกว่า postrema เมื่อบริเวณนี้ถูกกระตุ้นด้วยสารพิษ สารเคมี ยา ที่อยู่ในเลือดและน้ำไขสันหลัง chemoreceptor trigger zone จะทำหน้าที่ส่งสัญญาณต่อมายังศูนย์การอาเจียน

3.1.4 เปลือกสมองและระบบลิมบิก (cerebral cortex and limbic system) บริเวณเหล่านี้จะถูกระตุ้นจากประสาทสัมผัส ได้แก่ การได้กลิ่น การลิ้มรส การมองเห็น และการสัมผัส รวมทั้งอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล และความโกรธ เป็นต้น การกระตุ้นจากประสาทสัมผัสและอารมณ์ทางด้านลบเหล่านี้เชื่อว่ามีผลโดยตรงต่อศูนย์การอาเจียน ในการทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ผ่านการกระตุ้น chemoreceptor trigger zone

เมื่อศูนย์การอาเจียนถูกระตุ้นจะส่งกระแสประสาทมอเตอร์ไปยังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5,7,9,10,12 ไปที่ทางเดินอาหารและผ่านเส้นประสาทไขสันหลังไปที่กระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง การอาเจียนเริ่มด้วยการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของลำไส้เล็กส่วน jejunum ย้อนกลับเข้าสู่ duodenum หัวสุดของกระเพาะอาหารส่วน pyloric และกระเพาะอาหารคลายตัว อาหารในลำไส้เล็กย้อนกลับเข้ามาอยู่ในกระเพาะอาหาร พร้อมกับมีการหายใจเข้าเต็มที่ มีการปิดของช่องสายเสียง (glottis) กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ทำให้ความดันในช่องอกลดลง ตามมาด้วยการหดตัวเต็มที่ทันทีทันใดของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว พร้อมกับหัวสุดของหลอดอาหารส่วนล่างคลายตัว pylorus และ antrum บีบตัวดันไล่สิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารขึ้นมาในหลอดอาหาร หากหัวสุดของหลอดอาหารส่วนบนยังปิดอยู่จะไม่เกิดการอาเจียนเป็นเพียงแค่การขย้อน แต่ถ้าหัวสุดของหลอดอาหารส่วนบนเปิดจะเกิดการอาเจียนออกมา หากศูนย์การอาเจียนทำงานร่วมกับระบบประสาทอัตโนมัติ การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกทำให้เกิดความรู้สึกคลื่นไส้ หากมีการทำงานร่วมกับระบบประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายผ่านกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องจะมีผลทำให้เกิดอาการขย้อนและอาการอาเจียน

ตัวรับ-ส่งกระแสประสาทในกลไกคลื่นไส้อาเจียน (receptors and transmitters) (ทวีศักดิ์ แทนวันดี,2537:85) ที่สำคัญคือ

1. Acetylcholine พบ muscarinic receptor ได้หลายแห่งทั้งที่บริเวณ CTZ, nucleus tractus solitarius, nucleus ambiguus และ vestibular nucleus ยาแก้อาเจียนบางขนาน เช่น scopolamine จะยับยั้ง receptor นี้
2. Dopamine ส่วนใหญ่เป็น D₂ receptor เป็นที่ออกฤทธิ์ของยาแก้อาเจียนจำนวนมาก ตำแหน่งที่พบ Dopamine receptor มากคือบริเวณ area postrema
3. Histamine พบ H₁ receptor บริเวณ vestibular nucleus ถึง brain stem แต่ไม่พบในบริเวณ CTZ เชื่อว่ามีบทบาทสำคัญในการเพิ่ม afferent impulse จาก vestibular apparatus การให้ยากลุ่ม antihistamine จึงได้ผลในการควบคุม vestibular dysfunction
4. Serotonin พบที่ area postrema และ raphe nuclei ซึ่งมีปลายประสาทไปสิ้นสุดที่ nucleus tractus solitarius เชื่อว่า 5-HT₃ receptor subtype เป็นตัวการกระตุ้นให้เกิดอาเจียน การใช้ยา antiserotonin และ metoclopramide ขนาดสูงจะยับยั้ง receptor นี้ได้

3.2 กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด(ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, 2542:35)

เมื่อผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคมะเร็งจะเกิดการทำลายของ enterochromaffin cell (EC cell) ในเยื่อบุลำไส้เล็ก ทำให้เกิดการหลั่ง chemical mediators ต่างๆ รวมทั้ง serotonin (5-HT) ออกมาสำหรับสารสื่อประสาทที่มีการศึกษากันมากคือ 5-HT พบว่าเมื่อ 5-HT ถูกหลั่งออกมาจากการได้ยารักษาแล้วสามารถทำให้เกิดการอาเจียนได้ 2 ทางดังนี้

3.2.1 ส่วนหนึ่งของ 5-HT จะเข้าจับกับ 5-HT₃ receptors บริเวณ abdominal vagal afferent nerve ในทางเดินอาหารทำให้เกิด depolarization ของ vagus nerve ซึ่งจะส่งสัญญาณไปยัง nucleus tractus solitarius ที่ vomiting center โดยตรงหรือผ่านทาง area postrema แล้วเข้าสู่ศูนย์อาเจียนทำให้เกิดอาเจียน

3.2.2 บางส่วนจะถูกดูดซึมเข้า portal vein และเข้าสู่ systemic circulation แล้วจึงไปจับกับ 5-HT₃ receptors ที่บริเวณ area postrema แล้วส่งสัญญาณต่อไปยังศูนย์อาเจียนทำให้เกิดอาเจียนขึ้น

กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่า เมื่อเคมีบำบัดเข้าสู่กระแสเลือดหรือน้ำไขสันหลังจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท (neurotransmitter) อันได้แก่ dopamine, muscarinic, cholinergic, serotonin, และ histamine ซึ่งสารเหล่านี้มีตัวรับ (receptor) อยู่บริเวณ chemoreceptor trigger zone ศูนย์การอาเจียน กระแสประสาทนำเข้าเวกัส และกระแสประสาทนำเข้าเวสติบูลาร์เบลลา เมื่อตัวรับได้รับการกระตุ้นจาก

สารสื่อประสาท ก็จะมีการกระตุ้น chemoreceptor trigger zone และศูนย์การอาเจียน หากศูนย์ควบคุมการอาเจียนทำงานร่วมกับระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) จะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ หากมีการทำงานร่วมกับระบบประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย (Somatic nervous system) ผ่านกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจจะมีผลทำให้เกิดอาการขย้อนและอาการอาเจียน

3.3 ลักษณะการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด (Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting ; CINV)

อาการคลื่นไส้อาเจียนแบ่งตามลักษณะการเกิดได้ 3 ลักษณะดังนี้ (Hogan,1990:481-486 ; Hogan&Grant,1997:8; Lindley,1992:s26-s27; Heitkemper,1999:428; Nausea & Vomiting Rosource,2002; ธาณี เมฆะสุวรรณดิษฐ์,2542:35)

3.3.1 อาการคลื่นไส้อาเจียนเฉียบพลัน (Acute CINV/emesis) เป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังได้รับเคมีบำบัด และอาการเหล่านี้มักจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง

3.3.2 อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นภายหลัง (Delayed CINV/emesis) เป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้ว 24 ชั่วโมงและมักมีอาการได้นานหลายวันบางรายอาจนาน 6-7 วัน พบว่าเกิดได้ร้อยละ 80

3.3.3 อาการคลื่นไส้อาเจียนจากการคาดคะเนล่วงหน้า (Anticipatory CINV/emesis) เป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดก่อนการได้รับยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกาย ทั้งนี้เป็นผลมาจากประสบการณ์ที่เลวร้ายคือ เคยมีอาการคลื่นไส้อย่างรุนแรงจากการได้รับยาเคมีบำบัดในครั้งก่อนๆ พบได้ร้อยละ 25-67 (Wickham,1989:563) โดยอาการจะเกิดขึ้นเมื่อเห็น ได้กลิ่น หรือนึกถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการได้รับเคมีบำบัด เช่น การเห็นโรงพยาบาล เห็นพยาบาลผู้ให้เคมีบำบัด การได้กลิ่นแอลกอฮอล์ เป็นต้น

กลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการคาดคะเน อธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิด การเรียนรู้ อย่างมีเงื่อนไข (classical learning theory framework) ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ ชนิดวางเงื่อนไข (classical condition) กับกลไกการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (the machanisms of nausea and vomiting) (Duigon 1986:35-36) ได้ดังนี้

เมื่อยาเคมีบำบัดเข้าสู่กระแสโลหิตและ/หรือน้ำไขสันหลังจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนตามกลไกที่กล่าวข้างต้น จัดว่ายาเคมีบำบัดเป็นสิ่งเร้าตรงหรือสิ่งเร้าที่ปราศจากเงื่อนไข (uncondition

stimuli) ทำให้เกิดผลข้างเคียงคือ เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนซึ่งถือว่าเป็นการตอบสนองที่ปราศจากเงื่อนไข (uncondition response) แต่ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดนั้นผู้ป่วยก็จะได้รับประสบการณ์หรือสิ่งเร้าทั่วไป (neutral stimuli) ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยเห็น เช่น ห้องตรวจ ห้องที่ให้เคมีบำบัด พยาบาลผู้ให้ยาเคมีบำบัด สีของยาเคมีบำบัด เข็มฉีดยา เสื้อคลุมสีขาว หรือการได้รับกลิ่นของโรงพยาบาล กลิ่นแอลกอฮอล์ในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งโดยตัวสิ่งเร้าเหล่านี้มิได้มีผลทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่เมื่อผู้ป่วยรับรู้สิ่งเร้าทั่วไปเหล่านี้ไปพร้อมๆ กับการได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยจะรับรู้สิ่งเร้าทั่วไปเหล่านี้เป็นสิ่งผิดปกติ เกิดการเรียนรู้โดยมีกลไกการกระตุ้นผ่านทางเปลือกสมอง สิ่งเร้าเหล่านี้จะกลายเป็นสิ่งเร้าที่เป็นเงื่อนไข (condition stimuli) ในเวลาต่อมาเมื่อผู้ป่วย คิด ได้กลิ่น สิ่งเร้าที่เป็นเงื่อนไข ผู้ป่วยจะเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ แม้จะไม่ได้รับการกระตุ้นด้วยการได้รับยาเคมีบำบัด

3.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด แบ่งเป็น 3 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ ปัจจัยจากผู้ป่วย ปัจจัยจากยารักษามะเร็ง และปัจจัยอื่นๆ (ธานี เมษะสุวรรณดิษฐ์, 2542: 36-37)

3.4.1 ปัจจัยจากผู้ป่วย

ก. อายุ หากอายุน้อยกว่า 50 ปี จะไวต่อการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากยารักษามะเร็ง และถ้าอายุน้อยกว่า 30 ปี จะเกิดผลข้างเคียงด้าน extrapyramidal symptom (ESP) จากการใช้ยาต้านการอาเจียนกลุ่ม D₂ antagonist ได้ง่ายกว่าผู้ที่อายุ 30 ปีขึ้นไป สำหรับในเด็กเล็กพบว่าตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากกลุ่ม 5-HT₃ antagonist ได้ดีกว่าผู้ใหญ่

ข. เพศ เพศหญิงจะมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศชาย

ค. ผู้ป่วยที่มีประวัติเมาเรือ (motion sickness) พบว่า จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด delayed และ anticipatory emesis

3.4.2 ปัจจัยจากยารักษามะเร็ง

ก. ชนิดและขนาดของยารักษามะเร็งที่ได้รับ ยารักษามะเร็งมีศักยภาพในการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดและขนาดของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ยาที่มีศักยภาพต่ำอาจมีอุบัติการณ์ของอาการคลื่นไส้อาเจียนสูงขึ้นได้หากได้รับยาในขนาดที่สูง

ข. จำนวนครั้งของยารักษามะเร็งที่ได้รับ พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด (Rhodes et al., 1987: 40-41)

ค. วิธีการให้ยารักษามะเร็ง พบว่ามีผลต่อเวลาที่เริ่มเกิดอาการ (onset) ความรุนแรง และ ระยะเวลาที่เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยหากให้ยาโดยวิธีหยดเข้าหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง (contineous infusion) จะเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ภายในวันแรกของการให้ยา และอาการจะค่อยๆ ลดลงหรือหายไปหลังจากหยุดยา การให้ยาทางช่องท้อง (intraperitoneal) จะพบอาการคลื่นไส้อาเจียนต่ำเช่นเดียวกับการให้ยาทางหลอดเลือดดำในขนาดต่ำ

ง. ระยะเวลาของการฉีดยารักษามะเร็ง (infusion time) ถ้านานจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน

จ. เวลาที่ให้ยา พบว่า การให้ยา cisplatin ในช่วง 6 โมงเย็นจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนน้อยกว่าการให้ในช่วง 6 โมงเช้า

3.2.3 ปัจจัยอื่นๆ

ก. ความรู้สึกอุ่น ร้อน หรือมีเหงื่อออกหลังจากได้รับยารักษามะเร็งครั้งสุดท้าย หรือมีความรู้สึกมึนงง ปวดศีรษะภายหลังได้รับยา

ข. ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยา

3.5 เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยส่วนใหญ่จะแยกประเมินในแต่ละอาการ ประกอบด้วย อาการคลื่นไส้ อาการขย้อนและอาการอาเจียน ในแต่ละเครื่องมืออาจประเมินเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการร่วมกัน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนมีหลายชนิดมีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อาการคลื่นไส้เป็นอาการที่ไม่สามารถสังเกตได้ ทราบได้จากการรายงานของผู้ป่วยหรือจากการสัมภาษณ์ ส่วนอาการอาเจียนวัดอาการอาเจียนโดยประเมินเป็นจำนวนครั้งต่อช่วงเวลา (x/hour) เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยมากเป็นเครื่องมือที่ประเมินด้วยตนเอง (self report) ประเมินถึง ความถี่ (frequency) ความรุนแรง (intensity) และระยะเวลา (duration) ของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน (Favero, Tonato & Roila,1992:s69) ส่วนการประเมินด้านจิตใจจะประเมินเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน และขย้อน ตัวอย่างเครื่องมือ เช่น เครื่องมือประเมินอาการคลื่นไส้และอาเจียนของ Duke (Duke Descriptive Scale ; DDS) ประเมินอาการคลื่นไส้และอาเจียนเกี่ยวกับความถี่ ความรุนแรง และการทำกิจกรรม ประเมินโดยบุคลากรในทีมสุขภาพพร้อมกับการสัมภาษณ์และการสังเกต การใช้ Visual Analog Scale ในการประเมินอาการด้วยตัวผู้ป่วยเองสามารถใช้ได้ทั้งกับผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ ประเมินถึงความถี่ ระยะเวลา ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่ง

คล้ายคลึงกับการประเมินในแบบวัดอาการคลื่นไส้และอาเจียนของโรเดส แบบประเมิน Morrow Assessment of Nausea and Emesis ; MANE และ Morrow Assessment of Nausea and Emesis Follow-up ; MANE-UP ประเมินเช่นเดียวกันแต่ในส่วนของ MANE-UP มีการเพิ่มเติมการประเมินก่อนการรับเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือประเมินโดยการบันทึกเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้อาเจียน (Daily Diary) ที่เกิดขึ้นด้วยตัวผู้ป่วยเองใช้ร่วมกับการวัดและประเมินด้วยวิธีอื่นๆ และยังพบว่ามีเครื่องมือที่ประเมินผลของอาการคลื่นไส้และอาเจียนต่อการทำกิจวัตรประจำวัน อารมณ์และสังคม และความสามารถในการรับประทานอาหาร เช่น Functional Living Index-Emesis

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการคลื่นไส้และอาเจียน คือ แบบวัดอาการคลื่นไส้และอาเจียนของโรเดส (Index of Nausea, Vomiting, and Retching; INVR) (Rhodes & McDaniel, 1999) ซึ่งโรเดสและคณะได้พัฒนาจาก The Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form 2 ; INV Form II ,1987) ประเมินประสบการณ์ในการเกิดอาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน และอาการขย้อน ในระยะเวลา 12 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายเป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่และระยะเวลาของอาการคลื่นไส้ ความถี่ของอาการขย้อน ความถี่และปริมาณของอาการอาเจียน และประเมินการตอบสนองทางด้านจิตใจในลักษณะของความทุกข์ทรมานเป็นคำถามเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้ อาการขย้อน และอาการอาเจียน แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ 3 ข้อ อาการขย้อน 2 ข้อ และอาการอาเจียน 3 ข้อ แต่ละข้อคำถามแบ่งระดับความรู้สึกหรือการรับรู้เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเลยจนถึงรู้สึกว่าการรุนแรงมากที่สุด โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่มีอาการจนกระทั่ง 4 คะแนนหมายถึงมีอาการรุนแรงมากที่สุด โรเดสและคณะ (Rhodes et al.,1987:38) ได้ตรวจสอบความตรงตามสภาพ หาความสัมพันธ์ของคะแนนการตอบแบบวัดของผู้ป่วยกับการประเมินของสมาชิกในครอบครัวได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) $r=0.87$ และมีนัยสำคัญทางสถิติ และตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างชนิดทราบกลุ่มตัวอย่าง (Known group technique) พบว่าสามารถแยกให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยมะเร็งกับบุคคลปกติได้ และได้ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้เทคนิคการแบ่งครึ่ง (split half technique) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.90 และหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.89 ถึง 0.97

ในปี 1999 โรเดสและคณะ (Rhodes & McDaniel, 1999) ได้ปรับปรุง พัฒนาเครื่องมืออีกครั้ง และได้หาความสัมพันธ์ของคะแนนการตอบแบบวัดของทั้ง 2 เครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) และอัตราของการเห็นด้วย (Percent

agreement) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) $r=0.87$ และพบว่า อัตราของการเห็นด้วย (Percent agreement)ของการตอบแบบวัดอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า การตอบสนองของผู้ป่วยต่อแบบวัด INVR ดีกว่า ผู้ป่วยชอบมากกว่า สะดวก รวดเร็ว และมีความเหมาะสมมากกว่า

The Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form II (INV Form II ,1987) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย รัชณี นามจันทร์ (2535) และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบความเชื่อมั่นโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 รายได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 18-44 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89-0.91

ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือที่โรเดสและคณะพัฒนาปรับปรุงรูปแบบใหม่ คือ Index of Nausea, Vomiting, and Retching (INVR) (Rhodes & McDaniel, 1999) ในการศึกษาในครั้งนี้

3.6 ผลของอาการคลื่นไส้อาเจียน

อาการคลื่นไส้อาเจียนทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมโดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง เว็ร็องอยู่นาน จะเกิดผลเสียต่อร่างกายที่สำคัญ คือ (ทวิศักดิ์ แทนวันดี,2537:85-86 ; ชูชื่น ดำรงธรรม,2535:63 ; Hogan,1990:480)

3.6.1 การสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่

การอาเจียนทำให้มีการสูญเสียน้ำและโซเดียมจากสิ่งที่อาเจียน นอกจากนั้นโซเดียมยังสูญเสียทางไตในรูปโซเดียมไบคาร์บอเนต ในการแลกเปลี่ยนกับโปแตสเซียม จากภาวะ hypokalemic metabolic alkalosis การสูญเสียน้ำและโซเดียม ทำให้ปริมาตรเลือดไหลเวียนลดลง ความเข้มข้นของเลือดมากขึ้น มีปัสสาวะออกน้อยและยังกระตุ้นการหลั่ง antidiuretic hormone ช่วยเสริมให้เกิดภาวะโซเดียมต่ำในเลือดได้ ถ้าขาดเลือดไหลเวียนมากๆ ความดันโลหิตอาจต่ำลง

การอาเจียนจะทำให้โปแตสเซียมในเลือดลดลงจากการสูญเสียทางไตโดยกลไกของ renin-angiotensin-aldosterone system ส่วนน้อยสูญเสียไปกับการอาเจียนร่วมกับการได้รับน้อย ถ้าร่างกายสูญเสียโปแตสเซียมมาก จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง ปัสสาวะมากจากการทำงานของไตผิดปกติ ถ้าโปแตสเซียมต่ำมากอาจทำให้เกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจได้

3.6.2 การเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ

การคลื่นไส้อาเจียนจะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ารับประทานอาหาร เพราะเมื่อรับประทานอาหารเข้าไปก็อาเจียนออกมา ถ้าเป็นนานๆ จะเกิดภาวะทุพโภชนาการและน้ำหนักตัวลดมากๆ ได้

3.6.3 การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ

ถ้าอาเจียนแรง ๆ อาจมีการฉีกของเยื่อเมือกบริเวณหลอดอาหารตอนล่างจนมีเลือดออกได้ เรียก Mallory Weiss tear ถ้าการฉีกขาดลึกจนเกิดการทะลุของหลอดอาหาร เรียก Boer-haave's syndrome จำเป็นต้องรับการผ่าตัดโดยด่วน กรดที่ปนมากับสิ่งที่อาเจียนอาจกัดกร่อนฟันจนเกิดฟันผุได้ถ้าอาเจียนบ่อยๆ ในบางรายมีอาเจียนรุนแรงอาจเกิด petechiae หรือ purpura บริเวณหน้าและหน้าอกส่วนบนจากการแตกของหลอดเลือดฝอย เพราะหลอดเลือดดำบริเวณส่วนบนของร่างกายไม่มีลิ้นกั้น

นอกจากนี้ The City of Hope National Medical Center Model ได้แบ่งผลของอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็น 4 มิติ (Grant,1997:6) ประกอบด้วย

1. **ผลต่อร่างกาย** (Physical impact) อาการคลื่นไส้อาเจียนที่ไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ เสียสมดุลย์ของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เกิดภาวะทุพโภชนาการ อ่อนเพลีย นอกจากนี้อาการคลื่นไส้อาเจียนยังรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว และเมื่อใดที่ความสามารถของผู้ป่วยลดลงจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น
2. **ผลต่อจิตใจ** (Psychological impact) อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจ อาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความกลัว และความกลัวที่เกิดจากอาการคลื่นไส้อาเจียนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้ารับประทานอาหาร เกิดความไม่สุขสบาย ผลต่อความรู้สึกในการทำกิจกรรมต่างๆ จากการศึกษาของร็ชชี นามจินทรา (2535) สอดคล้องกับของโรเดสและคณะ (Rhodes et al.,1986;43-46) โดยพบว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ก่อนให้ซิสพลาตินในครั้งแรกของเคมีบำบัด มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าหลังให้ยาอย่างมีนัยสำคัญ และสูงกว่าความวิตกกังวลก่อนให้ยาในครั้งที่ 2-5 ส่วนความวิตกกังวลขณะเผชิญและหลังให้ซิสพลาตินในครั้งหลังๆของการให้เคมีบำบัดมีแนวโน้มว่าสูงกว่าก่อนการให้ยา อาจจะสามารถอธิบายได้ว่าการให้เคมีบำบัดในครั้งหลังๆ ความวิตกกังวลเกิดจากความไม่สุขสบาย และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยา หากมีความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก
3. **ผลต่อสังคม** (Social impact) ส่งผลถึงบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพ เมื่อใดอาการที่

เกิดไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลถึงการทำงาน ไม่สามารถทำงานได้ เปลี่ยนแปลงบทบาท ความสัมพันธ์ทางเพศ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีการพบปะกับบุคคลอื่นลดลง และเป็นภาระให้กับครอบครัว

4. **ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual impact)** ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดและรับรู้ถึงผลของอาการ ความไม่สุขสบาย อาการคลื่นไส้อาเจียนที่ไม่สามารถควบคุมได้เป็นผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา เกิด ความรู้สึกทุกข์ทรมาน และท้อแท้ (อุสาคห์ รุจิระวิโรจน์,2543)

นอกจากรายงานการศึกษาข้างต้นแล้ว อาการคลื่นไส้อาเจียนยังรบกวนการทำหน้าที่ของ บุคคล ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและ การทำงาน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันได้ น้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่มีอาการ ดังรายงานเกี่ยวกับอาการอาเจียนว่า 23% ของผู้ป่วยที่มีอาการ อาเจียนไม่สามารถทำงานได้ 22% ไม่สามารถเตรียมอาหารได้ และ 12% ไม่สามารถรับยาต่อได้ (Lindley&Hirsch,1992:s28) จากการศึกษาของ Lindley และคณะ(1992) พบว่า ครึ่งหนึ่งของ ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดรู้สึกไม่สบายตลอดวัน และ 1 ใน 4 มีอาการอาเจียนและจะยังอาเจียนอยู่ เรื่อยๆ ต่ออีกหลายวัน (Lindley et al.,1989 cited in Bliss et al.,1992:s14) และอาการ คลื่นไส้อาเจียนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงการนอนหลับทำให้นอนหลับ ได้ยาก (ชูชุกิและคณะ,1994:19-26 อ้างถึงใน ประทุม สร้อยวงค์,2538:33) สอดคล้องกับการศึกษา ของเนลและคณะ ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยให้ผู้ป่วยบันทึก อาการข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัดและให้รายงานวิธีการดูแลตนเองพร้อมประสิทธิภาพในการดูแล ตนเองเมื่อเกิดอาการ พบว่า ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย ร่องลงมากือนอนหลับได้ยาก คล้ายคลึง กับการศึกษาของประทุม สร้อยวงค์ (2538) พบว่า ความเพียงพอของการนอนหลับมีความสัมพันธ์ ทางลบกับอาการคลื่นไส้อาเจียน และ ฟาเลย์และคณะ (Farley et al.,1997) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ และการใช้ยาด้านการอาเจียนเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนแบบเฉียบพลัน ในผู้ป่วย 115 คน ที่ ได้รับยาต้านการอาเจียน qranisetron และ ondansetron โดยผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดชนิดมีฤทธิ์ รุนแรง รุนแรงปานกลาง และฤทธิ์ปานกลาง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังรับเคมี บำบัดมีผลด้านลบต่อการทำหน้าที่ และมีผลมากกว่าการเกิดอาการอาเจียนเพียงอย่างเดียว ส่วน การศึกษาของรัชนี นามจันทรา(2535) พบว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดมักสัมพันธ์กับเวลา รับประทานอาหาร การได้กลิ่นของอาหารหรือหลังรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตามในระยะ 12 ชม. หลังให้ซิสพลาติน ซึ่งเป็นระยะที่เกิดอาการรุนแรงที่สุด ไม่ว่าจะในช่วงเวลากลางวันหรือ กลางคืนผู้ป่วยจะเกิดอาการไม่แตกต่างกัน อาการคลื่นไส้อาเจียนใน 12 ชม.แรกอาจรบกวนการนอน

หลับของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าและอ่อนเพลียในวันที่ 2 และ 3 หลังให้ซิฟลาติน นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของการรับรสเป็นอีกปัญหาที่พบบ่อย 36-71% ของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรสซึ่งเป็นผลทางด้านลบและส่งผลถึงความสามารถในการรับประทานอาหาร (Wickham et al.,1999)

จะเห็นได้ว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นมีผลต่อผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งทางด้านกาย จิต และสังคม หากปล่อยไว้ให้อาการยังคงดำเนินต่อไปจะเกิดผลด้านลบกับผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องสรรหาวิธีในการจัดการกับอาการเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนดังกล่าว

4. การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน

การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 วิธี ดังนี้

4.1 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยา (Pharmacological management)

4.2 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้สารจากธรรมชาติ (Reduction with the use of natural product)

4.3 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ให้ยา (Nonpharmacological management)

4.1การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยา (Pharmacological management)

ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนมี 9 กลุ่มดังนี้ (Hogan,1990:486-488 ; Goodman,1997:22-26; Peter,1989:103-104; Wickham,1989:565-571; ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, 2542:116-119)

4.1.1 Antihistamine เช่น diphenhydramine และ dimenhydrinate ยาในกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัดได้เมื่อใช้เพียงขนาดเดียว ต้องใช้ร่วมกับยากลุ่มปิดกั้นตัวรับ dopamine จึงมีผลในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนดีขึ้น นิยมใช้ในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการเมาเรือและเมาเครื่องบิน อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ อาการมีน้ำมูก ปากแห้ง และง่วงนอน

3.1.2 Anticholinergics เช่น bucladin และ alizapride เป็นต้น มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัดน้อยมาก โดยทั่วไปแล้วผลในการรักษาคล้ายกับกลุ่ม histamine และออกฤทธิ์คล้าย atropine

3.1.3 Benzamide เช่น metoclopramide และ alizapride เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้มีทั้งเป็นทั้งยาต้าน dopamine และเป็นตัวกระตุ้น cholinergic ดังนั้นจึงมีกลไกการออกฤทธิ์ในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด 2 แห่ง คือ ปิดกั้นตัวรับ dopamine บริเวณ chemoreceptor trigger zone และยังออกฤทธิ์ในการกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเรียบของทางเดินอาหารส่วนบนบีบตัวเร็วขึ้น เพื่อให้ทำให้อาหารหรือสารที่อยู่ในกระเพาะอาหารเคลื่อนไหวยกลงสู่ทางเดินอาหารส่วนล่างเร็วขึ้น เพื่อให้ทำให้อาการอาเจียนลดลง อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยเมื่อใช้ในขนาดที่สูง ได้แก่ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง นอนไม่หลับ และตาแดง

3.1.4 Benzodiazepines เช่น diazepam และ lorazepam เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ที่เปลือกสมองและเส้นประสาทที่ลงมาที่ศูนย์การอาเจียน มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลและคลายความเครียด ให้ได้ผลดีในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ

3.1.5 Butyrophenones เช่น droperidol และ haloperidol เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับ dopamine ที่บริเวณ chemoreceptor trigger zone ยาในกลุ่มนี้ได้ผลดีกว่ากลุ่มของ phenothiazine และใช้ได้ผลดีในการควบคุมอาการอาเจียนอย่างรุนแรงที่เกิดจากยา cisplatinum อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ง่วงซึม และมีอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

4.1.6 Cababinoid เช่น dronabinol และ levonantradol เป็นต้น มีกลไกการออกฤทธิ์สกัดกั้นแรงกระตุ้นจากเปลือกสมองไม่ให้ไปที่ศูนย์การอาเจียน นอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติเป็นยา anticholinergics มักใช้ในการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัดที่ไม่สามารถควบคุมด้วยยาอื่นได้ อาการข้างเคียงของยากกลุ่มนี้ค่อนข้างรุนแรงและอันตราย ได้แก่ ทำให้เกิดปากแห้ง กลืนอาหารลำบาก ประสาทหลอนและชัก

4.1.7 Phenothiazine เช่น prochlorperazine และ trimethobenzamide เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้สามารถควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากเคมีบำบัดกลุ่มที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรงน้อย ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ด้วยการปิดกั้นตัวรับ dopamine บริเวณ chemoreceptor trigger zone และศูนย์การอาเจียนใน medullar oblongata นิยมใช้ควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ อาการง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

4.1.8 Steroid เช่น dexamethasone และ methylprednisolone เป็นต้น กลไกการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนของยาในกลุ่มนี้ยังไม่ทราบ แต่เชื่อว่าอาจเป็นผลจาก prostaglandin ลดลง มีรายงานว่ายาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการบำบัดอาการอาเจียนได้ดี สามารถบรรเทาอาการอาเจียนได้ร้อยละ 70-80 ผลของการรักษาของยาในกลุ่มนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับยาควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนอื่นๆ อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ แต่อาการข้างเคียงจะเกิดเพียงชั่วคราวเท่านั้น

4.1.9 Antihistamine เช่น ondansetron และ dolasetron เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้จะปิดกั้นตัวรับ 5-HT₃ ทั้งบริเวณ chemoreceptor trigger zone และออกฤทธิ์บริเวณส่วนปลายของ vagal afferent ทำให้สามารถป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนได้เป็นอย่างดีและได้ผลดีกว่าการใช้ metoclopramide ขนาดสูง ในปัจจุบันมีการใช้ยาในกลุ่มนี้ร่วมกับกลุ่ม steroid เพื่อให้สามารถป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนดีขึ้น อาการข้างเคียง ที่พบได้แก่ ปวดศีรษะ ท้องผูก

4.2 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยใช้สารจากธรรมชาติ (Reduction with the use of natural product)

มีการศึกษาการควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนในสัตว์ทดลองที่ได้รับ cisplatin พบว่าดอกเบญจมาศมีผลในการลดการหลั่ง serotonin จากเกร็ดเลือด และยังมีผลในการต้านการทำงานของตัวรับ 5-HT มีการศึกษาเบื้องต้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดพบว่าการใช้ซึ่งสามารถบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ดีกว่าการใช้ยาหลอก (placebo) (Bone et al.,1990 อ้างถึงใน ประทุม สร้อยวงศ์,2538) แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาการใช้สารธรรมชาติในผู้ป่วยมะเร็ง

4.3 การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological management)

การควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยาส่วนใหญ่เป็นการใช้การบำบัดทางจิตและพฤติกรรมบำบัด และวิธีการอื่นๆ

การใช้การบำบัดทางจิตและพฤติกรรมบำบัด เช่น การผ่อนคลาย (relaxation) การป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) การสะกดจิตตนเอง (self-hypnosis) การเบี่ยงเบนความสนใจ (cognitive distraction) การสร้างจินตนาการและการลดความไวต่อความรู้สึกอย่างเป็นระบบ (guide imagery and systematic desensitization) เทคนิคใช้การนวดด้วยมือแทนการฝังเข็ม (acupressure) ดนตรีบำบัด(music therapy) พบว่าพฤติกรรมบำบัดดังกล่าว สามารถช่วยลด

การเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ ในขณะที่ยาต้านการอาเจียนไม่สามารถควบคุมอาการหรือควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้น้อย (Pratt et al., 1984:488)

วิธีการอื่นๆ เช่น การให้ผู้ป่วยควบคุมการได้รับยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียนด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การให้น้ำตลอดเวลาที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นต้น อาจใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งพอจะสรุปรายละเอียดของแต่ละวิธีการได้ดังนี้

การสะกดจิตตนเอง (Self-hypnosis) เป็นวิธีการแรกที่ใช้ควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดจากการคาดคะเนล่วงหน้า (anticipatory nausea and vomiting) เทคนิคการสะกดจิตตนเองนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย วิธีการปฏิบัติต้องมีความตั้งใจมั่นจึงจะได้ผลดี มีข้อจำกัดในการปฏิบัติในเด็กและวัยรุ่น ง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ลดความรุนแรง (intensity) และระยะเวลา (duration) ของการเกิดอาการคลื่นไส้ ลดความถี่ (frequency) ความรุนแรง (intensity) จำนวนครั้ง (amount) และระยะเวลา (duration) ของการเกิดอาการอาเจียน

ลลิตา ธีระศิริ (2539) กล่าวว่า การสะกดจิตตนเองเป็นการสั่งจิตใต้สำนึกให้ทำตามความตั้งใจของเจ้าตัว เป็นการสร้างความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถรักษาโรคของตนเองได้ เป็นการสร้างความมั่นใจโดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถสั่งให้ก้อนมะเร็งเล็กลงและหายได้เพื่อให้เจ้าตัวรู้ถึงความสามารถภายใน

เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) ช่วยให้อวัยวะต่างๆ ผ่อนคลาย ใช้เวลาในการปฏิบัติประมาณ 30 นาที มักใช้ร่วมกับการสร้างจินตนาการ ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ ในระหว่างและหลังรับเคมีบำบัด ลดระยะเวลาและความรุนแรงของการเกิดอาการอาเจียน และยังพบว่าไม่มีผลต่อการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เกิดจากการคาดคะเนล่วงหน้า

การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) ควบคุมการตอบสนองของร่างกายโดยได้รับข้อมูลที่ทำให้เกิดการผ่อนคลาย มี 2 วิธี คือ electromyographic และ skin temperature การปฏิบัติอาจใช้วิธีเดียวหรือทำร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation) ก็ได้ ง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ ในระหว่างและหลังรับเคมีบำบัด มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation)

การสร้างจินตนาการ (Imagery) เป็นการคิด/มุ่งจุดสนใจไปที่ใดหรือสถานที่ที่ทำให้ผ่อนคลาย มีประสิทธิภาพมากเมื่อใช้ร่วมกับวิธีการอื่นๆ เพิ่มการควบคุมตนเองที่มากขึ้น ช่วยลดระยะเวลาการเกิดอาการคลื่นไส้ ลดอาการอาเจียน ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายรู้สึกผ่อนคลาย และมีกำลัง

ซึ่งจากการศึกษาของ บุชบา สมใจวงษ์ (2544) พบว่า สามารถช่วยลดความถี่ ระยะเวลา และ ความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้อาเจียน

การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์ที่กำลังคุกคามเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย อาจโดยใช้วีดีโอ เกมส์ เกมส์ปริศนา พบว่าไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการคาดคะเน ลดความเครียดภายหลังรับยาเคมีบำบัด

Desensitization ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน เทคนิคการผ่อนคลายและการจินตนาการช่วยลด ความไวต่อสิ่งกระตุ้น ค่าใช้จ่ายเล็กน้อย ง่ายในการเรียน/ปฏิบัติ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดการเกิด อาการคลื่นไส้อาเจียนจากการคาดคะเน

ดนตรีบำบัด (Music therapy) เป็นการใช้นักร้องในการโน้มน้าวร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์เข้าร่วมกับวิธีการอื่นๆ ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยลดอาการคลื่นไส้ระหว่างและหลังรับเคมีบำบัด และลดอาการอาเจียน

นอกจากนี้ยังพบรายงานการศึกษาของฮอแกน (Hogan,1983cited in Fessele,1996:1412-1413; Hogan,1990:492)เกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ การส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง พบว่า ควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีเสียงและกลิ่นน้อยที่สุด การจัดให้ ผู้ป่วยได้รับความเพลิดเพลิน เช่น ดูทีวี ดูวีดิทัศน์ ฟังเพลง ทั้งนี้ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยด้วย พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำหอมหรือสเปรย์แต่งผม ควรดอาหารที่ย่อยยากหรือจำกัดอาหารหรือ ทานอาหารเหลวก่อนการรับยาเคมีบำบัด 12 ชม. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารช่วงเวลาที่อาจเกิด อาการคลื่นไส้อาเจียน และยังพบว่าอาหารมีส่วนช่วยลดการเกิดอาการได้ เช่น การประกอบอาหารที่ อากาศเย็นหรืออุณหภูมิห้อง เนื่องจากกลิ่นของอาหารร้อนๆ เป็นเหตุให้เกิดอาการคลื่นไส้ (Fessele,1996:1412-1413) และยังพบว่า การออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน ช่วยบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนปานกลางถึงรุนแรง

วิธีในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรงในปี 1906 พบว่า มีการใช้วิธีการดื่มนม น้ำมะนาว กาแฟเย็น การประคบน้ำแข็งบนบริเวณหน้าท้อง และให้นอนพักผ่อนบนเตียง และยังมี วิธีอื่นที่อันตรายน้อยกว่าการฉีดคาเฟอีนซึ่งชาวอเมริกันพื้นเมืองใช้ เช่น ใบเปปเปอร์มินท์ การ รับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว และดื่มไวน์ ถือเป็นวิธีที่ดี (Fessele,1996:1412-1413)

การควบคุมอาการโดยไม่ใช้ยา จากการรายงานของโรเดส (Rodes,1990) สรุปได้ดังนี้ อาหารที่ควรรับประทาน คือ รับประทานอาหารที่ชอบ ทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง ทานอาหารอ่อน ก่อนการรับการรักษา ทานยาลดกรดก่อนการรับประทานอาหาร สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง คือ อาหารที่มี กลิ่น อาหารมันหรืออาหารปรุงรส ควรทำให้อาหารเย็นก่อน ทานอาหารช้าๆ ในส่วนของกร

พักผ่อนหรือหย่อนใจ คือ การสนทนาพูดคุย เปลี่ยนแปลงสถานที่ การออกกำลังกาย เล่นเกมส์ จินตนาการ ฟังเพลง ดูทีวีหรือวิดีโอที่ชอบ พักผ่อน อ่านหนังสือ นอกจากนี้ยังมีวิธีในการดูแลตนเองอื่นๆ เช่น รักษาความสะอาดของช่องปากและฟันบ่อยๆ และตามต้องการ พักผ่อนในท่าที่สบายและเียบสงบ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Trester (1982)

การศึกษาของ Menashiam และคณะ ในปี 1992 ได้ทดลองให้อาหารไม่มีทั้งสีไม่มีทั้งกลิ่น พบว่า ช่วยป้องกันและลดการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน และการให้อาหารปริมาณมากยังช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นด้วย และยังพบว่าการให้อาหารเหลวหรือเครื่องดื่มควรให้ขณะอาหารเย็นและให้ทานช้าๆ (Hogan, 1983 cited in Fessele, 1996:1412-1413) การให้อาหารควรให้เป็นรายๆ ไปขึ้นกับความชอบและความต้องการของผู้ป่วยด้วย (Fessele, 1996:1412-1413)

สำหรับรายงานการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลให้ตนเองได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ โดยเน้นเรื่องการรับประทานอาหาร พยายามรับประทานอาหารให้ได้มากที่สุด สรุปวิธีการต่างๆ ได้ดังนี้ รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย อาหารที่มีรสเปรี้ยว อาหารที่มีรสหวาน อาหารที่ผู้ป่วยชอบ ผลไม้ต่างๆ อาหารเสริม อาหารร้อนๆ การดื่มน้ำสมุนไพร อมลูกอม หลีกเลียงอาหารมันๆ ส่วนวิธีการอื่นๆที่ใช้ เช่น การออกกำลังกาย การอยู่นิ่งๆ/ลดการเคลื่อนไหว ดมยาตามรับประทานยาต้านการอาเจียน หากิจกรรมอื่นๆทำ หลีกเลียงการนึกถึงยาฉีด ไม่พะวงกับอาการการให้กำลังใจโดยญาติ ซึ่งวิธีการเหล่านี้มีทั้งวิธีที่ผู้ป่วยคิด/ริเริ่มทำด้วยตนเอง วิธีที่ได้รับจากญาติ และทีมสุขภาพ (รัชนี้ นามจันทรา, 2535; ประทุม สร้อยวงค์, 2538; อุษาร์ รุจิระวิโรจน์, 2543)

5. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (A Model for Symptom Management)

แบบจำลองการจัดการกับอาการ (A Model for Symptom management) ของลาร์สันและคนอื่นๆ (Larson et al., 1994) ซึ่งได้ให้ความหมายไว้ว่า อาการ หมายถึง ประสบการณ์การรับรู้ของบุคคล ต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวจิตสังคม ความรู้สึกและสติปัญญา ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นสาเหตุของความทุกข์ (distress) แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes)

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences)

ประสบการณ์การมีอาการของบุคคล เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการรักษา มีความเกี่ยวข้องของปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ (Perception of

Symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) และ การตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms)

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of Symptoms) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากที่ตนเองเคยรู้สึก เคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้นต้องรู้สึกตัวและใช้สติปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่างๆในการแปลความหมายของข้อมูล สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลมี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย

1.1.1 ปัจจัยด้านตัวบุคคล เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล และเป็นการพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังมีอาการปรากฏ มีความสำคัญมาก หากปัจจัยด้านตัวบุคคลมีอยู่ก่อนอาการปรากฏจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล ในทางกลับกันบางครั้งอาการอาจมีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านตัวบุคคลได้ ปัจจัยด้านตัวบุคคลได้แก่ ลักษณะโดยทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจ ลักษณะทางจิตวิทยา เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ ความสามารถในการรู้คิดและแรงจูงใจ ลักษณะทางสังคม หมายถึง ครอบครัววัฒนธรรมและศาสนา และลักษณะทางสรีรวิทยา ได้แก่ แบบแผนการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรมและความสามารถของร่างกาย

1.1.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง บรรยากาศและภูมิหลังในสถานการณ์หนึ่งๆ ที่มีการรับรู้ ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้าน ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงานและสถานที่พักผ่อน สภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม สภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีปฏิบัติ

1.1.3 ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงภาวะสุขภาพ โรคหรือความเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงหมายถึงพฤติกรรมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด หรือเกิดขึ้นภายหลัง เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะสุขภาพหมายถึงความผิดปกติทางสรีระ โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย โรคหรือความเจ็บป่วย เป็นการเบี่ยงเบนทางสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังอันเนื่องมาจากการมีพยาธิสภาพ

ปัจจัยทั้ง 3 นี้จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการของบุคคล

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of Symptoms) หมายถึง การตัดสินของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่ง ความถี่ รูปแบบของการเกิดอาการ ความพิการที่อาจเกิดขึ้น และคุณภาพต่อชีวิต

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to Symptoms) หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่ออาการ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ภายหลังจากเกิดอาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านสรีระ จิตและพฤติกรรม ซึ่งอาจมีการตอบสนองต่ออาการได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ ประกอบด้วย

1.3.1 การตอบสนองทางสรีระ เป็นการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ใจสั่น การเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจ การนอนไม่หลับ

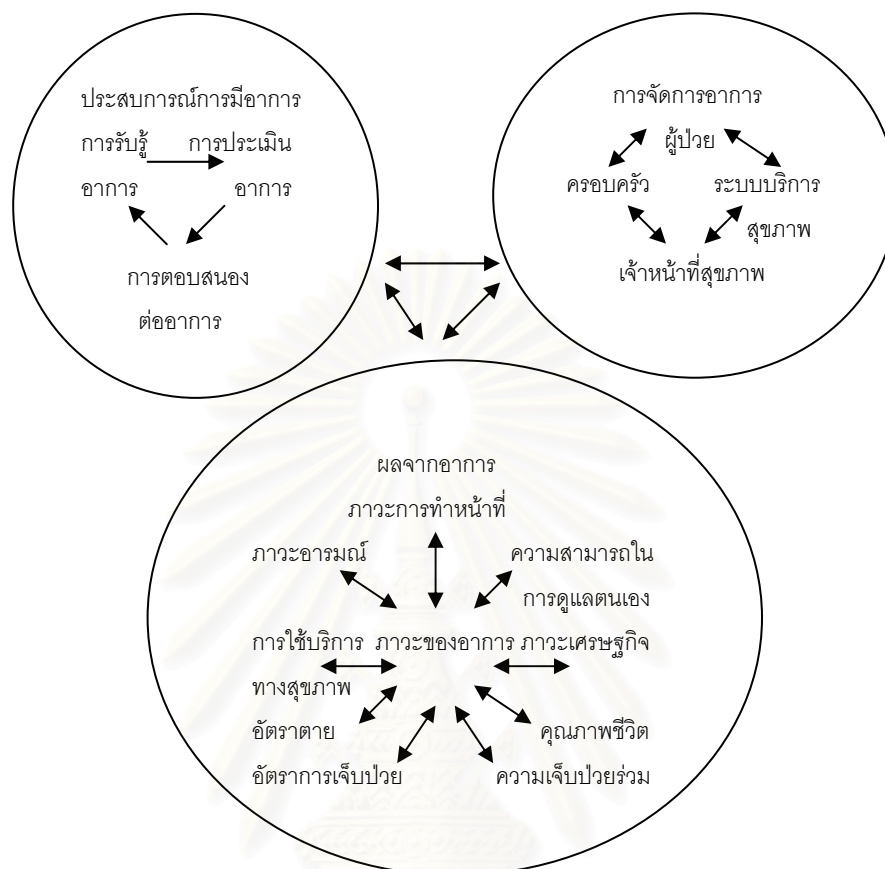
1.3.2 การตอบสนองทางจิต เป็นการเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิดและอารมณ์ เช่น การขาดสมาธิ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงความมีคุณค่าแห่งตนเอง

2. กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies)

เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่าง ๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยยอมรับโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา ชะลอผลทางลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ การพึ่งพาทีมสุขภาพ และการดูแลตนเองโดยเริ่มต้นจากประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย การจัดการกับอาการรวมถึงการจัดการกระทำและการพัฒนาวิธีการในการจัดการกระทำ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

3. ผลจากอาการ (Symptom Outcomes)

เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการอาการ ปัจจัยบ่งชี้ถึงผลจากอาการมี 10 ประการ ประเมินออกมาในรูปของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการป่วย ความเจ็บป่วยร่วม และอัตราตาย โดยมีภาวะของอาการเป็นแกนกลางที่เกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากข้อบ่งชี้อื่นๆ ซึ่งผลจากอาการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้จากการใช้กลวิธีจัดการอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลากรในทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ดังแสดงไว้ในแผนภูมิในหน้า 41



แบบจำลองการจัดการกับอาการของลาร์สันและคนอื่นๆ (Larson et al., 1994)

แบบจำลองการจัดการกับอาการกล่าวถึง 3 แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีจัดการอาการ (Symptom Management Strategies) และผลจากอาการ (Symptom Outcomes) ไว้ดังนี้ เมื่อบุคคลประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของตนเองจากการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เกิดเป็นผลจากอาการในรูปของ ภาวะของอาการ ภาวะการทำหน้าที่ ภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง การใช้บริการทางสุขภาพ อัตราการเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยร่วม อัตราตาย หรือภาวะอารมณ์ บุคคลจะปฏิบัติการเพื่อบรรเทา/แก้ไขอาการโดยวิธีการต่างๆ โดยอาศัยความร่วมมือของตนเอง ครอบครัว และทีมสุขภาพ จากนั้นบุคคลจะประเมินผลวิธีการที่ใช้ ซึ่งวิธีการจัดการจะมีอิทธิพลต่อการประเมินประสบการณ์การมีอาการและผลของอาการ โดยเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกัน เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาเป็นพลวัตร จนกว่าจะได้ผลจากอาการที่บุคคลพึงพอใจ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการ คลื่นไส้ อาเจียน และผลของอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีรายละเอียดดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาการ และการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน

พอลซ์และคณะ (Foltz et al., 1996) ศึกษาผลข้างเคียงของเคมีบำบัดและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 59 คน เป็นชาย 25 คน หญิง 34 คน ประเมินโดยใช้แบบบันทึกการดูแลตนเองของเนล (Nail's self care Diary: SCD) พบว่า อาการคลื่นไส้เป็นอาการข้างเคียงที่พบเป็นอันดับ 3 (71%) อาการอาเจียน (39%) และผู้ป่วยร้อยละ 80 ใช้วิธีรับประทานยาต้านการอาเจียนเพื่อควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนซึ่งได้ผลถึงร้อยละ 65 สำหรับวิธีการอื่นที่มีการใช้ เช่น การนอนพัก และการหากิจกรรมอื่นๆ ทำ ซึ่งการนอนพักช่วยบรรเทาอาการได้มาก นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีวิธีในการดูแลตนเองให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ เช่น รับประทานอาหารทีละน้อย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่น รับประทานขนมปังกรอบ ทานอาหารเหลว ทานอาหารที่ประกอบขึ้นเอง และเลือกทานอาหารที่เย็น และในส่วนของจัดการอาการอาเจียนนั้น ผู้ป่วยใช้การรับประทานยา ทานอาหารทีละน้อย ทานอาหารเหลวและการพักผ่อน

โรเดส วัทสัน และจอห์นสัน (Rhodes, Watson & Johnson, 1985) ได้ริเริ่มการศึกษาแบบแผนของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และได้พัฒนาเครื่องมือวัดอาการคลื่นไส้และอาเจียนขึ้น ซึ่งได้ศึกษาเบื้องต้นในผู้ป่วย 32 คน ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด 2 ครั้ง เครื่องมือขึ้นนี้มีชื่อใช้ The Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form I (INV Form I) พบว่า แบบแผนของอาการคลื่นไส้หลังได้รับเคมีบำบัดของแต่ละบุคคลในแต่ละครั้ง มีความแตกต่างกันมากกว่าแบบแผนของการอาเจียน อาการคลื่นไส้จะเกิดมากในวันแรกและอยู่นานถึง 48 ชั่วโมงหรือมากกว่าและจะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้นในวันที่ 3 หลังได้รับเคมีบำบัด และพบอาการคลื่นไส้มากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด สำหรับอาการอาเจียนจะเป็นมากในวันแรกและมักจะหายไปภายในวันที่ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด อาการอาเจียนที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของการได้รับเคมีบำบัดไม่แตกต่างกันมากนัก

โรเดสและคณะ (Rhodes et al.,1987) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดอาการคลื่นไส้และอาเจียน และทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นคือ 309 คน แบ่งออกเป็น 11 กลุ่มตามชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับและได้ยาเดิมติดต่อกันอย่างน้อย 6 ครั้ง เป็นการศึกษาแบบแผนและความทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้อาเจียน โรเดสและคณะ (Rhodes et al.,1987:38) ได้ตรวจสอบความตรงตามสภาพ หาความสัมพันธ์ของคะแนนการตอบแบบวัดของผู้ป่วยกับการประเมินของสมาชิกในครอบครัวได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) $r=0.87$ และมีความสำคัญทางสถิติ และตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างชนิดทราบกลุ่มตัวอย่าง (Known group technique) พบว่าสามารถแยกให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยมะเร็งกับบุคคลปกติได้ และได้ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้เทคนิคการแบ่งครึ่ง (split half technique) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.90 และหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ 0.89 ถึง 0.97 ให้ชื่อเครื่องมือนี้ว่า The Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form II (INV Form II) ผลการศึกษาพบว่าแบบแผนของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความแตกต่างกัน คือ แบบแผนของอาการคลื่นไส้มี 4 ลักษณะคือ 1) อาการรุนแรงตลอด 2) อาการเล็กน้อย 3) อาการเริ่มจากเล็กน้อยแล้วค่อยๆ รุนแรงขึ้น และ 4) อาการรุนแรงขึ้นช่วงหนึ่งแล้วลดลงรวดเร็ว สำหรับแบบแผนของอาการอาเจียนและความทุกข์ทรมานมี 4 ลักษณะคือ 1) อาการรุนแรงมากแล้วค่อยๆ ลดลง 2) อาการเล็กน้อย 3) อาการเริ่มจากเล็กน้อยแล้วค่อยๆ รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และ 4) อาการรุนแรงขึ้นช่วงหนึ่งแล้วลดลงรวดเร็ว ซึ่งแบบแผนดังกล่าวพบได้ในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มแม้จะได้รับยาเคมีบำบัดแตกต่างกัน และพบว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น

โรเดสและแมคดาเนียล (Rhodes & McDaniel, 1999) ได้พัฒนาปรับปรุงรูปแบบเครื่องมืออีกครั้ง โดยศึกษาในผู้ป่วย 159 คน ในผู้ป่วยมะเร็ง 60 คน ผู้ป่วยสูติกรรม 40 คน และผู้ป่วยศัลยกรรม 59 คน ได้เครื่องมือใหม่ที่มีชื่อว่า Index of Nausea, Vomiting, and Retching (INVR) (Rhodes & McDaniel, 1999) และได้หาความสัมพันธ์ของคะแนนการตอบแบบวัดของทั้ง 2 เครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) และอัตราของการเห็นด้วย (Percent agreement) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's correlation) $r=0.87$ และพบว่า อัตราของการเห็นด้วย (Percent agreement) ของการตอบแบบวัดอยู่ในระดับสูง

รัชนี นามจันทรา (2535) ศึกษาความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่

ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 40 ราย พบว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยรุนแรงที่สุดในระยะ 12 ชั่วโมงแรกหลังให้ซิสพลาติน และได้แบ่งแบบแผนอาการคลื่นไส้อาเจียนออกเป็น 5 แบบแผน คือ 1) ไม่เกิดอาการ 2) เกิดอาการเล็กน้อย 3) อาการเริ่มจากรุนแรงมากแล้วลดลงอย่างรวดเร็ว 4) อาการเริ่มจากเล็กน้อยแล้วรุนแรงขึ้นช่วงหนึ่งจากนั้นอาการจึงลดลง และ 5) อาการรุนแรงตลอด 3 วันหลังได้รับซิสพลาติน ส่วนความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองและอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองโดยเฉพาะวิธีปฏิบัติเพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ วิธีการลดอาการและปรับความไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้อาเจียน ดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามดูแลตนเองให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอโดยพยายามรับประทานอาหารให้ได้มากเท่าที่จะทำได้ และรับประทานอาหารเสริม เช่น นมสด นมถั่วเหลือง ผลไม้ ขนมปัง ซุปไก่ รังนก น้ำหวาน รับประทานอาหารซ้ำๆ ช่วยให้รับประทานได้มาก พยายามดูแลตนเองให้ได้รับน้ำมากขึ้น โดยพยายามดื่มน้ำบ่อยๆ จิบน้ำไปเรื่อยๆ

ประทุม สร้อยวงษ์ (2538) ศึกษาแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 44 ราย ได้แบ่งแบบแผนอาการคลื่นไส้อาเจียนออกเป็น 4 แบบแผน คือ 1) ไม่เกิดอาการ 2) เกิดอาการเล็กน้อย 3) อาการปานกลางแล้วค่อยๆลดลงอย่างช้าๆ 4) เกิดอาการรุนแรงมากแล้วค่อยๆลดลงแล้วเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและลดลงอย่างรวดเร็ว ในด้านความสัมพันธ์พบว่าความเพียงพอของการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรวมและกับแต่ละอาการย่อย สำหรับวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ โดยมากเป็นวิธีเดียวกันกับที่เจ้าหน้าที่สุขภาพได้ให้คำแนะนำและมีอยู่ในคู่มือการดูแลตนเองในขณะที่ได้รับเคมีบำบัด แต่การศึกษาในครั้งนี้พบวิธีที่แตกต่างออกไป คือ การรับประทานอ้อยก่อน 2-3 ชั่วโมง แล้วรู้สึกสดชื่นรับประทานอาหารและน้ำได้ดีขึ้น และการดื่มน้ำสมุนไพรต่างๆ นอกจากนี้ยังมีวิธีในการบรรเทาอาการคลื่นไส้และอาเจียน ได้แก่ การรับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว การไม่พะวงกับอาการหรือหาอะไรทำเป็นเสมือนวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจและการออกกำลังกาย

อุสาห์ รุจิระวิโรจน์ (2543) ได้ศึกษาการจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ศึกษาแบบกรณีศึกษาจำนวน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพบว่า ประสบการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมีการรับรู้เริ่มจาก อาการเวียนศีรษะ ปั่นป่วน

ภายในห้อง จุกแน่นหน้าอก น้ำลายสอ คลื่นไส้และอาเจียนออกมา ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการที่พบมากคือกลิ่นของอาหาร ส่วนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนจะพบมากที่สุดในวันที่ 1 หลังรับยาเคมีบำบัดและลดลงในวันถัดมา การตอบสนองของผู้ป่วยต่ออาการคลื่นไส้อาเจียนมีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ ทำให้อ่อนเพลีย รู้สึกท้อทรมาน และท้อแท้ วิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ วิธีที่ญาติใช้มากที่สุดคือการให้กำลังใจโดยการพูดคุยและการสัมผัส และวิธีการที่พยาบาลใช้มากที่สุดคือการให้ยาต้านการอาเจียน

เฮดเลย์ (Headley,1987) ศึกษาผลของการจัดการเวลาในการให้เคมีบำบัดเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ศึกษาในกลุ่มอย่างสะดวง จำนวน 26 คนเป็นชาย และได้รับซิสพลาตินเป็นพื้นฐาน (cisplatin) ได้รับความต้านการอาเจียนเช่นเดียวกัน เปรียบเทียบช่วงเช้า-เย็นในการรับเคมีบำบัด โดยให้ผู้ป่วยบันทึกตามอาการที่เกิดลงในแบบบันทึก และแบบประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนของโรดส พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาทั้งสอง แต่พบว่า การให้ยาเคมีบำบัดในช่วงเย็นมีแนวโน้มของความถี่และความท้อทรมานของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนน้อยกว่า

เอ็ดเวิร์ดและคณะ (Edwards et al.,1991) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการควบคุมการให้ยาต้านการอาเจียนระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เป็นการศึกษาเชิงทดลองในผู้ป่วย 20 คน โดยกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ควบคุมการให้ยาโดยพยาบาล (Nurse-Controlled Antiemetic Therapy) จำนวน 9 คน และกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ควบคุมการให้ยาโดยผู้ป่วย (Patient-Controlled Antiemetic Therapy) จำนวน 11 คน ทั้ง 2 กลุ่มได้รับยาต้านการอาเจียนที่มีฤทธิ์ในระดับปานกลางทางหลอดเลือดดำ และยาเคมีบำบัดที่ได้รับคือ Cyclophosphamide ชนิดเดียวหรือร่วมกับตัวอื่นๆ พบว่า ไม่มีความแตกต่างของการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม แต่พบว่าในกลุ่มที่ควบคุมด้วยผู้ป่วยมีความสิ้นเปลืองการให้นยาน้อยกว่า และคาดการณ์ว่ากลุ่มที่ควบคุมด้วยผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดอาการคลื่นไส้ น้อยกว่า มีความสุขสบายมากกว่า และคุณภาพการนอนหลับดีกว่า

โทเอสและคณะ (Thoesch et al., 1993) ศึกษาผลของการสร้างจินตนาการ (guide imagery) ต่ออาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน อาการขย้อนและอาการท้อทรมาน ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ศึกษาในกลุ่มที่ได้รับซิสพลาตินเป็นพื้นฐาน จำนวน 40 คน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 20 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับยาต้านการอาเจียนชนิดเดียวกัน พบว่า การสร้างจินตนาการไม่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความถี่ ความท้อทรมานของอาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน

และอาการขย้อน แต่เชื่อว่า ในกลุ่มทดลองไม่เกิดการควบคุม มีพลัง เกิดการผ่อนคลาย และเกิดการเตรียมตัวที่ดีในการรับยาเคมีบำบัด และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา

อรากาวา (Arakawa,1995) ได้ศึกษาผลของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation ; PMR) ต่อการลดอาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในญี่ปุ่น ในครั้งแรกได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 10 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ได้รับเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง อายุระหว่าง 20-70 ปี การศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีผลในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียน หลังจากนั้นในปี 1997 อรากาวาได้ศึกษาอีกครั้งในกลุ่มประชากรที่มากขึ้นเป็น 60 คน อายุระหว่าง 22-74 ปี มาตรฐานของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ 8 ชนิด มาตรฐานของยาต้านการอาเจียนที่ได้รับเป็น 5 ชนิด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึก PMR สามารถช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นในภายหลัง (Delayed nausea and vomiting) อีกทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลด้วย ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของโคทังช์ (Cotanch,1983) พบว่าเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

เกลลิสและคณะ (Grealish et al.,2000) ศึกษาผลของการนวดเท้าต่อความปวดและอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยมะเร็ง ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 87 คน ที่มีอาการปวด อาการคลื่นไส้และไม่ได้รับการผ่าตัด พบว่า การนวดเท้าช่วยลดความปวดและอาการคลื่นไส้ได้ นอกจากนี้ ดิบเบิลและคณะ (Dibble et al.,2000) ศึกษาผลของเทคนิคการนวดด้วยมือแทนการฝังเข็มต่อประสบการณ์การมีอาการและความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 17 คน พบว่ากลุ่มที่ได้รับเทคนิคการนวดด้วยมือแทนการฝังเข็มมีอาการคลื่นไส้และความรุนแรงของอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ชวณพิศ นรเดชานนท์ (2531) ศึกษาการฝึกการหายใจแบบสงบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและมีอาการคลื่นไส้อาเจียนแบบคาดคะเนล่วงหน้า:การศึกษาเฉพาะกรณี เป็นการสอนการหายใจแบบสงบเพื่อลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนแบบคาดคะเนล่วงหน้าในผู้ป่วย 1 ราย ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าจะสามารถแก้ไขภาวะคลื่นไส้อาเจียนได้ แต่อาจกล่าวได้ว่า การฝึกการหายใจแบบสงบเป็นวิธีง่ายๆ ที่สามารถสอนในหอผู้ป่วยได้ทุกสถานการณ์ ช่วยลดความตึงเครียดและควบคุมความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

บุษบา สมใจวงษ์ (2544) ได้ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ชัยอ่อนและ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ เคมีบำบัดจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย ใช้แบบวัดอาการ คลื่นไส้และอาเจียนของโรเดส (INV-2) พบว่า การสร้างจินตภาพสามารถลดความถี่ ระยะเวลา และ ความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้ ความถี่และความทุกข์ทรมานของอาการชั๊ยอ่อน ปริมาณอาเจียน และความทุกข์ทรมานของอาการอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

โอซาบาและคณะ (Osaba et al.,1997) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนใน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 832 คน ที่ได้รับยาต้านการทำงานของ 5-hydroxytryptamine (5-HT₃) antagonist หรือไม่ได้รับร่วมกับ dexamethasone ได้รับเคมีบำบัด ชนิดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนปานกลางถึงรุนแรง และประเมินผลภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้หลังรับยาเคมีบำบัดมีผลต่อทางด้านร่างกาย บทบาท หน้าที่ ภาวะอารมณ์ การรับรู้ และบทบาทหน้าที่ทางสังคม และผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนมีผล ด้านลบต่อร่างกาย บทบาทหน้าที่ และหน้าที่ทางสังคม รวมถึงผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งหมด

ฟาเลย์และคณะ (Farley et al.,1997) ศึกษาการทำหน้าที่และการใช้ยาต้านการอาเจียนเพื่อ ควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียนแบบเฉียบพลัน ในผู้ป่วย 115 คน ที่ได้รับยาต้านการอาเจียน qranisetron และ ondansetron ชนิดใดชนิดหนึ่ง โดยผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดชนิดมีฤทธิ์รุนแรง รุนแรงปานกลาง และฤทธิ์ปานกลาง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนภายหลังรับเคมี บำบัดมีผลด้านลบต่อการทำหน้าที่ และมีผลมากกว่าการเกิดอาการอาเจียนเพียงอย่างเดียว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของอาการคลื่นไส้อาเจียน

ลินด์เลย์และเฮิร์ส (Lindley&Hirsch,1992) ศึกษาผลของอาการคลื่นไส้อาเจียนต่อคุณภาพ ชีวิต ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแผนผู้ป่วยนอก จำนวน 140 คน โดยใช้เครื่องมือในการ ประเมิน 2 ชุด ได้แก่ FLIC (Functional Living Index-Cancer) และ FLIE (Functional Living Index-Emesis) ประเมินผู้ป่วยก่อนการรับยาเคมีบำบัดจนกระทั่งหลังรับยา 3 วัน พบว่า ผู้ป่วยที่มี อาการอาเจียนมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการอาเจียน 23% ของผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนไม่สามารถทำงานได้ 22% ไม่สามารถเตรียมอาหารได้ และ 12% ไม่สามารถรับยาต่อได้ และยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย

ลินด์เลย์และคณะ (Lindley et al.,1992) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินผลของอาการคลื่นไส้อาเจียน เพื่อทราบคุณภาพชีวิตและผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในแต่ละวันของผู้ป่วย รวมถึงวิธีการในการควบคุมอาการโดยการให้ยาและไม่ให้ยา โดยใช้เครื่องมือในการประเมิน 4 ชุด ได้แก่ FLIC (Functional Living Index-Cancer), FLIE (Functional Living Index-Emesis), แบบบันทึกประจำวัน และ แบบประเมินเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่มารักษาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 122 คน โดยใช้เครื่องมือ FLIC,FLIE ประเมินในวันแรกก่อนการรับยาเคมีบำบัดและวันที่ 3 ของการรักษา บันทึกอาการคลื่นไส้อาเจียนในทุกๆ วัน และประเมินค่าใช้จ่ายในวันที่ 5 ทางโทรศัพท์ พบว่าร้อยละ 65ของผู้ป่วยมีอาการอาเจียน คะแนนเฉลี่ยของ FLIC,FLIE จากก่อนจนกระทั่งหลังการรับยาเคมีบำบัดมีแนวโน้มลดลง และอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่

มอนโร แองเจิลและดูเบสเตอร์ (Morrow,Angel&Dubeshter,1992) ได้ศึกษาถึงผลของอาการคลื่นไส้อาเจียนต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ จำนวน 5 คน ที่ได้รับเคมีบำบัดและยาต้านการอาเจียนชนิดเดียวกัน โดยศึกษาการเปลี่ยนแปลงของ อุณหภูมิ (skin temperature) ความซีด (pallor) ลักษณะชีพจรที่บอกปริมาตรของโลหิต (blood volume pulse) และอัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตจะลดลงในระหว่างเกิดอาการคลื่นไส้และจะเพิ่มขึ้นขณะเกิดอาการอาเจียน อาการซีดจะเกิดขณะมีอาการคลื่นไส้และจะยังคงมีอาการต่อไประหว่างมีอาการอาเจียน ส่วนการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิจะลดลงขณะมีอาการคลื่นไส้และจะยังคงลดลงในขณะมีอาการอาเจียน

ANCHOR (The Anti Nausea Chemotherapy Registry,2002) ได้รายงานว่าการคลื่นไส้อาเจียนยังเป็นปัญหาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด รวมถึงได้รายงานผลการเปรียบเทียบการพยากรณ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ไว้ดังนี้

อาการคลื่นไส้อาเจียนชนิดเฉียบพลัน พยาบาลประมาณไว้ว่า เกิดอาการคลื่นไส้และอาการอาเจียนร้อยละ 23.6, 5 ตามลำดับ แต่จากการรายงานของผู้ป่วย พบว่ามีอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้และอาการอาเจียนร้อยละ 47.1, 28.4 และ **อาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดในภายหลัง** พยาบาลประมาณไว้ว่า เกิดอาการคลื่นไส้และอาการอาเจียนร้อยละ 24.3, 5 ตามลำดับ แต่จากการรายงานของผู้ป่วย พบว่ามีอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้และอาการอาเจียนถึงร้อยละ 52.9, 38.8

ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วย 68 คน ที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 และได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนปานกลาง ให้ผู้ป่วยบันทึกอาการคลื่นไส้อาเจียนทุกวันเป็นเวลา 5 วัน และประเมินภาวะการทำหน้าที่โดยใช้แบบประเมิน FLIE (Functional living index emesis) ในวันที่ 6 ผู้ป่วยรายงานว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนกระทบการทำกิจกรรมในแต่ละวัน

ข้อมูลจากการศึกษาเหล่านี้พอจะสรุปได้ว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด และเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ และเป็นเหตุให้เกิดวิธีการจัดการกับอาการเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรับรู้ว่าจะเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนขึ้น ผู้ป่วยจะประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยมุมมองของตนเอง จากการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ เพื่อแปลความหมายของอาการคลื่นไส้อาเจียนในเรื่องความรุนแรงของอาการ และผลจากอาการต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ในเรื่อง การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงาน จากนั้นบุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการที่เหมาะสม เพื่อควบคุม/บรรเทาผลของอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การจัดการอาการโดยการให้ยาและไม่ให้ยาครอบคลุมถึงการจัดการด้วยตนเอง ร่วมมือกับครอบครัวและทีมสุขภาพ จนกว่าจะได้ผลตามที่ต้องการ ถ้าการจัดการกับอาการมีประสิทธิภาพจะสามารถควบคุม/บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Thorndike (cited in Prescott, 1987:130)

ดังนี้

$$n \geq 10k + 50$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

(การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษา 3 ตัวแปร)

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 80 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2545 และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
2. ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 18 ขึ้นไป
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกระยะและไม่จำกัดชนิดของโรค และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
4. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหรือประสบการณ์การมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการรับเคมีบำบัด
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และปัญหาด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา (n=80)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	35	43.75
หญิง	45	56.25
อายุ (ปี)		
18-35	21	26.25
35-60	43	53.75
> 60	16	20.00
สถานภาพสมรส		
โสด	24	30.00
คู่	54	67.50
ม่าย หย่า แยก	2	2.50
ศาสนา		
พุทธ	78	97.50
อื่นๆ	2	2.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	1.25
ประถมศึกษา	19	23.75
มัธยมศึกษา	23	28.75
ประกาศนียบัตร	2	2.50
ปริญญาตรี	23	28.75
สูงกว่าปริญญาตรี	4	5.00
อื่นๆ (เช่น ปวช., ปวส.)	8	10.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	2	2.50
รับราชการ	9	11.25
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	7.50
ค้าขาย	9	11.25
เกษตรกรรม	6	7.50
รับจ้าง	18	22.50
อื่นๆ (เช่น พ่อบ้าน, แม่บ้าน, นักเรียน/นักศึกษา, แม่ชี)	30	37.50
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000	5	6.25
4,001-8,000	12	15.00
8,001-12,000	13	16.25
12,001-16,000	8	10.00
16,001-20,000	2	2.50
มากกว่า 20,000	40	50.00
ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษา		
ไม่มี	76	95.00
มี	4	5.00

**สำหรับอายุ พบว่า ค่าพิสัย = 18-71 ค่าเฉลี่ย = 47.04 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.30

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ ยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และ ยาต้านการอักเสบที่ได้รับ ได้นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ (n=80) ดังนี้

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค (ตามตำแหน่งของโรค)		
ศีรษะและคอ	19	23.75
เต้านม	18	22.50
ทางเดินอาหาร	12	15.00
มดลูก	9	11.25
ปอด	7	8.75
ระบบต่อมน้ำเหลือง	7	8.75
ระบบเลือด	6	7.50
กระดูก	2	2.50
ระยะของโรค		
ระยะที่ 2	14	17.50
ระยะที่ 3	29	36.25
ระยะที่ 4	25	31.25
ไม่ทราบ(ไม่ได้ระบุไว้ใน OPD Card)	12	15.00
การรักษาที่ได้รับ		
เคมีบำบัด	39	48.75
เคมีบำบัดและผ่าตัด	13	16.25
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	12	15.00
เคมีบำบัด รังสีรักษา และผ่าตัด	16	20.00
ยาเคมีบำบัด (แบ่งตามความรุนแรงที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน)		
รุนแรงมาก	35	43.75
รุนแรงปานกลาง	45	56.25

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ยาต้านการอาเจียน		
Plasil	40	50.00
Motilium	15	18.75
Zofran	25	31.25

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในสังกัดสภากาชาดไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน
2. แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน
3. แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน
4. แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่

1. **แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน** ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะเป็นแบบคำถามปลายปิดและให้เติมข้อความลงในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวม 8 ข้อ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะเป็นแบบคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความลงในช่องว่าง ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ยาต้านการอาเจียนที่ได้รับ รวม 5 ข้อ เป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

2. แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน

แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนนี้ ใช้แบบวัดอาการคลื่นไส้และอาเจียนของโรเดส (*Index of Nausea, Vomiting, and Retching :INVR*) ฉบับปรับปรุงปี 1999 ซึ่งปรับปรุงจาก The Rhodes Index of Nausea and Vomiting Form II (INV Form II) และ INV Form II ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยรัชณี นามจันทรา (2535)

เครื่องมือชิ้นนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ 3 ข้อ อาการอาเจียน 3 ข้อ และอาการขย้อน 2 ข้อ ดังนี้

อาการคลื่นไส้ ได้แก่ ข้อ 1,2,3

อาการอาเจียน ได้แก่ ข้อ 4,5,6

อาการขย้อน ได้แก่ ข้อ 7,8

เครื่องมือมีลักษณะประเมินแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ประเมินการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน ดังนี้

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากที่สุด

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมาก

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงพอสมควร

1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ว่ามีอาการเล็กน้อย

0 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการรับรู้ที่ไม่มีอาการ

เกณฑ์การคิดคะแนนโดยรวม โดยการนำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกัน คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าได้ตั้งแต่ 0 ถึง 32 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเกิดขึ้นเลย และ 32 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมากที่สุด

การแปลความหมายของระดับความรุนแรงของอาการนั้น พิจารณาจากค่าคะแนนต่ำสุดและสูงสุดของแต่ละอาการ โดย 0 คะแนนหมายถึงไม่มีอาการเลย จากนั้นนำค่าสูงสุดที่เป็นไปได้ของแต่ละอาการมาแบ่งเป็น 3 ช่วง ให้แต่ละช่วงมีความห่างเท่าๆ กัน แล้วนำมาแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้ดังนี้ (ประทุม สร้อยวงศ์, 2538)

คะแนนของอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรวม (ค่าพิสัย 0-32 คะแนน)

0	ไม่เกิดอาการเลย
0.01-10.66	อาการเล็กน้อย
10.67-21.32	อาการปานกลาง
≥ 21.33	อาการรุนแรงมาก

คะแนนของอาการคลื่นไส้ คะแนนของอาการอาเจียน (ค่าพิสัย 0-12 คะแนน)

0	ไม่เกิดอาการเลย
0.01-4.0	อาการเล็กน้อย
4.01-8.0	อาการปานกลาง
≥ 8.01	อาการรุนแรงมาก

คะแนนของอาการขย้อน (ค่าพิสัย 0-8 คะแนน)

0	ไม่เกิดอาการเลย
0.01-2.66	อาการเล็กน้อย
2.67-5.32	อาการปานกลาง
≥ 5.33	อาการรุนแรงมาก

3. แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองโดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจาก หนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน

2. ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามการจัดการอาการขึ้นโดยใช้แนวคิดจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของลาร์สันและคนอื่นๆ (Larson et al.,1994) และการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องและใช้ในการควบคุม/บรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ผู้วิจัยนำมาสร้างเป็นข้อคำถาม เป็นวิธีที่มีการใช้ค่อนข้างมาก มีความเหมาะสม ไม่เกิดผลด้านลบ ถูกต้องตามหลักวิชาการ ไม่ขัดกับการรักษาทางการแพทย์ และมีผลทำให้อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยใช้ยา 4 ข้อ และไม่ใช้ยา 25 ข้อ

ลักษณะของเครื่องมือประเมินแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคอร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ท่านใช้เป็นประจำสม่ำเสมอ

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ท่านใช้เป็นส่วนใหญ่

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ท่านใช้เป็นบางครั้ง

1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ท่านใช้น้อยมาก

0 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนที่ท่านไม่ได้ใช้ การแปลความหมายคะแนนการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้วิจัยได้แบ่งระดับโดยใช้ อันตรภาคชั้นเป็นตัวกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย และแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยให้ระดับที่ 1 และ 5 มีความห่างเท่ากับ 0.50 และให้ระดับที่ 1,2, และ 3 มีความห่างเท่ากับ 1.00 ได้เกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
3.50 - 4.00	ระดับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนเหมาะสมมากที่สุด
2.50 - 3.49	ระดับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนเหมาะสมมาก
1.50 - 2.49	ระดับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนเหมาะสมปานกลาง
0.50 - 1.49	ระดับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนเหมาะสมน้อย
0.00 - 0.49	ระดับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนเหมาะสมน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามภาวะการทำงานที่ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองโดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

- ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่
- ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามภาวะการทำงานที่โดยใช้แนวคิดจากลินด์เลย์และคณะ (Lindley et al.,1992) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงาน

เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ด้านการนอนหลับ 5 ข้อ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหาร 5 ข้อ และด้านการทำงาน 8 ข้อ

ลักษณะของเครื่องมือประเมินแบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองมีผู้ช่วยเหลือบางครั้ง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านทำกิจกรรมได้โดยมีผู้ช่วยเหลือบ่อยครั้ง
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านทำกิจกรรมได้โดยมีผู้ช่วยเหลือทุกครั้ง

การแปลความหมายของภาวะการทำหน้าที่นั้น ผู้วิจัยได้แบ่งระดับโดยใช้อันตรภาคชั้นเป็นตัวกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย และแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยให้ระดับที่ 1 และ 4 มีความห่างเท่ากับ 0.50 และให้ระดับที่ 1 และ 2 มีความห่างเท่ากับ 1.00 ได้เกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
3.50 - 4.00	การทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองในระดับมาก
2.50 - 3.49	การทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองในระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	การทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองในระดับน้อย
1.00 - 1.49	การทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้วิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำข้อคำถามของเครื่องมือทั้ง 4 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้ง 4 ชุด ไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วจึงนำไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขามะเร็ง จำนวน 1 ท่าน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 3 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน

ตัดสินใจโดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ปรับรวมข้อคำถามจาก 7 ข้อ เป็น 5 ข้อ เพื่อให้เป็นหมวดหมู่ของข้อคำถามมากขึ้น

2. แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน ปรับสำนวนภาษา จัดกลุ่มอาการและเรียงลำดับความต่อเนื่องของข้อคำถาม ปรับระดับมาตราวัดให้เป็นจากอาการน้อยไปมาก

3. แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน ปรับสำนวนภาษา ตัดข้อคำถามจาก 32 ข้อ เป็น 29 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามบางข้อถามในประเด็นเดียวกัน

4. แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ปรับสำนวนภาษา ปรับรวมข้อคำถามจาก 35 ข้อ เป็น 28 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามบางข้อถามในประเด็นเดียวกัน

หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) (เพชรน้อย และ วัลยา, 2536:96)

$$CVI = \frac{\text{ผลรวมของความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ}}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$$

ค่าสูงสุดของดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.0

ค่า CVI ของแต่ละแบบสอบถามมีดังนี้

แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน มีค่า CVI เท่ากับ 0.89

แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน มีค่า CVI เท่ากับ 0.97

แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ มีค่า CVI เท่ากับ 0.87

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า และโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แล้วนำเครื่องมือไปใช้เก็บข้อมูลจริง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม	ความเที่ยงของข้อมูล เมื่อทดลองใช้ (try out) (n=30)	ความเที่ยงของข้อมูล เมื่อเก็บจริง (n=80)
ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน	0.79	0.79
การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน	0.70	0.68
ภาวะการทำหน้าที่	0.90	0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วง เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2545 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานบริการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง
3. ผู้วิจัยตรวจสอบเพิ่มข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งเฉพาะราย แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
4. ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
5. ผู้วิจัยสอบถามถึงอาการ/ประสบการณ์การมีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะได้รับเคมีบำบัด ดังนี้

5.1 กรณีผู้ป่วยเคยรับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยสอบถามถึงอาการ/ประสบการณ์การมี อาการคลื่นไส้อาเจียนครั้งก่อนและครั้งนี้

5.2 กรณีผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ผู้วิจัยสอบถามถึงอาการ/ประสบการณ์การ มีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะรับยาในครั้งนี้

5.3 กรณีผู้ป่วยไม่เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมอีก 1-3 ครั้ง ภายใน ระยะเวลา 3 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน หากผู้ป่วยไม่เกิด อาการ ผู้วิจัยคัดออกจากการศึกษา

6. เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจะอธิบายการตอบแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยโดยละเอียด เมื่อผู้ป่วยเข้าใจจึงให้เริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาขณะตอบ แบบสอบถามเพื่อชี้แจงรายละเอียดในกรณีที่ผู้ป่วยสงสัย และกรณีที่ผู้ป่วยอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ผู้ป่วยฟังทีละข้อและตอบตาม que ผู้ป่วยตอบ โดยลำดับของการ ตอบแบบสอบถามให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน (ส่วนที่ 1) เป็นอันดับแรก แบบวัดความ รุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นลำดับที่ 2 แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็น ลำดับที่ 3 และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่เป็นลำดับที่ 4

7. ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามอีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

8. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของแบบบันทึกข้อมูลขั้นพื้นฐาน (ส่วนที่ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจาก แพทย์ประวัติผู้ป่วย

9. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการ รวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อ กลุ่มตัวอย่าง ต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล หรือการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่ม ตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยมีต้องให้ เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows)

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน ดังนี้ จำแนกเป็นโดยรวม และรายด้าน โดยใช้ ค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้ ความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน ดังนี้ จำแนกเป็นรายด้าน โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
4. วิเคราะห์ภาวะการทำหน้าที่ ดังนี้ จำแนกเป็นโดยรวม รายด้าน และรายข้อ โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย เป็นลำดับขั้นตอนดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ศึกษาความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4-5
- ตอนที่ 2 ศึกษาการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6-8
- ตอนที่ 3 ศึกษาภาวะการทำหน้าที่ ในเรื่อง การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ
ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงานของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9-10
- ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการ
คลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11

ตอนที่ 1 ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรวมและรายด้าน เสนอผลการวิเคราะห์ด้วยคะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=80)

ความรุนแรงของอาการ	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
อาการคลื่นไส้	12	6.4	2.74	ปานกลาง
อาการอาเจียน	12	4.21	3.34	ปานกลาง
อาการขย้อน	8	3.03	1.92	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการ (โดยรวม)	32	13.64	5.87	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.64 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.87 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน และอาการขย้อนทุกรายการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.4, 4.21 และ 3.03 ตามลำดับ และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.74, 3.34 และ 1.92 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน จำแนกตามอาการ (n=80)

ความรุนแรงของอาการ	จำนวน	ร้อยละ
อาการคลื่นไส้		
1. ระยะเวลาที่รู้สึกไม่สุขสบายและมีอาการคลื่นไส้		
น้อยกว่า -1 ชั่วโมง	45	56.25
2-3 ชั่วโมง	11	13.75
4-6 ชั่วโมง	1	1.25
มากกว่า 6 ชั่วโมง	23	28.75
2. ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้		
เล็กน้อย	26	32.5
พอควร	34	42.5
มาก	17	21.25
มากที่สุด	3	3.75
3. จำนวนครั้งของการคลื่นไส้		
1-2 ครั้ง	18	22.5
3-4 ครั้ง	35	43.75
5-6 ครั้ง	3	3.75
7 ครั้งหรือมากกว่านี้	24	30.00
อาการอาเจียน		
4. จำนวนครั้งของการอาเจียน		
ไม่มีอาเจียน	26	32.5
1-2 ครั้ง	23	28.75
3-4 ครั้ง	18	22.50
5-6 ครั้ง	4	5.00
7 ครั้ง หรือมากกว่านี้	9	11.25

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ความรุนแรงของอาการ	จำนวน	ร้อยละ
5. ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการอาเจียน		
ไม่รู้สึกเลยเพราะไม่อาเจียน	26	32.50
เล็กน้อย	11	13.75
พอควร	27	33.75
มาก	12	15.00
มากที่สุด	4	5.00
6. ปริมาณของอาเจียนที่ออกมา		
ไม่มีอาเจียน	26	32.50
เล็กน้อย (เล็กน้อย-1/2 แก้ว)	21	26.25
พอควร (1/2-2 แก้ว)	21	26.25
มาก (2-3 แก้ว)	7	8.75
มากที่สุด (3 แก้วหรือมากกว่านี้)	5	6.25
อาการชื่อย่อน		
7. ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการชื่อย่อน		
ไม่รู้สึกเลยเพราะไม่มีอาการชื่อย่อน	17	21.25
เล็กน้อย	21	26.25
พอควร	32	40.00
มาก	8	10.00
มากที่สุด	2	2.50
8. การมีอาการชื่อย่อนโดยไม่อาเจียน		
ไม่มีเลย	17	21.25
1-2 ครั้ง	30	37.50
3-4 ครั้ง	21	26.25
5-6 ครั้ง	3	3.75
7 ครั้ง หรือมากกว่านี้	9	11.25

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยทุกคนเกิดอาการคลื่นไส้ โดยช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายและมีอาการคลื่นไส้สูงสุด คือ ช่วงระยะเวลาน้อยกว่าถึง 1 ชม. ร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ ช่วงระยะเวลามากกว่า 6 ชม. ร้อยละ 28.75 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ในระดับพอควร ร้อยละ 42.5 และในระดับมาก ร้อยละ 21.25 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของอาการคลื่นไส้ 3-4 ครั้งใน 24 ชม. ร้อยละ 43.75 รองลงมา มากกว่า 7 ครั้งใน 24 ชม. ร้อยละ 30

อาการอาเจียน มีผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการอาเจียนร้อยละ 32.5 ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนนั้นมีจำนวนครั้งของอาเจียน 1-2 ครั้งใน 24 ชม. คิดเป็นร้อยละ 28.75 และมีผู้ป่วยที่เกิดอาการอาเจียนในปริมาณเล็กน้อย (เล็กน้อย-½ แก้ว) และเกิดอาการอาเจียนในปริมาณพอควร (1/2 - 2 แก้ว) ในจำนวนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 26.25 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการอาเจียนในระดับพอควร คือ ร้อยละ 33.75

อาการร้อ้น มีผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการร้อ้นเลยร้อยละ 21.25 ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการร้อ้นนั้นมีจำนวนครั้งของอาการร้อ้น 1-2 ครั้งใน 24 ชม. คิดเป็นร้อยละ 37.5 และมีความทุกข์ทรมานจากอาการร้อ้นในระดับพอควร คือ ร้อยละ 40

ตอนที่ 2 การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยาและไม่ให้ยา เสนอผลการวิเคราะห์ด้วยคะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยาและไม่ให้ยา (n=80)

การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ให้ยา	4	1.66	0.52	ปานกลาง
ไม่ให้ยา	4	2.65	0.39	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยาอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.66 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ให้ยาอยู่ในระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.39

ตารางที่ 7 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการใช้ยา จำแนกตามรายชื่อ (n=80)

การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่ใช้	ใช้น้อยมาก	ใช้ บางครั้ง	ใช้ ส่วนใหญ่	ใช้สม่ำเสมอ			

ใช้ยา

1. การได้รับยาต้านการอาเจียนจากเจ้าหน้าที่	1.25	1.25	3.75	0	93.75	3.84	0.66	มากที่สุด
1. การดมยาดมหรือยาหอม	25.00	6.25	22.5	6.25	40.00	2.30	1.63	ปานกลาง
2. การรับประทานยาหอม	90.00	2.5	3.75	0	3.75	0.25	0.85	น้อยที่สุด
3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ยาต้านการอาเจียนร่วมกับแพทย์	90.00	1.25	3.75	3.75	1.25	0.25	0.80	น้อยที่สุด

จากตารางที่ 7 พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการใช้ยาในระดับมากที่สุด ได้แก่ การได้รับยาต้านการอาเจียนจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ป่วยได้ใช้เป็นประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 93.75 สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการใช้ยาในระดับน้อยที่สุด ได้แก่ การดมยาดมหรือยาหอม และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ยาต้านการอาเจียนร่วมกับแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้ใช้วิธีดังกล่าวในจำนวนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 90

ตารางที่ 8 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการไม่ใช้ยา จำแนกตามรายชื่อ (n=80)

การจัดการอาการ คลื่นไส้อาเจียน	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่ใช้	ใช้น้อย มาก	ใช้ บางครั้ง	ใช้ ส่วนใหญ่	ใช้สม่ำเสมอ			

ไม่ใช้ยา

1. การหยุดรับประทาน

อาหารขณะเกิดอาการ

คลื่นไส้อาเจียน 0 0 1.25 6.25 92.5 3.91 0.33 มากที่สุด

2. การนอนพักบนเตียง

ที่เงียบสงบ 0 0 2.5 11.25 86.25 3.84 0.43 มากที่สุด

3. การหลีกเลี่ยงอาหารมัน 2.5 0 5 10 82.5 3.70 0.79 มากที่สุด

4. การรักษาความสะอาด

ของช่องปากและฟัน 2.5 1.25 7.5 10 78.75 3.6 10.88 มากที่สุด

5. การพยายามลดการ

เคลื่อนไหวและอยู่นิ่งๆ 0 0 7.5 28.75 63.75 3.56 0.63 มากที่สุด

6. ญาติให้กำลังใจและดูแล

สม่ำเสมอขณะเกิดอาการ

คลื่นไส้อาเจียน 0 2.5 8.75 20 68.75 3.55 0.76 มากที่สุด

7. การเลือกรับประทานอาหาร

ที่ไม่มีสีและไม่มีการกลืน 2.5 2.5 12.5 13.75 68.75 3.44 0.98 มาก

8. การรับประทานอาหาร

ขณะอาหารยังอุ่น ๆ 3.75 3.75 13.75 15 63.75 3.31 1.09 มาก

9. การทำจิตใจให้สบาย

ไม่พะวงไม่นึกถึงยาฉีด 1.25 3.75 21.25 15 58.75 3.26 1.00 มาก

10. การรับประทานอาหารเช้าๆ 3.75 3.75 10 27.5 55 3.26 1.04 มาก

11. การรับประทานอาหารเหลว

หรืออาหารอ่อนที่ง่าย 6.25 0 22.5 11.25 60 3.19 1.17 มาก

12. การรับประทานอาหาร

ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง 6.25 5 12.5 32.5 43.75 3.03 1.16 มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การจัดการอาการ คลื่นไส้อาเจียน	ร้อยละ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ไม่ใช้	ใช้น้อย มาก	ใช้ บางครั้ง	ใช้ ส่วนใหญ่	ใช้สม่ำเสมอ			
13. การนั่งหรือนอนพักภาย หลังรับประทานอาหาร	1.25	2.5	35	45	16.25	2.73	0.81	มาก
14. การหยุดรับประทานอาหาร ขณะรับประทานยาเคมีบำบัด	3.75	0	43.75	28.75	23.75	2.69	0.96	มาก
15. การเลือกรับประทาน อาหารตามความชอบและ ความต้องการ	2.5	1.25	42.5	32.5	21.25	2.69	0.91	มาก
16. การหากิจกรรมอื่นๆ ทำ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูทีวี	10	6.25	27.5	20	36.25	2.66	1.30	มาก
17. การรับประทานผลไม้หรือ ดื่มน้ำผลไม้	8.75	5	38.75	21.25	26.25	2.51	1.19	มาก
22. การดื่มน้ำอุ่นหรือจิบ ทีละน้อย	13.75	10	30	26.25	20	2.29	1.28	ปานกลาง
23. การรับประทานอาหาร ที่มีรสเปรี้ยว	20	11.25	33.75	13.75	21.25	2.05	1.39	ปานกลาง
24. การสวมดมด์หรือทำสมาธิ	47.5	2.5	22.5	10	17.5	1.48	1.57	น้อย
25. การรับประทานอาหาร ที่มีรสหวาน	28.75	20	38.75	6.25	6.25	1.41	1.16	น้อย
26. การรับประทานอาหาร ที่ตั้งทิ้งไว้ให้เย็นก่อน	26.25	32.5	33.75	5	2.5	1.25	0.99	น้อย
27. การอมน้ำแข็งก้อนเล็กๆไว้	60	5	8.75	6.25	20	1.21	1.65	น้อย
28. การอมลูกอมชนิดต่างๆ /บ๊วยเค็ม	68.75	2.5	10	2.5	16.25	0.95	1.54	น้อย
29. การดื่มหรือจิบน้ำอัดลม	73.75	5	13.75	3.75	3.75	0.59	1.10	น้อย

จากตารางที่ 8 พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยาในระดับมากที่สุด ได้แก่ การหยุดรับประทานอาหารขณะเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน การนอนพักบนเตียงที่เงียบสงบ การหลีกเลี่ยงอาหารมัน การรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน การพยายามลดการเคลื่อนไหวและอยู่นิ่งๆ และญาติให้กำลังใจและดูแลสม่ำเสมอขณะเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ใช้วิธีดังกล่าวเป็นประจำสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 60 สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยาในระดับน้อย ได้แก่ การสวมดนตรีหรือทำสมาธิ การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน การรับประทานอาหารที่ตั้งทิ้งไว้ให้เย็นก่อน การอมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ ไว้ การอมลูกอมชนิดต่างๆ/บ๊วยเค็ม และการดื่มหรือจิบน้ำอัดลม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ใช้วิธีดังกล่าวเป็นบางครั้งเท่านั้นหรือไม่ได้ใช้วิธีดังกล่าว



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมและรายด้าน เสนอผลการวิเคราะห์ด้วยคะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 คะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะการทำหน้าที่ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=80)

ภาวะการทำหน้าที่	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การทำกิจวัตรประจำวัน	4	3.81	0.30	มาก
การนอนหลับ	4	3.61	0.31	มาก
ความสามารถในการ				
รับประทานอาหาร	4	3.75	0.20	มาก
การทำงาน	4	2.18	0.72	น้อย
ภาวะการทำหน้าที่(โดยรวม)	4	3.3	0.31	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.3 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.31

เมื่อพิจารณาภาวะการทำหน้าที่รายด้าน พบว่า ด้านการทำกิจวัตรประจำวันมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมากและมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.81 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน มีคะแนนเฉลี่ยคือ 3.75 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการทำงานมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย คือ มีคะแนนเฉลี่ย 2.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายชื่อ (n=80)

ภาวะการทำหน้าที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การทำกิจวัตรประจำวัน			
1. การขับถ่ายและทำความสะอาดภายหลังอุจจาระ	3.99	0.11	มาก
2. การทำความสะอาดของปากและฟัน	3.98	0.16	มาก
3. การขับถ่ายและทำความสะอาดภายหลังปัสสาวะ	3.98	0.16	มาก
4. การล้างหน้า	3.94	0.37	มาก
5. การแต่งตัว เช่น ทาแป้ง หวีผม	3.93	0.38	มาก
6. การสวมถุงเท้า/รองเท้าและผูกเชือกทรงเท้า	3.91	0.43	มาก
7. การสวมใส่เสื้อผ้า	3.74	0.59	มาก
8. การเดินเข้าห้องน้ำ	3.56	0.52	มาก
9. การอาบน้ำและเช็ดตัว	3.54	0.59	มาก
10. การสระผม	3.53	0.59	มาก
การนอนหลับ			
11. การพลิกตัวหรือการเปลี่ยนท่านอนบนเตียง	4.00	0.00	มาก
12. การลุกนั่งหรือล้มตัวลงนอนบนเตียง	3.95	0.22	มาก
13. การจัดเก็บที่นอนภายหลังตื่นนอน	3.79	0.67	มาก
14. การปรับระดับของเตียงให้เหมาะสมสำหรับการนอน	3.28	0.62	ปานกลาง
15. การเตรียมและผลัดเปลี่ยนผ้าปูที่นอนและปลอกหมอน	3.01	0.70	ปานกลาง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ภาวะการทำหน้าที่	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความสามารถในการรับประทานอาหาร			
16. การดื่มน้ำโดยใช้แก้วน้ำ	4.00	0.00	มาก
17. การตักอาหารรับประทาน	3.99	0.11	มาก
18. การตัดหรือหั่นชิ้นอาหารให้เล็กพอดีคำ ขณะรับประทาน	3.96	0.19	มาก
19. การปอกเปลือกผลไม้หรือทำให้ชิ้น เล็กลงพอดีคำขณะรับประทาน เช่น ส้ม	3.55	0.59	มาก
20. การเลือกชนิดหรือประเภทของอาหาร	3.26	0.61	ปานกลาง
การทำงาน			
21. การทำความสะอาดจานชาม	2.91	0.72	ปานกลาง
22. การกวาดบ้าน	2.70	0.85	ปานกลาง
23. การถูบ้าน	2.58	0.87	ปานกลาง
24. การทำความสะอาดห้องน้ำ	2.28	0.90	น้อย
25. การทำกับข้าว	1.89	0.84	น้อย
26. งานอาชีพประจำที่ทำเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้	1.75	1.00	น้อย
27. การซักเสื้อผ้าและตากผ้า	1.66	0.78	น้อย
28. การรีดผ้า	1.65	0.78	น้อย

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การขับถ่ายและทำความสะอาดภายหลังอุจจาระมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.99$) รองลงมาคือ การขับถ่ายและทำความสะอาดภายหลังปัสสาวะ และการทำความสะอาดของปากและฟัน ($\bar{X}=3.98$) และการสระผมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=3.53$)

ด้านการนอนหลับอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การพลิกตัวหรือการเปลี่ยนท่านอนบนเตียง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.00$) รองลงมาคือ การลุกนั่งหรือล้มตัวลงนอนบนเตียง ($\bar{X}=3.95$) และ การเตรียมและผลัดเปลี่ยนผ้าปูที่นอนและปลอกหมอนมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=3.01$)

ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การดื่มน้ำโดยใช้แก้วมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.00$) รองลงมาคือการตักอาหารรับประทาน ($\bar{X}=3.99$) และการเลือกชนิดหรือประเภทของอาหารมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=3.26$)

ด้านการทำงานอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การทำความสะอาดจามชามมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=2.91$) รองลงมาคือ การกวาดบ้าน ($\bar{X}=2.70$) และการรีดผ้ามีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.65$)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในรูปแบบเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)

ตัวแปร	ความรุนแรงของอาการ	การจัดการอาการโดยให้ยา	การจัดการอาการโดยไม่ให้ยา	การทำกิจวัตรประจำวัน	การนอนหลับ	ความสามารถในการรับประทานอาหาร	การทำงาน	ภาวะการทำหน้าที่
1. ความรุนแรงของอาการ	1.000							
2. การจัดการอาการโดยให้ยา	.160	1.000						
3. การจัดการอาการโดยไม่ให้ยา	-.262*	-.005	1.000					
4. การทำกิจวัตรประจำวัน	-.356*	-.169	.188	1.000				
5. การนอนหลับ	-.330*	-.131	.351*	.500*	1.000			
6. ความสามารถในการรับประทานอาหาร	-.237*	.031	.105	.327*	.191	1.000		
7.การทำงาน	-.255*	-.046	.177	.354*	.293*	.525*	1.000	
8.ภาวะการทำหน้าที่	-.375*	-.108	.255*	.700*	.563*	.608*	.895*	1.000

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 11 พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=-.375$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านพบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหาร และด้านการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.356, -.330, -.237, -.255$ ตามลำดับ)

สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.108$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่าการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจกรรมประจำวัน ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=-.169,-.131,.031$, และ $-.046$)

สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.255$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่าการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.351$) และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจกรรมประจำวัน ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=.188,.105$, และ $.177$)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ ในเรื่อง การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงานในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
2. ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 18 ขึ้นไป
3. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกระยะและไม่จำกัดชนิดของโรค และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
4. เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหรือประสบการณ์การมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการรับเคมีบำบัด
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคของทรอนไดค์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2545 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 80 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ชุด ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79, 0.70, 0.90 ตามลำดับ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งสิ้น 80 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นอีกครั้งได้เท่ากับ 0.79, 0.68, 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) หาค่าเฉลี่ยและร้อยละของข้อมูลพื้นฐาน คำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน และภาวะการทำหน้าที่ เสนอข้อมูลในรูปตาราง หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการ และภาวะการทำหน้าที่ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.64 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า อาการคลื่นไส้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.4 อาการอาเจียนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 และอาการขย้อนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.03
2. การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.66$) และการไม่ให้ยาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.65$)
3. ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 เมื่อพิจารณาภาวะการทำหน้าที่รายด้าน พบว่า ด้านการทํากิจวัตรประจำวันมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.81$) รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X}=3.75$) และด้านการทำงานอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.18$)
4. ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=-.375$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทํากิจวัตรประจำวัน

ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหาร และด้านการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.356, -.330, -.237, -.255$ ตามลำดับ)

สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการทำงาน

สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.255$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05($r=.351$) และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการทำงาน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยอภิปรายผลและนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ศึกษาความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทั้งอาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน และอาการขย้อนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว โดยร้อยละ 45 ได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในระดับปานกลาง เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจึงรับรู้อาการในระดับปานกลาง และเมื่อแยกพิจารณาระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ พบว่า ผู้ป่วยทุกคนเกิดอาการคลื่นไส้ ซึ่งอาจเกิดเพียงอาการเดียว

หรือร่วมกับอาการอาเจียนหรืออาการขย้อนอาการใดอาการหนึ่ง โดยช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ยาวนานที่สุด คือ นาน 1 ชม.(ร้อยละ 56.25) และ มากกว่า 6 ชม.(ร้อยละ 28.75) และมีจำนวนครั้งของอาการคลื่นไส้มากกว่า 7 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 30) ส่วนอาการอาเจียนมีผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการอาเจียน ร้อยละ 32.5 โดยส่วนใหญ่เกิดอาการอาเจียน 1-2 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 28.75) และส่วนใหญ่เกิดอาการขย้อน 1-2 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 37.50) เช่นเดียวกัน ผลการศึกษาดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้มากกว่าอาการอาเจียนและอาการขย้อน โดยผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน และอาการขย้อนตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Foltz และคณะ (1996) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดอาการคลื่นไส้ถึงร้อยละ 71 และอาการอาเจียนร้อยละ 39 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมีประสบการณ์การเกิดอาการทั้งอาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน และอาการขย้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรเดสและคณะ(1987) และ ประทุม สร้อยวงศ์(2538) ที่กล่าวว่า อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน และอาการขย้อนเป็นอาการที่แยกออกจากกัน และผู้ป่วยอาจเกิดอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการหรือทั้ง 3 อาการก็ได้

2. ศึกษาการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนประกอบด้วย การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และการไม่ใช้ยาอยู่ในระดับมาก โดยมีรายละเอียดดังนี้

การจัดการอาการโดยการใช้ยาอยู่ในระดับมากที่สุด คือการได้รับยาต้านการอาเจียน การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาต้านการอาเจียนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาของ อูสุฮาชิ รุจิระวิโรจน์ (2543) ที่รายงานว่า การให้ยาต้านการอาเจียนเป็นวิธีที่พบบาลใช้มากที่สุดและได้ผลดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Foltz และคณะ(1996) ที่พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีการจัดการ/ควบคุมอาการโดยเลือกให้ยาต้านการอาเจียน และพบว่าสามารถบรรเทาอาการได้ดีถึงร้อยละ 65 นอกจากนี้ยังพบว่ามีการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยใช้ยาต้านการอาเจียนเป็นวิธีที่แพทย์และพยาบาลแนะนำหรือกระทำให้กับผู้ป่วย (ประทุม สร้อยวงศ์, 2538) และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยา 3 ชนิดในการควบคุมอาการ Zofran จะมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการมากที่สุด มากกว่า Plasil และ Motilium ซึ่งประโยชน์ของยาต้านการอาเจียนมีผลในการลดความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดอาการ

การจัดการอาการโดยใช้ยาอยู่ใน**ระดับปานกลาง** คือ การดมยาดมหรือยาหม่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ (ประทุม สร้อยวงศ์, 2538) ที่พบว่า วิธีการดมยาดม/ยาหม่องเป็นวิธีที่ผู้ป่วยคิดและริเริ่มขึ้นเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนและประเมินว่ามีประสิทธิภาพพอควร ทั้งนี้เนื่องจากเป็นวิธีที่เคยปฏิบัติกันมาก่อนขณะเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ เมารถ เมาเรือ คลื่นเหียนอาเจียนคล้ายจะเป็นลม จึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้วิธีดังกล่าว

การจัดการอาการโดยใช้ยาอยู่ใน**ระดับน้อยที่สุด** คือ การรับประทานยาหม่อง และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้านการอาเจียนร่วมกับแพทย์ ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้านการอาเจียนร่วมกับแพทย์นั้นอยู่ในระดับน้อย อาจเป็นเพราะแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมในการเลือกแผนการรักษา ตลอดจนตัวยาที่ใช้ในการรักษา และผู้ป่วยจะเป็นเพียงผู้คอยรายงานถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเปลี่ยนแปลงการรักษาเพื่อผลการรักษาที่ดีต่อไปจากการรายงานอาการที่เปลี่ยนแปลงจากผู้ป่วย ในส่วนของการรับประทานยาหม่องนั้นเป็นวิธีที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในระดับน้อยนั้น อาจเป็นเพราะผู้ป่วยจะคิดว่าการได้รับยาต้านการอาเจียนจากเจ้าหน้าที่ก็เพียงพออยู่แล้ว หรือกรณีเกิดอาการก็สามารถรายงานให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อขอรับยาได้

การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยาอยู่ใน**ระดับมากที่สุด** คือ การหยุดรับประทานอาหารขณะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน การนอนพักบนเตียงที่เงียบสงบ การหลีกเลี่ยงอาหารมัน การพยายามลดการเคลื่อนไหวและอยู่หนึ่ง ๆ การรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน และการได้รับการดูแลและกำลังใจจากญาติ

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจะหยุดรับประทานอาหารขณะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน สอดคล้องกับรายงานว่าการหยุดรับประทานอาหารขณะเกิดอาการเป็นวิธีที่ได้ผลค่อนข้างมาก (ประทุม สร้อยวงศ์, 2538) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ขณะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ตั้งแต่บริเวณ หลังคอ ลึ้นไปจนกระทั่งภายในกระเพาะอาหาร ร่วมกับความรู้สึกอยากอาเจียนเพื่อพยายามที่จะขับเอาสิ่งที่บรรจุในกระเพาะอาหารออกมา ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ารับประทานอาหาร อีกทั้งเป็นการลดการกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Hogan, 1990; ทวีศักดิ์ แทนวันดี, 2537)

การนอนพักบนเตียงที่เงียบสงบ และการพยายามลดการเคลื่อนไหวและอยู่หนึ่ง ๆ เป็นวิธีที่ผู้ป่วยมีการเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Foltz และคณะ (1996) ที่พบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการนอนพัก และยังรายงานว่าการนอนพักเป็นวิธีที่ได้ผลมาก

การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีมันเป็นวิธีที่ผู้ป่วยมีการเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ คล้ายคลึงกับ รายงานของ Foltz และคณะ(1996) ที่ผู้ป่วยมีการเลือกใช้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาหารมันจะช่วย กระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน

การรักษาความสะอาดของปากและฟัน เป็นวิธีที่ผู้ป่วยมีการเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ อูสุฮาร์ รุจิระวิโรจน์ (2543) พบว่า การบ้วนปากเป็นวิธีการจัดการกับ อาการที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการบ้วนปากช่วยให้ความชุ่มชื้นภายในช่องปากและ ป้องกันการติดเชื้อ (เนื่องจากผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดบางตัวทำให้เกิดแผลในช่องปากได้) ช่วยให้ ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น อีกทั้งเชื่อว่า ช่วยให้การรับรสดีขึ้น และเพิ่มความอยากในการรับประทานอาหาร มากขึ้น และการบ้วนปากหลังการอาเจียนยังช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

การได้รับกำลังใจและการดูแลจากญาติ เป็นวิธีที่มีการเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ พบว่า การให้ความหวังและกำลังใจโดยการพูดคุยและสัมผัสกับผู้ป่วยเป็นวิธีการที่ญาติใช้มากที่สุด (อูสุฮาร์ รุจิระวิโรจน์, 2543) สอดคล้องกับ ผู้ป่วยที่ได้รับการประคับประคองทางอารมณ์ดีขณะได้รับเคมี บำบัด เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนน้อยกว่าการไม่ได้รับ (Rhodes, 1990:894-895) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลจากความไม่สุขสบาย ความรู้สึกทุกข์ ทรมานจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดอาการ คลื่นไส้ อาเจียนมาก (รัชณี นามจันทร์, 2535) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลการให้กำลังใจจาก ญาติขณะรับยาเคมีบำบัด อาจช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้โดย ช่วยลดความเครียด ความวิตก กังวล และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย (Cohen & Wills 1985:310 อ้างถึงใน รัชณี นามจันทร์, 2535)

การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยาอยู่ใน **ระดับมาก** คือ เลือกอาหารที่ไม่มีสีและไม่มีการกลืน รับประทานอาหารขณะยังอุ่นๆ การทำจิตใจให้สบาย ไม่พะวง ไม่นึกถึงยาฉีด รับประทานอาหาร ซ้ำๆ การเลือกรับประทานอาหารเหลวหรืออ่อนที่ย่อยง่าย รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยๆ ครั้ง ภายหลังทานอาหารมีการนั่งพักหรือนอนพัก หยุดรับประทานอาหารขณะรับยาเคมีบำบัด เลือก รับประทานอาหารตามความชอบ การหากิจกรรมอื่นๆ ทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและรับประทาน ผลไม้และน้ำผลไม้

จากผลการศึกษา พบว่า การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีสี/ไม่มีการกลืน และหยุดรับประทาน อาหารขณะรับยาเคมีบำบัดนั้น ช่วยป้องกันและลดการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ทั้งนี้อธิบายได้ ด้วยกลไกการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการคาดคะเน ดังนี้ ยาเคมีบำบัดเป็นสิ่งเร้าตรงที่ทำให้ เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน แต่ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดนั้นผู้ป่วยก็จะได้รับประสบการณ์หรือ

สิ่งเร้าทั่วไป ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยเห็น เช่น ห้องตรวจ ห้องที่ให้เคมีบำบัด พยาบาล ผู้ให้ยาเคมีบำบัด สีของยาเคมีบำบัด เข็มฉีดยา เสื้อคลุมสีขาว หรือการได้รับกลิ่นของโรงพยาบาล กลิ่นแอลกอฮอล์ในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งโดยตัวสิ่งเร้าเหล่านี้ได้มีผลทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน แต่เมื่อผู้ป่วยรับรู้สิ่งเร้าทั่วไปเหล่านี้ไปพร้อมๆ กับการได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยจะรับรู้สิ่งเร้าทั่วไปเหล่านี้เป็นสิ่งผิดปกติ สิ่งเร้าเหล่านี้จะกลายเป็นสิ่งเร้าที่เป็นเงื่อนไขในเวลาต่อมาเมื่อผู้ป่วย คิด ได้กลิ่น สิ่งเร้าที่เป็นเงื่อนไข ผู้ป่วยจะเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ แม้จะไม่ได้รับการกระตุ้นด้วยการได้รับยาเคมีบำบัด

การรับประทานอาหารขณะยังอ่อนๆ เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ เพราะอาหารหรือเครื่องดื่มอ่อนๆ ช่วยกระตุ้นการรับรส จึงช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ทั้งนี้ควรรับประทานอาหารที่มีอุณหภูมิเท่ากับอุณหภูมิห้อง

การรับประทานอาหารอ่อน/เหลว รับประทานทีละน้อยๆ แต่บ่อยๆ ครั้ง รับประทานอาหารเช้าๆ รับประทานผลไม้และน้ำผลไม้ รับประทานขณะอาหารยังอ่อนๆ และเลือกรับประทานอาหารตามความชอบ เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ในการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ(ประทุม สร้อยวงศ์,2538) เหตุที่ผู้ป่วยเลือกรับประทานอาหารอ่อน/เหลวอาจเป็นเพราะช่วยให้ง่ายในการรับประทาน กลืนง่าย และยังง่ายต่อการย่อยและดูดซึม อีกทั้งการรับประทานอาหารทีละน้อยๆ แต่บ่อยๆ ครั้ง และการรับประทานอาหารเช้าๆ นั้น เป็นการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากเกินไป เพราะจะทำให้กระเพาะอาหารพองตัวเกินไปจึงกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน

การทำจิตใจให้สบายไม่พะวงไม่นึกถึงยาฉีด และการหากิจกรรมอื่นๆ ทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีที่มีการเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Foltz และคณะ(1992) ที่พบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจจัดการกับอาการ สัมพันธ์กับข้อสังเกตจากการศึกษาของ รัชณี นามจันทร์ (2535) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อยหรือไม่เกิดอาการเลยนั้น วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ คือ การทำสมาธิ สวดมนต์ อ่านหนังสือ อาจเป็นไปได้ว่าวิธีการดังกล่าว ช่วยทำให้จิตใจสงบและเบี่ยงเบนความคิดไปจากเรื่องที่ทำให้เจ็บป่วยหรือเรื่องที่ทำให้เครียด

การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยาอยู่ใน**ระดับปานกลาง** คือ การดื่มน้ำอุ่นหรือจิบทีละน้อย และการรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว

การเลือกรับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว อาจเนื่องจากทราบว่า คนที่ตั้งครรภ์แล้วแพ้ท้องมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหากรับประทานของเปรี้ยวๆ ช่วยทำให้อาการดีขึ้น การดื่มน้ำอุ่นหรือจิบทีละน้อยจะช่วยให้อาการดีขึ้น

การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยาอยู่ในระดับน้อย คือ การสวมดมนต์ทำสมาธิ การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน การรับประทานอาหารที่ตั้งทิ้งไว้จนเย็น การอมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ การอมลูกอมชนิดต่างๆ/บ๊วย และการดื่มน้ำหรือจิบน้ำอัดลม

การสวมดมนต์ ผู้ป่วยเลือกให้อยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากโดยปกติแล้วผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ประกอบกับมีวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจวิธีอื่นน่าปฏิบัติมากกว่า

การรับประทานอาหารรสหวาน ผู้ป่วยเลือกให้อยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากผู้ป่วยบางคนไม่รับประทานอาหารรสหวานอยู่แล้ว ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรส ดังนั้นผู้ป่วยจึงเลือกรับประทานอาหารธรรมดาามากกว่า

การรับประทานอาหารที่ตั้งทิ้งไว้จนเย็น ผู้ป่วยเลือกให้อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากไม่กระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร และเลือกใช้การอมน้ำแข็งก้อนเล็กๆ อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน ทั้งนี้ใช้วิธีการดังกล่าวเพื่อบรรเทาอาการแผลในช่องปาก เป็นไปได้ว่ายาเคมีบำบัดที่ได้รับทำให้เกิดแผลในเยื่อช่องปากน้อย

การอมลูกอมชนิดต่างๆ/บ๊วยเค็ม และการดื่มน้ำอัดลม ผู้ป่วยเลือกให้อยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจาก การรับเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรส (wickham et al.,1999) หรือเกิดแผลในช่องปากร่วมด้วย ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดบางตัว จึงหลีกเลี่ยงวิธีดังกล่าว และเลือกการรักษาความสะอาดของช่องปากและฟันแทนเพื่อความสะอาดและป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น

ข้อสังเกตจากการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างอาหารที่มีรสเปรี้ยวกับรสหวาน พบว่า อาหารที่มีรสเปรี้ยวมีการเลือกใช้และได้ผลดีกว่ารสหวาน อีกทั้งผู้ป่วยยังเลือกรับประทานอาหารที่อุ่นๆ และการจิบน้ำอุ่นมากกว่า อาหารที่ตั้งทิ้งไว้จนเย็น และระหว่างการนอนพักบนเตียง และการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การฟังเพลง ดูทีวี พบว่า ผู้ป่วยเลือกใช้การนอนพักบนเตียงมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้วิจัยศึกษาในแผนกผู้ป่วยใน การนอนพักบนเตียงจึงเหมาะสมมากกว่า

3. ศึกษาภาวะการทำหน้าที่ ในเรื่อง การทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงานในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับและด้านความสามารถในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการทำงานอยู่ในระดับน้อย

จากผลการศึกษา พบว่า ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างจากรายงานหลายๆ ชิ้น ที่พบว่า อาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังรับยาเคมีบำบัดมีผลด้านลบต่อการทำหน้าที่ (Lindley & Hirsch, 1992; Farley et al., 1997; Osaba et al., 1997) ทั้งนี้เหตุที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดได้จาก ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์มีมากขึ้น มีการนำยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชนิดมาใช้ในการรักษาซึ่งพบว่าได้ผลมากขึ้น และการใช้ยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชนิด เป็นเหตุให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจึงไม่ได้เกิดจากการกระตุ้นเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่ง การใช้ยาด้านการอาเจียนเพียงชนิดเดียวและมีการออกฤทธิ์เฉพาะบริเวณเดียวจึงไม่สามารถป้องกันหรือบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ทำให้มีการนำเอายาระงับอาการคลื่นไส้อาเจียนมาใช้ร่วมกันหลายตัว และการให้ยาด้านการอาเจียนก่อนการรับยาเคมีบำบัด เป็นการป้องกันการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนไว้ก่อน จึงสามารถควบคุมและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นได้ ประกอบกับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการใช้วิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาในระดับปานกลาง การไม่ใช้ยาในระดับมาก และอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง จึงสรุปภาวะการทำหน้าที่เพียงบางรายด้านเท่านั้น

เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับ และด้านความสามารถในการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผลของอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นปัจจัยที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง จึงทำให้การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เช่น การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ การดูแลร่างกายให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ และความสามารถในการรับประทานอาหาร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้วพบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และเป็นกิจกรรมที่ใช้แรงน้อย ใช้ระยะเวลาไม่นาน ร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการใช้ยาในระดับปานกลาง การไม่ใช้ยาในระดับมาก ดังนั้นจึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองและรบกวนผู้อื่นน้อยที่สุด

สำหรับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำงานอยู่ในระดับน้อย อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นจะอยู่ในระดับปานกลาง หากทว่าอาการคลื่นไส้ อาการอาเจียนและอาการขย้อน อาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการรวมกันที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังงาน ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอาจทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย สอดคล้องกับประมุขสร้อยวงค์ (2538) ที่พบว่า ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยรวม อีกทั้งการทำงานเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้แรงค่อนข้างมาก ผู้ป่วยจึงลดและปรับการมีกิจกรรมเมื่อรู้สึกอ่อนเพลียหรือมีพลังงานไม่เพียงพอในการทำกิจกรรมดังกล่าว และผู้ป่วยจะเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นบางอย่างเท่านั้น ร่วมกับส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คือ เป็นพ่อบ้าน แม่บ้าน นักเรียน/นักศึกษา และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.50) ส่วนที่ประกอบอาชีพนั้นประกอบอาชีพเดิมโดยบางคนได้รับความเห็นใจจากผู้บังคับบัญชาให้ทำงานเบาลง หรือได้รับอนุญาตให้ลาหยุดเป็นระยะเพื่อติดตามการรักษา และเมื่อพิจารณาด้านการทำงานเป็นรายข้อ พบว่า เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้านเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยผู้ป่วยจะไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้แล้วเนื่องจากได้รับการดูแลจากญาติ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายในจำนวนใกล้เคียงกับเพศหญิง โดยวัฒนธรรมไทยมักมองเรื่องงานบ้านเป็นหน้าที่ของเพศหญิง จึงอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน หรือทำงานเพียงเล็กน้อย ทำให้มีการรับรู้และประเมินว่าต้องรบกวนผู้อื่นในการทำกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำงานอยู่ในระดับน้อย

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่

ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = -.375$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนสูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ไม่ดี หรือ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนต่ำจะมีภาวะการทำหน้าที่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้น หากไม่สามารถควบคุมหรือเกิดระยะเวลาสั้นจะเกิดผลเสียต่อร่างกาย คือ ทำให้เกิดการเสียสมดุลย์ของสารน้ำและเกลือแร่

เบื่ออาหาร เกิดภาวะทุพโภชนาการ เกิดความไม่สุขสบาย เกิดความกลัว ความวิตกกังวล อ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Grant,1997) อาจกล่าวได้ว่า ผลของอาการคลื่นไส้อาเจียนทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งการศึกษาของประทุม สร้อยวงส์ (2538) พบว่า ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรวม ทั้งนี้อาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีพลังงานไม่เพียงพอที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ความสนใจ ความเอาใจใส่ตนเอง และการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ จึงลดลง มีการนึกคิดซ้ำ ไม่มีสมาธิ รู้สึกอยากนอนมากกว่าและไม่อยากทำอะไรจึงรบกวนการทำงานที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านการทำงาน นอกจากนี้การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน จะทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ารับประทานอาหารเพราะเมื่อรับประทานอาหารเข้าไป ก็อาเจียนออกมา (ทวีศักดิ์ แทนวันดี,2537) ซึ่งทำให้เกิดการรบกวนภาวะการทำงานที่ของผู้ป่วยด้านความสามารถในการรับประทานอาหาร และยังรบกวนด้านการนอนหลับสัมพันธ์กับรายงานการศึกษาที่พบว่า ความเพียงพอของการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยรวม อธิบายได้ว่า การนอนหลับไม่เพียงพอเป็นผลทางอ้อมที่เกิดจากความวิตกกังวล โดยความวิตกกังวลเป็นผลจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากมารับยาเคมีบำบัดหรือกลัวเกิดผลข้างเคียงจากการรับยาเคมีบำบัด (ประทุม สร้อยวงส์,2538) และความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนสูง (รัชนี นามจันทร์,2535) และอาการคลื่นไส้อาเจียนสูง/มากนี้จะทำให้รบกวนการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindley & Hirsch (1992), Lindley และคณะ (1992) และ Farley และคณะ (1997) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับเคมีบำบัดมีผลต่อการทำหน้าที่รวมถึงคุณภาพชีวิต และยังพบว่า อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรบกวนการปฏิบัติดูแลตนเองมากที่สุด (Rhodes et al.,1988)

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำงานที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำงานที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = -1.08$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการให้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำงานที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหาร และด้านการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = -.169, -.131, .031, -.046$ ตามลำดับ)

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีการรับรู้ถึงความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในขณะที่เดียวกันก็ได้รับยาต้านการอาเจียนจากทีมสุขภาพ แม้จะได้รับยาต้านการอาเจียนแล้วก็ตามก็ยังพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยเกิดในระดับปานกลาง และความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ซึ่งอาการอ่อนเพลีย เหลือยล้า ทำให้ผู้ป่วยมีพลังงานไม่เพียงพอที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ความสนใจ ความเอาใจใส่ตนเอง และการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ จึงลดลง มีการนึกคิดช้า ไม่มีสมาธิ รู้สึกอยากนอนมากกว่าและไม่อยากทำอะไร หรือรอให้อาการลดลงก่อนจึงจะทำกิจกรรมต่างๆ และเกรงว่าจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากขึ้น จึงต้องรบกวนญาติหรือผู้อื่นช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้รบกวนภาวะการทำหน้าที่ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการนอนหลับ ด้านความสามารถในการรับประทานอาหาร และด้านการทำงาน

สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการไม่ใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=.255$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนเหมาะสม/ดีจะมีภาวะการทำหน้าที่ดี หรือ ผู้ป่วยที่มีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่เหมาะสม/ไม่ดีจะมีภาวะการทำหน้าที่ไม่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้อย่างเหมาะสม/ดี จะช่วยควบคุมหรือบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ โดยช่วยลดความถี่ ความทุกข์ทรมานของการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น มีพลัง มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองหรือรบกวนผู้อื่นน้อยที่สุด ซึ่งการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุม/บรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยวิธีการที่นำมาใช้เพื่อการจัดการนั้น ถ้ามีประสิทธิภาพก็จะสามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการได้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการไม่ใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ด้านการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=.351$) อธิบายได้ว่า ขณะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนผู้ป่วยเลือกที่จะนอนพักมากกว่าหรือรอให้อาการลดลงก่อนจึงค่อยทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับมีวิธีการจัดการกับอาการซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้เกิดอาการมากขึ้น ดังนั้นจึงรบกวนการนอนหลับในระดับน้อย

สำหรับการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการไม่ใช้ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r=.188, .105, .177$ ตามลำดับ)

อธิบายได้ว่า การจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยการไม่ใช้ยาเป็นวิธีการที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์ วัฒนธรรมและความเชื่อของแต่ละบุคคลในการที่จะเลือกปฏิบัติ โดยที่ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกปฏิบัติแตกต่างกัน และผลการศึกษาพบว่าการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าเป็นวิธีปฏิบัติที่เน้นการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ และวิธีที่หลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น ดังนั้น ในขณะที่เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจึงทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะนอนพักมากกว่าหรือรอให้อาการลดลงก่อน จึงค่อยทำกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้รบกวนการทำงานหน้าที่ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านความสามารถในการรับประทานอาหารและด้านการทำงาน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การได้รับยาเคมีบำบัดมักทำให้ผู้ป่วยกังวลถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะ ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน จากการศึกษาพบว่า เมื่อแยกพิจารณาความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนในแต่ละอาการ อันประกอบด้วย อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียนและอาการขย้อนนั้น พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้มากกว่าอาการอาเจียนและอาการขย้อน และมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 23 ที่มีช่วงระยะเวลาที่ไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากอาการคลื่นไส้ยาวนานมากกว่า 6 ชม. ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญของอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยวางแผนให้การพยาบาล ได้ดังนี้

- 1.1 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการให้ยาเคมีบำบัด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้อาเจียน

- 1.2 ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นระยะ โดยเฉพาะในรายที่รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกและรายที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง

- 1.3 ดูแลให้ได้รับยาด้านการอาเจียนตามแผนการรักษา

2. สนับสนุน ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับญาติในการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนด้วยวิธีต่างๆ ซึ่งไม่ขัดกับการรักษาของแพทย์ นั่นคือ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ใช้ยา ร่วมกับการใช้ยาด้านการอาเจียน เพื่อควบคุม/บรรเทาอาการ และ ความไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้อาเจียน

3. จัดให้มีการอบรม/ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้อาเจียนและการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้อาเจียนด้วยวิธีจิตบำบัดหรือพฤติกรรมบำบัดวิธีการใหม่ๆ เพื่อช่วยควบคุม/บรรเทาอาการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ศึกษาถึงผลข้างเคียงของการรับยาเคมีบำบัด เช่น ผมร่วง แผลในเยื่อช่องปาก ตลอดจนการจัดการกับอาการนั้นๆ
3. ศึกษาผลของอาการคลื่นไส้อาเจียนในด้านภาวะทางกายและอารมณ์ ด้านคุณภาพชีวิต



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- ใจรัตน์ ศุภกุล.(2530). ผลการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่
ได้รับยาเคมีบำบัด.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์. (2531). การฝึกการหายใจแบบสงบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและมี
อาการคลื่นไส้อาเจียนแบบคาดคะเนล่วงหน้า :การศึกษาเฉพาะกรณี. **วารสารพยาบาล.**
37(1):38-44.
- ชูชื่น ดำรงธรรม. (2535). การคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด.**วารสารพยาบาล.**
(2):59-71.
- ชอลดา พันธุเสนา และ รัญพร ชื่นกลิ่น. (2542). ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วย
มะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.**วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 19(3) :16-21.
- ทวีศักดิ์ แทนวันดี. (2537). อาการคลื่นไส้ อาเจียน และสะอึก.ใน อุดม คชินทร (บรรณาธิการ),
ตำราอายุรศาสตร์อาการวิทยา, หน้า 83-98. กรุงเทพมหานคร:เช็ทสแควร์.
- ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์. (2542). คลื่นไส้อาเจียนจากยารักษามะเร็งและหลังผ่าตัด:I.กลไกการเกิด
และปัจจัยเสี่ยง.**คลินิก** 169(15):34-40.
- ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์. (2542). คลื่นไส้อาเจียนจากยารักษามะเร็งและหลังผ่าตัด:II.การรักษาด้วย
ยาต้านการอาเจียน .**คลินิก** 170(15):115-121.
- ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์. (2542). คลื่นไส้อาเจียนจากยารักษามะเร็งและหลังผ่าตัด:III.บทบาทของ
กลุ่มยาด้าน 5-HT₃ **คลินิก** 171(15):213-221.
- นรินทร์ วรวิทย์. (2537) Oncology for internists. ใน วิทยา ศรีดามา(บรรณาธิการ), **การดูแลรักษา
ผู้ป่วยในที่เป็นปัญหา,**หน้า 252-276. กรุงเทพมหานคร:โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษบา สมใจวงศ์. (2544). **ผลการสร้างจิตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ชัยอ่อน และอาเจียนในผู้
ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุษบา อภิกชัยและนางเยาว์ พรหมवास. (2538). การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมี
บำบัด.**พยาบาลสาร.** 22(3):16-21.

- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลลิขิต และ ทศนีย์ นะแสง. (2539). **วิจัยทางการแพทย์พยาบาล: หลักการและกระบวนการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2.สงขลา :темการพิมพ์.
- ประคอง กรรณสูตร. (2538). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประทุม สร้อยวงค์. (2538). **แบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนี นามจันทร์. (2535). **ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเองและแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลลิตา วีระศิริ. (2539). **มะเร็งรักษาด้วยตนเองตามแนวธรรมชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์รวมทัศน์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.สถิติโรคมะเร็ง. [online]. แหล่งที่มา: <http://www.nci.go.th/statisti.htm> [2545,สิงหาคม 13]
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2539). Palliative Care. **วารสารโรคมะเร็ง** 22(1-2):51-59.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2539). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **วารสารโรคมะเร็ง** 20(3-4):118-123.
- สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2538.(2539). กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539.(2540).กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543.(2544). สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุมิตรา ทองประเสริฐ. (2536). **การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด**. เชียงใหม่:ธนบรรณการพิมพ์.
- สุมิตรา ทองประเสริฐ. (2536). Chemotherapeutic agents. ใน พรศรี คิดชอบ, สาวิตรี เม้าพีกุล ไพโรจน์, วิบูล สัจกุล และนพดล วรอุไร (บรรณาธิการ), **มะเร็งวิทยา**, หน้า105-138. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุสาห์ รุจิระวิโรจน์. (2543). **การจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Acupuncture today. **Acupressure relieves nausea in chemotherapy patients**. [online].

Available from:http://www.acupuncture_today.com/acchives/2000/jun/06_ nausea.html [2002,July 6].

Arakawa,S. (1995). Use of relaxation to induce side effects of chemotherapy in Japanese patients. **Cancer Nursing** 18(1): 60-66.

Arakawa,S. (1997). Relaxation to reduce nausea, vomiting, and anxiety induced by chemotherapy in Japanese patients. **Cancer Nursing** 20(5): 342-349.

Bliss,J.M., Robertson,B. & Selly,P.J. (1992)The impact of nausea & vomiting upon quality of life measure. **British Journal of Cancer** 66(suppl.19):s14-s23.

CINV summary monograph. **Chemotherapy induced nausea and vomiting**. [online].

Available from:http://www.anzemet.com/cinv_sum.shtml [2002,July 4].

Cunningham,R.S.(1997) 5-HT₃-Receptor antagonists: a review of pharmacology and clinical efficacy. **Oncology Nursing Forum** 24(suppl 7):33-40.

Dibble,S.L., Chapman,J., Mack,K.A. & Shih,A.S. (2000). Acupressure for nausea: results of a pilot study. **Oncology Nursing Forum** 27(1):41-47.

Duigon,A.(1986). Anticipatory nausea and vomiting associated with cancer chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 13(1):35-40.

Edwards,J.N.et al. (1991). Comparison of patient-controlled and nurse-controlled antiemetic therapy in patients receiving chemotherapy. **Research in nursing&health** 14: 249-257.

- Farley, D.C.L. et al.(1997). **Self reported assessment of functional status following 5-hydroxytryptamine 3 receptor antagonist therapy to chemotherapy induced nausea and vomiting in six cancer centers.** [online].
Available from: <http://www.ispoor.org/abstracts/int97/lc125.htm> [2001,Oct 3].
- Fessele,K.S.(1996). Managing the multiple causes and vomiting in the patient with cancer. **Oncology Nursing Forum** 23(9):1409-1416.
- Fleet,S.V. (2000). Relaxation and imagery for symptom management:improving patient assessment and individualizing treatment. **Oncology Nursing Forum** 27(3):501-510.
- Foltz,A.T. et al.(1996). Recalled sided effects and self care action of patients receiving inpatient chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 23(4):679-683.
- Frick,S.B. et al.(1988). Chemotherapy-associated nausea and vomiting in pediatric oncology patients. **Cancer Nursing** 11(2): 118-124.
- Goodman,M. (1997). Risk factors and antiemetic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. **Oncology Nursing Forum** 24(suppl.7): 20-32.
- Gonzales,J.A.&Adams,C.S. **Antiemetic agents in cancer chemotherapy.** [online].
Available from: <http://www.macmahonmed.com> [2002,July 6].
- Grant,M. (1997). Introduction : Nausea and vomiting, quality of life, and the oncology of nurse. **Oncology Nursing Forum** 24(suppl 7): 5-7.
- Grealish,L., Lomasney,A. & Whiteman,B.(2000). Foot massage a nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. **Cancer Nursing** 23(3): 237-243.
- Headley,J. (1987). The influence of administration time on chemotherapy-induced nausea and vomiting. **Oncology Nursing Forum** 14(6): 43-47.
- Heitkemper,M. (1999). Managing nausea and vomiting. In A.S.Hinshaw,S.L.Feetham.& J.L.F. Shaver(Eds). **Handbook of clinical nursing research.** Thousand Oaks:Sage, pp.425-434.
- Hogan,C.M & Grant,M. (1997). Physiologic mechanism of nausea and vomiting in patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 24(suppl 7): 8-12.

- Hogan ,C.M. (1990). Advances in the management of nausea and vomiting. **Nursing Clinics of North America** 25(2): 475-497.
- Hogan ,C.M. (1997). Cancer nursing: the art of symptom management. **Oncology Nursing Forum** 24(8); 1335-1341.
- Jablonski , R.S. (1993). Nausea : The forgotten symptom. **Holistic Nurse Pract** 7(2): 64-72.
- Jenns,K. (1994). Impotance of nausea. **Cancer Nursing** 17(6): 488-493.
- Jordan,L.N. (1989). Effects of fluid manipulation on the incidence of vomiting during out patient Cisplatin infusion. **Oncology Nursing Forum** 16(2): 213-218.
- King,C.R. (1997). Nonpharmacologic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. **Oncology Nursing Forum** 24(suppl.7): 41-48.
- Larson,P.J.,et al. (1994). A model for system management. **IMAGE : Journal of Nursing Scholarship** 26(4): 272-276.
- Lindley,C.M. and Hirsch,J.D. (1992). Nausea and vomiting and cancer patients'quality of life: a discussion of professor Selby's paper. **British Journal of Cancer** 66(suppl.19): s26-s29.
- Lindley,C.M.,et al.(1992).Quality of life consequences of chemotherapy-induced emesis. [online]. Available from:<http://www.medsch.wisc.edu/WHOCancerpain/eng/spring95/nausea.html> [2001,Oct 3].
- Morrow,G.R., Angel,C & Dubeshter. (1992). Autonomic changes during cancer chemotherapy induced nausea and emesis. **British Journal of Cancer** 66(suppl.19): s42-s45.
- Nausea and vomiting resource. **Nausea and vomiting - an introduction**. [online]. Available from: <http://www.nauseaandvomiting.co.uk/>[2002,July 3].
- Nausea and vomiting resource. **Chemotherapy- and radiotherapy- induced nausea and vomiting**. [online]. Available from: <http://www.nauseaandvomiting.co.uk/>[2002,July 3].

- Osaba,D., Zee,B., Pater,J., Warr,D., Latreille,J. & Kaizer,L. (1997). Determinants of postchemotherapy nausea and vomiting in patients with cancer. **Journal of Clinical Oncology** 15(1): 116-123.
- Peter,C,A,H. (1989). Myths of antiemetic administration. **Cancer Nursing** 12(2):102-106.
- Pratt,A., Lazar,R.M., Penman,D.,and Holland,J.C. (1984). Psychological parameters of chemotherapy-induced conditioned nausea and vomiting: a review. **Cancer Nursing** 7(12): 483-490.
- Prescott, P.A. (1987). Multiple regression analysis with small sample: Cautions and suggestions. **Nursing Research** 36(2): 130-133.
- Rhodes, V.A. (1990). Nausea, vomiting, and retching. **Nursing Clinics of North America** 25(4): 885-900.
- Rhodes, V.A. (1997). Criteria for assessment of nausea, vomiting and retching. **Oncology Nursing Forum** 24(suppl 7): 13-19.
- Rhodes, V.A. and McDaniel,R.W. (1997). Measuring nausea, vomiting, and retching. In: Frank-Stromberg M,Olsen,S.J.(eds.) **Instruments for clinical health care research**,2nd ed. Boston, Jones and Bartlett, pp. 509-518.
- Rhodes, V.A. and McDaniel,R.W. (1999).The index of nausea, vomiting, and reaching: a new format of the index of nausea and vomiting. **Oncology Nursing Forum** 26(5):889-894.
- Rhodes, V.A.,Watson,P.M. and Johnson,M.H.(1986). Association of chemotherapy related nausea and vomiting with pretreatment and posttreatment anxiety. **Oncology Nursing Forum** 13(1):41-47.
- Rhodes, V.A.,Watson,P.M. and Johnson,M.H.(1985). Patterns of nausea and vomiting in chemotherapy patients: a preliminary study.**Oncology Nursing Forum** 12(3):42-48.
- Rhodes, V.A.,Watson,P.M., Johnson,M.H., Medsen,R.W. and Beck,N.C.(1987). Pattern of nausea, vomiting, and distress in patients receiving antineoplastic drug protocols. **Oncology Nursing Forum** 14: 35-41.

Sykes, N. (1990). The management of nausea and vomiting. *The Practitioner* 22 (234): 286-290.

The American Society of Clinical Oncology (ASCO). **Preventing and treating nausea and vomiting caused by cancer treatment.** [online].

Available from: <http://www.asco.org> [2002, July 6].

The Anti Nausea Chemotherapy Registry (ANCHOR). **Reality of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) Among cancer patients different than what physicians perceive study reveals.** [online].

Available from: <http://www.pslgroup.com/dg/21574.htm> [2002, July 4].

Trester, A. (1982). Nursing management of patients receiving cancer chemotherapy.

Cancer Nursing (June): 201-210.

Troesch, L.M., Rodehaver, C.B., Delaney, E.A. & Yanes, B. (1993). The influence of guided imagery on chemotherapy and vomiting. *Oncology Nursing Forum* 20(8): 1179-1185.

Wickham, R.S. (1989). Managing chemotherapy-related nausea and vomiting: the state of the art. *Oncology Nursing Forum* 16(4): 563-574.

Wickham, R.S., Rehwaldt, M., efer, C., Shott, S., Abbas, K., Tucker, E.G., Potter, C. & Blendowski, C. (1999). Taste changes experienced by patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* 26(4): 697-706.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

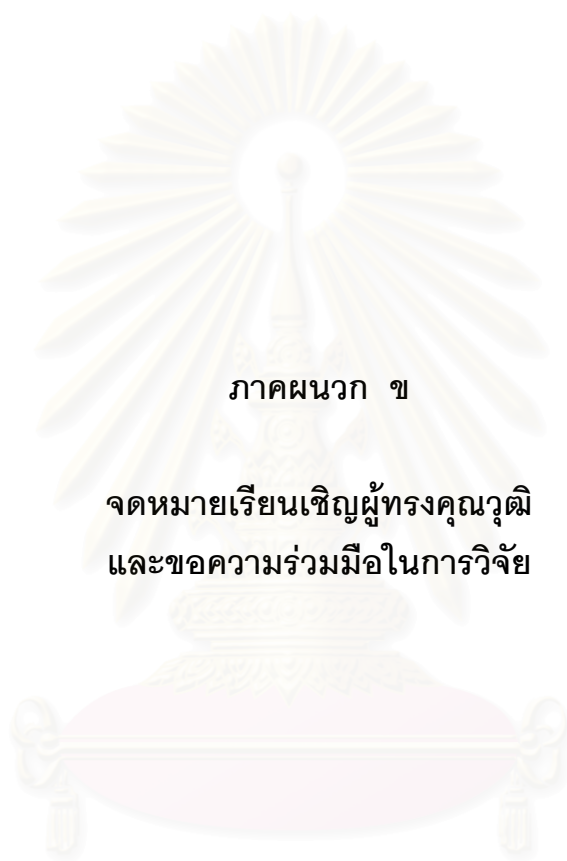
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. นพดล อัครเมธา	ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางไพลิน เจตน์เจริญรักษ์	พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางสาวเนตรสุวีณี เจริญจิตต์สวัสดิ์	พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉรา พุ่มดวง	ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
นางสาว แม้นมะนา จิระจรัส	ผู้อำนวยการพยาบาล สาขาการพยาบาลโรคมะเร็ง โรงพยาบาลรามธิบดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2545

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย

เนื่องด้วยนางสาวอรนุช ประดับทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึง ขอลเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉรา พุ่มดวง ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉรา พุ่มดวง

งานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. (02)2189817

ที่นินสิต

นางสาวอรนุช ประดับทอง โทร. (02)2168334 หรือ (01)7206079

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท

กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2545

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วยนางสาวอรนุช ประดับทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด" โดยมี อาจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการ พิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมของการวิจัยตามมติของ คณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน แบบสอบถามการจัดการอาการ คลื่นไส้อาเจียน และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ จากผู้ป่วย ณ ตึกอำนวยการ ชั้น 5,6 ตึกอายุร ศาสตร์ชั้น 2,3 ตึกเวชปฏิบัติ ตึกหลิ้ม-ซีลัม ตึกพร้อมพันธ์ ตึกอาทร และตึกสวัสดิ์ดีล้อม ระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์ ถึง 30 เมษายน 2545 เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ นางสาวอรนุช ประดับทอง ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าตึกอำนวยการ ชั้น 5,6 ตึกอายุรศาสตร์ชั้น 2,3 ตึกเวชปฏิบัติ ตึกหลิ้ม-ซีลัม ตึกพร้อมพันธ์ ตึกอาทร และตึกสวัสดิ์ดีล้อม

งานจัดการศึกษา

โทร. (02)2189825 โทรสาร (02)2189806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. (02)2189817

ชื่อนิสิต

นางสาวอรนุช ประดับทอง โทร. (02)2168334 หรือ (01)7206079



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ปวยรายที่.....

หอผู้ป่วย.....

วันที่.....

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย “เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด” ผู้วิจัยจึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและกรุณาตอบแบบสอบถามฉบับนี้ทุกข้อ โดยเริ่มจาก

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน

ชุดที่ 2 แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียน

ชุดที่ 4 แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่

โดยข้อมูลที่ได้ไม่มีผลต่อการให้บริการและการรักษาของท่าน และคาดว่าผลการวิจัยจะสามารถนำไปพัฒนาและวางแผนเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างยิ่ง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาว อรนุช ประดับทอง)

ผู้วิจัย

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ
 - () ชาย
 - () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - () โสด
 - () คู่
 - () ม้าย หย่า แยก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา (สำหรับผู้วิจัย)

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. ระยะของมะเร็ง.....
3. การรักษาที่ได้รับ
 - () การผ่าตัด ระบุ.....วันที่.....
 - () รังสีรักษา ระบุตำแหน่ง.....วันที่.....
 - () เคมีบำบัด ครั้งที่รับยา.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดความรุนแรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ แล้ววงกลมล้อมรอบในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ในระยะ 24 ชั่วโมงท่านมีประสบการณ์หรือความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร

1. ระยะเวลาที่ท่านรู้สึกไม่สบายและมีอาการคลื่นไส้ นานที่สุด

- ก. ไม่มี
- ข. น้อยกว่า -1 ชั่วโมง
- ค. 2-3 ชั่วโมง
- ง. 4-6 ชั่วโมง
- จ. มากกว่า 6 ชั่วโมง

2. ท่านอาเจียนกี่ครั้ง

- ก. ไม่มีอาเจียน
- ข. 1-2 ครั้ง
- ค. 3-4 ครั้ง
- ง. 5-6 ครั้ง
- จ. 7 ครั้ง หรือมากกว่านี้

3. ท่านรู้สึกทุข์ทรมานจากอาการขย้อนมากน้อยเพียงใด

- ก. ไม่รู้สึกเลย
- ข. เล็กน้อย
- ค. พอควร
- ง. มาก
- จ. มากที่สุด

.....

แบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนตามการรับรู้ด้วยมุมมองของท่านเอง

โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านแล้วใส่เครื่องหมาย

/ ลงในช่องทางขวามือ โดยถือเกณฑ์ดังนี้

4 หมายถึง ตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ท่านใช้เป็นประจำสม่ำเสมอ

3 หมายถึง ตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ท่านใช้เป็นส่วนใหญ่

2 หมายถึง ตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ท่านใช้เป็นบางครั้ง

1 หมายถึง ตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ท่านใช้น้อยมาก

0 หมายถึง ตรงกับวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ท่านไม่ใช้

ข้อความ	ไม่ใช้ 0	น้อยมาก 1	บางครั้ง 2	ส่วนใหญ่ 3	เป็นประจำ สม่ำเสมอ 4	สำหรับ ผู้วิจัย
การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการใช้ยา						
1. ท่านได้รับยาต้านการอาเจียนจากเจ้าหน้าที่						
2. ท่านดมยาดมหรือยาหม่อง						
.....						
การจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยไม่ใช้ยา						
4. ท่านรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน						
5. ท่านสวมมณฑีหรือทำสมาธิ						
.....						

แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ตามการรับรู้ของท่านขณะเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน

โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านแล้วใส่เครื่องหมาย

/ ลงในช่องทางขวามือ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองมีผู้ช่วยเหลือบางครั้ง
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านทำกิจกรรมได้โดยมีผู้ช่วยเหลือบ่อยครั้ง
- 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับท่านทำกิจกรรมได้โดยมีผู้ช่วยเหลือทุกครั้ง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ทำได้โดยมีผู้ช่วยเหลือทุกครั้ง	ทำได้โดยมีผู้ช่วยเหลือบ่อยครั้ง	ทำได้ด้วยตนเองมีผู้ช่วยเหลือบางครั้ง	ทำได้ด้วยตนเองไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	สำหรับผู้วิจัย
	1	2	3	4	
การทำกิจวัตรประจำวัน					
1. การล้างหน้า					
2. การทำความสะอาดของปากและฟัน					
การนอนหลับ					
11. การเตรียมและผลัดเปลี่ยนผ้าปูที่นอนและปลอกหมอน					
12. การจัดเก็บที่นอนภายหลังตื่นนอน					
ความสามารถในการรับประทานอาหาร					
16. การเลือกชนิดหรือประเภทของอาหาร					
17. การตักอาหารรับประทาน					
การทำงาน					
21. การกวาดบ้าน					
22. การถูบ้าน					

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สูตรที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

ใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

(ประคอง กรรณสูตร,2538)

$$\alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[\frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right]$$

α = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

n = จำนวนข้อความ

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ย (Mean) (ประคอง กรรณสูตร,2538)

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

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

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

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

2. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร,2538)

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

เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

3. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร,2538)

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

เมื่อ r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร x และ y
 x = คะแนนของตัวแปรที่ 1
 y = คะแนนของตัวแปรที่ 2
 N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอรนุช ประดับทอง เกิดวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2516 ที่จังหวัดสุรินทร์ สำเร็จการศึกษาจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ปี พ.ศ. 2539 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2543 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย