



ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**Risk and Risk Management of Infection Among Hematological Cancer Patients
Who Have Received Chemotherapy**

ดรุณี บุญหนู

Darunee Boonnu

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University**

2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้เขียน นางสาวครุณี บุญหนู

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2554

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และความสัมพันธ์ของการรับรู้และการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยง และแบบประเมินการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ 0.93 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.80$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้ความเสี่ยงรายข้อเกือบทุกข้ออยู่ในระดับปานกลางยกเว้น การรับประทานอาหารว่าง ของกินเล่น และการมีเพศสัมพันธ์มีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.92$, $SD = 1.22$ และ $\bar{X} = 2.80$, $SD = 1.47$ ตามลำดับ) ส่วนการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 1.31$) ข้อที่อยู่ในระดับต่ำ คือ การมีผู้คอยช่วยเหลือในการสระผมและตรวจสอบหนังศีรษะ การรับประทานน้ำแข็ง ไปพบทันตแพทย์ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง การเตรียมน้ำยาหรือสบู่สำหรับล้างมือไว้ตลอดการเดินทาง และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ($\bar{X} = 2.36$, $SD = 1.65$; $\bar{X} = 2.4$, $SD = 1.51$; $\bar{X} = 2.45$, $SD = 1.64$; $\bar{X} = 2.60$, $SD = 1.68$ และ $\bar{X} = 2.73$, $SD = 2.2$ ตามลำดับ) และพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47$, $p < .01$) กล่าวคือบุคคลที่มีการรับรู้

ความเสี่ยงระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับสูงผลการศึกษาค้างนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพในการวางแผนการพยาบาลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง โลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Thesis Title	Risk and Risk Management of Infection Among Hematological Cancer Patients Who Have Received Chemotherapy
Author	Miss Darunee Boonnu
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2011

ABSTRACT

This study aimed to identify the levels of perceived risk, risk management of infection, and relationships between perceived risk and risk management of infection among hematological cancer patients who have received chemotherapy. Ninety hematological cancer patients who have received chemotherapy and followed up at the hematological clinic, Songklanagarind Hospital were purposively selected. The research instrument was a set of questionnaires covering 1) general information 2) perceived risk of infection and 3) risk management of infection. The content validity of parts 2 and 3 was validated by 3 experts. Reliability was tested, yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.93 and 0.94 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, frequency, mean, standard deviation and Pearson's Correlation Coefficient. The results showed a medium level of overall perceived risk of infection ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.80$), while sub items perceived risk related to eating snacks and performing sexual activity had a low level ($\bar{X} = 2.92$, $SD = 1.22$ and $\bar{X} = 2.80$, $SD = 1.47$ respectively). The overall results of risk management of infection were at a medium level ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 1.31$). By sub items risk management receiving help for shampooing and scalp check, drinking ice, see a dentist at least 2 times a year, preparation of liquid hand soap while travelling and use a condom when having sex showed low levels ($\bar{X} = 2.36$, $SD = 1.65$, $\bar{X} = 2.4$, $SD = 1.51$, $\bar{X} = 2.45$, $SD = 1.64$, $\bar{X} = 2.60$, $SD = 1.68$ and $\bar{X} = 2.73$, $SD = 2.2$ respectively). The results showed a positive relationship between perceived risk of infection and risk management among hematological cancer patients who received chemotherapy ($r = .47$, $p < .01$). These results can be applied for nurses and health care providers in care planning and educating hematological cancer patients to

promote better risk perception and risk management in order to reduce the risk of infection during chemotherapy.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่ดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือ และกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบชี้แนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และกราบขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกอย่างดียิ่ง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรคเลือด ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ท้ายสุดนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณทุกคนในครอบครัว ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 ที่ได้เสียสละเวลาขึ้นปฏิบัติงานแทนผู้วิจัยหลายๆ ครั้ง รวมถึงพี่ๆ เพื่อนๆทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

ครุณี บุญหนู

สารบัญ

บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
บทที่ 1	
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
นิยามศัพท์	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2	
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยา.....	8
สาเหตุการเกิดมะเร็งระบบโลหิตวิทยา.....	8
ชนิดของมะเร็งระบบโลหิตวิทยา.....	8
อาการและอาการแสดงของมะเร็งระบบโลหิตวิทยา.....	10
การรักษา มะเร็งระบบโลหิตวิทยาด้วยเคมีบำบัด.....	10
ผลกระทบของเคมีบำบัดต่อผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา.....	13
การติดเชื้อและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด.....	19
ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด.....	22
การรับรู้และการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด.....	24

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 2	การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับ	25
(ต่อ)	เคมีบำบัด.....	
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบ	30
	โลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด.....	
บทที่ 3	วิธีการดำเนินการวิจัย.....	33
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	35
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	39
	ผลการวิจัย.....	39
	การอภิปรายผล.....	53
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	59
	สรุปผลการวิจัย.....	59
	ข้อเสนอแนะ.....	60
	บรรณานุกรม.....	61
	ภาคผนวก.....	70
	ก คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัย.....	71
	ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72
	ค การแจกแจงข้อมูล.....	83
	ง สูตรยาที่ใช้บ่อย.....	85
	จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	88
	ประวัติผู้เขียน.....	89

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
ตาราง 1	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล 40
ตาราง 2	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ 42
ตาราง 3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดจำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ)..... 45
ตาราง 4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดจำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (พฤติกรรมกรรมการดูแลความสะอาด)..... 45
ตาราง 5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดจำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม)..... 46
ตาราง 6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดจำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (การทำกิจกรรม/เข้าสู่สังคม)..... 47
ตาราง 7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดจำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ)..... 48
ตาราง 8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดจำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (พฤติกรรมกรรมการดูแลความสะอาด)..... 50
ตาราง 9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดจำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม)..... 51

รายการตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
ตาราง 10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำแนกตามการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม).....	52
ตาราง 11	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....	53

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า โรคมะเร็งมีสถิติการเกิดโรครองมาจากโรคหัวใจและโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับหนึ่ง (World Health Organization, 2007) มะเร็งระบบโลหิตวิทยาเป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย จากสถิติทั่วโลกพบมะเร็งระบบโลหิตวิทยาได้ร้อยละ 34.9 ของมะเร็งทั้งหมด (Rebecca, Deepa, & Ahmedin, 2012) สำหรับในสหรัฐอเมริกาคาดว่าในปี 2011 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาถึง 140,310 ราย หรือร้อยละ 9 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต 53,010 ราย (Leukemia & Lymphoma Society (LLS), 2012) สถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2544-2547 พบมะเร็งระบบโลหิตวิทยาได้เป็นอันดับที่ 5-6 คิดเป็น ร้อยละ 14.7 ของมะเร็งทั้งหมด จากรายงานของหน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่าในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาร้อยละ 12, 10.1, และ 9.6 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2553)

มะเร็งระบบโลหิตวิทยา เป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก หรือจากต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกาย โรคมะเร็งจะกระจายในไขกระดูกและต่อมน้ำเหลืองทั่วตัว แล้วแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่ออื่นๆ ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงในระยะเวลาอันสั้น (Cao & Coutre, 2004; Greer, Baer, & Kinney, 2004; Turgeon, 2005) โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งเม็ดเลือดขาว อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่พบได้บ่อย คือ อาการซีดหรือเลือดจาง อาการเลือดออกง่าย มีไข้สูง ต่อมน้ำเหลืองโต น้ำหนักลด เหนื่อยง่าย (จิรายุ, 2547; จงจิต, 2553; ถนอมศรี, 2550; พวงทอง, 2553)

ปัจจุบันวิธีการรักษาโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยามีการพัฒนาก้าวหน้าไปมาก แต่อัตราการหายขาดจากโรคมะเร็งโดยรวมยังไม่ได้เพิ่มขึ้น การใช้ยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีใช้บ่อยและมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งอาจใช้ร่วมกับรังสีรักษา การบำบัดทางภูมิคุ้มกัน การปลูกถ่ายไขกระดูก โดยชุดและชนิดของยาที่ใช้แตกต่างกันไปตามลักษณะทางพยาธิวิทยา (ถนอมศรี, วิเชียร, และต้นดนัย, 2550; วิเชียรและถนอมศรี, 2550) ผลของเคมีบำบัดไม่เพียงแต่ทำลายเซลล์มะเร็ง

เท่านั้น แต่ยังมีหลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกายอีกด้วย ก่อให้เกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนมากมาย ซึ่งผลข้างเคียงที่รุนแรงที่สุดคือ ไชกระดูกถูกกดการทำงาน ส่งผลให้เกิดภาวะเม็ดเลือดทุกชนิดลดต่ำกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อขึ้นในร่างกายจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ได้ง่ายเนื่องจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือหายใจลำบากจากภาวะโลหิตจาง (จงจิต, 2553; สมจิต, 2543) ผลของเคมีบำบัดยังทำให้ระบบการทำงานและสภาพร่างกายของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ได้แก่ การเกิดแผลในปาก ทำให้เกิดความเจ็บปวด การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายส่งผลให้การติดเชื้อรุนแรงขึ้นได้

ปัญหาการติดเชื้อส่งผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพ คือผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย จะต้องนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออื่นเนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ยามาเชื้อที่ออกฤทธิ์กว้าง ส่งผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก (James, 1997) โดยการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาเกิดจาก 2 สาเหตุคือ ผลจากพยาธิสภาพของโรคโดยตรงที่ทำให้มีเม็ดเลือดขาวมีความผิดปกติ และผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ทําให้กดการทำงานของไขกระดูก เป็นผลให้เม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติ (Crawford, Dale & Lyman, 2003) โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา จะมีการติดเชื้อรุนแรงหลังได้รับยาเคมีบำบัด (วิเชียร, 2550) และการติดเชื้อสามารถเกิดได้กับทุกระบบของร่างกาย เช่น ในกระแสเลือด ทางเดินอาหาร ช่องปาก ผิวหนัง จากการศึกษาของธิดาและคณะ (2549) พบว่าตำแหน่งที่มีการติดเชื้อมากที่สุดคือ ผิวหนัง (8.6%) ในปอด (8.1%) ช่องปากและช่องคอ (2.2%) ทางเดินปัสสาวะ (1.3%) และไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ (79.8%) สาเหตุของการติดเชื้อส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีดทำให้ความสามารถในการดูแลของตนเองลดลง จากการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเมื่อเข้าสู่ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การดูแลเรื่องความสะอาดร่างกาย การจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการเข้าสู่สังคม (จุไรรัตน์ และคณะ, 2548)

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีระยะเวลาของการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลตนเองที่บ้าน (Saori & Rieko, 2004) ในระยะที่อยู่โรงพยาบาลการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษาพยาบาล โดยเฉพาะแพทย์/พยาบาลคอยเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด และคอยให้คำแนะนำเรื่องการรักษาปฏิบัติตนเพื่อจัดการความเสี่ยงดังกล่าวแก่ผู้ป่วย แต่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบทุกอย่างด้วยตนเอง ซึ่งในการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อนั้นผู้ป่วยจะต้องรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหากมีการติดเชื้อเกิดขึ้น หลังจากนั้นจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน

การติดเชื้อ (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) โดยใช้ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการติดเชื้อ (Saori & Rieko, 2004) ความสามารถในการประเมินความเสี่ยงและการจัดการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (NCI, 2007) โดยครอบคลุมกิจกรรมต่างๆที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่สำคัญตามที่ผู้วิจัยได้สรุปจากการศึกษาถึงกิจกรรมประจำของบุคคล ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารและน้ำ การดูแลเรื่องความสะอาดร่างกาย การจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม โดยอาศัยกรอบแนวคิดของศูนย์ควบคุมโรค สมาคมโรคติดเชื้อ (Center for Disease Control and Prevention: CDC, 2000) และการพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) มาเป็นแนวทางในการค้นคว้า โดยระยะนี้ผู้ป่วยจะเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้

การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่รับยาเคมีบำบัด ขณะอยู่ที่บ้านย่อมขึ้นกับการให้ความสำคัญของแต่ละบุคคล การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยการรับรู้ความเสี่ยงที่สูง ส่งผลให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย (Janz, Champion, & Strecher, 2002) ซึ่งการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่หลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่ามี ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (sick-role behaviors) ดังเช่น การศึกษาการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิต พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนน้อย จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น (ปิญนุช, 2549) การศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ 50.1 (จิตติมา, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อ และอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาผู้วิจัยจึง

สนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ในการนำไปวางแผนการพยาบาล และส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาระดับการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับใด
2. การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดอยู่ในระดับใด
3. การรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กันหรือไม่

กรอบแนวคิด

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาเป็นผู้ที่มีโอกาสในการติดเชื้อได้สูง ทั้งผลจากโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาเอง และผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ปริมาณของเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติ (neutropenia) (วิลโลพร, 2548; Lyman, Lyman, & Agboola, 2005) การติดเชื้อที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสุขภาพ คือผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยจะต้องนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาเนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ยา

ฆ่าเชื้อที่ออกฤทธิ์กว้าง ส่งผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก (James, 1997) แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม จะทำให้ลดโอกาสการติดเชื้อได้

การรับรู้ส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อพฤติกรรม โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีความรู้สึกว่าตนเองมีโรคภัยไข้เจ็บเป็นโรคต่างๆ เชื่อว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรง ก็จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีที่สุดในการป้องกันความเสี่ยง (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกี่ยวกับภาวะคุกคามของการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถลดความรุนแรงของโรคได้ โดยหากผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีผลกระทบที่มีความรุนแรงต่อตนเองและครอบครัว ก็จะมีการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดยิ่งขึ้น จากการศึกษาแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยระบบเลือดที่มีการเปลี่ยนสะเต็มเซลล์ (stem cell) ของศูนย์ควบคุมโรคมะเร็ง (Center for Disease Control and Prevention: CDC, 2000) ซึ่งได้กล่าวถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งสรุปกิจกรรมประจำวันต่างๆ ในแต่ละวันเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหารและน้ำ การดูแลเรื่องความสะอาดร่างกาย การจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการเข้าสู่สังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั้งสิ้น โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นความสามารถในการประเมินความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (CDC, 2000) ภายใต้กรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) โดยครอบคลุมถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำ การดูแลความสะอาด การจัดการสภาพสิ่งแวดล้อม การทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม

2. การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นความถี่ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) ในการจัดการความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้โดยครอบคลุมถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำ การดูแลความสะอาด การจัดการสภาพสิ่งแวดล้อม และการทำกิจกรรม/เข้าสู่สังคม

นิยามศัพท์

1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง ความสามารถในการประเมินตนเองถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากสาเหตุต่างๆ ทั้งจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ การดูแลความสะอาด การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม และการทำกิจกรรม/เข้าสู่สังคม โดยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดย คะแนนที่มากหมายถึงรับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับมาก คะแนนน้อย หมายถึงรับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อย

2. การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึงความถี่ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองโดยครอบคลุมถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ การดูแลความสะอาด การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม และการทำกิจกรรม/เข้าสู่สังคม โดยวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยคะแนนมาก หมายถึงมีความถี่ในการปฏิบัติมาก คะแนนน้อย หมายถึงมีความถี่ในการปฏิบัติน้อย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้จะทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์โดยศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม- พฤษภาคม 2555

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยา
 - 1.1 สาเหตุการเกิดมะเร็งระบบโลหิตวิทยา
 - 1.2 ชนิดของมะเร็งระบบโลหิตวิทยา
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของมะเร็งระบบโลหิตวิทยา
 - 1.4 การรักษามะเร็งระบบโลหิตวิทยาด้วยเคมีบำบัด
 - 1.5 ผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
2. การติดเชื้อและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 2.1 การติดเชื้อและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 2.2 สาเหตุการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 2.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
3. การรับรู้และการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 3.1 การรับรู้และการปฏิบัติตนเพื่อจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยา

โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยา เป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก หรือจากต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกาย โรคมะเร็งจะกระจายในไขกระดูกและต่อมน้ำเหลืองทั่วตัว แล้วแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่ออื่นๆ ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงในระยะเวลาอันสั้น (Cao & Coutre, 2004; Turgeon, 2005) โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งเม็ดเลือด การวินิจฉัยโรคทำได้โดยเจาะเลือดดูลักษณะ ชนิดของเม็ดเลือด และการเจาะไขกระดูก

สาเหตุการเกิดมะเร็งระบบโลหิตวิทยา

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยายังไม่สามารถระบุได้แน่ชัด แต่มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้แก่ (วิชัย และอ้อยทิพย์, 2547; อภิชัย, 2547)

1. พันธุกรรม อาจพบสัมพันธ์กับโรคที่มีความผิดปกติของยีน (inherited genetic syndrome) เช่น โรคดาวน์ซินโดรม (down's syndrome) มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้สูงถึง 70 เท่า ความผิดปกติอื่นๆทางพันธุกรรมที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดมะเร็งระบบโลหิตวิทยาได้
2. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสัมผัสสารรังสีในขนาดสูง เช่นในประเทศญี่ปุ่น พบผู้รอดชีวิตจากระเบิดปรมาณูที่อิโรชิมาและนางาซากิ เกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ (Acute Myeloid Leukemia: AML) มากกว่าคนทั่วไป หรือการฉายรังสีบริเวณกระดูกสันหลังเพื่อรักษามะเร็งชนิดอื่นก็สามารถพบการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังเช่นกัน
3. ยาและสารเคมีอื่นๆ เช่นการสัมผัส เบนซิน บุหรี่ เป็นเวลานาน อาจก่อให้เกิดเป็นมะเร็งกลุ่มเม็ดเลือดขาวได้บ่อย

ชนิดของมะเร็งระบบโลหิตวิทยา

มะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่พบได้บ่อยได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยแต่ละชนิดมีพยาธิสภาพ การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง การรักษา ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน เป็นกลุ่มโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก (hemopoietic stem and progenitor cells) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดตัวอ่อนไม่สามารถเจริญเติบโต (differentiation block) เป็นเซลล์ตัวแก่ได้ แต่เซลล์ตัวอ่อนมีการแบ่งตัวมากขึ้น (proliferation) จึงมีจำนวนของเซลล์ตัวอ่อนเพิ่มขึ้นในไขกระดูก มากกว่าร้อยละ 25 ส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดปกติลดลง ผลของการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วของเซลล์ตัวอ่อนทำให้มีการแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดไปสะสมในเนื้อเยื่ออื่น ๆ เช่น ต่อมน้ำเหลือง ตับ ม้าม กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 1 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการและอาการแสดงในระยะเวลาอันสั้น (ชัยบุญพงษ์และชานินทร์, 2553; วิเชียรและถนอมศรี, 2550; วีระศักดิ์, 2550) แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ชนิดมัยอีลอยด์ และ ชนิดลิมโฟบลาสต์ (Acute Lymphoblastic Leukemia: ALL) โดยอาศัยความแตกต่างของ cytochemistry, immunophenotype และ cytogenetics เป็นตัวแยกโรค

2. มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากความผิดปกติของมัยอีโตโปรลิเฟอเรทีฟ (Myeloproliferative) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ (neoplastic transformation) ของเซลล์ต้นกำเนิดชนิดพลูริโพเตน (pluripotent stem cells) ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาว และมักมีเกล็ดเลือดสูงร่วมด้วย (อุดมศักดิ์, 2553) การดำเนินโรคจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการเหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด แน่นท้องหรือคลื่นไส้ได้ก่อนในท้อง บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่มีอาการอะไรเลย แต่ตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจเลือด ที่พบบ่อยมี 2 ชนิด คือ ชนิดมัยอีลอยด์ (chronic myeloid leukemia: CML) และ ชนิดลิมโฟบลาสต์ (chronic lymphocytic leukemia: CLL)

3. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นมะเร็งที่มีต้นกำเนิดจากต่อมน้ำเหลืองหรือเนื้อเยื่อ น้ำเหลือง (lymphoid tissue) โดยทั่วไปต่อมน้ำเหลืองมีอยู่ทั่วร่างกายตามตำแหน่งต่าง ๆ เช่น คอ รักแร้ ขาหนีบ แต่ก็มีขนาดเล็ก การที่ต่อมน้ำเหลืองมีขนาดโตขึ้นอาจเนื่องมาจากการติดเชื้อหรือเซลล์มะเร็ง ทำให้มีการแบ่งตัวแบบควบคุมไม่ได้ ทำลายโครงสร้างของต่อมน้ำเหลืองและลุกลามไปยังอวัยวะอื่น และทำให้ความสามารถในการป้องกันเชื้อโรคต่าง ๆ ไม่ให้เข้าสู่ร่างกายได้ลดลง มะเร็งต่อมน้ำเหลืองสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ ชนิดไม่ใช่ออดกิ้นส์ (non-Hodgkin's disease: NHL) และชนิดฮอดกิ้นส์ (Hodgkin's disease: HD) โดยชนิดไม่ใช่ออดกิ้นส์ เป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย (Attasara & Buasom, 2009) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดไม่ใช่ออดกิ้นส์มีการแพร่กระจายได้โดยการแพร่กระจายเข้าสู่ระบบน้ำเหลือง และระบบการสร้างเม็ดเลือด มีลักษณะแตกต่างจากชนิดฮอดกิ้นส์ คือ มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วตั้งแต่ระยะ

เริ่มต้น เป็นเหตุให้มักตรวจพบโรคในระยะลุกลามมากกว่าระยะคงที่เมื่อเริ่มให้วินิจฉัยโรค และทำให้พบพยาธิสภาพของอวัยวะอื่นๆ มากกว่า (ถนอมศรีและคณะ, 2550)

อาการและอาการแสดงของมะเร็งระบบโลหิตวิทยา

อาการและอาการแสดงของมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบได้บ่อย ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เลือดออกง่ายและหยุดยาก มักพบจุดเลือดออกตามผิวหนัง ไรฟีน ทางเดินอาหาร เลือดกำเดาไหล มีอาการอาจจากตัวโรคเองหรือจากการติดเชื้อ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยทั่วตัว ตาพร่ามัว หรือมีความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง นอกจากนี้อาจลุกลามไปที่ไขสันหลัง อาจมีการปวดกระดูกและข้อต่างๆ อาจมีต่อมน้ำเหลืองโต ตับโต ม้ามโต (ธานินทร์, 2547)

ส่วนในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนั้นพบว่าจะมีต่อมน้ำเหลืองโต การวินิจฉัยแยกโรคโดยพิจารณาจากลักษณะสำคัญทางคลินิก ได้แก่ การแพร่กระจายของมะเร็งชนิดไม่ใช่ฮอดกินส์ เกิดขึ้นได้โดยการแพร่กระจายเข้าระบบน้ำเหลือง และ ระบบการสร้างเม็ดเลือด ซึ่งมะเร็งชนิดไม่ใช่ฮอดกินส์ มีลักษณะแตกต่างจากมะเร็งชนิดฮอดกินส์ คือ มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เป็นเหตุให้มักตรวจพบโรคในระยะลุกลามมากกว่าระยะคงที่เมื่อเริ่มให้วินิจฉัยโรค และทำให้พบพยาธิสภาพของอวัยวะ extranodal มากกว่าที่ตรวจพบในมะเร็งชนิดฮอดกินส์ (ถนอมศรีและคณะ, 2550) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อจากต่อมน้ำเหลือง การตรวจเลือด การเจาะไขกระดูก การตรวจเอ็กซเรย์ปอด

การรักษามะเร็งระบบโลหิตวิทยาด้วยเคมีบำบัด

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Lewis, 2002) ในเบื้องต้นแพทย์จะทำการรักษาตามอาการและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก (National Cancer Institute, 2008) ในปัจจุบันได้มีการพัฒนา จนทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาได้รับการรักษาให้มีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้นและสามารถหายขาดจากโรคได้ ถ้าได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวหากไม่ได้รับการรักษาจะมีระยะเวลาอยู่รอดเฉลี่ยประมาณ 3 เดือน (อภิชัย, 2547)

การรักษาด้วยเคมีบำบัดจะกระทำอย่างต่อเนื่อง และยาวนานเป็นระยะเวลา 3-5 ปี การใช้เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย และอาจใช้

ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ โดยการรักษาด้วยการใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาเป็นการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน (combination chemotherapy) เพื่อลดจำนวนเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด ในเวลาที่เร็วที่สุด และทำอันตรายต่อเซลล์ปกติให้น้อยที่สุด เพื่อให้ระบบการสร้างเม็ดเลือดปกติฟื้นตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นการรักษาแบบจำเพาะ มักใช้เวลาการรักษาระยะแรกประมาณ 1 ปีครึ่ง ถึง 2 ปี โดยแบ่งการรักษาออกเป็นระยะต่างๆ ดังนี้ (เกสร, 2551)

1. การรักษาในระยะชักนำให้โรคสงบ (induction remission therapy) เป็นการรักษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายและลดจำนวนเซลล์มะเร็งให้หมดไป หรืออยู่ในระดับที่ไม่สามารถตรวจพบได้โดยวิธีทั่วไป เพื่อให้ไขกระดูกสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติโดยเร็ว และให้เข้าสู่ระยะโรคสงบอย่างสมบูรณ์ (complete remission: CR)

2. การรักษาในระยะหลังโรคสงบ (consolidation) เป็นการรักษาหลังจากที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคสงบอย่างสมบูรณ์แล้ว วัตถุประสงค์ของการรักษาในระยะนี้คือเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ให้หมดไป เพื่อให้ผู้ป่วยมีระยะโรคสงบสมบูรณ์นานที่สุด และที่สำคัญที่สุดคือเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรค

3. ระยะติดตามผลการรักษา (maintenance) ในระยะนี้ผู้ป่วยไม่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแต่ยังคงต้องมาติดตามการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยาอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 3 ปี ถึง 3 ปีครึ่ง

เคมีบำบัดที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยานั้นจำเป็นต้องใช้หลายชนิดร่วมกัน โดยสามารถแบ่งชนิดตามคุณสมบัติทางเคมีและกลไกการออกฤทธิ์ได้ 6 กลุ่มดังนี้ (เกสร, 2551; อภิษฐ์, 2547; LLS, 2012)

1. สารทำลายเซลล์กลุ่มที่เป็นส่วนสำคัญของพืชต่อต้านมะเร็งหรือ สารอัลคิลแลตติง (alkylating agents and related compounds) จะออกฤทธิ์ต่อเซลล์ทุกระยะของวงจร (Cell Cycle non-Specific: CCNS) โดยรวมตัวกับดีเอ็นเอ ทำให้เกิดความผิดปกติในการไขว่กันของสารดีเอ็นเอ ทำให้ทำหน้าที่ตามปกติไม่ได้ ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ nitrogen mustard, cyclophosphamide (C) , ifosfamide, cisplatin , dacarbazine, thiotepa, cytarabine และ treosulfan เป็นต้น

2. ยากลุ่มด้านการเผาผลาญภายในเซลล์ (antimetabolites) ออกฤทธิ์จำเพาะต่อระยะหนึ่งของวงจรของเซลล์ (Cell Cycle Specific หรือ CCS) คือ เอสเฟต (S phase) ที่กำลังสร้าง ดีเอ็นเอ ประกอบด้วย 3 กลุ่มย่อยคือ

2.1 กลุ่มด้านการสร้างกรดโฟลิก (folic acid antagonists) ออกฤทธิ์ยับยั้งการเปลี่ยนกรดโฟลิก เป็นเตตราไฮโดรโฟเลต (tetrahydrofolate) ทำให้การสร้างกรดนิวคลีอิกหยุดชะงัก ได้แก่ยา Methotrexate

2.2 กลุ่มด้านการสร้างสารพิวรีน (purine antagonists) ออกฤทธิ์ขัดขวางการสร้างพิวรีน โดยยากลุ่มนี้รวมตัวเข้าไปอยู่ในดีเอ็นเอ และอาร์เอ็นเอ (RNA) ยากลุ่มนี้คือ 6-Mercaptopurine (6-MP) และ 6-Thioguanine (6-TG)

2.3 กลุ่มด้านการสร้างสารไพริมิดีน (Pyrimidine antagonists) ออกฤทธิ์ขัดขวางการสร้างสารไพริมิดีน เช่น 5-Fluorouracil และ Cytosine arabinoside

3. ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเนื้องอก (Antibiotics) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ไม่เฉพาะเจาะจงต่อวงจรของเซลล์ กลไกการออกฤทธิ์คือ การจับกับดีเอ็นเอยับยั้งการสังเคราะห์กรดไรโบนิวคลีอิก อาร์เอ็นเอ (Ribonucleic Acid-RNA) หรือดีเอ็นเอ ทำให้สายดีเอ็นเอขาดเป็นท่อนๆ และยับยั้งการลอกเลียนแบบของดีเอ็นเอหรืออาร์เอ็นเอ ได้แก่ยา Actinomycin D, Mitomycin C, Anthracyclines (daunorubicin, doxorubicin) และ Bleomycin

4. กลุ่มยาที่ได้จากสารสกัดจากพืช (plant derivatives) เป็นยาที่สกัดมาจากพืชชนิดต่างๆ ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งเซลล์ในระยะเมตาเฟส และมีผลเกี่ยวข้องกับกระบวนการยับยั้งการเจริญเติบโตเนื่องจากการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ vinca alkaloids (vincristine, vinblastine), etoposide (E), paclitaxel และ irinotecan

5. ยากลุ่มฮอร์โมน เป็นยาที่สำคัญมากกลุ่มหนึ่งที่น่าสนใจมีบทบาทสำคัญคือควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ ในอวัยวะที่ยาออกฤทธิ์ เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมน มีผลทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์เปลี่ยนแปลงไปด้วย ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ยากลุ่มฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) ได้แก่ ยา prednisolone, dexamethasone

6. กลุ่มอื่นๆ เช่น ยาออกฤทธิ์ย่อยสลายกรดอะมิโนเอสพาราจิน (asparagines) เซลล์มะเร็งที่ขาดกรดอะมิโนนี้จะตายไป แต่เซลล์ปกติสามารถสร้าง เอสพาราจิน ขึ้นมาใหม่ได้ ได้แก่ยา L-asparaginase นอกจากนี้ยังมียา amsacrine, rituximab (R) และ trastuzumab

โดยในการให้ยาเคมีบำบัดสามารถให้ได้ในวิธีที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

1. การให้ทางหลอดเลือดดำ สามารถแบ่งได้เป็นหลอดเลือดดำโดยตรงและการคาสายไว้สำหรับให้ยา ได้แก่ สายฮิคแมน (Hickman's catheter) และสายพอด (port)

2. การให้ทางไขสันหลัง เพื่อผลการรักษาในส่วนที่ยาไม่สามารถเข้าถึงได้จากการให้ทางกระแสเลือด ได้แก่ ในสมอง

3. การรับประทาน ในระยะการรักษาเพื่อให้โรคสงบคงอยู่ตลอดไปเป็นการให้ยารับประทานอย่างต่อเนื่องนาน 2-3 ปี

มะเร็งระบบโลหิตวิทยาเป็นมะเร็งที่มีพยาธิสภาพที่รุนแรงมีความเกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนโลหิตและต่อมน้ำเหลืองที่กระจายอยู่ทั่วร่างกาย การรักษาจำเป็นต้องใช้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูงกว่าการใช้เคมีบำบัดในการรักษามะเร็งชนิดอื่นๆ จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงมากกว่า ยาเคมีบำบัดที่รักษามะเร็งชนิดอื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานมากมาย ซึ่งจะกระทบต่อตัวทั้งผู้ป่วยเองและครอบครัวมากมาย

ผลกระทบของเคมีบำบัดต่อผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา

การใช้เคมีบำบัดในการรักษามะเร็งระบบโลหิตวิทยาแต่ละชนิดจะมีความแตกต่างกัน ทั้งชนิดของยา ขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา แต่ด้วยคุณสมบัติของยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ที่ใช้มีกลไกการออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งโดยการขัดขวางการสร้างดีเอ็นเอ (DNA) แต่ยาเคมีบำบัดเหล่านั้นไม่สามารถเลือกทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็งโดยไม่ทำลายเซลล์ปกติ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาได้รับเคมีบำบัด เซลล์ปกติของร่างกายโดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวสร้างดีเอ็นเอตลอดเวลา จะถูกยาเคมีบำบัดทำลายไปด้วยทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์หลายประการ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

เป็นผลกระทบที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงมากมายที่สำคัญได้แก่ (ชัยบุญพงษ์ และธานีรินทร์, 2553, วิชัย และแสงสุรีย์, 2550)

1. ผลต่อระบบโลหิตวิทยา เป็นอาการที่เกิดจากไขกระดูกถูกกดการทำงานทำให้มีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดลดลง ได้แก่ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่ายขึ้น มีอาการชีด เพลียจากมีเม็ดเลือดแดงต่ำ และมีอาการเลือดออกง่ายจากภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (ธานีรินทร์, 2547) ยาเคมีบำบัดที่ส่งผลกระทบต่อระบบโลหิตวิทยาได้แก่ ยาอะเดรียมายซิน (Adriamycin), อะราซี (Ara C), ไซโคลฟอสฟามาย (Cyclophosphamide), และเมทโทเทกเตรต ขนาดสูง (high dose Methotrexate)

2. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากเซลล์ของเยื่อช่องปาก หลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้ เป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวตลอดเวลาเพื่อทดแทนเซลล์เก่าที่ตายไปทุกวัน

ดังนั้นเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เซลล์เหล่านี้จะถูกทำลายไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดเยื่อปากอักเสบ แผลในปาก แผลในหลอดอาหาร แผลในลำไส้ และแผลบริเวณทวารหนัก อาการเหล่านี้จะประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ แล้วจะค่อยๆ ดีขึ้น แต่ในช่วงที่ผู้ป่วยมีแผลในช่องปากและระบบทางเดินอาหาร จะส่งผลกระทบต่อตามมาอีกมากมาย ได้แก่ ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ในขณะที่เจ็บป่วย จากอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องเสียได้ บางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ นอกจากนี้ในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงนิวโทรพีเนีย อาจมีการติดเชื้อได้ง่ายจากแผลในช่องปากและทางเดินอาหาร ยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อเซลล์เยื่อทางเดินอาหาร ได้แก่ ดอกโซรูบิซิน (Doxorubicin) ไอदारูบิซิน (Idarubicin) เมทโทรเทกเตรตขนาดสูง อะราซิขนาดสูง (high dose Ara – C) ผลข้างเคียงที่สามารถเจอได้ในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่

2.1 อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบได้บ่อยมากระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด เกิดจากการที่ศูนย์อาเจียนในสมอง (chemoreceptor trigger zone) ถูกกระตุ้นจากยาเคมีบำบัด ผลกระทบที่เกิดจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีหลายประการ ที่สำคัญคือ การขาดสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ความไม่สุขสบายต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกิดอาการอ่อนเพลีย ส่งผลให้การดำเนินชีวิตประจำวันถูกรบกวน ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ต่อการรักษาได้

ยาที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ได้แก่ เมทโทรเทกเตรตขนาดสูง อะราซิขนาดสูง, ไซโคลฟอสฟามายขนาดสูง (high dose Cyclophosphamide) ยาที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนปานกลาง ได้แก่ ไซโคลฟอสฟามาย ดอกโซรูบิซิน อีโตโปไซด์ (Etoposide) และไมโทเซนตรอน (Mitoxantron) ยาที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนไม่รุนแรง ได้แก่ อะราซิเอลเอสปารากิเนส (L-Asparaginase) เมทโทรเทกเตรต 6-เมอเคปโตพูรีน (6-Mercaptopurine) และวินคริสติน (Vincristine)

2.2 อาการเบื่ออาหาร เป็นผลเนื่องจากยาทำให้ต่อมรับรสเสียหายที่ไปทำให้การรับรสเปลี่ยนแปลงทำให้ความอยากอาหารลดลง อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นชั่วคราวและหายไปภายใน 2-6 สัปดาห์หลังหยุดยา

2.3 เยื่อช่องปากอักเสบ เกิดแผลในปากอาการนี้มักเกิดใน 5- 14 วันหลังได้รับยา โดยเฉพาะเมื่อได้รับยาเมทโทรเทกเตรตขนาดสูง ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อราได้ง่าย และอาการจะดีขึ้นถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและยาหมุดฤทธิ์

2.4 เยื่อหลอดอาหารอักเสบ ทำให้เกิดคอแห้ง เจ็บคอกลิ้นอาหารลำบาก

2.5 ท้องเสีย เนื่องจากยาที่มีผลทำให้เยื่อทางเดินอาหารระคายเคือง ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารน้อยลง มีน้ำอยู่ในลำไส้มากขึ้น ทำให้ร่างกายขาดอาหาร น้ำ และเกลือแร่ อาการจะดีขึ้นเมื่อยาหมดฤทธิ์

2.6 ท้องผูก พบมากในรายที่ได้รับยากลุ่มอัลคาลอยด์ เช่น ยาวินคริสติน วินบลาสติน (vinblastine) ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทบริเวณลำไส้ ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มักจะดีขึ้นภายหลังหยุดยา 1 สัปดาห์

อาการข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันต่ำลง สภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ และยังมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ได้ง่าย

3. ผมร่วง เนื่องจากเซลล์รากผม เป็นเซลล์อีกชนิดหนึ่งที่มีการแบ่งตัวตลอดเวลา ดังนั้นเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เซลล์เหล่านี้จึงถูกทำลายไปด้วย ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการผมร่วงตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 – 2 หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ความรุนแรงและระยะเวลาของอาการผมร่วงนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของยา ระยะเวลาที่ได้รับยาและรูปแบบการบริหารยา อาการผมร่วงเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (บุษกร, 2549) เป็นอาการที่ไม่อันตราย แต่อาการนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียภาพลักษณ์ ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม ความมีคุณค่าในตนเองลดลงได้ ผู้ป่วยบางรายคิดว่าอาการเหล่านี้เป็นสิ่งที่คอยย้ำเตือนให้นึกถึงการเป็นมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยจะกลับมามีเส้นผมเหมือนเดิมได้อีก ภายหลังหยุดให้ยาเคมีบำบัด

ยาที่ทำให้เกิดอาการผมร่วงมาก ได้แก่ ไซโคลฟอสฟามาย ดอกโซรูบิซิน อีโตปอไซค์ ไมโทเซนตรอน และวินคริสติน

4. ผลต่ออวัยวะสืบพันธุ์ ยาเคมีบำบัดบางชนิดออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ในระบบสืบพันธุ์ ทำให้ผู้ป่วยหญิงมีอาการประจำเดือนมาไม่ปกติหรือไม่มาเลย บางรายมีอาการของวัยหมดประจำเดือน (premature menopause) และมีความผันแปรของความรู้สึกทางเพศ ในผู้ป่วยชายส่งผลต่อการผลิตเชื้ออสุจิ ทำให้เชื้ออสุจิลดลงอย่างมาก (severe oligospermia) หรือไม่มีเชื้ออสุจิลเลย (azospermia) นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดอาจทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของเชื้ออสุจิและไข่ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการแท้งบุตรหรือตายคลอด หรือความพิการแต่กำเนิดของทารกที่มีบิดาหรือมารดาเคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อน ยาเคมีบำบัดที่มีผลต่ออวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ ไซโคลฟอสฟามาย ไอฟอสฟามาย (Ifosfamide) และบิวซัลแฟน (Busulfan)

5. ผลข้างเคียงต่ออวัยวะอื่น ๆ นอกจากผลข้างเคียงต่อเซลล์ที่มีการแบ่งตัวตลอดเวลาแล้ว ยาเคมีบำบัดบางชนิดยังมีพิษต่อเซลล์ที่ไม่มีการแบ่งตัวอีกด้วย การทำลายจะเกิดขึ้นโดยยาเข้าไปจับกับเนื้อเยื่อนั้น ๆ ยาแต่ละชนิดจะมีผลต่ออวัยวะที่แตกต่างกัน ดังนี้

5.1 ผลต่อระบบหัวใจ ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยาในกลุ่ม ดอกโซรูบิซิน, แอนตราไซคลิน (Antracyclin) หลาย ๆ ครั้งอาจจะมีภาวะหัวใจทำงานผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงได้ ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ ปริมาณยาที่ได้รับ ยาในขนาดสูงจะมีผลมากขึ้น รูปแบบการบริหารยา อายุของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจมาก่อน การให้ร่วมกับยาบางชนิด และการให้ยาร่วมกับรังสีรักษา เป็นต้น

5.2 ผลต่อระบบหายใจ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก หายใจเร็ว เหนื่อยหอบ บางรายอาจมีภาวะน้ำท่วมปอดได้ ยาที่มีผลต่อระบบนี้ ได้แก่ ไซโคลฟอสฟามาย เมทโทรเทกเตรต อีโตโปไซค์ และเมทโทรเทกเตรต ปัจจัยที่ทำให้เกิดได้มากขึ้น ได้แก่ อายุ การได้รับรังสีรักษาบริเวณทรวงอก ปริมาณยาที่ได้รับ และประวัติการเป็นโรคเกี่ยวกับปอดและการสูบบุหรี่

5.3 ผลต่อตับ ยาเคมีบำบัดหลายชนิดมีผลต่อการทำงานของตับ โดยจะเห็นได้จากการทำงานของตับที่ผิดปกติ โดยการทำลายตับอาจมีทั้งลักษณะชั่วคราวและถาวรได้ ยาที่มีพิษต่อตับมากได้แก่ เมทโทรเทกเตรต เมทโทรเทกเตรต เอลเอสปาราจีเนส 6-เมอเคปโดพูริน เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีความรุนแรงมากขึ้น คือ ความผิดปกติของตับมาก่อน เช่นการเป็นโรคตับหรือประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

5.4 ไตและระบบขับถ่ายปัสสาวะ การที่เซลล์มะเร็งจำนวนมากถูกทำลายอย่างรวดเร็วจากการได้รับยารักษามะเร็งทำให้พิวรีน(purines) และไพริมิดีน (pyrimidines) เป็นจำนวนมากถูกหลังจากเซลล์ และเปลี่ยนเป็นกรดยูริก ซึ่งจะตกตะกอนที่ท่อไต สามารถป้องกันได้ โดยการให้น้ำจำนวนมาก และการให้ยาอัลโลเพอรินอล (allopurinol) ในช่วงแรกของการรักษา (นิติตา, 2542)

5.5 ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว สูญเสียการได้ยิน ได้แก่ ยาวินคริสตินและซิสพลาติน (cisplatin) (นิติตา, 2542)

ปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อ (soft tissue reaction) ยาเคมีบำบัดที่ฉีดเข้าเส้นบางกลุ่มมีผลต่อเนื้อเยื่อที่รุนแรง ถ้ามีการรั่วซึมออกนอกเส้นเลือดทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้แก่ ยาอะครีมีมายซิน ไมโดเซนตรอน วินคริสติน และวินบราสติน เป็นต้น

5.6 ระบบภูมิคุ้มกัน การให้ยารักษามะเร็งขนาดสูงเป็นเวลานานพบว่าทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องนานถึง 3 ปี แม้จะหยุดการรักษาไปแล้ว (นิติตา, 2542)

อาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบาย กระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง (Johnsen, Tholstrup, Petersen, Pedersen, & Groenvold, 2009) อันจะ

ส่งผลให้ผลข้างเคียงบางอย่างมีความรุนแรงมากขึ้น เช่น อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลความสะอาดของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย ซึ่งการติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากเป็นอันดับหนึ่ง (Turgeon, 2005; Stalfelt , Brodin, Pettersson, & Eklof, 2003)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ

เป็นผลกระทบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย การเผชิญกับความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค ผลการรักษาและการพยากรณ์โรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการดำเนินโรคและการรักษา ตลอดจนการปรับตัวเพื่อยอมรับความเจ็บป่วยที่รุนแรง ความทุกข์ต่อชีวิต และต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะคอยบั่นทอนสภาพจิตใจของผู้ป่วยตลอดเวลา ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตที่พบบ่อยได้แก่ ความวิตกกังวล กลัวต่อผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่นมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ จากผมร่วง ผิวหนังคล้ำ ท้อแท้ ซึมเศร้า (พัชรียาและคณะ, 2547; Pandey, 2006) ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมาก (กิตติกรและคณะ, 2552; นพรัตน์, 2547; บุญกร, 2549) และส่งผลต่อให้เกิดความอ่อนล้า (Lundberg, & Rattanasuwan, 2007) การนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมต่ำลง (Forjaz, & Guarnaccia, 1999)

ผลกระทบทางด้านสังคม

จากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำเป็นต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน และจากอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่และบทบาทต่าง ๆ ในสังคมได้ลดลง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อาจกลายเป็นคนที่หงุดหงิด โมโหง่าย หวาดระแวง หรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งพฤติกรรมนี้หากเกิดในระยะยาวอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและสังคม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในบทบาทและสัมพันธภาพ นอกจากนั้นเคมีบำบัดยังทำให้ผมร่วง ผิวหนังแตกแห้ง และสีผิวเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อภาพลักษณ์ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวตนเองเป็นผู้น่ารังเกียจ กลัวการปฏิเสธจากสังคม และเป็นข้อจำกัดในการเข้าสังคม (ยุพิน, ณัฐวรรณ, 2551; ศิริกาญจน์, 2549) จาก

ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องรับผิดชอบต่อการรักษาพยาบาล เนื่องจากการมีสวัสดิการรองรับ แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตัวเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ รวมทั้งการที่บุคคลในครอบครัวต้องหยุดงานมาคอยดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลง ประกอบกับผู้ป่วยและครอบครัวต้องใช้จ่ายในเรื่องต่างๆ มากมาย เช่น ค่าใช้จ่ายเรื่องอาหาร ค่าใช้จ่ายในการจัดเตรียมอุปกรณ์และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาหรือการมาตรวจตามนัด (จารุวรรณ, 2544)

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาส่วน เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรงทำให้รู้สึกสิ้นหวัง หดพลังที่จะดำเนินชีวิตต่อไป รู้สึกว่าความตายรออยู่แค่เอื้อม และความรู้สึกกลัวตายติดอยู่ในใจตลอดเวลา (สุรศักดิ์, 2547) ผู้ป่วยบางรายอยากตายให้พ้นไปจากความทุกข์ทรมาน (Nilmanat, 2010) รวมถึงการคิดว่าการเจ็บป่วยหรือความทุกข์ทรมานจากโรคเป็นจากเคราะห์กรรม การถูกลงโทษจากพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดกำลังใจ และเสื่อมศรัทธาจากศาสนาหรือสิ่งที่มีน้ำหนัก (ทัศนีย์, 2543) ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมีการแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่นร่วมกับการรักษาทางการแพทย์ ได้แก่ คนตรีบำบัด การฝังเข็ม การนวด (Joske, Rao, & Kristjanson, 2006) และการทำกิจกรรมทางศาสนา เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ (จันทิรา, 2543) และการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาทำให้ได้เข้าใจชีวิตที่แท้จริง (McGrath, 2004) ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่า การเจ็บป่วยทำให้ร่างกายไม่แข็งแรงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (อังสุมาและกานดาวศรี, 2547)

เห็นได้ว่าการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาและต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดส่งผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วย ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด การรับรู้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด บุคคลจะมีกลไกการตอบสนองทางด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ของบุคคลอย่างเป็นองค์รวม การติดเชื่อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาก็เป็นปัญหาที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งที่ผู้ป่วยอาจจะต้องเผชิญได้

การติดเชื้อและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

การติดเชื้อเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา จากการศึกษาพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาจะเสียชีวิตจากการติดเชื้อ (Harrison, 2005) โดยการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยานั้นจะเกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ทั้งที่เกิดจากตัวโรคเองที่มีความผิดปกติของเม็ดเลือดขาวและจากผลการรักษา ซึ่งยาที่ได้รับจะไปกดการทำงานของไขกระดูกทำให้ปริมาณของเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถต่อต้านกับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ ถึงแม้มีเชื้อโรคในปริมาณน้อย ก็ยังสามารถก่อให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรงได้ (Vonberg & Gastmeier, 2006)

จากการศึกษาจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (ข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2550) ระหว่างเดือนกันยายน 2550 - มีนาคม 2551 จำนวน 40 ราย พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีประวัติการเกิดภาวะไข้สูงจากการติดเชื้อในระบบต่างๆ โดยจะเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุดคือ 15 ราย นอกจากนี้จะมีภาวะถ่ายเหลวจากการติดเชื้อในทางเดินอาหาร ติดเชื้อราในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ในช่องปาก ก้น และมีเพียง 4 รายที่หาสาเหตุของการติดเชื้อไม่ได้ ส่วนการศึกษาของธิดาและคณะ (2006) พบว่าตำแหน่งที่มีการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่โรงพยาบาลขอนแก่นที่พบมากที่สุด คือ ผิวหนังและเนื้อเยื่อ (8.6%) ในปอด (8.1%) ช่องปากและช่องคอ (2.2%) ทางเดินปัสสาวะ (1.3%) และไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ (79.8%) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายสูงทั้งค่ายา ค่านอนโรงพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ (James, 1997; Winfried, 2006) นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีการติดเชื้อเกิดขึ้นอาจทำให้การรักษาล่าช้าขึ้น มีอัตราตายสูงขึ้น (Crawford, David & Lyman, 2003) ดังนั้นผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดีที่ครอบคลุมประเด็นของการติดเชื้อในระบบต่างๆ และสาเหตุการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดังรายละเอียดในลำดับต่อไป

การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เกิดสามารถพบได้ในเชื้อโรคทุกกลุ่มทั้ง แบคทีเรีย เชื้อรา และไวรัส ซึ่งสามารถพบได้ในระบบต่างๆ เช่น ในกระแสเลือด ผิวหนังและบริเวณเข็มฉีดยา ในช่องท้อง ทวารหนัก ไช้นัส ระบบทางเดินปัสสาวะ ทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร (Ram, Gafter-Gvili, Raanani, Yeshurun, Shpilberg., et al, 2009) สามารถแบ่งออกเป็นระบบต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. การติดเชื้อในช่องปาก ได้แก่ การมีแผลในช่องปากซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อรา การติดเชื้อราในช่องปาก อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อราในกระแสเลือดได้ไม่ยาก สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ นอกจากนี้การติดเชื้อแบคทีเรียทั้งแกรมบวกและ แกรมลบก็ยังสามารถเจอได้บ่อย โดยจะมีความสัมพันธ์กับจำนวนเม็ดเลือดขาว โดยหากเม็ดเลือดขาวต่ำมากก็จะมีโอกาสในการติดเชื้อสูงเช่นกัน (Anders, 1999) สาเหตุของการติดเชื้อส่วนใหญ่จะเกิดจากการดูแลความสะอาดภายในช่องปากได้ไม่ดีพอเนื่องจาก ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีได้ค่อนข้างสูง การสะสมของเชื้อโรคแม้เพียงเล็กน้อย อาจส่งผลให้เกิดอันตรายที่ยิ่งใหญ่ได้ ดังนั้นการดูแลความสะอาดของช่องปากของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

2. การติดเชื้อที่ผิวหนัง การติดเชื้อราจะเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อที่ผิวหนัง โดยเชื้อราที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อจะมีอยู่หลายชนิด แต่ละชนิดจะสามารถเจริญเติบโตได้ในที่ที่แตกต่างกัน ซึ่งในบางครั้งการติดเชื้อราที่ผิวหนังก็ยังสามารถส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ และก่อให้เกิดเป็นสาเหตุในการตายที่สำคัญ สาเหตุที่สำคัญของการติดเชื้อที่ผิวหนัง ได้แก่ การใส่เสื้อผ้าที่ไม่สะอาด หรือมีการใช้เสื้อผ้าร่วมกับผู้อื่น ร่างกายอับชื้นจากเหงื่อ หรือการไม่ได้เช็ดตัวให้แห้งภายหลังจากอาบน้ำ หลังสระผมปล่อยให้ผมเปียก หรือบางครั้งอาจเกิดการเกาบริเวณต่างๆของร่างกาย ส่งผลให้เกิดรอยถลอกบริเวณต่างๆของร่างกาย ทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น

3. การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ที่พบบ่อยได้แก่ถ่ายเหลว ถ้าใส่ยักเสบ ซึ่งสาเหตุมาจากพฤติกรรมต่างๆ ในการรับประทานอาหาร เช่น อาหารที่รับประทานซึ่งมีการปนเปื้อนของเชื้อโรค ความสะอาดของภาชนะสำหรับใส่อาหาร วิธีการจัดเตรียมอาหาร การล้างมือก่อนสัมผัสอาหาร โดยจะรวมถึงน้ำและเครื่องดื่มต่างๆที่รับประทานด้วย

4. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ สามารถพบได้ทั้งเชื้อรา เชื้อไวรัสและแบคทีเรีย การติดเชื้อรา ได้แก่ เชื้อนิวโมซิสติส คาริไนอิ นิวโมไนด์ซิส (Pneumocystis carinii pneumonitis: PCP) รวมถึงเชื้อแบคทีเรียทั้งแกรมบวกและแกรมลบ จะเกิดจากการหายใจนำเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อมเข้าสู่ร่างกาย บริเวณที่พักผ่อนอาจมีฝุ่น หรืออยู่ใกล้ผู้ที่มีเชื้อโรค เช่น เป็นหวัด มีการไอ หรือจาม

5. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สามารถพบได้ทั้งเชื้อแบคทีเรีย เชื้อปรสิต เชื้อไวรัส เช่น ท่อปัสสาวะอักเสบ และกรวยไตอักเสบเป็นต้น สาเหตุของการติดเชื้อ อาจเกิดจากการดื่มน้ำน้อย มีการกลั้นปัสสาวะ รวมถึงการดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่ายด้วย

6. การติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถพบการติดเชื้อได้ในเชื้อโรคทุกกลุ่ม และเป็นปัญหาที่สำคัญมาก และรุนแรง สาเหตุในการติดเชื้อ ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อในระบบอื่นแล้วมีการแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด

การติดเชื้อแบคทีเรียส่วนใหญ่จะมีสาเหตุจากเชื้อโรคประจำถิ่น ซึ่งเดิมอยู่ในร่างกายปกติ แต่เมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลงก็จะสามารถทำให้เชื้อโรคสามารถทำอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองได้ เช่น เชื้อสแตปฟีโลคอคคัส ออเรียส (*staphylococcus aureus*) เสตรปโตคอคคัส นิวโมนีเอ (*streptococcus pneumoniae*) ฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนซา (*H. influenzae*) อีโคไล (*Escherichia coli*) เป็นต้น การติดเชื้อแบคทีเรียจะทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย เช่น หากมีความเจ็บป่วย 30 วัน อัตราการตายเป็น 32% แต่ถ้าการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 90 วันอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นเป็น 50% (Norgaard, Larsson, Pedersen, 2006) โดยความเสี่ยงในการติดเชื้อแบคทีเรียขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งระบบโลหิตวิทยาด้วย

การติดเชื้อราในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากที่มีเชื้อโรคเดิมอยู่แล้ว แต่เมื่อร่างกายอ่อนแอทำให้ไม่สามารถจัดการกับเชื้อโรคที่มีอยู่จึงทำให้โรครุนแรงขึ้น เช่น ซิสเต็มิกแคนดิโดสิส (*systemic candidosis*) นอกจากนี้การติดเชื้ออาจเกิดจากการหายใจเอาสปอร์ของเชื้อราเข้าไป หรืออาจมีการปนเปื้อนกับอาหารที่รับประทานเข้าไป จากการศึกษาของปากาโนและคณะ (Pagano, Caira, Candoni et al., 2006) เรื่องการติดเชื้อราของผู้ป่วยมะเร็งระบบเลือด โดยเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังระหว่างปี 1999 ถึงปี 2003 ในหอผู้ป่วยโลหิตวิทยาจำนวน 18 แห่ง ในอิตาลี มีผู้ป่วยทั้งหมด 11,802 ราย พบว่ามีผู้ป่วย 2.9% ติดเชื้อสแตปฟีโลคอคคัส เอสเปอจีริส มี 1.9% ติดเชื้อยีสต์ 33% ติดเชื้อรา และ 42% ติดเชื้อในกลุ่มแอสเพอจีวโลซีส (*aspergillosis*) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซูปานิกและคณะ (Zupanic-Krmek, Nemet, Mrsic et al., 2004) พบว่ามี การติดเชื้อราในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำนวน 38.5% และมีอัตราการตายในระหว่างที่ทำการรักษาถึง 78.5% โดยจากการศึกษาเรื่องการติดเชื้อราในปากของผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งของอัลเบอร์ทและคณะ (Alberth, Majoros, Gabriella et al., 2006) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กจำนวน 30 ราย พบว่าจำนวน 23 รายมีอาการไข้และคออักเสบ และจากการทำการเพาะเชื้อพบว่าเป็นเชื้อราจำนวน 84.4% พบการติดเชื้อราส่วนใหญ่ที่บริเวณผิวหนัง นอกจากนี้อาจพบการติดเชื้อบริเวณไซนัส (*sinusitis*) และมีผิวหนังอักเสบ (Mays, Bogle & Bodey, 2006)

การติดเชื้อไวรัส ในคนทั่วไปเมื่อได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะมีการตอบสนอง โดยการสร้างภูมิคุ้มกันเกิดขึ้น จึงทำให้ไม่มีการติดเชื้อซ้ำในโรคเดิม แต่เมื่อร่างกายอ่อนแอลงตัวเชื้อโรคที่ทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันจะส่งผลให้เกิดโรคขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุในการเกิดโรคนั้นส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อที่มีอยู่ในร่างกาย ที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อซอสเตอร์ (*Zoster infection*) การติดเชื้อนิวโมซิสติสคาร์นิอี (*Pneumocystis carinii*) ทอกโซพลาสมา (*toxoplasma*) นอกจากนี้อาจเจอการติดเชื้อกลุ่มพยาธิได้แก่ สตรองจีรอย เสตอร์โคราลิส

(*strongyloides stercoralis*) ซึ่งสามารถพบได้ถึง 87% ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและยาสเตียรอยด์ เป็นระยะเวลานาน (Afzal, 2001)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งเกิดจากปัจจัยหรือการกระทำของผู้ป่วยที่สามารถส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ เช่น การที่มีระดับของภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยลดลง หรือกระบวนการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ ซึ่งไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด แต่ความเสี่ยงนั้น ๆ จะมีแนวโน้มที่เกิดขึ้นไม่มากนักน้อยและจะส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยเอง โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แตกต่างกันแต่ปัจจัยที่สำคัญสามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้ (Crawford, Dale & Lyman, 2003)

1. การได้รับยาเคมีบำบัดและยาที่มีผลต่อภูมิคุ้มกันที่อาจส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น เช่น การได้รับยาสเตียรอยด์ การได้รับวัคซีนต่างๆ จะไปกดภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ต่ำลง จากการศึกษาพบว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดจะมีการลดการทำงานของไขกระดูกภายใน 1 สัปดาห์ และระยะเวลาที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากที่สุดคือช่วง 1-3 สัปดาห์หลังได้รับยา

2. เชื้อโรค สามารถเจอได้ทั้ง เชื้อแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา และพยาธิเป็นต้น ชัยวัฒน์ (มปป.) กล่าวว่า เชื้อโรคประจำถิ่น (normal flora) ของบุคคลแต่ละคนจะมีแตกต่างกัน เชื้อเหล่านี้โดยทั่วไปจะไม่ทำให้เกิดโรครุนแรง แต่เมื่อภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำลง เชื้อเหล่านี้จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้

3. สิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น อากาศร้อน ทำให้มีเห็บที่ออกบริเวณผิวหนังมากขึ้น เกิดความอับชื้นถ้าดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี จะทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ลมที่พัดจะทำให้ฝุ่นละอองฟุ้งกระจายได้ง่าย มีส่วนให้เชื้อโรคที่ปนอยู่ในบรรยากาศ ทำให้ติดเชื้อมากขึ้น โดยรวมถึงการระบายอากาศ สถานที่ที่อยู่ใกล้แหล่งชุมชน หรือสถานที่ที่เป็นความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น โรงงาน ตลาด แหล่งชุมชนต่างๆ รวมถึงผู้ที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่อาจนำเชื้อโรคมาให้ได้

4. สภาวะอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ ซึ่งความเครียดเป็นเหมือนสิ่งกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง ร่างกายตอบสนองต่อความเครียดผ่านทางระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อทำให้สมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ส่งสัญญาณไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และกระตุ้นต่อมไร้ท่อทำให้เกิดผลต่อร่างกายหลายประการ รวมถึงการทำให้การตอบสนองต่อกระบวนการอักเสบลดลง ภูมิคุ้มกันต่ำลง (สุดาพรรณ, 2545)

5. การขาดสารอาหาร เนื่องจากในระหว่างที่ทำการรักษาจะรับประทานอาหารได้น้อย จากการมีภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการเจ็บปาก เจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร จึงส่งผลให้ร่างกายขาดสารอาหารต่างๆที่สำคัญ ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ ต่างๆ ซึ่งล้วนมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมเรื่องการสร้างภูมิคุ้มกันร่างกาย

6. ระดับเม็ดเลือดขาวในเลือด เซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ถ้าเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 5,000 – 10,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่ถ้ามีค่าน้อยกว่านี้ภูมิคุ้มกันจะลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากยิ่งขึ้น

7. การป่วยด้วยโรคนั้นมาก่อน (prior experience) โดยเฉพาะกลุ่มเชื้อไวรัส ซึ่งเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะมีการสร้างภูมิคุ้มกันเกิดขึ้น แต่เมื่อร่างกายอ่อนแอลงตัวเชื้อโรคที่ทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันจะส่งผลให้เกิดโรครุนแรงได้ ที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อซอสเตอร์ (Zoster infection) ไวรัสตับอักเสบ เป็นต้น

8. เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยโรคมะเร็ง จากการศึกษาลามิและคณะเป็นการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 1998 ถึงปี 2002 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นผู้หญิงร้อยละ 72 (Lalami, Paesmans, Muanza et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของบิลลอตและคณะ ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ พบว่าการเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Bilolote, Mendoza, & Baylon, 1996) แต่การศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งโดยยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 94 คน พบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้เท่ากัน (วรภรณ์ และ สุจิตรา, 2545) ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าเพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือไม่

9. อายุ อายุจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในเซลล์ของนิวโทรฟิล โดยในผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการกระบวนการฟาโกไซโทซิส (phagocytosis) น้อยลง และการทำหน้าที่การทำลายเชื้อโรครภายในเซลล์เสียไป (Crichton & Puppione, 2006) ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ในการศึกษาของเกรีและคณะ พบว่าอายุของมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและส่งผลให้อัตราตายสูงขึ้น (Garyh, Christopher, Olayemi et al., 2005) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนออกทินลิ้มโพมาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี มีการเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ น้อยกว่า 65 ปี (Morrison et al., 2001) แต่จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งโดยยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 94 คน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปีและอายุมากกว่า 60 ปี เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดไข้ในภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้มาก (วารสารณ์ และ สุจิตรา, 2545) จึงทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าอายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือไม่

10. พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆของบุคคลอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย ส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี (สมจิต, 2534; Orem, 1985) ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ จะทำให้มีความไวต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล วิธีการอาบน้ำ การดูแลสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม มีความสำคัญที่จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วินา, 2541; ศรีญา, 2540; อรุณพร, 2542; Abram, Duncan & Hertz-Picciotto, 1993) ทำให้โอกาสในการติดเชื้อน้อยลง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับโรคและแผนการรักษา (Pritchard & Macdonald, 1980) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ และการบรรเทาอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด จะสามารถควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้เป็นอย่างดี (Fernsler, 1986) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

การรับรู้และการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

การรับรู้ส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อพฤติกรรม โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกพฤติกรรมที่ดีที่สุด (Health Belief Model: HBM) (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด เกี่ยวกับภาวะคุกคามของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการใดๆในช่วงที่มีความเสี่ยง แต่เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะมีความรุนแรงและส่งผลกระทบตามมามากมาย เช่น การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการรักษานาน ค่าใช้จ่ายสูงทั้งจากการรักษาและ

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ รายได้ลดลงจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (James, 1997) ดังนั้นหากผู้ป่วยสามารถประเมินความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อได้

ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาเมื่อได้รับเคมีบำบัด จำเป็นอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อจัดการความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับตนเอง โดยการรับรู้ความเสี่ยงเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยในการคาดการณ์ (estimative) เกี่ยวกับโอกาสเกิดการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด จากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน องค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ เพื่อประเมินตนเองถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในด้านใดบ้าง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การติดเชื้อในระบบต่างๆ นั้นจะมีความสัมพันธ์ กับกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติ หากตัวผู้ป่วยสามารถรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม แล้วอาจช่วยให้สามารถจัดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ดี อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การเจ็บป่วยทั้งของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและลดอันตรายจากความเจ็บป่วย รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจ

การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยานั้น จะต้องมีการวางแผนการรักษาตามสูตรยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยการปฏิบัตินั้นสามารถจัดการได้ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ และตัวผู้ป่วยเอง ดังนี้

1. การจัดการโดยแพทย์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาแพทย์ผู้ทำการรักษาได้ให้การรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อร่วมด้วย โดยในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Kuderer, Dale, Crawford, & Lyman, 2007) ประกอบด้วย การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาว (immunoglobulin therapy) เป็นการให้ยาเพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดขาวของไขกระดูก มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขจากเม็ดเลือดขาวต่ำ (febrile neutropenia) โดยจะเริ่มใช้ตั้งแต่ระยะแรกของการให้ยาเคมีบำบัดพบว่า สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ถึง 40 % (Kuderer, Dale, Crawford & Lyman 2007) และ การให้ยาป้องกันไว้ก่อน (oral prophylactic antimicrobial agent) ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

จะต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและมีการให้ยารับประทานเพื่อควบคุมการติดเชื้อที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ (Winfried, 2006) เช่นการป้องกันการติดเชื้อรา โดยการให้รับประทานยา Fluconazole หรือยา cotrimoxazole ในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีโอกาสเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้สูง นอกจากนี้อาจต้องมีการให้วัคซีน (vaccination strategies) เช่น วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ (Pneumococcal) influenza, hemophilus, tetanus เป็นต้น

2. การจัดการตนเองโดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อนอกจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลรักษาต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พร้อมดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ยังต้องสอนผู้ป่วยให้มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองแล้ว ตัวผู้ป่วยเองก็จะต้องดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าวด้วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านซึ่งจะมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน กิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาปฏิบัติในแต่ละวันนั้นมักจะมีปัจจัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายทั้งสิ้น ซึ่งวิธีการในการปฏิบัติของแต่ละบุคคลในการป้องกันการติดเชื้อจะมีความแตกต่างกันได้ ดังนั้น การควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องมีการควบคุมถึงการดำเนินชีวิตด้วย

เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแล้วจะได้รับการดูแลต่อที่โรงพยาบาลอยู่ในระยะหนึ่งหลังจากนั้นก็ต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่โรงพยาบาลจะมีเจ้าหน้าที่ พยาบาลช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่างๆ แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านก็จะมี การเรียนรู้เพิ่มขึ้น จากประสบการณ์ การแนะนำของผู้อื่น และที่สำคัญบางคงจะมีการนำวิธีการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการรักษา ซึ่งบางครั้งหากวิธีการปฏิบัติไม่มีความสะอาดที่เพียงพออาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านความเสี่ยงในเรื่องการติดเชื้อได้ ในการจัดการกับความเสี่ยงผู้วิจัยได้พัฒนาตามแนวคิดการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สำคัญของผู้ป่วย ซึ่งดัดแปลงจากแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยระบบเลือดที่มีการเปลี่ยนเสตมเซลล์ ของศูนย์ควบคุมโรค สมาคมโรคติดเชื้อ สมาคมโรคเลือดและการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกของอเมริกาปี 2000 (CDC, 2000) มีดังนี้

1. การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสโดยตรง การล้างมือมีความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากเชื้อโรคที่อยู่ปกติที่ร่างกายของเราสามารถเจริญเติบโต และก่อให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำได้ (Anita et al., 2006) ดังนั้นการล้างมือด้วยสบู่และน้ำทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสสิ่งของต่างๆ เช่น ก่อนการหยิบจับอาหาร และการรับประทานอาหาร หลังจากสัมผัสต้นไม้และดิน หลังจากสัมผัสสัตว์เลี้ยง สิ่งคัดหลั่งต่างๆ รวมถึงก่อนและหลังสัมผัสผลทุกครั้งสามารถป้องกันการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ (Jeanne & Denise., 2007) และหากอยู่ในช่วงที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำมากๆจะต้องใช้สบู่และน้ำยาล้างมือที่มีส่วนผสมของยาฆ่าเชื้ออยู่ด้วย

2. การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ต้องหลีกเลี่ยงการเอามือมาสัมผัสบริเวณจมูกและใบหน้า หากจำเป็นควรล้างมือก่อนทุกครั้ง นอกจากนี้จะต้อง

2.1 หลีกเลี่ยงการติดต่อกับบุคคลที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ให้ใส่หน้ากากป้องกันการติดเชื้อทุกครั้ง

2.2 หลีกเลี่ยงการเข้าสู่แหล่งชุมนุมชนเช่น ตลาด ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า โรงหนัง เนื่องจากในสถานที่เหล่านี้อาจมีผู้ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจปะปนอยู่ด้วย

2.3 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณคอกสัตว์ โดยเฉพาะ เล้าไก่ และกรงนก

2.4 งดการสูบบุหรี่ และการเข้าใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่ด้วยเนื่องจากจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจสูง

2.5 หลีกเลี่ยงการทำสวนและสัมผัสสัตว์ต่างๆ ซึ่งอาจมีเชื้อโรคที่สามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจได้โดยเฉพาะเชื้อรา หากจำเป็นจะต้องมีการใส่หน้ากากป้องกันเชื้อโรค และสวมถุงมือทุกครั้ง

3. การมีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงมีเพศสัมพันธ์ที่มีความรุนแรงและการใช้ปากและมีการใช้ถุงยางอนามัยด้วยทุกครั้ง

4. การป้องกันการติดเชื้อจากสัตว์เลี้ยง หากจะต้องมีสัตว์เลี้ยงจะต้องดูแลไม่ให้สัตว์เลี้ยงมีปัญหาสุขภาพ ควรมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลสัตว์เลี้ยง จะต้องมีการทำความสะอาดทั้งตัวของสัตว์เลี้ยง บริเวณที่อยู่อาศัย รวมถึงการดูแลเรื่องอาหาร และมูลฝอยของสัตว์เลี้ยงด้วย หากตัวผู้ป่วยต้องใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงจะต้องหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำลายบริเวณใบหน้า ระวังการโดนข่วน และจะต้องล้างมือทุกครั้งหลังการสัมผัสกับสัตว์เลี้ยง

5. การป้องกันการติดเชื้อจากน้ำและเครื่องดื่มต่างๆ น้ำที่ใช้ในชีวิตประจำวันทั่วไปอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อได้ง่ายเช่น การว่ายน้ำในสระน้ำซึ่งอาจมีการปนเปื้อนจากสิ่งต่างๆ ได้ เช่นจากผู้อื่นที่มาว่ายน้ำ จากสัตว์เลี้ยง หรือแหล่งอื่นๆที่อาจมีการปนเปื้อนเกิดขึ้นได้ ทำให้มีการสะสมของเชื้อโรคต่างๆ โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย หากน้ำในสระนั้นเข้าสู่ปากก็สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อขึ้นได้ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการไปว่ายน้ำในสถานที่ๆ เป็นความเสี่ยงเหล่านี้ นอกจากนี้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากน้ำและเครื่องดื่มอื่นๆได้แก่

5.1 การดื่มน้ำดื่มและน้ำสำหรับบ้วนปากและแปรงฟันทุกครั้ง โดยน้ำดื่มจะเป็นน้ำที่มีการต้มให้เดือดอย่างน้อย 5 นาที

5.2 หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่ใส่น้ำแข็งทั่วไป เนื่องจากน้ำแข็งโดยทั่วไปนั้นจะใช้น้ำธรรมดา ที่ไม่ผ่านการต้ม ทำให้มีโอกาสในการปนเปื้อนเชื้อได้ง่าย หากต้องการดื่มน้ำแข็งควรทำเองโดยการต้มน้ำก่อนนำมาทำน้ำแข็ง

5.3 หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำผักและน้ำผลไม้ในร้านอาหาร หรือร้านค้าต่างๆ ซึ่งในกระบวนการเตรียมและภาชนะต่างๆที่ใช้ อาจไม่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ

5.4 การดื่มนม น้ำผัก น้ำผลไม้ ที่เป็นกล่องหรือกระป๋อง จะต้องมีการระบุว่าเป็นการฆ่าเชื้อแล้วเท่านั้น และไม่ควรเปิดทิ้งไว้ เป็นเวลานาน

5.5 ควรหลีกเลี่ยงการใช้ขวดน้ำพลาสติกซ้ำ เนื่องจากเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย หากมีความจำเป็นต้องใช้ควรได้รับการทำความสะอาดอย่างถูกวิธี และสังเกตลักษณะของขวดหากมีรอยขรุขระ แตก รั่ว บวมไม่ควรนำมาใช้ ก่อนนำน้ำมาดื่มควรดื่มให้เคี้ยวอย่างน้อย 5 นาที ดื่มน้ำให้มาก อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี

5.6 ไม่ใช่แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น การใช้แก้วน้ำร่วมกันทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่มีการติดต่อทางน้ำลายได้ เช่น หวัด ไวรัสตับ

6. การป้องกันการติดเชื้อจากอาหารที่รับประทาน ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอและป้องกันไม่ให้ขาดสารที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดูแลให้เข้าใจในความสำคัญของสารอาหารที่มีต่อการหายหรือการติดเชื้อของแผล ดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน ทั้งคาร์โบไฮเดรต ไขมัน เกลือแร่ และวิตามินต่างๆ เพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล โดยจะรวมไปถึงกระบวนการในการปฐมพยาบาล อาหารที่ควรรับประทานนั้นจะต้องเป็นอาหารที่ผ่านการปรุงสุกใหม่ ในการปฐมพยาบาลเพื่อรับประทานนั้นจะต้องมีการผ่านกระบวนการต่างๆ และมีการใช้อุปกรณ์ในการปรุงอาหารหลายชนิด ซึ่งในกระบวนการต่างๆนั้นหากไม่ได้ใส่ใจอาจทำให้มีการปนเปื้อนเชื้อได้ตลอด ดังนั้นผู้ที่ปรุงอาหารควรปฏิบัติดังนี้

6.1 ล้างมือก่อนและหลังหยิบจับอาหารทุกครั้ง

6.2 การล้างอาหารสด การทำความสะอาดภาชนะสำหรับการจัดใส่อาหาร บริเวณที่จัดเก็บ ปรุง และรับประทานอาหาร ให้สะอาดอยู่ตลอด ไม่ควรปรุงและวางไว้ในอุณหภูมิห้องนานเกิน 2 ชั่วโมง

6.3 การทำลายเชื้อโรค ที่อาจปนเปื้อนมากับอาหารโดยการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ หรือมีการอุ่นอาหารที่จัดเก็บไว้โดยใช้ความร้อนที่อุณหภูมิมากกว่า 165 องศาฟาเรนไฮต์

6.4 การควบคุมการเจริญเติบโตของเชื้อโรค การเก็บอาหารที่เหลือจากรับประทานควรเก็บไว้ในตู้เย็นที่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้แน่นอน โดยเก็บที่อุณหภูมิที่ต่ำกว่า 40 องศาฟาเรนไฮต์หรือ 4 องศาเซลเซียส

6.5 อุปกรณ์ใส่อาหารจะต้องสะอาด

6.6 งดผักดิบและผลไม้ทั้งเปลือก เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปนเปื้อนของ เชื้อแบคทีเรียที่ผักและผลไม้ การรับประทานผลไม้ควรนำมาล้างและปอกเอง ไม่ควรรับประทานที่ มีการปอกวางขายโดยทั่วไป

6.7 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวกถั่ว หรือของหมักดอง

7. การดูแลความสะอาดร่างกาย ผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายเป็นแหล่ง สะสมของเชื้อโรคประจำถิ่นซึ่งโดยปกติจะไม่ก่อให้เกิดโรค แต่เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ก็ สามารถก่อให้เกิดโรคขึ้นได้ ดังนั้นการอาบน้ำชำระร่างกายจึงเป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น การอาบน้ำฟอกสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และต้องเช็ดตัวให้แห้งด้วยผ้าเช็ดตัวที่สะอาด และมีการดูแลผิวหนังของร่างกายให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ มีการตรวจบริเวณต่างๆของร่างกายอยู่เสมอว่ามีความผิดปกติหรือไม่ ให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการตรวจร่างกายในส่วนที่มองไม่เห็น และช่วยเหลือในการทำความสะอาดร่างกายในช่วงที่อ่อนเพลียไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้อาจต้อง เลือกลงใช้สบู่ที่มียาฆ่าเชื้อผสมมาใช้ในการทำความสะอาดร่างกาย ในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สูง นอกจากนี้อาจต้องใช้โลชั่นหรือน้ำมันทาผิวเพื่อป้องกันผิวแห้งแตก

8. การดูแลความสะอาดปากฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก การเลือก แปรงสีฟันควรเป็นแปรงขนอ่อน มีการใช้ไหมขัดฟัน และการบ้วนปากด้วยน้ำยาที่มีส่วนผสมของ ยาฆ่าเชื้อ (Brenda, 2003) ควรบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร มีการตรวจสุขภาพปากฟัน ทั้งที่ปฏิบัติด้วยตนเองและการตรวจกับทันตแพทย์

9. การทำความสะอาดผม เป็นการดูแลผมและหนังศีรษะให้สะอาดอยู่เสมอ มีการตรวจสุขภาพของผมและหนังศีรษะอย่างต่อเนื่อง

10. การสวมใส่เสื้อผ้า เสื้อผ้าจะต้องสะอาด และแห้งอยู่เสมอ

11. การขับถ่าย เป็นการดูแลตนเองไม่ให้ท้องผูกหากเกิดภาวะท้องผูกห้ามการ สวนทางทวารและการเหน็บยาทางทวาร เนื่องจากผลกระทบของการสวนทวารจะส่งเสริมให้เกิด การติดเชื้อได้ นอกจากนี้จะต้องป้องกันการเกิดมีภาวะท้องเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ หลีกเลี่ยงการใช้ หีอน้ำสาธารณะ การใช้ส้วมสาธารณะที่ไม่ถูกสุขลักษณะมีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ได้ นอกจากนั้นจะต้องไม่กลั้นปัสสาวะไว้ ต้องเฝ้าระวังหมั่นสังเกตลักษณะของปัสสาวะ เช่น ขุ่น ขึ้น ปัสสาวะลำบากหรือมีอาการแสบขัด

12. การดูแลเล็บมือเล็บเท้า ต้องมีการดูแลเล็บมือเล็บเท้าให้สะอาดอยู่เสมอ และมีการตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงของเล็บมือเล็บเท้าอยู่ตลอดเพื่อป้องกันการเกิดเชื้อรา หรือแผล ต่างๆ

13. การออกกำลังกาย ต้องมีการออกกำลังกายเบาๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

14. การพักผ่อนนอนหลับ ควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชม. มีการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ ฟังเพลง และมีการจัดห้องนอนสะอาดอยู่ในสถานที่ที่โล่งมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

15. การจัดการความเครียด ได้แก่ การคิดถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในแต่ละวัน และเก็บความทรงจำที่ดีไว้กับตัวเอง หลีกเลี่ยงการคิดเกี่ยวกับโรคในทางลบ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลทั่วไป หลีกเลี่ยงการอ่านหรือการฟังเกี่ยวกับโรคที่แย่งลง รวมถึงการพูดคุยผู้ป่วยที่มีอาการแย่งลง และความตาย มีการผ่อนคลายความเครียดโดยการหากิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การดูหนัง ฟังเพลง เล่นเกม วาดรูป ทำสมาธิ เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อให้เหมาะสมตามการรับรู้ จากการทบทวนวรรณคดีพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรครีเอริง (จิตติมา, 2547; ธัญญาลักษณ์, 2544; รัชนิย์, 2543; ศิริพร, 2545) และจากการศึกษาของบริเวอ์ และคณะ (Brewer, Chapman, Gibbons et al., 2007) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการรับวัคซีน จำนวน 34 เรื่อง พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับวัคซีน โดยปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความเสี่ยงมีดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ดังนี้

1.1 อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและวุฒิภาวะ เนื่องจากอายุที่ต่างกันทำให้มีการรับรู้ข้อมูลและเรียนรู้การเผชิญปัญหาแตกต่างกัน โดยเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001) ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่มีอายุมากขึ้นน่าจะมีการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดีขึ้น จากการศึกษาของศิริพร (2545) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

1.2 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่า

บุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพบุคคลที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ (ณรงค์ และเอกพล, 2546; วรรณิภา, 2545) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ขัดแย้ง ดังเช่น การศึกษาของ ศิริพร (2545) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

1.3 ฐานะทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย อาชีพ รายได้ของครอบครัว โดยบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า เนื่องจากบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือมีรายได้น้อยจะไม่มีเวลาในการเอาใจใส่ตนเองมากนัก จะมุ่งความสนใจไปในการหาเลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ศุภรินทร์, 2548) แต่ก็มีการศึกษาที่ขัดแย้ง เช่น การศึกษาของอัญชลี (2546) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของครูสตรีวัยกลางคน จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากปัจจุบันมีการกระตุ้นให้ประชาชนมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมถึงมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดี และทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้เท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องสิ้นเปลืองเรื่องค่าใช้จ่าย

1.4 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการดูแลผู้ป่วย โดยบุคคลที่มีประสิทธิภาพจะมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่รับเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพการการติดเชื่อน่าจะมีการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเชื่อว่าการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและเชื่อว่าปัญหาสุขภาพนั้นมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีที่สุด (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) ดังได้กล่าวมาแล้ว

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื่อนั้น มีอยู่หลายวิธี และ ซึ่งอาจจะเป็นการกระทำของบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น ทีมสุขภาพ ตัวผู้ดูแลที่คอยช่วยเหลือ เป็น การจัดการทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน แต่ในการศึกษารุ่นนี้จะเน้นในเรื่องการจัดการของ

ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะที่กลับไปอยู่ที่บ้านเท่านั้น โดยพบว่ามียาต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดมากมาย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันไปมากมาย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องศึกษาถึงความต้องการในแต่ละบุคคล และให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

สรุป

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ ได้มากมาย เช่น จากผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย การรับรู้ความเสี่ยงที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการการติดเชื้อนั้นมีความสำคัญมาก ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทั้งในระยะเวลาที่ให้การรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และระยะที่ต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านซึ่งผู้ป่วยจะต้องเป็นคนจัดการทุกอย่างด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด โดยจะเน้นในประเด็นที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ การดูแลความสะอาด การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม การทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม ซึ่งผลวิจัยที่ได้สามารถนำไปปรับแผนในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (correlation study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาผู้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัด
กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยา กลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลืองและได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งและมีอายุ 15 ปีขึ้นไป

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่าง ของยามานะ (Yamane, 1973; โนนบุญใจ, 2553) โดยคำนวณจากประชากรทั้งหมด 514 คน (หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2553) ได้ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

e = ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น (หรือ กำหนดความเชื่อมั่น) ซึ่งจะกำหนดที่ 10%

จะได้กลุ่มตัวอย่าง = $514 / (1 + 514(0.1)^2) = 83.7$ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป โดยจะแบ่งเป็น 2 ข้อย่อยคือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว

1.2 ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของยาที่ได้รับ ประสิทธิภาพการติดเชื้อ โรคประจำตัว และยาที่รับประทานประจำ

2. แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 37 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านการบริโภคอาหารและน้ำจำนวน 12 ข้อ ด้านการดูแลความสะอาด จำนวน 15 ข้อ ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมจำนวน 5 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะของคำตอบเป็นเลือกตอบ 5 ระดับ โดยคะแนน 1 หมายถึงรับรู้ว่ามีความเสี่ยงน้อยที่สุด และคะแนน 5 หมายถึงรับรู้ว่ามีความเสี่ยงมากที่สุด และ NA คือกิจกรรมที่ไม่มีข้อมูลหรือไม่มีเหตุการณ์นั้นๆ นอกจากนี้จะมีคำถามปลายเปิดสำหรับตอบเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงอื่นๆเพิ่มเติมนอกเหนือจากข้อคำถามที่มี การแปลผลคะแนนการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าคะแนนเท่ากับ	5	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากที่สุด
ค่าคะแนนอยู่ในช่วง	4–4.99	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก
ค่าคะแนนอยู่ในช่วง	3–3.99	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อปานกลาง
ค่าคะแนนอยู่ในช่วง	2–2.99	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อย
ค่าคะแนนอยู่ในช่วง	1–1.99	คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยที่สุด

3. แบบประเมินการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยระบบเลือดที่มีการเปลี่ยนสะเต็มเซลล์ ของศูนย์ควบคุมโรค สมาคมโรคติดเชื้อ และสมาคมโรคเลือดและการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกของอเมริกา ปี 2000 (CDC, 2000) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 70 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านการบริโภคอาหารและน้ำจำนวน 27 ข้อ ด้านการดูแลความสะอาด จำนวน 28 ข้อ ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมจำนวน 6 ข้อ ด้านการทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม จำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะของคำตอบเป็นการเลือกตอบความถี่ในการปฏิบัติเป็น 6 ระดับ คือ 0 ไม่เคยปฏิบัติ, 1 ปฏิบัติน้อยที่สุด, 2 ปฏิบัติน้อย, 3 ปฏิบัติปานกลาง, 4 ปฏิบัติมาก และ 5 ปฏิบัติมากที่สุด และ NA คือกิจกรรมที่ไม่มีข้อมูลหรือไม่มีเหตุการณ์นั้นๆ นอกจากนี้จะมีคำถามปลายเปิดสำหรับตอบเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้เพิ่มเติม โดยข้อที่เป็น

ทางบวกจะแทนค่าตามจริง โดยมีคำถามเชิงลบจำนวน 9 ข้อ คือ ข้อ 6, 7, 8, 9, 10, 11, 25, 60 และ 61 จะนำไปกลับคะแนนก่อนคิดคะแนน การแปลผลคะแนนการประเมินการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบ่งเป็น 5 ระดับคะแนนดังนี้

คะแนนเท่ากับ 5	คะแนน หมายถึง มีการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับดีที่สุด
คะแนนอยู่ในช่วง 4– 4.99	คะแนน หมายถึง มีการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับดี
คะแนนอยู่ในช่วง 3 – 3.99	คะแนน หมายถึง มีการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วง 2 – 2.99	คะแนน หมายถึง มีการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ในช่วง 1 – 1.99	คะแนน หมายถึง มีการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยนำแบบสอบถาม การรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งระบบโลหิตวิทยาจำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสอดคล้องของเนื้อหาที่ครอบคลุมแนวคิดในการสร้างแบบสอบถาม ความชัดเจนของข้อความ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและความเหมาะสมมากขึ้นก่อนนำไปหาความเที่ยง

ความเที่ยงในการวัด (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ที่มีคุณลักษณะเหมือน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยวิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) (บุญใจ, 2553) ได้เท่ากับ 0.93 และ 0.94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย โดยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ ขออนุมัติการเก็บแบบสอบถามจากกรรมการจรรยาบรรณคณะแพทยศาสตร์ เริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลงานวิจัย โดยเคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของผู้ป่วย โดยให้พยาบาลประจำห้องตรวจ ช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวผู้วิจัยและอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถามจนครบ สามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม และข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จะเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมไปยังคณะกรรมการด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาขั้นต้น

1.2 เมื่อผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงคณบดีคณะ

แพทยศาสตร์เพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.3 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวมถึงหัวหน้าห้องตรวจอายุรกรรม

2. ขึ้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 พยาบาลประจำห้องตรวจตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยและประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 แนะนำตัวผู้วิจัยและอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลประจำห้องตรวจ แนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามที่แจกให้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามทีละข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ การรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งโดยรวม รายด้าน และรายกิจกรรม

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง ของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้โดยใช้สถิติสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยมีการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ค)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (correlation study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง และได้รับเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งและมีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรมโรคเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 90 ราย ในช่วงเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
3. การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด
4. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 58.94) โดยมีช่วงอายุ 41-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.80) อายุเฉลี่ย 47.3 ปี (SD =18.01) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 75.60) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.60) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.60) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30) รองลงมา เป็นอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 21.10) มีจำนวนสมาชิกในบ้าน 1-5 คน (ร้อยละ 67.80) มีเลี้ยงและไม่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้านเท่าๆกัน สัตว์เลี้ยงส่วนใหญ่จะเป็นสุนัข (ร้อยละ 26.70) รองลงมาเป็นแมว (ร้อยละ 8.90) มีบุคคลในบ้านรับยาเคมีบำบัด 19 ราย (ร้อยละ 21.10) ส่วนใหญ่มีบ้านอยู่ในชนบทอากาศ

ถ่ายเทดี (ร้อยละ 44.40) โดยใช้น้ำประปาสำหรับทำความสะอาดร่างกายและสิ่งของ (ร้อยละ 72.20) และชื้อน้ำสำหรับดื่ม (ร้อยละ 45.60) อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่จะปรุงเองที่บ้าน (ร้อยละ 80) สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ (ร้อยละ 92.20) และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (ร้อยละ 86.70) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=90)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวนคน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	53	58.94	
	หญิง	37	41.10	
อายุ (ปี) $\bar{X} = 47.3$, $SD = 18.01$, $\text{min-max} = 17-81$	< 20 ปี	10	10.90	
	21-40 ปี	21	23.30	
	41-60 ปี	34	37.80	
	> 60 ปี	25	31.10	
	ศาสนา	พุทธ	68	75.60
อิสลาม	อิสลาม	22	24.40	
สถานภาพสมรส	โสด	22	24.40	
	คู่	59	65.60	
	หม้าย	6	6.70	
	หย่า	3	3.30	
ระดับการศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	4	4.44	
	ประถมศึกษา	41	45.60	
	มัธยมศึกษา	15	16.70	
	อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	10	11.10	
	ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	20	22.20	
อาชีพในปัจจุบัน	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	30.00	
	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	9	10.00	
	รับจ้าง	19	21.10	
	ทำไร่/ทำสวน	17	18.90	
	ข้าราชการ	10	11.10	
	ค้าขาย	8	8.90	
	จำนวนสมาชิกที่อยู่ในบ้าน	1-5 คน	61	67.80
		6-10 คน	29	32.20

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวนคน	ร้อยละ
ท่านมีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน	ไม่มี	45	50.00
	มี	45	50.00
	สุนัข	24	26.70
	แมว	8	8.90
	ไก่	6	6.70
	นก	5	5.60
	ปลา	1	1.10
	กระต่าย	1	1.10
	บุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ ได้รับยาเคมีบำบัด	ไม่มี	71
มี		19	21.10
สิ่งแวดล้อมที่บ้าน	อยู่ในชนบท / บ้านอากาศโล่ง	40	44.40
	อยู่ติดถนน	38	42.20
	อยู่ในชุมชน(ตลาด,บ้านแออัด)	11	12.20
	อยู่ในที่มีฝุ่นมาก	1	1.10
น้ำใช้	น้ำประปา	65	72.20
	น้ำบ่อ	23	25.60
	น้ำกรอง	2	2.20
น้ำดื่ม	น้ำชื้อ	41	45.60
	น้ำดื่ม	18	20.00
	น้ำกรอง	17	18.90
	น้ำประปา	8	8.90
	น้ำบ่อ	6	6.70
	อาหาร	ปรุงเองที่บ้าน	72
	ซื้อรับประทาน	18	20.00
นอนหลับพักผ่อน	เพียงพอ	83	92.20
	ไม่เพียงพอ	7	7.80
ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน	ปฏิบัติได้เอง	78	86.70
	ปฏิบัติได้บางอย่าง	9	10.00
	ปฏิบัติไม่ได้	3	3.30

ด้านข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ร้อยละ 60) รองลงมาเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (CML) (ร้อยละ 26.7) มีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 0-1 ปี (ร้อยละ 54.40, ค่าเฉลี่ย 2.96 ปี) ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 48.90, ค่าเฉลี่ย 4.26 ปี) ยาเคมีบำบัดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยารับประทานต่อเนื่อง (ร้อยละ 25.60) มีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การติดเชื้อ ร้อยละ 20 โดยส่วนใหญ่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 12.20) รองลงมาเป็นระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 5.60) มีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ร้อยละ 17.80 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 10) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 7.80) โดยมีผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาอื่นจากยาเคมีบำบัดได้แก่ ยาลดความดัน ยาเบาหวาน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ (N=90)

ข้อมูลสุขภาพ		จำนวนคน	ร้อยละ
การวินิจฉัยเป็นโรค	Lymphoma	54	60
	CML	24	26.7
	AML	6	6.7
	ALL	3	3.3
	CLL	3	3.3
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	0-1 ปี	49	54.4
	2-3	15	16.7
	> 3 ปี	26	28.9
ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน	รับประทานต่อเนื่อง	23	25.60
	1 ครั้ง	5	5.60
	2 ครั้ง	8	8.90
	3 ครั้ง	5	5.60
	4 ครั้ง	5	5.60
	> 4 ครั้ง	44	48.90

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ		จำนวนคน	ร้อยละ
สูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ **	Glivac,leukeran	23	25.60
	CHOP	22	24.40
	ABV	9	10.00
	R-CHOP	8	8.90
	ESHAP	4	4.40
	RCVP	3	3.30
	ALL regimen	3	3.30
	7+3	2	2.20
	Zavedose	2	2.20
	CVP	2	2.20
	Hidac	2	2.20
	EPOCH	2	2.20
	HyperCVAD	2	2.20
	CEOP	2	2.20
	Flag Ida	1	1.10
	HDMTX	1	1.10
	ASHAP	1	1.10
ประสบการณ์การติดเชื้อ	ไม่มี	72	80.00
	มี	18	20.00
	ระบบเลือด	11	12.20
	ทางเดินอาหาร	5	5.60
	ทางเดินหายใจ	1	1.10
	ทางเดินปัสสาวะ	1	1.10

** หมายถึง รายละเอียดยาเคมีบำบัดมีในภาคผนวก

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ		จำนวนคน	ร้อยละ
โรคประจำตัว	ไม่มี	74	82.20
	มี	16	17.80
	เป็นความดันโลหิตสูง	9	10.00
	เป็นเบาหวาน	7	7.80
	จิตเวช	3	3.30
	เป็นภูมิแพ้	1	1.10
	เอดส์	1	1.10
	เกาต์	1	1.10
	ไวรัสตับอักเสบ	1	1.10
ยาอื่นๆที่รับประทานประจำ นอกเหนือจากยาเคมีบำบัด	ไม่มี	74	82.20
	มี	16	17.80
	ยาลดความดันโลหิต	9	10.00
	ยาเบาหวาน	6	6.70
	ยาจิตเวช	3	3.30
	ยาด้านไวรัส	2	2.20
	ยาเกาต์	1	1.10

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.80$) และเมื่อพิจารณารายด้าน ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.80$) โดยในเรื่องการรับประทานอาหารว่างของกินเล่น มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.92$, $SD = 1.22$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
จำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ(พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ) (N=90)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
ความเสี่ยงรวม	1-5	3.43	0.8	ปานกลาง
พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ	1-5	3.46	0.8	ปานกลาง
-การเลือกภาชนะสำหรับใส่น้ำ	1-5	3.69	1.33	ปานกลาง
-การล้างผักและผลไม้ก่อนรับประทาน	1-5	3.67	1.41	ปานกลาง
-การทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร	1-5	3.6	1.48	ปานกลาง
-การดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มต่างๆ	1-5	3.58	1.36	ปานกลาง
-การรับประทานผักสดต่างๆ	1-5	3.54	1.25	ปานกลาง
-การรับประทานผลไม้สดต่างๆ	1-5	3.5	1.16	ปานกลาง
-การจัดเก็บอาหาร	1-5	3.5	1.37	ปานกลาง
-การเลือกซื้อเครื่องดื่มต่างๆ	1-5	3.49	1.39	ปานกลาง
-การเลือกซื้ออาหารมาปรุง	1-5	3.42	1.45	ปานกลาง
-การเลือกชนิดอาหารที่นำมารับประทาน	1-5	3.34	1.37	ปานกลาง
-การรับประทานอาหารแต่ละมื้อ	1-5	3.28	1.21	ปานกลาง
-การรับประทานอาหารว่าง ของกินเล่น	1-5	2.92	1.22	ต่ำ

ด้านพฤติกรรมกรดูแลความสะอาด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48, SD = 1.11$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง
ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
จำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ(พฤติกรรมกรดูแลความสะอาด) (N=90)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมกรดูแลความสะอาด	1-5	3.48	1.11	ปานกลาง
-การสัมผัสหยิบจับสิ่งของ	1-5	3.77	1.2	ปานกลาง
-การดูแลความสะอาดปากฟันโดยทั่วไป	1-5	3.69	1.34	ปานกลาง

ตาราง 4(ต่อ)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมลดความเสี่ยง	1-5	3.48	1.11	ปานกลาง
-การดูแลหลังถ่ายอุจจาระ	1-5	3.69	1.15	ปานกลาง
-การดูแลหลังถ่ายปัสสาวะ	1-5	3.69	1.12	ปานกลาง
-การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า	1-5	3.63	1.44	ปานกลาง
-การดูแลเล็บมือเล็บเท้า	1-5	3.6	1.41	ปานกลาง
-การแปรงฟันเช้า-เย็น	1-5	3.57	1.4	ปานกลาง
-การอาบน้ำ	1-5	3.56	1.39	ปานกลาง
-การใช้ห้องน้ำสาธารณะ	1-5	3.54	1.42	ปานกลาง
-การสระผม	1-5	3.4	1.41	ปานกลาง
-การดูแลความสะอาดหู	1-5	3.27	1.31	ปานกลาง
-การกลั่นปัสสาวะ	1-5	3.23	1.38	ปานกลาง
- การสัมผัสต้นไม้และดิน	1-5	3.2	1.43	ปานกลาง
การสัมผัสสัตว์เลี้ยง	1-5	3.2	1.55	ปานกลาง
-การสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง	1-5	3.11	1.51	ปานกลาง

ด้านพฤติกรรมการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 1.07$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับปานกลางดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ(การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม) (N=90)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม	1-5	3.46	1.07	ปานกลาง
- ความสะอาดของที่นอน	1-5	3.71	1.27	ปานกลาง
- การถ่ายเทของอากาศ	1-5	3.65	1.26	ปานกลาง
- สถานที่นอนหลับพักผ่อน	1-5	3.48	1.4	ปานกลาง
- การเลี้ยงสัตว์เลี้ยง	1-5	3.33	1.49	ปานกลาง
- การนอนหลับพักผ่อน	1-5	3.26	1.42	ปานกลาง

ด้านการทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.18$, $SD = 1.31$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.80$, $SD = 1.47$) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ(การทำกิจกรรม/เข้าสู่สังคม) (N=90)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
การทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม	1-5	3.18	1.31	ปานกลาง
- การพบปะผู้คน	1-5	3.58	1.15	ปานกลาง
- การเดินทาง	1-5	3.36	1.18	ปานกลาง
- การไปที่ชุมชน เช่นตลาด โรงหนัง	1-5	3.35	1.47	ปานกลาง
- การออกกำลังกาย	1-5	3.08	1.32	ปานกลาง
- การมีเพศสัมพันธ์	1-5	2.80	1.47	ต่ำ

การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดมีการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = 1.31$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = 1.34$) เมื่อพิจารณารายกิจกรรมพบว่า เรื่องการรับประทานน้ำแข็งหรือน้ำเย็นที่เตรียมเองจากน้ำดื่มสุก การหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำจากขวดพลาสติกที่ใช้ซ้ำ การชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินว่าได้รับอาหารเพียงพอหรือไม่ การหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำจากขวดพลาสติกที่ใช้ซ้ำ และการแบ่งอาหารให้พ่อกับแม่ในแต่ละมื้อ และเก็บส่วนที่เหลือไว้ในตู้เย็น ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ($\bar{X} = 2.4$, $SD = 1.51$; $\bar{X} = 2.64$, $SD = 1.59$; $\bar{X} = 2.91$; $SD = 1.56$; $\bar{X} = 2.92$; $SD = 1.39$ และ $\bar{X} = 2.92$, $SD = 1.46$) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
จำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ(พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ) (N=90)

การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
การจัดการความเสี่ยงรวม	0-5	3.48	1.31	ปานกลาง
พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ	0-5	3.41	1.34	ปานกลาง
-ดูแลภาชนะใส่อาหารรวมถึงบริเวณจัดเตรียม อาหารให้สะอาด	0-5	4.22	0.82	ดี
-ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	0-5	4.16	0.89	ดี
-จัดเตรียมอาหาร โดยเน้นความสะอาดของ วัตถุดิบต่างๆ	0-5	4.1	0.97	ดี
-รับประทานอาหารจำพวกถั่วอบแห้ง	0-5	4.07	1.24	ดี
รับประทานอาหารที่ปรุงสุกด้วยความร้อน ใหม่ๆ(หลังปรุงไม่เกิน 4 ชั่วโมง)	0-5	1.04	1.24	ดี
-รับประทานอาหารที่ปรุงสุกด้วยความร้อน ใหม่ๆ (หลังปรุงไม่เกิน 4 ชั่วโมง)	0-5	4.04	0.99	ดี
-จัดเตรียมอาหาร โดยเน้นความสะอาดของ อุปกรณ์	0-5	4.04	0.86	ดี
-จัดเตรียมอาหาร โดยเน้นความสะอาดของ สถานที่	0-5	4.04	0.86	ดี
-รับประทานอาหารของหมักดอง	0-5	4.03	1.03	ดี
-รับประทานอาหารได้ครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ นม ไข่ ไขมัน ผัก ผลไม้	0-5	3.8	1.02	ปานกลาง
-ตรวจสอบเครื่องหมาย อย. ก่อนซื้ออาหาร สำเร็จรูป	0-5	3.75	1.37	ปานกลาง
-รับประทานผลไม้ทั้งเปลือก	0-5	3.66	1.37	ปานกลาง
รับประทานอาหาร				
-รับประทานอาหารประเภทยำ สลัด ส้มตำ	0-5	3.53	1.39	ปานกลาง
น้ำพริก(อาหารที่ปรุงด้วยของสด)				
-รับประทานอาหารใส่ผักชี ถั่วงอกสด พริก น้ำปลา	0-5	3.5	1.32	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
-ล้างภาชนะใส่น้ำดื่มให้สะอาดด้วยน้ำยาล้างจานที่มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อ	0-5	3.46	1.46	ปานกลาง
-ดื่มน้ำสะอาด น้ำดื่มสุกอย่างน้อยวันละ 2500 มิลลิเมตร (2 ลิตรครึ่ง)	0-5	3.44	1.25	ปานกลาง
-รับประทานผักสด	0-5	3.33	1.56	ปานกลาง
-ตรวจสอบเครื่องหมายผ่านการทำลายเชื้อก่อนซื้ออาหารกล่อง/ กระป๋อง	0-5	3.21	1.64	ปานกลาง
-แยกอาหารใส่ในกล่องที่มีฝาปิดก่อนเก็บใส่ตู้เย็น	0-5	3.16	1.6	ปานกลาง
-ต้มหรือซื้อเครื่องดื่มที่ผ่านการทำลายเชื้อมารับประทาน	0-5	3.08	1.62	ปานกลาง
-นำอาหารที่เก็บในตู้เย็นมาอุ่นที่อุณหภูมิ 100 องศาเซลเซียส นาน 4 นาที ทุกครั้งก่อนรับประทาน	0-5	3.07	1.69	ปานกลาง
-ดื่มน้ำผัก ผลไม้ที่ซื้อจากร้านค้าทั่วไป	0-5	3.04	1.51	ปานกลาง
-หลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น	0-5	3.03	1.58	ปานกลาง
-มีการแบ่งอาหารให้พอกทานในแต่ละมื้อ และเก็บส่วนที่เหลือไว้ในตู้เย็น	0-5	2.92	1.46	ต่ำ
-ซั่งน้ำหนักเพื่อประเมินตนเองว่าได้รับอาหารเพียงพอหรือไม่	0-5	2.92	1.39	ต่ำ
-ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ร้อนจัด	0-5	2.91	1.56	ต่ำ
-หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำจากขวดพลาสติกที่ใช้ซ้ำ	0-5	2.64	1.59	ต่ำ
-รับประทานน้ำแข็งหรือน้ำเย็นที่เตรียมเองจากน้ำดื่มสุก	0-5	2.4	1.51	ต่ำ

ด้านพฤติกรรมการดูแลความสะอาดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 1.18$) โดยในเรื่อง มีการผู้คอยช่วยเหลือในการสระผมและตรวจสอบหนังสือระ การไปพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากที่มียามาเชื่อมบอຍๆ และมีผู้คอยช่วยเหลือในการพาไปรับการตรวจสุขภาพปากฟัน ยังอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.36$, $SD = 1.65$; $\bar{X} = 2.45$, $SD = 1.64$ และ $\bar{X} = 2.82$, $SD = 1.56$) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด
จำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ(พฤติกรรมกรดูแลความสะอาด) (N=90)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมกรดูแลความสะอาด	0-5	3.56	1.18	ปานกลาง
-ซักผ้า และตากให้แห้ง เก็บเสื้อผ้าไว้ในที่ไม่อับชื้น	1-5	4.34	0.90	ดี
-ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกหลัง ขับถ่ายทุกครั้งอย่างถูกวิธี	2-5	4.29	0.77	ดี
-ไม่ใช้เสื้อผ้าร่วมกับผู้อื่น	0-5	4.28	1.23	ดี
-อาบน้ำฟอกสบู่โดยเฉพาะบริเวณอับชื้นและเช็ดให้แห้ง อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1-5	4.24	0.90	ดี
-ดูแลร่างกายให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ	1-5	4.24	0.79	ดี
-สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็นอยู่เสมอ	0-5	4.24	0.95	ดี
- หลังขับถ่ายล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง	2-5	4.23	0.84	ดี
- ปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 4-6 ครั้ง ไม่กลั้นปัสสาวะ	0-5	4.09	1.04	ดี
-ตรวจสอบเล็บมือเล็บเท้าและผิวหนังอยู่ตลอดเวลาว่าไม่มีแผล ฟื่นคัน ผิวหนังอักเสบหรือรอยด่างต่างๆ	2-5	4.08	0.82	ดี
- ดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ	2-5	4.07	0.82	ดี
-เลือกใช้น้ำที่สะอาด เมื่อต้องใช้น้ำสาธารณะ เช็ด ทำความสะอาดฝาชักโครก ราดชักโครกก่อนนั่งทุกครั้ง	0-5	4.07	1.14	ดี
-ตรวจสอบหาความผิดปกติบริเวณต่างๆของร่างกายอยู่ เสมอ	2-5	4.04	0.89	ดี
-หลังทำความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่ายได้เช็ดให้แห้ง ด้วยกระดาษทิชชูที่สะอาด	0-5	3.97	1.07	ปานกลาง
- ดูแลให้มีการขับถ่ายตามปกติวันละ 1 ครั้ง	0-5	3.94	1.01	ปานกลาง
- ล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสต้นไม้ ดิน หรือสัตว์เลี้ยง	0-5	3.94	1.22	ปานกลาง
-สระผมสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง และหลีกเลี่ยงการเกาหนัง ศีรษะ	1-5	3.86	1.21	ปานกลาง
-แปรงฟันด้วยแปรงที่มีขนแปรงอ่อนนุ่มหลังอาหารทุกมื้อ	0-5	3.61	1.22	ปานกลาง
-ตรวจสอบลักษณะและปริมาณของอุจจาระและปัสสาวะ ทุกครั้งที่มีการขับถ่าย	0-5	3.57	1.26	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
- ตรวจสอบปากฟันทุกครั้งที่ทำความสะอาดปาก ฟัน	0-5	3.54	1.35	ปานกลาง
- ตรวจสอบบริเวณอวัยวะขับถ่ายทุกครั้ง	0-5	3.47	1.26	ปานกลาง
- มีผู้คอยช่วยเหลือในการประเมินร่างกายส่วนที่มองไม่เห็น	0-5	3.21	1.37	ปานกลาง
- ใช้น้ำยาสระผมที่ไม่ทำลายหนังศีรษะและมีฤทธิ์ทำลายเชื้อโรค	0-5	3.19	1.49	ปานกลาง
- เช็ดหรือเป่าให้ผมแห้งทุกครั้งหลังสระผม	0-5	3.14	1.58	ปานกลาง
- มีผู้คอยช่วยเหลือในการทำความสะอาดร่างกายในส่วนที่ไม่สามารถทำได้ หรือในช่วงที่อ่อนเพลีย	0-5	3.12	1.66	ปานกลาง
- มีผู้คอยช่วยเหลือในการพาไปปรับการตรวจสุขภาพปากฟัน	0-5	2.82	1.56	ต่ำ
- บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากที่มียามาเชื่อบ่อยๆ	0-5	2.82	1.47	ต่ำ
- ไปพบทันตแพทย์ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	0-5	2.45	1.64	ต่ำ
- มีผู้คอยช่วยเหลือในการสระผมและตรวจสอบหนังศีรษะ	0-5	2.36	1.65	ต่ำ

ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.54$, SD = 1.30) โดยเรื่องการใช้ผ้าปิดจมูกตลอดเมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยมและให้ล้างมือทุกครั้งก่อนสัมผัสตัวท่าน หรือหยิบจับอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.83$, SD =1.42) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด จำแนกตามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม) (N=90)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม	0-5	3.54	1.3	ปานกลาง
- ดูแลห้องนอนสะอาดและอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	2-5	4.17	0.81	ดี
- หากิจกรรมที่ผ่อนคลายเช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ	0-5	4.04	1.04	ดี
- นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชม.	1-5	4.01	1.06	ดี
- เลี่ยงสัตว์เลี้ยงไว้เป็นเพื่อน	0-5	3.26	1.82	ปานกลาง
- มีแจกันดอกไม้สดหรือพวงมาลัยไหว้พระบริเวณเตียงนอนหรือโต๊ะข้างเตียง	0-5	3.09	1.66	ปานกลาง
- ใช้ผ้าปิดจมูกตลอดเมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยมและให้ล้างมือทุกครั้งก่อนสัมผัสตัวท่าน หรือหยิบจับ	0-5	2.83	1.42	ต่ำ

ด้านการทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.54$, $SD = 1.3$) โดยในเรื่องการเตรียมน้ำยาหรือสบู่สำหรับล้างมือไว้ตลอดการเดินทาง การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าสู่ชุมชน เช่น นั่งรถโดยสาร / ไปตลาดและที่พื้ปลูกถ่าย ยังคงมีการจัดการในระดับต่ำ ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำแนกตามการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ(ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม) (N=90)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	Min-Max	\bar{X}	SD	ระดับ
การทำกิจกรรมและเข้าสังคม	0-5	3.54	1.3	ปานกลาง
-หลีกเลี่ยงการติดต่อกับผู้ที่ เป็นหวัดหรือ โรคติดต่อทางเดินหายใจ	0-5	3.9	1.35	ปานกลาง
- ก่อนหยิบจับสิ่งของ เครื่องใช้จะต้องมีการล้างมือทุกครั้ง	0-5	3.6	1.28	ปานกลาง
- หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงและการใช้ปาก	0-5	3.13	1.92	ปานกลาง
- ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	0-5	3.07	1.41	ปานกลาง
- หลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณคอกสัตว์ โดยเฉพาะเล้าไก่ และกรงนก	0-5	3.05	2.01	ปานกลาง
- หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำในสระน้ำสาธารณะ	0-5	3.01	2.25	ปานกลาง
- ใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าสู่ชุมชน เช่น นั่งรถโดยสาร / ไปตลาด และที่พื้ปลูกถ่าย	0-5	2.9	1.73	ต่ำ
- มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์	0-5	2.73	2.2	ต่ำ
- เตรียมน้ำยาหรือสบู่สำหรับล้างมือไว้ตลอดการเดินทาง	0-5	2.6	1.68	ต่ำ

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.47$, $p < .01$) ผลการศึกษาแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

แสดงสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

การรับรู้ความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง	Pearson Correlation (r)	p
ด้านการบริโภคอาหารและดื่มน้ำ	ด้านการบริโภคอาหารและดื่มน้ำ	.317	0.002
ด้านการดูแลความสะอาด	ด้านการดูแลความสะอาด	.468	0.00
ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม	ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม	.224	0.034
ด้านการทำกิจกรรมและเข้าสู่	ด้านการทำกิจกรรมและเข้าสู่	.419	0.00
สังคม	สังคม		
ความเสี่ยงรวม	ความเสี่ยงรวม	.468	0.00

การอภิปรายผล

การศึกษาความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้ 1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาผู้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด 2) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด 3) การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดและ 4) ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงกับการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาผู้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 58.94) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาสถิติมะเร็งของผู้ป่วยชาวอเมริกัน พบว่าผู้ชายมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าเพศหญิง โดยมีช่วงอายุ 41-60 ปี มากที่สุด ($\bar{X} = 47.3$, $SD = 18.01$, $min-max = 17-81$) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของอมิดินและคณะ (Ahmedin, Rebecca, Elizabeth et al., 2008) พบว่าช่วงอายุวัยกลางคนคืออายุระหว่าง 41-60 ปีมีอัตราการเกิดมะเร็งระบบโลหิตวิทยามากที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 75.6) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.6) การศึกษา

ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30) ซึ่งอาจเป็นผลจากการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และผู้ป่วยต้องจำกัดการมีกิจกรรมบางอย่างรวมถึงความอ่อนเพลียจากผลของยาเคมีบำบัดทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 21.1) โดยมีจำนวนสมาชิกในบ้าน 1-5 คน (ร้อยละ 67.8) มีเลี้ยงและไม่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้านเท่าๆกัน สัตว์ที่เลี้ยงส่วนใหญ่จะเป็นสุนัข (ร้อยละ 26.7) รองลงมาเป็นแมว (ร้อยละ 8.9) มีบุคคลในบ้านรับยาเคมีบำบัด 19 ราย (ร้อยละ 21.1)

ส่วนใหญ่มีบ้านอยู่ในชนบทอากาศถ่ายเทดี (ร้อยละ 44.4) จากการศึกษาพบว่าในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ โดยส่วนใหญ่ใช้น้ำประปาสำหรับทำความสะอาดร่างกายและสิ่งของ (ร้อยละ 72.2) และซื้อน้ำสำหรับดื่ม (ร้อยละ 45.6) อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่จะปรุงเองที่บ้าน (ร้อยละ 80) สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ (ร้อยละ 92.2) และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (ร้อยละ 86.7)

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ร้อยละ 60) รองลงมาเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (CML) (ร้อยละ 26.7) มีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 0-1 ปี (ร้อยละ 54.4) ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 48.9, ค่าเฉลี่ย 4.26 ปี) ยาเคมีบำบัดที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยารับประทานต่อเนื่อง (ร้อยละ 25.6) เนื่องจากผู้ป่วยที่มาตรวจที่ห้องตรวจอายุรกรรมส่วนหนึ่งได้ผ่านการรับยาในระยะแรกแล้ว และเข้าสู่ระยะควบคุมโรค และมีกลุ่มมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังซึ่งการรักษาจะเน้นรับประทานเป็นหลักโดยยากลุ่มนี้จะมียาผลในการกดไขกระดูกต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาในระยะแรก ทำให้โอกาสในการติดเชื้อลดลงกว่าผู้ที่ได้รับยาฉีด แต่เมื่อศึกษาวิเคราะห์แยกตามรายโรคพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนมีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การติดเชื้อซึ่งพบได้ร้อยละ 20 โดยส่วนใหญ่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 12.2) โดยพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถพบการติดเชื้อได้ในเชื้อโรคทุกกลุ่ม และเป็นปัญหาที่สำคัญ และรุนแรง สาเหตุในการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อในระบบอื่นแล้วมีการแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด รองลงมาเป็นระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 5.6) โดยส่วนใหญ่มีอาการถ่ายเหลว ซึ่งผลที่ตามมาคือผู้ป่วยอาจได้รับสารอาหารแลกลือแร่ได้น้อยลง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ร้อยละ 17.8 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก

ที่สุด (ร้อยละ 10) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 7.8) โดยมีผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาอื่น จากยาเคมีบำบัดได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาเบาหวาน

การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาผู้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.80$) ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรม ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การเจ็บป่วยทั้งของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และลดอันตรายจากความเจ็บป่วย รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจ เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อก็จะมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป การผลักดันให้ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาเกิดการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับที่สูงจึงเป็นงานที่สำคัญและท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากหากผู้ป่วยรับรู้ความเสี่ยงต่ำ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้น หากผู้ป่วยมีการติดเชื้อขึ้นก็จะส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายสูงทั้งค่ายา ค่านอนโรงพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ (James, 1997; Winfried, 2006) นอกจากนี้ยังทำให้การรักษาล่าช้าขึ้น ส่งผลให้มีอัตราตายสูงขึ้น (Crawford, David & Lyman, 2003)

การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.48$, $SD = 1.31$) ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจอายุรกรรมโรคเลือด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วย ร้อยละ 48.9 มีการรับยาต่อเนื่องมากกว่า 4 ครั้ง และร้อยละ 25.6 ใช้ยาชนิดรับประทาน และบางรายก็เข้าสู่ระยะการควบคุมโรค ซึ่งผลของยาเคมีบำบัดในระยะนี้อาจไม่รุนแรงเท่ากับในระยะแรก ทำให้ผู้ป่วยละเลยหรือลดความเข้มงวดในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งการละเลยดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้เพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเสี่ยงต่ำแยกตามรายด้านดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและดื่มน้ำกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.46$, $SD = 0.80$) พบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำได้แก่ การรับประทานอาหารว่าง ของกินเล่น การแบ่งเก็บอาหาร การอุ่นอาหารก่อนรับประทานและการรับประทานน้ำแข็ง

2. ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลความสะอาดกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.48$, $SD = 1.11$) พบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปาก การไปพบทันตแพทย์ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากที่มียาฆ่าเชื้อบ่อยๆ และ มีผู้คอยช่วยเหลือในการพาไปรับการตรวจสุขภาพปากฟัน

3. ด้านการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.54$, $SD = 1.30$) พบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำได้แก่ การใช้ผ้าปิดจมูกตลอดเมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยมและให้ล้างมือทุกครั้งก่อนสัมผัสตัวท่าน หรือหยิบจับสิ่งของ การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงไว้เป็นเพื่อนเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด นอกจากนี้เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ที่ศึกษา นับถือศาสนาพุทธ มีการทำกิจกรรมทางศาสนาเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ (จันทิรา, 2543) มักมีแจกันดอกไม้สด หรือพวงมาลัยไหว้พระบริเวณเตียงนอนหรือโต๊ะข้างเตียงเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกิจทางศาสนา

4. ด้านการทำกิจกรรมและเข้าสังคมกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.54$, $SD = 1.30$) พบว่าพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ำได้แก่ การเตรียมน้ำยาหรือสบู่สำหรับล้างมือไว้ตลอดการเดินทาง ใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าสู่ชุมชน เช่น นั่งรถโดยสาร / ไปตลาดและที่พุดุกพ่่าน และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (จิตติมา, 2547; ัญญาลักษณ์, 2544; รัชนิย์, 2543; ศิริพร, 2545) และจากการศึกษาของบริเวอร် และคณะ (Brewer, Chapman, Gibbons et al., 2007) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการรับวัคซีน จำนวน 34 เรื่อง พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับวัคซีน โดยปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความเสี่ยงได้แก่ อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต พัฒนาการและวุฒิภาวะ เนื่องจากอายุที่ต่างกันทำให้มีการรับรู้ข้อมูลและเรียนรู้การเผชิญปัญหาแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 10.9 และมีผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 31.1 ส่วนระดับการศึกษา เป็นปัจจัยส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ

เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพบุคคลที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ (ณรงค์ และเอกพล, 2546; วรรณิภา, 2545) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา และศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย อาชีพ รายได้ของครอบครัว โดยบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า เนื่องจากบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือมีรายได้น้อยจะไม่มีเวลาในการเอาใจใส่ตนเองมากนัก จะมุ่งความสนใจไปในการหาเลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอดโดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและร้อยละ 21.1 มีอาชีพรับจ้าง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ศุภรินทร์, 2548) ส่วนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการดูแลผู้ป่วย โดยบุคคลที่มีประสบการณ์จะมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่รับเคมีบำบัดที่มีประสบการณ์การการตัดสินใจเชื่อว่าจะมีการจัดการความเสี่ยงต่อการตัดสินใจได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ นอกจากนี้ประสบการณ์การเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การตัดสินใจร้อยละ 80 อาจเป็นผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้และการจัดการความเสี่ยงในระดับที่ต่ำ

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงกับการจัดการความเสี่ยงต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับกลางกับการจัดการความเสี่ยงต่อการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p = .01$) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้านก็พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ที่กล่าวว่า การรับรู้ส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อพฤติกรรม โดยบุคคลที่รับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เชื่อว่าปัญหาสุขภาพนั้นมีความรุนแรง และรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีที่สุด (Health Belief Model : HBM) (Becker, 1974 in Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่รับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อการตัดสินใจระดับสูง มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตัดสินใจที่เหมาะสมต่อไป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด มีการรับรู้และการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อค่อนข้างต่ำ ดังนั้นการให้ข้อมูล คำแนะนำในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบุคคลากรผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพื่อป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อและเพื่อความปลอดภัยของชีวิต รวมถึงช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (correlation study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการรับรู้ความเครียดและการจัดการกับความเครียดต่อการคิดเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบโลหิตวิทยาและได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งและมีอายุ 15 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ความเครียดต่อการคิดเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด และแบบประเมินการจัดการกับความเครียดต่อการคิดเชื่อสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดต่อการคิดเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของการครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ 0.93 และ 0.94 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน แยกตาม รายด้าน และโดยรวม ซึ่งผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเครียดต่อการคิดเชื่อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43, SD = 0.80$) 2) การจัดการความเครียดต่อการคิดเชื่อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48, SD = 1.31$) 3) การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความเครียดต่อการคิดเชื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01$) กล่าวคือบุคคลที่มีการรับรู้ความเครียดระดับสูงมีแนวโน้มจะมีการจัดการกับความเครียดต่อการคิดเชื่อในระดับสูง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ เก็บข้อมูลการรับรู้ความเครียดต่อการคิดเชื่อและการจัดการกับความเครียดต่อการคิดเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัดหลังจากที่ผู้ป่วย

กลับไปดูแลตนเองที่บ้านและกลับมาตรวจติดตามอาการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยแต่ละราย มีแผนการรักษาที่แตกต่างกัน คำแนะนำที่ได้รับก็แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีผลต่อการกดไขกระดูกสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำได้สูง ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีความรุนแรงต่ำ การได้รับคำแนะนำอาจมีความเคร่งครัดกว่า ดังนั้นข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลอาจมีผลต่อการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ควรจัดทำแผนให้คำแนะนำประเมินความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาติดตามอาการ รวมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการติดเชื้อขณะอยู่ที่บ้าน มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด รวมถึง สร้างคู่มือ เอกสารประกอบการให้คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในการดูแลตนเองป้องกันการติดเชื้อต่อไป

2. ด้านการวิจัย มีพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และติดตามการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

- Johnsen A. T., Tholstrup D., Petersen M. A., Pedersen L. & Groenvold M. (2009). Health related quality of life in a national representative sample of haematological patients. *European Journal of Haematology*, 83, 139 – 148.
- Johnsen, A. T., Tholstrup, D., Petersen, M. A., Pedersen, L., & Groenvold, M. (2009). Health related quality of life in a national representative sample of haematological patients. *European Journal of Haematology*, 83, 139 – 148.
- Joske, D. J. L., Rao, A., & Kristjanson, L. (2006). Critical review of complementary therapies in hemato – oncology. *Internal Medicine Journal*, 36, 579 – 586.
- Kuderer, N. M., Dale, D. C., Crawford, J., & Lyman, G. H. (2007). Impact of Primary Prophylaxis With Granulocyte Colony-Stimulating Factor on Febrile Neutropenia and Mortality in Adult Cancer Patients Receiving Chemotherapy:A Systematic Review. Retrieved November 2, 2011, form <http://jco.ascopubs.org/content/25/21/3158.full.pdf>
- Lalami, Y., Paesmans, M., Muanza, F., Barette, M., Plehiers, B., Dubreucq, L., et al. (2005). Can we predict the duration of chemotherapy-induced neutropenia in febrile netropenic patients, focusing on regimen- specific risk factor? A retrospective analysis. *European Society for Medical Oncology*, 1, 1-8.
- Leukemia & Lymphoma society. (2012). Fighting blood cancer: Facts 2012. Form <http://www.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/generalcancer/pdf/facts.pdf>
- Lewis, C. (2002). *Living With Leukemia*. Retrieved October 25, 2008, form http://www.fda.gov/Fdac/features/2002/202_leuk.html
- Lundberg, P. C. & Rattanasuwan, O. (2007). Experiences of fatigue and self-management of Thai Buddhist cancer patients undergoing radiation therapy. *Cancer Nursing*, 30(2), 146-55.
- Lyman, G. H., Lyman, C. H., & Agboola, O. (2005). Risk Models for Predicting Chemotherapy-Induced Neutropenia. *The Oncologist*, 10, 427–437.
- Maria, J. F. & Charles, A. G. (1999). Hematological Cancer Patients'Quality of Life: Self Versus intimate or non- intimate Confidant reports. *Psycho-Oncology*, 8, 546–552.
- Mays, S. R., Bogle, M. A., & Bodey, G. P. (2006). Cutaneous Fungal Infections in the Oncology Patient: Recognition and Management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 7(1), 31-43.

- McGrath, P. (2004). Positive outcomes for survivors of haematological malignancies from a spiritual perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 280 – 291.
- Meraviglia, M.G. (2004). The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncology of Nursing Forum*, 31(1), 89-94.
- Morrisom, V. A., Picozzi, V., Scott, S., Pohlman, B., Dickman, E., Lee, M., et al. (2001). The impact of age on delivered dose instance and hospitalizations for febrile neutropenia in patients with intermediated-grade non-hodgkin's lymphoma receiving initial CHOP chemotherapy: a risk factor analysis. *Clinical Lymphoma & Myeloma*, 2(1), 47-56.
- National Cancer Institute. (2008). What you need to know about Leukemia. Retrieved October 5, 2008, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/leukemia>
- Nilmanat, K., Chailungka, P., Phungrassami T., Promnoi, C., Tulathamkit, K., et al. (2010). Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer. *International journal of palliative nursing*, 16, 393-9.
- Norgaard, M., Larsson H., Pedersen, G., Schonheyder, H.C., & Sorensen, H.T. (2006). Risk of bacteraemia and mortality in patients with haematological malignancies. *Clinical Microbiology and Infection*, 12(3), Article first published online: 16 JAN 2006. Retrieved May 10, 2012, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-0691.2005.01298.x/pdf>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 th ed). St Louis: Mosby.
- Pagano, L., Caira, M., Candoni, A., Offidani, M., Fianchi, L., Martino, B., et al. (2006). The epidemiology of fungal infections in patients with hematologic malignancies: the SEIFEM-2004 study, Retrieved May 2012, from <http://www.haematologica-thj.org/content/91/8/1068.full.pdf>
- Pandey, M., Sarita, G. P., Devi, N., Thomas, B. C., Hussain, B. M., & Krishnan, R. (2006). Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal for Surgical Oncology*, 4(68): 1-5.
- Pritchard, J. A. & Macdonald, P. C. (1980). *Williams obstetrics (16 th ed)*. New York: Appleton-century-crofts.

- Ram, R., Gafer-Gvili, A., Raanani, P., Yeshurun, M., Shpilberg, O., et al. (2009). Surveillance of infectious complications in hemato-oncological patients. Institute of Hematology, Rabin Medical Center, Beilinson Campus, Petah Tikva, Israel, Retrieved May 1, 2012, form <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19544700>
- Rebecca, S., Deepa, N., & Ahmedin, J. (2012) Cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, Retrieved April 12, 2012, form <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20138/pdf>
- Saori, H. & Rieko, S. (2004). Behavioral analysis of primary leukemia patient with interviewing--a guidance based of life leaving hospital. *Journal Tokyo Byoin Keiei Honbu Rinsho Kenkyu Hokokusho*. 2002; 319-326, form <http://sciencelinks.jp/j-east/article/200707/0020070705A0302649.php>
- Seiter, K.(2004). Acute myelogenous leukemia (Electronic version)
- Stalfelt, A. M., Brodin, H., Pettersson, S., & Eklof, A. (2003). The final phase in acute myeloid leukaemia (AML): A study on bleeding, infection and pain. *Leukemia Research*, 27, 481–488.
- Turgeon, M. L. (2005). Acute leukemias. In *Clinical hematology theory and procedures* (4 th ed, pp. 252 – 247). Philadelphia: Lippincot William & Wilkins.
- Vonberg, R. P. & Gastmeier, P. (2006). Nosocomial aspergillosis in outbreak settings. *Journal of hospital infection*, 63(3), 246-254. Form <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670106001460>
- Winfried, V. K. (2006). Risk assessment and treatment of low-risk patients with febrile neutropenia. In R. S. David. (Ed). *Immunocompromised host*. Retrieved November 15, 2011, form <http://cid.oxfordjournals.org/>
- World Health Organization. (2004). *World Health statistic 2007*, Retrieved May 5, 2012, form http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2007.pdf
- Zupanic-Krmek, D., Nemet, D., Masic, M., Bogdanic, V., Labar, B., Jandrljic, M., et al. (2004). Risk factors for invasive fungal infections during intensive chemotherapy of acute leukemia--retrospective study. *Acta Med Croatica*, 58(4), 275-84.

บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานัต, วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, วันธณี วรพหัพพานิช, และสุรีย์พร กฤษเจริญ. (2551). การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้เป็นมะเร็งในประเทศไทย. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เกสร นันทจิต. (2551). เคมีของยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษามะเร็ง. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิรา จิตต์วิบูลย์. (2543). การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง. ใน *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล* (หน้า 31-47). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตติมา ฤทธิ์ทักกุล. (2547). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันเลือดผิดปกติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิรายุ เอื้อวรากุล. (2547). Update in treatment of acute myeloid leukemia. ใน *จันทราภา ศรีสวัสดิ์, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, และแสงสุรีย์ จูฑา (บรรณาธิการ), Advance hematology* (หน้า 137 – 152). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- จงจิต เสน่หา. (2553). การจัดการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง. ใน *ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ* (หน้า 371 – 398). กรุงเทพมหานคร: โอกรูป เพรส.
- จูไรรัตน์ สุดประโคนเขต, ณัฐชนก ภักดีบัญชาศักดิ์, และอรารณ วรธรรมคุณณี. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งโรคโลหิตวิทยา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 23(1), 58-66.
- ณรงค์ ลือขจร และเอกพล เหมรา. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี จังหวัดสตูล. *วารสารวิชาการเขต 1*, 14(3), 21-28.
- ถนอมศรี ศรีชัยกุล. (2550). General consideration. ใน *วิชัย ประยูรวิวัฒน์, แสงสุรีย์ จูฑา, และถนอมศรี ศรีชัยกุล (บรรณาธิการ), ตำราโลหิตวิทยา – การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. (หน้า 1 – 4). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.

- ถนอมศรี ศรีชัยกุล, วิเชียร มงคลศรีตระกูล, และต้นคนัย นำเบญจพล. (2550). Non – Hodgkin Lymphoma. ในวิชช ประชวรวิวัฒน์, แสงสุรีย์ จูฑา, และถนอมศรี ศรีชัยกุล (บรรณาธิการ), ตำราโลหิตวิทยา – การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 493 –556). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- ชานินทร์ อินทรกำธรชัย. (2547). Acute non- lymphoblastic leukemia. ในพรเทพ เทียนสีวากุล (บรรณาธิการ), โลหิตวิทยาคลินิกชั้นสูง (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 114-126). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยบุญพงษ์ ณ นคร และชานินทร์ อินทรกำธรชัย. (2553). Acute myeloid leukemia. ในชัยบุญพงษ์ ณ นคร และพลภัทร โรจน์นครินทร์ (บรรณาธิการ), *Essential Hematology for General Practitioners* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 309 – 320). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยบุญลักษณ์ ไชยรินทร์. (2544). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์ มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ธิดา พึ่งทหาร, อรุมา รุ่งวิริยะวณิช, สุภัทสร กลั้วเจริญ, และวัฒน์ชัย สุแสงรัตน์. (2549). ภาวะไข้และเม็ดเลือดขาวต่ำในโรงพยาบาลขอนแก่น. *ขอนแก่นเวชสาร*, 30 (2), 111-121.
- นพรัตน์ ประจิมทิศ. (2547). *ประสบการณ์มีอาการและการจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นิติดา บำรุงวงศ์. (2542). *ยารักษามะเร็ง*. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. (2553). *ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 207). กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุษกร แสงแก้ว. (2549). *การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อย การจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มีถิ่นพำนักในภาคกลางของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พรเทพ เทียนสีวากุล และคณะ. (2547). *โลหิตวิทยาชั้นสูง*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พัชรียา ไชยลังกา, อาภรณ์ เชื้อประไพพิศลปี่, สุดจิต ไตรประคอง, และสมพร วรรณวงศ์. (2547). รูปแบบการนำหลักธรรมของพระพุทธศาสนามาประมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2553). *คู่มือดูแลเด็กโรคมะเร็ง*. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์สุขภาพ.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล และณัฐวรรณ สุวรรณ. (2551). *การจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับเคมีบำบัด*. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารภรณ์ สุวรรณกัญญา และสุจิตรา เขียวพฤษชัย. (2545). *การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิด febrile neutropenia ของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ได้รับการรักษาโดยวิธีเคมีบำบัด โรงพยาบาลศิริราช*. โครงการพิเศษนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิเชียร มงคลศรีสกุล และถนอมศรี ศรีชัยกุล. (2550). Acute Lymphoblastic Leukemia. ใน วิชัย ประยูรวิวัฒน์, แสงสุรีย์ จูฑา, และ ถนอมศรี ศรีชัยกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโลหิตวิทยา การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- วิทยา ศรีดามา. (2545). *ตำราอายุรศาสตร์ 3* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย ประยูรวิวัฒน์, วิชัย อติชาการ, และ ถนอมศรี ศรีชัยกุล. (2540). *ตำราโลหิตวิทยา การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.
- วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และแสงสุรีย์ จูฑา. (2550). Multiple myeloma. ใน วิชัย ประยูรวิวัฒน์, แสงสุรีย์ จูฑา, และถนอมศรี ศรีชัยกุล (บรรณาธิการ). *ตำราโลหิตวิทยา – การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (หน้า 569 – 587). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และ อ้อยทิพย์ ณ ถลาง. (2547). *โลหิตวิทยาเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
- วิไลพร โพธิสุวรรณ. (2548). *มะเร็งม้ามค้นพบได้ทุกวัย*. ตำราประกอบการประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติฯ ครั้งที่ 4. สถาบันมะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- วินัย สุวัตถิ. (2539). Acute Leukemia in Children. ใน: ทิพย์ ศรีไพศาล, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, กิตติ ต่อจรัส (บรรณาธิการ), *โลหิตวิทยา* (หน้า 68-101). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ชัยเจริญ.

- วีณา จิรัจฉริยากุล. (2541). สมุนไพรกับโรคเอดส์และโรคมะเร็ง. รายงานการสัมมนาวิชาการ การแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม.
- วีระศักดิ์ นาวารวงศ์. (2550). Acute myeloid leukemia. ในวิชัช ประยูรวิวัฒน์, แสงสุรีย์ จูฑา, และ อดอมศรี ศรีชัยกุล (บรรณาธิการ), ตำราโลหิตวิทยา – การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่ พบบ่อยในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 331 – 366). กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการ พิมพ์.
- ศิริ ก า ญ จ ัน ์ ส ม ร ร ธิ ส ร ี บ ุ ต ร . (2549). ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งของเม็ดโลหิตขาว. ใน การพยาบาลทาง อายุรศาสตร์ เล่ม 3 (พิมพ์ครั้งที่ 11, หน้า 231 – 267). กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สุดาพรรณ ชาญจิรา. (2545). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. ใน สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ชาญจิรา, และ อรุณศรี เตชสังข์ (บรรณาธิการ), ความเครียดกับความเจ็บป่วย เล่ม 1 (หน้า 16-25). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- สุรศักดิ์ ตรีชัย. (2547). ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2553). สถิติผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรุณพร อธิรัตน์. (2542). อาหารสมุนไพรสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารการแพทย์แผนไทย. 3(3), 68-75.
- อภิชัย ลีละศิริ. (2547). มะเร็งเม็ดเลือดขาวในผู้ใหญ่. ใน วิชัช ประยูรวิวัฒน์ และ อ้อยทิพย์ ณ ถลาง (บรรณาธิการ), โลหิตวิทยาเบื้องต้น (หน้า 166-182). กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- อังศุมา อภิชาติ, และกานดาศรี ตูลาธรรมกิจ. (2547). ประสบการณ์การใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์. (2553). Chronic myeloid leukemia. ในชัยญพงษ์ ณ นครและพลภัทร โรจนันครินทร์ (บรรณาธิการ), Essential Hematology for General Practitioners (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 300 – 308). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- Abram, B., Duncan, D., & Hertz-Picciotto, I. (1993). A prospective study of dietary intake and acquired immune deficiency syndrome in HIV- seropositive homosexual men. *Journal Acquired Immunodeficiency Syndrome*, 6, 949-958.
- Afzal, A. S. & Steven, L. B. (2001). Diagnosis of strongyloides stercoralis infection: *Clinical infection diseases*, 33(7), 1040-1047.
- Ahmedin, J., Rebecca, S., Elizabeth, W., Yongping, H., Jiaquan, X., Taylor, M., et al. (2008). *Cancer Statistics*. A Cancer Journal for Clinicians. Retrieved April 5, 2012, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/CA.2007.0010/pdf>
- Alberth, M., Majoros, L., Gabriella, K., Emese, B, Istvan, S., Marton, I.J., et al. (2006). Significance of Oral Candida Infections in Children with Cancer: *Pathology Oncology Research*, 12(4). Received May 2, 2010, from <http://www.webio.hu/por/2006/12/4/0237>
- Anders. H. (1999). Prevention and management of oral infections in cancer patients. *Support care cancer*, 7, 224-228.
- Anita, N., Annette, P. B., Arlene, D., Christopher, R. F., Theresa, W. G., & Robert, D. R. (2006). Neutropenia: State of the knowledge part II. *Oncology Nursing Forum*. 33, 1202-1208.
- Attasara, P., Buasom, R. (Ed.). (2009). *Hospital Base Cancer Registry*. Retrieved April 10, 2012, from http://www.nci.go.th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/hospital%20based%20cancer%20registry.pdf
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Chaeles B. Slack.
- Billote. P. K., Mendoza. T. M., & Baylon. G. H. (1996). Infection in febrile neutropenia and possible prognostic factors associated with mortality. *PSMID-UAP Research Contest*, 7.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., & McCaul, K. D. (2007). Meta-Analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, 26, 136-145.
- Cao, T. M. & Coutre, S. E. (2004). Acute lymphoblastic leukemia in adults. In Greer, J. P., Foerstedt, J., Lukens, J. N., Rodgers, G. M., Paraskevas, F., & Glader, B. (EDs.), *Wintrobe's clinical hematology* (11th ed., 2077 – 2092). Philadelphia: Lippincot.
- Carol, L. (2002). *Living With Leukemia*. Retrieved October 10, 2008, from http://www.fda.gov/Fdac/features/2002/202_leuk.html

- Center for Disease Control and Prevention. (2000). *Guidelines for Preventing Opportunistic Infections Among Hematopoietic Stem Cell Transplant Recipients*. Retrieved June 2, 2010, from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4910a1.htm>
- Crawford, J., Dale, D. C., & Lyman, G. H. (2003). Chemotherapy-Induced neutropenia: Risks, consequences, and new directions for its management. Retrieved June 2, 2010, from http://www.qu.edu.qa/pharmacy/program/PharmD_internships/pharmd_resources_Hematology_Oncology/2A_Chemotherapy-Induced_Neutropenia.pdf
- Crichton, M., & Puppione, A. (2006). Geriatric neutrophils: Implications for older adult. *Semin oncol Nursing*, 22, 3-9.
- Fernsler, J. (1986). A comparison of patient and nurse perception of patients' self-care deficits associated with cancer chemotherapy. *Cancer Nursing*, 9, 20-57.
- Garyh, L., Christopher, H. L., Olayemi, A., et al. (2005). Risk models for predicting chemotherapy-induced neutropenia. *The Oncologist*, 10, 427-437.
- Geer, J. P., Forester, J., Lukens, J. N., Rodgers, G. M., Paraskevas, F., & Glader, B. (2004). *Wintrobe's clinical Hematology Vol. 2 (11th ed)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Glanz, k., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2008). Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice 4th ed. Form http://www.google.co.th/url?id=WsHxyj710UgC&pg=PA45&q=http://www.wiley.com&clientid=ca-print-wiley_default&channel=BTB-ca-print-wiley_default+BTB-ISBN:0470396296&linkid=1&usg=AFQjCNEs0B7Pub0bRXCx5QOfOemsEE4qcQ&source=gbs_pub_info_r
- James, A. T. (1997). Outpatient Management of Febrile Neutropenia: Should We Change the Standard of Care?. *The Oncologist*, 2, 365-373.
- Janz, N. K., Champion, V. L., & Strecher, V. J. (2002). The Health Belief Model. In Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F. M. (Eds), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (3rd ed., pp. 45-65), San Francisco: Jossey-Bass Publisher.
- Jeanne, H. S. & Denise, M. K. (2007). Keeping patients safe: An interventional hand hygiene study at an oncology center. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 11(5). Retrieved May 2, 2012, from <http://search.proquest.com/docview/222744281/fulltextPDF>
- Jeffrey, C., David, C. D., & Gary, H. L. (2003). Chemotherapy-Induced neutropenia Risks, Consequences, and New Directions for Its Management. (Electronic version). *CANCER*, 100(2).

- Johnsen A. T., Tholstrup D., Petersen M. A., Pedersen L. & Groenvold M. (2009). Health related quality of life in a national representative sample of haematological patients. *European Journal of Haematology*, 83, 139 – 148.
- Johnsen, A. T., Tholstrup, D., Petersen, M. A., Pedersen, L., & Groenvold, M. (2009). Health related quality of life in a national representative sample of haematological patients. *European Journal of Haematology*, 83, 139 – 148.
- Joske, D. J. L., Rao, A., & Kristjanson, L. (2006). Critical review of complementary therapies in hemato – oncology. *Internal Medicine Journal*, 36, 579 – 586.
- Kuderer, N. M., Dale, D. C., Crawford, J., & Lyman, G. H. (2007). Impact of Primary Prophylaxis With Granulocyte Colony-Stimulating Factor on Febrile Neutropenia and Mortality in Adult Cancer Patients Receiving Chemotherapy: A Systematic Review. Retrieved November 2, 2011, from <http://jco.ascopubs.org/content/25/21/3158.full.pdf>
- Lalami, Y., Paesmans, M., Muanza, F., Barette, M., Plehiers, B., Dubreucq, L., et al. (2005). Can we predict the duration of chemotherapy-induced neutropenia in febrile neutropenic patients, focusing on regimen- specific risk factor? A retrospective analysis. *European Society for Medical Oncology*, 1, 1-8.
- Leukemia & Lymphoma society. (2012). Fighting blood cancer: Facts 2012. Form <http://www.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/generalcancer/pdf/facts.pdf>
- Lewis, C. (2002). *Living With Leukemia*. Retrieved October 25, 2008, from http://www.fda.gov/Fdac/features/2002/202_leuk.html
- Lundberg, P. C. & Rattanasuwan, O. (2007). Experiences of fatigue and self-management of Thai Buddhist cancer patients undergoing radiation therapy. *Cancer Nursing*, 30(2), 146-55.
- Lyman, G. H., Lyman, C. H., & Agboola, O. (2005). Risk Models for Predicting Chemotherapy-Induced Neutropenia. *The Oncologist*, 10, 427–437.
- Maria, J. F. & Charles, A. G. (1999). Hematological Cancer Patients' Quality of Life: Self Versus intimate or non- intimate Confidant reports. *Psycho-Oncology*, 8, 546–552.
- Mays, S. R., Bogle, M. A., & Bodey, G. P. (2006). Cutaneous Fungal Infections in the Oncology Patient: Recognition and Management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 7(1), 31-43.

- McGrath, P. (2004). Positive outcomes for survivors of haematological malignancies from a spiritual perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 280 – 291.
- Meraviglia, M.G. (2004). The effects of spirituality on well-being of people with lung cancer. *Oncology of Nursing Forum*, 31(1), 89-94.
- Morrisom, V. A., Picozzi, V., Scott, S., Pohlman, B., Dickman, E., Lee, M., et al. (2001). The impact of age on delivered dose instance and hospitalizations for febrile neutropenia in patients with intermediated-grade non-hodgkin's lymphoma receiving initial CHOP chemotherapy: a risk factor analysis. *Clinical Lymphoma & Myeloma*, 2(1), 47-56.
- National Cancer Institute. (2008). What you need to know about Leukemia. Retrieved October 5, 2008, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/leukemia>
- Nilmanat, K., Chailungka, P., Phungrassami T., Promnoi, C., Tulathamkit, K., et al. (2010). Living with suffering as voiced by Thai patients with terminal advanced cancer. *International journal of palliative nursing*, 16, 393-9.
- Norgaard, M., Larsson H., Pedersen, G., Schonheyder, H.C., & Sorensen, H.T. (2006). Risk of bacteraemia and mortality in patients with haematological malignancies. *Clinical Microbiology and Infection*, 12(3), Article first published online: 16 JAN 2006. Retrieved May 10, 2012, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-0691.2005.01298.x/pdf>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 th ed). St Louis: Mosby.
- Pagano, L., Caira, M., Candoni, A., Offidani, M., Fianchi, L., Martino, B., et al. (2006). The epidemiology of fungal infections in patients with hematologic malignancies: the SEIFEM-2004 study, Retrieved May 2012, from <http://www.haematologica-thj.org/content/91/8/1068.full.pdf>
- Pandey, M., Sarita, G. P., Devi, N., Thomas, B. C., Hussain, B. M., & Krishnan, R. (2006). Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal for Surgical Oncology*, 4(68): 1-5.
- Pritchard, J. A. & Macdonald, P. C. (1980). *Williams obstetrics (16 th ed)*. New York: Appleton-century-crofts.

- Ram, R., Gafter-Gvili, A., Raanani, P., Yeshurun, M., Shpilberg, O., et al. (2009). Surveillance of infectious complications in hemato-oncological patients. Institute of Hematology, Rabin Medical Center, Beilinson Campus, Petah Tikva, Israel, Retrieved May 1, 2012, form <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19544700>
- Rebecca, S., Deepa, N., & Ahmedin, J. (2012) Cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, Retrieved April 12, 2012, form <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20138/pdf>
- Saori, H. & Rieko, S. (2004). Behavioral analysis of primary leukemia patient with interviewing--a guidance based of life leaving hospital. *Journal Tokyo Byoin Keiei Honbu Rinsho Kenkyu Hokokusho*. 2002; 319-326, form <http://sciencelinks.jp/j-east/article/200707/0020070705A0302649.php>
- Seiter, K.(2004). Acute myelogenous leukemia (Electronic version)
- Stalfelt, A. M., Brodin, H., Pettersson, S., & Eklof, A. (2003). The final phase in acute myeloid leukaemia (AML): A study on bleeding, infection and pain. *Leukemia Research*, 27, 481–488.
- Turgeon, M. L. (2005). Acute leukemias. In *Clinical hematology theory and procedures* (4 th ed, pp. 252 – 247). Philadelphia: Lippincot William & Wilkins.
- Vonberg, R. P. & Gastmeier, P. (2006). Nosocomial aspergillosis in outbreak settings. *Journal of hospital infection*, 63(3), 246-254. Form <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670106001460>
- Winfried, V. K. (2006). Risk assessment and treatment of low-risk patients with febrile neutropenia. In R. S. David. (Ed). *Immunocompromised host*. Retrieved November 15, 2011, form <http://cid.oxfordjournals.org/>
- World Health Organization. (2004). *World Health statistic 2007*, Retrieved May 5, 2012, form http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2007.pdf
- Zupanic-Krmek, D., Nemet, D., Mrcic, M., Bogdanic, V., Labar, B., Jandrljic, M., et al. (2004). Risk factors for invasive fungal infections during intensive chemotherapy of acute leukemia--retrospective study. *Acta Med Croatica*, 58(4), 275-84.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัย

ดิฉัน นางสาวครุณี บุญหนู เป็นนักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัย เรื่อง ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดและต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากท่านเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถให้ข้อมูลที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามที่ให้ และผู้วิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น และหากมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับท่าน ไม่ว่าจะเพื่อวัตถุประสงค์ใด จะต้องได้รับความเห็นชอบจากท่านก่อนเสมอ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ หากว่าท่านไม่พร้อมหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย ก็สามารถปฏิเสธได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากขณะให้ข้อมูลท่านมีปัญหาใดที่ต้องการติดต่อผู้วิจัย สามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หรือโทรศัพท์หมายเลข 089-7374892 ณ โอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

นางสาวครุณี บุญหนู

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างของคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ

ชาย หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

3. ศาสนา

พุทธ คริสต์
 อิสลาม อื่นๆระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

โสด คู่
 หม้าย หย่า/แยก

5. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษา () อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร () ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพในปัจจุบัน

- () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () แม่บ้าน/พ่อบ้าน
 () รับจ้าง () ทำไร่/ทำสวน
 () ข้าราชการ () อื่นๆระบุ.....

7. จำนวนสมาชิกที่อยู่ในบ้านเดียวกับท่าน.....คน

8. ท่านมีสัตว์เลี้ยงภายในบ้านหรือไม่

- () ไม่มี () มี (โปรดระบุ).....

9. มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือไม่

- () ไม่มี () มี (โปรดระบุ).....

10. สิ่งแวดล้อมที่บ้าน

- () อยู่ติดถนน () อยู่ในที่มีฝุ่นมาก
 () อยู่ในชุมชน (ตลาด,บ้านแออัด) () อยู่ในชนบท / บ้านอากาศโล่ง
 () อื่นๆ(โปรดระบุ).....

11. น้ำที่ท่านใช้สำหรับทำความสะอาดร่างกายและสิ่งของ คือ

- () น้ำประปา () น้ำบ่อ () น้ำกรอง

12. น้ำที่ท่านใช้ดื่มคือ

- () น้ำประปา () น้ำบ่อ () น้ำกรอง
 () น้ำต้ม () น้ำชื้อ

13. อาหารที่ท่านรับประทาน

- () ซื้อมารับประทาน () ปรุงเองที่บ้าน

14. นอนหลับพักผ่อนวันละ ชั่วโมง

- () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

15. ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- () ปฏิบัติได้เอง
 () ปฏิบัติได้บางอย่าง
 () ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างของคำถามและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโดยผู้วิจัย โดยดูจากแฟ้มประวัติและสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. การวินิจฉัยเป็นโรค.....
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วยปี.....เดือน
2. ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน.....ครั้ง
3. ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ
-
-
4. ระหว่าง หรือหลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดท่านมีประสบการณ์คิดเชื่อหรือไม่
 - () ไม่มี
 - () มี เกิดขึ้นในระบบใด (โปรดระบุ).....
5. ท่านมีโรคประจำตัวอย่างอื่นหรือไม่
 - () ไม่มี
 - () มี ยาที่ใช้ได้แก่
 -
 -
 -
 -
 -

ส่วนที่ 2. แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ใช้ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของท่านในขณะที่กลับไปอยู่บ้าน โดยแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกตอบเป็น 5 ระดับตามกิจกรรมประจำวันของท่าน โดย 1 หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการกระทำนั้นๆทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงท่านรับรู้ว่าการกระทำนั้นๆทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านที่สุด

กิจกรรม	การรับรู้ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ					
	น้อยที่สุด 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	มากที่สุด 5	ไม่มีข้อมูล/ เหตุการณ์ NA
พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ						
1 การรับประทานผักสดต่างๆ						
2 การรับประทานผลไม้สดต่างๆ						
3 การรับประทานอาหารว่าง ของกินเล่น						
4 การเลือกชนิดอาหารที่นำมารับประทาน						
5 การเลือกซื้ออาหารมาปรุง						
6 การรับประทานอาหารแต่ละมื้อ						
7 การล้างผักและผลไม้ก่อนรับประทาน						
8 การจัดเก็บอาหาร						
9 การทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร						
10 การเลือกซื้อเครื่องดื่มน้ำต่างๆ						
11 การดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มน้ำต่างๆ						
12 การเลือกภาชนะสำหรับใส่น้ำ						
พฤติกรรมกรดูแลความสะอาด						
13 การอาบน้ำ						
14 การแปรงฟันเช้า-เย็น						
15 การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า						
16 การดูแลเล็บมือเล็บเท้า						
17 การสัมผัสหีบจับสิ่งของ						
18 การดูแลความสะอาดปากฟันโดยทั่วไป						

กิจกรรม	ระดับความถี่ต่อการติดเชื้อ					
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มีข้อมูล/ เหตุการณ์
	1	2	3	4	5	NA
19 การสระผม						
20 การดูแลความสะอาดหู						
21 การใช้ห้องน้ำสาธารณะ						
22 การกลืนปัสสาวะ						
23 การดูแลหลังถ่ายอุจจาระ						
24 การดูแลหลังถ่ายปัสสาวะ						
25 การสัมผัสต้นไม้และดิน						
26 การสัมผัสสัตว์เลี้ยง						
27 การสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง						
การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม						
28 การนอนหลับพักผ่อน						
29 สถานที่นอนหลับพักผ่อน						
30 การเลี้ยงสัตว์เลี้ยง						
31 การถ่ายเทของอากาศ						
32 ความสะอาดของที่นอน						
การทำกิจกรรม/เข้าสู่สังคม						
33 การออกกำลังกาย						
34 การมีเพศสัมพันธ์						
35 การพบปะผู้คน						
36 การไปที่ชุมชน เช่นตลาด โรงหนัง						
37 การเดินทาง						

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออื่นๆที่อาจเกิดกับตัวท่านได้แก่ (ระบุ)

1.
2.

ส่วนที่ 3. แบบประเมินการจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ใช้วัดความสามารถในการจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านที่สุด

	ความถี่ในการปฏิบัติ						
	ไม่เคยปฏิบัติ 0	น้อยที่สุด 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	มากที่สุด 5	ไม่มีข้อมูล/ เหตุการณ์ NA
พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและน้ำ							
1 รับประทานอาหารได้ครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ นม ไข่ ไขมัน ผัก ผลไม้							
2 รับประทานอาหารที่ปรุงสุกด้วยความร้อนใหม่ๆ (หลังปรุงไม่เกิน 4 ชั่วโมง)							
3 มีการแบ่งอาหารให้พ่อกันในแต่ละมือ และเก็บส่วนที่เหลือไว้ในตู้เย็น							
4 นำอาหารที่เก็บในตู้เย็นมาอุ่นที่อุณหภูมิ 100 องศาเซลเซียส นาน 4 นาที ทุกครั้งก่อนรับประทาน							
5 แยกอาหารใส่ในกล่องที่มีฝาปิด ก่อนเก็บใส่ตู้เย็น							
6 รับประทานอาหารประเภทยา สลัด ส้มตำ น้ำพริก (อาหารที่ปรุงด้วยของสด)							
7 รับประทานอาหารใส่ผักชี ถั่วงอก สด พริกน้ำปลา							
8 รับประทานผักสด							
9 รับประทานผลไม้ทั้งเปลือก							
10 รับประทานอาหารจำพวกถั่วอบแห้ง							
11 รับประทานอาหารของหมักดอง							

	ความถี่ในการปฏิบัติ						
	ไม่เคยปฏิบัติ 0	น้อยที่สุด 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	มากที่สุด 5	ไม่มีข้อมูล/ เหตุการณ์ NA
12 ดูแลภาชนะใส่อาหารรวมถึงบริเวณจัดเตรียมอาหารให้สะอาด							
13 จัดเตรียมอาหาร โดยเน้นความสะอาดของอุปกรณ์							
14 จัดเตรียมอาหาร โดยเน้นความสะอาดของสถานที่							
15 จัดเตรียมอาหาร โดยเน้นความสะอาดของวัตถุดิบต่างๆ							
16 ชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินตนเองว่าได้รับอาหารเพียงพอหรือไม่							
17 ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร							
18 ดื่มน้ำสะอาด น้ำดื่มสุกอย่างน้อยวันละ 2500 มิลลิลิตร (2 ลิตรครึ่ง)							
19 รับประทานน้ำแข็งหรือน้ำเย็นที่เตรียมเองจากน้ำดื่มสุก							
20 หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำจากขวดพลาสติกที่ใช้ซ้ำ							
21 หลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น							
22 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ร้อนจัด							
23 ล้างภาชนะใส่น้ำดื่มให้สะอาดด้วยน้ำยาล้างจานที่มีฤทธิ์ในการทำลายเชื้อ							
24 ดื่มหรือซื้อเครื่องดื่มที่ผ่านการทำลายเชื้อมารับประทาน							
25 ดื่มน้ำผัก ผลไม้ที่ซื้อจากร้านค้าทั่วไป							
26 ตรวจสอบเครื่องหมายอย. ก่อนซื้ออาหารสำเร็จรูป							
27 ตรวจสอบเครื่องหมายผ่านการทำลายเชื้อก่อนซื้ออาหารกล่อง/กระป๋อง							

	ความถี่ในการปฏิบัติ						
	ไม่เคยปฏิบัติ 0	น้อยที่สุด 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	มากที่สุด 5	ไม่มีข้อมูล/ เหตุการณ์ NA
พฤติกรรมดูแลความสะอาด							
28 อาบน้ำฟอกสบู่โดยเฉพาะบริเวณ อัปซันและเช็ดให้แห้งอย่างน้อยวัน ละ 2 ครั้ง							
29 ดูแลร่างกายให้แห้งสะอาดอยู่ เสมอ							
30 ตรวจสอบหาความผิดปกติบริเวณ ต่างๆของร่างกายอยู่เสมอ							
31 มีผู้คอยช่วยเหลือในการประเมิน ร่างกายส่วนที่มองไม่เห็น							
32 มีผู้คอยช่วยเหลือในการทำความสะอาด ร่างกายในส่วนที่ไม่สามารถ ทำเองได้ หรือในช่วงที่อ่อนเพลีย							
33 แปรงฟันด้วยแปรงที่มีขนแปรง อ่อนนุ่มหลังอาหารทุกมื้อ							
34 ตรวจสอบปากฟันทุกครั้งที่ทำ ความสะอาดปาก ฟัน							
35 มีผู้คอยช่วยเหลือในการพาไปรับ การตรวจสุขภาพปากฟัน							
36 ไปพบทันตแพทย์ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง							
37 บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยา บ้วนปากที่มียาฆ่าเชื้อบ่อยๆ							
38 สระผมสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง และ หลีกเลี่ยงการเกาหนังศีรษะ							
39 เช็ดหรือเป่าให้ผมแห้งทุกครั้ง หลังสระผม							

	ความถี่ในการปฏิบัติ						
	ไม่เคยปฏิบัติ 0	น้อยที่สุด 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	มากที่สุด 5	ไม่มีข้อมูล/ เหตุการณ์ NA
40 มีผู้คอยช่วยเหลือในการสระผมและตรวจสอบหนังศีรษะ							
41 ใช้น้ำยาสระผมที่ไม่ทำลายหนังศีรษะ และมีฤทธิ์ทำลายเชื้อโรค							
42 ดูแลเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ							
43 ตรวจสอบเล็บมือเล็บเท้าและผิวหนังอยู่ตลอดเวลา ว่าไม่มีแผล ผื่นคัน ผื่นหนังอักเสบหรือรอยถลอกต่างๆ							
44 สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็นอยู่เสมอ							
45 ไม่ใช่เสื้อผ้าร่วมกับผู้อื่น							
46 ซักผ้า และตากให้แห้ง เก็บเสื้อผ้าไว้ในที่ไม่อับชื้น							
47 ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก หลังจับถ่ายทุกครั้งอย่างถูกวิธี							
48 หลังทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ได้ เช็ดให้แห้งด้วยกระดาษทิชชูที่สะอาด							
49 หลังจับถ่ายล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้ง							
50 ตรวจสอบลักษณะและปริมาณของอุจจาระ และปัสสาวะทุกครั้งที่มีการจับถ่าย							
51 ตรวจสอบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้ง							

	ความถี่ในการปฏิบัติ						
	ไม่เคยปฏิบัติ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มีข้อมูล/ เหตุการณ์
	0	1	2	3	4	5	NA
52 เลือกใช้ห้องน้ำที่สะอาด เมื่อต้องใช้ห้องน้ำสาธารณะ เช็ดทำความสะอาดผ้าชักโครก ราดชักโครกก่อนนั่งทุกครั้ง							
53 ดูแลให้มีการขับถ่ายตามปกติวันละ 1 ครั้ง							
54 ปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 4-6 ครั้ง ไม่กั้นปัสสาวะ							
55 ล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสต้นไม้ ดิน หรือสัตว์เลี้ยง							
การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม							
56 ใช้ผ้าปิดจมูกตลอดเมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยม และให้ล้างมือทุกครั้งก่อนสัมผัสตัวท่าน หรือหยิบจับ							
57 นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชม.							
58 หากิจกรรมที่ผ่อนคลายเช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ							
59 ดูแลห้องนอนสะอาดและอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก							
60 มีแจกันดอกไม้สด หรือพวงมาลัยไหว้พระบริเวณเตียงนอนหรือโต๊ะข้างเตียง							
61 เลี้ยงสัตว์เลี้ยงไว้เป็นเพื่อน							

	ความถี่ในการปฏิบัติ						
	ไม่เคยปฏิบัติ 0	น้อยที่สุด 1	น้อย 2	ปานกลาง 3	มาก 4	มากที่สุด 5	ไม่มีข้อมูล/ เหตุการณ์ NA
การทำกิจกรรมและเข้าสู่สังคม							
62 ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน							
63 หลีกเลี่ยงการติดต่อกับผู้ที่ เป็นหวัด หรือโรคติดต่อทางเดินหายใจ							
64 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงและการใช้ปาก							
65 มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์							
66 ใช้ผ้าปิดจมูกเมื่อเข้าสู่ชุมชน เช่น นั่งรถโดยสาร / ไปตลาดและที่พลุกพล่าน							
67 หลีกเลี่ยงการว่ายน้ำในสระน้ำสาธารณะ							
68 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณคอกสัตว์ โดยเฉพาะเล้าไก่และกรงนก							
69 เตรียมน้ำยาหรือสบู่สำหรับล้างมือไว้ตลอดการเดินทาง							
70 ก่อนหยิบจับสิ่งของ เครื่องใช้ จะต้องมีการล้างมือทุกครั้ง							

12. การปฏิบัติอื่นๆของท่านเพื่อจัดการกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่

.....

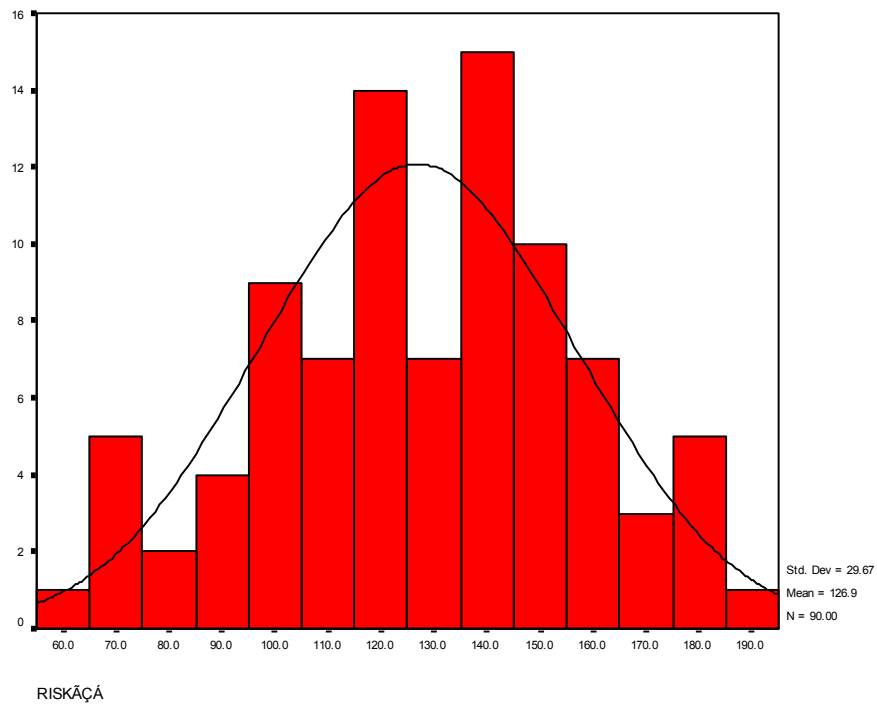
.....

.....

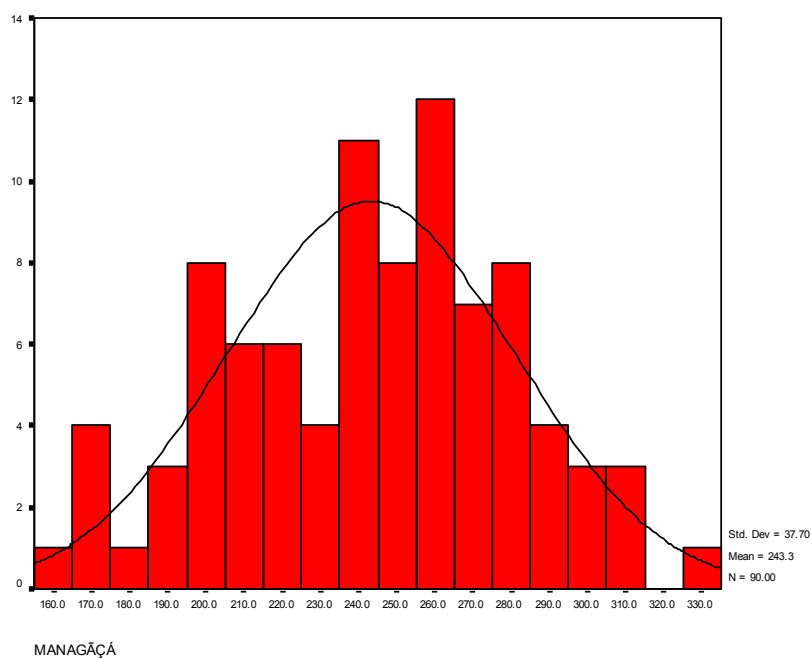
ภาคผนวก ค
การแจกแจงข้อมูล

การทดสอบการแจกแจงข้อมูล ใช้ 2 วิธีคือ กราฟฮิสโตแกรม (Histogram) และ ใช้สถิติ One – sample kolmogorov – smirnov test ดังนี้

1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ



2. การจัดการความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ



สถิติ One – sample kolmogorov – smirnov test

		RISKรวม	MANAGรวม
N		90	90
Normal Parameters(a,b)	Mean	126.86	243.28
	Std. Deviation	29.670	37.703
Most Extreme Differences	Absolute	.064	.076
	Positive	.037	.045
	Negative	-.064	-.076
Kolmogorov-Smirnov Z		.604	.725
Asymp. Sig. (2-tailed)		.858	.669

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data

ภาคผนวก ง.
 สูตรยาที่ใช้บ่อย

สูตรยา	ชนิดของยา	รักษาโรค	เมื่อเลือดขาวต่ำ
Glivac	Glivac	CML	ไม่ระบุ แต่มีโอกาสเกิด
Leukeran	Leukeran	CLL, HD	วันที่ 7-14
		low-grade NHL	
ALL regimen	Doxorubicin	ALL	7-14 วัน
	L-asparaginase		ไม่ระบุ
	Cyclophosphamide		7-10 วัน
	cytarabine		7-14 วัน
	MTX		4 -10 วัน
	6-MP		ไม่ระบุ
	Vincristin		14-21 วัน
	6-TG		ไม่ระบุ
7+3	zavedos	AML	7-14 วัน
	cytarabine		7-14 วัน
CHOP	Doxorubicin	lymphoma	7-14 วัน
	Cyclophosphamide		7-14 วัน
	Vincristin		14-21 วัน
R-CHOP	Rituximab	lymphoma	7-14 วัน
	Doxorubicin		7-14 วัน
	Cyclophosphamide		7-10 วัน
	Vincristin		14-21 วัน
CEOP	Cyclophosphamide	NHL	7-10 วัน
	Etoposide		7-14 วัน
	Vincristin		14-21 วัน
ABV	Doxorubicin	lymphoma	7-14 วัน
	Vinblastin		4-9 วัน
	Bleomycin		ไม่ระบุ

สูตรยา	ชนิดของยา	รักษาโรค	เม็ดเลือดขาวต่ำ
CVP	Cyclophosphamide	lymphoma	7-10 วัน
	Vincristin		14-21 วัน
Hidac	cytarabine	AML,ALL	7-24 วัน
Flag Ida	Fludarabine	AML	7-14 วัน
	Cytarabine		7-24 วัน
	Idarubicin		7-14 วัน
ESHAP	Cisplatin	relapsed HD, NHL	7-14 วัน
	Cytarabine		7-24 วัน
	Etoposide		7-14 วัน
EPOCH	etoposide	relapsed HD, NHL	7-14 วัน
	vincristine		14-21 วัน
	cyclophosphamide		7-10 วัน
	doxorubicin		7-14 วัน
RCVP	Cyclophosphamide	lymphoma	7-10 วัน
	Vincristin		14-21 วัน
	Rituximab		7-14 วัน
HDMTX	cyclophosphamide	ALL	7-10 วัน
	Mercaptopurine		ไม่ระบุ
	cytarabine		7-24 วัน
	MTX		4 -10 วัน
	Vincristine		14-21 วัน
	doxorubicin		7-14 วัน
ASHAP	L-Asparaginase	lymphoma	ไม่ระบุ
	Etoposide		7-14 วัน
	Cytarabine		7-24 วัน
	Cisplatin		7-14 วัน

สูตรยา	ชนิดของยา	รักษาโรค	เมื่อเลือดขาวต่ำ
HyperCVAD	MTX	NHL, ALL	4 -10 วัน
	cytarabine		7-24 วัน
	Doxorubicin		7-14 วัน
	Cyclophosphamide		7-10 วัน
	Vincristin		14-21 วัน
FC	Cyclophosphamide	CLL	7-10 วัน
	Fludarabine		7-14 วัน

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิบูลย์จันทร์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2.ผศ.ดร.เพ็ญพิศ สุวานิวัฒนานนท์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3.คุณพรพิลาศ พลประสิทธิ์	หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

