



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า
ต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

**The Effect of Gastrointestinal and Fatigue Symptom Cluster Management Promoting
Program on Symptom Experiences and Quality of Life in Patients With
Breast Cancer Receiving Chemotherapy**

วรรณรัตน์ จงเขตกิจ

Wannarat Jongkhetkit

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

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

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า
ต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

**The Effect of Gastrointestinal and Fatigue Symptom Cluster Management Promoting
Program on Symptom Experiences and Quality of Life in Patients With
Breast Cancer Receiving Chemotherapy**

วรรณรัตน์ จงเขตกิจ

Wannarat Jongkhetkit

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการ
 เหลือล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
 ที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้เขียน นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เซี้ย) ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิศ ฐานิวัฒน์นันท์)
..... กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เซี้ย)
..... กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ มานะสุรการ)
..... กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานันต์)
..... กรรมการ (ดร. มาริสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วน
 หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนร่วมช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เซี่ย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ)

นักศึกษา

วิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
ผู้เขียน	นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการเป็นกรอบแนวคิด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 24 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 24 ราย ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยโปรแกรมที่สร้างขึ้นรวมทั้งแบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้ามีค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำเท่ากับ .98 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทีคู่ สถิติทีอิสระ และสถิติความแปรปรวนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านความถี่และด้านความรุนแรง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(23)} = 5.21, p < .001$ และ $t_{(23)} = 3.93, p = .001$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วม โปรแกรมด้านความถี่และด้านความรุนแรง ต่ำ

กว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,45)} = 28.31, p < .001$ และ $t_{(46)} = 4.2, p = .001$ ตามลำดับ)

2. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(23)} = 6.04, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(46)} = 5.93, p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสามารถจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการที่เกิดขึ้นลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อลดประสบการณ์อาการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Title	The Effect of Gastrointestinal and Fatigue Symptom Cluster Management Promoting Program on Symptom Experiences and Quality of Life in Patients With Breast Cancer Receiving Chemotherapy
Author	Wannarat Jongkhetkit
Major	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2016

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to investigate the effect of the gastrointestinal and fatigue symptom cluster management (GFSCM) promoting program on symptom experiences and quality of life in patients with breast cancer receiving chemotherapy, at the chemotherapy unit of a hospital center, southern Thailand. The Symptom Management Model was used as a conceptual framework of this study. A total of 48 participants participated. The first 24 participants were assigned to a control group and received regular care while the other 24 participants were assigned to an experimental group and received the GFSCM promoting program. The contents of the GFSCM promoting program, the Experience of Gastrointestinal and Fatigue Symptoms Cluster Questionnaire, and the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Version 4 Questionnaire were validated by three experts. The reliability of the Experience of Gastrointestinal and Fatigue Symptoms Cluster Questionnaire yielded a test-retest correlation coefficient of .98 and the internal consistency reliability of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Version 4 Questionnaire yielded a Cornbach's alpha coefficient of .89. Data were analyzed using descriptive statistics and hypotheses testing were tested using paired t-test, independent t-test and analysis of covariance.

The results showed that:

1. The mean scores of the frequency and severity of gastrointestinal and fatigue symptom cluster after participating in the GFSCM promoting program were significantly lower than those before participating in the program ($t_{(23)} = 5.21, p < .001$ and $t_{(23)} = 3.93, p = .001$, respectively) and the mean scores of the frequency and severity of gastrointestinal and fatigue symptom cluster in the experimental group after participating in the program were significantly lower than those in the control group. ($F_{(1,45)} = 28.31, p < .001$ and $t_{(46)} = 4.2, p = .001$, respectively).

2. The mean score of quality of life after participating in the GFSCM promoting program was significantly higher than that before participating in the program ($t_{(23)} = 6.04, p < .001$) and mean score of the quality of life in the experimental group after participating in the program was significantly higher than that in the control group ($t_{(46)} = 5.93, p < .001$).

The results of this study showed that the GFSCM promoting program effectively reduced gastrointestinal and fatigue symptom cluster and increased quality of life in patient with breast cancer receiving chemotherapy. Therefore, nurses are recommended to apply this program in caring for those patients to reduce their gastrointestinal and fatigue symptom cluster and promote their quality of life.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือให้คำแนะนำเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เซี้ย และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ มานะสุรการ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่ง ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการศึกษาวิจัย คณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ ที่ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้บริหาร กลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด ตลอดจนทีมสุขภาพ ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนอุดหนุนในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่น้องและครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจและสนับสนุนการศึกษาตลอดมา ตลอดจนขอขอบพระคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพ.....	(15)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	11
นิยามศัพท์.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	14
มะเร็งเต้านมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด.....	15
พยาธิสภาพ อาการแสดง ระยะและการรักษามะเร็งเต้านม.....	15
เคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม.....	17
ประสบการณ์อาการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	21
ประสบการณ์อาการ.....	21
กลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	22
การประเมินประสบการณ์อาการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	24
การจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ.....	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	34
กลวิธีการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการ เหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	35
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	40
ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	41
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	43
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	45
โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	48
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
บริบทของสถานที่ศึกษา.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	57
การศึกษานำร่อง.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	67
ผลการวิจัย.....	68
การอภิปรายผลการวิจัย.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	81
สรุปผลการวิจัย.....	81
จุดแข็งและข้อจำกัดการวิจัย.....	82

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อเสนอแนะ.....	83
เอกสารอ้างอิง.....	85
ภาคผนวก.....	95
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	96
ข โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	98
ค แบบติดตามประสบการณ์อาการและการจัดการอาการในกลุ่มอาการ ด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า.....	102
ง แผนการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการดำเนิน โปรแกรมส่งเสริมการ จัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด.....	104
จ ตัวอย่างคู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและ อาการเหนื่อยล้า.....	106
ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	107
ช แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	112
ซ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	115
ฅ เปรียบเทียบจำนวนประสบการณ์อาการและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่ม อาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า.....	119
ญ เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย.....	124
ฎ เอกสารอนุญาตการใช้เครื่องมือ.....	125
ฏ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	126
ประวัติผู้เขียน.....	127

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	68
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ด้านโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลด้าน โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับของกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	71
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการ เหนื่อยล้า.....	73
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้าน ทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า.....	75
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการด้านความถี่ของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ในระยะหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการ ด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า.....	76
6	แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ควบคุม.....	115
7	แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่ม ทดลอง.....	115
8	การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ย ประสพการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	116
9	การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมคือ ค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการ ด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหาร และอาการเหนื่อยล้าและ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดิน อาหารและอาการเหนื่อยล้า.....	118

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
10	เปรียบเทียบจำนวนประสบการณ์อาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า.....	119
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า.....	120

รายการภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัยผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการ ด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด.....	10
2	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	63
3	การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรร่วม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์ อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดิน อาหารและอาการเหนื่อยล้ากับตัวแปรตาม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้าน ความถี่หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและ อาการเหนื่อยล้า.....	117

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านม เป็น โรคร้ายที่ร้ายแรงที่สำคัญซึ่งพบได้บ่อย และมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) ได้รายงานเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมว่าเป็น มะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงของประชากรไทย และจากรายงานของสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ (2557) พบมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านม เข้ารับการรักษาที่สถาบันมะเร็ง แห่งชาติในปี พ.ศ. 2555 มากเป็นอันดับ 1 เช่นกัน นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับ การรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555 - 2556 จำนวน 36,101, และ 39,436รายต่อประชากร 100,000คนตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) อีกทั้งยังพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน ที่เพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2555-2557จำนวน 2,896, 3,246, และ 3,475 รายตามลำดับ (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดถึง ร้อยละ 26.62 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557) และ ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จากปี พ.ศ. 2555 - 2557 ถึงร้อยละ 40.55, 31.22, และ 32.80 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด (ศูนย์ ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2558)

เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากการรักษา ที่สามารถใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งได้ในทุกระยะของโรค แต่การรักษาด้วยเคมีบำบัดก็มี ผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยสูงเช่นกัน เคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ สามารถ ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Moore, 2007) เคมีบำบัด นอกจากจะมีผลให้เกิดการตายของเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลให้เกิดการทำลายเซลล์ปกติในร่างกาย ด้วย โดยเฉพาะเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ได้แก่ ไขกระดูก เชื้อบนทางเดินอาหาร และ รากผม (Bower & Waxman, 2010) และจากอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดนี้ มีกระทบ ให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง (Suwisith, Hanucharunkul, Dodd, Vorapongsathorn, Pongthavorakamol, & Asavametha, 2008) ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสพการณ์อาการที่เพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดต่ำลง

ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความแตกต่างกันออกไปตามอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละราย โดยประสบการณ์อาการ เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ ประกอบด้วย (1) การรับรู้อาการ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น (2) การประเมินลักษณะอาการ ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดของอาการ รวมถึงผลกระทบของอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และ (3) การตอบสนองต่ออาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม (Dodd et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่า การศึกษาประสบการณ์อาการที่พบมักมีการศึกษาในมิติความถี่และความรุนแรงของอาการ (บุษบา, 2544; เสาวลักษณ์, ธีรนุช, และชดช้อย, 2555) หากผู้ป่วยไม่มีการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสมจะทำให้การรับรู้อาการและความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001) และในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดมีประสบการณ์อาการที่พบบ่อย ประกอบด้วย อาการปวด เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ และอาเจียน (Garcia et al., 2012) ซึ่งเป็นอาการในกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (Suwisith et al., 2008)

อาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแต่ละรายมักจะเกิดขึ้นหลายอาการ จนสามารถรวมกันเป็นกลุ่มอาการได้ กลุ่มอาการ หมายถึง อาการที่เกิดขึ้น 2 อาการหรือมากกว่า อาการที่เกิดขึ้นต้องการการดูแลที่ครอบคลุมทุกอาการไปพร้อม ๆ กัน โดยอาการที่เกิดขึ้นนั้นมักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หากอาการหนึ่งมีความรุนแรงมากขึ้น อีกอาการที่มีความสัมพันธ์กันก็จะรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย (Barsevick, Whitmer, Nail, Beck, & Dudley, 2006; Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001; Kim, McGuire, Tulman, & Barsevick, 2005) จากการศึกษาของสุวิสิษฐ์และคณะ (Suwisith et al., 2008) ได้แบ่งกลุ่มอาการด้านความรุนแรงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็น 4 กลุ่มอาการประกอบด้วย (1) กลุ่มอาการทางอารมณ์ (2) กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า (3) กลุ่มอาการด้านภาพลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง และ (4) กลุ่มอาการด้านความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย และจำแนกกลุ่มอาการด้านความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) กลุ่มอาการด้านอารมณ์และความเจ็บปวด (2) กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และ (3) กลุ่มอาการด้านภาพลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง โดยกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (อภิญา, มลิวรรณ, ทิพย์วรรณ, อรุณี, และนันทน์ภัส, 2556; Cherwin, 2012) ซึ่งกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะลดลงได้หากผู้ป่วยได้รับการจัดการกลุ่มอาการที่เหมาะสม

การจัดการกลุ่มอาการเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยลดประสพการณ์อาการที่เกิดขึ้น และช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกลุ่มอาการพบเป็นการใช้การศึกษาผ่านแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ในการอธิบายการเกิดอาการทางคลินิกที่มีความสำคัญ และอัตราการเกิดกลุ่มอาการ (Miaskowski, Dodd, & Lee, 2004) สามารถบ่งบอกถึงผลกระทบของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นและสามารถบอกถึงการจัดการที่จะทำให้เกิดผลดีต่อการจัดการกลุ่มอาการตามมา (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001) จากการศึกษาของบาร์สกีวิกส์และคณะ (Barsevick et al., 2006) พบว่ากรอบแนวคิดที่นำมาอธิบายหรือใช้ในการจัดการกับกลุ่มอาการนั้นยังมีน้อย แต่กรอบแนวคิดที่สามารถจัดการกับกลุ่มอาการได้ คือ กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ที่เชื่อว่า ประสพการณ์การเกิดอาการ มีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น นำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่ตามมา ซึ่งประกอบด้วยโมเดลหลัก 3 ด้าน คือ (1) ประสพการณ์อาการ (2) วิธีการจัดการอาการ และ (3) ผลลัพธ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความงานวิจัยที่ได้นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมเหล่านั้นสามารถลดอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ (กฤษณา, 2554; ทิศากร, 2555; วรพรรณ, ทิพาพร, และนิตยา, 2554; ศิริพร, 2552; เสาวลักษณ์, ชีรนุช, และชดช้อย, 2555) โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการข้างเคียงของโรค การรักษาที่ได้รับ การแนะนำกลวิธีการจัดการอาการ ฝึกทักษะการจัดการอาการ การติดตามประสพการณ์อาการ กระตุ้นการจัดการกับอาการ ที่สอดคล้องกับบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (2540) และพบว่ามี การนำทักษะการเดินออกกำลังกายมาใช้เป็นทักษะที่ฝึกให้กับผู้ป่วย เพื่อนำไปจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเดินออกกำลังกายสามารถลดอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

(วรพรรณและคณะ, 2554; เสาวลักษณ์และคณะ, 2555) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมา เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีไข้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งอาจมีประสบการณ์อาการที่แตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หรือแม้เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก็เป็นการศึกษาผลการจัดการอาการเป็นรายอาการ ไม่ได้เป็นการศึกษาผลการจัดการกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิตเป็นหนึ่งในแปดตัววัดผลลัพธ์การจัดการอาการตามแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) และเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพการบริการของหน่วยเคมีบำบัดในการให้บริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจะลดลงหลังการได้รับเคมีบำบัด จากการศึกษาของทัปทิม, เฮวรัตน์, และเรวัต (2553) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบการตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้งหมด (Modify radical mastectomy) และได้รับเคมีบำบัด พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมโดยรวมหรือพิจารณาทางด้านทั้งสี่ด้าน คือ ด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพทางกาย ด้านที่เกี่ยวกับจิตใจ ด้านที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางสังคม ด้านที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยมะเร็งไม่ว่าจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือการรักษาแบบผสมก็จะมีผลให้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงกว่าก่อนการได้รับการรักษา นอกจากนี้ การศึกษาของพลิกบัวและคณะ (Phligbua et al., 2013) ที่ศึกษากลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด จำนวน 112 ราย ยังพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดจะลดลงเมื่อเกิดกลุ่มอาการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหากสามารถจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ก็จะมีผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นตามไปด้วย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการวัดผลลัพธ์การจัดการอาการที่เกิดขึ้นมักเป็นการวัดผลการจัดการกับอาการ โดยวัดผลจากระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (วรพรรณและคณะ, 2554) ยังไม่พบการวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการอาการ โดยการวัดระดับคุณภาพชีวิตที่เป็นตัววัดผลลัพธ์การจัดการอาการตามแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศไทย แต่พบเป็นการศึกษาการจัดการอาการบาง

อาการ (วรพรรณและคณะ, 2554; สิริหนูช, สายพิณ, ณรงค์, และคะเนิงนิจ, 2549) หรือพบเป็นการศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ที่ได้รับเคมีบำบัด (เฉลิมศรี, จงจิต, วิมลรัตน์, และนภคล, 2557) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ของประสบการณ์มีอาการในมิติความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต และกลวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาการเพียงอาการเดียว แต่ในทางปฏิบัติแล้วผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนั้นมักไม่ได้เกิดอาการใดอาการหนึ่งเพียงอย่างเดียว กล่าวคือหนึ่งอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก็จะมีความสัมพันธ์ให้เกิดอีกอาการกับผู้ป่วยจนนำสู่การเกิดกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนั้นการจัดการกับอาการเพียงอาการเดียวอาจไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากการจัดการอาการเพียงอาการเดียวในขณะที่ผู้ป่วยยังมีอาการอื่นอยู่ด้วยก็ยังไม่สามารถลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้ และยังสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Williams, 2007)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยคาดหวังว่าจะสามารถนำไปใช้ในการจัดการกับกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับผู้ป่วยได้ รวมถึงสามารถลดประสบการณ์อาการและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า
2. เพื่อเปรียบเทียบประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าหรือไม่

2. ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

3. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าหรือไม่

4. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model [SMM]) (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า มาเป็นแนวทางในการศึกษาและกำหนดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

โดยแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) เชื่อว่า ประสบการณ์การเกิดอาการ มีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น นำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่ตามมา ซึ่งประกอบด้วยมโนคติหลัก 3 ด้าน ดังนี้

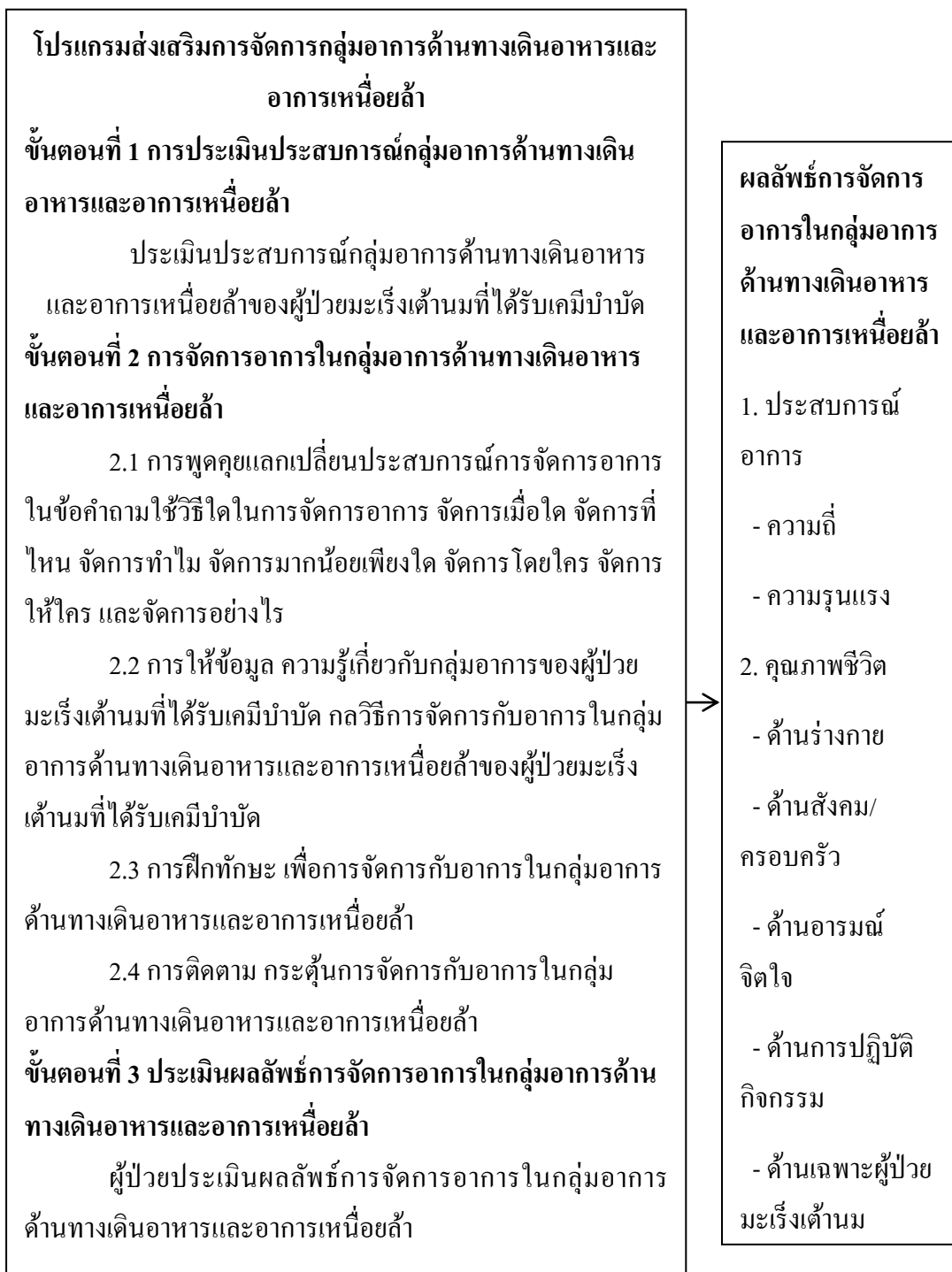
1. ประสบการณ์อาการ (symptom experiences) ประกอบด้วย (1) การรับรู้อาการ คือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของความผิดปกตินั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้น (2) การประเมินอาการ คือ การประเมินความรุนแรงของอาการ ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดรวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น และ (3) การตอบสนองต่ออาการ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังจากบุคคลมีการรับรู้และประเมินอาการ โดยการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการให้ผู้ป่วยประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในมิติของระดับความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

2. วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการกับอาการของบุคคล มีเป้าหมายของการจัดการอาการ เพื่อชะลอเวลาของอาการทางลบ โดยผู้ป่วยกำหนดวิธีการจัดการอาการ มีการกำหนดข้อคำถามเพื่อการค้นหาวิธีการจัดการอาการ คือ จะใช้วิธใดในการจัดการอาการ (what) จัดการเมื่อใด (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการทำไม (why) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการโดยใคร (who) จัดการให้ใคร (whom) และจัดการอย่างไร (how) ซึ่งการจัดการอาการอาจเป็นการจัดการโดยการรักษาจากแพทย์พยาบาล ทีมสุขภาพหรือการจัดการด้วยตัวของผู้ป่วยเอง สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการตามข้อคำถามเพื่อการค้นหาวิธีการจัดการอาการ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ การฝึกทักษะการจัดการกับอาการ และการติดตาม กระตุ้นการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้วยตนเอง เพื่อลดความถี่ ความรุนแรงของประสบการณ์อาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย

3. ผลลัพธ์ (outcomes) เป็นตัววัดผลของการจัดการอาการและประสบการณ์อาการ ที่สามารถประเมินได้จากผลลัพธ์ 8 ประการ ได้แก่ สภาวะของอาการ (symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) การดูแลตนเอง (self - care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) คุณภาพชีวิต (quality of life) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) อัตราการตาย (mortality) และสภาวะทางด้านอารมณ์ (emotional status) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการประเมินประสบการณ์อาการในมิติระดับความถี่ และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในวันสุดท้ายของการทดลอง การเลือกคุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรในการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการของผู้ป่วยเนื่องจาก หากผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของตัววัดผลลัพธ์อื่น ๆ ตามตัววัดผลลัพธ์ในแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ก็ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าได้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมการจัดการอาการในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น มีการวัดผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าจากค่าเฉลี่ยของประสบการณ์อาการ ในมิติความถี่และความรุนแรง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ขั้นตอนของโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และผู้วิจัยร่วมพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อสรุปอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยต้องการจัดการ (2) การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ผู้วิจัยส่งเสริมการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยตามข้อคำถามเพื่อการค้นหาวิธีการจัดการอาการที่ประกอบด้วยใช้วิธีใดในการจัดการอาการ จัดการเมื่อใด จัดการที่ไหน จัดการทำไม จัดการมากน้อยเพียงใด จัดการโดยใคร จัดการให้ใคร และจัดการอย่างไร จากนั้นผู้วิจัยมีการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า การฝึกทักษะการเดินออกกำลังกายเพื่อการจัดการกับอาการ และการติดตาม

กระตุ้นการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยใช้คู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้ป่วยเป็นผู้จัดการกับอาการในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และ (3) ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ด้วยการประเมินประสบการณ์อาการ ในมิติความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง ผู้วิจัยสรุปกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า
2. ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า
4. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2, 3 และ 4 ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสามารถจัดการกับกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย อาการอาเจียน เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ ง่วงซึม หายใจถี่ และท้องอืด มีการดำเนินโปรแกรมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า เป็นการประเมินประสบการณ์อาการ ในมิติความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

2. การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า มีการให้ข้อมูลความรู้ กลวิธีการจัดการกับอาการ การฝึกทักษะการจัดการกับอาการ และการติดตาม กระบวนการจัดการกับอาการ

3. ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า เป็นการประเมินผลลัพธ์การจัดการกับอาการ จากประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง การรับรู้ความถี่และความรุนแรงของอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีการประเมินประสบการณ์อาการ โดยใช้แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง การรับรู้ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นความรู้สึกเฉพาะส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ในมิติของร่างกาย อารมณ์/จิต สังคม/ครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรม และด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast [FACT-B] Version 4) ของเซลลา (Cella, 1997) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยรัตนธรรและคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่ให้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นจากการได้รับเคมีบำบัด โดยใช้คู่มือ และการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามอาการที่พบ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research design) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสบการณ์

อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ 2, 3 และ 4 ที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเข้ารับการรักษาน ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า มีการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2559

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นการศึกษาที่ทำให้เกิดการพัฒนารจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสามารถจัดการกับกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าได้ สามารถลดประสบการณ์อาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารั้ครั้งนี้ โดยกำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. มะเร็งเต้านมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 - 1.1 พยาธิสภาพ อาการแสดง ระยะและการรักษามะเร็งเต้านม
 - 1.2 เคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม
2. ประสบการณ์อาการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 2.1 ประสบการณ์อาการ
 - 2.2 กลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 2.3 การประเมินประสบการณ์อาการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
3. การจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 3.3 กลวิธีการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
4. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
 - 4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
5. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
6. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มะเร็งเต้านมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

พยาธิสภาพ อาการแสดง ระยะและการรักษามะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมมีพยาธิสภาพจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุเซลล์ของท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม (ductal–lobular epithelial cell) (Steward & Thomas, 2013) กระบวนการก่อมะเร็ง (carcinogenesis) เป็นกระบวนการที่เกิดจากความผิดปกติของยีนส์ ซึ่งมีการแบ่งตัวและการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน ดังนี้ (1) ขั้นเริ่มต้น เมื่อเซลล์ในร่างกายเกิดความผิดปกติ ทำให้ยีนส์ของเซลล์ปกติถูกกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายต่อหลายครั้ง ร่วมกับความผิดปกติของกระบวนการซ่อมแซมดีเอ็นเอ ที่ทำงานเกินความสามารถที่จะซ่อมแซมเซลล์ได้ตามปกติ มีผลให้เกิดความผิดปกติของยีนส์ในที่สุด (2) ขั้นกระตุ้นหรือส่งเสริม เซลล์ได้รับสิ่งกระตุ้นหรือสารก่อมะเร็งจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ส่งผลให้เซลล์ที่ผิดปกติมีการแบ่งตัวเป็นเนื้อที่ผิดปกติมากยิ่งขึ้น และ (3) ขั้นก้าวหน้า เป็นขั้นที่เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งเกิดเป็นเซลล์มะเร็ง เมื่อเซลล์มะเร็งเพิ่มจำนวนมากขึ้นจะเกิดเป็นก้อนมะเร็ง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เซลล์มะเร็งสามารถแพร่กระจายออกไปยังบริเวณข้างเคียงได้ โดยผ่านทางหลอดเลือดและท่อน้ำเหลือง (Pelengaris & Khan, 2013) อาการแสดงของมะเร็งเต้านมมักพบเต้านมมีลักษณะผิดปกติ มีการดิ่งรั้งของผิวหนังบริเวณเต้านม คลำพบก้อนแบบมีขอบเขตชัดเจน ซึ่งเกิดการบวมของผิวหนังแบบผิวส้ม (Peau d'orange) จากมะเร็งที่กระจายเข้าหลอดเลือดของชั้นหนังแท้ ก้อนมะเร็งอาจทะลุผิวหนังออกมาแตกเป็นแผล และมักไม่มีอาการปวด มีน้ำเหลืองหรือเลือดไหลซึมจากหัวนม หรือคลำพบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (ธนิต, 2550; Steward & Thomas, 2013)

ในการแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม (staging) นิยมจำแนกโดยใช้ระบบทีเอ็นเอ็ม (TNM) แบ่งเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย การแบ่งจากขนาดก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumor [T]) การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (Regional lymph node [N]) และการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ (Metastasis [M]) ที่กำหนดขึ้น โดยองค์กรต่อต้านมะเร็งนานาชาติ (International Union Against Cancer [IUCC]) (NCCN, 2011) ดังนี้

ระยะ 1 หมายถึง ตรวจไม่พบก้อนมะเร็งหรือก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่า 20 มม. มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองอาจเคลื่อนที่ได้ ไม่มีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

ระยะ 2 หมายถึง ตรวจไม่พบก้อนมะเร็งหรือก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 20 มม. หรือขนาด 20-50 มม. มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองอาจเคลื่อนที่ได้หรือเคลื่อนที่ไม่ได้ ไม่มีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

ระยะ 3 หมายถึง ตรวจไม่พบก้อนหรือก้อนมะเร็งขนาดเท่าใดก็ได้และมีการลุกลามเข้าผนังทรวงอกหรือผิวหนังเต้านม (ผิวหนังแตกเป็นแผล หรือตุ่มก้อนมะเร็งที่ผิวหนัง) มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองอาจเคลื่อนที่ได้หรือเคลื่อนที่ไม่ได้ ไม่มีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

ระยะ 4 หมายถึง มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่ใช้ในปัจจุบันประกอบด้วย การผ่าตัด รังสีรักษา การใช้ยาต้านฮอร์โมน และเคมีบำบัด โดยส่วนใหญ่แล้วการรักษามะเร็งเต้านมมักใช้การรักษาแบบผสมผสาน (ภัทรธีรา, 2556; Jacobs & Finlayson, 2011) หากแบ่งการรักษาตามระยะของโรคสามารถแบ่งได้ดังนี้ (เขาวนุช, 2550)

1. มะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่ม (early cancer หรือ stage I, II) มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการหายขาดจากโรคหรืออย่างน้อยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำให้นานที่สุด (ชนิด, 2550) การรักษาหลักในระยะนี้ คือ การผ่าตัด และหลังจากการผ่าตัดแล้วจะมีการให้การรักษาเสริม (adjuvant therapy) ได้แก่ การรักษาด้วยเคมีบำบัด ฮอร์โมนและรังสีรักษาตามข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละราย

2. มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (advanced cancer หรือ stage IIIA, IIIB) ก้อนมะเร็งมักจะมีขนาดใหญ่หรือแตกเป็นแผลที่ผิวหนัง การรักษาด้วยการผ่าตัดอาจไม่สามารถเย็บปิดแผลได้ จึงจำเป็นต้องมีการใช้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (neoadjuvant therapy) เพื่อให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กจนสามารถทำการผ่าตัดได้ แล้วจึงตามด้วยการรักษาเสริมอื่นๆ

3. มะเร็งระยะแพร่กระจาย (metastasis cancer หรือ stage IV) เป็นการรักษาเพื่อประคับประคอง การรักษาหลักเป็นแบบผสมผสาน การรักษาหลักคือการรักษาด้วยเคมีบำบัด ฮอร์โมน การผ่าตัดและรังสีรักษาพร้อมกันหรือต่อเนื่องกัน

สำหรับการรักษาแต่ละแบบนี้ก็มีความจำเพาะและรายละเอียด คือ

1. การผ่าตัด เป็นการรักษาหลักสำหรับมะเร็งเต้านมในรายที่ยังไม่มีการแพร่กระจายของโรค วิธีที่ใช้ในการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีด้วยกันหลายวิธี การที่จะเลือกวิธีมาใช้รักษานั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด ระยะของโรคและปัจจัยด้านร่างกายของผู้ป่วย วิธีการผ่าตัดที่พบ คือ (1) การผ่าตัด

แบบเก็บเต้านม (breast conserving therapy) (2) การผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า (mastectomy) และ (3) การผ่าตัดเต้านมร่วมกับการทำศัลยกรรมสร้างเต้านมใหม่ (mastectomy with reconstruction) (Khan & Haffty, 2010)

2. รังสีรักษา เป็นการรักษาเฉพาะที่ เป็นการรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัดเต้านมเพื่อควบคุมโรคที่ผนังทรวงอก หรือต่อมน้ำเหลือง ซึ่งมีผลต่อการลดการแพร่กระจายและลดการกลับเป็นซ้ำของโรค (Khan & Haffty, 2010)

3. การใช้ยาด้านฮอร์โมน เป็นการรักษาที่ใช้ในมะเร็งเต้านม ที่ตรวจพบฮอร์โมนเอสโตรเจนรีเซพเตอร์ (estrogen receptor) และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนรีเซพเตอร์ (progesterone receptor) เป็นบวก การใช้ยาด้านฮอร์โมนจะสามารถหยุดการทำงานหรือสกัดกั้นการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนที่อยู่ในเลือด ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต ยาด้านฮอร์โมนที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ ทาม็อกซิเฟน (Tamoxifen) (เขาวนุช, 2550)

4. เคมีบำบัด เป็นการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยและมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (Chu & Sartorelli, 2012)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2, 3 และ 4 ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเป็นระยะที่พบมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยมักตรวจพบว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ล่าช้าและพบเมื่อโรคมะเร็งมีการแพร่กระจายแล้ว (Ermiah, Abdalla, Buhmeida, Larbesh, Pyrhonen, & Collan, 2012; Youlden, Cramb, Dunm, Mullerb, Pyke, & Baade, 2012)

เคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม

เคมีบำบัดเป็นการรักษาที่นำมาใช้รักษามะเร็งเต้านมในทุกระยะของโรค กลไกการฆ่าเซลล์มะเร็งของยาเคมีบำบัด อาศัยการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ที่อยู่ในวงจรชีวิตของเซลล์ (cell cycle) ในระยะต่างๆ ตามชนิดของยาเคมีบำบัด (สุวรรณฉวี, สุวลักษณ์, ประไพ, และแม่นมนา, 2555) โดยการให้สารเคมีที่เพียงพอต่อการทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งบางส่วนก็มีผลต่อการทำลายเซลล์ปกติด้วยเช่นกัน การรักษาด้วยเคมีบำบัดในแต่ละระยะของโรคจะหวังผลจากเคมีบำบัดที่แตกต่างกัน

ออกไป เคมีบำบัดเป็นยาหลักที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง เคมีบำบัดเป็นการรักษาที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการรอดชีวิตที่ยาวนานขึ้น ผลการรักษาที่หายขาด การควบคุมการดำเนินของโรค การเจริญเติบโตของก้อนมะเร็ง และหากก้อนมะเร็งมีการแพร่กระจายจนไม่สามารถควบคุมได้ ก็จะมีเป้าหมายการรักษาเพื่อการบรรเทาอาการของผู้ป่วยมะเร็ง (Clayton & Willihnganz, 2013)

เคมีบำบัดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ แบ่งตามเป้าหมายการรักษาทางคลินิก และแบ่งตามการออกฤทธิ์ของเคมีบำบัด ดังนี้

1. แบ่งตามเป้าหมายการรักษาทางคลินิก มีการแบ่งประเภทการใช้ ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 การรักษาพื้นฐาน การรักษาที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามของโรค หรือผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษามะเร็งด้วยวิธีการอื่น

1.2 การรักษาก่อนการผ่าตัด การรักษาโดยใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งมีตำแหน่ง ขอบเขตของโรคชัดเจนก่อนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี หรือการได้รับการรักษาทั้งสองแบบ

1.3 การรักษาเสริม เป็นการรักษาเสริมจากการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี หรือได้รับการรักษาทั้งสองแบบร่วมกันมาแล้ว (Chu & Sartorelli, 2012)

2. แบ่งตามการออกฤทธิ์ของเคมีบำบัด ความจำเพาะต่อการออกฤทธิ์ในช่วงของวงจรชีวิตของเซลล์สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย (Clayton & Willihnganz, 2013)

2.1 ยาที่ออกฤทธิ์เจาะจงในระยะที่เซลล์มีการแบ่งตัว (Cell cycle-specific drugs) คือ จะไม่ออกฤทธิ์ในเซลล์ที่อยู่ในระยะพัก (G₀)

2.2 ยาที่ออกฤทธิ์ไม่เจาะจงต่อระยะใดในวงจรชีวิตของเซลล์ (Cell cycle-nonspecific drugs) คือ สามารถออกฤทธิ์ได้ทุกช่วงในวงจรชีวิตของเซลล์

เคมีบำบัดที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักมีวงรอบการให้ยา คือ ทุก 3 หรือ 4 สัปดาห์ รอบละ 6 เดือน โดยยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมประกอบด้วย

1. ซีเอ็มเอฟ (CMF หรือ Cyclophosphamide - methotrexate - 5 - Fluorouracil) ให้ทุก 3 หรือ 4 สัปดาห์ รอบละ 6 เดือน

2. เอฟเอซี (FAC หรือ 5 - Fluorouraci - doxorubicin or Adriamycin -Cyclophosphamide) ให้ทุก 3 หรือ 4 สัปดาห์ รอบละ 6 เดือน

3. เอซี (AC หรือ Doxorubicin - Cyclophosphamide) ให้ในปริมาณสูงทุก 3 สัปดาห์ ใน 3 เดือน 4 รอบ

4. เอ-ซีเอ็มเอฟ (A - CMF หรือ Doxorubicin หรือ Adriamycin) ชนิดเดียว 4 รอบในระยะเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นให้ยาสูตรซีเอ็มเอฟอีก 6 เดือน

5. เอซี - เพคลิทาเซล (AC – paclitaxel) ให้ Doxorubicin และ Cyclophosphamide 4 รอบในระยะเวลา 3 เดือน และต่อด้วย paclitaxel 4 รอบใน 3 เดือน

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัดย่อมมีผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด มีดังต่อไปนี้ (เนลิสมศรีและจุฬารัตน์, 2550; Karch, 2014)

เอเดรียมัยซิน หรือ คอซโซรูบิซิน (Adriamycin or doxorubicin) เป็นยารักษามะเร็งกลุ่มแอนติไบโอติก แอนติเนอโพลัสติก (antibiotic antineoplastic) ยาจะออกฤทธิ์ร่วมกับดีเอ็นเอทำให้เกิดการหยุดการแบ่งตัวของเซลล์โดยยับยั้งการสร้างดีเอ็นเอ และอาร์เอ็นเอ ยาออกฤทธิ์ไม่เจาะจงต่อวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดเมื่อเข้าสู่หลอดเลือดดำ ยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะและอุจจาระ

อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ หัวใจห้องซ้ายวายเฉียบพลัน ท้องเสีย ภาวะอาหารอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน หลอดอาหารอักเสบ เบื่ออาหาร ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด มีผลกดไขกระดูกทำให้สร้างเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด เม็ดเลือดแดงลดลง เส้นเลือดดำอักเสบจากการเกิดการรั่วของยาออกนอกเส้นเลือด ผม่วง เล็บ ผิวน้ำมีสีคล้ำขึ้น

ไซโคลฟอสฟามาย (Cyclophosphamide) เป็นยารักษามะเร็งกลุ่มแอลคิลเลทติ้ง เอเจนท์ (alkylating agents) ยาออกฤทธิ์ไม่เจาะจงต่อวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง ยาจะออกฤทธิ์ทำให้เซลล์มะเร็งตาย โดยการออกฤทธิ์ทำลายดีเอ็นเอ ทำให้เกิดการขัดขวางการสร้างเซลล์ใหม่ของเซลล์มะเร็ง

อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

กดการทำงานของไขกระดูก ร่างกายสร้างเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด เม็ดเลือดแดงลดลง ซีด คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ภาวะอาหารอักเสบ ไตอักเสบ ภาวะปัสสาวะอักเสบ ผม่วง เยื่อปากอักเสบ

เมทโทเทรกเซท (Methotrexate) เป็นยาต้านมะเร็งกลุ่มแอนติเมทาโบไลต์ (antimetabolites) ยาจะออกฤทธิ์เจาะจงต่อวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ไดไฮโดรโฟเลตรีดักเตส (dihydrofolate reductase enzyme) ส่งผลให้กรดโฟลิกไม่สามารถเปลี่ยนเป็นเตตราไฮโดรโฟเลต (tetrahydrofolate) ที่มีผลต่อการยับยั้งการสร้างดีเอ็นเอและอาร์เอ็นเอจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต

อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

กดการทำงานของไขกระดูก ปวดศีรษะ อ่อนแรง ชัก มีแผลในปาก แผลในทางเดินอาหาร ภาวะอาหารอักเสบ ปากเปื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผมร่วง เกิดอาการเป็นพิษต่อดับไต ตัวเหลือง ปอดอักเสบเรื้อรัง

5-ฟลูออโรยูราซิล (5-Fluorouracil) เป็นยาต้านมะเร็งกลุ่มแอนติเมทาโบไลต์ (antimetabolites) ยาจะออกฤทธิ์เจาะจงต่อวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์ดีเอ็นเอและอาร์เอ็นเอ โดยทำให้เซลล์ขาดสารอาหารมีผลให้เกิดความผิดปกติต่อเซลล์ และเกิดการตายของเซลล์ในที่สุด

อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

กดการทำงานของไขกระดูก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปวดศีรษะ อ่อนแรง ภาวะอาหารอักเสบ แผลในภาวะอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร ผมร่วง เล็บและผิวหนังสีคล้ำขึ้น

เพคลิทาเซล (Paclitaxel) เป็นยาต้านมะเร็งกลุ่มแทกเซน (taxanes) ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้เกิดการดีพอลิเมอร์ไรเซชัน (depolymerization) ของเซลล์ไมโครทิวบูล มีผลต่อการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ทำให้เซลล์แตกและตายในที่สุด

อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

กดการทำงานของไขกระดูก ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย กล้ามเนื้ออักเสบ เบื่ออาหาร

ด็อกซีทาเซล (docetaxel) เป็นยาต้านมะเร็งกลุ่มแทกเซน (taxanes) ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้เกิดการดีพอลิเมอร์ไรเซชัน (depolymerization) ของเซลล์ไมโครทิวบูล มีผลต่อการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ทำให้เซลล์แตกและตายอย่างรวดเร็ว

อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

กดการทำงานของไขกระดูก ติดเชื้อง่าย ความดันโลหิตต่ำ ปวด กลืน ใส่ อาเจียน ท้องเสีย ภาวะอาหารอึกเสบ ท้องผูก

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในภาคใต้ จะได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยเริ่มจากการใช้ยาเคมีบำบัดสูตรเอฟเอซี หรือสูตร เอซี โดยมีการดูแลให้ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดทุก 3 สัปดาห์ จนครบวงจรของการให้ยาเคมีบำบัด ตามสูตรนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 3 สัปดาห์และ เลือกใช้สูตรยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของแหล่งเก็บข้อมูล

ประสบการณ์อาการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ประสบการณ์อาการ

ประสบการณ์การมีอาการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดลดลง (Ogce & Ozkan, 2008) โดยประสบการณ์อาการ เป็นประสบการณ์ ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย มีความเป็นพลวัตรและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ที่มีความสัมพันธ์กับ (1) การรับรู้อาการ คือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของ ความผิดปกตินั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้น (2) การประเมินลักษณะอาการ คือ การ ประเมินลักษณะอาการที่เกิดขึ้นซึ่งประกอบด้วย ลักษณะ ความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดของ อาการ รวมถึงผลกระทบของอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และ (3) การตอบสนองต่ออาการ คือ การเปลี่ยนแปลงจากอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ พฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้ (Dodd et al., 2001)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำความถี่และความรุนแรงมาใช้ในการประเมินประสบการณ์ อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาประสบการณ์อาการมักมีการรายงานผลการประเมินการเกิดประสบการณ์การเกิด

อาการด้วยความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังจากการศึกษาของอภิญาและคณะ (2556) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 115 ราย มีการรายงานผลการศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยด้วยความถี่ของอาการที่พบบ่อยและความรุนแรงของอาการ การศึกษาของ สิริสุขและคณะ (2549) ที่ศึกษาประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 100 ราย มีการรายงานผลประสบการณ์การมีอาการในมิติความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และการศึกษาของ เถลิงศรีและคณะ (2557) ที่ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 85 ราย เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการในมิติความถี่ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น

กลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

กลุ่มอาการ (symptom clusters) หมายถึง อาการที่เกิดขึ้น 2 อาการหรือมากกว่า อาการที่เกิดขึ้นต้องการการดูแลที่ครอบคลุมทุกอาการไปพร้อมๆ กัน โดยอาการที่เกิดขึ้น มักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หากอาการหนึ่งมีความรุนแรงมากขึ้น อีกอาการที่มีความสัมพันธ์กันก็จะรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย (Barsevick et al., 2006; Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001)

จากการศึกษากลุ่มอาการที่พบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศไทย ผู้วิจัยพบการศึกษาของ สุวิสิษฐ์และคณะ (Suwisith et al., 2008) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการและความสามารถในการทำกิจกรรมของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่อยู่ในระยะ 1 ถึง ระยะ 4 ของมะเร็งเต้านม จำนวน 320 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มอาการด้านความรุนแรงที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย 4 กลุ่มอาการ คือ (1) กลุ่มอาการทางอารมณ์ (emotions related symptoms) (2) กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการอ่อนล้า (GI and fatigue related symptoms) (3) กลุ่มอาการทางผิวหนังที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ (image related cutaneous symptoms) และ (4) กลุ่มอาการไม่สุขสบายที่เกี่ยวข้องกับความปวด (pain related discomfort symptoms) กลุ่มอาการแต่ละกลุ่มอาการประกอบด้วยอาการเหล่านี้

1. กลุ่มอาการทางอารมณ์ (emotions related symptoms) ประกอบด้วยอาการ เศร้า (feeling sad) กังวล (worrying) หงุดหงิด (feeling irritable) กระวนกระวาย/ไม่สบายใจ (feeling nervous) มองตนเองเปลี่ยนไป (I don't look like myself) นอนไม่หลับ (difficulty concentrating) หลับยาก (sleeping difficulty) เหงื่อออก (sweating) ท้องผูก (constipation)

2. กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการอ่อนล้า (GI and fatigue related symptoms) ประกอบด้วยอาการ อาเจียน (vomiting) เหนื่อยล้า (lack of energy) เบื่ออาหาร (lack of appetite) เวียนศีรษะ (dizziness) ง่วงซึม (feeling drowsy) หายใจสั้น (shortness of breath) และท้องอืด (feeling bloated)

3. กลุ่มอาการทางผิวหนังที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ (image related cutaneous symptoms) ประกอบด้วยอาการ ผมร่วง (hair loss) การรับรสเปลี่ยนไป (changes in food taste) เจ็บปาก (mouth sore) ผิวหนังเปลี่ยนแปลง (skin change) กลืนลำบาก (difficulty swallowing)

4. กลุ่มอาการไม่สบายที่เกี่ยวข้องกับความปวด (pain related discomfort symptoms) ประกอบด้วยอาการชา (numbness/tingling) ปวด (pain) ปากแห้ง (dry mouth)

สำหรับกลุ่มอาการด้านความทุกข์ทรมานที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการ ประกอบด้วย (1) กลุ่มอาการด้านอารมณ์และความเจ็บปวด (2) กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และ (3) กลุ่มอาการด้านภาพลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง

การศึกษาของพลิกบัวและคณะ (Phligbua et al., 2013) ที่ศึกษากลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสตรีมะเร็งเต้านมระยะ 1 ถึง ระยะ 4 ที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด จำนวน 112 ราย มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือ ระยะเวลา ก่อน ระยะเวลา ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดและระยะภายหลังการได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอาการที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในทุกๆระยะของการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการ คือ (1) กลุ่มอาการหมดประจำเดือน (2) กลุ่มอาการด้านจิตใจและภาพลักษณ์ และ (3) กลุ่มอาการทางเดินอาหารและเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อยเป็นลำดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (อภิญาและคณะ, 2556) และอาการด้านทางเดินอาหารเป็นอาการที่พบบ่อยถึงร้อยละ 50 หรือมากกว่าร้อยละ 50 ในผู้ป่วยมะเร็ง (Cherwin, 2012) อีกทั้งจากการศึกษา

ของสุวิสิษฐ์และคณะ (Suwisith et al., 2008) ทั้งการจำแนกกลุ่มอาการด้านความรุนแรงและด้านความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยจากการจำแนกกลุ่มอาการทั้งสองด้าน งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับเกี่ยวกับการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และได้นำกลุ่มอาการจากการศึกษาของสุวิสิษฐ์และคณะ (Suwisith et al., 2008) มาใช้เป็นขอบเขตของการจัดการอาการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากเป็นการศึกษาที่มีการรวบรวมอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นกลุ่มอาการที่ชัดเจน สะดวกต่อการนำไปสู่การประเมินกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้

การประเมินประสบการณ์อาการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การประเมินประสบการณ์อาการมีเครื่องมือหลายชนิด เช่น แบบสอบถามอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (ศุภกานต์, 2558) และแบบประเมินอาการ (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยจินดา, จตุรภัทรพร, คิรชิน, และ อุดมสัปดาห์ยากุล (Chinda, Jaturapatporn, Kirshen, & Udomsubpayakul, 2011)

แบบสอบถามอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (ศุภกานต์, 2558) เป็นแบบสอบถามที่ปรับจากแบบสอบถามอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของคิงและคณะ (King, Crawford, Wenden, Moss, & Wade, 1995) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและปรับแบบสอบถาม ให้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) เพื่อใช้ประเมินความถี่และความรุนแรงของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน โดยศุภกานต์ (2558) มีการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยใช้ผู้แปลที่มีความเชี่ยวชาญสองภาษา (อังกฤษและไทย) จำนวน 3 ท่าน และได้รับการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองเล็กน้อย จำนวน 30 ราย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92 เป็นแบบสอบถามที่สร้างตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001)

แบบประเมินอาการ (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการ 9 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยมีอาการที่ประกอบด้วย อาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ชิมเศร้า วิดกกังวล ง่วงซึม/สับสน/ง่วงซึม เบื่ออาหาร สบายกายและใจ น้อยหอบและอาการอื่นๆ มีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ 10 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมาก แบบประเมินอาการนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย มีการนำแบบประเมินไปทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่ามีค่าความเที่ยง เท่ากับ .75 (Chinda et al., 2011)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบประเมินประสบการณ์อาการและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) การสร้างแบบสอบถามประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) โดยได้นำแบบสอบถามอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (ศุภกานต์, 2558) และแบบประเมินอาการ (Chinda et al., 2011) มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม โดยมีการประเมินประสบการณ์อาการในมิติความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และหัวข้อของอาการในแบบสอบถาม คือ อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ที่จำแนกการเกิดกลุ่มอาการด้านความรุนแรงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ได้รับความบีบบังคับ จากการศึกษาของ สุวิสิษฐ์และคณะ (Suwisith et al., 2008) ที่ประกอบด้วย 7 อาการ ดังนี้ อาการอาเจียน เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ ง่วงซึม หายใจถี่และท้องอืด

การจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งด้านมที่ได้รับความบีบบังคับ

การจัดการกลุ่มอาการพบเป็นการศึกษาผ่านการจัดการกับอาการ (symptom management) ที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการ เนื่องด้วยอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการอาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือต่างกันได้ แต่อาการเหล่านั้นมีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อกัน (Kim et al., 2005) การจัดการอาการ

สามารถช่วยในการอธิบายการเกิดอาการทางคลินิกที่สำคัญ อัตราการเกิดกลุ่มอาการ (Miaskowski et al., 2004) ทั้งสามารถบอกถึงผลกระทบของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นและบอกถึงการจัดการที่จะทำให้เกิดผลดีต่อการจัดการกลุ่มอาการ (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001) และการศึกษาที่ผ่านมามีการพบการศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมักเป็นการศึกษาอาการแบบเจาะจงเฉพาะอาการ (บุษบา, 2544; ปริญญา, 2542; ปุณยบุษ, 2554; วรพรธและคณะ, 2554; ศิริพร, ชนกพร, และสัจจา, 2551) หรือพบเป็นการศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ที่ได้รับเคมีบำบัด (เฉลิมศรีและคณะ, 2557) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ของประสบการณ์มีอาการในมิติ ความดี ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต และกลวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแต่ละราย จากการค้นพบดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้มีความมุ่งมั่นจัดทำโปรแกรมที่จะสามารถส่งเสริมการจัดการกับกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดการจัดการอาการที่มีการนำมาใช้ในการจัดการอาการที่พบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย

1. ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of unpleasant symptoms) เป็นผลจากการพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์ของเลนซ์และคณะ (Lenz, Pugh, Milligan, Giff, & Suppe, 1997) ที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการและเชื่อว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นเดี่ยวๆ หรืออาจเกิดร่วมกับอาการอื่นที่ประกอบด้วยมโนคติหลัก 3 ด้าน ดังนี้

1.1 อาการ (symptoms) หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจเกิดขึ้นอาการเดียวหรือเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ

1.2 ปัจจัยหรือสาเหตุที่มีอิทธิพล (influencing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการ ที่ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย (physiologic factors) คือ ภาวะของพยาธิสภาพหรือโรค

1.2.2 ด้านจิตใจ (psychological factors) คือ ภาวะทางจิตของบุคคล

1.2.3 ด้านสถานการณ์ (situational factors) คือ ปัจจัยทางกายภาพและทางสังคม

1.3 ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (performance) ประกอบด้วยการทำงานที่ด้านร่างกาย (physical function) และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (cognitive function)

2. กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model [SMM]) (Dodd et al., 2001) เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น บุคคลจะมีการประเมินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงต่อตนเองมากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจึงแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สบาย และเมื่ออาการไม่ลดลง บุคคลจะหาวิธีการจัดการกับอาการนั้นใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการจนกว่าอาการที่เกิดขึ้นจะลดลงหรือหายไป ซึ่งประกอบด้วย มโนคติหลัก 3 ด้าน คือ ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ โดยมโนคติทั้งสามจะมีความเกี่ยวข้องกัน โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อมโนคติหลักทั้งสามด้าน ที่ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มโนคติหลักแต่ละด้าน คือ

2.1 ประสบการณ์อาการ (symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีความเจ็บป่วย มีความเป็นพลวัตรและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ

2.1.1 การรับรู้อาการ (perception of symptoms) คือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย บุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะของความผิดปกตินั้น ภายหลังจากบุคคลรับรู้อาการที่เกิดขึ้น

2.1.2 การประเมินลักษณะอาการ (evaluation of symptoms) คือ การประเมินลักษณะอาการที่เกิดขึ้นซึ่งประกอบด้วย ลักษณะ ความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่งที่เกิดของอาการ รวมถึงผลกระทบของอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

2.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) คือ การเปลี่ยนแปลงจากอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งบุคคลอาจจะตอบสนองโดยแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านก็ได้

2.2 วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการกับอาการของบุคคล มีเป้าหมายของการจัดการอาการ เพื่อชะลอ

เวลาของอาการทางลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ด้านชีวภาพ การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ และวิธีดูแลตนเองของบุคคล การจัดการอาการที่เกิดขึ้นเริ่มจากการประเมินประสิทธิผลการจัดการอาการของบุคคล เพื่อค้นหาวิธีในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นจำนวนหนึ่งหรือสองอาการ ซึ่งเป็นวิธีแบบพลวัตรสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การตอบสนองต่อการจัดการอาการนั้นมีทั้งได้ผลและไม่ได้ผล หากใช้วิธีหนึ่งแล้วไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นก็ควรเปลี่ยนเป็นวิธีอื่น โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดวิธีการจัดการอาการ รูปแบบของวิธีการจัดการอาการเป็นรูปแบบคำถามที่ประกอบด้วย จะใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (what) จัดการเมื่อใด (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการทำไม (why) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการโดยใคร (who) จัดการให้ใคร (whom) และจัดการอย่างไร (how) ซึ่งวิธีจัดการอาการที่บุคคลนำมาใช้อาจมาจากบุคคลเอง ครอบครัว สังคม คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และเพื่อนร่วมงานของผู้ป่วย

2.3 ผลลัพธ์ (outcomes) เป็นตัววัดผลของวิธีการจัดการอาการ และจากประสิทธิผลการจัดการอาการ สามารถประเมินได้จากผลลัพธ์ 8 ประการ ได้แก่ สถานะของอาการ (symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) การดูแลตนเอง (self - care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) คุณภาพชีวิต (quality of life) ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) อัตราการตาย (mortality) และสถานะทางด้านอารมณ์ (emotional status)

จากการศึกษาของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอาการในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล (person domain) ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (person domain) เป็นการพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่อาการปรากฏขึ้น ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านประชากร (demographic) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานทางการเงิน (2) ด้านจิตใจ (psychological) เช่น บุคลิกภาพ ความสามารถทางสติปัญญา และแรงจูงใจ (3) ด้านสังคม (sociological) เช่น ครอบครัว วัฒนธรรม และศาสนา และ (4) ด้านร่างกาย (physiological) เช่น รูปแบบการทำกิจกรรม และการพักผ่อน ที่มีผลต่อการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นที่ต่างกันออกไปตามแต่ละบุคคลตามพัฒนาการหรือภาวะของแต่ละคน

2. ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย (1) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค (risk factors) เช่น พันธุกรรม พฤติกรรม (2) ภาวะทางสุขภาพ (health status) เช่น ความผิดปกติทางสรีระ การทำหน้าที่ของร่างกาย และ (3) โรคและการได้รับบาดเจ็บ (disease and injuries) เช่น โรค อุบัติเหตุ ที่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการประกอบด้วย (1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) เช่น บ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล สถานที่พักพื้น (2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม (social environment) เช่น แหล่งสนับสนุนหรือเครือข่ายทางสังคม และ (3) สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (cultural environment) เช่น ความเชื่อ คุณค่า วัฒนธรรม ที่มีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการเลือกวิธีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาที่นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการศึกษา ดังนี้

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (มาศอุบล, 2548) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามกลยุทธ์การจัดการกับอาการ (อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า) ผลการศึกษาพบว่า จำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาการเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (กฤษณา, 2554) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 36 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 18 ราย กลุ่มทดลอง 18 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ โดยเป็นกิจกรรมรายบุคคลและกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การประเมิน ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการรับรู้อาการ มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ในเรื่องเกี่ยวกับการ หายใจลำบาก จากนั้นผู้วิจัยประเมินความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่ออาการ ผลลัพธ์การ จัดการกับอาการและความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผลกระทบของการเกิด อาการหายใจลำบาก (2) การให้ความรู้ในการจัดการอาการ ผู้วิจัยให้ความรู้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมี ความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ หายใจลำบากและการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (3) การฝึกทักษะในการ จัดการอาการ มีการฝึกทักษะการจัดการอาการหายใจลำบากและทักษะการปฏิบัติสมาธิ และ (4) การประเมินผลการจัดการอาการ มีเครื่องมือการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการรับรู้การหายใจ ลำบาก และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิที่บ้าน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วม โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งของผู้ป่วย ภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมง (ทิสากร, 2555) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย โรคหัวใจทุกประเภท ทั้งเพศชายและเพศหญิง ภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 40 ราย เป็น กลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการ โดยการให้ ข้อมูลการบรรเทาความปวดภายหลังผ่าตัดหัวใจร่วมกับคนตรีในขณะที่มีกิจกรรมการลุกนั่งของ ผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมงแรก โปรแกรมการจัดการอาการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินประสิทธิภาพของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์ มีการ ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความปวด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ความปวดตามการรับรู้ ของผู้ป่วยเอง (2) การให้ข้อมูล ก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์ มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามการ ประเมินความต้องการของผู้ป่วยในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบและสิ่งที่ขาดหายไป เพื่อปรับการรับรู้ของ ผู้ป่วย ด้วยการสอน โดยการใช้คู่มือประกอบการสอนและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟังดนตรีในการลด ความปวด (3) การจัดการความปวด ก่อนผ่าตัด 1 วัน มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการให้ข้อมูลใน การจัดการความปวด และวิธีการฟังดนตรี และ (4) การประเมินผล ภายหลังการผ่าตัดวันที่ 3 ผล การศึกษาพบว่า ระดับความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 24 และ 48 ชั่วโมงแรกขณะ มีกิจกรรมการลุกนั่งของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด (ศิริพร, 2552) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเองโดยการเน้นหลักอริยสัจสี่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินปัญหา ผู้วิจัยประเมินและรวบรวมประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งการรับรู้ในเรื่องหลักธรรมทางพุทธศาสนา การนำธรรมะมาใช้ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ได้ และระบุปัญหาที่พบบ่อยกับผู้ป่วย (2) การให้ข้อมูล มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด เยื่อช่องปากอักเสบ การประเมินและการดูแลช่องปาก การประเมินอาการปวด กลวิธีในการจัดการกับอาการปวด และหลักอริยสัจสี่ (3) การฝึกทักษะปฏิบัติ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะการดูแลช่องปากและการวิเคราะห์ความเจ็บปวดโดยใช้หลักอริยสัจสี่ การบริหารจัดการตามแนวการเจริญสติพื้นฐาน 4 ได้แก่ การกำหนดสติและการทำสมาธิ และ (4) การส่งเสริมและสนับสนุน ผู้วิจัยรับฟังประสบการณ์อาการปวด การจัดการอาการปวด การวิเคราะห์ความเจ็บปวดโดยใช้หลักอริยสัจสี่ การฝึกสติและการปฏิบัติสมาธิ ถึงปัญหาที่พบจากการนำไปปฏิบัติจริง และให้ข้อเสนอแนะพร้อมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจ ส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการแก้ปัญหาตามหลักอริยสัจสี่ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ความเจ็บปวดภายหลังการทดลอง 7 วัน และ 14 วันของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่าความเจ็บปวดของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (วรพรรณและคณะ, 2554) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 19 ราย กลุ่มทดลอง 19 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีกระบวนการให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการตามขั้นตอนต่างๆตามแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมของโปรแกรมแก่ผู้ป่วยรายบุคคลจำนวน 7 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1) ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั่วไปและประเมินอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2) ผู้วิจัยดำเนินการสนับสนุนและให้ความรู้ ชี้แนะ และฝึกปฏิบัติด้านกลยุทธ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า

ร่วมกับชี้แจงและฝึกการบันทึกลงในสมุดบันทึกการสแกนพลังงานและสมุดบันทึกการเดินออกกำลังกาย ครั้งที่ 3 ถึง 7 (วันที่ 1 ของสัปดาห์ที่ 2-6) ผู้วิจัยจะทำการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้งในวันแรกของสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 15 ถึง 20 นาที โดยใช้แบบบันทึกการติดตามการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าสำหรับผู้วิจัย แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ผลการศึกษาพบว่า อาการเหนื่อยล้าในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ณ เวลาเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อประสบการณ์อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (เสาวลักษณ์และคณะ, 2555) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ใช้ระยะเวลารวม 3 สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้ วันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินประสบการณ์อาการที่พบบ่อยก่อนการรับเคมีบำบัดและให้โปรแกรมการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย (1) การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจ รับรู้อาการ สามารถแก้ไขและจัดการกับอาการได้ (2) การส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการรับรู้อาการ การตอบสนองของโรคและการรักษาด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียง ร่วมกับการสอนบันทึกอาการและวิธีการจัดการ และ (3) สอนและฝึกทักษะเฉพาะ คือ การหายใจแบบลึกและการเดินออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 1 และ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยติดตามสอบถามอาการ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อการจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 3 หลังได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล และการรับรู้ผลกระทบของอาการต่อชีวิตประจำวัน ลดลงภายหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยในส่วนการศึกษาการรับรู้อาการและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า

การศึกษาประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (สิรินุชและคณะ, 2549) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามอาการอ่อนล้า แบบสอบถามอารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวล และสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าแก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นจะขอเบอร์

โทรศัพท์ผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการอ่อนล้า ความวิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้าในวันที่ 14 ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด สำหรับวันครบกำหนดนัดรับเคมีบำบัดครั้งต่อไปผู้วิจัยจะประเมินอาการอ่อนล้าร่วมกับวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้า ผลการศึกษาพบว่า อาการอ่อนล้าจะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัดโดยมีความรุนแรงสูงสุดในช่วง 24-72 ชั่วโมงภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด และมีคะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนล้าสูงที่สุดภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด 1 สัปดาห์ และวิธีที่ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการอ่อนล้ามากที่สุด คือ การนอนพักผ่อนเพิ่มขึ้น รองลงมา คือ การออกกำลังกาย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่พบว่ามีภavnนำมาใช้ในการอธิบายและใช้ในการจัดการกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น (Barsevick et al., 2006) และมีการนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างแพร่หลาย อีกทั้งผลการศึกษา ยังพบว่า มีผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นให้เกิดลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) มาใช้ในการจัดการกับอาการพบว่ามีขั้นตอนของการดำเนินโปรแกรมในการจัดการกับอาการที่ประกอบด้วย (1) การประเมินประสบการณ์อาการ เป็นการประเมินประสบการณ์อาการในอาการและมิติการเกิดอาการที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา (2) การจัดการกับอาการ เป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย การให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ การฝึกทักษะการจัดการกับอาการ และมีการติดตามและกระตุ้นการจัดการกับอาการของผู้ป่วยด้วยการโทรศัพท์ และ (3) ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการ เป็นการประเมินผลของการดำเนินโปรแกรมในอาการและมิติการเกิดอาการที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้นำขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมนี้มาเป็นขั้นตอนในการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การเกิดประสบการณ์อาการและการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง มีผลมาจากปัจจัยที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทส่วนบุคคลของผู้ป่วย หรือตามลักษณะอาการของโรค ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งเป็นปัจจัยหลักได้ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

1. ด้านร่างกาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลแต่ละคน จะมีความแตกต่างไปตามบริบทของบุคคลนั้นๆ ที่ประกอบด้วย

อายุ ผู้ป่วยวัยหนุ่มสาวที่เป็น โรคมะเร็ง รับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุ (Ferrell et al., 2005)

อาการของโรค ความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยมะเร็งช่วยเหลือตนเองได้ลดลง จนมีผลให้ระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Kim, 2009)

ระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมาเป็นเวลานาน จะมีการปรับตัวกับโรคและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Bloom, Petersen, & Kang, 2007)

การรักษาที่ได้รับ ผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยมะเร็ง (Kim, 2009; Snyder et al., 2009)

การผ่าตัดและสูญเสีย เต้านมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงทำให้ลักษณะโครงสร้างทางเพศหญิงเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตทางด้านเพศสัมพันธ์ลดลง สามืออาจจริงเท็จหรือทอดทิ้ง เกิดปัญหาการหย่าร้าง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความรู้สึก บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เนื่องจากภาวะอารมณ์ซึมเศร้าสูง (Shaha, Cox, Talman, & Kelly, 2008)

จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด โดยประสบการณ์อาการอ่อนล้าจะเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด โดยมีความรุนแรงของอาการสูงสุดในช่วง 24 ถึง 72 ชั่วโมงภายหลังได้รับเคมีบำบัด และมีคะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนล้าสูงที่สุดภายหลังได้รับเคมีบำบัด 1 สัปดาห์ (สิรินุชและคณะ, 2549)

2. ด้านจิตใจ การรับรู้ว่าเป็น โรคมะเร็งมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Snyder et al., 2009) การส่งเสริมการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการความสุขหรือการจัดกิจกรรมบำบัด เช่น ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัดมีผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งสูงขึ้น (Pukahuta, 2012)

3. ด้านสังคม การได้รับการยอมรับการเจ็บป่วยจากคนในครอบครัว การได้รับกำลังใจจากครอบครัว ความพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว และความรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคน

สำคัญที่คอยให้กำลังใจ) การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็ง (จุฑามาศ, อำภพร, และน้ำอ้อย, 2556; Prakaneree, 2008)

4. ด้านจิตวิญญาณ การที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ ความไม่แน่นอนในชีวิต และความรู้สึกสิ้นหวัง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาเคมีบำบัดครบแล้วตนจะเป็นอย่างไร อาการจะแย่ลงหรือไม่ และกลัวการแพร่กระจายของมะเร็งมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (จุฑามาศและคณะ, 2556)

กลวิธีการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

กลวิธีการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วยวิธีการ ดังนี้

อาการอาเจียน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีการรับรู้การเกิดอาการอาเจียนจากอาการ เวียนศีรษะ ปั่นป่วนภายในท้อง จุกแน่นหน้าอก น้ำลายสอ จึงคลื่นไส้อาเจียนออกมา (อุสาห์, 2543) โดยวิธีการจัดการกับอาการอาเจียน คือ (Jame & Solove, 2007)

1. การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ง่ายขึ้น
2. ไม่ควรฝืนรับประทานหากรู้สึกคลื่นไส้ ให้รับประทานอาหารมื้อละน้อย แต่บ่อยครั้ง
3. หลีกเลี่ยงอาหารกลิ่นรุนแรง หรืออาหารรสจัดอาหารมัน อาหารเค็ม
4. รักษาความสะอาดในช่องปากและทำความสะอาดช่องปากหลังอาเจียน
5. หลีกเลี่ยงเสียง สถานที่ที่ทำให้รู้สึกคลื่นไส้อาเจียน เช่น เสียงดัง แสงจ้า มุมที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก

6. การกวดจุด จากการศึกษาของอุบล, จุรีพร, จันทราพร, อาทิตยา, และทิพวรรณ (2557) ที่ศึกษาประสิทธิผลการกวดจุดด้วยตนเองและการใช้สายรัดข้อมือเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และการศึกษาของ ชมพูนุท, ปราณิ, และวาสนา (2558) ที่ศึกษาผลของการใช้จินตนาการบำบัดและการกวดจุดต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ที่มีการให้ผู้ป่วยกวดจุดด้วยตนเองบริเวณพี 6 (P6 Pericardium 6) หรือจุด 2 เน่ยกวาน (Nei-Guan) ซึ่งอยู่ที่ตำแหน่งเหนือข้อพับด้านบนของฝ่ามือด้านนอกห่างจากข้อมือประมาณ 3 ชูม หรือ 3

นิ้วมือของผู้ป่วยวางทาบ ผลการศึกษา พบว่า คะแนน และจำนวนครั้งของอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้เลือกการกวดจุดมาใช้ในการส่งเสริมการจัดการอาการ อาเจียนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นทักษะที่มีความจำเพาะ และหากต้องการให้การกวดจุด สามารถลดอาการอาเจียนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการฝึกฝนที่เหมาะสมจากผู้ที่มีความชำนาญการกวดจุด

อาการเหนื่อยล้า เป็นอาการที่อาจมีสาเหตุมาจากการลุกลามของโรค ผลข้างเคียงจากการ ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง มีภาวะเมตาโบลิซึมและเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ นอนหลับไม่เพียงพอ วิธีการจัดการ คือ

1. การนอนหลับพักผ่อน (ศุภกร, ชนิดฐา, และบัวหลวง, 2557; อภิญญาและคณะ, 2556) โดยควรได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง

2. การสวดมนต์/ทำสมาธิ การดื่มเครื่องดื่ม/อาหารเสริม การสูดอากาศบริสุทธิ์ และการหยุดทำกิจกรรม ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดอาการอ่อนล้า (ศุภกรและคณะ, 2557)

3. การเดินออกกำลังกายวันละอย่างน้อย 20 นาที (ระยะเตรียม 5-10 นาที เดิน 10 นาที เพิ่มได้ถึง 30 นาที) จากของมะมอน (Mamon, 2006) ที่ได้ทำการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 80 ราย โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 40 ราย ได้รับการสอนเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยการเดิน จากนั้นแนะนำผู้ป่วยให้เดินวันละอย่างน้อย 20 นาที มีการสอนให้ผู้ป่วยจับชีพจรเมื่อรู้สึกเหนื่อยขณะเดิน โดยให้ค่าชีพจรไม่เกิน ร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุด (220 ลบด้วยอายุเป็นปี) ถ้าเกินให้เดินช้าลง ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์พูดคุยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายทุกวันและวัดความสามารถด้านร่างกายโดยการทดสอบสมรรถนะหลังการเดิน 6 นาที (six-minute walking test) ในวันแรกก่อนการทดลอง และติดตามผลในวันที่ 9 และ 21 ของการให้เคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า หลังการสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่รายงานว่า การเดินออกกำลังกายมีส่วนในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น การศึกษาของเสาวลักษณ์และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อประสบการณ์อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาการรับรู้อาการและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจรับรู้อาการ สามารถแก้ไขและจัดการกับอาการได้ จากนั้นมีการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการรับรู้อาการ การตอบสนองของโรคและการรักษาด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาการข้างเคียง การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง สอนการบันทึกอาการและวิธีการจัดการ รวมถึงมีการสอนและฝึกทักษะเฉพาะ คือ การหายใจแบบลึกและการเดินออกกำลังกาย มีการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์เพื่อติดตามสอบถามอาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 หลังการได้รับเคมีบำบัด ส่วนสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยเพื่อประเมินผลของโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการลดลงของค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของวรพรรณและคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 38 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 19 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า โดยการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเรียม ประกอบด้วย การให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมในด้านประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าและด้านกลยุทธ์การจัดการอาการเหนื่อยล้า (การส่งมอบพลังงานและการเดินออกกำลังกาย) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ร่วมกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติด้านประสบการณ์อาการและกลยุทธ์การจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15-20 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการเหนื่อยล้าในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ณ เวลาเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของรัชนิกร (2552) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับและความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทักษะการเดินออกกำลังกายมาใช้เป็นทักษะที่สอนให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากพบว่าการเดินออกกำลังกายสามารถลดอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ (รัชนิกร, 2552; วรพรรณและคณะ, 2554; เสาวลักษณ์และคณะ, 2555; Mamon, 2006) ผู้วิจัยฝึกทักษะการเดินออกกำลังกายแก่ผู้ป่วย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยเดินออกกำลังกายวันละอย่างน้อย 20 นาที (ระยะเตรียม 5-10 นาที เดิน 10 นาที เพิ่มได้ถึง 30 นาที) ระยะเตรียม เป็นการเตรียมร่างกาย กล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือดให้พร้อมเพื่อการออกกำลังกาย ด้วยการยืดกล้ามเนื้อ มีการสอนให้ผู้ป่วยจับชีพจรเมื่อรู้สึกเหนื่อยขณะเดิน โดยให้ค่าชีพจรไม่เกิน ร้อยละ 50-70 ครั้ง/นาที ของชีพจรสูงสุด (220 ลบด้วยอายุเป็นปี) ถ้าเกินให้เดินช้าลง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นทักษะที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้เอง โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือทักษะที่ซับซ้อนในการปฏิบัติ

เบื่ออาหาร เป็นภาวะการสูญเสียการอยากอาหาร และเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง อารมณ์เบื่ออาหารจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการได้รับเคมีบำบัด (Cherwin, 2012) มีวิธีการจัดการกับอาการ คือ

1. การได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ลดการใช้พลังงานลงเพื่อความชุ่มชื้นไม่ให้ลดลงจากเดิม ร่วมกับการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นอาการคลื่นไส้ อาเจียน (กนกพร, 2554) โดยคำนวณได้จากน้ำหนักตัว $\times 30 =$ กิโลแคลอรีต่อวันที่ควรได้รับ เช่น น้ำหนักตัว 60 กิโลกรัม ปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับต่อวัน คือ $60 \times 30 = 1,800$ กิโลแคลอรี (วิมลรัตน์, 2551)

2. ใช้วิธีการเปลี่ยนรสชาติอาหารที่ตนเบื่อ พยายามรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารให้บ่อยๆ (ซุติมา, พิษญาภา, ลาวัลย์, และอาภรณ์, 2555)

3. การปรุงรสอาหารตามที่ชอบ เน้นการรับประทานอาหารอ่อนเพื่อให้่ายต่อการรับประทาน จัดอาหารให้น้ำรับประทาน จัดอาหารรับประทานครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง (Laviano, Meguid, & Rossi-Fanelli, 2003)

เวียนศีรษะ เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกมึนๆ งงๆ นักศีรษะ มีสาเหตุการเกิดสัมพันธ์กับอาการหลายอาการ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน อ่อนล้า ง่วงซึม นอนไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งสู่สมอง มีวิธีการจัดการกับอาการ คือ บรรเทาอาการที่เป็นสาเหตุของอาการเวียนศีรษะ การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ

ง่วงซึม เป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการอ่อนล้า (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) มีวิธีการจัดการกับอาการ คือ การใช้วิธีการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดและพฤติกรรมที่มีผลให้นอนไม่หลับ ดูแลให้มีการนอนหลับที่เพิ่มขึ้น หรือการจัดการอาการด้วยวิธีเช่นเดียวกับการจัดการอาการอ่อนล้าซึ่งมีผลต่อการเกิดอาการง่วงซึม

หายใจสั้น อาการหายใจสั้นในผู้ป่วยมะเร็งสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ แต่สิ่งที่สำคัญคือความสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ สาเหตุของอาการหายใจลำบากอาจเกิดจากอาการที่สืบเนื่องมาจากมะเร็งหรือโรคใหม่ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก คือ

1. ผู้ป่วยมีการผ่อนคลาย (Finegan & McGurk, 2007) ให้พักในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ขณะที่มีอาการหายใจลำบาก (Taylor, 2007)

2. สอนเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและลดความวิตกกังวล โดยการให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าออกช้าๆ เริ่มจากหายใจเข้าครั้งที่ 1 นับ 1 หายใจเข้าครั้งที่ 2 นับ 2 จนไปถึงครั้งที่ 5 เมื่อครบ 5 ให้เริ่มนับ 1 ใหม่โดยทำร่วมกับการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องหรือกะบังลม (ดวงรัตน์, 2554)

ท้องอืด เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร การทำงานที่ผิดปกติของลำไส้ มักเกิดร่วมกับอาการท้องผูก วิธีการจัดการกับอาการ คือ (Camp-Sorrell & Hawkins, 2000; Sykes, 2011)

1. รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้
2. การดื่มน้ำ 8 แก้วต่อวัน

3. การออกกำลังที่มีการเคลื่อนไหวของหน้าท้อง เพื่อช่วยให้ลำไส้ได้มีการเคลื่อนไหว (Bookbinder & McHugh, 2010)

4. หลีกเลี้ยงอาหารที่ทำให้ท้องอืด เช่น น้ำอัดลม แอลกอฮอล์ ถั่ว อาหารหมักดอง (ผ่องฉวี, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการที่ผ่านมาผู้วิจัยพบว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการจะใช้ระยะเวลาในช่วง 2 วัน ถึง 6 สัปดาห์ (ชมพูนุทและคณะ, 2558; รัชนิกร, 2552; วรพรรณและคณะ, 2554; เสาวลักษณ์และคณะ, 2555; อุบล, จุริพร, และคณะ, 2557; Mamon, 2006) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 3 สัปดาห์ เนื่องจาก ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมที่ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ในการดำเนินโปรแกรม สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ มีการลดลงของคะแนนการเกิดและความรุนแรงของอาการหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัชนิกร, 2552; เสาวลักษณ์และคณะ, 2555; Mamon, 2006) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับบริบทของแหล่งเก็บข้อมูล ที่มีการนัดผู้ป่วยมาเรื่อง ด้านมที่ ได้รับเคมีบำบัดสูตรเอซีและเอฟเอซีมารับยาเคมีบำบัดทุก 3 สัปดาห์

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จการบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2556-2560 (สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) และ ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ได้มีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัดเพื่อประกอบการรับการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลจากสำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นหนึ่งในแปดตัววัดผลลัพธ์การจัดการอาการตามแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) อีกทั้งผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัดย่อมมีอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งผลกระทบจาก โรคหรือผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดที่เมื่อเกิดอาการขึ้นแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัดจะอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ทั้งจากการประเมินโดยรวมหรือการประเมินรายด้านทั้งสี่ด้าน ด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพทางกาย ด้านที่เกี่ยวกับจิตใจ ด้านที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางสังคม และด้านที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (ทับทิม

และคณะ, 2553) การเกิดกลุ่มอาการที่เพิ่มมากขึ้นมีผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดลดลง (Phligbua et al., 2013) การสามารถระบุกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจะสามารถช่วยในการวางแผนการรักษาเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Stiel et al., 2014) รวมถึงการเข้าใจและสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ดีจะนำไปสู่การจัดการกับกลุ่มอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ (Chaiviboontham et al., 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการวัดผลลัพธ์การจัดการอาการที่เกิดขึ้นมักเป็นการวัดผลการจัดการกับอาการโดยวัดผลจากระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (บุษบา, 2544; ปริญา, 2542; ปุณยบุษ, 2554; วรพรรณและคณะ, 2554) ยังไม่พบการวัดผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการอาการที่เกิดขึ้น โดยการวัดระดับคุณภาพชีวิตที่มีองค์ประกอบที่สามารถอธิบายถึงตัววัดผลลัพธ์การจัดการอาการตามแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001)

อีกทั้งคุณภาพชีวิตที่ดียังเป็นเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศต่างๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สามารถทำได้ดี รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ทางด้านสุขภาพได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการในการรักษาพยาบาล ไม่ใช่เพียงให้หายจากโรคหรือรอดชีวิตเท่านั้น แต่รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมและภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (พรหมทิพา, 2554) และหากผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของตัววัดผลลัพธ์อื่นๆตามตัววัดผลลัพธ์ในแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ก็ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกคุณภาพชีวิตมาเป็นตัวแปรในการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในครั้งนี้

ความหมายของคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิตนั้น ได้มีผู้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตและความผาสุกที่สามารถนำมาใช้ในการสื่อความหมายร่วมกันได้หลากหลาย ดังประกอบด้วย

คุณภาพชีวิต (Quality of life) มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตอย่างหลากหลายและมีการใช้คำหลายคำที่ใช้เพื่อสื่อความหมายถึงคุณภาพชีวิต เช่น ความผาสุก (Well-being) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ภาวะสุขภาพ (health status) ภาวะการณ์ทำหน้าที่ (functional status) (วงจันทร์, 2554)

เฟอร์แรนและพาวเวอ (Ferrans & Power, 1985) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ความผาสุก (sense well – being) ในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ จิตใจและจิตวิญญาณ ครอบครัวยุติธรรมและเศรษฐกิจ ที่บุคคลนั้นๆ คิดว่ามีความสำคัญสำหรับตน

เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ตามช่วงเวลาและสถานที่ที่เกี่ยวข้อง การมีความรู้สึกที่เป็นสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

คุณภาพชีวิต เป็นสภาวะที่ผสมผสานระหว่างกาย จิต อารมณ์ สังคม เป็นมุมมองของบุคคลแต่ละคน ที่มีต่อสภาวะของชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่า ในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความหวังของเขา การประเมินคุณภาพชีวิตมีความสำคัญอย่างมาก ในการที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษา มีผลกระทบต่อผู้ป่วย จากมุมมองของผู้ป่วยเองเป็นประโยชน์ในการติดตามประเมินภาวะสุขภาพของประชากร ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ของการรักษา และการดูแลทางสุขภาพ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (เสาวลักษณ์, จิตรา, คะนิงนิจ, และดวงรัตน์, 2555)

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยหรือผู้รอดชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งว่าตนมีความสามารถในการทำหน้าที่ หรือมีความผาสุกในมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ นำไปสู่ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (วงจันทร์, 2554)

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1994) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นมโนทัศน์ที่มีหลายมิติ มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล

โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ถึงความผาสุก ความรู้สึกความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นความรู้สึกเฉพาะส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ความรู้สึกความพึงพอใจในมิติของร่างกาย อารมณ์/จิต สังคม/ครอบครัว และการปฏิบัติกิจกรรม และยังเป็นตัวบ่งชี้ที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งมักพบเป็นการศึกษาที่ครอบคลุม การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบการกล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการอธิบายไว้อย่างหลากหลาย อันประกอบด้วย

เฟอเรลล์ (Ferrell, 1996) ได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งโดยอธิบายองค์ประกอบแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) ความรู้สึกร่างกายในการควบคุมบรรเทาความเจ็บป่วยของตน การดูแลสุขภาพของตนเองให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมบูรณ์

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) การรับรู้สภาพจิตของตน การเผชิญต่อความรู้สึกเจ็บป่วย ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล

3. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) การยอมรับการรับรู้คุณค่าของตนเอง ความหวัง ความเชื่อในศาสนา

4. ความผาสุกด้านสังคม (social well-being) การรับรู้บทบาท ความสัมพันธ์ของตนเองต่อบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม

ฟลานาแกน (Flanagan, 1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 องค์ประกอบ คือ

1. มีความสุขสบายด้านร่างกายและวัตถุ เช่น มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีอาหารที่เพียงพอ มีที่พักอาศัยและมีความมั่นคงปลอดภัย

2. มีสัมพันธภาพที่ดี เช่น สัมพันธภาพกับบิดา มารดา คู่สมรส ญาติ เพื่อนและบุคคลอื่น

3. มีกิจกรรมและมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน รวมทั้งมีโอกาช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และมีการดำเนินชีวิตตามพัฒนาการ เช่น พัฒนาการด้านสติปัญญา มีการเรียนรู้สนใจการเรียน เข้าใจตนเอง รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง ทำงานที่น่าสนใจ ได้รับค่าตอบแทนที่ดี และแสดงความรู้สึกออกมาในทางสร้างสรรค์

5. มีการสันทนากการ เช่น สังคมกับผู้อื่น อ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

เฟอร์แรนและพาวเวอร์ (Ferrans & Power, 1992) พิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากความพึงพอใจในชีวิต แบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. สุขภาพและการทำหน้าที่ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การมีกิจกรรมในครอบครัว และการเดินทาง
2. สังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ การทำงาน เพื่อนร่วมงาน และที่อยู่อาศัย
3. จิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความสุขสงบทางจิตใจ การบรรลุถึงเป้าหมายของชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต ความเป็นอยู่
4. ครอบครัว ได้แก่ การมีความสุขภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บุตร และภาวะสุขภาพของครอบครัว

ซาน (Zhan, 1992) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 4 ด้านคือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิต
2. ด้านอัตตมโนทัศน์ (self concept) เป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง มีการยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง รวมถึงภาพลักษณ์ของตนเอง
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในด้านร่างกายสุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
4. ด้านสังคมเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจในด้านสังคมทั่วไป รวมถึงรายได้อาชีพ และการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 องค์ประกอบ คือ (1) ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) การรับรู้ความรู้สึกของบุคคล ต่ออาการรวมของโรค เช่น อาการปวด หรืออาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา (2) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (social/family well-being) เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน รวมถึงปริมาณการมีกิจกรรมทางสังคม (3) ความผาสุกด้าน

อารมณ์จิตใจ (emotional well-being) เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการรับมือและสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์กับความรู้สึกมีความสุขจนถึงความรู้สึกเครียด และ (4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (functional well-being) เป็นสิ่งที่หมายถึง วิธีที่ดีที่สุดที่แต่ละคนสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ เช่น การดูแลตนเอง การจัดการบ้านหรือที่ทำงาน ที่สอดคล้องกับการศึกษาของเซลลาและโนวินสกี (Cella & Nowinski, 2002) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมความเป็นองค์รวมของบุคคล อีกทั้งเป็นแนวคิดของการสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast [FACT-B] Version 4) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยรัตนธรรารและคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินผลลัพธ์การจัดการกับกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

การประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นมีอยู่หลากหลาย การที่จะเลือกนำแบบประเมินใดมาใช้ก็นั้น ก็ย่อมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของศึกษา วัตถุประสงค์การดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยหรือผู้ดูแลพิจารณาแล้วว่าเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการประเมินผลคุณภาพชีวิตเพื่อให้ได้มาซึ่งการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการศึกษาและการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (generic instrument) เป็นเครื่องมือที่ผู้ใช้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มผู้ป่วย มีความครอบคลุมสามารถประเมินได้ทุกด้านของคุณภาพชีวิต ซึ่งจะประกอบด้วยประเมินด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างน้อย แต่อย่างไรก็ตาม แบบประเมินคุณภาพชีวิตประเภทนี้ยังขาดการประเมินในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและการทำหน้าที่ของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับโรคนั้นอย่างเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่อยู่ในประเภทนี้ เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยที่เรียกว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) มีการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha

coefficient) เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการ ข้อคำถามในแบบประเมินแบ่งเป็น 2 แบบ คือ ภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ รวมมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน

2. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (specific instrument) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบ่งชี้ทางการแพทย์โดยเฉพาะ หรือเป็นการประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายเฉพาะด้าน หรือเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาที่ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป คือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่เจาะจงชนิดของมะเร็ง เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป (Functional Assessment of Cancer Therapy-Genreal [FACT-G] Version 4) ของเซลลา (Cella, 1997) ที่มีการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบกับตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยพบว่ามีความเที่ยงเท่ากับ .75-.90 (Ratanatharathorn et al., 2001) ประกอบด้วยประเมินการรับรู้ความผาสุก 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) ความผาสุกด้านร่างกาย (2) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (3) ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ และ (4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 27 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินในการเลือกตอบแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ 0 - 4 ได้แก่ ไม่เคยให้คะแนนเป็น 0 เล็กน้อยให้คะแนนเป็น 1 ปานกลางให้คะแนนเป็น 2 ค่อนข้างมากให้คะแนนเป็น 3 มีมากให้คะแนนเป็น 4 รวมมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 0-108 คะแนน

2.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งแบบเฉพาะเจาะจงชนิด คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่เจาะจงชนิดของมะเร็ง เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of cancer Therapy-Breast [FACT-B] Version 4) ของเซลลา (Cella, 1997) ที่มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยรัตนธรรธรและคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001) พบว่ามีความเที่ยงเท่ากับ .91 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป (Functional Assessment of Cancer Therapy-Genreal [FACT-G] Version 4) ร่วมกับข้อคำถามคุณภาพชีวิตเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอีก 10 ข้อ รวมมีข้อคำถาม

ทั้งสิ้น 37 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินในการเลือกตอบแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ 0 - 4 ได้แก่ ไม่เคย ให้คะแนนเป็น 0 เล็กน้อยให้คะแนนเป็น 1 ปานกลางให้คะแนนเป็น 2 ค่อนข้างมาก ให้คะแนนเป็น 3 มากที่สุดให้คะแนนเป็น 4 รวมมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 0 - 148 คะแนน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบการนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (คณิงนิจ, พิจิตรา, พรพรรณ, และวันทกานต์, 2557; เบญจมาศและสุธาสินี, 2554; ปราณี, ภาวิณี, และพรฤดี, 2551)

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of cancer Therapy-Breast [FACT-B]) ที่มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยรัตนธรรและคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่เจาะจงการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีการศึกษาที่แพร่หลายและมีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมที่แตกต่างกันออกไป เช่น

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (อุบล, ฉวีรัฐชญา, และจรีพร, 2551) ใช้ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 1 เดือน ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

การศึกษาผลของอิทธิพลการส่งเสริมการรับประทานอาหารต่อการบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง แบบสุ่มการทดลอง (Influence of a nutritional intervention on dietary intake and quality of life in cancer patients: A randomized controlled trial) (Alexandra et al., 2013) ที่มีการดูแลด้านจิตใจร่วมด้วยโดยใช้ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 3 เดือน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองสามารถรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม

การศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และผู้ดูแลหลักในครอบครัว (มันทิกาและพิมภา, 2555) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 3 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการแสดงทางระบบทางเดินอาหารภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด (จุฑามาศ, อัมภพร, และน้ำอ้อย, 2556) ใช้ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p = .036$)

การศึกษาผลของอิทธิพลการฝึกอบรมการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด (Stephen, Samuel, Arun, Abraham, & Vidyasagar, 2011) ใช้ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้วิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้นจะใช้ระยะเวลาในช่วง 3 สัปดาห์ ถึง 12 สัปดาห์ ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ เนื่องจากสอดคล้องกับบริบทของแหล่งเก็บข้อมูลที่มีการนัดผู้ป่วยเพื่อมารับยาเคมีบำบัดสูดเอซีและเอฟเอซี ทุก 3 สัปดาห์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของมะเร็งเต้านมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ประสิทธิภาพอาการ การจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย มีการประเมินประสิทธิภาพอาการ การสอนและฝึกทักษะการจัดการอาการ และการติดตาม กระบวนการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าทางโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 3 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและ

อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ โดยโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

จากนั้นผู้วิจัยร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสรุปถึงประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยต้องการจัดการเพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

2.1 การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการในข้อคำถามใช้วิธีใดในการจัดการอาการ จัดการเมื่อใด จัดการที่ไหน จัดการทำไม จัดการมากน้อยเพียงใด จัดการโดยใคร จัดการให้ใคร และจัดการอย่างไร

2.2 การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลวิธีการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2.3 การฝึกทักษะการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าด้วยการเดินออกกำลังกาย

2.4 การติดตาม กระตุ้นการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าทางโทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

ผู้ป่วยประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดที่นับวันจะสูงขึ้น และเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นมากที่สุดในประเทศหญิงในประเทศไทย อีกทั้งเมื่อตรวจพบอาการของโรคมักพบเมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลาม ทำให้การรักษาผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น การรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการใช้รังสีรักษาอาจไม่เพียงพอต่อการใช้บรรเทาอาการของผู้ป่วยลงได้ จึงต้องใช้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเพิ่มเติม เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการของผู้ป่วยลง อย่างไรก็ตามแม้ว่าเคมีบำบัดจะเป็นการรักษาที่สามารถช่วยลดการแพร่กระจายของมะเร็งไม่ให้เพิ่มขึ้นได้ แต่ในขณะเดียวกันเคมีบำบัดก็สามารถทำลายเซลล์ปกติของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์อาการต่างๆ จากทั้งอาการของโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมักมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เมื่ออาการหนึ่งเกิดขึ้นก็จะส่งผลให้อีกหนึ่งอาการเกิดขึ้นด้วย จนรวมกันเป็นกลุ่มอาการ กลุ่มอาการที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด คือ กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ที่ประกอบด้วย 7 อาการ คือ อาเจียน เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร เวียนศีรษะ ง่วงซึม หายใจถี่ และท้องอืด จากอาการที่อยู่ในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงภายหลังการได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จากการศึกษาที่ผ่านมาผู้วิจัยไม่พบการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการในมิตigroupอาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด แต่พบมีการศึกษาผ่านการจัดการอาการที่เกิดขึ้นแบบเจาะจงเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยการใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ที่ประกอบด้วย มโนคติหลัก 3 ด้าน คือ ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยผลลัพธ์ที่นำมาใช้ในการวัดผลลัพธ์ของการจัดการกลุ่มอาการ คือ คุณภาพชีวิตที่เป็นหนึ่งในแปดของตัววัดผลลัพธ์การจัดการอาการตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ซึ่งวิธีการจัดการกับอาการประกอบด้วย การให้ข้อมูล ความรู้ การสนับสนุน การฝึกทักษะ และการติดตามให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองจากพยาบาลผู้ดูแล

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการศึกษาใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย และพยาบาลผู้ดูแลมีบทบาทในการให้ข้อมูล ความรู้ การสนับสนุน การฝึกทักษะ และการติดตามให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อลด ประสิทธิภาพอาการที่เกิดขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ประสิทธิภาพอาการที่เกิดขึ้น และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

บริบทของสถานที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษา ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับเคมีบำบัด ทุกวันราชการ เวลา 8.00- 16.00 น. กรณีผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดนอกเวลาราชการในวันราชการจะมีพยาบาลประจำการดูแลผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา โดยผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยได้ในช่วงของการรอรับเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้
 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบความน่าจะเป็น (nonprobability sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะ 2, 3 และ 4 ของโรค

3. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีประวัติการได้รับเคมีบำบัดสูตรเอซีหรือเอฟเอซี ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป

4. มีประสบการณ์อาการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

5. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

6. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดอยู่ในภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างออกในระหว่างการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันจากการศึกษาของวรพรรณและคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สูตรการคำนวณของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ .90 (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยได้ปรับค่าขนาดอิทธิพลเป็น .80 เนื่องจากการมีข้อแตกต่างกันของโปรแกรมที่จะนำมาศึกษา การปรับค่าขนาดอิทธิพลลงจะทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีขนาดใหญ่ขึ้น จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ผู้วิจัยได้มีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างด้วยการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ต่อกลุ่ม (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) คิดเป็นเพิ่มขึ้น 4 รายต่อกลุ่ม ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 ราย ซึ่งส่งผลให้การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 ราย

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การจับคู่ (matching methods) ตามเกณฑ์ที่กำหนดให้มีคุณสมบัติเหมือนกันในเรื่องการรักษาที่ได้รับ สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ (สูตรเอซี หรือ สูตรเอฟเอซี) และระยะของโรคมะเร็งเต้านม เพื่อให้ประสิทธิผลการรักษาของกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน และไม่ให้เกิดความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง มีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจนครบก่อนจะมีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่นำไปใช้เพื่อลดประสิทธิผลการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบรายบุคคล โปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินประสิทธิผลการจัดการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า (2) การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และ (3) ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมรวม 3 สัปดาห์ (ภาคผนวก ข)

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย

1.2.1 แบบติดตามประสิทธิผลการรักษาและการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) เนื้อหาประกอบด้วย (1) การประเมินประสิทธิผลการรักษา การรับรู้อาการประสิทธิผลการรักษาที่ดี ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น (2) วิธีการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า มีการใช้แบบติดตามประสิทธิผลการรักษาและการ

จัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้านี้ในการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ขณะอยู่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยรับทราบข้อมูลประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วย แล้วนำผลจากข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประกอบการส่งเสริมการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยต่อไป (ภาคผนวก ก)

1.2.2 แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาที่อธิบายถึงการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วยหัวข้อ วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการ สื่อการสอน ระยะเวลา และการประเมินผล (ภาคผนวก ง)

1.2.3 คู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการและกลวิธีการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีเนื้อหาประกอบด้วย (1) กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และ (2) กลวิธีการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ดังตัวอย่างของคู่มือในภาคผนวก จ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ภาคผนวก ฉ)

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้หลัก รายได้ส่วนตัวต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ระยะของโรคและจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยข้อมูลสูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ ระยะของโรคและจำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

2.2 แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการ (Dodd et al., 2001) โดยผู้วิจัยได้ระบุหัวข้ออาการที่จะศึกษาเป็นกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอ่อนล้า จำนวน 7 ข้อ คือ อาการอาเจียน เหนื่อยล้า

เมื่ออาหาร เวียนศีรษะ ง่วงซึม หายใจสั้น และท้องอืด มีเกณฑ์การประเมินโดยให้เลือกว่าที่ผ่าน มามีอาการหรือไม่มีอาการ ถ้าไม่เคยมีอาการให้ระบุว่า “ไม่มี” ถ้าเคยมีอาการให้ระบุว่า “มี” โดย เกณฑ์ที่ผู้ตอบรับรู้ว่ามีอาการ จากนั้นเลือกตอบว่ามีความถี่และความรุนแรงเพียงใด โดยความถี่ของ อาการแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง นานๆ ครั้ง (2 - 3 สัปดาห์/ครั้ง) 2 หมายถึง บางครั้ง (1 - 2 วัน/สัปดาห์) 3 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย (3 - 4 วัน/สัปดาห์) และ 4 หมายถึง เกือบตลอดเวลา (5 - 7 วัน/สัปดาห์) ข้อคำถามด้านความรุนแรงของอาการแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่มีอาการรุนแรง 1 หมายถึง มีอาการรุนแรงเล็กน้อย 2 หมายถึง มีอาการรุนแรงปานกลาง 3 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก และ 4 หมายถึง มีอาการรุนแรงมากที่สุด สำหรับการแปลผล ประสิทธิภาพอาการในมิติ ความถี่และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น จะใช้ค่าเฉลี่ยของความถี่ และความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในมิตินั้นๆ ด้วยการนำคะแนนประสิทธิภาพอาการที่เกิดขึ้นมา รวมกันแล้วหารด้วยจำนวนอาการที่ผู้ป่วยมีประสิทธิผลอาการ ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลอาการในมิติ ความถี่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1 - 4 และมิติความรุนแรงมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 0 - 4 โดยค่าเฉลี่ยประสิทธิผล อาการในมิติความถี่และความรุนแรงของอาการที่สูงขึ้นจะหมายถึงประสิทธิผลอาการที่สูงขึ้นด้วย

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast [FACT-B] Version 4) ของเซลลา (Cella, 1997) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยรัตนธรรธรและคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย มะเร็งเต้านม ที่มีข้อคำถามทั้งสิ้น 37 ข้อ โดยมีการประเมินการรับรู้ความผาสุก 4 ด้าน รวม 27 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 1) ความผาสุกด้านร่างกาย เป็นข้อคำถามทางลบทั้ง 7 ข้อ 2) ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว เป็นข้อคำถามทางบวก ทั้ง 7 ข้อ 3) ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ เป็นข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก 1 ข้อ และ 4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม เป็นข้อคำถามด้านบวก ทั้ง 7 ข้อ รวมทั้งการรับรู้ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 8 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินในการเลือกตอบแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 0 - 4 คะแนน ในข้อคำถามด้านบวก สำหรับข้อคำถามด้านลบมีการกลับคะแนน ดังนี้

เกณฑ์การประเมิน	ทางบวก	ทางลบ
ไม่เลย	0	4
เล็กน้อย	1	3

เกณฑ์การประเมิน (ต่อ)	ทางบวก	ทางลบ
ปานกลาง	2	2
ค่อนข้างมาก	3	1
มากที่สุด	4	0

โดยมีการคิดคะแนนเป็นรายด้าน ดังนี้ ความผาสุกด้านร่างกาย (7 ข้อ) คะแนนระหว่าง 0 - 28 ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (7 ข้อ) คะแนนระหว่าง 0 - 28 ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ (6 ข้อ) คะแนนระหว่าง 0 - 24 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (7 ข้อ) คะแนนระหว่าง 0 - 28 และด้านอื่นๆเพิ่มเติม ที่เป็นข้อคำถามเฉพาะ โรคมะเร็งเต้านม (10 ข้อ) คะแนนรวมระหว่าง 0 - 40 คะแนน ดังนั้นแบบประเมินจึงมีคะแนนรวมทั้งสิ้นระหว่าง 0 - 148 คะแนน แต่แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of Breast Cancer Therapy [FACT-B] Version 4) ในด้านความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว นั้นในแบบประเมินจะมีข้อคำถามทั้งสิ้น 7 ข้อ สำหรับคำถามข้อ 7 ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกที่จะไม่ตอบได้ ซึ่งหากผู้ตอบแบบสอบถามไม่ตอบข้อคำถามในข้อนี้แบบสอบถามจะเหลือข้อคำถามทั้งสิ้น 36 ข้อ คะแนนรวมทั้งสิ้นจะอยู่ระหว่าง 0 - 144 คะแนน ในการแปลผลคุณภาพชีวิตใช้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมาเป็นหน่วยในการเปรียบเทียบ ดังนั้นค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จึงคำนวณได้จากการนำคะแนนรวมของคุณภาพชีวิตที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อที่ผู้ป่วยตอบแบบประเมิน ทำให้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 0 - 4 โดยค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นหมายถึงคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) การวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในส่วนของแบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 2 ท่าน เมื่อได้รับการ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในประเด็นการเพิ่มเติมคำอธิบายการจัดการแต่ละอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) จากการหาความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity for Scale [S - CVI]) ของแบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบมีค่า S - CVI เท่ากับ 1.0 ทั้ง 2 ฉบับ อีกทั้งผู้วิจัยได้มีการปรับแก้แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะ ให้ผู้วิจัยปรับแก้การจัดลำดับอาการในแบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มอาการที่ต้องการศึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) เมื่อแบบสอบถามได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือในส่วนของแบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าและแบบประเมินคุณภาพชีวิตไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลจากการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าเมื่อใช้กับผู้ป่วย จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test-retest method) พบว่า แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ได้ค่าเท่ากับ .98 ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยอีก จำนวน 30 ราย ได้นำมาหาค่าความเที่ยงแบบวัดความคลออดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

การศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 3 ราย พบว่า พบอุปสรรคของกลุ่มส่งเสริมการจัดการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่มีขนาดตัวอักษรเล็ก ผู้วิจัยจึงได้ปรับขนาดของตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยวางแผนการดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียม

1.1 ผู้วิจัยเตรียมตัวในด้านของความรู้ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และด้านคุณสมบัติของผู้ทำการวิจัยในมนุษย์ โดยได้เข้าร่วมการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับประกาศนียบัตรการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice: GCP) จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ร่วมกับเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

1.2 หลังจากนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้และกรรมการจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (1) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 1 คน (2) ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และอธิบายการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินประสบการณ์กลุ่มอาการและคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัย และ (3) ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมทุกราย โดยที่ไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างรายใดเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันอคติในการเก็บข้อมูลผลลัพธ์การดำเนิน โปรแกรม

1.5 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผ่านทางพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วย ณ หน่วยเคมีบำบัด แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 24 ราย โดยใช้การจับคู่ตามเกณฑ์การรักษาที่ได้รับ สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และระยะของโรคที่ได้รับเคมีบำบัด ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 24 ราย ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และสามารถปรับตัวยอมรับกับโรคที่ตนเป็นอยู่ได้ จากการประเมินของแพทย์หรือพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วย ในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างนั้นพยาบาลประจำการจะเป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยต่อไป

2. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ณ หน่วยเคมีบำบัด) ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต พร้อมทั้งแจ้งผู้ป่วยขออนุญาตเข้าพบผู้ป่วยเพื่อขอให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการ

เหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมารับเคมีบำบัดตาม แพทย์นัด (21 วันหลังได้รับเคมีบำบัด) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ (30 นาที)

ครั้งที่ 2 (หลังได้รับเคมีบำบัดวันที่ 21 ณ หน่วยเคมีบำบัด) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วย เพื่อขอให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและมอบ คู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายเนื้อหาในคู่มือส่งเสริมการจัดการ กลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า แก่ผู้ป่วยทราบ และแจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดการวิจัย (30 – 40 นาที)

2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนิน โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยดำเนิน กิจกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ณ หน่วยเคมีบำบัด)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์อาการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

1.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (5 นาที)

1.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน ประสบการณ์อาการ ในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมิน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (10 นาที)

1.3 ผู้วิจัยร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสรุปถึงประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยต้องการจัดการเพื่อลด อาการที่เกิดขึ้น (5 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

2.1 ผู้วิจัยร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการรวมกับผู้ป่วย ในข้อคำถามใช้วิธีใดในการจัดการอาการ จัดการเมื่อใด จัดการที่ไหน จัดการทำไม จัดการมากน้อย เพียงใด จัดการโดยใคร จัดการให้ใคร และจัดการอย่างไร (10 นาที)

2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และกลวิธีการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (20 นาที)

2.3 ผู้วิจัยฝึกทักษะการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าด้วยการเดินออกกำลังกาย (20 นาที)

ครั้งที่ 2 (หลังได้รับเคมีบำบัด วันที่ 7) และครั้งที่ 3 (หลังได้รับเคมีบำบัด วันที่ 14)

2.4 การติดตาม กระบวนการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยผู้วิจัยดำเนินการติดตามประสบการณ์อาการและการจัดการอาการในกลุ่มทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ตามแบบประเมินประสบการณ์อาการและการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ร่วมกับการกระตุ้นการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้คู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าทางโทรศัพท์ (ครั้งละ 15 – 20 นาที)

ครั้งที่ 4 (หลังได้รับเคมีบำบัด วันที่ 21 ณ หน่วยเคมีบำบัด)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยและขอความร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย เพื่อแจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดการวิจัย (20-30 นาที) โดยโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีขั้นตอนการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังภาพ 2



ภาพ 2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้ดูแลหรือพยาบาลประจำการแล้วว่ารับรู้ว่าคุณป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและสามารถปรับตัวยอมรับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้ โดยมีพยาบาลประจำการเป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างทราบ (ภาคผนวก ข) พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็มีสิทธิ์ยกเลิกหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับการบริการทางการแพทย์หรือการรักษาทางการแพทย์แต่อย่างใด และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองก็ยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลประจำการ ณ หน่วยเคมีบำบัดให้อยู่คงเดิม ในการวิจัยครั้งนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางด้านจิตใจหรือต้องการความช่วยเหลือและขอคำปรึกษาผู้วิจัยจะหยุดการดำเนินโปรแกรมพร้อมทั้งให้การพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ ในการนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยใดเกี่ยวกับงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยต่อไป และกลุ่มควบคุมก็ได้รับคู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าเมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ไม่เกิดกรณีการกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางด้านจิตใจ ที่ต้องการความช่วยเหลือและขอคำปรึกษาจากผู้วิจัย รวมทั้งไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ขอยกเลิกหรือออกจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละสำหรับข้อมูลมาตรานามบัญญัติ ค่าเฉลี่ยสำหรับข้อมูลมาตราอัตราส่วน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test) สำหรับข้อมูลส่วนที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามสถิติไค-สแควร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติไลค์ลิฮูด เรโซ (Likelihood Ratio) และสถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซก เทส (Fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการและคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน-หลังทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ร่วมกับการใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) กับตัวแปรประสพการณ์อาการด้านความถี่ เนื่องจากพบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรประสพการณ์อาการด้านความถี่ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า เป็นตัวแปรร่วม ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการด้านความถี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า เพื่อกำจัดอิทธิพลของค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ออกจากค่าเฉลี่ยประสพการณ์อาการด้านความถี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที คือ การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสไมนอฟ (Kolmogotov-

Sminov) และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (Homogeneity of Variance) โดยใช้สถิติลีวินส์ เทส (Levene's test) ของชุดข้อมูล และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ผลการทดสอบมีดังนี้ (ภาคผนวก ข)

(1). การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสไมนอฟ (Kolmogotov-Sminov) ของค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิต พบว่า ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิต ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($p > .05$)

(2). การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (Homogeneity of Variance) โดยใช้สถิติลีวินส์ เทส (Levene's test) ของชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ชุดข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

(3). การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรร่วม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้ากับตัวแปรตาม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยตรวจสอบจากแผนภาพการกระจาย (scatter plot) พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

4. การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า (homogeneity of regression slope) พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .64$)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 48 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 24 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 24 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม 2559 ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการบรรยายประกอบตารางเป็นลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลส่วนบุคคลด้าน โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับ

ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า
2. สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. สมมติฐานข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

4. สมมติฐานข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาสรุปผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุมเท่ากับ 51.92 ปี ($SD = 9.59$, $Min = 32$, $Max = 72$) และอายุเฉลี่ยกลุ่มทดลองเท่ากับ 51.67 ปี ($SD = 7.77$, $Min = 36$, $Max = 66$) เป็นกลุ่มอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกร ประมงและแม่บ้าน แหล่งที่มาของรายได้หลักมาจากตนเอง รายได้ส่วนตัวต่อเดือน 3,000 – 10,000 บาท ใช้สิทธิประกันสุขภาพในการรักษาและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา โดยข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square และ Likelihood Ratio พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นข้อมูลระดับการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 48$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ($n = 24$)		กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		Statistics p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
หญิง	24	100	24	100	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 24)		กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 24)		Statistics	<i>p</i> value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					.57 ^a	.90
30-40	2	8.3	1	4.2		
41-50	11	45.8	12	50.0		
51-60	6	25.0	7	29.2		
> 60	5	20.8	4	16.7		
อายุเฉลี่ย (ปี) กลุ่มควบคุม (<i>M</i> = 51.92, <i>SD</i> = 9.59, <i>Min</i> = 32, <i>Max</i> = 72)						
อายุเฉลี่ย (ปี) กลุ่มทดลอง (<i>M</i> = 51.67, <i>SD</i> = 7.77, <i>Min</i> = 36, <i>Max</i> = 66)						
ระดับการศึกษา					32.34 ^b	<.001
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	8.3	7	29.2		
ประถมศึกษา	9	37.5	1	4.2		
มัธยมศึกษา	1	4.2	10	41.7		
อนุปริญญา	3	12.5	6	25.0		
ปริญญาตรี	9	37.5	-	-		
สถานภาพสมรส					1.64 ^a	.44
โสด	2	8.3	5	20.8		
คู่	19	79.2	17	70.8		
หม้าย	3	12.5	2	8.3		
อาชีพ					3.37 ^a	.49
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	8.3	2	8.3		
ค้าขาย/อาชีพอิสระ	4	16.7	2	8.3		
รับจ้าง	10	41.7	8	33.3		
เกษตรกร/ประมง	3	12.5	8	33.3		
แม่บ้าน	5	20.8	4	16.7		

หมายเหตุ a: Likelihood Ratio, b: Pearson Chi-square

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Statistics	p value
	(n = 24)		(n = 24)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
แหล่งที่มาของรายได้หลัก					1.50 ^a	.68
ตนเอง	13	54.2	14	58.3		
สามี	2	8.3	4	16.7		
บุตร	4	16.7	2	8.3		
ตนเองและสามี	5	20.8	4	16.7		
รายได้ส่วนตัว/เดือน					.58 ^a	.74
3,000-10,000 บาท	13	54.2	12	50.0		
10,001-20,000 บาท	9	37.5	11	45.8		
20,001-30,000 บาท	2	8.3	1	4.2		
สิทธิการรักษา					.31 ^a	.85
ประกันสุขภาพ	17	70.8	17	70.8		
ประกันสังคม	3	12.5	2	8.3		
ข้าราชการ	4	16.7	5	20.8		

หมายเหตุ a: Likelihood Ratio

2. ข้อมูลส่วนบุคคลด้าน โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันจากการจับคู่ในเรื่องการรักษาที่ได้รับ สูตรเคมีบำบัดและระยะของโรคมะเร็งเต้านม กล่าวคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม 3 และ 4 เดือน มีประวัติการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดเท่ากันทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 50) และทั้งสองกลุ่มได้รับเคมีบำบัดสูตรเอซี มากกว่าสูตรเอฟเอซี (ร้อยละ 70.8 และ 29.2 ตามลำดับ) จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นการได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 มากที่สุดทั้งสองกลุ่ม โดยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ของโรคมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 83.3 ทั้งสองกลุ่ม) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square Likelihood Ratio และ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้าน โรคมะเร็ง เต้านมและการรักษาที่ได้รับ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลด้าน โรคมะเร็งเต้านมและการรักษาที่ได้รับของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 48$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม ($n = 24$)		กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		Statistics	p value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งเต้านม					
2 เดือน	2	8.3	7	29.2		
3 เดือน	5	20.8	8	33.3		
4 เดือน	8	33.3	5	20.8		
5 เดือน	4	16.7	2	8.3		
6 เดือน	3	12.5	1	4.2		
> 6 เดือน	2	8.3	1	4.2		
การรักษาที่ได้รับ					.00 ^b	1.00
เคมีบำบัด	12	50.0	12	50.0		
การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด	12	50.0	12	50.0		
สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ					.00 ^b	1.00
AC	17	70.8	17	70.8		
FAC	7	29.2	7	29.2		
จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด					8.03 ^a	.09
ครั้งที่ 2	5	20.8	14	58.3		
ครั้งที่ 3	9	37.5	5	20.8		
ครั้งที่ 4	5	20.8	3	12.5		
ครั้งที่ 5	4	16.7	1	4.2		
ครั้งที่ 6	1	4.2	1	4.2		

หมายเหตุ : a: Likelihood Ratio, b: Pearson Chi-square

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Statistics	p value
	(n = 24)		(n = 24)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะของโรค					.00 ^c	1.00
ระยะที่ 2	20	83.3	20	83.3		
ระยะที่ 3	4	16.7	4	16.7		

หมายเหตุ : c: Fisher's exact test

และจากการรวบรวมข้อมูลการประเมินประสบการณ์อาการของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า อาการที่มีผู้ป่วยรายงานการรับรู้อาการมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม คือ อาการเหนื่อยล้า ($n = 24$, $n = 22$ ตามลำดับ) รองลงมา คือ อาการเบื่ออาหาร ($n = 21$, ทั้งสองกลุ่ม) โดยอาการที่มีความถี่ของการเกิดขึ้นของอาการตลอดเวลามากที่สุดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ อาการเหนื่อยล้า ($n = 12$, $n = 2$ ตามลำดับ) และอาการที่มีความรุนแรงมากในกลุ่มควบคุม คือ อาการเบื่ออาหาร ($n = 12$) ในกลุ่มทดลอง คือ อาการเหนื่อยล้า ($n = 8$) ส่วนข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ($M = 3.28$, $SD = 0.86$ และ $M = 2.60$, $SD = 1.14$) ด้านสังคม/ครอบครัว ($M = 3.11$, $SD = 0.70$ และ $M = 2.65$, $SD = 1.14$) ด้านอารมณ์ จิตใจ ($M = 3.59$, $SD = 0.63$ และ $M = 2.69$, $SD = 1.08$) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($M = 2.92$, $SD = 0.65$ และ $M = 2.48$, $SD = 0.76$) และด้านเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($M = 2.90$, $SD = 1.13$ และ $M = 2.31$, $SD = 1.34$) (ภาคผนวก ฉ)

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการ

เหนื่อยล้า และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ด้านความถี่ ($M = 2.32, SD = .60$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ($M = 2.98, SD = .53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ด้านความรุนแรง ($M = 1.05, SD = .70$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ($M = 1.86, SD = .82$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ($M = 3.12, SD = .34$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ($M = 2.67, SD = .34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลอาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ด้วยสถิติทีคู่ ($n = 24$)

	กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		<i>t</i>	<i>p value</i>
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
ประสิทธิผลอาการ				
ความถี่	2.98 (.53)	2.32 (.60)	5.21	< .001
ความรุนแรง	1.86 (.82)	1.05 (.70)	3.93	.001
คุณภาพชีวิต	2.67 (.34)	3.12 (.34)	6.04	< .001

หมายเหตุ : $df = 23$

สมมติฐานข้อที่ 2 และข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ด้านความรุนแรง ($M = 1.05, SD = .70$) ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 1.99, SD = .84$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ($M = 3.12, SD = .34$) สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 2.51, SD = .36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ก่อนการใช้สถิติที่อิสระวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความรุนแรง และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า พบว่าค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความรุนแรง และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (ตาราง 4) แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของทั้งสองกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .02$) โดยความถี่ของกลุ่มควบคุม ($M = 2.61, SD = .54$) ต่ำกว่าความถี่กลุ่มทดลอง ($M = 2.98, SD = .53$) ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ด้วยสถิติความแปรปรวนร่วม โดยใช้ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม เพื่อให้มั่นใจว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นภายหลังการทดลองเป็นผลจากการเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ไม่ใช่ประสบการณ์อาการด้านความถี่ที่แตกต่างกันก่อนเข้าร่วม โปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.32, SD = .60$)

และ $M = 3.05$, $SD = .66$ ตามลำดับ, $t = 4.01$, $p < .001$, $F_{(1,45)} = 28.31$, $p < .001$) ดังตาราง 4 และ ตาราง 5

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ด้วยสถิติทีอิสระ ($N = 48$)

	กลุ่มควบคุม ($n = 24$)		กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		t	p value
	M	SD	M	SD		
	ประสบการณ์อาการ					
ความถี่						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.61	.54	2.98	.53	2.36	.02
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.05	.66	2.32	.60	4.01	< .001
ความรุนแรง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.09	.67	1.86	.82	1.02	.31
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	1.99	.84	1.05	.70	4.20	< .001
คุณภาพชีวิต						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.71	.36	2.67	.34	.36	.72
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.51	.36	3.12	.34	5.93	< .001

หมายเหตุ : $df = 46$

ตาราง 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ด้วยสถิติความแปรปรวนร่วม ($N = 48$)

ประสบการณ์อาการด้านความถี่	SS	df	MS	F	p value
กลุ่ม	9.24	1	9.24	28.31	<.001
ความแปรปรวนร่วม	3.78	1	3.78	11.57	.001
ความคลาดเคลื่อน	14.69	45	.33		

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า พบว่า ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านความถี่และด้านความรุนแรง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p = .001$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านความถี่และด้านความรุนแรง ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p = .001$ ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ดังนี้

การจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

การจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าเป็นการดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยเป็นกิจกรรมทางการแพทย์ที่ส่งเสริมการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ซึ่งเชื่อว่า ประสิทธิภาพอาการมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การประเมินอาการ การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น จะนำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นซึ่งจะเป็นกระบวนการที่นำไปสู่ผลลัพธ์ของการจัดการอาการในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผลลัพธ์ของการศึกษาครั้งนี้ คือ ประสิทธิภาพอาการในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้นำแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสามารถจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ มีผลให้เกิดการรับรู้ต่อการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นลดลง (วรพรรณ และคณะ, 2554; สิริनुชและคณะ, 2549; เสาวลักษณ์, ชีรनुช, และชดช้อย, 2555)

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ ด้วยขั้นตอนที่เริ่มต้นด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ประสิทธิภาพ การตอบสนองต่ออาการที่เคยเกิดขึ้น โดยการประเมินประสิทธิภาพอาการและการแลกเปลี่ยนประสิทธิภาพอาการที่เคยเกิดขึ้นกับตนเองร่วมกับผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดอดด์ (Dodd et al., 2001) ที่พบว่า การจัดการอาการนั้นต้องเริ่มจากการประเมินประสิทธิภาพการมีอาการของแต่ละบุคคล เพื่อนำไปสู่การค้นหาวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ต่อด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสมตามอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ด้วยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และกลวิธีการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้ากับผู้ป่วย เนื่องด้วยการทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ การดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (เสาวลักษณ์, ชีรनुช, และชดช้อย, 2555) จากนั้นมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติการ

จัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยการเดินออกกำลังกาย ซึ่งการเดินออกกำลังกายนี้มีผลให้อาการเหนื่อยล้าลดลงได้ เนื่องด้วยการเดินออกกำลังกายมีผลให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหัวใจที่เป็นจังหวะและต่อเนื่อง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้มีการกระจายตัวของหลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ร่างกายจึงมีอัตราการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อจึงได้รับออกซิเจนและสารอาหารเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Plowman & Smith, 2003) นอกจากนี้ยังมีผลให้กล้ามเนื้อเกิดการจับของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญ ได้แก่ แลคเตทออกไปทำให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีผลให้คลายความเหนื่อยล้าลงได้ ประกอบกับการออกกำลังกาย มีผลให้ร่างกายมีการหลั่งเอนดอร์ฟิน (endorphin) ซึ่งสารแห่งความสุขทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ที่ส่งผลทางอ้อมที่ช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ (Robergs & Keteyian, 2003)

จากขั้นตอนที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นล้วนเป็นขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การจัดการอาการด้วยการให้ผู้ป่วยมีการประเมินประสบการณ์อาการ ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการ วิธีการจัดการอาการ ร่วมกับการเดินออกกำลังกายสามารถลดการรับรู้อาการและความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ (วรพรรณและคณะ, 2554; เสาวลักษณ์, ชีรนุช, และชช้อย, 2555)

อีกทั้งโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้านี้ยังมีการติดตาม กระตุ้นการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยผู้วิจัยมีการติดตามประสบการณ์อาการร่วมกับการกระตุ้นการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายทางโทรศัพท์นั้นอธิบายได้ว่า การติดตามประสบการณ์อาการและการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าทางโทรศัพท์ที่ต่อเนื่องนี้ มีผลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการประเมินประสบการณ์อาการ การตอบสนองต่ออาการและค้นหาวิธีการจัดการอาการ อันส่งผลให้เกิดการจัดการอาการในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลลัพธ์ของการมีประสบการณ์อาการที่ลดลงและส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้โทรศัพท์ในการติดตามอาการของผู้ป่วยนั้น ทำให้สามารถ

แนะนำและกระตุ้นการจัดการอาการของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดได้ (Lasen et al., 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเสาวลักษณ์, ชีรนุช, และชดช้อย (2555) ที่มีการโทรศัพท์เพื่อติดตามสอบถามอาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่องหลังการได้รับเคมีบำบัด และการศึกษาของวรพรรณและคณะ (2554) ที่มีการสนับสนุนการจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้งภายหลังจากได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ที่มุ่งให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง การค้นหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการ การได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และกลวิธีการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า การฝึกทักษะการจัดการกับอาการ และการติดตาม กระตุ้นการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า นั้น มีผลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เกิดการรับรู้ประสบการณ์อาการด้านความถี่ ด้านความรุนแรงที่ลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้ดี จะนำไปสู่การจัดการกับกลุ่มอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งได้ (Chaiviboontham et al., 2011)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า พบว่าค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการความถี่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังจากทำการควบคุมประสบการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวเป็นตัวแปรร่วม ยังคงพบว่าค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำให้เห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้จริง

จากผลการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า สามารถลดประสบการณ์อาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 24 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง ธันวาคม 2559 โดยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ (test-retest method) เท่ากับ .98 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 ต่อมาได้ทำการศึกษาสำรวจโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า กับผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขคู่มือส่งเสริมการจัดการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าตามผลการศึกษานำร่อง แล้วจึงนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าไปดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นดำเนินการประมวลผลข้อมูล โดยวิเคราะห์ผลข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติที่ ซึ่งได้ผลสรุปของการวิจัยดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านความถี่และด้านความรุนแรง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(23)} = 5.21, p < .001$ และ $t_{(23)} = 3.93, p = .001$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านความถี่และด้านความรุนแรง ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,45)} = 28.31, p < .001$ และ $t_{(46)} = 4.20, p < .001$ ตามลำดับ)

2. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า มีผลให้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(23)} = 6.04, p < .001$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{(46)} = 5.93, p < .001$)

จุดแข็งและข้อจำกัดการวิจัย

จุดแข็งของงานวิจัยเมื่อทดสอบขนาดอิทธิพลและอำนาจการทดสอบ พบว่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีดังนี้ คือ ประสบการณ์อาการด้านความถี่ (effect size = .39, power analysis = 1.00) ประสบการณ์อาการด้านความรุนแรง (effect size = .26, power analysis = .97) และคุณภาพชีวิต (effect size = .54, power analysis = 1.00) ซึ่งหมายถึง โอกาสที่จะยอมรับสมมติฐานที่สรุปผิดพลาดมีโอกาสน้อย ร้อยละ 3 อีกทั้งโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้ายังเป็น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นให้มีความเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่มีได้เป็นเพียงโปรแกรมการจัดการอาการใดอาการหนึ่ง โดยใช้ระยะเวลาเพียง 3 สัปดาห์

ข้อจำกัดการวิจัยจากการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยบางรายหลังได้รับเคมีบำบัด ด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยเพียงมิติเดียว อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับพฤติกรรม

การปฏิบัติจริง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้วิจัยไม่ได้ให้คำแนะนำที่ตรงกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสามารถนำแนวคิดการจัดการอาการและ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัดได้ โดยมีประสบการณ์อาการด้านความถี่ ด้านความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถนำไปเป็นแนวคิดในการส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการอื่นๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หรือผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ได้รับเคมีบำบัด

2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้นำ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ไปใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่สามารถลดประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตหลังได้รับเคมีบำบัดต่อไป อีกทั้งยังเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถกระทำได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ด้านการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาการจัดการกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมดังนี้

3.1 เพิ่มวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นของการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการได้รับเคมีบำบัด โดยการสังเกตการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้ถูกต้อง แม่นยำยิ่งขึ้น

3.2 การศึกษาการจัดการอาการในกลุ่มอาการอื่นๆ เช่น กลุ่มอาการทางอารมณ์ กลุ่มอาการด้านภาพลักษณ์และการเปลี่ยนแปลงผิวหนัง หรือกลุ่มอาการด้านความเจ็บปวดและ

ความไม่สบาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ครอบคลุมทุกกลุ่มอาการ
เกิดประสบการณ์อาการที่ลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

3.3 ควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน เพื่อ
ประเมินและติดตามความคงอยู่ของประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้าน
ทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร วิสุทธิกุล. (2554). การจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ประสพภาวะ เบื่ออาหาร. *Journal of Nursing Science*, 29(3), 8-16.
- กฤษณา พุททวงศ์. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ค้นจาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/34336>
- คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, พิจิตรา เล็กดำรงกุล, พรพรรณ วนวโรดม, และวันทกานต์ ราชวงศ์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพทางการเงิน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(1), 15-27.
- เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF-THAI) Retrieved from http://www.dmh.go.th/test/download/files/who_qol.pdf
- จุฬามาศ กันนุช, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2556). ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและการจัดการกับอาการแสดงทางระบบทางเดินอาหารภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(1), 62-71.
- เฉลิมศรี แนวจำปา, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, นกมล โสภารัตนไพศาล. (2557). ประสพการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ IV ที่ได้รับเคมีบำบัด [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(1), 15-28.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, จุฬารักษ์ สมรูป. (2550). *คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- ชมพูนุท พงษ์ศิริ, ปราณีย์ อัสวรัตน์, และวาสนา อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2558). ผลของการใช้จินตนาการบำบัดและการกดจุดต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา. *วารสารโรคมะเร็ง*, 35(1), 2-13.
- ชุติมา ฉันทมิตร โอภาส, พิษญาภา พิษยะ, ลาวัลย์ รักษาเนาศ, และอาภรณ์ ดินาน. (2555). ประสพการณ์อาการ และวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็งจังหวัดชลบุรี. *วารสารโรคมะเร็ง*, 32(2), 45-60.

- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน ปราณี ฟูไพบเราะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2* (หน้า 17-43). กรุงเทพฯ; เอ็นพีเพรส.
- ทับทิม เปาอินทร์, เขาวรัตน์ รุ่งว่าง, และเรวัต เตียสกุล. (2553). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัด [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 28-37.
- ทิสากร สุทธิประภา. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่อความปวดขณะทำกิจกรรมการลุกนั่งของผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายใน 48 ชั่วโมงแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/.../19979>
- ชนิด วัชรพุกก์. (2550). Breast. ใน ทวีสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตร, และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ). *ตำราศัลยศาสตร์ (545-566)*. กรุงเทพฯ: ประชาชน อินเตอร์พรีน.
- บุษบา สมใจวงษ์. (2544). *ผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). ค้นจาก http://library.cmu.ac.th/digital_collection/theses/fulltext.php?id=8048#
- เบญจมาศ คุชนะ และสุชาลีณี หัสรินทร์. (2554). ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี. *วารสารโรคมะเร็ง*, 31(3), 93-105.
- ปราณี ทองใส, ภาวิณี สุขสาคร, และพรฤดี นราสงค์. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 2(2), 24-34.
- ปริญญา สนิกะวาที. (2542). *ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). ค้นจาก http://library.cmu.ac.th/digital_collection/theses/fulltext.php?id=5928&word
- ปุลณนุช เกษสุภา. (2554). *ผลของโปรแกรมการสร้างจินตภาพต่อความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). ค้นจาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/7852>
- ผ่องฉวี หิรัญจรพันธ์. (2554). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการฉายแสงร่วมกับยาเคมี*. สงขลา: คลินิกนรีเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). บทนำ. ใน *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1)(1-19). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 . ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 114 ตอนที่ 75 ก วันที่ 23 ธันวาคม 2540.

- ภัทรธีรา โรหิตโปการ. (2556). การรักษามะเร็งเต้านมเขาทำอะไรกันบ้าง. ใน ภัทรธีรา โรหิตโปการ (บรรณาธิการ). *มารู้จักมะเร็งเต้านมกันเถอะ* (40-47). สงขลา: บัณฑิต ปรินต์.
- มณฑิกา ประชากิจ และพิมพ์ สุตรา. (2555). ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 104-112.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์การจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย). ค้นจาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/6700>
- เขาวนุช คงदान. (2550). Breast cancer. ใน สิโรจน์ กาญจนปัญญาผล, จักรพันธ์ เอื้อนเศรษฐ์, และ จุมพล วัฒศรีศรี (บรรณาธิการ). *ตำราศัลยศาสตร์ทั่วไป* (จ 2)(421-434). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. (2552). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง*, 29(4), 152-161.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรพรรณ คำผืน, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, และนิตยา ภิญโญคำ. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด [อิเล็กทรอนิกส์]. *พยาบาลสาร*, 38(2), 1-17.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2551). โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ใน *โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล* (329-360). สงขลา: ก้อปปีคอร์นเนอร์ดิจิตอลปรินต์เซ็นเตอร์.
- ศิริพร พันธุ์พริ้ม, ชนกวร จิตปัญญา, และสัจจา ทาโต. (2551). ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สุขสบายและความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(1), 26-39.
- ศิริพร เสมสาร. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยเน้นหลักอริยสัจสี่ต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ค้นจาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/16596>.

- ศุภกานต์ แก่นเพชร. (2558). ประสบการณ์อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บสมองเล็กน้อยในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศุภกร หวานกระโทก, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2557). แบบแผนอาการเหนื่อยล้า การจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 50-58.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมหาชนครศรีธรรมราช, 2558. จำนวนผู้ป่วยใน *malignant neoplasm of breast (C50) ที่ให้ยาเคมีบำบัด (9925)*. นครศรีธรรมราช.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). *ทะเบียนมะเร็งระดับ โรงพยาบาล 2555*. กรุงเทพฯ: ตะวันออก.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล ระดับประเทศ พ.ศ. 2556-2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกใน พระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติสาธารณสุข ปี 2557*. ค้นจาก [http://bps2.moph.go.th/content/ สถิติสาธารณสุข-ปี-2557](http://bps2.moph.go.th/content/สถิติสาธารณสุข-ปี-2557)
- สิรินุช บุรณะเรืองโรจน์, สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ณรงค์ กิระดิวิทยานันท์, และคะเนิงนิง พงศ์ถาวรกมล. (2549). ประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 21(2), 47-62.
- สุวรรณณี สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจจิต, ประไพ อริยประยูร, และเมี้ยนมนา จิระจรัส. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง (19-27)*. สมุทรปราการ: สันทวิกิจ.
- เสาวลักษณ์ ตันติเจริญสิน, จิตรา ศิวรักษ์, คเนิงนิง พงศ์ถาวรกมล, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2555). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไป [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสาร โรคมะเร็ง*, 32(1), 2-14.
- เสาวลักษณ์ ฝอยทอง, ชีรนุช ห้านิรัตติย์, และชดช้อย วัฒนนะ. (2555). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อประสบการณ์อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24(3), 107-119.
- อภิญา ปรีสุทธิกุล, มะลิวรรณ สุคันธพันธ์, ทิพย์วรรณ อรัญตร, อรุณี เฉชาพันธุ์กุล, และนันทนภัส พรุเพชรแก้ว. (2556). ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสาร โรคมะเร็ง*, 33(3), 98-110.

- อุบล จ้วงพานิช, จุรีพร อุ่นบุญเรือน, จันทราพร ลุนลุด, อาทิตยา ประนัตสุดจ่า, และทิพวรรณ ขรรศร. (2557). ศึกษาประสิทธิผลการกดจุดด้วยตนเองและใช้สายรัดข้อมือเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 107-114.
- อุบล จ้วงพานิช, ณิชฐ์ชญา ไชยวงษ์, และจุรีพร อุ่นบุญเรือน. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการยาเคมีบำบัด [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(3), 32-42.
- อุสาค์ รุจิระวิโรจน์. (2543). *การจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล). ค้นจาก <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=45077>
- Alexandra, U., Ursula, R., Maya, R., Miklos, P., Marco, S., & Mark, H. (2013). Influence of a nutritional intervention on dietary intake and quality of life in cancer patients: A randomized controlled trial [Electronic version]. *Nutrition*, 29(2013), 1342-1349.
- Barsevick, A. M., Whitmer, K., Nail, M. L., Beck, L. S., & Dudley, N. W. (2006). Symptom clusters research: Conceptual, design, measurement, and analysis issues. *The Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 85-95.
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+years) adult cancer survivors. *Psychooncology*, 16(8), 691-706.
- Bookbinder, M., & McHugh, M. E. (2010). Symptom management in palliative care and end of life care. *Nursing Clinics of North America*, 45(3), 271-327.
- Bower, M., & Waxman, J. (Eds.). (2010). *Lecture notes: Oncology*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Camp-Sorrell, D., & Hawkins, R. (2000). Constipation and diarrhea. In B.M. Nevidjon, & K.W. Sowers (Eds). *A nurse's guide to cancer care* (pp. 334-343). Philadelphia: Lippincott.
- Cella, D. (1997). *Manual of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) measurement system*. Evanston: Center on outcomes, Research and education.
- Cella, D., & Nowinski, C. J. (2002). Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation Journal Impact Factor & Information*, 83(Suppl2), 810-817.

- Chaiviboontham, S., Viwatwongkasem, C., Hanucharurnkul, S., & McCokle, R. (2011). Symptom cluster in Thais with Advanced Cancer. *Pacific Rim International Journal of Nurse Research*, 15(4), 265-277.
- Cherwin, C.H. (2012). Gastrointestinal symptom representation in cancer symptom cluster: A synthesis of the literature. *Oncology Nursing Forum*, 39(2), 157-165.
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A. J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai Version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6), 954-960.
- Chu, E., & Sartorelli, C. (2012). Cancer chemotherapy. In B. G. Katzung., S. B. Masters., & A. J. Trever. (Eds.), *Basic & clinical pharmacology* (12th ed., pp. 949-1,000). New York: McGraw-Hill Medical.
- Clayton, B.D. & Willihnganz, M.J. (2013). Basic pharmacology for nurses (16th ed., pp. 698-717). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum associates.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J.,... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advance Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dodd, M., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom cluster and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 465-470.
- Ermiah, E., Abdalla, F., Buhmeida, A., Larbesh., E., Pyrhonen, S., Collan, Y. (2012). Diagnosis delay female breast cancer. *BMC Research Notes*, 5, 452-459. DOL:10.1186/1756-0500-5-452.
- FACIT Functional Assessment of Chronic Illness Therapy. Retrieved from [http://www. facit.org](http://www.facit.org).
- Ferrell, B. R. (1996). The quality of lives: 1,525 voices of cancer [Electronic version] . *Oncology Nursing Forum*, 23(6), 907-916.
- Ferrell, B.R., Cullinane, C. A., Ervin, K., Melancon, C., Uman, G. C., & Juarez, G. (2005). Perspectives on the impact of ovarian cancer: Women's views of quality of life *Oncology Nursing Forum*, 32(6), 1143-1149.
- Ferrans, C. E., & Power, M. J. (1985). Quality of life index: Development and psychometric properties [Electronic version]. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 15-21.

- Ferrans, C. E., & Power, M. J. (1992). Psychometric of the quality of life index [Electronic version]. *Research in Nursing & Health*, 15(1), 29-38.
- Finegan, W. C., & McGurk, A. (Eds.). (2007). Breathlessness. In *Care of the cancer patient a quick reference guide* (pp. 103-137). Radoliffe: New york.
- Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art [Electronic version]. *Archives of Physical Medicine and Rehabilktation Journal*, (1982), 56-59.
- Garcia, S. F., Rosenbloom, S. K., Beaumont, J. L., Merkel, D., Rao, D., & Cella, D. (2012). Priority symptoms in advanced breast cancer: Development and initial validation of the National Comprehensive Cancer Network-Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer Symptom Index (NFBSI-16). *Value in Health Journal*, 5(1), 183-190.
- Jacobs, L., & Finlayson. C. A. (2011). *Early diagnosis and treatment of cancer series: Breast cancer*. Philadelphia: Elsevier.
- Jame, A. G., & Solove, R. J. (2007). *Nausea and vomiting: Treatment guidelines for patients with cancer*. The National Comprehensive Cancer Network. 4:1-38.
- Karch, A. M. (2014). *2014 Lippincott's nursing drug guide*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Khan, A. J., & Haffty, B G. (2010). Postmastectomy radiation therapy. In I.R. Harris, M. E. Lippman, M. Morrow, & C. K.Osborre (Eds.), *Diseases of the breast* (4th ed., pp.598-609). Philadelphia: Lippincott.
- Kim, M. Y. (2009). Transition of symptoms and quality of life in cancer patients on chemotherapy [Electronic version]. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(3), 433-445.
- Kim, H. J., MaGuire, D. B., Tulman, L., & Barsevick, A. M. (2005). Symptom cluster. *Cancer Nursing*, 28(3), 270-280.
- King, N. S., Crawford, S., Wenden, F. J., Moss, N. E., & Wade, D. T. (1995). The Rivermead post concussion symptoms questionnaire: A measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *Journal of Neurology*, 242(9), 587-592.
- Larsen, M. E., Rowntree, J., Young, A. M., Pearson, S., Smith, J., Gibson, O. J.,... Tarassenko, L. (2008). Chemotherapy side-effect management using mobile phones. *Engineering in Medicine and Biology Society, 2008. EMBS 2008. 30th Annual International Conference of the IEEE*, 5152-5155. doi: 10.1109/IEMBS.2008.4650374.

- Laviano, A., Meguid, M. M., & Rossi-Fanelli, F. (2003). Cancer anorexia: Clinical implications, pathogenesis, and therapeutic strategies. *The Lancet Oncology*, 4(11), 686-694.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Mamom, J. (2006). The effect of home-based walking exercise program on fatigue in breast cancer patient receiving chemotherapy (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Bangkok.
- Miaskowski, C., Dodd, M., & Lee, K. (2004). Symptom clusters: The new frontier in symptom management research [Electronic version]. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 17-21.
- Moore, H. C. F. (2007). Impact on quality of adjuvant therapy for breast cancer. *Current Oncology Reports*, 9(1), 42-46.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. (2011). Breast cancer version 2.2001. Retrieved from <http://www.nccn.com>
- Ogce, F., & Ozkan, S. (2008). Changes in functional status and physical and psychological symptom in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 9(3), 449-452.
- Pelengaris, S., & Khan, M. (2013). Overview of cancer biology. In S. Pelengaris & M. Khan (Eds.), *The molecular biology of cancer: A bridge from bench to bedside* (2nd ed., pp. 3-42). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Phligbua, W., Pongthavornkamol, K., Knobf, T. M., Junda, T., Viwatwongkasem, C., Srimuninnimit, V. (2013). *Symptom clusters and quality of life in women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy*. *Pacific Rim International Journal of Nurse Research*. 17(3), 249-267.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. (1987). Fatigue mechanism in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum*. 14(6). 17-23.
- Plowman, A. S., & Smith, L. D. (2003). *Exercise physiology for health, fitness and performance*. (2nd ed.) San Francisco: Pearson Education, Inc.

- Prakaneree, N. (2008). Quality of life: The development of a holistic self-care in patients with cancer receiving chemotherapy [Electronic version]. *Journal Boromarajonani College of Nursing. Sappasitthiprasong Thailand*, 6(4), 5-22.
- Pukahuta, P. (2012). The Effects of therapeutic prayer on anxiety and spiritual well-being in breast cancer patients in diagnostic phase [Electronic version]. *Journal of Nurses, Association of Thailand North-eastern Division*, 30(2), 122-130.
- Ratanatharathorn, V., Sirilertrakul, S., Jirajarus, M., Silpakit, C., Maneechavakajorn, J., Sailamai, P., & Sirisinha, T. (2001). Quality of life, functional assessment of cancer therapy-general [Electronic version]. *Journal of Medical Association of Thailand*, 84(10), 1430-1432.
- Robergs, A. R., & Keteyian, J. S. (2003). *Fundamentals of exercise physiology: For fitness, performance, and health* (2nd ed., pp. 79-205). New York: McGraw-Hill.
- Shaha, M., Cox, C. L., Talman, K., & Kelly, D. (2008). Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: Implications for supportive care [Electronic version]. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 60-67.
- Snyder, D. C., Morey, M. C., Sloane, R., Stull, S., Cohen, J. H., Peterson, B., Pieper, C., ... Demark-Wahnefried, W. (2009). Reach out to enhance wellness in older cancer survivors (RENEW): Design, methods and recruitment challenges of a home-based exercise and diet intervention to improve physical function among long-term survivors of breast, prostate, and colorectal cancer [Electronic version]. *Psychooncology*, 18(4), 429-439.
- Stephen, R., Samuel, G., Arun, M., Abraham, S. B., M.S. Vidyasagar. (2011). Effect of exercise training on functional capacity & quality of life in head & neck cancer patients receiving chemoradiotherapy [Electronic version]. *Indian Journal Medical Research*, 137(3), 515-520.
- Steward, W. P., & Thomas, A. L. (2013). The burden of cancer . In S. Pelengaris & M. Khan (Eds.), *The molecular biology of cancer: A bridge from bench to bedside* (2nd ed., pp. 43-66). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Stiel, S., Psych, D., Matthies, D. M. K., SeuB, D., Walsh, D., Lindena, G., & Ostgathe, C. (2014). Symptoms and problem clusters in cancer and non-cancer patients in specialized palliative care-is there a difference?. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(1), 26-35.

- Suwisith, N., Hanucharunkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. (2008). Symptom cluster and functional status of woman with breast cancer. *Thai Journal of Nursing Research*, 12(3), 153-165.
- Sykes, N. P. (2011). Constipation during active cancer therapy: Diagnosis and management. In M. P. Davis, P. C. H. Feyer, & P. O. C, Zimmermann (Eds). *Supportive oncology*. Philadelphia: Elsevier.
- Taylor, J. (2007). The non pharmacological management of breathlessness. *End of Life Care*, 1(1), 20-27.
- The WHOQOL group. (1994). The development of the world health organization quality of life assessment instrument. In J. Orley, & W. Kuyken (Eds). *Quality of life assessment: International perspectives*. (pp. 41-57). New: York Springer-Verlag.
- Williams, L. A. (2007). Clinical management of symptom cluster. *Seminars in oncology nursing*, 23(2), 113-120.
- World Health Organization. (2014). *Cancer country profiles*. Retrieved from http://www.who.int/cancer-profil/tha_en.pdf.
- Youlden, D. R., Cramb, S. M., Dunn, N. A. M., Mullerb, J. M., Pyke, C. M., Baade, P. D., (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: An international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiology*, 36(3), 237-248. doi:10.1016/j.canep.2012.02.007.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measures issues, *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800. doi/10.1111/j.13652648.1992.tb02000.x/abstract.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้การคำนวณค่าอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) โดยสูตรการคำนวณของโคเฮน (Cohen, 1988)

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2)/2}}$$

\bar{X}_1	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
\bar{X}_2	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
SD_1	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
SD_2	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของวรพรรณและคณะ (2554) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการกับอาการต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

$$\begin{aligned} \bar{X}_1 (\text{กลุ่มทดลอง}) &= 2.282 & \bar{X}_2 (\text{กลุ่มควบคุม}) &= 5.040 \\ SD_1 (\text{กลุ่มทดลอง}) &= .885 & SD_2 (\text{กลุ่มควบคุม}) &= .923 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} ES &= \frac{2.282 - 5.040}{\sqrt{.885^2 + .923^2}/2} \\ &= 0.90 \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้ค่าอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) เท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลที่สูงผู้วิจัยจึงได้ปรับลดขนาดค่าอิทธิพลความแตกต่างเป็น .80 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการ

ทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ผู้วิจัยได้มีการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างด้วยการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ต่อกลุ่ม จึงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 ราย จึงส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 ราย

ภาคผนวก ข

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยมีขั้นตอนในการส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการที่พบบ่อย 3 ขั้นตอน (1) การประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า (2) การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และ (3) ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดสามารถจัดการกับกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าได้

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 24 ราย

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 3 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง

การประเมินผล

1. จากการสังเกตความสนใจขณะสนทนา และการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยระหว่างการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

2. ประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในวันที่ 1 ของการดำเนินโปรแกรม และหลังได้รับเคมีบำบัดวันที่ 21 วัน สิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ณ หน่วยเคมีบำบัด)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์อาการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

1.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (5 นาที)

1.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (10 นาที)

1.3 ผู้วิจัยร่วมพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อสรุปถึงประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยต้องการจัดการเพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น (5 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

2.1 ผู้วิจัยร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการอาการร่วมกับผู้ป่วย ในข้อคำถามใช้วิธีใดในการจัดการอาการ จัดการเมื่อใด จัดการที่ไหน จัดการทำไม จัดการมากน้อยเพียงใด จัดการโดยใคร จัดการให้ใคร และจัดการอย่างไร (10 นาที)

2.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และกลวิธีการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (20 นาที)

2.3 ผู้วิจัยฝึกทักษะการจัดการกับอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าด้วยการเดินออกกำลังกาย (20 นาที)

ครั้งที่ 2 (หลังได้รับเคมีบำบัด วันที่ 7) และครั้งที่ 3 (หลังได้รับเคมีบำบัด วันที่ 14)

2.4 การติดตาม กระบวนการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยผู้วิจัยดำเนินการติดตามประสบการณ์อาการและการจัดการอาการในกลุ่มทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ตามแบบประเมินประสบการณ์อาการและการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ร่วมกับการกระตุ้นการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้คู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าทางโทรศัพท์ (ครั้งละ 15 – 20 นาที)

ครั้งที่ 4 (หลังได้รับเคมีบำบัด วันที่ 21 ณ หน่วยเคมีบำบัด)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยและขอความร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย เพื่อแจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดการวิจัย (20-30 นาที)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโปรแกรม

1. แบบติดตามประสบการณ์อาการและการจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

2. แผนการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการดำเนิน โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

3. คู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า
3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ภาคผนวก ง

แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้ดำเนินกิจกรรม นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ

สถานที่ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการ	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
เพื่อประเมิน ประสบการณ์ อาการและ สร้าง สัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัย และผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ ได้รับเคมีบำบัด	<p>ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์อาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า (วันที่ 1)</p> <p>1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจแก่ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยใช้ท่าทางและคำพูดที่เป็นมิตรกับผู้ป่วย</p> <p>“สวัสดีค่ะ ดิฉันนางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ พยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันกำลังศึกษาระดับปริญญาโท จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันนี้จะมาดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการส่งเสริมจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดให้แก่คุณ โดยการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย.....”</p>	<p>ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อพูดคุยสร้างสัมพันธภาพและบอกถึงความสำคัญของการวิจัย</p>	-	5 นาที	<p>ผู้ป่วยให้ความสนใจ ตั้งใจฟัง สีหน้า ท่าทางเป็นมิตร</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการ	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
- - เพื่อประเมิน ผลลัพธ์การ จัดการกลุ่ม อาการด้าน ทางเดินอาหาร และอาการ เหนื่อยล้าของ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด	- - - ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้าน ทางเดินอาหารแลอาการเหนื่อยล้า (หลังได้รับเคมีบำบัด วันที่ 21 ณ หน่วยเคมีบำบัด) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยและขอความร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบประเมิน ประสพการณ์อาการในกลุ่มอาการทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย เพื่อแจ้ง ผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดการวิจัย	- - - -ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบ ผู้ป่วยเพื่อขอความ ร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบ ประเมิน -ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อ แจ้งการสิ้นสุดการวิจัย และเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย -ผู้ป่วยซักถามข้อ สงสัย	- - - -แบบประเมิน ประสพ การณ์อาการใน กลุ่มอาการด้าน ทางเดินอาหาร และอาการ เหนื่อยล้า -แบบประเมิน คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม	- - - 20-30 นาที	- - - ผู้ป่วยตอบ แบบประเมิน ประสพ การณ์อาการ ในกลุ่มอาการ ด้านทางเดิน อาหารและ อาการเหนื่อย ล้า และแบบ ประเมิน คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม

ภาคผนวก จ

ตัวอย่าง คู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า



ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

กลุ่มควบคุม/กลุ่มทดลอง

แบบสอบถามเรื่อง ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการ
เหนื่อยล้าต่อประสิทธิภาพอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่ม
อาการทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสิทธิภาพอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ทำการศึกษาโดย นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประกอบด้วย
เนื้อหาทั้งหมด 3 ส่วน จำนวน 57 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสิทธิภาพอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการ
เหนื่อยล้า จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 37 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โปรดเติมคำตอบลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบ

1. เพศ () หญิง () ชาย
 2. อายุ ปี
 3. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () ปริญญาตรี () อื่นๆ ระบุ.....
 4. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยก
 5. อาชีพ () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () พนักงานมหาวิทยาลัย () พนักงานบริษัท
() นักเรียน/นักศึกษา () ค้าขาย/อาชีพอิสระ () รับจ้าง
() เกษตรกร/ประมง () อื่นๆ ระบุ.....
 6. แหล่งที่มาของรายได้หลัก.....
 7. รายได้ส่วนตัวต่อเดือน บาท
 8. สิทธิการรักษาพยาบาล () ประกันสุขภาพ () ประกันสังคม () ข้าราชการ () จ่ายเอง
() อื่นๆ
 9. ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมปี
 10. การรักษาที่ได้รับ () การผ่าตัด () รังสีรักษา () เคมีบำบัด
- * ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน
11. สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับ*
 12. จำนวนครั้งการได้รับเคมีบำบัด..... ครั้ง*
 13. ระยะของโรค.....*

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับคุณภาพชีวิต (FACT-B version 4)

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วง 7 วันที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร จากนั้นทำเครื่องหมาย x ที่เพียงข้อเดียวต่อหนึ่งบรรทัด เพื่อระบุคำตอบของท่าน

ไม่เคย	หมายถึง	ฉันไม่เป็นอย่างนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ฉันเป็นอย่างนั้นเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ฉันเป็นอย่างนั้นปานกลาง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ฉันเป็นอย่างนั้นค่อนข้างมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ฉันเป็นอย่างนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก ที่สุด
ความผาสุกด้านร่างกาย					
1. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง					
-					
7. ข้าพเจ้าจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง					
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว					
1. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ					
-					
ไม่ว่าในปัจจุบันท่านจะมีเพศสัมพันธ์มากน้อยเพียงใดก็ตาม กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ หากท่านไม่ต้องการตอบคำถามในส่วนนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย X วงในช่องนี้ <input type="checkbox"/> แล้วข้ามไปทำข้อต่อไป					
7. ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตน (ไม่ว่าขณะนี้จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม)					
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ					
1. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ					
-					
6. ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง					

ข้อความ	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก ที่สุด
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม					
1. ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)					
-					
7. ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองใน ขณะนี้					
ด้านเฉพาะสำหรับมะเร็งเต้านม					
1. ข้าพเจ้าหายใจไม่เต็มอิม					
-					
10. ข้าพเจ้ารู้สึกเจ็บปวดที่บางส่วนของร่างกายของ ข้าพเจ้า					

ที่มา <http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>

ภาคผนวก ข
แบบฟอร์มพื้กษัณฐิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพื้กษัณฐิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางในการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาครั้งนี้ ดิฉันจึงขอความสมัครใจจากท่านในการเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว สำหรับการศึกษาครั้งนี้จะมีการขอเข้าพบท่านจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ครั้งที่ 2 (หลังได้รับเคมีบำบัด วันที่ 21) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบท่านเพื่อให้ท่านตอบแบบประเมินประสบการณ์อาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบท่านเพื่ออธิบายและมอบคู่มือส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าแก่ท่าน โดยท่านสามารถจะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันทีเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ทั้งนี้การตัดสินใจปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการพยาบาลที่ท่านควรได้รับตามปกติ สำหรับชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกครั้งที่พบผู้วิจัยหรือติดต่อผู้วิจัยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 093-5759213 ได้ตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

วรรณรัตน์ จงเขตกิจ

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

แบบฟอร์มพิกษัตริษของผู้เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ดิฉัน นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแนวทางในการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดิฉันจึงขอความสมัครใจจากท่านในการเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว โดยโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าดังกล่าว ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การประเมินประสบการณ์อาการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า (2) การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และ (3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการในกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า จะมีการขอเข้าพบท่าน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20 – 70 นาที และโทรศัพท์ติดต่อกับท่าน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 – 20 นาที

ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันทีเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ ทั้งนี้การตัดสินใจปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการพยาบาลที่ท่านควรได้รับตามปกติ สำหรับชื่อ นามสกุล และประวัติส่วนตัวของท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด

ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกครั้งที่พบกับผู้วิจัยหรือติดต่อผู้วิจัยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 093-5759213 ได้ตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

วรรณรัตน์ จงเขตกิจ

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการ
เหนื่อยล้าต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....

ได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดของการวิจัย ในการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตามคำอธิบาย
ข้างต้น จากนางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ ซึ่งเป็นผู้วิจัย ได้อธิบายถึงวิธีการและผลที่จะได้รับจากการทำ
วิจัยครั้งนี้แล้ว ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากข้าพเจ้าไม่สะดวกในการเข้า
ร่วมการวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องให้เหตุผล แม้ว่า
ข้าพเจ้าจะได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยที่ข้าพเจ้าจะไม่เสียสิทธิในการเข้า
ร่วมรับการรักษา ณ หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่ข้าพเจ้ารับการรักษาอยู่
แต่อย่างใด

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้เข้าร่วมวิจัย)

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้วิจัย)

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ลงชื่อ.....

(.....)

(พยาน)

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ข

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสไมนอฟ (Kolmogotov-Sminov) ของค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิต พบว่า ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิต ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($p > .05$) ดังตาราง 6 และ ตาราง 7

ตาราง 6

แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม ($n = 24$)

	Kolmogotov-Sminov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig	Statistic	df	Sig
ประสบการณ์อาการ						
ความถี่	.163	24	.10	.935	24	.12
ความรุนแรง	.154	24	.15	.959	24	.41
คุณภาพชีวิต	.093	24	.20	.982	24	.92

ตาราง 7

แสดงการกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ($n = 24$)

	Kolmogotov-Sminov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig	Statistic	df	Sig
ประสบการณ์อาการ						
ความถี่	.175	24	.06	.940	24	.17
ความรุนแรง	.147	24	.20	.958	24	.39
คุณภาพชีวิต	.144	24	.20	.93	24	.12

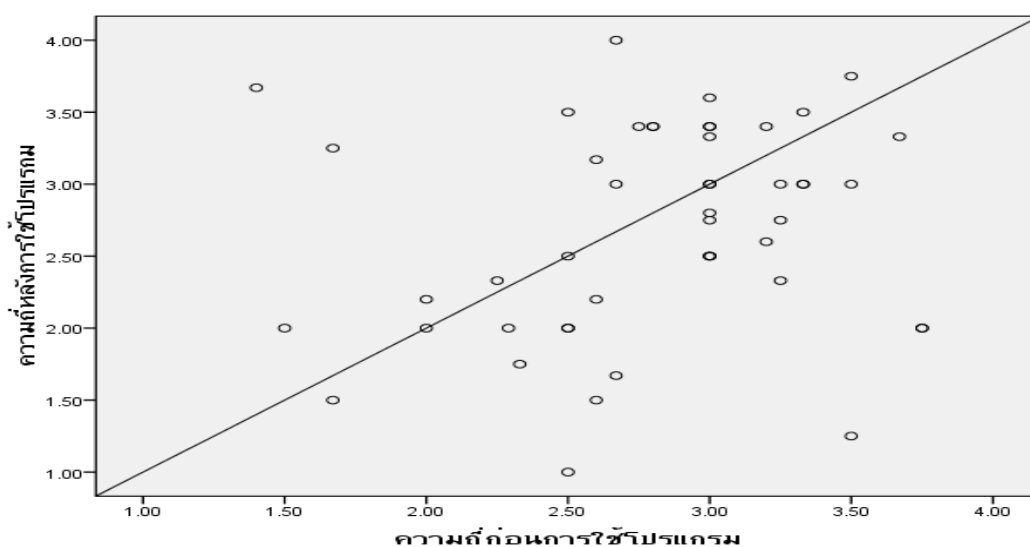
การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (Homogeneity of Variance) โดยใช้สถิติ Levene's test ของชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ชุดข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแปรปรวนภายในกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 8

ตาราง 8

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 48$)

	Levene Statistic	df	Sig.
ประสบการณ์อาการ			
ความถี่			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.007	46	.93
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.128	46	.72
ความรุนแรง			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.022	46	.32
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.098	46	.76
คุณภาพชีวิต			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.094	46	.76
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.014	46	.91

การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรร่วม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้ากับตัวแปรตาม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ด้วยวิธีการใช้แผนภาพกระจาย (scatter plot) พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง



ภาพ 3. การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรร่วม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้ากับตัวแปรตาม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า (homogeneity of regression slope) พบว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า และโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า โดยพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .64$)

ตาราง 9

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วม คือ ค่าเฉลี่ยประสบการณ์อาการด้านความถี่ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้าและโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

Source	Type III				Sig.	Partial Eta Squared
	Sum of Squares	df	Mean Square	F		
Corrected Model	10.310 ^a	3	3.437	10.342	.000	.414
Intercept	2.460	1	2.460	7.403	.009	.144
ความถี่ครั้งที่ 1	3.770	1	3.770	11.346	.002	.205
ลำดับที่	.110	1	.110	.331	.568	.007
ลำดับที่ * ความถี่ครั้งที่ 1	.073	1	.073	.220	.642	.005
Error	14.621	44	.332			
Total	372.317	48				
Corrected Total	24.931	47				

หมายเหตุ a. R Squared = .414 (Adjusted R Squared = .374)

ภาคผนวก ฅ

เปรียบเทียบจำนวน ประสบการณ์อาการและค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า

ตาราง 10

เปรียบเทียบจำนวนประสบการณ์อาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม
ส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า (N = 48) กลุ่มควบคุม
(n = 24) กลุ่มทดลอง (n = 24)

ข้อความ	การรับรู้ อาการ	ความถี่					ความรุนแรง			
		นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เกือบตลอดเวลา	ไม่มีอาการรุนแรง	มีอาการรุนแรงเล็กน้อย	มีอาการรุนแรงปานกลาง	มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการรุนแรงมากที่สุด
กลุ่มอาการด้านทางเดิน										
อาหารและเหนื่อยล้า										
อาเจียน										
กลุ่มควบคุม	17	-	2	12	3	-	2	10	5	-
กลุ่มทดลอง	10	4	3	2	1	3	7	-	-	-
เหนื่อยล้า										
กลุ่มควบคุม	24	-	5	7	12	2	2	9	11	-
กลุ่มทดลอง	22	2	7	11	2	-	1	13	8	-
เบื่ออาหาร										
กลุ่มควบคุม	21	-	4	6	11	1	2	6	12	-
กลุ่มทดลอง	21	1	12	8	-	4	9	7	1	-
เวียนศีรษะ										
กลุ่มควบคุม	18	1	4	7	6	1	3	11	3	-
กลุ่มทดลอง	14	4	5	4	1	4	5	3	2	-

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	การรับรู้ อาการ	ความถี่					ความรุนแรง			
		นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เกือบตลอดเวลา	ไม่มีอาการรุนแรง	มีอาการรุนแรงเล็กน้อย	มีอาการรุนแรงปานกลาง	มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการรุนแรงมากที่สุด
ง่วงซึม										
กลุ่มควบคุม	15	-	4	9	2	1	3	8	3	-
กลุ่มทดลอง	9	1	5	3	-	2	6	-	1	-
หายใจสั้น										
กลุ่มควบคุม	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-
กลุ่มทดลอง	2	1	1	-	-	1	-	-	-	-
ท้องอืด										
กลุ่มควบคุม	6	-	2	4	-	1	2	3	-	-
กลุ่มทดลอง	2	1	1	-	-	2	-	-	-	-

ตาราง 11

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ($N = 48$)

ข้อความ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	($n = 24$)	($n = 24$)
	$M (SD)$	$M (SD)$
ความผาสุกด้านร่างกาย		
1. ข้าพเจ้ารู้สึกหดรึ้นแรง	1.96 (0.86)	2.96 (0.91)
2. ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้	2.67 (1.09)	3.04 (0.86)
3. เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ ทำให้ข้าพเจ้ามี		
ปัญหาในการดูแลรักษาต่างๆในครอบครัว	2.13 (1.08)	2.92 (1.06)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	(<i>n</i> = 24) <i>M</i> (<i>SD</i>)	(<i>n</i> = 24) <i>M</i> (<i>SD</i>)
4. ข้าพเจ้ามีอาการปวด	3.46 (0.93)	3.63 (0.49)
5. ข้าพเจ้ารำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา	1.83 (1.05)	3.04 (0.86)
6. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย	2.67 (0.82)	3.58 (0.58)
7. ข้าพเจ้าจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง	3.46 (0.93)	3.79 (0.72)
ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	2.60 (1.14)	3.28 (0.86)
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว		
1. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ	2.71 (0.55)	2.79 (0.59)
2. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว	3.04 (0.91)	3.46 (0.59)
3. ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ	2.21 (1.06)	3.00 (0.83)
4. คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	3.00 (0.66)	3.38 (0.58)
5. ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่น การพูดคุย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า	2.79 (0.88)	3.38 (0.58)
6. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ)	2.54 (1.02)	3.13 (0.61)
7. ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตน (ไม่ว่าขณะนี้จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม)	1.83 (0.94)	2.53 (0.70)
ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัว	2.65 (1.14)	3.11 (0.70)
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ		
1. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ	2.71 (1.12)	3.57 (0.66)
2. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตน	2.25 (0.85)	3.00 (0.72)
3. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย	3.25 (0.94)	3.96 (0.20)
4. ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ	2.79 (0.98)	3.79 (0.41)
5. ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย	2.75 (1.19)	3.79 (0.41)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	(<i>n</i> =24) <i>M</i> (<i>SD</i>)	(<i>n</i> = 24) <i>M</i> (<i>SD</i>)
6. ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง	2.38 (1.17)	3.46 (0.72)
ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ จิตใจ	2.69 (1.08)	3.59 (0.63)
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม		
1. ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)	2.38 (0.77)	2.71 (0.75)
2. ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน)	2.25 (0.90)	2.79 (0.72)
3. ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนานได้	2.63 (0.65)	3.08 (0.58)
4. ข้าพเจ้ายอมรับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	2.83 (0.56)	3.21 (0.41)
5. ข้าพเจ้านอนหลับสนิท	2.33 (1.01)	2.96 (0.69)
6. ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อ ความสำราญ	2.71 (0.55)	2.96 (0.55)
7. ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้	2.21 (0.59)	2.75 (0.68)
ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม	2.48 (0.76)	2.92 (0.65)
ด้านเฉพาะสำหรับมะเร็งเต้านม		
1. ข้าพเจ้าหายใจไม่เต็มอิ่ม	3.46 (0.66)	3.71 (0.62)
2. ข้าพเจ้าขาดความมั่นใจในการแต่งตัว	2.04 (1.60)	2.88 (1.08)
3. แขนข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างของข้าพเจ้าบวม หรือตึงเจ็บ	3.17 (0.96)	3.29 (0.86)
4. ข้าพเจ้ารู้สึกมีเสน่ห์เป็นที่ดึงดูดใจทางเพศ	1.08 (1.02)	1.50 (0.93)
5. ข้าพเจ้ารำคาญเรื่องผมร่วง	1.83 (1.40)	3.00 (0.93)
6. ข้าพเจ้ากังวลใจว่าสักวันหนึ่งสมาชิกในครอบครัวจะ เป็นโรคเช่นเดียวกับข้าพเจ้า	1.96 (1.12)	2.67 (1.17)
7. ข้าพเจ้ากังวลว่าความเครียดจะมีผลต่อการเจ็บป่วยของ ตัวเอง	1.54 (1.06)	2.38 (1.13)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	(<i>n</i> =24) <i>M</i> (<i>SD</i>)	(<i>n</i> = 24) <i>M</i> (<i>SD</i>)
8. ข้าพเจ้าไม่สบายใจที่น้ำหนักตัวเปลี่ยนไป	2.83 (0.92)	3.71 (0.69)
9. ข้าพเจ้ารู้สึกว่ายังเป็นผู้หญิงเหมือนกับหญิงอื่น โดยทั่วไป	1.67 (0.92)	2.50 (1.14)
10. ข้าพเจ้ารู้สึกเจ็บปวดที่บางส่วนของร่างกายของข้าพเจ้า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสำหรับมะเร็งเต้านม	3.54 (0.78) 2.31 (1.34)	3.42 (0.65) 2.90 (1.13)

ภาคผนวก ญ
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย



รหัสโครงการวิจัยที่ 46/2559
เอกสารรับรองเลขที่ 36/2559

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย (ภาษาไทย)	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ต่อประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด
(ภาษาอังกฤษ)	The Effect of Gastrointestinal and Fatigue Symptom Cluster Management Promoting Program on Symptom Experiences and Quality of Life of Patients With Breast Cancer Receiving Chemotherapy
ผู้วิจัยหลัก	นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ
ตำแหน่ง / สถานะ	นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
สถาบัน	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุดระยะการรับรอง วันที่ 23 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะการรับรอง

ลงนาม.....

(นางสาวศันสนีย์ ทองสงค์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ลงนาม.....

(นายอภิชาติ วชิรพันธ์)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ภาคผนวก ก
เอกสารการอนุญาตใช้เครื่องมือ



**FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY
(FACIT) LICENSING AGREEMENT**

November 3, 2015

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to WANNARAT JONGKHETKIT the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that **WANNARAT JONGKHETKIT** ("INDIVIDUAL") is granted license to use the **Thai** version of the **FACT-B** in one study.

This current license extends to (INDIVIDUAL) subject to the following terms:

- 1) (INDIVIDUAL) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (INDIVIDUAL) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (INDIVIDUAL) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) Licensor reserves the right to withdraw this license if (INDIVIDUAL) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 6) There are no fees associated with this license.

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนาม	สังกัด
1. ผศ. ดร. เขาวรัตน์ มัชฌิม	กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางสุทธิดา ไตรวงศ์ชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางวรรณรัตน์ จงเขตกิจ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5710420024

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	2552

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประจำปีการศึกษา 2558

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและพื้นฐานวิชาชีพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, วิภา แซ่เซี่ย, และจรรุวรรณ มานะสุรการ. (กำลังรอตีพิมพ์). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกลุ่มอาการด้านทางเดินอาหารและอาการเหนื่อยล้า ต่อประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.