



### บรรณาธิการ

ธีรวุฒิ คุณะเปรมะ

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

จรัญญา งามขำ

วิโรจน์ เหล่าสุนทรศิริ

นงพงา สุวัฒน์นันท์

ศุสิทธิ์ แสงกระจ่าง

เพ็ญศรี แซ่หลี่

สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์

### คณะบรรณาธิการ

กนกพร ใจสถาพร

ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

ธิดา ปัญจพันธ์พงศ์

วีรวุฒิ อิมสำราญ

วสันต์ ลีนะสมิต

สมจินต์ จินดาวิจักษณ์

สุเมธ รินสุรวงศ์

อมรรัตน์ วิจิตรลีลา

อารยะ อุดลยพันธ์

กิติ จินดาวิจักษณ์

ชนินทร์ อภิวาณิชย์

ปัญญารัตน์ ลากวงศ์วัฒนา

วิชิต อภรณ์วิรัตน์

วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย

สายพิน ตั้งศรีชัย

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

อัศรียา สมรรคบุตร

อารีย์ ประสิทธิ์พิงค์

กวิญ ลีละวัฒน์

दनัย ทิวาเวช

เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล

วุฒิ สุเมธโชติเมธา

สมจิตร ประภากร

สุพล มโนรมณ์

อนงค์ เทพสุวรรณ

อนันต์ กรลักษ์ณ์

อรชร เอี่ยมอารีรัตน์

### ผู้จัดการ

อาคม ชัยวีระวัฒน์

### ผู้ช่วยผู้จัดการ

พรนภา จันทรวีระกุล

เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน

มลณี สนธิไชย

อุมานาฏ อุณอนันต์

วาริพร ศักดิ์สัมบูรณ์

### พิมพ์ที่ บริษัท โสสิตการพิมพ์ จำกัด

373 ถ.เจริญสนิทวงศ์ แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2424-8715, 0-2433-3011



วารสารโรคมะเร็ง  
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038

**The National Cancer Institute Foundation**

---

### **Editor-in-Chief**

Thiravud Khuaprema

### **Assistant Editors**

Jarunya Ngamkham

Nongpanga Suwattananand

Pensri Saelee

Wirote Lausoontornsiri

Suleeporn Sangrajrang

Sunanta Chariyalertsak

### **Editorial Board**

Kanokporn Jaisathaporn

Kiti Chindavijak

Kawin Leelawat

Chantana Morkchareonpong

Chanin Apiwanich

Danai Tiwawech

Thida Panchaphanpong

Punyarat Lapvongwatana

Petcharin Srivatanakul

Weerawut Imsamran

Vichit Arpornwirat

Wutthi Sumetchotimaytha

Vasant Linasmita

Wanpen Benjachai

Somjit Prapakorn

Somjin Chindavijak

Saipin Tangkarat

Suphon Manoromana

Sumate Rinsurongkawong

Suwat Chariyalertsak

Anong Tepsuwan

Amornrat Vijitleela

Akariya Samakhaputra

Anant Karalak

Araya Adulbhan

Aree Prasitthipayong

Orachorn Aimarreerat

### **Managing Editor**

Arkom Chaiwerawattana

### **Assistant Managers**

Pornapa Jantaraweragul

Malinee Sontichai

Wareeporn Saksomboon

Saowakon Sukarayodhin

Aumanad Aunan

---

### **KOSIT PRESS COMPANY LIMITED**

373 Charansanitwong Rd., Bang-ow, Bangplad, Bangkok 10700 Tel. 0-2424-8715, 0-2433-3011



วารสารโรคมะเร็ง  
THAI CANCER JOURNAL



- วัตถุประสงค์** เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- สำนักงาน** สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ  
268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทร. 0-2354-7025 ต่อ 2205  
โทรสาร 0-2644-9097
- เว็บไซต์เผยแพร่** [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th), [www.kmnci.com](http://www.kmnci.com)
- กำหนดการตีพิมพ์** กำหนดออกทุก 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ
- การส่งต้นฉบับ** บรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทร. 0-2354-7025 ต่อ 2205  
โทรสาร 0-2644-9097  
E - mail : [nci\\_journal@hotmail.com](mailto:nci_journal@hotmail.com)
- การบอกรับเป็นสมาชิก**
- ห้องสมุดและหน่วยงานราชการแจ้งความจำนงได้ที่สำนักงานวารสารโรคมะเร็งโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
  - หน่วยงานเอกชน และผู้สนใจส่งแบบฟอร์มสมัครสมาชิกที่สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง อัตราค่าสมาชิก 200 บาท ต่อปี (4 ฉบับ) รวมค่าจัดส่งและโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบดี เลขที่บัญชี 026-2-27518-2  
ชื่อบัญชี มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ



## สารบัญ Content

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1

มกราคม-มีนาคม 2554

	หน้า
บทบรรณาธิการ	1
ประสิทธิผลการพยาบาลต่อการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการปรับตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ และท่อน้ำดีระยะสุดท้าย ชูลีรัตน์ สารรัตน์ , จิตลัดดา โพธิ์ผ่อง, มนธิดา แสงเรืองเอก, วัจนา สุคนธ์วัฒน์	3
ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สาคร หับเจริญ, ชลธิชา ปานโบ	13
ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอด ที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รุ่งรัตน์ วีระกุล, สาคร หับเจริญ	25
เชื้อ <i>Helicobacter pylori</i> กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร สุนันทา จรียาเลิศศักดิ์, วิชัย ปุริสา	34

## บทบรรณาธิการ

### วันมะเร็งโลก ปี 2554 มุ่งเน้นเรื่อง “มะเร็งป้องกันได้”

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ของทุกปีเป็นวันมะเร็งโลก จากการที่โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประชากรทั่วโลก สมาพันธ์ควบคุมโรคมะเร็งสากล (Union for International Cancer Control; UICC) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้กำหนดให้มีวันมะเร็งโลกขึ้น เพื่อเพิ่มความตระหนักและวิธีปฏิบัติที่สามารถลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็ง และในปีนี้เป็นปีที่สำคัญเพราะสหประชาชาติ จะจัดให้มีการประชุมสุดยอด (UN Summit) ว่าด้วยเรื่องโรคไม่ติดต่อซึ่งหมายถึงโรคมะเร็งด้วย การประชุมจะจัดขึ้นในเดือนกันยายน 2554 ด้วยตระหนักดีว่าปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นทั่วโลก<sup>1</sup>

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจะมีประชากรราว 84 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2558<sup>2</sup> หากทุกประเทศยังไม่มีมาตรการการป้องกันโรคและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพอย่างจริงจัง สำหรับประเทศไทยมะเร็งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง โดยปี 2551 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 70,334 ราย เป็นเพศชาย 35,484 ราย และเพศหญิง 34,850 ราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในผู้ชายเป็นมะเร็งตับมากที่สุด รองลงมาคือมะเร็งปอดซึ่งเป็นมะเร็งที่องค์การอนามัยโลกแนะนำเน้นเรื่องการป้องกัน

เป็นหลัก ส่วนผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านมอันดับหนึ่ง รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูก<sup>3</sup> โดยมะเร็งทั้งสองชนิดนี้สามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรกและรักษาให้หายขาดได้

ถึงแม้มะเร็งจะเป็นโรคร้ายอย่างที่หลายคนเข้าใจแต่ข้อมูลที่ควรทราบคือ 1 ใน 3 ของโรคมะเร็งสามารถป้องกันได้ และ 1 ใน 3 ของโรคมะเร็งสามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรกและรักษาให้หายขาดได้<sup>3</sup> ดังนั้นความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องโดยเฉพาะการมุ่งเน้นในการส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนรู้จักหลีกเลี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรค จึงถือเป็นกิจกรรมเร่งด่วนที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสนใจ องค์การอนามัยโลกยังได้แนะนำให้ทุกประเทศพัฒนาโครงการระดับชาติเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งและวิธีการป้องกันโรคมะเร็ง

หัวข้อที่ UICC ได้กำหนดให้มีการรณรงค์ในปีนี้เป็น มะเร็งป้องกันได้ "Cancer can be prevented" และได้ให้แนวทางการรณรงค์เพื่อต่อต้านและป้องกันโรคมะเร็งนี้ 1) การงดสูบบุหรี่ 2) การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ 3) การดื่มสุราน้อยลง 4) การออกกำลังกายเป็นประจำ 5) การป้องกันการติดเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง 6) การถูกแดดน้อยลง 7) การหลีกเลี่ยงการสัมผัส

สารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (low-middle income countries) ควรให้ความสนใจในเรื่องนี้เป็นพิเศษเพราะร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกพบได้ในประเทศเหล่านี้และสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งของประชาชนในกลุ่มนี้เกิดจากการสูบบุหรี่ การติดเชื้อ และการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ<sup>4,5</sup>

#### เอกสารอ้างอิง

1. Jemal A, Center MM, DeSantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19:1893-1907.
2. Globocan. 2008. Available at: <http://www.iarc.fr/> Accessed January 13, 2010.
3. World Health Organization. 2006. Available at: <http://un.by/en/who/news/world/2006/06-02-06-02.html> Accessed January 13, 2010.
4. Jha P, Ranson MK, Nguyen SN, Yach D. Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and sex. *Am J Public Health* 2002;92:1002-6.
5. Pisani P, Parkin DM, Munoz N, Ferlay J. Cancer and infection: estimates of the attributable fraction in 1990. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997;6:387-400.

#### บรรณาธิการ

# ประสิทธิผลการพยาบาลต่อการลดความวิตกกังวล และ เพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับ และท่อน้ำดีระยะสุดท้าย

ชวลีรัตน์ สารรัตน์<sup>1</sup>  
จิตลัดดา โพธิ์ผ่อง<sup>1</sup>  
มนธิดา แสงเรืองเอก<sup>1</sup>  
วัจนา สุนคนธวัฒน์<sup>2</sup>

**บทคัดย่อ** การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) ต่อการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากศูนย์มะเร็งอุดรธานี ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนกันยายน 2552 จำนวน 10 ราย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 5 ราย กลุ่มควบคุม 5 ราย ผู้วิจัยติดตามให้การพยาบาลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลแบบ State Anxiety 3) แบบสอบถามประเมินการปรับตัวของผู้ดูแล และ 4) แบบแผนการพยาบาลตามทฤษฎีของรอย คณะผู้วิจัยทำการประเมินผู้ดูแล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังจำหน่ายกลับบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในสัปดาห์ที่ 2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.0313$ ) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.0313$ ) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการช่วยจัดสิ่งเราที่เป็นสาเหตุในการปรับตัวและขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลปรับตัวได้มากขึ้น และส่งผลกลับให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีความวิตกกังวลลดลง (วารสารโรคมะเร็ง 2554;31:3-12.)

<sup>1</sup>กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศูนย์มะเร็ง อุดรธานี, <sup>2</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

## Nursing Intervention to Reduce Anxiety and Improve the Adaptive Capabilities among Caregivers of Terminal Liver-Cancer Patients

by Chureerat Sararat<sup>1</sup>, Jirada Popoing<sup>1</sup>, Motida Sangraogek<sup>1</sup>, Vajana Sukonthawat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Udonthani Regional Cancer Center; <sup>2</sup>Boromarajonnani College of Nursing, Udonthani

**Abstract** This quasi-experimental research study investigated the effectiveness of using the Roy Adaptation Model of Nursing as a nursing intervention to alleviate the anxiety, and to develop the adaptive capabilities, of caregivers of terminal liver-cancer patients. The subjects comprised 10 caregivers of terminal liver-cancer patients who had been discharged from Udonthani Cancer Center in the period October 2008-September 2009. The subjects were assigned into 2 equal groups 5 in the control group and 5 in the experimental group. The instruments used for data collection were 1) the demographic data questionnaire; 2) the state anxiety inventory; 3) the adaptive capabilities questionnaire; and 4) the Roy Adaptation Model of Nursing. Data were collected 3 times: at the first visit before discharge, and at weeks 1 and 2 post-discharge. The results showed that the caregivers who received the nursing intervention had significantly lower anxiety mean scores than the control group in week 2 ( $P=0.0313$ ). The study group had significantly higher adaptive-capability mean scores than the control group in week 2 ( $P=0.0313$ ). This study concluded that intervention-related factors influenced the development of adaptive capabilities among the caregivers, and resulted in lower levels of anxiety. (*Thai Cancer J 2011;31:3-12.*)

## บทนำ

มะเร็งตับเป็นโรคมะเร็งที่พบมากอันดับหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการศึกษาอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็ง พบว่าประชากรในจังหวัดขอนแก่น ปี 2535-2538 มีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งตับสูงเป็นอันดับหนึ่งทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยพบอัตราการเกิด (ASR) เท่ากับ 83.4 และ 33.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>1</sup> ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์เกิดมะเร็งตับของประชากรในจังหวัดอุดรธานี ปี 2541-2543 โดยพบมากเป็นอันดับหนึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิงเช่นเดียวกัน (ASR เท่ากับ 109 และ 48 ต่อแสนประชากรตามลำดับ)<sup>2</sup> และยังพบอุบัติการณ์เกิดมะเร็งตับสูงเป็นอันดับหนึ่งในประชากรของจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2544-2546 โดยมีค่า ASR ในชายและหญิงเท่ากับ 50.4 และ 27.8 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>3</sup> นอกจากนี้ จากรายงานสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็ง อุดรธานี (hospital based cancer registry) ตั้งแต่ปี 2540-2547

พบว่ามะเร็งตับพบมากอยู่ในอันดับ 1-3 มาตลอด ผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี 2540 จำนวน 60 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 215 รายในปี 2547 โดยมีอัตราการเพิ่มต่อปีประมาณร้อยละ 13 ดังนั้นมะเร็งตับจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้ป่วยมะเร็งตับส่วนใหญ่ เมื่อมาพบแพทย์ มักมีอาการหรือการดำเนินของโรคอยู่ในระยะลุกลามแล้ว เนื่องจากยังไม่มีวิธีการที่ตรวจพบโรคนี้ในระยะเริ่มแรก ส่วนด้านการรักษาปัจจุบันยังไม่มียาหรือการรักษาใดๆที่ให้ผลดี ไม่ว่าจะรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี มีเพียงการรักษาด้วยการผ่าตัดในรายที่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งได้หมดเท่านั้นที่มีรายงานว่าได้ผลดี ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรยาวนานขึ้น ซึ่งการอยู่ยาวนานไม่ใช่หาย แต่เป็นการอยู่ในภาวะทุกข์ทรมานทั้งภาวะทางกาย ทางจิต ทางเศรษฐกิจ และทางสังคม

การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยจากการป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและเป็นภาระของคนในครอบครัว หรือผู้ดูแลมากขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาและความเครียดมากมายทั้งร่างกายจิตใจและสังคม ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ความเครียด และการที่บุคคลเผชิญกับความวิตกกังวล ความเครียดนั้น ร่างกายจะใช้กลไกในการปรับตัว เพื่อปรับสภาวะของร่างกาย ให้กลับสู่ภาวะสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย<sup>4</sup> ที่ว่ามนุษย์เป็นหน่วยเดียวกัน ไม่อาจแยกร่างกายจิตใจออกจากกันได้ เมื่อมีสิ่งใดมากระทบหน่วยใดหน่วยหนึ่ง จะกระเทือนถึงกันด้วยกลวิธีธรรมชาติ และด้วยกลวิธีจากการเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม เพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต ทำให้มีการปรับตัวที่ดีและรอยได้รวบรวมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของมนุษย์ไว้ 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้นำพฤติกรรมกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านมาใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินการปรับตัวในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้าย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวต่อภาวะเครียด วิตกกังวลได้นั้น อะกิลา และแมสสิดี<sup>5</sup> ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่ช่วยให้ร่างกายมีการปรับตัวเมื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลไว้ 3 ประการ คือ การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนและมีกลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ดังนั้นพยาบาลในฐานะบุคลากรที่มีหน้าที่ให้การพยาบาลจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง พึ่งพู่สภาพร่างกาย จิตใจ บรรเทาความทุกข์ร้อน ครอบครัว ความวิตกกังวล โดยการใช

กระบวนการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถรับสภาพอารมณ์ และจิตใจได้ดีขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาผลของการพยาบาล ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยต่อการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีให้มีการปรับตัวที่ดี

### วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ one - group before - after design กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในศูนย์มะเร็งอุดรธานี เพื่อศึกษาผลการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย<sup>4</sup> ต่อการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ และท่อน้ำดีระยะสุดท้าย

### กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยการเลือกญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้าย ที่จำหน่ายออกจากศูนย์มะเร็งอุดรธานี ซึ่งมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอุดรธานี และอำเภอใกล้เคียง ตั้งแต่เดือนกันยายน 2551-ตุลาคม 2552 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายในรอบปีที่ผ่านมาซึ่งมีทั้งหมด 37 ราย คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ร้อยละ 25 ของประชากร<sup>6</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 9 ราย ผู้ศึกษาจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 10 ราย แยกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 5 ราย กลุ่มทดลอง 5 ราย กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของรอย ทั้งสอง

กลุ่มต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ คือ 1) มีอายุ 20 - 60 ปี 2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยคัดเลือกว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง อาศัยอยู่ในบ้านหรือบริเวณใกล้เคียงกับผู้ป่วย (ในหมู่บ้านเดียวกัน) 3) ฟังและพูดภาษาไทยได้เข้าใจ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และ 5) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับ และท่อน้ำดีระยะสุดท้ายที่มีระดับคะแนนความวิตกกังวลปานกลางถึงสูง และสามารถในการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ

สำหรับการเลือกผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีระยะสุดท้าย กำหนดคุณสมบัติ คือ แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระดับและท่อน้ำดี และเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ให้การรักษาแบบประคับประคอง และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในศูนย์มะเร็งอุดรธานี เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและป้องกันการปนเปื้อนของตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพราะในระหว่างการศึกษาช่วงหนึ่งผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกัน ผู้ศึกษาจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

**1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จากการศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยถือว่าเป็นสิ่งเร้าร่วมและมีอิทธิพลต่อการปรับตัว

**2. แบบประเมินประเมินความวิตกกังวล** ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแบบ State Anxiety<sup>7</sup> ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยนิตยา คชภักดี สายฤดี วรภิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข อ้างในโสรัจญา สุริยนต์<sup>8</sup> ประกอบด้วยข้อมูลที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล เป็นแบบสัมภาษณ์มี 2 ส่วน คือ ส่วนซ้ายเป็นรายการของความรู้สึก ส่วนขวามือเป็นระดับความรู้สึกที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด จำนวน 20 ข้อ เป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และทางลบอีก 10 ข้อ เนื่องจากแบบประเมินความวิตกกังวลนี้มีข้อความทั้งทางบวก และทางลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ดังนี้ ข้อความที่แสดงความรู้สึก ทางลบ 4=มากที่สุด 3=ค่อนข้างมาก 2=มีบ้าง และ 1=ไม่มีเลย ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก จะให้คะแนนในทางตรงข้าม คือ 1=มากที่สุด 2=ค่อนข้างมาก 3=มีบ้าง และ 4=ไม่มีเลย

คะแนนความวิตกกังวลเป็นคะแนนรวมจากแบบวัดซึ่งมีค่าต่ำที่สุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน การจัดระดับคะแนนใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยมาจัดระดับ<sup>10</sup> แบ่งระดับความรุนแรงของความวิตกกังวล เพื่อสะดวกในการนำมาใช้โดยกำหนดความวิตกกังวล ดังนี้ 20-40 =ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย 41-60=ความวิตกกังวลระดับปานกลาง 61-70=ความวิตกกังวลระดับสูง 71-80 =ความวิตกกังวลระดับรุนแรง

**3. แบบประเมินความสามารถในการปรับตัว** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ สมนึก สกุลหงส์โสภณ<sup>10</sup> ที่พัฒนามาจากแบบสอบถามการปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตสังคมที่ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา<sup>11</sup> สร้างขึ้นตามแนวคิด ทฤษฎีการปรับตัวของรอยถือ มาปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีการประเมิน 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย เป็นข้อคำถาม 9 ข้อเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความต้องการพื้นฐาน 5 ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน อาหาร ออกซิเจน และการไหลเวียน

การขับถ่าย การป้องกันและกระบวนการปรับตัวจากระบบการควบคุมของร่างกายอีก 4 ข้อ คือ การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสน้ำและเกลือแร่ การทำงานของระบบประสาทและการทำงานของต่อมไร้ท่อ 2) ด้านอัตมโนทัศน์เป็นข้อคำถาม<sup>7</sup> 1 ข้อเพื่อประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลง คือ ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ความรู้สึกสูญเสีย และการรับรู้ตามความคาดหวังของตน เช่น ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมัดหวัง ท้อแท้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง 3) ด้านบทบาทหน้าที่เป็นคำถาม 6 ข้อโดยประเมินปัญหาการปรับตัวด้านการแสดงบทบาทที่ไม่มีประสิทธิภาพ แสดงบทบาทไม่ตรงกับความจริง ความขัดแย้งในบทบาท และความล้มเหลวในการแสดงบทบาท 4) ด้านการพึ่งพาเป็นคำถาม 4 ข้อเกี่ยวกับความรู้สึกว่าเหว และการได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น

การหาคุณภาพของแบบประเมินความวิตกกังวลด้านความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยได้ส่งแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความวิตกกังวล ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberg<sup>7</sup> เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้กับบุคคลในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา ฅชภัคดี สายฤดี วรจิโกศาทรร และมาลี นิสสัยสุข อ่างในโสรัจญา สุริยนต์<sup>8</sup> โดยใช้แบบ State Anxiety: Form X-I ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับจากการนำไปหาความเชื่อมั่นโดยชนิษฐานาคะ<sup>9</sup> โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟ่าตามวิธีของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมิน State Anxiety: Form X-I (แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ) เท่ากับ 0.93, Form X-II (แบบประเมินความวิตกกังวลแฝง) เท่ากับ 0.82

ส่วนการหาคุณภาพของแบบประเมินความสามารถในการปรับตัว ใช้ตามสมนึก สกุลงสิโสภณ<sup>10</sup> เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน และประชากรในการวิจัยมีจำนวนน้อย การหาความเที่ยงมีดังนี้ หลังผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามผู้ทรงคุณวุฒิ

ทั้ง 3 ท่านแล้ว นำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 5 รายในเรื่องของการใช้ภาษาและความเข้าใจ นำมาปรับปรุงซ้ำแล้วจึงนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 60 ราย นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธี คูเดอริชาร์ดสัน (KR-20) คัดเลือกข้อที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออก แต่ข้อคำถามที่ไม่มีนัยสำคัญเนื่องจากมีทิศทางของคำตอบเดียว แต่สำคัญสำหรับใช้ในการประเมินปัญหาได้ดี จะยังคงเก็บไว้รวมข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงได้ค่า KR-20=0.85 กำหนดความสามารถในการปรับตัวออกเป็น 3 ระดับ คือคะแนนรวมสูงสุด (1 คะแนน X 26 ข้อ) คะแนนรวมต่ำสุด (0 คะแนน X 26 ข้อ) แยกเป็น 3 ระดับ ดังนั้นเกณฑ์การแปลผลมีดังนี้ช่วงของค่าคะแนนเฉลี่ย 17.34-26.0=พฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (ปรับตัวได้) 8.67-17.33=พฤติกรรมกรรมการปรับตัวอยู่ในระหว่างการปรับตัว (กำลังปรับตัว) 0-8.66=พฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ปรับตัวไม่ได้)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนกันยายน 2552 โดยการสัมภาษณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รวบรวมได้แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. ทดสอบคะแนนความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความสามารถในการปรับตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนการจำหน่ายกลับบ้านและการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 โดยใช้สถิติ Wilcoxon on Matched-pair Signed-rank test

## ผลการศึกษา

### ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนน้ำดีระยะสุดท้ายก่อนและหลังการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยในระลอกก่อนจำหน่าย หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1 และ 2

ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนน้ำดี ดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่า ในระลอกก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับสูง (ร้อยละ 80.0) รองลงไปวิตกกังวลระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.0) ส่วนกลุ่มทดลองทั้งหมดมีความวิตกกังวลในระดับสูง (ร้อยละ 100.0)

ในระลอกหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์ พบว่าในกลุ่มควบคุม มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางเท่ากับระดับสูง (ร้อยละ 40.0) รองลงไปเป็นวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 20.0) ทางด้านกลุ่มทดลองส่วนใหญ่วิตกกังวลระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.0) รองลงไปวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยเท่ากับระดับสูง (ร้อยละ 20.0)

ในระลอกหลังจำหน่ายผู้ป่วย 2 สัปดาห์ พบว่าในกลุ่มควบคุมทั้งหมดมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (ร้อยละ 100.0) ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 60.0) รองลงไปวิตกกังวลในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.0)

### ระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนน้ำดีระยะสุดท้ายก่อนและหลังการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยในระลอกก่อนจำหน่าย หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1 และ 2

จากการประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนน้ำดีระยะสุดท้ายโดยใช้แบบประเมินของ สมนึก สกุลหงส์โสภณ<sup>10</sup> ก่อนและหลังการทดลองมาแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการปรับตัวได้ในระลอกก่อนจำหน่ายผู้ป่วยระลอกหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนน้ำดีระยะสุดท้ายก่อนและหลังการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยในระลอกก่อนจำหน่าย, หลังจำหน่ายสัปดาห์ที่ 1 และ 2

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์		หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม						
วิตกกังวลสูง	4	80.0	2	40.0	-	-
วิตกกังวลปานกลาง	1	20.0	2	40.0	5	100.0
วิตกกังวลเล็กน้อย	-	-	1	20.0	-	-
กลุ่มทดลอง						
วิตกกังวลสูง	5	100.0	1	20.0	-	-
วิตกกังวลปานกลาง	-	-	3	60.0	2	40.0
วิตกกังวลเล็กน้อย	-	-	1	20.0	3	60.0

ตารางที่ 2 ระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายก่อนและหลังการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยในระยะเวลาก่อนจำหน่าย, หลังจำหน่าย สัปดาห์ที่ 1 และ 2

ระดับการปรับตัว	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์		หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม						
ปรับตัวได้	1	20.0	1	20.0	4	80.0
กำลังปรับตัว	1	20.0	4	80.0	1	20.0
ปรับตัวไม่ได้	3	60.0	-	-	-	-
กลุ่มทดลอง						
ปรับตัวได้	1	20.0	4	80.0	5	100.0
กำลังปรับตัว	4	80.0	1	20.0	-	-
ปรับตัวไม่ได้	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายระหว่างระยะเวลาที่แตกต่างกัน

ความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วย	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์		หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ค่าเฉลี่ย	63.40	62.80	51.00	52.20	40.80	53.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.19	3.27	11.02	11.03	4.32	4.00
ค่า P (Signed Ranks)	0.0625		0.5000 < P < 0.5937		0.0313	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายระหว่างระยะเวลาที่แตกต่างกัน

ความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย	ก่อนจำหน่าย		หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์		หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ค่าเฉลี่ย	17.60	10.60	22.60	15.00	25.80	20.20
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.83	5.41	3.51	6.83	0.45	4.32
ค่า P (Signed Ranks)	0.0625		0.0625		0.0313	

2 สัปดาห์ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าระยะก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์จะปรับตัวได้เป็นจำนวนที่เท่ากันเพียงร้อยละ 20.0 แต่ต่อมาสามารถปรับตัวได้เพิ่มขึ้นถึง 4 เท่าในระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วย 2 สัปดาห์ โดยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.0 ส่วนกลุ่มทดลองสามารถปรับตัวได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องกัน คือ ร้อยละ 20.0, ร้อยละ 80.0 และร้อยละ 100.0 ตามลำดับ

### เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายก่อนและหลังการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์ (เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1) และหลังจำหน่ายผู้ป่วย 2 สัปดาห์ (เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2) พบว่า ในระยะก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วย 2 สัปดาห์ พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $P=0.0313$ )

### เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายก่อนและหลังการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

จากผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนจำหน่าย ระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่า ในระยะก่อน

จำหน่ายผู้ป่วย และหลังจำหน่ายผู้ป่วย 1 สัปดาห์ พบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ( $P=0.0625$ ) แต่ระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วย 2 สัปดาห์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.0313$ )

## วิจารณ์และสรุป

แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล ซึ่งรอย<sup>4</sup> ได้กล่าวว่าการปรับตัวหรือภาวะสุขภาพของบุคคลไม่ใช่ภาวะคงที่ (static state) แต่เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงภายใต้สิ่งแวดล้อมการปรับตัวได้ จึงเป็นการดำรงอยู่อย่างสม่ำเสมอภายใต้การเปลี่ยนแปลง การที่บุคคลจะดำรงความสม่ำเสมอได้ต้องอาศัยความสมดุลระหว่างปัจจัยนำเข้าและออก ซึ่งรอยเรียกปัจจัยนำเข้าเป็นสิ่งที่เข้าสิ่งเร้าที่มากหรือน้อยย่อมมีผลต่อความสมดุลเพื่อให้เกิดความสมดุลหรือใกล้เคียงกับสมดุลมากที่สุด นั่นคือ การเพิ่มความสามารถในการปรับตัว บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับสิ่งเร้าตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ด้วยการประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้ายสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของโรคอย่างเหมาะสม ดังเช่นจากการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลในระยะก่อนจำหน่าย กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลสูงร้อยละ 80 กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลสูง ร้อยละ 100 จะเห็นว่าระดับคะแนนมีความแตกต่างกันร้อยละ 20 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้น้อย หลังจากให้การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของรอยพบว่าหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 1 ระดับความวิตกกังวลกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40 ระดับปานกลาง

ร้อยละ 40 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลระดับสูงร้อยละ 20 ระดับปานกลางร้อยละ 60 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 20 จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความวิตกกังวลลดลงตามลำดับในทั้งสองกลุ่ม และเมื่อนำระดับความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกัน พบว่าในระยะก่อน จำหน่ายผู้ป่วยและหลังจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนนำดีระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วย 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลที่ได้จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนนำดีระยะสุดท้าย ลดลงภายหลังได้รับการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ความวิตกกังวลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นการจัดการระหว่างความต้องการในการปรับตัวและการตอบสนองของบุคคล<sup>4</sup> ภายใต้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนนำดีระยะสุดท้าย ซึ่งมีความต้องการสูงในการดูแลผู้ป่วย<sup>9</sup> ผู้ดูแลจึงประเมินสถานการณ์เป็นความเครียด ความวิตกกังวลและตอบสนองความรู้สึกออกมาเป็นภาวะสุขภาพ<sup>12</sup> ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกและอาการแสดงทางร่างกายและจิตใจที่แสดงออกซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยในเรื่องของการตอบสนองต่อความวิตกกังวล คือคะแนนการวัดผลจากสิ่งเร้าทั้งร่างกายและจิตใจที่รบกวนภาวะการปรับตัว

พยาบาลวิชาชีพจึงควรพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลเหล่านี้ ขณะเดียวกันการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นด้วยการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการเพิ่มสุขภาพที่ดีแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยไปด้วยความสามารถของการส่งเสริม

สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการให้สุขศึกษา การจัดกลุ่มการให้การปรึกษาทั้งหมดอยู่ในขั้นพื้นฐานของการประเมินภาวะสุขภาพประเมินปัญหาได้ถูกต้อง<sup>13</sup> การนำการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ช่วยชี้ให้เห็นแนวทางในการลดความรุนแรงของปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยด้านบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยและติดตามให้การดูแลสุขภาพตามบทบาทพยาบาลสาธารณสุข จากปัญหาที่รวบรวมได้ตามแนวคิดทฤษฎี ทำให้ผู้ดูแลได้รับการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ได้รับอิทธิพลในการประเมินตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงภาวะการดูแล สามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายนอกตนได้มากขึ้น ทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง เป็นการสนับสนุนตรงตามทฤษฎี ในส่วนของข้อมูลย้อนกลับมีผลต่อสิ่งเร้าตรงคือระดับความวิตกกังวลลดลงไปด้วย

สำหรับการศึกษาด้านความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนนำดีระยะสุดท้าย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ก่อนการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและก่อนนำดีระยะสุดท้าย กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนมากอยู่ในระดับปรับตัวไม่ได้ร้อยละ 60 ในขณะที่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับกำลังปรับตัวร้อยละ 80 หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 พบว่าในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับกำลังปรับตัวร้อยละ 80 และ 20 ระดับปรับตัวได้ร้อยละ 20 และ 80 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองอยู่ในระดับกำลังปรับตัวร้อยละ 20 และ 0 และอยู่ในระดับปรับตัวได้ร้อยละ 80 และ 100 ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวโดยรวม

สัปดาห์ที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยก่อนจำหน่าย กลุ่มทดลองเท่ากับ 17.6 หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองเท่ากับ 25.8 สะท้อนให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือขยายขอบเขตความสามารถในการปรับตัว ด้านการให้การสนับสนุนความรู้ การปรึกษา และการบริการ ร่วมทั้งการช่วยเหลือจากพยาบาลในการเป็นผู้ประสานงาน และร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อวางแผนปรับปรุงจนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น

ผลการศึกษาค้างนี้ ทำให้ทราบว่า การจัดการพยาบาลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลดำรงความสามารถ ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้บทบาทของพยาบาลสาธารณสุข เช่น การให้ความรู้ การให้การปรึกษา และการสนับสนุนการประสานงานช่วยเหลือผู้ดูแลจะมีส่วนช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย และการพยาบาลที่ให้อาจต้องมีรูปแบบเฉพาะตามบริบทของครอบครัว สังคม ซึ่งการที่จะให้การพยาบาลในบทบาทหรือรูปแบบใดๆ จำเป็นต้องมีการประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือโดยคำนึงถึงศักยภาพ และข้อจำกัดของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

## เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งในจังหวัดขอนแก่นปี 2535 - 2538. ขอนแก่น: หน่วยมะเร็งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์; 2541.
2. ศูนย์มะเร็งอุดรธานี. รายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งของประชากรจังหวัดอุดรธานี ปี 2541 - 2543. อุดรธานี: โรงพิมพ์ศักดิ์ศรีอักษร; 2548.
3. ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี. รายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งของประชากรจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2544 - 2546. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2548.
4. Roy C, Andrews HA, editors. The Roy adaptation model: The Definite statement. Norwor, CT: Appleton & Lange; 1991.
5. Acquiler DC, Messick JM, editors. Crisis intervention: Theory and methodology. Saint louis: The C.V. Mosby Company; 1974. p. 63-4.
6. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. ประชากรและตัวอย่าง. ใน: เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลชิต, ทศนี นะแสง, บรรณาธิการ. วิจัยทางการพยาบาลหลักปลระบวนกร. สงขลา: เทมการพิมพ์; 2539.
7. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R. STAI manual. California: Consulting Psychologists Press; 1976.
8. ไสรัจญา สุเรียนต์. ผลของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล และความปวดในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
9. ชนิษฐา นาคะ. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
10. สมนึก สกุลหงส์โสภณ. ประสิทธิภาพการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย ต่อการลดความเครียดและเพิ่มความสามารถปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
11. สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, วัฒนา น้ำเพชร ภัศพร ขำวิชา. แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2539;14:76-89.
12. Stetz KM. Caregiving demands during advanced cancer: The spouse's needs. Cancer Nursing 1987;10:260-8.
13. Riffle KL. Stress--nurses dealing with family members. J Gerontol Nurs 1989;15:18-25.



# ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ศาสตราจารย์  
ชลธิชา ปานโบ

**บทคัดย่อ** การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยล้า ปัจจัยส่งเสริมและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 191 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะซึ่งพัฒนาโดย ปิยวรรณ ปุณณภานันท์และแบบสอบถามปัจจัยส่งเสริมและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงด้วยวิธีแอลฟาครอนบาค ได้ค่า 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลจากการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าโดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้า 3 อันดับแรกได้แก่ การได้รับเคมีบำบัด เบื่ออาหาร และมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ส่วนการรับรู้ปัจจัยบรรเทาความเหนื่อยล้า 3 อันดับแรก คือ ไม่เบื่ออาหาร การนอนหลับอย่างเพียงพอ และไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้าและเสริมสร้างปัจจัยบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ (วารสารโรคมะเร็ง 2554;31:13-24.) คำสำคัญ: ความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยมะเร็งปอด เคมีบำบัด

ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



**Fatigue in Lung-Cancer Patients Undergoing Chemotherapy**by **Sakorn Hubjaroen, Cholticha Panbo***Chemotherapy Infusion Center, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.*

**Abstract** This descriptive study examined levels of fatigue and factors contributing to or alleviating symptoms of fatigue among lung-cancer patients undergoing chemotherapy at the Chemotherapy Infusion Center, Songklanagarind Hospital. Using purposive sampling, 191 patients were enrolled into the study. Instruments consisted of the Demographic Data Form, the Revised Piper Fatigue Scale (translated into Thai, and developed by Pritsanapanurungsie), and the Factors Form, for factors contributing to and alleviating fatigue. The instruments were validated by experts and tested for reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.91. Data were analyzed by descriptive statistics, and comprised frequency, percentage, mean and standard deviation. The results showed that the total-mean-score level for fatigue among the lung-cancer patients undergoing chemotherapy was moderate. The 3 high scores for factors contributing to fatigue were receiving chemotherapy, anorexia, and nausea and vomiting. The 3 high scores for factors relieving fatigue were absence of anorexia, adequate sleep, and absence of nausea and vomiting. The findings provide baseline information for nurses, and could be used to plan nursing care to relieve factors contributing to fatigue, and to enhance factors alleviating fatigue. (*Thai Cancer J 2011;31:13-24.*)

**Keywords:** Fatigue, Lung Cancer Patients, Chemotherapy**บทนำ**

มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบมาก ทั่วโลก มีผู้ป่วยรายใหม่เป็นเพศชายปีละ 900,000 ราย และเพศหญิง ปีละ 330,000 ราย<sup>1</sup> ในประเทศไทย มะเร็งปอดพบมากเป็นอันดับ 2 ในเพศชายและอันดับ 4 ในเพศหญิง<sup>2</sup> สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ประมาณ 573 รายต่อปี<sup>3</sup> มะเร็งปอดพบมากในคนอายุ 50-75 ปี ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการในขณะที่ยังอยู่ในระยะลุกลาม และแพร่กระจาย เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตภายในเวลา 1-2 ปี<sup>4</sup> การรักษามะเร็งปอดในปัจจุบันที่ถือเป็นวิธีมาตรฐานมี 3 วิธีคือการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด อาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน วิธีอื่นนอกเหนือจากนี้ยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย เช่น immunotherapy, gene therapy, photodynamic therapy<sup>5</sup> เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งวิธีหนึ่ง

ที่ใช้สารเคมีไปฆ่าเซลล์มะเร็งทั่วร่างกาย ยาเคมีบำบัดไม่สามารถแยกเซลล์มะเร็งจากเซลล์ปกติ ดังนั้นเซลล์ปกติจะถูกทำลายด้วย เซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วเช่นไขกระดูก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร รากผม เป็นเซลล์ที่ได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดมากที่สุด<sup>6</sup> จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับยาเคมีบำบัดที่ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากโรค และผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเช่น ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสอาหารเปลี่ยน น้ำหนักลด ผิวแห้ง เล็บดำ ท้องผูก ท้องเสีย มีไข้ ติดเชื้อ ขาปลายมือปลายเท้าเจ็บปวดกล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยนอนไม่หลับ และยังพบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยและเป็นปัญหามากในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง

ความเหนื่อยล้าก่อให้เกิดความรู้สึกไม่  
 สุขสบาย โดยมีระยะเวลาและความรุนแรงที่แตกต่าง  
 กัน อาการที่แสดงถึงความเหนื่อยล้าที่บุคคลอื่น  
 สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น เฉื่อยชา เชื่องช้า ม่วงนอน  
 ตลอดเวลา<sup>7,8</sup> จากแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์  
 และคณะ<sup>7</sup> ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วย  
 เคมีบำบัดอาจเกิดความเหนื่อยล้าได้จากการที่เซลล์  
 มะเร็งถูกทำลายอย่างรวดเร็วจากเคมีบำบัด จึงเกิด  
 การสะสมของกรดแลคติก ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน  
 ซึ่งของเสียดังกล่าวเมื่อมีการสะสมมากขึ้นจะขัดขวาง  
 การส่งกระแสประสาทและการสร้างพลังงานปกติ  
 ในกล้ามเนื้อลาย ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อ  
 ลดลงจึงเกิดความเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อ<sup>9</sup> ความ  
 เหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้าน  
 ร่างกาย จิตใจ มีการศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย  
 มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการเคมีบำบัด พบว่ามีระดับ  
 ความเหนื่อยล้าปานกลาง<sup>10</sup> และมีการศึกษาภาวะ  
 อ่อนเพลียในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับ  
 เคมีบำบัดพบว่า ระดับความอ่อนเพลียเกิดสูงสุดใน  
 วันที่ 2 หลังได้รับยา<sup>11</sup> ส่วนผลกระทบของความ  
 เหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการเคมีบำบัดยัง  
 ไม่พบรายงาน ในการศึกษาวิจัยจึงมีวัตถุประสงค์  
 ที่จะศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่  
 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และศึกษาปัจจัย  
 ส่งเสริมและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้  
 และนำข้อมูลไปวางแผนการพยาบาลเพื่อการบรรเทา  
 ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยลดปัจจัยส่งเสริม  
 ความเหนื่อยล้า และสร้างเสริมปัจจัยบรรเทาความ  
 เหนื่อยล้าให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา  
 โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้  
 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดและได้รับ

การรักษาด้วยเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 cycle  
 ที่ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ใน  
 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553  
 จำนวนประชากรทั้งหมด 573 ราย และคำนวณหา  
 ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยตาราง Krejcie และ Morgan<sup>12</sup>  
 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 191 ราย ที่ใช้ในการศึกษานี้

### เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่ม  
 ตัวอย่างประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่  
 อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับ  
 การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน  
 ความเพียงพอของรายได้ สิทธิบัตรการรักษาพยาบาล  
 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และโรคประจำตัว  
 และแบบบันทึก ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่  
 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดนับตั้งแต่วินิจฉัยโรค  
 ประวัติการได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของยาเคมีบำบัด  
 ที่เคยได้รับ ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน  
 จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรที่ใช้ในปัจจุบัน  
 อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ระดับฮีโมโกลบิน (g/dl)  
 ระดับโปตัสเซียม (mmol/L) ระดับโซเดียม (mmol/L)  
 และประวัติการได้รับเลือด

2. แบบประเมินความเหนื่อยล้าซึ่งพัฒนา  
 โดยปิยวรรณ ปุณณภานุรังสี<sup>13</sup> มีจำนวน 22 ข้อ  
 แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง  
 ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ ด้านความรู้สึกและด้าน  
 สติปัญญาหรืออารมณ์ มีหลักเกณฑ์ในการประเมิน  
 ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้า 0.00 หมายถึง  
 ไม่มีความเหนื่อยล้า คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้า  
 0.01-3.99 หมายถึง ระดับความเหนื่อยล้าน้อย คะแนน  
 เฉลี่ยความเหนื่อยล้า 4.00-6.99 หมายถึง ระดับความ  
 เหนื่อยล้าปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้า  
 7.00-10.00 หมายถึง ระดับความเหนื่อยล้ามาก

3. แบบสอบถามปัจจัยส่งเสริมและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ แบบสอบถาม ปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามความรู้ของผู้ป่วย ประกอบด้วยรายการของปัจจัยหรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถาม ปัจจัยบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดตามความรู้ของผู้ป่วย จำนวน 21 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นต้นแล้วนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและเคมีบำบัดประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 1 ท่าน หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษา ความเป็นไปได้ของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการทดลองใช้มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง และเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม

### ขั้นตอนและวิธีในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงคณบดี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากกรรมการจริยธรรมให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลแจ้งรายละเอียดของการวิจัยพอสั่งเซปป์ รวมทั้งขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยก่อนเก็บข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อกำหนดคะแนนความเหนื่อยล้า สาเหตุส่งเสริมและบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55.49 ปี โดยมีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 66 เป็นเพศชายร้อยละ 69.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 83.2 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 38.2 โดยมีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-9,999 บาทร้อยละ 32.5 ซึ่งมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 69.6 สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรทองร้อยละ 62.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลร้อยละ 98.4 มีสามี/ภรรยาดูแล ร้อยละ 62.3 ลูกร้อยละ 47.1 และญาติร้อยละ 12.6 โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.9) ไม่มีโรคประจำตัวอื่น

จากตารางที่ 1 พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดนับตั้งแต่วินิจฉัยโรคเฉลี่ย 5.696 เดือน มีประวัติการได้รับยาเคมีบำบัดเพียงร้อยละ 16.2 ได้รับยามาแล้วเฉลี่ย 1.39 ครั้ง ส่วนชนิดของยาเคมีบำบัด

ที่ได้รับในปัจจุบัน คือ Cisplatin/Etoposide ร้อยละ 53.9 Paclitaxel/Carboplatin ร้อยละ 27.2 และยา Docetaxel ร้อยละ 11 จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สูตรที่ใช้ในปัจจุบันเฉลี่ย 6.59 ครั้ง อาการข้างเคียง จากเคมีบำบัด ที่มีมากที่สุด คือ ผงร่วงและเบื่ออาหาร พบเท่ากันคือร้อยละ 93.7 อ่อนเพลีย ไม่มีแรงร้อยละ 92.7 กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับฮีโมโกลบินที่ปกติ (12-16 g/dl) เพียงร้อยละ 19.9 และน้อยกว่าปกติ (<12 g/dl) ร้อยละ 80.1 มีระดับโปรตีนสูงสูงกว่าปกติ (>5.1 mmol/L) ร้อยละ 3.1 ระดับปกติ (3.5-5.1 mmol/L) ร้อยละ 73.8 และ น้อยกว่าปกติ (< 3.5 mmol/L) ร้อยละ 23.0 ส่วนค่าโซเดียม พบว่ามีค่าอยู่ในช่วงปกติ (136-146 mmol/L) ร้อยละ 63.4 และ น้อยกว่าปกติ (< 136 mmol/L) ร้อยละ 36.6 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.1) ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการได้รับเลือด และเริ่มรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้าหลังได้รับยาเฉลี่ย 0.927 วัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดนับตั้งแต่วินิจฉัยโรค (เดือน)</b>	( $\bar{X}$ = 5.696, SD = 5.179)	
< 12	180	94.2
13 - 24	9	4.7
> 25	2	1.0
<b>การได้รับยาเคมีบำบัดก่อนได้รับยาในปัจจุบัน</b>		
เคย	31	16.2
ไม่เคย	155	81.2
ไม่ระบุ	5	2.6
<b>จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนได้รับยาในปัจจุบัน (ครั้ง)</b>	( $\bar{X}$ = 1.39, SD = 3.702)	
1 - 5	16	51.6
6 - 10	6	19.4
11 - 15	8	25.8
16 - 20 ครั้ง	1	3.2
<b>ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน</b>		
Cisplatin/Etoposide	103	53.9
Paclitaxel/Carboplatin	52	27.2
Docetaxel	21	11.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
Taxotere/Carboplatin	4	2.0
Carboplatin/Vinorelbine	3	1.6
Pemetrexed	2	1.0
Carboplatin/Pemetrexed	2	1.0
Carboplatin /Etoposide	2	1.0
Cisplatin/Gemcitabine	1	0.5
Cisplatin/ Pemetrexed	1	0.5
จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรที่ใช้ในปัจจุบัน (ครั้ง)	( $\bar{X} = 6.59, SD = 4.284$ )	
1 - 5	89	46.6
6 - 10	68	35.6
11 - 15	30	15.7
> 15	4	2.1
อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด		
ผม่วง	190	93.7
เบื่ออาหาร	179	93.7
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	177	92.7
คลื่นไส้อาเจียน	151	79.1
มีแผลในปาก เจ็บปาก	120	62.8
ท้องผูก	113	12.0
นอนไม่หลับ	105	59.2
มีไข้	39	55.0
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	32	20.4
ท้องเสีย	26	16.8
อื่นๆ	23	13.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับฮีโมโกลบินหลังให้ยาเคมีบำบัด (g/dl)</b>		
< 12	153	80.1
12 - 16	38	19.9
<b>ระดับโปรตีนซีรัมหลังให้ยาเคมีบำบัด (mmol/L)</b>		
< 3.5	44	23.0
3.5 - 5.1	141	73.8
> 5.1	6	3.1
<b>ระดับโซเดียมหลังให้ยาเคมีบำบัด (mmol/L)</b>		
< 136	70	36.6
136 - 146	121	63.4
<b>ประวัติการได้รับเลือด</b>		
เคยได้รับ	37	19.4
ไม่เคยได้รับ	153	80.1
<b>ระยะเวลาที่เริ่มรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้าหลังได้รับยาเคมีบำบัด (วัน) (<math>\bar{X} = 0.927</math>, <math>SD = 0.261</math>)</b>		

ตารางที่ 2 คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหนื่อยล้า (n = 191)

การรับรู้ความเหนื่อยล้า	คะแนนความเหนื่อยล้า		ระดับ
	$\bar{X}$	SD	
ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง	6.266	2.040	ปานกลาง
ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ	7.919	1.756	มาก
ด้านความรู้สึก	7.684	1.703	มาก
ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์	5.449	2.003	ปานกลาง
รวม	6.822	1.498	ปานกลาง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดจากปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้า

ปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การได้รับเคมีบำบัด	190	99.5
เบื่ออาหาร	181	94.8
มีอาการคลื่นไส้อาเจียน	142	74.3
การได้รับอาหารไม่เพียงพอ	131	68.6
เหม็นกลิ่นอาหาร	131	68.6
การนอนหลับไม่เพียงพอ / นอนไม่หลับ	121	63.4
มีภาวะซีด / รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง	117	61.3
มีอาการท้องผูก	103	53.9
มีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย	100	52.4
การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไปจากเดิม	99	51.8
ไม่ได้ทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่น	96	50.3
จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด	79	41.4
มีความวิตกกังวลหรือความเครียด	76	39.8
มีไข้	40	20.9
มีแผลในช่องปาก / เจ็บปาก	33	17.3
มีอาการท้องเสีย	28	14.7
สภาพอากาศ อากาศร้อนเกินไป	27	14.1
การไม่มีคนดูแลช่วยเหลือ	21	11
สภาพแวดล้อมมีเสียงดังเกินไป	16	8.4

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าในภาพรวมโดยมีคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.822 (SD=1.498) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง มีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 6.266 (SD=2.040) และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ มีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 5.449 (SD=2.003) ซึ่งเป็น

คะแนนความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ความเหนื่อยล้า ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ มีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 7.919 (SD=1.756) และด้านความรู้สึกรู้สึก มีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 7.684 (SD=1.703) ซึ่งเป็นคะแนนความเหนื่อยล้าในระดับมากดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยบรรเทาความเหนื่อยล้า

ปัจจัยบรรเทาความเหนื่อยล้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่เบื่ออาหาร	153	80.1
การนอนหลับอย่างเพียงพอ	144	75.4
ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน	143	74.9
การได้รับอาหารอย่างเพียงพอ	140	73.3
การนั่งพักหรือนอนพัก	140	73.3
ไม่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย	109	57.1
การได้ทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้อื่น	107	56
การสวดมนต์หรือการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักศาสนา	104	54.5
การมีผู้ช่วยเหลือดูแล	95	49.7
การออกกำลังกายที่เหมาะสม	91	47.6
ไม่มีอาการท้องผูก	87	45.5
การฟังเพลง	85	44.5
ไม่มีกลิ่นเหม็น	83	43.5
การอ่านหนังสือ	80	41.9
การดูโทรทัศน์ หรือ ฟังวิทยุ	80	41.9
สภาพอากาศไม่ร้อนเกินไป	49	25.7
ไม่มีไข้	48	25.1
ไม่มีเสียงดังรบกวน	45	23.6
ไม่มีอาการท้องเสีย	37	19.4
การได้รับเลือด	24	12.6
การได้พูดคุยกับคนรอบข้าง	3	1.6
รับประทานยาบำรุงร่างกาย	1	0.53

สำหรับปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากถึงร้อยละ 99.5 คือ การได้รับเคมีบำบัด รองลงมาคือ เบื่ออาหาร พบร้อยละ 94.8 มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 74.3 การได้รับ

อาหารไม่เพียงพอ และเหม็นกลิ่นอาหารร้อยละ 68.6 ส่วนปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างที่พบน้อยที่สุด คือ สภาพแวดล้อมมีเสียงดังเกินไป ซึ่งพบเพียงร้อยละ 8.4 (ตารางที่ 3)

จากผลการศึกษาที่แสดงไว้ในตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่บรรเทาความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด คือ ไม่เบื่ออาหารโดยพบร้อยละ 80.1 รองลงมาคือ การนอนหลับอย่างเพียงพอพบร้อยละ 75.4 ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 74.9 การได้รับอาหารอย่างเพียงพอ และการนั่งพักหรือนอนพัก ร้อยละ 73.3 ส่วนปัจจัยบรรเทาความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างที่พบน้อยที่สุด คือ การรับประทานยาบำรุงร่างกาย และการได้พูดคุยกับคนรอบข้างโดยพบร้อยละ 0.53 และ 1.6 ตามลำดับ

### วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลจากปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากอายุถือเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีระดับความเหนื่อยล้าที่มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย เนื่องจากสภาพร่างกายเสื่อมสภาพ ประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง<sup>14</sup> ภาวะไข้มีผลต่อระดับความเหนื่อยล้า เนื่องจากร่างกายมีการสูญเสียพลังงานจากการมีเมตาโบลิซึมที่เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ร่างกายจะมีการเผาผลาญอาหารและมีการดึงเอาพลังงานที่สะสมมาใช้มากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายมีการสูญเสียพลังงานมากกว่าการสะสมพลังงานจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า<sup>9,15</sup> ภาวะชืดจากการมีระดับฮีโมโกลบินต่ำจะทำให้เซลล์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอส่งผลให้พลังงานที่ได้จากกระบวนการเมตาโบลิซึมของเซลล์ลดลง ทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าได้ ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งนั้นหากระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 7-9 g/dl จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ดังนั้นระดับฮีโมโกลบินยิ่งน้อยยิ่งทำ

ให้เกิดความเหนื่อยล้าได้มาก<sup>16</sup> ผลการศึกษาในระดับความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด<sup>10</sup> ซึ่งพบว่าระดับความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้าที่พบมากที่สุดคือ การได้รับเคมีบำบัด อาจเป็นเพราะการมีภาระของเสียในร่างกายโดยของเสียจากการเผาผลาญในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด และมีผลต่อความเหนื่อยล้าที่สำคัญได้แก่ กรดแลคติก กรดไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน<sup>9</sup> เนื่องจากเซลล์มะเร็งถูกทำลายมากขึ้นจากเคมีบำบัด และผลของการที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์มะเร็งจะทำให้ร่างกายมีความต้องการพลังงานมากขึ้น ประกอบกับการได้รับเคมีบำบัดอาจเกิดอาการแทรกซ้อนหลายอย่างเช่น เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และมีการสูญเสียสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ จากอาการคลื่นไส้อาเจียน จึงเกิดความไม่สมดุลของพลังงาน ดังนั้นการได้รับเคมีบำบัดจึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีความเหนื่อยล้ามากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดของศิริกาญจน์ สมรรถศรีบุตร<sup>10</sup> ซึ่งพบว่า การได้รับเคมีบำบัดเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีความเหนื่อยล้ามากที่สุด

ปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้าในกลุ่มตัวอย่างที่พบรองลงมาคือ การเบื่ออาหารซึ่งเป็นการสูญเสียความต้องการกินอาหารหรือไม่หิวส่งผลให้ร่างกายได้อาหารน้อยลง ผลของการเบื่ออาหารจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการได้รับอาหารน้อยลงขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดังนั้นหากร่างกายได้รับ

สารอาหารไม่เพียงพอจากการเบื่ออาหาร ร่างกายจะนำพลังงานที่สะสมไว้มากใช้ โดยกล้ามเนื้อจะมีการสลายไกลโคเจน โปรตีน และไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าจากการขาดพลังงานสะสม<sup>9</sup>

ปัจจัยส่งเสริมความเหนื่อยล้าในกลุ่มตัวอย่างที่พบเป็นอันดับสามคือ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สาเหตุโดยตรงของอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากยาเคมีบำบัดเกิดจากการที่ยาเคมีบำบัดกระตุ้นเคโมรีเซพเตอร์ทริกเกอร์โซน (chemoreceptor trigger zone) และศูนย์ควบคุมการอาเจียน (vomiting center)<sup>6</sup> จากการศึกษาจำนวนมากพบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า<sup>13</sup> ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้มีการสูญเสียสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และส่งผลให้ร่างกายได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้

สำหรับกิจกรรมบรรเทาความเหนื่อยล้าที่พบในการศึกษานี้ คือ การไม่เบื่ออาหาร การนอนหลับอย่างเพียงพอ และไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวอาจทำให้การรับรู้ความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางโดยมีเหตุผลดังนี้ การไม่เบื่ออาหารนั้นผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ทำให้ได้รับสารอาหารเพียงพอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพญกมล กุลสุ<sup>11</sup> ซึ่งพบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวระหว่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดคือการรับประทานอาหารได้น้อย ส่วนการนอนหลับอย่างเพียงพอมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดและสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ เพราะการนอนหลับทำให้ผู้ป่วยลดการใช้พลังงาน และเสริมสร้างพลังงานเป็นการรักษาสมดุลของพลังงานใน

ร่างกาย<sup>15</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญมี แพ้งสูงกุล<sup>17</sup> ที่ศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าสาเหตุบรรเทาความเหนื่อยล้าที่พบมากที่สุดคือการนอนหลับอย่างเพียงพอ และจากการศึกษาจำนวนมากพบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า<sup>13</sup> ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นทำให้ได้รับสารอาหารเพียงพอจึงอาจบรรเทาความเหนื่อยล้าลงได้

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบคุณคุณอวยพร ภัทรภักดีกุล ที่ให้ความช่วยเหลือและกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Pongnikorn S, Martin N, Raunroadroong N, Kamolthum T, Boonyawattana V, Sangnark B, et al. Cancer incidence in phitsanulok, Thailand Volume I, 1998-2002. Lampang: Lampang Cancer Center; 2006.
2. Sriplung H, Sontipong S, Martin N. Cancer in Thailand 1995-1997. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2003.
3. Tasanapitak C, Prechawittayakul P. Hospital-based cancer registry annual report 2008 Hatyai: Songklanagarind Hospital; 2009.
4. คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และคณะ. การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
5. อีรวิทย์ พันธุ์ชัยเพชร. Lung Cancer. ตำราประกอบการประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติครั้งที่ 4 เนื่องในวโรกาส 75 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มหาราช มหันตภัยเกิดได้ทุกวัย; 30 พฤศจิกายน-5 ธันวาคม 2545. กรุงเทพมหานคร: สถานวิทยามะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2545. หน้า. 385-407.

6. ชวนพิศ นรเดชานนท์. เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
7. Piper BF, Lindsey AM, Dodd MJ. Fatigue mechanism in cancer patients. *Development Nursing Theory Nursing Forum* 1987;14:17-23.
8. Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The revised piper fatigue scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998;25:677-84.
9. Piper BF. *Pathophysiological phenomena in nursing*. Philadelphia: WB Saunders; 1993.
10. ศิริกาญจน์ สรรทดศรีบุตร. ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
11. เพ็ญกมล กุลสุ. ภาวะอ่อนเพลียในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30:607-10.
13. Pritsanapanurungsie P. Patterns of fatigue, related factors, and self-care action among breast cancer patients receiving chemotherapy. Bangkok: Mahidol University; 2000.
14. Barnett ML. In: Otto SE, editor. *Oncology Nursing*. St. Louis: Mosby; 2001. p. 787-801.
15. Piper B. Fatigue. In: Carrieri-Kohlman V, Lindsay A, West C, editors. *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness*. Philadelphia, PA: Saunders; 1993. p. 279-302.
16. Elliott L, Groer M, Mac Morran P, Perkey P. Behavioral disorders. In: Groer MW, editor. *Advanced pathophysiology: Application to Clinical practice*. Philadelphia: Lippincott; 2001. p. 57-99.
17. บุญมี แพรุงสกุล. ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยไตเทียม. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.

# ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

รุ่งรัตน์ วีระกุล  
ศาสตราจารย์

**บทคัดย่อ** การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกที่ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด ความตรงของเนื้อหาได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยได้หาค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่า 0.90 และหาค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้สูตรของครอนบาค ได้ค่า 0.92 กลุ่มทดลองได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ t-test ในการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกันทั้ง เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การนับถือศาสนา และระดับการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการสอนพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนใกล้เคียงกัน แต่ภายหลังการสอนกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย ( $\bar{X}$  = 27.36 และ SD = 3.07) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 17.48 และ SD = 3.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$  = 0.000) และยังพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองหลังจากได้รับการสอนสูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ( $P$  < 0.05) สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยสูงกว่า ( $\bar{X}$  = 51.20 และ SD = 4.82) กลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 36.20 และ SD = 4.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$  = 0.000) ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสอนอย่างมีแบบแผนในการให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นหลังได้รับเคมีบำบัดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการสอนและคำแนะนำโดยทั่วไป (วารสารโรคมะเร็ง 2554;31:25-33.)

คำสำคัญ: การสอนอย่างมีแบบแผน ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง มะเร็งปอด เคมีบำบัด

## Effects of a Planned Teaching Program on Knowledge and Self-Care Behaviors among Lung-Cancer Patients Undergoing Chemotherapy at Songklanagarind Hospital

by **Rungrat Weerakul, Sakorn Hubjareon**

*Chemotherapy Infusion Center, Songklanagarind Hospital, Hadyai, Songkla*

**Abstract** This quasi-experimental research study examined the effects of a planned teaching program on the knowledge and self-care behaviors of patients with lung cancer at the chemotherapy center of Songklanagarind Hospital. The subjects were lung-cancer patients undergoing chemotherapy for the first time. Fifty subjects were recruited into the study (25 in the intervention group, and 25 in the control group). The study instruments consisted of patient's general characteristics record form, and knowledge and self-care behavior measurement forms. Content validity was examined by 3 experts. The Kuder-Richardson's reliability test was used to measure knowledge, and yielded 0.90. The reliability of self-care behavior measurement was tested by the Cronbach's alpha coefficient, and resulted in a value of 0.92. The intervention group participated in the planned teaching program, while the control group received normal medical/nursing care. The data were analyzed by percentage, mean and standard deviation, and the t-test was used to compare groups. The study results showed that the subjects in both groups had similar characteristics, including gender, age, marital status, religion, and education. Before the education program, the mean knowledge scores for both groups were similar. However, after the program, the experimental group significantly had higher mean scores for knowledge than the control group ( $\bar{X}=27.36, 17.48$ ;  $SD=3.07, 3.64$ , respectively;  $P=0.000$ ). The subjects in both groups, after receiving the planned education program, or normal medical/nursing care, had significantly higher mean scores for knowledge than before the program ( $P<0.05$ ). The experimental group had significantly higher mean scores for self-care behaviors than the control group ( $\bar{X}=51.20, 36.20$ ;  $SD=4.82, 4.77$ , respectively;  $P=0.000$ ). The findings of this study suggest that a well-planned education program would improve the post-chemotherapy knowledge and self-care behaviors of lung-cancer patients, compared with normal medical/nursing care. (*Thai Cancer J 2011;31:25-33.*)

**Keywords:** planned teaching, knowledge, self-care behavior, lung cancer, chemotherapy

### บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งปอดซึ่งมีอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น ประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งปอดมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีในเพศชาย และเป็นอันดับสี่รองจากมะเร็งเต้านม ปากมดลูก ตับและทางเดินน้ำดีในเพศหญิง<sup>1</sup> โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบผู้ป่วยมะเร็งปอดมากเป็นอันดับสี่<sup>2</sup> โดยในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น ในปี 2550-2552 มีผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวน 882,

897 และ 975 ราย ตามลำดับ<sup>3</sup> ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการในขณะที่โรคอยู่ในระยะลุกลามและแพร่กระจาย เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งภายในเวลา 1-2 ปี หลังจากการวินิจฉัยโรค<sup>4</sup> ปัจจุบันวิธีมาตรฐานที่ใช้ในการรักษามะเร็งปอดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มี 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้ร้อยละ 10<sup>1</sup> คือผู้ป่วยที่เป็นระยะ 1 และ 2 ส่วนระยะ 3 และ 4 ให้การรักษาด้วยเคมีบำบัด และ/หรือการฉายรังสี ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดมีหลายสูตร

สูตรยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ Paclitaxel-Carboplatin ซึ่ง ยาดังกล่าวก่อให้เกิดอาการข้างเคียง โดยอาการข้างเคียงเกิดได้กับระบบต่างๆในร่างกาย<sup>5</sup> เช่น ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ระบบไขกระดูกมีผลต่อการสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด ระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการชาปลายมือ ปลายเท้า เป็นต้น จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งปอด 20 รายที่มารับยา Paclitaxel-Carboplatin ที่ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ร้อยละ 100 ผอมลง ร้อยละ 95 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 90 ชาปลายมือ ปลายเท้า ร้อยละ 50 ท้องผูก ร้อยละ 50 นอนไม่หลับ ร้อยละ 45 มีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ร้อยละ 15 มี mucositis เป็นต้น<sup>6</sup>

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะประสบปัญหาจากอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมาก แต่ยาเคมีบำบัดเป็นความหวังของผู้ป่วยที่จะช่วยรักษาให้อาการดีขึ้น<sup>7</sup> ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะเป็นการลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ว่าต่อไปจะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง และวิธีการให้ความรู้ที่ทำให้เกิดผลดีมีประโยชน์สูงคือ การสอนอย่างมีแบบแผน ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการสอนอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากกว่าการสอนแบบทั่วไป<sup>8-11</sup>

ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดมีหน้าที่ให้บริการบริหารยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก ทั้งจากโรคมะเร็ง ข้อ และ SLE มีผู้ป่วยเฉลี่ย 50 ราย/วัน<sup>12</sup> การให้ความรู้มุ่งเป้าหมายที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลรายใหม่ทุกราย แต่การให้ความรู้ที่ผ่านมายังไม่มีแบบแผนที่แน่นอน และไม่ได้ทำการประเมินผลการสอน เนื่องด้วยภาระงานที่มากของพยาบาล มีผู้ป่วยใหม่จำนวนมากในแต่ละวัน ผู้ป่วยเข้ามารับยาครั้งแรกด้วยเปล

นอน เปลนึ่ง มีอาการเหนื่อย ดังนั้นการให้ความรู้ประสบความสำเร็จไม่เต็มที่เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลบางรายไม่พร้อมที่จะรับฟัง พยาบาลเองก็ให้คำแนะนำไปเรื่อยๆตามสถานการณ์ประจำวัน ส่งผลให้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไม่ครอบคลุม เช่น ผู้ป่วยโทรมาปรึกษาว่ามะเร็งร้ายประจําวันได้ไหม มีใช้ทำอย่างไร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมากจะเป็นอันตรายไหม มีอาการเพลียมากทำอย่างไรดี เป็นต้น ซึ่งคำถามดังกล่าวพยาบาลได้ให้คำแนะนำไปแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการสอนอย่างมีแบบแผน โดยใช้กลุ่มทฤษฎีสัมพันธ์ต่อเนื่อง (Associative Theory or Stimulus Response Theory) ซึ่งเน้นความสำคัญของสิ่งเร้าในการกำหนดพฤติกรรมการเรียนรู้ มองเห็นว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง และทฤษฎีความคิดความเข้าใจ (Cognitive Theory) เน้นความสำคัญของกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล เน้นเรื่องการรับรู้ของผู้เรียน กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ การแก้ปัญหา การคิด การตัดสินใจ การจัดระบบข้อมูล ความเข้าใจ การสอนอย่างมีแบบแผนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา ตลอดจนมีการประเมินผลการสอน แผนการสอนนี้มีเนื้อหาครอบคลุมการดูแลตนเองก่อน ระหว่าง และหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel - Carboplatin ผู้วิจัยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาสูตร Paclitaxel - Carboplatin เนื่องจากเป็นสูตรยาที่ใช้บ่อย และมีอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมาก อีกทั้งการสอนเป็นรายบุคคลทำให้ผู้สอนและผู้เรียนมีการสนทนาซักถาม ขอคำอธิบายเพิ่มเติมตามปัญหาของแต่ละคน เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำสื่อการสอนมาประกอบเพื่อเป็นสิ่งเร้าในการให้ความรู้ด้วย เพื่อช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่เบื่อหน่าย และมีความน่าสนใจในเนื้อหาที่เรียนมากขึ้น โดยการจัดทำภาพ

พลิก (flip chart) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา รูปภาพต่างๆ เกี่ยวกับการได้รับยาเคมีบำบัด เป็นภาพสี่ ประกอบ คำบรรยายสั้นๆ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสัมผัสจากการได้ดูภาพพลิก เพิ่มจากการรับฟังเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจยิ่งขึ้น ขณะสอนก็ทำบรรยายภาคให้สงบมีการปิดม่าน ให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อย การสอนอย่างมีแบบแผนทำให้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จะสามารถดูแลตัวเองได้อย่างดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการสอนอย่างมีแบบแผนเรื่องการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการสอนอย่างมีแบบแผนเรื่องการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการสอนอย่างมีแบบแผนเรื่องการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด

### วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือผู้ป่วยมะเร็งปอดทุกรายที่ได้รับยาสูตร Paclitaxel-Carboplatin เป็นครั้งแรกที่ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง ตุลาคม 2553 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของ Power Analysis Method โดยกำหนดค่า Estimated Effect 0.7 Power ที่ 0.7 และระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ของโพลิตและฮังเกอร์ (Polit & Hungler)<sup>13</sup> ได้ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มละ 25 ราย ใช้วิธีสุ่มแบบการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย โดยดูหมายเลขบัตรโรงพยาบาลตัวสุดท้าย (HN) โดยเลขที่อยู่ในกลุ่มทดลอง เลขคู่อยู่ในกลุ่มควบคุม กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด ได้รับยาเคมีบำบัด ครั้งนี้เป็นครั้งแรก สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ อายุไม่เกิน 75 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการครั้งนี้

### เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แผนการสอนสำหรับผู้ป่วยหลังได้รับเคมีบำบัดโดยแผนการสอนมีการกำหนดวัตถุประสงค์มีเนื้อหาครอบคลุมการดูแลตนเอง ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับยาเคมีบำบัด ใช้สื่อการสอนชนิดภาพพลิก เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอายุมาก มีอาการเหนื่อย มารับยาด้วยเปลื้อง มีคู่มือการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาเคมีบำบัดให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับไปอ่านทบทวน โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ใช้ศัพท์แพทย์ และมีรูปภาพประกอบ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยแบบบันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และระดับการศึกษา แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel-Carboplatin จำนวน 30 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราต่างๆ มีลักษณะคำตอบของคำถามเป็น ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ เพื่อประเมินความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการสอน (pretest & posttest) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-30 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ความรู้ยิ่งมาก และแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราต่างๆ แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง

หลังได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 30 ข้อ (ข้อละ 2 คะแนน) แบบสอบถามนี้จะถามถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังได้รับยาเคมีบำบัดโดยการเลือกคำตอบที่มีเกณฑ์ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับกรปฏิบัติของท่านทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับกรปฏิบัติของท่านไม่ทุกครั้ง ไม่ปฏิบัติ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นท่านไม่ได้ปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้ ถ้าเลือกคำตอบที่แสดงว่าปฏิบัติได้ทุกครั้งได้ 2 คะแนน ถ้าเลือกคำตอบที่แสดงว่าปฏิบัติได้บางครั้งได้ 1 คะแนน ถ้าเลือกคำตอบที่แสดงว่าไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-60 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ผู้ป่วยยิ่งปฏิบัติตัวได้ดี

### คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ เกษัชกรและพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้สูตร คูเดออร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่า 0.90 และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้สูตรแอลฟาครอนบาค ได้ค่า 0.92

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ (EC 53-168-15-7-3) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบ

บันทึกลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย และแบบสอบถามประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด (pretest) ในกลุ่มควบคุม ภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยให้พยาบาลประจำการสอนผู้ป่วย ไปตามปกติที่เคยปฏิบัติมาโดยการสอนไปเรื่อยๆสอนครั้งเดียว ตามความถนัดของพยาบาลแต่ละคน และไม่ได้ประเมินผลการสอน ส่วนกลุ่มทดลอง ภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการสอนกลุ่มตัวอย่างตามแผนการสอนที่ได้เตรียมไว้ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อน ระหว่าง และหลังได้รับยาเคมีบำบัดโดยการสอนครั้งเดียว ใช้เวลาประมาณ 30 นาที สื่อการสอนที่ใช้ ได้แก่ ภาพพลิก ขณะสอนเปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอดเวลา และมีการประเมินผลโดยการตั้งคำถามย้อนกลับว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ พร้อมทั้งมอบหนังสือคู่มือการดูแลตนเอง หลังได้รับยาเคมีบำบัดให้ผู้ป่วยไว้อ่านทบทวน เมื่อผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 3 สัปดาห์) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอีกครั้งเพื่อประเมินความรู้และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

1. หาค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองก่อนสอนและภายหลังการสอนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดก่อนสอน และภายหลังการสอนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มโดยใช้ Paired t-test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง หลังได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ Independent t-test

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง หลังได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ Independent t-test

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		ค่า P	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ	ชาย	16	64	15	60	0.771
	หญิง	9	36	10	40	
อายุ (ปี)	≤50	7	28	3	12	0.350
	51-60	6	24	8	32	
	61-70	6	24	4	16	
	>70	6	24	10	40	
ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		60.96, 9.676		61.36, 10.267		
Min, Max		45, 75		44, 75		
สถานภาพสมรส	คู่	24	96	22	88	0.297
	หม้าย หย่า แยก	1	4	3	12	
ศาสนา	พุทธ	22	88	20	80	0.440
	อิสลาม	3	12	5	20	
ระดับการศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	1	4	0	0	0.871
	ประถมศึกษา	12	48	13	52	
	มัธยมศึกษา	4	16	5	20	
	อนุปริญญา	2	8	2	8	
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	24	5	20	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังสอน

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง				ค่า P
	ก่อนสอน		หลังสอน		
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
กลุ่มทดลอง	16.08	5.55	27.36	3.06	0.000
กลุ่มควบคุม	15.32	5.45	17.48	3.64	0.023

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังได้รับเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการสอน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่า P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
คะแนนความรู้	27.36	3.07	17.48	3.64	0.000
คะแนนพฤติกรรม	51.20	4.82	36.20	4.77	0.000

### ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน โดยมีเพศชาย ร้อยละ 64 และ 60 เพศหญิงร้อยละ 36 และ 40 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 60.96 ปี และกลุ่มควบคุม 61.36 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มทดลองสอนอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมสอนตามปกติทั่วไป พบว่าก่อนการสอนให้ความรู้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $\bar{X}=16.08$  และ  $SD=5.55$  และกลุ่ม

ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย  $\bar{X}=15.32$  และ  $SD=5.45$  แต่ภายหลังการสอนพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในกลุ่มทดลอง ( $P=0.000$ ) และในกลุ่มควบคุม ( $P=0.023$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังการสอนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X}=27.36$  และ  $17.48$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.000$ , ตารางที่ 3)

จากการศึกษาคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการสอนพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ( $\bar{X}=51.20$  และ  $SD=4.82$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X}=36.20$  และ  $SD=4.77$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.000$ , ตารางที่ 3)

## วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนตามปกติมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดใกล้เคียงกัน อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพื้นฐานความรู้ไม่แตกต่างกัน ต่อมาภายหลังดำเนินการให้กลุ่มทดลองได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.000$ ) นอกจากนี้คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.000$ ) วิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนโดยผู้วิจัยได้จัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตามแผนการสอนกล่าวคือ แผนการสอนที่สร้างขึ้นได้กำหนดวัตถุประสงค์เนื้อหา สื่อการสอน ตลอดจนการประเมินผล โดยเนื้อหาครอบคลุมการดูแลตนเองก่อน ระหว่างและหลังได้รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำภาพพลิกเป็นรูปภาพประกอบคำบรรยาย เพื่ออธิบายสิ่งที่ยากให้เข้าใจขึ้น ภาพพลิกช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้เร็วและเข้าใจเรื่องราวต่างๆ ตรงกัน จำเรื่องราวต่างๆ ได้มากขึ้นและนานกว่า ช่วยทำให้เกิดความคิดรวบยอดสร้างความสนใจ เสริมสร้างความคิด ผู้วิจัยเลือกภาพพลิกเป็นสื่อการสอนเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่มาด้วยอาการเหนื่อย มารับยาด้วยเปลนั่งหรือนอน ส่วนใหญ่มีการศึกษาาระดับประถมศึกษา มีอายุมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสอนจากผู้วิจัยแล้ว ยังได้รับคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดไปอ่านทบทวนซึ่งคู่มือดังกล่าวมีเนื้อหาสั้นๆ ภาษาที่ใช้ง่ายๆ ไม่ใช้ศัพท์แพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เข้าใจง่ายขึ้น

และในส่วนของเนื้อหาภาพประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยสนใจเนื้อหามากยิ่งขึ้น วิธีการสอนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นการสอนโดยสื่อความหมายสองทาง แสดงปฏิภิกิริยาโต้ตอบกัน เกิดข้อมูลป้อนกลับทันทีที่ผู้ป่วยเข้าใจมากน้อยและถูกต้องเพียงใด ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจึงมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรินทร์ ทองยิ้ม<sup>14</sup> ที่ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่าผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.01$ ) นพรัตน์ ราชภรณ์<sup>9</sup> ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.01$ ) พนิดา ชูสุวรรณ<sup>15</sup> ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่เหล็กตามภายใน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.05$ ) ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีกว่าการสอนตามปกติทั่วไป

## ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการสอนอย่างมีแบบแผนไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรอื่นๆ ต่อไปรวมถึงการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดัน เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนวิจัย ผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน คุณอวยพร ภัทรภักดีกุล ที่ให้ความช่วยเหลือในงานวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ถ่ายทอดความรู้เรื่องการทำวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิตติกร นิลมานันต์ ที่ปรึกษาการเขียนบทคัดย่อฉบับภาษาอังกฤษ และคุณธิดารัตน์ ผอมแก้ว ผู้ให้คำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. กิริทา ธรรมคำภีร์. ตำรา มะเร็งปอด. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550.
2. เวชสถิติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2551.
3. เวชสถิติ สถิติผู้ป่วยมะเร็งปอด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2550-2552.
4. วัชรภูม มะลิกุล. คุณรู้จักมะเร็งปอด ดีแค่ไหน. สยามซีไอ 2552;7:6-9.
5. ชวนพิศ นรเดชาพันธ์. เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
6. ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด สรุปอาการผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร Paclitaxel-Carboplatin. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2552.
7. ทิพมาส ชินวงศ์. การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2541.
8. จันทร์จิรา คำใหม่. ผลการสนทนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในสตรีที่ได้รับการขูดมดลูกแบบแยกส่วน ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546.
9. นพรัตน์ ราษฎร์น้อย. ผลการสนทนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
10. พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. ผลการสนทนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546.
11. สุคนธา ผดุงวัตร. ผลการสนทนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัดและความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกขาหัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
12. ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด สรุปยอดผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์; 2553.
13. Polit, D.F. & Hungler, B.P. Nursing Research Principle and Method. Philadelphia: Lippincott; 1999
14. สุรินทร์ ทองยิ้ม. ผลการสนทนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต วิทยาศาสตร์ พยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543
15. พนิดา ชูสุวรรณ. ผลการสนทนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่เหล็ก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2538.

## เชื้อ *Helicobacter pylori* กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร

สุนันทา จริญญาเลิศศักดิ์  
วิชัย ปุริสา

ในปี ค.ศ. 1983 Warren และ Marshall ได้ค้นพบ *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) ซึ่งเป็น pathogen ในโรคกระเพาะอาหารหลายชนิด<sup>1</sup> จากการค้นพบเชื้อชนิดนี้ที่ผิวของกระเพาะอาหาร (gastric mucosa) และพบว่า *H. pylori* มีบทบาทในการทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ (gastritis) และแผลเปื่อยเป็บติค (peptic ulcer) ทำให้ Warren และ Marshall ได้รับรางวัลโนเบลในปีค.ศ. 2005 นอกจากนั้นยังมีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางเพื่อค้นหาความเกี่ยวข้องของ *H. pylori* กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร ซึ่งในบทความนี้จะเน้นข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับเชื้อชนิดนี้ทั้งทางด้านระบาดวิทยา และรายงานการวิจัยที่พบความเกี่ยวข้องของ *H. pylori* กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารรวมถึงการป้องกันมะเร็งดังกล่าวโดยการทำลายเชื้อ *H. pylori* (*H. pylori* eradication)

### ลักษณะทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อ *H. pylori*

ความชุกของการติดเชื้อ *H. pylori* ทั่วโลกพบในช่วงร้อยละ 20 ถึง 90 กว่าในประชากรผู้ใหญ่<sup>2</sup> อัตราการติดเชื้อ *H. pylori* พบเฉลี่ยประมาณร้อยละ 30 ในประชากรทางซีกโลกตะวันตก และราวร้อยละ 0.1 ถึง 1 ของผู้ป่วยกระเพาะอักเสบ (gastritis) ที่เกิดจากการติดเชื้อ *H. pylori* จะกลายเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร ในประเทศเอเชียและประเทศที่กำลังพัฒนาพบอัตราการติดเชื้อชนิดนี้สูงในช่วงร้อยละ 60-90 ซึ่งพบมะเร็งกระเพาะอาหารมากด้วย<sup>2</sup>

มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 4 ทั่วโลกในปีค.ศ. 2000 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 870,000 ราย และเสียชีวิต 650,000 รายต่อปี<sup>3</sup> ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารราวร้อยละ 60

พบในประเทศที่กำลังพัฒนา บริเวณที่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้สูงสุดอยู่ในเอเชียตะวันออก โดยเฉพาะในประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีพบอัตราการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารสูงที่สุดในโลกและยังพบความชุกของเชื้อ *H. pylori* สูงสุดด้วย<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังพบสูงในบางพื้นที่ของอเมริกาใต้และยุโรปตะวันออกและพบอัตราต่ำในอเมริกาเหนือ แอฟริกา และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้<sup>5</sup> สำหรับในประเทศไทยพบอัตราการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเมื่อปี พ.ศ. 2542 พบผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารรายใหม่ในเพศชาย 851 ราย เพศหญิง 720 ราย<sup>6</sup> ปีพ.ศ. 2545 พบในเพศชาย 1488 ราย และในเพศหญิง 785 ราย<sup>7</sup>

### การเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารจากการติดเชื้อ *H. pylori*

การค้นพบ *H. pylori* ในปีค.ศ. 1983 ทำให้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า *H. pylori* มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารอย่างแน่ชัด<sup>8</sup> โดยที่เมื่อผนังกระเพาะอาหารติดเชื้อ *H. pylori* จะทำให้กระเพาะอาหารอักเสบ การติดเชื้อ *H. pylori* มักจะอยู่เป็นเวลานาน ทำให้ผนังกระเพาะอาหารเกิดการอักเสบเรื้อรัง นำไปสู่การเกิดโรคของทางเดินอาหารส่วนต้นหลายชนิด เช่น กระเพาะอาหารอักเสบ (atrophic gastritis), gastric/duodenal ulcer, และมะเร็งกระเพาะอาหารเป็นต้น<sup>9</sup>

จากการตรวจสอบประวัติของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากกระเพาะอาหารที่มีการอักเสบจากการติดเชื้อ *H. pylori* มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้เกิดจากการอักเสบ ดังนั้นจึงเชื่อว่า *H. pylori* เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร ในประเทศญี่ปุ่นพบว่าผู้ที่ติดเชื้อ *H. pylori* มากกว่าร้อยละ 80 จะเกิด atrophic gastritis<sup>10</sup> และมีรายงานพบว่าการเกิด gastric

mucosal atrophy จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร<sup>11</sup> ในปีค.ศ. 1994 International Agency for Research on Cancer (IARC) ซึ่งสังกัดองค์การอนามัยโลก (WHO) จึงระบุให้ *H. pylori* เป็นสารก่อมะเร็งของการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารอย่างแน่นอนตามข้อมูลที่ได้จากทางด้านระบาดวิทยา<sup>12</sup>

จากรายงานต่างๆ แสดงให้เห็นอย่างแน่ชัดว่าการติดเชื้อ *H. pylori* มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร<sup>13-15</sup> จึงเป็นเรื่องน่าสนใจสำหรับนักวิจัยด้านโรคมะเร็งทั่วโลกที่จะศึกษาค้นคว้าว่าการกำจัด *H. pylori* จะป้องกันการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารได้หรือไม่ ในปีค.ศ. 2008 มีรายงานในประเทศญี่ปุ่น พบว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารลดลงราว 1/3 จากการทำลาย *H. pylori*<sup>16</sup>

### การป้องกันการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารโดยการทำลายเชื้อ *H. pylori*

หลังจากที่มีการศึกษาพบว่าการติดเชื้อ *H. pylori* เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร นักวิจัยจำนวนมากทั่วโลกก็มุ่งไปที่การกำจัดการติดเชื้อชนิดนี้เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร จากการศึกษาเมื่อไม่นานมานี้พบว่ากลไกการก่อให้เกิดมะเร็งจากการติดเชื้อ *H. pylori* มีสองกลไก กลไกแรกเกิดจากตัวเชื้อโดยตรงที่มีผลต่อบริเวณผิว epithelium ส่วนอีกกลไกหนึ่งเป็นผลทางอ้อมจากการอักเสบเรื้อรังของกระเพาะอาหาร สำหรับกลไกแรกนั้นพบว่าปัจจัยที่สำคัญคือโปรตีน CagA ที่ฉีดออกมาจากตัวเชื้อ *H. pylori*<sup>17</sup> ดังนั้นการกำจัด CagA จึงน่าจะมีประโยชน์ในการยับยั้งการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารได้ ส่วนกลไกที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบนั้นพบว่า superoxides ที่เกิดจากปฏิกิริยาการอักเสบมีบทบาทสำคัญต่อการก่อให้เกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร<sup>18,19</sup> จากการวิจัยแบบ randomized controlled trials พบว่าการทำลายเชื้อ

*H. pylori* จะช่วยให้การอักเสบของกระเพาะอาหารดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า การทำลายเชื้อชนิดนี้จะช่วยขจัดการก่อมะเร็งที่เกิดจากการอักเสบได้<sup>20-22</sup>

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาจำนวนมากพบว่าการรักษาการติดเชื้อ *H. pylori* (*H. pylori* eradication therapy) จะทำให้สภาพก่อนเป็นมะเร็ง (pre-malignant status) กลับคืนสู่ปกติได้ จากการศึกษาในผู้ป่วยชาวญี่ปุ่นพบว่า หลังจากการรักษาการติดเชื้อ *H. pylori* ทำให้ atrophy ที่ผนังกระเพาะอาหารและ intestinal metaplasia ซึ่งเป็น precancerous lesions กลับคืนสู่ปกติ<sup>23-26</sup> อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าการป้องกันการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารจากการติดเชื้อ *H. pylori* จะได้ผลเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางจุลพยาธิวิทยา เช่น atrophy, intestinal metaplasia หรือ dysplasia มาก่อน<sup>27</sup> ดังนั้นยุทธวิธีป้องกันการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารในประชากรกลุ่มเสี่ยงเช่นในประเทศจีน ญี่ปุ่น ควรจะมุ่งไปที่กลุ่มอายุน้อย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางจุลพยาธิวิทยาอันเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในคนกลุ่มนี้สามารถกลับคืนปกติได้<sup>2,27,28</sup> จากการศึกษาที่ได้ในปัจจุบันพบว่า การกำจัดเชื้อ *H. pylori* จะช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารในผู้ที่ยังไม่มี advanced precancerous gastric lesions เท่านั้น แต่สำหรับผู้ที่มี lesions ดังกล่าวอยู่แล้ว การทำลายเชื้อ *H. pylori* ไม่สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารได้<sup>2,27,29,30</sup>

### เอกสารอ้างอิง

- Warren RJ, Marshall BJ. Unidentified curved bacilli in gastric epithelium in active chronic gastric. Lancet 1983;1:1273.
- Prinz C, Schwendy S, Volland P. H pylori and gastric cancer: shifting the global burden. World J Gastroenterol 2006;12:5458-64.
- Ferlay J, Bray F, Parkin DM, Pisani P, editors. Globocan 2000 : Cancer Incidence and Mortality Worldwide (IARC Cancer Bases No. 5), Lyon: IARC Press; 2001.
- Yamamoto S. Stomach cancer incidence in the world. Jpn J Clin Oncol 2001;31:471-6.
- Stewart BW, Kleihues P, editors. World Cancer Report. Lyon: IARC Press; 2003.
- Kuhaprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, editors. Cancer in Thailand. Vol IV, 1998-2000. Bangkok; 2007.
- Kuhaprema T, Srivatanakul P, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, editors. Cancer in Thailand. Vol V, 2001-2003. Bangkok; 2010.
- Suzuki H, Hibi T, Marshall BJ. Helicobacter pylori: present status and future prospects in Japan. J Gastroenterol 2007;42:1-15.
- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut 2007;56:772-81.
- Asaka M, Sugiyama T, Nobuta A, Kato M, Takeda H, Graham DY. Atrophic gastritis and intestinal metaplasia in Japan: results of a large multicenter study. Helicobacter 2001;6:294-9.
- Asaka M. Helicobacter pylori infection and gastric cancer. Intern Med 2002;41:1-6.
- International Agency for Research on Cancer, World Health Organization: Schistosomes, Liver flukes and *Helicobacter pylori*. IARC Monogr Eval Carcinog Risk Hum 1994;61:177-241.
- Sugiyama A, Maruta F, Ikeno T, Ishida K, Kawasaki S, Katsuyama T, et al. Helicobacter pylori infection enhances N-methyl-N-nitrosourea-induced stomach carcinogenesis in the Mongolian gerbil. Cancer Res 1998;58:2067-9.
- Watanabe T, Tada M, Nagai H, Sasaki S, Nakao M. Helicobacter pylori infection induces gastric cancer in mongolian gerbils. Gastroenterology 1998;115:642-8.

15. Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, Matsumura N, Yamaguchi S, Yamakido M, et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med* 2001;345:784-9.
16. Fukase K, Kato M, Kikuchi S, Inoue K, Uemura N, Okamoto S, et al. Effect of eradication of Helicobacter pylori on incidence of metachronous gastric carcinoma after endoscopic resection of early gastric cancer: an open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2008;372:392-7.
17. Hatakeyama M. Helicobacter pylori and gastric carcinogenesis. *J Gastroenterol* 2009;44:239-48.
18. Naito Y, Yoshikawa T. Molecular and cellular mechanisms involved in Helicobacter pylori-induced inflammation and oxidative stress. *Free Radic Biol Med* 2002;33:323-36.
19. Naito Y, Takagi T, Yoshikawa T. Molecular fingerprints of neutrophil-dependent oxidative stress in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol* 2007;42:787-98.
20. Ley C, Mohar A, Guarner J, Herrera-Goepfert R, Figueroa LS, Halperin D, et al. Helicobacter pylori eradication and gastric preneoplastic conditions: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13:4-10.
21. Mera R, Fontham ET, Bravo LE, Bravo JC, Piazuelo MB, Camargo MC, Correa P. Long term follow up of patients treated for Helicobacter pylori infection. *Gut* 2005;54:1536-40.
22. Forman D, Pisani P. Gastric cancer in Japan--honing treatment, seeking causes. *N Engl J Med* 2008;359:448-51.
23. Haruma K, Mihara M, Okamoto E, Kusunoki H, Hananoki M, Tanaka S, et al. Eradication of Helicobacter pylori increases gastric acidity in patients with atrophic gastritis of the corpus-evaluation of 24-h pH monitoring. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:155-62.
24. Ohkusa T, Fujiki K, Takashimizu I, Kumagai J, Tanizawa T, Eishi Y, et al. Improvement in atrophic gastritis and intestinal metaplasia in patients in whom Helicobacter pylori was eradicated. *Ann Intern Med* 2001;134:380-6.
25. Sugiyama T, Sakaki N, Kozawa H, Sato R, Fujioka T, Satoh K, et al. Sensitivity of biopsy site in evaluating regression of gastric atrophy after Helicobacter pylori eradication treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16 Suppl 2:187-90.
26. Ito M, Haruma K, Kamada T, Mihara M, Kim S, Kitadai Y, et al. Helicobacter pylori eradication therapy improves atrophic gastritis and intestinal metaplasia: a 5-year prospective study of patients with atrophic gastritis. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1449-56.
27. Talley NJ, Fock KM, Moayyedi P. Gastric Cancer Consensus conference recommends Helicobacter pylori screening and treatment in asymptomatic persons from high-risk populations to prevent gastric cancer. *Am J Gastroenterol* 2008;103:510-4.
28. Araújo-Filho I, Brandão-Neto J, Pinheiro LA, Azevedo IM, Freire FH, Medeiros AC. Prevalence of Helicobacter pylori infection in advanced gastric carcinoma. *Arq Gastroenterol* 2006;43:288-92.
29. Tang YL, Gan RL, Dong BH, Jiang RC, Tang RJ. Detection and location of Helicobacter pylori in human gastric carcinomas. *World J Gastroenterol* 2005;11:1387-91.
30. Chiba T, Marusawa H, Seno H, Watanabe N. Mechanism for gastric cancer development by Helicobacter pylori infection. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23:1175-81.



## คำแนะนำการส่งต้นฉบับ

วารสารโรคมะเร็งยินดีรับบทความทางวิชาการหรือเรื่องราวที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารนี้ สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรคมะเร็ง และเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัยของคณะผู้เขียน ไม่ใช่ความคิดเห็นของบรรณาธิการหรือผู้จัดทำขอให้ผู้นิพนธ์ส่งต้นฉบับที่จัดเตรียมถูกต้องตามคำแนะนำในเอกสารนี้มายัง บรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถนนพระรามที่ 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 หรือทาง E-mail: nci\_journal@hotmail.com

### ประเภทของบทความ

#### นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ (ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย) บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

#### รายงานผู้ป่วย (Case Report)

ควรประกอบด้วยบทคัดย่อ (ทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย) บทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป และเอกสารอ้างอิง

#### บทความทางวิชาการหรือบทพินิจวิชาการ (Review Articles)

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียน และเอกสารอ้างอิง

### การเตรียมต้นฉบับ

- บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ต้องส่งต้นฉบับ 2 ชุด (พร้อมไฟล์) และต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งตีพิมพ์ที่ใด
- บทความที่พิมพ์รับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าเป็นภาษาไทยควรหลีกเลี่ยงคำภาษาอังกฤษ ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น พยายามไม่ใช่คำย่อ นอกจากคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป
- บทคัดย่อ ให้ย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่ว่าเนื้อเรื่องจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และมีคำสำคัญ (Key words) ด้วย
- ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน ต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พร้อมด้วยสถาบันที่ทำงาน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) และระบุผู้เขียนที่สามารถติดต่อได้ (corresponding author)
- ต้นฉบับต้องพิมพ์อย่างชัดเจนมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 2 ช่อง พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 โดยพิมพ์ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว โดยตลอด และใส่เลขหน้าทางมุมขวาบน
- ภาพประกอบ ใช้ภาพขาวดำ ขนาดโปสเตอร์ ผิวน้ำเรียบเป็นมัน กำกับหมายเลขภาพ ชื่อผู้เขียนไว้ด้านหลังภาพทุกภาพ พิมพ์คำบรรยายภาพเป็นลำดับแยกไว้ในกระดาษอีกแผ่น หรือเป็นรูปดิจิทัล file.jpeg ความละเอียด 600 dpi กำกับหมายเลขภาพ และคำบรรยายส่งเป็นไฟล์แยกต่างหากจากเนื้อเรื่อง
- ตาราง พิมพ์แยกต่างหากโดยมีหัวข้อ (title) และเชิงอรรถ (foot note) พร้อมทั้งอธิบายตัวย่อในตารางตลอดจนบอกนัยสำคัญทางสถิติอย่างครบถ้วน



8. เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ ซึ่งเป็นระบบที่ใช้กันอยู่ในวารสารทางการแพทย์ชั้นนำในขณะนี้ ให้กำกับกับการอ้างด้วยหมายเลขและเรียงลำดับการอ้างหมายเลขที่กำกับในรายชื่อเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับหมายเลขในเนื้อเรื่องด้วย

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

### 8.1 จากวารสาร

วารสารภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยชื่อผู้แต่ง (ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนแต่ถ้ามี 7 คนขึ้นไปให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรก แล้วเติม et al.) ชื่อเต็มของบทความ ชื่อยวารสาร (ใช้ตาม Index Medicus) ปีที่พิมพ์; ปีที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ให้เขียนแบบเดียวกับภาษาอังกฤษ เว้นแต่ชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็มโดยใส่ชื่อตัวก่อนแล้วตามด้วยนามสกุลและใช้ปี พ.ศ.

#### ตัวอย่าง

1. Chariyalertsak S, Sirikulchayanonta V, Mayer D, Kopp-Schneider A, Fuerstenberger G, Marks F, et al. Aberrant cyclooxygenase isozyme expression in human intrahepatic cholangio carcinoma. Gut 2001;48:80-6.

2. สุพันธ์ จริยาเลิศศักดิ์, พงษ์กิตติสิริสุภกร, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. Proliferating Cell Nuclear Antigen ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: บทบาทในการพยากรณ์โรค. วารสารโรคมะเร็ง 2542;25:1-6.

### 8.2 จากหนังสือและโมโนกราฟอย่างอื่น

8.2.1 ผู้นิพนธ์เป็นบุคคล ตัวอย่างเช่น

Getzen TE. Health economics: fundamental of funds. New York: John Wiley & Sons; 1997.

8.2.2 บรรณาธิการ ผู้รวบรวม ประพันธ์ที่เป็นผู้นิพนธ์ ตัวอย่างเช่น

Millares M, editor. Applied drug information: strategies for information management. Vancouver, WA: Applied Therapeutics, Inc.; 1998.

8.2.3 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ตัวอย่างเช่น

Porter RJ, Meldrum BS. Antiepileptic drugs. In: Katzung BG, editor. Basic and clinical pharmacology. 6<sup>th</sup> ed. Norwalk, CN:Appleton and Lange; 1995. p. 361-80.

8.2.4 หนังสือที่เป็นชุด (series) ตัวอย่างเช่น

Bennett GL, Horuk R. Iodination of chemokines for use in receptor binding analysis. In:Horuk R, editor. Chemokine receptors. New York: Academic Press; 1997. p. 134-48. (Methods in enzymology; vol 288).

หมายเหตุ : Chemokine receptors = ชื่อหนังสือ  
Methods in enzymology = ชื่อหัวข้อเรื่อง  
ของ series

8.2.5 หนังสือ proceeding ของการประชุม

ตัวอย่างเช่น

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

8.2.6 เอกสารหรือแหล่งขอมูลอื่น

เรื่องจาก หนังสือพิมพ์ ตัวอย่างเช่น

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution : study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

เรื่องจากวารสารใน internet ตัวอย่างเช่น

Laporte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995;310:1387-90. Available from: <http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm>. Accessed September 26, 1996.

เรื่องจาก web site ตัวอย่างเช่น

Health on the net foundation. Health on the net foundation code of conduct (HONcode) for medical and health web sites. Available at : <http://www.hon.ch/conduct.html>. Accessed June 30, 1998.



## หนังสือแจ้งความจำนงลงโฆษณา ในวารสารโรคมะเร็ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการวารสารมะเร็ง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ในนามของ.....เลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์ลงโฆษณาในวารสารโรคมะเร็ง

- |                          |           |                         |            |
|--------------------------|-----------|-------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 1 | เดือน มกราคม - มีนาคม   | ปีที่..... |
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 2 | เดือน เมษายน - มิถุนายน | ปีที่..... |
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 3 | เดือน กรกฎาคม - กันยายน | ปีที่..... |
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 4 | เดือน ตุลาคม - ธันวาคม  | ปีที่..... |

รวม.....ฉบับ

โดยลงโฆษณาในลักษณะ

- |                          |                                       |            |                                  |
|--------------------------|---------------------------------------|------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์เนื้อใน 1/2 หน้า                 | อัตรา      | 5,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม)  |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์เนื้อในเต็มหน้า                  | อัตรา      | 10,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์ปกหลังด้านใน 1/2 หน้า            | อัตรา      | 10,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์ปกหลังด้านในเต็มหน้า             | อัตรา      | 20,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์ปกหลังด้านนอกเต็มหน้า            | อัตรา      | 35,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | ใบแทรก                                | อัตรา      | 6,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม)  |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์สี กระจายค่าเพลทและค่าพิมพ์เพิ่ม | 10,000 บาท |                                  |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน.....บาท

ตัวอักษร (.....) บาท

ลงนาม.....ผู้ลงโฆษณา

(.....)

### หมายเหตุ

ถ้าลงโฆษณาทั้งปี (4 ฉบับ) จะลดค่าโฆษณาให้ 10 %

ส่งอาร์ตเวิร์ค / ขอความโฆษณาทาง E-mail : nci\_journal@hotmail.com

การชำระค่าโฆษณา ให้เขียนเช็คสั่งจ่ายในนาม "มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ"



# วารสารโรคมะเร็ง

กองบรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ใบสมัครสมาชิก/ใบต่ออายุสมาชิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการวารสารโรคมะเร็ง

ข้าพเจ้า.....

ในนาม ส่วนราชการ/ บริษัท/ ส่วนตัว.....

ที่อยู่เลขที่.....ต.รอก/ซอย.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail.....

มีความประสงค์ขอลงโฆษณาในวารสารโรคมะเร็ง

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1-4 (พ.ศ. 2553) รวม 4 ฉบับ เป็นเงิน 200 บาท

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1-4 (พ.ศ. 2554) รวม 4 ฉบับ เป็นเงิน 200 บาท

พร้อมกันนี้ได้จัดส่งเงินจำนวน .....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบัติ

เลขที่บัญชี 026-2-27518-2 ชื่อบัญชี มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)

หมายเหตุ: โปรดส่งสำเนาการโอนเงินผ่านธนาคารพร้อมใบสมัครสมาชิกมายังโทรสาร 02-644-9097

หรือส่งเอกสารทางไปรษณีย์โดยนำส่ง กองบรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400



*We Innovate Healthcare*

