



ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล (Symptom Experience and Symptom Management of Patients with Advanced Cancer and Family Caregivers)

เบญจมาศ ปรีชาคุณ¹ น้าอ้อย กักคิ่งสี² ศิริกร ก้องวัฒนกุล³แสงระวี แทนทอง³ พรพิมล เลิศพานิช³ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ²Benjamas Preechakoon¹ Nam-oy Pakdevong² Sirikorn Kongwattanakul³Saengrawee Thanthong³ Pornpimol Lerdpant³ Kanitha Hanprasitkam²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและการจัดการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและครอบครัวผู้ดูแล จำนวนกลุ่มละ 96 คน เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์อาการ และการจัดการอาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่า อาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (71.88%) ปวด (70.83%) ท้องผูก (65.63%) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (63.54%) และไม่ยอมอาหาร/เบื่ออาหาร (62.50%) อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความถี่หรือเกิดขึ้นบ่อย 5 ลำดับแรก ได้แก่ ผม่วง (2.76 ± 1.21, 53.44%) ไม่ยอมอาหาร/เบื่ออาหาร (2.65 ± 0.90, 56.66%) ชา เข็บแปลบ ปลายมือ ปลายเท้า (2.59 ± 1.04, 46.43%) ท้องผูก (2.49 ± 0.93, 44.44%) และ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (2.45 ± 0.90, 40.58%) สำหรับความรุนแรงของอาการ พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการ 5 ลำดับแรกคือ ผม่วง (5.34 ± 3.14) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (4.85 ± 2.34) ไม่ยอมอาหาร/เบื่ออาหาร (4.56 ± 2.33) มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป (4.56 ± 2.54) และ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (4.54 ± 2.33) ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการอาการหลากหลาย ทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรับรู้ประสบการณ์อาการในมิติการเกิด ความถี่ และความรุนแรงแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักและประเมินอาการให้ครอบคลุม เพื่อวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ครอบครัวผู้ดูแล

¹ ดร. ที่ปรึกษาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร¹ Ph.D., Nursing Consultant, Chulabhorn Hospital, Bangkok

Corresponding author, Email: Preechakoon@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Assistant Professor, Dr., School of Nursing, Rangsit University

³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร¹ Register nurse, Chulabhorn hospital, Bangkok

Abstract

The objectives of this descriptive research were to study symptom experience in advanced cancer patients and symptom management in advanced cancer patients and their family caregivers. Sample were 96 advanced cancer patients and 96 their family caregivers. Data was collected by using personal data form, The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS-SF), and the Symptom Management Questionnaire. Descriptive statistics was used for analyzing the data.

Results showed that the most five symptoms that occurring were lack of energy (71.88%), pain (70.83%), constipation (65.63%), sleeping difficulty (63.54%) and lack of appetite (62.50%), respectively. The five most frequent symptoms were hair loss (2.76 ± 1.21 , 53.44%), lack of appetite (2.65 ± 0.90 , 56.66%), numbness/tingling arms/ legs (2.59 ± 1.04 , 46.43%), constipation (2.49 ± 0.93 , 44.44%), and lack of energy (2.45 ± 0.90 , 40.58%), respectively. The five most severity symptoms were hair loss (5.34 ± 3.14), sleeping difficulty (4.85 ± 2.34), lack of appetite (4.56 ± 2.33), I don't look like myself (4.56 ± 2.54), and lack of energy (4.54 ± 2.33), respectively. In term of symptom management, both of advanced cancer patients and their family caregivers used variety strategies to manage symptoms including pharmacological and non-pharmacological strategies.

In summary, advanced cancer patients perceived symptoms in different dimensions including occurrence, frequency and severity. Therefore, nurses should recognize and comprehensively assess symptoms for appropriate and effective symptom management.

Key words: symptom experience, symptom management, advanced cancer, family caregiver

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการของการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนสูงขึ้นถึงร้อยละ 32 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (American Cancer Society-ACS, 2014) อย่างไรก็ตามปัญหาที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญคือความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นจากการลุกลามของมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Miller, et al., 2019; Schnicj-Buchi, et al.,

2011) ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม จึงจำเป็น

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการลดความทุกข์ทรมาน และได้รับการเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Etkind และคณะ (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ จากงานวิจัย 13 เรื่อง ในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า การใส่ใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น การพูดคุยหรืออภัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ผลลัพธ์ด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งทีมสุขภาพมีความตระหนักถึงการตอบสนองความต้องการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น

ถึงแม้ว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสพการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีเป็นจำนวนมาก รวมทั้งได้มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เกี่ยวกับประสพการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งมีทั้งประสพการณ์เฉพาะโรค และโดยรวม พบว่า ผู้ป่วยมีประสพการณ์อาการ แตกต่างกันตามระยะและชนิดของโรค อาการที่พบบ่อยโดยรวมคือ เหนื่อยล้า (Fatigue) ปวด ไม่มีแรง (Lack of energy)/อ่อนเพลีย สูญเสียความอยากอาหาร คลื่นไส้ และหายใจลำบาก (Solano, et al., 2006; Teunissen, et al., 2007; Vainio & Auvinen, 1996) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่พบในประเทศไทยเป็นการศึกษาเฉพาะประสพการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (พรพิมล เลิศพานิช, อัมภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2560; แสงรวี แทนทอง อัมภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2559) หรือศึกษาประสพการณ์อาการและการจัดการอาการเพียงหนึ่งอาการ (ประไพศรี ปัญญาอินแก้ว, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2562) หรือในผู้ป่วยมะเร็งระบบใดระบบหนึ่ง (รติรส แมลงภูทอง, 2552) เท่านั้น อาจไม่สามารถอธิบายถึงประสพการณ์อาการและการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่การประเมินปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงประสพการณ์อาการ และการจัดการอาการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ชี้นะเมื่อมีปัญหา และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย ร่วมกับประสพการณ์ของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพของการดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐาน โรงพยาบาลจุฬารัตน์ มีระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแลแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยใน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย (1) การคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (2) การประเมินผู้ป่วยโดยทีมการดูแลแบบประคับประคองเพื่อค้นหาปัญหาที่

เกิดจากอาการที่พบบ่อย โดยใช้ ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) (3) การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง โดยเน้นการจัดการอาการที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งระบบการดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพนี้ยังไม่สามารถจัดให้มีในแผนกผู้ป่วยนอกได้ เนื่องจากมีความจำกัดด้านกำลังคน แต่ได้มีการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในแต่ละครั้งของการมารับบริการ โดยแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการเปิดให้มีการสอบถามเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการอาการตนเองทางโทรศัพท์โดยแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้มุ่งค้นหาข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานมาประกอบการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทที่มีความจำกัด

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแลเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบเชิงบรรยาย (Descriptive research design) เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และญาติผู้ดูแลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษานี้ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มี 2

กลุ่ม คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และญาติผู้ดูแล โดยเกณฑ์คัดเข้ามี ดังนี้ (1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (1.1) ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง (1.2) สามารถให้ข้อมูลโดยไม่มีอุปสรรคทางการสื่อสาร สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และ (1.3) สนใจในการเข้าร่วมการวิจัย และ (2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแล (2.1) เป็นญาติที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยไม่มีค่าตอบแทนและมีระยะเวลาการดูแล 1 เดือนขึ้นไป (2.2) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง (2.3) สามารถให้ข้อมูลโดยไม่มีอุปสรรคทางการสื่อสาร สามารถพูด ฟังภาษาไทยได้เข้าใจ และ (2.4) สนใจในการเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากประชากรผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ลงทะเบียนใน Tumor Board จำนวน 285 คน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ=0.05 Sample size for precision $\pm 10\%$ ได้ 83 คน (Norwood, 2000) ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 15% เพื่อป้องกัน drop out ได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแลจำนวนกลุ่มละ 96 คน

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่ง ให้บริการการรักษาแบบประคับประคองที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อรับรังสีรักษาและหรือเคมีบำบัด รวมทั้งการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เมื่อไม่สามารถดูแลหรือจัดการอาการที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้านได้ การดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก จะดูแลโดยทีมสหสาขา มีการให้ข้อมูลในแต่ละแผนกเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษา และเมื่ออยู่ที่บ้าน รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนในหอผู้ป่วยในมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการของโรค และภาวะแทรกซ้อนของการรักษาที่เกิดขึ้น โดยเน้นการจัดการกับอาการของโรค โดยใช้ ESAS ในผู้ที่มีความรุนแรงของอาการมากกว่า 4 ขึ้นไปจะได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินและจัดการดูแลโดยทีมการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Team) ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ และมีการนำแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของ National Comprehensive Cancer Network-NCCN (2014) มาปรับใช้เป็นแนวทางในการดูแลตั้งแต่ พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม และกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลดังนี้

1. แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ผู้ดูแล สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค (stage of disease) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ชนิดของการรักษาที่ได้รับ และการรักษาอื่นๆ ที่ได้รับ

1.2 แบบประเมินประสพการณ์อาการ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (The Memorial Symptom Assessment Scale) ที่ดัดแปลงจาก MSAS-SF (Change, et al., 2000) มี 32 อาการ ประกอบด้วย การรับรู้ อาการ ความถี่ของอาการ และความรุนแรงของอาการ ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการรับรู้อาการให้ตอบเป็น มี และไม่มี ความถี่ของอาการ ให้ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อยมาก บางครั้ง บ่อยครั้ง และเกิดตลอด ให้คะแนนเป็น 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ และความรุนแรงของอาการให้ตอบเป็นมาตราวัด 0-10 คะแนน โดย 0= ไม่รุนแรง, 1-3 รุนแรงน้อย, 4-6 รุนแรงปานกลาง 7-9 รุนแรงมาก และ 10 รุนแรงมากที่สุด ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ได้ค่า CVI=1.0) และได้รับการหาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน=.94 (พรพิมล เลิศพานิช, อภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2560) ในการศึกษาครั้งนี้ ทดสอบความเชื่อมั่นในส่วนความถี่ของอาการและความรุนแรงของอาการด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่า= .89 และ .90 ตามลำดับ

1.3 แบบสอบถามการจัดการอาการของผู้ป่วย เป็นคำถามปลายเปิด ให้ตอบเฉพาะในข้อที่เกิดอาการเท่านั้น

2. แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามการจัดการอาการของญาติผู้ดูแล เป็นคำถามปลายเปิด ให้ตอบเฉพาะในชื่อที่ผู้ป่วยเกิดอาการเท่านั้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมด้านวิจัยในคน โรงพยาบาลจุฬารัตน์ แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัย ผลดีและผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียดด้วยวาจา โดยผู้วิจัยอธิบายให้ กลุ่มตัวอย่างทราบว่าผู้ป่วยมีสิทธิไม่ตอบแบบสอบถามหากรู้สึกอึดอัดหรือไม่อยากตอบ และสามารถออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล โดยการยุติการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลใดๆต่อการดูแลรักษาหรือบริการที่จะได้รับ ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่าข้อมูลที่รับมาจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามไว้ในตู้ที่ปลอดภัย ซึ่งไม่มีผู้ใดสามารถดูแบบสอบถามได้ ข้อมูลจะแปลงเป็นรหัส เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์จะไม่มีข้อมูลใดที่สามารถอ้างถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ และเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้นผู้วิจัยจะทำลายแบบสอบถามตามระเบียบของโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. การบริหารจัดการก่อนเก็บข้อมูล

1.1 ภายหลังโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมด้านการวิจัยในคนของสถาบันวิจัยจุฬารัตน์ (รหัสโครงการวิจัย 046/2559) และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานทราบรายละเอียด

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากระบบ HIS (Hospital Information System)

1.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างร่วมกับพยาบาลประจำแผนก เพื่อแนะนำตัว

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และแจ้งรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มทราบ รวมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นขอให้ญาติผู้ดูแลตอบคำถามปลายเปิด ใช้เวลา 10 นาที

2.3 ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะส่วนบุคคลและความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แสดงการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. บรรยายประสบการณ์อาการ และการจัดการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แสดงการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งสิ้น 96 คน มีอายุเฉลี่ย 63.00 ปี (SD=10.51) เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.04 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (72.63%) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.76 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (38.54%) รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา (35.42%) ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 59.38 สิทธิการรักษาข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด (53.13%) รองลงมาคือประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30.21%) เป็นโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร ลำไส้ และทวารหนัก (33.33%) มะเร็งระบบทางเดินหายใจและช่องอก (29.17%) และ มะเร็งเต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์ (26.04%) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ร้อยละ 93.76

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลทั้งสิ้น 96 คน มีอายุเฉลี่ย 51.26 ปี (SD=13.38) เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.63 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (66.67%) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.83 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมาก

ที่สุด รองลงมาเป็นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.05, 24.21 และ 18.95 ตามลำดับ) ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ร้อยละ 57.29 ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 1.98 ปี (SD=2.73)

ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

1) การรับรู้อาการ

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการตั้งแต่ 1-31 อาการ เฉลี่ย 13.73อาการ (SD = 6.96) ส่วนใหญ่รับรู้อาการ 13 อาการ (ฐานนิยม = 13) โดยรับรู้ 5 อาการลำดับแรกจากทั้งหมด 32 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (ร้อยละ 71.88) ปวด (ร้อยละ 70.83) ท้องผูก (ร้อยละ 65.63) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (ร้อยละ 63.54) และไม่ยอมอาหาร/ เบื่ออาหาร (ร้อยละ 62.50) ดูตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของอาการที่เกิดเรียงตามอาการที่เกิดมากไปหาน้อย 10 อันดับแรก

อาการ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง	69	71.88	27	28.12
2. ปวด	68	70.83	28	29.17
3. ท้องผูก	63	65.63	33	34.37
4. นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก	61	63.54	35	36.46
5. ไม่ยอมอาหาร/ เบื่ออาหาร	60	62.50	36	37.50
6. ปากแห้ง	59	61.46	37	38.54
7. น้ำหนักลด	56	58.33	40	41.67
8. ชา/ เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า	56	58.33	40	41.67
9. ผม่วง	51	53.13	45	46.87
10. มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป	50	52.08	46	47.92

2) ความถี่ของอาการ

ผลการวิเคราะห์ในด้านความถี่ของอาการ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นในระดับบ่อยครั้งถึงเกิดขึ้นตลอดเวลา 5 อาการแรกตามลำดับได้แก่ ผม่วง (2.76 ± 1.21) ไม่ยอมอาหาร/เบื่ออาหาร (2.65 ± 0.90) ชา เจ็บแปลบ ปลายมือ ปลายเท้า (2.59 ± 1.04) ท้องผูก (2.49 ± 0.93) และ อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (2.45 ± 0.90) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยสูงสุดและต่ำสุด และร้อยละตามความถี่ของอาการที่เกิด 10 อันดับแรก

อาการ	n	ความถี่ของอาการ (n %)				$\bar{X} \pm SD$
		น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอดเวลา	
1. ผม่วง	51	10 (19.61)	14 (27.45)	5 (9.80)	22 (43.64)	2.76 \pm 1.21
2. ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร	60	6 (10.00)	20 (33.33)	23 (38.33)	11 (18.33)	2.65 \pm 0.90
3. ชา/ เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า	56	8 (14.29)	22 (39.29)	11 (19.64)	15 (26.79)	2.59 \pm 1.04
4. ท้องผูก	63	8 (12.70)	27 (42.86)	17 (26.98)	11 (17.46)	2.49 \pm 0.93
5. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง	69	8 (11.59)	33 (47.83)	17 (24.64)	11 (15.94)	2.45 \pm 0.90
6. มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป	50	8 (16.00)	21 (42.00)	13 (26.00)	8 (16.00)	2.42 \pm 0.95
7. ปากแห้ง	59	11 (18.64)	24 (40.68)	14 (23.73)	10 (16.95)	2.39 \pm 0.98
8. นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก	61	12 (19.67)	23 (37.70)	17 (27.87)	9 (19.95)	2.38 \pm 0.97
9. ปวด	68	10 (14.71)	32 (47.06)	17 (25.00)	9 (13.24)	2.37 \pm 0.90
10. น้ำหนักลด	56	15 (26.79)	24 (42.86)	12 (21.43)	5 (8.93)	2.13 \pm 0.92

3) ความรุนแรงของอาการ

ในด้านความรุนแรงของอาการ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น 5 ลำดับแรก ได้แก่ ผม่วง (5.34 \pm 3.14) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (4.85 \pm 2.34) ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร (4.56 \pm 2.33) มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป (4.56 \pm 2.54) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (4.54 \pm 2.33) และปวด (4.53 \pm 2.54) ดูตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและค่าเฉลี่ยสูงสุดและต่ำสุดของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ 10 อันดับแรก

อาการ	รุนแรง (n)	Min-max	$\bar{X} \pm SD$
1. ผม่วง	47	1-10	5.34 \pm 3.14
2. นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก	53	1-10	4.85 \pm 2.34
3. ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร	57	1-10	4.56 \pm 2.33
4. มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป	41	1-10	4.56 \pm 2.54
5. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง	65	1-10	4.54 \pm 2.53
6. ปวด	64	1-10	4.53 \pm 2.54
7. ท้องผูก	58	1-10	4.52 \pm 2.58
8. ปากแห้ง	48	1-10	4.08 \pm 2.47
9. น้ำหนักลด	48	1-10	3.98 \pm 2.40
10. ชา/ เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า	51	1-10	3.88 \pm 2.20

การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล

การวิเคราะห์การจัดการอาการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยนำข้อมูลจากแบบประเมินการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายรับรู้ความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรกมาวิเคราะห์ร่วมกัน หลังจากนั้นเลือกอาการ 5 อาการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทั้ง 96 ราย เลือกนำมาเสนอวิธีการจัดการกับอาการ ดังนี้

1. อ่อนเพลีย/ เพลีย/ ไม่มีแรง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการโดยการนอนพักกลางวัน (ร้อยละ 69.24) รองลงมาได้แก่ รับประทานอาหารบำรุง/ อาหารเสริม (ร้อยละ 15.38) งดทำกิจกรรม/ หยุดพักเมื่อเหนื่อย (ร้อยละ 8.97) และออกกำลังกาย/ เปลี่ยนท่า (ร้อยละ 6.41) เช่นเดียวกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการ โดย ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักกลางวัน/ ช่วยทำกิจกรรม (ร้อยละ 74.36) รองลงมาได้แก่ รับประทานอาหารบำรุงหรืออาหารเสริม (ร้อยละ 12.82) และให้ผู้ป่วยฟังเพลง ดูโทรทัศน์ (ร้อยละ 12.82) ตามลำดับ

2. ปวด กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการโดย รับประทานยาแก้ปวด/ ปิดแผ่นยาแก้ปวด (ร้อยละ 73.91) รองลงมาได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน (ร้อยละ 13.04) การขยับตัวเปลี่ยนท่าทาง (ร้อยละ 8.70) และสวดมนต์/ นั่งสมาธิ (ร้อยละ 4.35) ตามลำดับ เช่นเดียวกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการ โดย ให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด/ ทานวดด้วยน้ำมันหรือครีมบรรเทาปวด (ร้อยละ 72.37) รองลงมาได้แก่ ให้ออนหลับพักผ่อน (ร้อยละ 14.48) ประคบร้อน หรือประคบเย็น (ร้อยละ 7.89) และเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการให้ผู้ป่วยดูโทรทัศน์ หรือทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย (ร้อยละ 5.26)

3. ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการโดยปรับเปลี่ยนรูปแบบอาหาร เพิ่มรสชาติของอาหาร รับประทานผลไม้/ อาหารเสริม ดื่มน้ำผลไม้ (ร้อยละ 67.61) รองลงมาได้แก่ รับประทานครั้งละน้อย ๆ บ่อยๆ ครั้ง พยายามฝืนรับประทานอาหาร (ร้อยละ 28.17) และรับประทานวิตามิน ยากระตุ้นการอยากอาหาร (ร้อยละ 4.23) เช่นเดียวกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการอาการ โดย ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ชอบหรืออยากรับประทาน รับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 78.43) รองลงมาได้แก่ แบ่งมื้ออาหารให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละน้อย (ร้อยละ 21.57)

4. ท้องผูก กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลเป็นผู้จัดการอาการ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการด้วยการ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบาย (ร้อยละ 43.48) รองลงมาได้แก่ จัดเตรียมอาหารที่มีผัก ผลไม้

ให้รับประทาน หรือให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ (ร้อยละ 39.13) สวนอุจจาระให้ผู้ป่วย (ร้อยละ 8.69) และ ให้เดิน ออกกำลังกาย (ร้อยละ 8.69) ตามลำดับ

5. นอนไม่หลับ/ นอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลเป็นผู้จัดการอาการ โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับอาการด้วยการให้ยานอนหลับตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 70) ชวนคุยให้คิดถึงเรื่องดี ๆ หรือให้ผู้ป่วยทำสมาธิ (ร้อยละ 20) สร้างสิ่งแวดล้อมส่งเสริมการนอนหลับ ด้วยการปิดไฟ ไม่รบกวนเวลาที่ผู้ป่วยนอน (ร้อยละ 5) และจัดท่านอนที่สุขสบาย (ร้อยละ 5) ตามลำดับ คูตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การจัดการอาการ โดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

อาการ	การจัดการอาการ โดยผู้ป่วย		การจัดการอาการ โดยญาติผู้ดูแล	
	วิธีการ	n	วิธีการ	n
อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง	1. พักผ่อน/นอนหลับ/นอนพักกลางวัน	54	1. ให้นอนพัก/นอนกลางวัน/พักผ่อนให้เพียงพอ/ช่วยทำกิจกรรม	29
	2. ปรับอาหาร/รับประทานอาหารบำรุง/อาหารเสริม	12	2. ให้รับประทานอาหารบำรุง/ดื่มน้ำหวาน	5
	3. ลดการเคลื่อนไหว/ไม่ทำกิจกรรม/หยุดพักเมื่อเหนื่อย	7	3. ทำงานอดิเรก/ดู TV/ฟังเพลง	5
	4. กายภาพบำบัด/บริหารร่างกาย/ออกกำลังกาย/เปลี่ยนท่า	5		
ปวด	1. รับประทานยาแก้ปวด ทายานวด/แผ่นปิดแก้ปวด	68	1. ให้รับประทานยาแก้ปวด/นวด/ลูบด้วยน้ำมันร้อน/ครีมบรรเทาปวด	55
	2. นอนพัก	12	2. ให้พักผ่อน/นอนพัก	11
	3. ขยับตัว/เปลี่ยนท่า/บริหาร/ออกกำลังกาย	8	3. ประคบร้อน/ประคบเย็น	6
	4. สวดมนต์/นั่งสมาธิ	4	4. เบี่ยงเบนความสนใจ/ดู TV/พาเที่ยว/ทำกิจกรรมผ่อนคลาย	4
ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน/เปลี่ยนอาหาร/เปลี่ยนรูปแบบอาหาร/เพิ่มรสชาติ/เพิ่มผลไม้/อาหารเสริม/ น้ำผลไม้	48	1. หออาหารที่ชอบให้รับประทาน/เปลี่ยนอาหารให้หลากหลาย/ให้อาหารเสริม	40
	2. รับประทานครั้งละน้อยๆ บ่อยครั้ง/พยายามรับประทาน	20	2. แบ่งมื้ออาหารเป็นหลายมื้อ ครั้งละน้อย	11
	3. รับประทานวิตามิน	3		
ท้องผูก			1. ให้รับประทานยาระบาย	10
			2. เพิ่มอาหารผัก ผลไม้/กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ	9
			3. สวนอุจจาระ	2
			4. ให้เดินออกกำลังกาย	2
นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก			1. ให้ยานอนหลับตามแพทย์สั่ง	14
			2. ชวนคุย คิดเรื่องดี ๆ ทำสมาธิ	4
			3. ปิดไฟ ไม่รบกวนเวลานอนของผู้ป่วย	1
			4. จัดท่านอนที่สุขสบาย	1

อภิปรายผล

จากการประเมินประสบการณ์การเกิดอาการ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกิดอาการ ตั้งแต่ 1-31 อาการ เฉลี่ย 13 อาการ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Pettersson, Bertero, Unosson และ Borjeson (2014) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่พบอาการตั้งแต่ 0-31 อาการ เฉลี่ย 10 อาการ และ Get-Kong และคณะ (2010) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเช่นกัน พบอาการตั้งแต่ 3-32 อาการ เฉลี่ย 14 อาการ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อยู่ในระยะลุกลาม และได้รับเคมีบำบัด การศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง เป็นอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ปวด ท้องผูก นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก และไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากอาการเหล่านี้เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม รวมถึงเป็นผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา (Nayak et al., 2015) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาถึงร้อยละ 93.76 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายระบบที่อยู่ในระยะลุกลาม (พรพิมล เลิศพานิช, อำภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2560; แสงรวี แทนทอง, อำภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2559; Nayak et al., 2015; Pettersson, Bertero, Unosson & Borjeson, 2014; Vainio & Auvinen, 1996) ด้านความถี่ของอาการ กลุ่มตัวอย่างรายงานอาการที่เกิดขึ้นบ่อยหรือเกิดตลอดเวลาที่สุด ได้แก่ ผม่วรง รองลงมาได้แก่ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้า ท้องผูก และอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ตามลำดับ ทั้งนี้อาการทั้งหมดเป็นอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก มะเร็งเต้านมและระบบสืบพันธุ์สตรีในระยะลุกลามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษานี้ จะได้รับเคมีบำบัดกลุ่ม Taxanes หรือ กลุ่ม Platinums compounds ทำให้เกิดชา/เจ็บแปลบปลายมือปลายเท้าได้ร้อยละ 80-95 (ประไพศรี ปัญญาอินแก้ว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2562; Windebank & Grisold, 2008) รวมถึงผลจากการได้รับยาบรรเทาปวด narcotic หรือ opioid ทำให้ท้องผูก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ ผม่วรง รองลงมาได้แก่ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป และอ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้อาการของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในแต่ละมิติ ทั้งในด้านการเกิดอาการ ความถี่ และความรุนแรงของอาการ โดยที่อาการที่รายงานว่าเกิดมาก อาจมีความถี่และความรุนแรงไม่ได้มากตามไปด้วย สนับสนุนแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) ที่กล่าวถึงบุคคลมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพล

ต่อการรับรู้ประสบการณ์อาการ ได้แก่ องค์ประกอบด้านบุคคล ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ทำให้บุคคลประเมิน รับรู้ และตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน

ด้านการจัดการกับอาการ 5 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย/ เหนื่อย/ ไม่มีแรง ปวด ไม่อยากอาหาร/ เบื่ออาหาร ท้องผูก และนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการกับอาการหลายวิธีร่วมกัน ทั้งวิธีการใช้ยา และวิธีการไม่ใช้ยา วิธีการใช้ยากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยาแก้ปวด วิตามิน สำหรับวิธีการไม่ใช้ยา เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน การบริหารร่างกาย การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การดูโทรทัศน์ การฟังเพลง รวมถึงการสวดมนต์ การทำสมาธิ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องการจัดการอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยมะเร็ง (นภา ทวีรทรงกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์, 2558: ประไพศรี ปัญญาอินแก้ว, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2562; รติรส แมลงภู่ทอง, 2552; Ullgren, Tsitsi, Papastavrou, & Charalambous, 2018) การที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการหลากหลายขึ้นอยู่กับความรู้ การประเมินผล และการตอบสนองต่ออาการเกิดขึ้นกับแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น อาการนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนแล้ว บุคคลจะหาวิธีการจัดการกับอาการนั้น ๆ ตามประสบการณ์เดิม ภูมิปัญญาพื้นบ้าน วัฒนธรรม หรือได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น เพื่อให้อาการได้รับการแก้ไขให้บรรเทาหรือหายไป

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีประสบการณ์การรับรู้อาการที่เกิดขึ้นในมิติการเกิด ความถี่ และความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคล ด้านภาวะเจ็บป่วยและการรักษา และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ดังนั้นพยาบาลจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้และเลือกใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสม และประเมินเป็นระยะ ๆ เพื่อช่วยในการดูแลจัดการอาการได้เหมาะสมครอบคลุมยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาติดตามอาการระยะยาว วิธีการจัดการอาการ รวมถึงผลลัพธ์ของการจัดการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปศึกษาเชิงทดลอง เพื่อช่วยจัดการอาการต่อไป
3. จากผลการวิจัยที่พบอาการเกิดขึ้นมีหลายอาการ จึงควรมีการศึกษาในลักษณะกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม



เอกสารอ้างอิง

- นภา ทวีรทรงกุล, สุชีรา ชัยวินุทธ์ธรรม, และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2558). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 21(1), 82-95.
- ประไพศรี ปัญญาอินแก้ว, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2562). อาการผิดปกติทางประสาทส่วนปลายจากเคมีบำบัด วิธีการจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 117-128.
- พรพิมล เลิศพานิช, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(1), 45-55.
- รติรส แมลงกุ่มทอง. (2552). *ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงรวี แทนทอง, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2559). ประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(1), 39-47.
- American Cancer Society- ACS. (2014). *Cancer facts & Figures 2014*. Atlanta: GA, American Cancer Society, Inc.
- Begum, M.S.N., Petpichetchian, W., & Kitrungrot, L. (2016). Symptom experience and quality of life of patients with breast cancer receiving chemotherapy in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 15(2), 201-206.
- Change, V.T., Hwang, S.S., Feuerman, M., Kasimis, B.S. and Thaler, H.T. (2000). The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF) validity and reliability. *Cancer*, 89(5), 1162-1171.
- Dahal, A., Meheta, R.K. (2018). Fatigue experience and coping strategies among cancer patients receiving chemotherapy. *J Nepal Health Res Counc*, 16(40), 285-290.
- Dodd, M. J., Janson, S., Facione, N, Faucett, J., Frolicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668 - 676.

- Dong, S.T., Butow, P.N., Costa, D.S.J., Lovell, M.R. and Agar, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: A systematic review of observational Studies. *J. Pain Symptom Manag*, 48(3), 411-450.
- Etkind, S.N., Daverson, B.A., Kwok, W., Witt, J., Bausewein, C., Higginson, I.J. et al. (2015). Capture, transfer, and feedback of patients-centered outcomes data in palliative care populations: Does it make a differences? A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49, 3, 611-624.
- Get-Kong, S., Hanucharunkul, S., McCorkle, R., Viwatwongkasem, C., Junda, T. & Ittichaikulthol, W. (2010). Symptom experience, palliative care, and spiritual well-being in patients with advanced cancer. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 14(3), 219-234.
- Hazelwood, D.M., Koeck, S., Wallner, M., Anderson, K.H., & Mayer, H. (2012). Patients with cancer and family caregivers: management of symptoms caused cancer or cancer therapy at home. *HeilberufeScience*, 3(4), 149-158. doi:10.1007/sl6024-012-0118-z.
- Janz, N.K., Mujahid, M., Chung, L.K., Lantz, P.M., Hawley, S.T., Morrow, M., & Schwartz, K. (2007). Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *Journal of Women's Health*, 16(9), 1348-1361. doi:10.1089/jwh.2006.0255
- National Comprehensive Cancer Network-NCCN. (2014). *Palliative care*. Retrieved November 1, 2015, from https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf
- Nayak, M.G., George, A., Vidyasagar, M.S., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, B.S., Dhashidhara, Y.N. & Kamath, A. (2015). Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(3), 349-354.
- Norwood, S.L. (2000). *Research strategies for advanced practice nurse*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Miller, K.D., Nogueira, L., Mariotto, A.B., et al. (2019). Cancer treatment & Survivorship statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(5), 363-385. doi.org/10.3322/Caac.21565.
- Pettersson, G., Bertero, C., Unosson, M., & Borjeson, S. (2014). Symptom prevalence, frequency, severity, and distress during chemotherapy for patients with colorectal cancer. *Support Care Cancer*, 22, 1171-1179.



- Schniej-Buchi, S., Halfens, R.J.G., Dassen, T., van den Borne, B. (2011). Psychosocial problems and needs of post treatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 260-266.
- Solano, J.P., Gomes, B., & Higginson, I.J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(1), 58-69.
- Stark, L., Tofthagen, C., Visovsky, C. & McMillan, S.C. (2012). The symptom experience of patients with cancer. *J Hosp Nurs*, 14(1), 61-70.
- Tang, C.C., Ah, D.V. & Fulton, J.S. (2018). The symptom experience of patients with advanced pancreatic cancer An integrative review. *Cancer Nursing*, 41(1), 33-44.
- Teunissen, S., et al. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 94-104.
- Ullgren, H., Tsitsi, T., Papastavrou, E., & Charalambous, A. (2018). How family caregivers of cancer patients manage symptoms at home: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 68-79.
- Vainio A., & Auvinen, A. (1996). Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: an international collaborative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12(1), 3-10.
- Windebank, A. J., & Grisold, W. (2008). Chemotherapy-induced neuropathy. *Journal of the Peripheral Nervous System*, 13(1), 27-46.