



ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด  
ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้  
SELF-CARE ABILITY AND PERCEIVED SIDE EFFECTS INTENSITY OF  
CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER  
RECEIVING EDUCATIVE-SUPPORTIVE PROGRAM

สุชาดา พุฒิเพ็ญ<sup>1</sup> อภาพร นามวงศ์พรหม<sup>2</sup> และ น้ำอ้อย ภัคดิวงค์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียง และศึกษากระบวนการของการนำโปรแกรมไปใช้ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 31 ราย เข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลด้านความเจ็บป่วย แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง แบบบันทึกความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด และแบบบันทึกการดำเนิน โปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA นำเสนอการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงทั้ง 5 อาการในรูปแบบกราฟ และวิเคราะห์กระบวนการของโปรแกรมจากบันทึกข้อมูลการปฏิบัติ เพื่อหาข้อสรุปของการนำโปรแกรมไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนและระหว่างเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงอยู่ในระดับน้อย และกระบวนการนำโปรแกรมไปใช้ซึ่งพบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ ต้องตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักในการสอน การชี้แนะ และสนับสนุนให้กำลังใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความสามารถในการดูแลตนเอง, ความรุนแรงของอาการ, เคมีบำบัด, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

ABSTRACT

This Before-After Intervention Study aimed to investigate the effects of Educative-Supportive Program on self-care ability and perceived side effects intensity of chemotherapy in patients with colorectal cancer. The application process of the Educative-Supportive Program was also explored. A purposive sampling of 31 patients was recruited and attended the program for 9 weeks. Data were collected by using Personal Information sheet, Self-



care ability questionnaire, Self-report of side effects intensity. Application process of the program was taken down by the researcher. Data were analyzed by using descriptive statistics, and repeated measures ANOVA. Content analysis was used to analyze the qualitative data regarding application process.

The findings showed that self-care ability at the end of the program was significantly higher than those of before and between the program ( $p = .000$ ). Furthermore, perceived side effects intensity were at a low level. It is suggested the benefit of program. Nurses' concern on problems and needs of the patients should be a focus in using this program.

**Keywords:** Self-care Ability, Side Effects Intensity, Chemotherapy, Colorectal Cancer, Educative-Supportive Program

## 1. บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Cancer) พบมากเป็นอันดับ 3 ของโลก (World Health Organization [WHO], 2012) และพบเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 3 ในเพศหญิง จากสถิติมะเร็งในประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557) โรคนี้อาศัยการลุกลามไปอย่างรวดเร็ว การรักษาโรคมะเร็งชนิดนี้มีทั้งการรักษาหลัก คือ การผ่าตัด และการรักษาเสริม คือ รังสีรักษา และเคมีบำบัด โดยแพทย์จะพิจารณาเลือกแผนการรักษาให้เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยแต่ละคน (อาคม ชัยวิระวัฒน์, เสาวคนธ์ สุทธิโยธิน, อนันต์ กรลักษ์ณ์, และธีรวิภา คุหะเปรมะ, 2552)

การรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สูตรเคมีบำบัดมาตรฐานที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย คือ FOLFOX Regimen ประกอบด้วยยา Leucovorin, Fluorouracil (5-FU) และ Oxaliplatin ซึ่งเป็นสูตรที่ได้ผลดีจากการศึกษา พบว่าอัตราการรอดชีวิตหลังการรักษาในระยะ 3 ปี ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ที่รักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร FOLFOX เท่ากับร้อยละ 84.6 และ 82.6 ตามลำดับ (Jeon, Woo, Lee, Park, & Choi, 2011) อย่างไรก็ตามเคมีบำบัดสูตรนี้ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่พบบ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เจ็บชาตามปลายมือ-ปลายเท้า ชาลิ้น เหนื่อยล้า เชื้อราช่องปากอักเสบ ท้องเสีย เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ เป็นต้น (American Cancer Society [ACS], 2014) อาการข้างเคียงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีกำลังทำกิจกรรม บางกรณีที่มีอาการเจ็บชาปลายมือ-ปลายเท้ามาก จะส่งผลกระทบต่อความสุขสบายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ของการให้เคมีบำบัด (พัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรณา ฉายอรุณ, และวาสนิ วิเศษฤทธิ์, 2560) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้ประสิทธิผลของการรักษาได้ผลดี

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัด และช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ (Kidd, Kearney, O'Carroll, & Hubbard, 2008) โดยการสังเกตอาการที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันและจัดการกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นได้เป็นเบื้องต้นเมื่ออยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมารับเคมีบำบัดรอบต่อไปได้อย่างต่อเนื่องจนครบสูตรของการรักษา จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผลของ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าการออกแบบ



โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (อุบล จ้วงพานิช, ฉัญจัญญา ไชยวงษ์, และจรีพร อุ๋นบุญเรือง, 2551) ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดลดลง (Craven, Hughes, Burton, Saunders, & Molassiotis, 2013; Mollaoglu & Erdogan, 2014) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง (Ream, Richardson, & Alexander-Dann, 2006) และระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (จุฑามาศ กันนุช, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2556; อรุณี หล่อนิล, ผ่องศรี ศรีมรกต, และเชาว์ สุระดม, 2552; อุบล จ้วงพานิชและคณะ, 2551) ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Department of Health ของประเทศสหราชอาณาจักร (Department of Health, 2005) ที่ว่าการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะช่วยให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เพิ่มความพึงพอใจ และลดการใช้บริการอื่นๆ เช่น การขอคำปรึกษา หรือการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลจุฬารัตน์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 100 เตียง เปิดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งในระยะแรกและระยะลุกลามโดยการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ซึ่งเป็นทั้งการรักษาให้หาย และการรักษาแบบประคับประคอง จากสถิติการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ประจำปีงบประมาณ 2557 พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นกลุ่มหลักที่เข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 60 ของการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด และพบว่ามีกรณีให้เคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมดประมาณร้อยละ 54.41 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยได้รับคือ FOLFOX Regimen ระหว่างที่อยู่รับเคมีบำบัดในหอผู้ป่วย 3 วันนั้น ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง และการจัดการอาการข้างเคียงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการจัดการอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ในหอผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ทำให้การได้รับข้อมูลความรู้แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน จึงยังพบผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ซึ่ง 5 อันดับแรก คือ คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร เจ็บขาปลายมือ-ปลายเท้า/ชาลิ้น เหนื่อยล้า และเยื่อช่องปากอักเสบตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง ได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอต่อการฟื้นฟูของร่างกาย และผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์การรับเคมีบำบัด ทำให้แพทย์ต้องพิจารณาเลื่อนตารางการให้เคมีบำบัดชั่วคราว (1-2 Cycle) ปรับลดความเข้มข้นของเคมีบำบัดลง หรือเมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นอาจพิจารณาหยุดเคมีบำบัดอย่างถาวร ส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ขึ้นโดยเลือกใช้ระบบการพยาบาลแบบระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative - supportive Nursing System) จากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาเป็นกรอบในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรม โดยเลือกวิธีการช่วยเหลือของพยาบาล 4 วิธี (Orem, 2001) คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ หลังจากนั้นจึงนำโปรแกรมไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย อันจะเป็นผลให้การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดลดลง รวมทั้งศึกษากระบวนการของการนำโปรแกรมไปใช้และนำมาปรับปรุงโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้



2. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้

3. เพื่อศึกษากระบวนการของการนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ไปใช้ในทางปฏิบัติ

### 3. สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แตกต่างกัน

### 4. การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (Before and After Intervention Study) ประชากรเข้าถึง (Accessible Population) คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะ อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร FOLFOX และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะ ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร FOLFOX เป็นครั้งแรก มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร โดยการพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 31 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยนำบทบาทของพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียมมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม ดำเนินโปรแกรมรวม 9 สัปดาห์ มีแผนการดำเนินการดังนี้

1. การสอน รวม 3 ครั้ง ประกอบด้วย (1) การประเมินความรู้/ความต้องการความรู้ (2) สอนความรู้และวิธีปฏิบัติในการประเมินความรุนแรงของอาการข้างเคียงรวมทั้งการดูแลตนเอง (3) ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ (4) ซักถามข้อสงสัย

2. การชี้แนะ รวม 6 ครั้ง ประกอบด้วย (1) เปิดโอกาสให้สอบถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดการดำเนินโปรแกรม (2) ติดตามสอบถามปัญหา/อุปสรรคของการประเมินอาการและการดูแลตนเอง เพื่อชี้แนะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพิ่มเติม

3. การสนับสนุน รวม 7 ครั้ง ประกอบด้วย (1) แจกคู่มือการดูแลตนเองให้ศึกษาก่อนการสอน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการอาการข้างเคียง 5 อาการ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เจ็บขาปลายมือ-ปลายเท้า/ชา ลื่น เหนื่อยล้า และเชื่อบุช่องปากอักเสบ รวบรวมจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์กรด้านการดูแลรักษาโรคมะเร็ง (ACS, 2012; BC Cancer Agency, 2013) (2) ให้เบอร์โทรศัพท์ผู้วิจัยเพื่อติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลา (3) แนะนำแหล่งประโยชน์เพิ่มเติม เช่น เบอร์โทรศัพท์สถานบริการทางการแพทย์ และแหล่งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต (4) สนับสนุนให้กำลังใจ และชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม

4. สร้างสิ่งแวดล้อม รวม 8 ครั้ง ประกอบด้วย (1) กล่าวทักทาย แนะนำตัว เมื่อเข้าเยี่ยมที่โรงพยาบาลหรือติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพก่อนดำเนินการตามโปรแกรมขั้นต่อไป (2) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก่อนเริ่มการสอน ชี้แนะ และสนับสนุนแต่ละครั้ง



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบบันทึกข้อมูลด้านความเจ็บป่วย (3) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับพวงทอง จินดากุล และอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา และความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง 0.97 หาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = 0.74 ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 ราย ของการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = 0.80 เนื้อหาของคำถามครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) ทั้ง 3 ด้าน ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ทุกครั้ง, บ่อยครั้ง, บางครั้ง และ ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ได้ ให้คะแนนเป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนรวม 18-72 คะแนน โดย 18-43 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับต่ำ คะแนนรวม 44-57 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง และคะแนนรวม 58-72 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับสูง (Bloom, 1968) (4) แบบบันทึกความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด 5 อาการ ซึ่งบันทึกทุกวัน โดยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนความรุนแรงของอาการข้างเคียงประเมินโดยใช้ ESAS ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยในปี ค.ศ. 2011 (Chinda, Jaturapatporn, Kirshen, & Udomsubpayakul, 2011) ระดับความรุนแรงแบ่งเป็น 0-10 โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0-3 หมายถึง รุนแรงน้อย 4-7 หมายถึง รุนแรงปานกลาง และ 8-10 หมายถึง รุนแรงมาก (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991) ส่วนเชื่อบุช่องปากอักเสบประเมินโดยใช้เครื่องมือของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ (โรงพยาบาลจุฬารัตน์, 2552) ซึ่งดัดแปลงจากเกณฑ์ของ National Cancer Institute [NCI] ปีค.ศ. 2006 มีเกรด 0-4 คือ เกรด 0 หมายถึง เชื่อบุช่องปากปกติ ไม่มีอาการแสดงใดๆ เกรด 1 หมายถึง ช่องปากแดงเล็กน้อย ไม่เจ็บ ไม่มีรอยแผล สามารถรับประทานอาหารได้ปกติ เกรด 2 หมายถึง มีการบวมหรือเกิดรอยแผลในช่องปาก เจ็บปานกลาง สามารถรับประทานอาหารได้ เกรด 3 หมายถึง เกิดรอยแผลร่วมกับมีเลือดออกเล็กน้อย เจ็บในช่องปากมาก ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ และเกรด 4 หมายถึง มีแผลในช่องปาก มีเลือดออกและพบเนื้อตายในช่องปาก เจ็บในช่องปากมาก ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ (5) แบบบันทึกการดำเนิน โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกกระบวนการปฏิบัติตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ และการตอบสนองของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายในทุกๆครั้งที่ดำเนินโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการการวิจัยได้รับการตรวจสอบและอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิตและโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ก่อนเริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิด จะถูกนำไปใช้ในกระบวนการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และมีเพียงผู้วิจัยเพียงผู้เดียวที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามรายละเอียดของการวิจัยได้จนปราศจากข้อสงสัย สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อหากไม่สะดวกหรือไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล จากนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยจากระบบเพิ่มเวชระเบียนก่อนเข้าพบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงลายมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ร่วมกับได้รับ โปรแกรมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด





ดังนี้ (1) ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลความเจ็บป่วยรวบรวมจากเวชระเบียน (2) ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1) สัปดาห์ที่ 5 และ 9 ตามลำดับ (3) รวบรวมแบบบันทึกความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากกลุ่มตัวอย่าง (4) รวบรวมแบบบันทึกการดำเนินโปรแกรม โดยบันทึกกิจกรรมทุกครั้งที่เกิดขึ้นตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์

**การวิเคราะห์ข้อมูล** (1) วิเคราะห์ลักษณะกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA เนื่องจากตัวแปรกระจายเป็นโค้งปกติ (3) วิเคราะห์ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ทั้ง 5 อาการ โดยใช้ร้อยละและค่าเฉลี่ย นำเสนอข้อมูลโดยกราฟ (4) วิเคราะห์กระบวนการของการนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

## 5. ผลการวิจัย

### 5.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านความเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.52 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 61.68 ปี (SD=8.00) ร้อยละ 70.97 มีสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการศึกษา โดยร้อยละ 58.06 ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.61 ยังประกอบอาชีพ โดยประกอบอาชีพกลุ่มข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมากที่สุด (ร้อยละ 32.26) ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการเบิกจ่ายตรง/รัฐวิสาหกิจเบิกต้นสังกัดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.29) และร้อยละ 51.61 มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยร้อยละ 61.29 ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่ม Colon Cancer และเป็นมะเร็งระยะที่ 4 ร้อยละ 51.61 ของกลุ่มตัวอย่างมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อให้หาย (Curative) พบกลุ่มไม่มีโรคร่วมและกลุ่มที่มีโรคร่วม 1 โรค อย่างละเท่ากันมากที่สุด (ร้อยละ 38.71) ร้อยละ 54.84 มีประวัติการใช้ยาประจำ โดยประมาณครึ่งหนึ่งใช้ยารักษาโรคร่วมมากกว่า 1 ชนิด (ร้อยละ 58.06) ด้านการรักษาที่ได้รับพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.87) เคยได้รับการรักษามาก่อนการรับเคมีบำบัดครั้งนี้ โดยประมาณครึ่งหนึ่งเคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน (ร้อยละ 58.06) กลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100) ได้รับเคมีบำบัดในสูตร FOLFOX เป็น Oxaliplatin 85 มก./ตรม., Fluorouracil loading 400 มก./ตรม. และ Fluorouracil continue 46 hr 2400 มก./ตรม. และยาที่ได้รับร่วมกับเคมีบำบัดทั้งหมดเป็น Leucovorin ขนาด 400 มก./ตรม. ทุกรายได้รับ Premedication เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด คือ Ondansetron และ Dexamethasone ร้อยละ 84.38 มีอาการข้างเคียงหลังได้รับเคมีบำบัดรอบที่ 1 ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.06) มีอาการเหนื่อยล้า

### 5.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง

ก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 57.32 (SD=6.59) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ระหว่างเข้าโปรแกรมเท่ากับ 63.77 (SD=5.83) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมเท่ากับ 68.03 (SD=3.76) ซึ่งอยู่ในระดับสูง เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และระหว่างเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ )



### 5.3 การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด

จากการบันทึกข้อมูลความรุนแรงของอาการข้างเคียง กลุ่มตัวอย่างจะบันทึกเฉพาะอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดอาการข้างเคียงเท่ากัน 2 อาการ ทั้งก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม คือ หนึ่งยาล้าและเบื่ออาหาร (ร้อยละ 77.42, 80.65, 80.65) พบเชื้อหนองปากอักเสบ (ร้อยละ 77.42, 77.42, 80.65) เจ็บชาปลายมือ-ปลายเท้า/ชาลิ้น (ร้อยละ 70.97, 74.19, 61.29) และคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 51.61, 51.61, 54.84) และการรับรู้ความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เจ็บชาปลายมือ-ปลายเท้า/ชาลิ้น และหนึ่งยาล้า ผลการประเมินโดยรวมพบว่า ความรุนแรงของอาการทั้ง 4 อาการอยู่ในระดับน้อย สรุปได้ดังนี้

อาการหนึ่งยาล้า พบว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของอาการหนึ่งยาล้าในระดับสูงสุดจาก 4 อาการ ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับ 2.56 (ช่วงระดับ 2-3) โดยอาการหนึ่งยาล้าจะรุนแรงขึ้นในวันที่ 4-6 จากนั้นจึงค่อยๆ ลดลงจนถึงวันที่ 14 หลังการรับเคมีบำบัด แต่จะไม่ต่ำจนถึงระดับ 0 และเมื่อได้รับเคมีบำบัดรอบใหม่ ความรุนแรงของอาการจะเพิ่มขึ้นอีกครั้ง

อาการเบื่ออาหาร พบว่าค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ 2.50 (ช่วงระดับ 2-3) โดยอาการเบื่ออาหารจะรุนแรงขึ้นในวันที่ 3-5 จากนั้นจึงค่อยๆ ลดลงจนถึงวันที่ 14 หลังการรับเคมีบำบัด แต่จะไม่ต่ำจนถึงระดับ 0 และเมื่อได้รับเคมีบำบัดรอบใหม่ ความรุนแรงของอาการจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งตามแบบแผนเดิม

อาการเจ็บชาปลายมือ-ปลายเท้า/ชาลิ้น พบว่าค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ 2.12 (ช่วงระดับ 2-3) โดยหลังการรับเคมีบำบัดอาการเจ็บชาปลายมือ-ปลายเท้า/ชาลิ้นจะพบความรุนแรงสูงสุดในช่วงวันที่ 1-3 โดยเฉพาะในวันที่ 1 จากนั้นจึงค่อยๆ ลดลง และเมื่อได้รับเคมีบำบัดรอบใหม่ ความรุนแรงของอาการจะเพิ่มขึ้นอีกครั้ง

อาการคลื่นไส้อาเจียน พบว่าค่าเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ 1.94 (ช่วงระดับ 1-2) โดยอาการคลื่นไส้อาเจียนจะรุนแรงขึ้นในวันที่ 3-5 หลังการรับเคมีบำบัด จากนั้นจึงค่อยๆ ลดลงจนถึงวันที่ 14 หลังการรับเคมีบำบัด และเมื่อได้รับเคมีบำบัดรอบใหม่ ความรุนแรงของอาการจะเพิ่มขึ้นอีกครั้ง

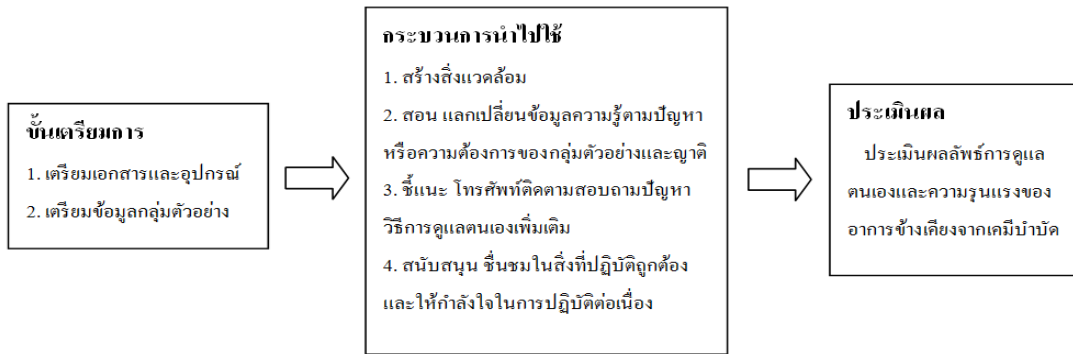
ส่วนอาการเชื้อหนองปากอักเสบพบว่า ความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเกรด 1 โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงเกรด 1 ทั้งก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม (ร้อยละ 58.06, 74.19, 77.42) ตามลำดับ ความรุนแรงเกรด 0 พบรองลงมาโดยพบเกรด 0 มากสุดก่อนเข้าโปรแกรม (ร้อยละ 22.58) ส่วนความรุนแรงเกรด 3 เกิดในกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 รายเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม (ร้อยละ 3.23) อย่างไรก็ตามไม่พบความรุนแรงเกรด 4

### 5.4 กระบวนการของการนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ไปใช้ในทางปฏิบัติ

จากการวิเคราะห์บันทึกกระบวนการนำโปรแกรมไปปฏิบัติเพื่อค้นหากระบวนการหรือวิธีการที่ใช้ในโปรแกรมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีนั้นพบว่า กระบวนการยังอยู่ในกรอบที่วางไว้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติผู้วิจัยต้องประเมินความรู้เดิมให้ครอบคลุมรายละเอียดของปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกัน และระหว่างการดำเนินโปรแกรมมีการตรวจสอบคะแนนจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละครั้ง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนการสอนชี้แนะ และสนับสนุนเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนวิธีการ ลำดับ ระยะเวลา และเทคนิคการให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและ



ญาติ/ครอบครัว/ผู้ดูแลที่เหมาะสม โดยสรุปแล้วในกระบวนการนำไปใช้มีการปรับลำดับกิจกรรมใหม่ ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4 ขั้นตอนของการนำไปใช้

## 6. การอภิปรายผล

### 6.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง

ก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุด โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 57.32, 63.77 และ 68.03 คะแนน ตามลำดับซึ่งแนวโน้มของคะแนนเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกระบวนการใน โปรแกรม มีการออกแบบกิจกรรมที่สำคัญซึ่งช่วยส่งเสริมให้โปรแกรมได้ผลลัพธ์ที่ดีคือ เริ่มต้นจากการประเมินความรู้เดิม เกี่ยวกับการป้องกัน/จัดการอาการ การดูแลตนเอง และรายละเอียดของปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานของผู้ป่วย แต่ละรายเป็นข้อมูลเบื้องต้น ต่อมาประเมินปัญหา/ความต้องการ และเริ่มการสอนโดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตาม ปัญหาและความต้องการเป็นหลักต่อยอดจากความรู้เดิม จึงทำให้ตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างกระชับในเวลา อันสั้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรียมที่เชื่อว่า คนจะมีความสามารถในการวางแผนจัด กระบวนการการดูแลตนเองได้ ถ้าได้รับความรู้ที่เหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้เกิด ความไว้วางใจ และมั่นใจที่จะนำคำแนะนำที่ได้รับไปปรับใช้ในการดูแลตนเอง มีความสม่ำเสมอและความต่อเนื่อง ตลอด โปรแกรมในการสอบถามอุปสรรคในการดูแลตนเอง และทบทวนความรู้ ปรับการให้คำแนะนำตามสภาพ ปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง การใช้สื่อ/อุปกรณ์อำนวยความสะดวกผ่านทางโทรศัพท์ และมีครอบครัว ช่วยเหลือสนับสนุน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับ ผลการวิจัยอื่นที่ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อน และหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จุฑามาศ กันนุช และคณะ, 2556; อรุณี หล่อนิล และคณะ, 2552)

### 6.2 การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียง

ผลการศึกษากลับนี้พบอาการเหนื่อยล้าและเบื่ออาหารมากที่สุดเท่ากัน คือ ร้อยละ 77.42-80.65 ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยประมาณร้อยละ 50 เป็นกลุ่มมะเร็งระยะลุกลามที่มีเป้าหมายของการรักษาแบบ ประคับประคองอาการ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของพรพิมล เลิศพานิช, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัททิ วงศ์ (2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ รวมถึงการรับรู้อาการ ความถี่ และความรุนแรงของ 32 อาการ ใน





ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 83 ราย และได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์พบว่า การรับรู้อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด 2 อาการแรก คือ เหนื่อยล้า (ร้อยละ 91.56) และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 74.69) และสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของ Stark, Toftbagen, Visovsky, & McMillan (2012) ที่พบว่า เหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งพบถึงร้อยละ 91

อาการเขื่อนช่องปากอักเสบ พบว่าก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบการเกิดอาการเขื่อนช่องปาก อักเสบ ร้อยละ 70-80 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของ Sonis (2015) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักส่วนมากที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีส่วนประกอบของ 5-FU จะมีอาการเจ็บในช่องปากและลำคอ เนื่องจาก เคมีบำบัดที่ได้รับถึงร้อยละ 70

อาการเจ็บขาปลายมือ-ปลายเท้า/ชาลิ้น พบว่าก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบการเกิดอาการร้อย ละ 61.29-74.19 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอุบัติการณ์การเกิดอาการเจ็บขาปลายมือ-ปลายเท้า/ชาลิ้นจากเคมีบำบัดสูตร FOLFOX ของ Stubblefield และคณะ (2009) ที่พบการเกิดอาการนี้แบบเฉียบพลัน ร้อยละ 85-95

อาการคลื่นไส้อาเจียน พบว่าการรับรู้อาการคลื่นไส้อาเจียนค่อนข้างสูง (ร้อยละ 50) ทั้งก่อน ระหว่าง และ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม จนกระทั่งวันที่ 7 ของการรักษา อาจเป็นไปได้ที่วากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลาม ซึ่งมะเร็งระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่เข้าร่วม โปรแกรมที่ได้รับยา ด้านอาเจียนเมื่อจำเป็น (pmm) ไปรับประทานที่บ้าน ร้อยละ 77.40 (24 ราย) ซึ่งจากการสอบถามเมื่อกลับมารับเคมี บำบัดในรอบถัดไปพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รับประทานยาต้านอาเจียน

ส่วนความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าพบมีความรุนแรงระดับสูงสุด รองลงมาคือ เบื่ออาหาร เจ็บขาปลาย มือ-ปลายเท้า/ชาลิ้น และคลื่นไส้อาเจียนตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการทั้ง 4 โดยรวมอยู่ในระดับ 1-3 เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของระดับความรุนแรงของ ESAS (ระดับ 0-10) พบว่า อยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่าระดับ 4) ทั้ง 4 อาการ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสามารถป้องกัน และดูแลจัดการอาการต่างๆ ได้หลังได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ ความรู้ จะทำให้การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (Craven et al., 2013; Mollaoglu & Erdogan, 2014)

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบผลจากการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นทั้ง 4 อาการมีความรุนแรง ระดับน้อย กับการศึกษาของพรพิมล เลิศพานิชและคณะ (2560) พบว่าความรุนแรงของอาการเจ็บขาปลายมือ-ปลาย เท้า และคลื่นไส้อาเจียนมีความรุนแรงในระดับน้อยเช่นเดียวกัน แต่อาการเหนื่อยล้าและเบื่ออาหารมีความรุนแรงใน ระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะการวิจัยครั้งนี้มีการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติมจากการดูแลตาม มาตรฐาน โดยให้ความรู้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยเป็นหลัก จึง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการป้องกัน ดูแล และจัดการอาการข้างเคียงทั้ง 4 อาการ ให้ความรุนแรงอยู่ใน ระดับที่น้อย

ส่วนความรุนแรงของอาการเขื่อนช่องปากอักเสบ พบว่าก่อน ระหว่าง และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมความรุนแรง ของอาการส่วนใหญ่เป็นเกรด 1 โดยพบประมาณร้อยละของ 50-80 อาจเกิดจากลักษณะความรุนแรงของอาการเขื่อน ช่องปากอักเสบเกรด 0 และเกรด 1 นั้นแยกออกจากกันได้ยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงรายงานความรุนแรงเป็นเกรด



1 ซึ่งในทางปฏิบัติอาจเป็นผลดีต่อกลุ่มตัวอย่าง เพราะเมื่อพบว่าความรุนแรงเป็นเกรด 1 กลุ่มตัวอย่างจะได้เร่งจัดการอาการ และป้องกัน ไม่ให้เกิดความรุนแรงในระดับที่เพิ่มขึ้น

### 6.3 กระบวนการการนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติ

การศึกษาครั้งนี้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการสอนเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับลำดับของการทำกิจกรรม ระยะเวลา และเทคนิคการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวตามบริบท/สถานการณ์ในขณะนั้น และตามปัญหา/ความต้องการแทนการดำเนินการตามลำดับขั้นตอนในโปรแกรม รวมทั้งให้ความสำคัญโดยเลือกใช้คำถาม/ปัญหา/ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างเป็นจุดเริ่มต้นการให้ข้อมูล นอกจากนี้ยังจัดให้มีการสื่อสารแบบสองทางทั้งทางตรงและสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นวิธีเชิงรุก ทำให้เข้าถึงผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นและได้รับทราบปัญหา/ความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ได้มากขึ้น

## 7. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรม โดยรวบรวมคำแนะนำการป้องกัน/จัดการอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด 5 อาการจากแนวปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆด้าน โรคมะเร็งไปใช้ในทางปฏิบัติ พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี โดยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร FOLFOX เพิ่มขึ้นและความรุนแรงของอาการข้างเคียงอยู่ในระดับน้อย จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การนำโปรแกรมไปใช้ในทางปฏิบัติควรมีความยืดหยุ่นตามบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว โดยยึดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เน้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าการสอนอย่างมีแบบแผน รวมทั้งสื่อสารและติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สำหรับพยาบาลผู้ใช้โปรแกรมควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ มีทักษะความรู้ และความชำนาญทางการพยาบาล สามารถปรับวิธีการดำเนินการได้ตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน ตามสถานการณ์จริงจะทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ถ้าเป็นพยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์หรือความชำนาญควรดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรม เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ง่ายขึ้น

2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบโปรแกรมติดตามกลุ่มตัวอย่างนานขึ้นเพื่อที่จะยืนยันผลของโปรแกรมในระยะยาวและแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบผลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 15 อันดับแรก จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2557. ใน อาคม ชัยวิระวัฒน์ และศุภพร แสงกระจ่าง (บ.ก.), *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2557* (น. 2-3). กรุงเทพฯ: บริษัทพรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.
- จุฑามาศ กัณนุช, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย กักคิงส์. (2556). ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และการจัดการกับอาการแสดงทางระบบทางเดินอาหารภายหลังการได้รับ โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31, 62-71.
- พัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรณา ฉายอรุณ, และวาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2560). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 11(1), 224-234.



- พรพิมล เลิศพานิช, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย กักดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 45-55.
- โรงพยาบาลจุฬารัตน์. (2552). การประเมินเชื่อบุช่องปากอีกเสตามเกณฑ์ของ *The National Cancer Institute Common Toxicity Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE) version 3.0*. Unpublished manuscript.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บ.ก.), *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 1, น. 115-136). กรุงเทพฯ: หจก. วี. เจ. พรินติ้ง.
- อรุณี หล่อนิล, ผ่องศรี ศรีมรกต, และเชาว์ สุระคม. (2552). โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ case management. *J NursSci*, 27(2), 59-67.
- อากม ชัยวีระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุกร โยธิน, อนันต์ กรลักษ์ณ์, และธีรวุฒิ กุหะเปรมะ. (2552). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อุบล จ้วงพานิช, ณัฏฐ์ชญา ไชยวงษ์, และจรีพร อุ่นบุญเรือง. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16, 32-42.
- American Cancer Society. (2012). *7 Ways to manage cancer-related fatigue*. Retrieved from <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/physicalsideeffects/fatigue/seven-ways-to-manage-cancer-related-fatigue>
- American Cancer Society. (2014). *Chemotherapy for colorectal cancer*. Retrieved from <http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal-cancer-treating-chemotherapy>
- BC Cancer Agency. (2013). *Symptom management guidelines: oral mucositis*. Retrieved from <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/5D986439-3614-4F17-9E507FECC73C45D1/72952/1OralMucositis.pdf>
- Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. Instruction and curriculum. Regional education laboratory for the Carolinas and Virginia. *Evaluation Comment*, 1(2), 1-12.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, J. M., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative care*, 7(2), 6-9.
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A. J., & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6), 954-960. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020
- Craven, O., Hughes, C. A., Burton, A., Saunders, M. P., & Molassiotis, A. (2013). Is a nurse-led telephone intervention a viable alternative to nurse-led home care and standard care for patients receiving oral capecitabine? results from a large prospective audit in patients with colorectal cancer. *European Journal*



*of Cancer Care*, 22, 413–419.

- Department of Health. (2005). *Self care – A real choice self care support – A practical option*. Retrieved from <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/>
- Jeon, H. J., Woo, J. H., Lee, H. Y., Park, K. J., & Choi, H. J. (2011). Adjuvant chemotherapy using the FOLFOX regimen in colon cancer. *J Korean Soc Coloproctol*, 27, 140-146. doi:10.3393/jksc.2011.27.3.140
- Kidd, L., Kearney, N., O'Carroll, R., & Hubbard, G. (2008). Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 469-477. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04796.x
- Mollaoglu, M., & Erdogan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 78-84.
- National Cancer Institute. (2006). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 3.0, U.S. National Institutes of Health*. Retrieved from [https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic\\_applications/docs/ctcae3.pdf](https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae3.pdf)
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concept of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Ream, E., Richardson, A., & Alexander-Dann, C. (2006). Supportive intervention for fatigue in patients undergoing chemotherapy: A randomized controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 148-161.
- Sonis, T. S. (2015). *Oral mucositis*. Retrieved from <http://www.springer.com/us/book/9781908517630/>
- Stark, L., Tofthagen, C., Visovsky, C., & McMillan, S. C. (2012). The symptom experience of patients with cancer. *Journal Hospital Palliative Nursing*, 14(1), 61-70. doi:10.1097/NJH.0b013e318236de5c
- Stubblefield, M. D., Burstein, H. J., Burton, A. W., Custodio, C. M., Deng, G. E., Ho, M., . . . Von Roenn, J. H. (2009). NCCN task force report: Management of Neuropathy in Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 7, S-3.
- World Health Organization. (2012). *GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. Retrieved from [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)