คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช

โดย

นางสาวเพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช

โดย
นางสาวเพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2552
ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

QUALITY OF LIFE IN ACUTE LEUKEMIA PATIENTS IN SIRIRAJ HOSPITAL

By

Penjai Jitnumsub

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF SCIENCES

Program of Social and Health System Management

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2009

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุ มัติให้การค้นคว้าอิสระเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช” เสนอโดย นางสาวเพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

…….....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตังกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

เภสัชกร อาจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย

คณะกรรมการตรวจสอบการค้นคว้าอิสระ

..... ประธานกรรมการ

(เภสัชกรหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกามาศ ไมตรีมิตร)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์)

...../...../.....

..... กรรมการ

(เภสัชกร อาจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย)

...../...../.....

50358307 : สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ
คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต / มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

เพ็ญใจ จิ ตรนำทรัพย์ : คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช. อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ : ภก.อ.ดร. สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย. 92 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษา ที่งานการพยาบาล อายุรศาสตร์และ จิตเวชศาสตร์และ ผู้ป่วย นอก ที่มารับการตรวจที่คลินิกโลหิตวิทยา ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน ทั้งสิ้น 30 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว (FACT - Leu) วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่าง ทางสถิติโดยใช้ Man - Whitney U และ Kruskal - Wallis test

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านในระดับสูง ยกเว้นด้านร่างกายและเฉพาะด้านโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มี ผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ปัจจัยด้าน เพศมีผลต่อ คุณภาพชีวิตด้านสังคมครอบครัว และผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงเช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และอ่อนเพลีย มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการดังกล่าว ส่วนปัจจัยอื่นๆไม่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ซึ่งนำไปสู่การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2552
ลายมือชื่อนักศึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาค้นคว้าอิสระ.....

50358307 : MAJOR : SOCIAL AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT
KEY WORDS : QUALITY OF LIFE / ACUTE LEUKEMIA PATIENT
PENJAI JITNUMSUB : QUALITY OF LIFE IN ACUTE LEUKEMIA PATIENTS IN SIRIRAJ HOSPITAL. INDEPENDENT STUDY ADVISOR : SURASIT LOCHID – AMNUAY,Ph.D.. 92 pp.

This descriptive research aimed to evaluate the quality of life of acute leukemia patients and to determine the factors correlated with the quality of life. Thirty patients were purposively selected from inpatients at the medicine and psychiatric department, and outpatients at the hematology clinic at Siriraj Memorial Hospital. Data were collected by using general demographic questionnaire and the Functional Assessment of Cancer Therapy - Leukemia (FACT - Leu, Thai version). Data were analyzed in terms of frequency, percentage, mean and standard deviation. Quality of life scores were compared the statistical difference by Man-Whitney U test and Kruskal-Wallis test.

Results showed that the overall and each domain quality of life of acute leukemia patients was in a high level, while the physical domain and the specific domains for leukemia disease were in a medium level. It was also found that the visits frequency for treatment in the hospital had an effect on the general quality of life, while gender had an effect on social and family life quality. Patients with symptoms of nausea, vomiting, bad appetite, weakness and fatigue had lower physical quality of life than those with no such symptoms. Other factors were not statistical significant difference and had no effect on the quality of life.

The findings in this study provide information on the life quality of acute leukemia patients, which would lead to the establishment of guidelines for caring of these patients for the betterment of their quality of life.

Program of Social and Health System Management Graduate School. Silpakorn University Academic Year 2009
Student's signature……..
Independent Study Advisor's signature……

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่อง “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลศิริราช” สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณ เภสัช กร อาจารย์ ดร .สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย อาจารย์ ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ และคณาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบข้อบกพร่องของการศึกษาค้นคว้าอิสระด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่ง จนการศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ สำเร็จโดยสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ ฤชุตระกูล ที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือ ที่ใช้ในการค้นคว้าอิสระครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ผู้วิจัย ได้รับความร่วมมือ ช่วยเหลือ และอำน วยความสะดวกเป็นอย่างดีจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยของงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ และคลิ นิคโลหิตวิทยา ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง จึงกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ แหล่งที่ให้ประโยชน์ทางด้านวิชาการ เจ้าหน้าที่ห้องสมุด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และหน่วย การศึกษาปริญญาโททุกท่านที่อำนวยความสะดวกด้วยดีตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาของผู้วิจั ย และคณาจารย์ทุกท่าน ขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน และให้กำลังใจด้วยดี ตลอดมา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ
กิตติกรรมประกาศ..... ฉ
สารบัญตาราง..... ฌ
บทที่
1. บทนำ
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1
ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา..... 4
ขอบเขตของการศึกษา..... 4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 4
กรอบแนวคิดงานวิจัย..... 5
คำจำกัดความหรือนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย..... 6
2. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว..... 7
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต..... 18
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต..... 20
การประเมินคุณภาพชีวิต..... 22
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง..... 25
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต..... 28
กลวิธีการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว..... 32
3. ระเบียบวิธีในการวิจัย
รูปแบบการวิจัย..... 36
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง..... 36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 36
คุณภาพของเครื่องมือ..... 39
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 40

บทที่ หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล…..……..…….. 40
4. ผลการศึกษา
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 42
ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง..... 44
คุณภาพชีวิตและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลอดขาวชนิดเฉียบพลัน..... 45
ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ……. 51
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
ระดับคุณภาพชีวิต..... 58
เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต..... 59
ข้อจำกัด……..... 63
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยเพื่อการพัฒนา…….……... 63

บรรณานุกรม..... 64

ภาคผนวก..... 68
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและแบบสอบถามงานวิจัย..... 69
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล..... 79
ภาคผนวก ค หนังสือการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์..... 83
ภาคผนวก ง Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)
Licensing Agreement from FACIT.org…….……..……..…… 89

ประวัติผู้วิจัย……..... 92

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 42

2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง..... 44

3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด..... 44

4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม..... 45

5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย..... 46

6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม ครอบครัว..... 47

7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ จิตใจ..... 48

8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม..... 48

9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรค..... 49

10 เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง..... 52

11 เปรียบเทียบอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง..... 56

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Statements and significance of the problems)

มะเร็งเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ทุกส่วนของร่างกาย เนื่องจาก อวัยวะ ส่วนต่างๆ นั้นประกอบไปด้วยเซลล์มากมายรวมกัน การเจริญเติบโตของมะเร็งจะมีลักษณะที่ผิดปกติ คือการเจริญเติบโตที่เร็วเกินไปจนกลายเป็นก้อนเนื้อ โรคมะเร็งยังสามารถเกิดขึ้นในเม็ดเลือดที่อยู่ในร่างกาย เม็ดเลือดขาวซึ่งมีหน้าที่ช่วยทำลายเชื้อโรคและสารแปลกปลอมต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย กล่าวคือเม็ดเลือดขาวจะช่วยสร้างความต้านทานให้กับร่างกาย แต่ถ้าเม็ดเลือดขาวไม่สามารถที่ จะทำหน้าที่ของตนเองได้ก็จะเกิดผลกระทบต่อร่างกายอย่างแน่นอน มะเร็งเม็ดเลือดขาวเกิดจาก เม็ดเลือดขาวตัวอ่อนมีการแบ่งตัวอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้สะสมอยู่ในไขกระดูกแล้วก็ออกมาในกระแสเลือดก็ไปเบียดยังอวัยวะต่างๆ ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติไปเกิดจากการที่มีเม็ดเลือดขาวมากเกินไป ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่มีปัจจัยส่งเสริมบางอย่าง เช่น โรคทางพันธุ์กรรมบางโรค เช่น ดาวซินโดรม (Down's syndrome) การแพร่รังสีเ นื่องจาก พบผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มากขึ้นหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่มีการทิ้งระเบิดปรมาณู นอกจากนั้นยัง พบว่าสารเบนซินก็ เป็นปัจจัยเสริมรวมทั้งการติดเชื้อบางอย่างด้วย เช่น เชื้อไวรัส

ประเทศไทยปัจจุบัน พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น นับตั้งแต่มีการค้นพบโรคนี้เป็นครั้งแรกในปี ค .ศ.1960 ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ การบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บุคคลมีโอกาสสัมผัสกับสารก่อมะเร็งเพิ่มขึ้น และความก้าวหน้าทางการแพทย์สมัยใหม่ทำให้มีการค้นพบโรคเพิ่มขึ้น สถิติจากสถาบันมะเร็งแห่งประเทศไทยปี 2544 พบว่ามีอัตราการเป็นมะเร็ งเม็ดเลือดขาว 3.9 คนต่อประ ชากร 100,000 คนในผู้ชาย และ 3.2 คนต่อประชากร 100,000 คนในผู้หญิง สถิติโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าผู้ป่วยใหม่โรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute Leukemia) เข้ามารับการรักษา จำนวนมากถึงปีละ 120 ราย ส่วนใหญ่ถู กส่งตัวมาจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิทั่วประเทศ โดยลักษณะของผู้ป่วยมีทั้งผู้ป่วยใหม่ไม่ทราบการวินิจฉัยโรค และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาก่อน การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อช่วยให้โรคสงบ และช่วยยืดอายุผู้ป่วย แต่ยาเคมีบำบัดนั้นเป็นสารที่มีพิษค่อนข้างสูงทำลายเซลล์มะเร็งและเซลปกติในระยะแบ่งตัว ทำให้เกิดผลไม่พึงปรารถนาหลายประการ เช่น การกดไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และภาวะเกร็ดเลือดต่ำ ใ นขั้นตอนการรักษาเพื่อทำให้โรคสงบจะทำให้สภาพของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อและมีเลือดออกผิดปกติซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายและมีอัตราตายสูง การรักษาและการป้องกันมีความจำเป็น จุดอ่อนที่สำคัญมาก ในการทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จได้แก่ ความเข้าใจการวินิจฉัยโรคและวิธีการดูแลตนเองระหว่างการรักษาให้โรคสงบ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการบอกข่าวร้ายจากแพทย์ ผู้ป่วยส่วนมากจะเกิดความวิตกกังวลมากและเกิดอาการซึมเศร้า (Pack 1972 : 591-599) ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย รู้ สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระแก่ครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดการติดต่อกับสังคมและแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมักจะมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยคือกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ วิตกกังวลเรื่องเศรษฐกิจ กลัวทำงานไม่ได้ตามปกติ กลัวไม่หายจากโรคและกลัวตาย (บุญสม ชัยมงคลและคณะ 2527 : 71) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไวส์แมน (Weisman 1979 : 72-80) เรื่องผลกระทบของการเป็นมะเร็งในลักษณะของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยมีความกังวลด้านต่างๆ ตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นมะเร็ ง 7 ด้าน คือความกังวลด้านสุขภาพ ด้านการประเมินตนเอง เป็นความกังวลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ด้านการงานและด้านการเงิน ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ด้านปฏิบัติทางศาสนา ด้านเพื่อนผู้ร่วมงานและวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้ านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่เป็นนามธรรม มีความหมายกว้าง การให้ความหมายคุณภาพชีวิตจะแตกต่างไปในแต่ละบุคคล อาจใช้ในความหมายเดี่ยวกับความผาสุก (Well being) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความรู้สึกเป็นปกติ (Sense of well being) ความสุข (Happiness) คุณภาพชีวิตในทางการแพทย์หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ โดยจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต เช่น ความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติภาระกิจตามบทบาทในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรือชุมชน (เกษม วัฒนชัย 2530 : 65) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องประสพกับปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ชีวิตมีความยุ่งยากมากขึ้นและสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้คือ ภาวะของโรค ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการ

รับประทานอาหารและน้ำ การ พักผ่อน การมีกิจกรรมส่วนตัว การขับถ่า ย และการมีป ฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนั้นการเจ็บป่วยยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น ความไม่ปลอดภัยในชีวิตตลอดระยะเวลาของการรักษา ผู้ป่วยจะเกิดความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกซึมเศร้า ตนเองไร้ค่า ไม่มี กำลังใจในการรักษาต่อไปและรอคอยความตายที่ใกล้เข้ามาอย่างเป็นทุกข์ ไม่มีความรู้สึกอยากช่วยเหลือตนเ องให้มีชีวิตอยู่ในสังคมอีกต่อไป สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้คุณภาพการมีชีวิตอยู่รอดของผู้ป่วยลดต่ำลง ความรู้สึกของผู้ป่วย “วินาทีแรกที่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคมะเร็งผู้ป่วยจะมีความรู้สึกถูกจู่โจมอย่างแรง ตื่นตระหนก สับสน งุนงง อยู่ในสภาพที่เรียกว่าช็อคและผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความจริงที่จิตใจไม่ยอมรับ ทำให้มีความทุกข์ วิตกกังวลมากจนจัดอยู่ในภาวะวิกฤต” สิ่งต่างๆเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถในการทำงานของร่างกาย ทำใ ห้การตอบสนองความต้องการในการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งนับว่าเป็นสาเหตุที่กระทบต่อความรู้สึกด้านความพึงพอใจหรือความสุขในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเป็นอันมาก และถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งจะมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นก็ตาม การมีชีวิตรอดอยู่อย่างเ ดียวไม่ใช่สิ่งสำคัญ แต่สิ่งที่สำคัญคือ การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาที่เหลืออยู่

ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากขึ้น เพราะบทบาทของพยาบาลไม่เกี่ยวข้องเฉพาะการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและลดอันตรายเท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึงคุณภาพของการมีชีวิตหรือการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ เพราะคุณภาพชีวิตจะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาลด้วย บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คือการช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ภาพลักษณ์ การสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย ความเจ็บปวดและอื่นๆ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้ องได้รับความทุกข์ทรมานเนื่องจากปัจจัยหลายประการจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเดิน เยื่อบุช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร ผมร่วง ความรู้สึกทางเพศลดลง เป็นหมัน นอกจากนี้ยาที่กดไขกระดูก ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนซึ่งอาจเสียชีวิตในระ หว่างการรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต บางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติต้องหยุดพักรักษาตัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษามีราคาสูง หากไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องพึ่งทีมสุขภาพ ในการที่จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีบทบาทสำคัญในการหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขมากที่สุด ทั้งในขณะที่รักษาตัว

อยู่ในโรงพยาบาลและในระยะที่โรคสงบผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองต่อที่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดระบบการพยาบาล ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถาม FACT-Leu (Version 4) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบวัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมาเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต

2. ความมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Goal and objective)

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

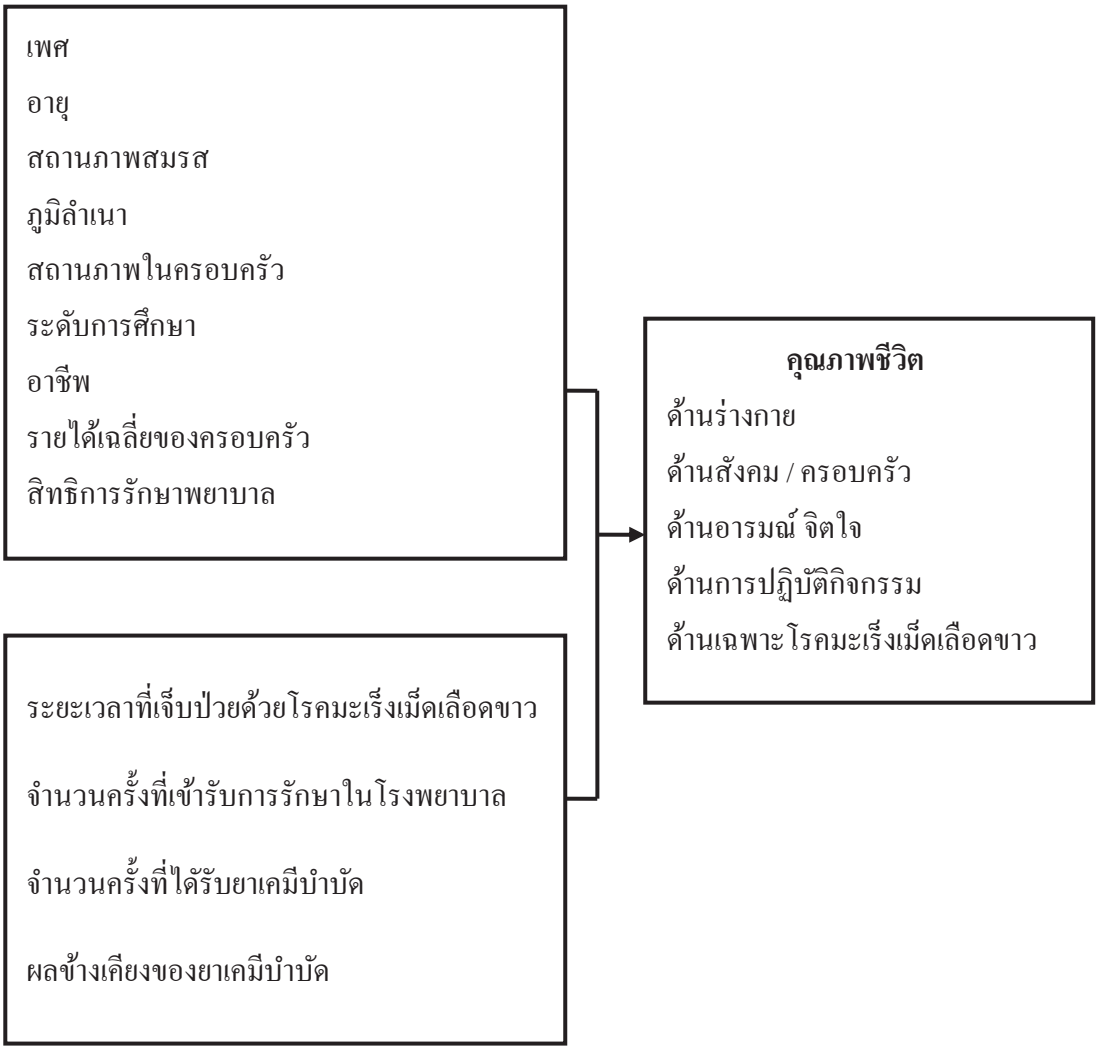
3. ขอบเขตของการศึกษา (Scope or delimitation of the study)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มารับการรักษาโดยเป็นผู้ป่วยใน งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และผู้ป่วยนอกที่คลีนิคโลหิตวิทยา ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

5. กรอบแนวคิดงานวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

6. คำจำกัดความหรือนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

1. คุณภาพ ชีวิต หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุขที่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขา วรับรู้และประเมินด้วยตนเอง ซึ่งสามารถประเมินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต FACT-Leu (Version 4) ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบวัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบ่งเป็น 5 ด้าน

ด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ

ด้าน สังคมและครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลใ น

ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด

ด้านอารมณ์และจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย

ด้านการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง ความรู้สึกและความพึงพอใจต่อการทำกิจกรรมต่างๆ

ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หมายถึง ความรู้สึกต่ออาการและภาวะแทรกซ้อนของโรค

2. ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

3. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หมายถึง ระยะเวลาที่นับจากจำนวนเต็มเป็นเดือน โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

4. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ตั้งแต่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรภาพ

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงตามลำดับดังนี้คือ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) เป็นโรคที่มีการกระจายของเม็ดเลือดขาวที่ไม่สมบูรณ์อย่างรวดเร็วและไม่หยุดยั้ง เกิดจากความ ผิดปกติของเซลล์สร้างเม็ดเลือด (hemopoietic cell) ในระบบสร้าง (proliferative system) ทำให้มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ โดยที่มีลักษณะและรูปร่างของเซลล์ตามสาย แตกต่างออกไปจากเดิม ภาวะของโรคมีการเริ่มต้นตั้งแต่ไขกระดูก จนถึงส่วนประกอบของเลือด (Ames and Kneisl 1988 ; Duke 1994 ; Lewis and Collier 1992) นอกจากนี้เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวยังแทรกซึมเข้าไปในอวัยวะต่างๆ ได้อีก เช่น ผิวห นัง ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง (Black and Matassarin 1993)

การแบ่งชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาว

มะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถแบ่งได้หลายชนิด ดังนี้ (ธานินทร์ 2537 ; Ames and Kneisl 1988 ; Black and Matassarin-Jacobs 1993 ; Lewis and Collier 1992)

1. การแบ่งตามความรุนแรง จะแบ่งเป็นชนิดเฉียบพลัน (Acute) ซึ่งเซลล์ส่วนใหญ่จะเป็นเซลล์ตัวอ่อนพวกบลาส (blasts) หรือโปรไมอีโลซัยท์ (Promyelocyte) อาการจะรวดเร็วรุนแรง ส่วนชนิดเรื้อรัง (Chronic) มักพบร่วมกับเซลล์ที่เป็นตัวแก่กว่าซึ่งมักมีอาการค่อยเป็นค่อยไป

2. การแบ่งตามชนิดของเซลล์ เช่น เซลล์ที่มีแกรนนูล (Granulocytic leukemia) ชนิดลิมโฟไซท์ (Lymphocytic leukemia)

3. การแบ่งตามความสมบูรณ์ของเซลล์ (Maturity of cell type) เช่น อยู่ในรูปตัวอ่อน (blast cell) หรืออยู่ในรูปก่อนเป็นตัวแก่ (pro stage) เช่น โปรไมอีโลซัยท์ (promyelocyte) หรือเป็นตัวสมบูรณ์ เช่น lymphocytic leukemia

4. การแบ่งตามจำนวนของลิวคีมิคเซลล์ เช่น พบเซลล์จำนวนปกติหรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย (Aleukemic leukemia or leukemic leukemia) ในมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่จำนวนเซลล์ไม่ได้ว่า

เป็นชนิดไหนก็จะแยกไว้จัดเป็นสเตมเซลล์ลิวคีเมีย (Stem cell leukemia)

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งกลุ่มย่อยของมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันโดยวิธี French-American-British cooperative group (FAB) เพื่อประโยชน์ใช้ยาในการรักษา ดังนี้ (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย 2537 ; พรเทพ เทียนสิวากุล 2541 ; Black and Matassarin 1993)

1) Acute lymphoblastic แบ่งย่อยออกเป็น L1 , L2 และ L3

2) Acute undifferrential leukemia

3) Acute myeloid leukemia แบ่งย่อยออกเป็น M0, M1, M2, M3, variant, M4, M4eo, M4baso, M5a, M5b, M6 และ M7

สาเหตุและอุบัติการณ์

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่ทราบแน่ชัด แต่มีสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต้นกำเนิด ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรม มีรายงานว่าอุบัติการ ณ์ของการเกิดโรคในพี่น้องของผู้ป่วยสูงเป็น 3 เท่าของประชากรทั่วไป (Gunz and Veale 1969 ; อ้างตามธานินทร์ อินทรกำธรชัย 2537) การได้รับกัมมันตภาพรังสีเป็นจำนวนมาก พบว่าประชากรญี่ปุ่นที่รอดชีวิตจากการทิ้งระเบิดปรมาณูที่ฮิโรชิมาและนางาซากิ มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมากกว่าคนปกติถึง 30 เท่า การได้รับสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบของเบนซินหรือสารเคมีอย่างอื่น โดยเฉพา ะประชากรที่ทำงานในโรงงานฟอกหนัง ทำสี ผลิตยาง ผู้ที่สัมผัสน้ำมัน ถ่านหิน ยาฆ่าแมลง ยาย้อมผม มีโอกาสเป็นโรคถึง 10 เท่าของประชากรทั่วไป (Rinsky et al 1987; อ้างตามธานินทร์ 2537) และพบว่าโรคมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (Kinley and Roget 1988; อ้างตามธานินทร์ 2537) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครโมโซมอีกด้วย (Ames and Kneisl 1988 ; Black and Matassarin-Jacobs 1993 : 1355 -1362 ; Duke 1994 :426 - 441)

ผลกระทบจากการเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

โรคมะเร็งเม็ด เลือดขาวเป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่เซลล์สร้างเม็ดเลือดที่มีการเจริญเติบโตและการทำหน้าที่ของเซลล์เม็ดเลือดทุกชนิดผิดปกติ ทำให้เกิดอาการต่างๆ ที่คุกคามต่อชีวิต จากพยาธิสภาพของโรคจะทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่ายในเนื้อเยื่อทุกแห่งของร่างกายได้ถึงร้อยละ 50 (Black and Matassarin-Jacobs 1993 : 1355-1362) เช่น การเกิดจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง การเกิดเลือดกำเดา เลือดออกในเยื่อบุช่องปาก ตลอดจนการมีเลือดออกในสมองที่เป็นอันตรายมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อ การติดเชื้อแม้เพียงเล็กน้อยก็จะเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ 2533 : 12 - 33) นอกจากนี้ยังมีอาการซีด ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาระดับฮีโมโกลบิล

ตลอดจนอาการมีไข้ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย การลุกลามของเซลล์มะเ ร็งเข้ากระดูก สมอง และไขสันหลัง เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งคุกคามต่อสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างยิ่ง

วิธีการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาว ในปัจจุบันมีหลายวิธีดังนี้

1. การใช้เคมีบำบัด (Chemotherapy) ในการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาว คือ การให้ยาหลายชนิดรวมกันเป็นสูตร (พรเทพ เทียนสิวากุล 2541 : 83 - 91; Duke 1994 : 426 - 441) อาจใช้โดยลำพังหรือใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น จากการศึกษาการใช้ยาเคมีบำบัดมากว่า 30 ปีทำให้สามารถสรุปหลักการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ว่า ควรเลือกใช้ยาที่สามารถทำลายเซลล์มะเร็งเร็วกว่าเซลล์ปกติอื่น ๆ ของร่างกาย การให้ยาขนาดสูงมีผลในการทำลายเซลล์มะเร็งมากกว่าขนาดต่ำ การให้ยาต้องใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานพอสมควร และต้องให้ยาหลายชนิดพร้อมกันเพื่อที่จะควบคุมให้โรคสงบ (Complete remission)ให้นานที่สุด (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย 2541 : 145 - 150 ; อิศรางค์ นุชประยูร 2541 : 169 - 187) หรือให้มีบลาสเซลล์ (blast cell) ในกระแสเลือดหรือไขกระดูกน้อยกว่าร้อยละ 5 ของเซลล์ทั้งหมด (ปัญญา เสกสรรค์ 2541 : 129 - 142) หรือถ้าไม่อาจทำให้โรคสงบได้ ก็ช่วยบรรเทาอาการไม่ให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานและให้สามารถมีชีวิตใกล้เคียงปก ติมากที่สุด การเลือกใช้ยาเคมีบำบัดกลุ่มใดนั้น จะพิจารณาจากชนิดและระยะของมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ไขกระดูก เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหารและเซลล์รากผม โดยทั่วไปจะใช้ยาที่มีผลต่อเซลล์ปกติน้อยที่สุด และใ ช้ยาที่มีคุณสมบัติเสริมฤทธิ์กัน มีอาการข้างเคียงแตกต่างกัน การใช้ยาเคมีบำบัดหลายตัวรวมกันจะช่วยลดการเกิดอาการข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยสามารถทนต่ออาการข้างเคียงได้ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา เป้าหมายในการออกฤทธิ์ยาจะอยู่ที่เซลล์มะเร็งที่มีการเปลี่ยนแ ปลงไม่คงที่และมีการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดให้มากที่สุด

2. การใช้รังสีรักษา (Radio therapy) เป็นการรักษาที่ใช้เพื่อป้องกันไม่ให้แพร่กระจายเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS prophylaxis) มักจะใช้ควบคู่กับการให้เคมีบำบัด โดยฉีดเข้าน้ำไขสันหลังโดยตรงซึ่งจะทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น การใช้รังสีรักษาจะฉายรังสีทั่วทั้งศีรษะในขนาดต่ำๆ 2,400 แรด แบ่งให้ 12 ครั้ง ในเวลา 2 - 3 สัปดาห์ ซึ่งทำให้โอกาสเกิดมะร็งในน้ำไขสันหลังน้อยกว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute Lymphoblastic Leukemia) ผลกระทบรังสีรักษาต่อเซลล์นั้นทำให้เนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลง โดยระยะสั้นรังสีจะขัดขวางการสร้างหรือขัดขวางการทำหน้าที่ของ DNA ในระยะไมโตซิส (Mitosis) ทำให้เกิดการตายของเซลล์ขึ้น ส่วนผลระยะยาวรังสีจะมีผลต่อโครโมโซม ทำให้เกิดการแตก การจัดเรียงตัว

ใหม่ หรือมีการแยกส่วนอย่างถาวรของโครโมโซม ซึ่งทำให้เกิดการกลายพันธ์ (mutation) การตอบสนองของเซลล์มะเร็งต่อรังสีขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1) ความถี่การเกิดไมโตซิสของเซลล์ หากมีการแบ่งตัวเร็วก็อาจตอบสนองต่อรังสีดี

2) ระบบหลอดเลือดรอบเซลล์มะเร็ง รังสีจะทำลายหลอดเลือดหากมีเส้นเลือดมากเท่าใด เซลล์มะเร็งจะตอบสนองรังสีมากขึ้น

3) ความพอเหมาะของปริมาณรังสีที่เซลล์มะเร็งได้รับหากน้อยเกินไปจะทำให้ดื้อต่อการรักษา แต่ถ้าได้รับมากเกินไป จะทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื้อปกติใกล้เซลล์มะเร็งได้

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ผิวหนังแห้งแดงแตกเป็นขุย ร่วมกับอาการซีด มีการทำลายเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือด เสี่ยงต่อการติดเชื้อและเลือดออกง่าย

3. การปลูกถ่ายไขกระดูก (Bone marrow transplantation) เป็นการเจาะไขกระดูกจากบริเวณก้นกบของผู้ให้นำมาใส่หลอดเลือดดำของผู้ป่วย หลังการใช้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูงมาก ซึ่งอาจร่วมกับการให้รังสีรักษาแบบทั่วตัว (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย 2537) เพื่อ

1) ทำลายภูมิต้านทานของผู้ป่วยมิให้ปฏิเสธไขกระดูกที่ใส่เข้าไปใหม่

2) ทำลายไขกระดูกเดิมของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดช่องว่างสำหรับไขกระดูกใหม่

3) กำจัดเซลล์มะเร็งที่มีอยู่ในร่างกายให้หมด

ถ้าใช้ไขกระดูกของตนเอง ซึ่งต้องดูดไว้ในระยะปลอดโรค เรียกว่า Autologuos transplant ซึ่งมีการติดเชื้อน้อย แต่มีการกลับเป็นใหม่ของโรคสูง ผลของการรักษาสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดร้อยละ 20-30 เท่านั้น ส่วนการใช้ไขกระดูกของผู้อื่นซึ่งอาจเป็นผู้บริจาค บิดา มารดา บุตร แต่มักใช้ไขกระดูกของพี่น้องที่ HLA (Human Leucocyte Antigen) ตรงกันเรียกว่า Allogeneic transplant และควรรักษาในระยะแรกๆของโรค ซึ่งให้ผลในการรักษาดีโดยเฉพาะผู้ป่วย Acute Myeloblastic Leukemia (AML) ที่อายุต่ำกว่า 40 ปี สามารถรอดชีวิตและหายขาดจากโรคได้ร้อยละ 43-64 มากกว่าผลการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากแล้ว ซึ่งจะให้ผลดีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น สำหรับผู้ป่วย Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) ที่มีการกลับเป็นใหม่ของโรค มักจะทำขณะที่ผู้ป่วยโรคสงบแล้ว ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดอย่างปลอดโรค (disease free survival) ได้ประมาณร้อยละ 40 และได้ผลดีที่สุดถ้าทำการปลูกถ่ายไขกระดูกขณะที่การกลับเป็นใหม่เพียงครั้งเดียว (ปัญญา เสกสรรค์ 2541; Black and Matassarin-Jacobs 1993; Duke 1994)

4. การรักษาแบบยีนบำบัด (Gene therapy) ซึ่งเป็นการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามกลไกการเกิดโรค ได้มีการทดลองใช้มา 10 ปี ด้วยการนำยีนใส่เข้าไปในเซลล์ของผู้ป่วย เพื่อทำ

หน้าที่ทดแทนยีนที่ขาดหายไปหรือทำหน้าที่ผิดปกติ หรือให้หน้าที่ใหม่สำหรับเซลล์นั้น โดยไม่มีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกาย การรักษาแบบนี้เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบบใหม่ ซึ่งเกิดจากความเข้าใจการเกิดมะเร็งในระดับโมเลกุล ทำให้ทราบถึงพยาธิกำเนิดของมะเร็งว่า เป็นผลมาจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ดังนั้นการที่เริ่มมีความเข้าใจยีนต่าง ๆ ที่ ควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ การพัฒนาของเซลล์ และการตายของเซลล์ ตลอดจนการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ทำให้สามารถพัฒนาวิธีการรักษามะเร็งตามพยาธิกำเนิดของโรค (นรินทร์ วรวุฒิ 2541 : 235-237)

หลักการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันด้วยเคมีบำบัด

พบว่าการรักษาในปัจจุบันสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่อย่างปกติโดยปราศจากรอยโรคหลังจากการรักษาที่ 3- 5 ปี (ถนอมศรี ศีรชัยกุล 2537 ; ธานินทร์ อินทรกำธรชัย 2541) ซึ่งสามารถแบ่งตามชนิด AML และ ALL ได้ดังนี้

การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด AML

ใช้ระยะเวลานาน ค่าใช้จ่ ายสูง และมีผลแทรกซ้อนมากจึงควรประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยให้ดีก่อน ผลของการรักษาจะสามารถมีชีวิตอยู่โดยปราศจากโรค 2-4 ปี การรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. Induction of remission คือการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ ภาวะโรคสงบ (complete remission) ได้ผลร้อยละ 50- 70 โดยใช้สูตร ซัยโตซินอะราบิโนไซด์ (cytosine arabinoside) 100 มก./ตร.ม. หยดทางหลอดเลือดดำวันที่ 1-7 และดอร์โนรูบิซิน (daunorubicin) 45 มก./ตร.ม. หยดทางหลอดเลือดดำวันที่ 1-3

2. Postremission therapy คือ การรักษาเพื่อป้องกันภาวะโรคกลับซ้ำ (relapes) หรือเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ให้หมดไปจากร่างกาย แบ่งเป็นหลายชนิดดังนี้

2.1 Consolidation therapy คือ การให้ยาเคมีบำบัดในลักษณะเดียวกับใน induction of remission แต่ให้ติดต่อกัน 3-4 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน

2.2 Maintenance therapy คือ การให้ยาเคมีบำบัดในขนาดต่ำเพื่อไม่ให้เกิด marrow aplasia แต่มักให้เป็นเวลานาน เช่น บริหารยาทุก 1-2 เดือน ติดต่อกัน 2-3 ปี

2.3 Intensification therapy คือ การให้ยาเคมีบำบัดที่มีขนาดสูงขึ้น หรือยาชนิดที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับ ให้ติดต่อกัน 2-3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน จากการศึกษาโดยใช้ อะรา-ซี (ara-c) ในขนาดสูง 3 กรัม/ตร.ม. ทุก 12 ชั่วโมง 6 ครั้ง สามารถเพิ่มระยะเวลาปราศจากรอยโรคได้ 4 ปี ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยการรักษาแบบนี้มีภาวะแทรกซ้อนสูงโดยเฉพาะการเกิดพิษต่อระบบประสาท (CNS toxicity) และไขกระดูกถูก กดการทำงานระยะยาว (prolonged bone marrow suppression) มี

อัตราตายจากการรักษาได้ ร้อยละ 8-17 จึงควรนำมาใช้เฉพาะผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 35 ปี และในที่ซึ่งสามารถให้การรักษาแบบประคับประคองที่ดีเยี่ยมแก่ผู้ป่วย

2.4 High dose chemoradiotherapy with stem cell rescue คือ การให้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูงมาก ซึ่งอาจร่วมกับการให้รังสีรักษาแบบทั้งตัว (total body irradiation) เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด จากนั้นจึงปลูกถ่าย stem cell จากไขกระดูกปกติ

การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด ALL

โดยใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน แต่มีการกลับเป็นใหม่ของโรคที่สมองสูง จึงควรป้องกันการลุกลามเข้าประสาทส่วนกลางตั้งแต่ต้น (CNS prophylaxis) จะทำให้ระยะเวลาปลอดโรคยาวขึ้นร้อยละ 20-40 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถพยากรณ์โรคดี คือ อายุน้อย จำนวนเม็ดเลือดขาวขณะที่มาพบแพทย์ต่ำกว่า 10,000/ลบ.มม. พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวขณะที่วินิจฉัยแปรผันโดยตรงกับการรักษายิ่งสูงมากเท่าใด พยากรณ์โรคจะเลวเท่านั้น โดยเฉพาะถ้าสูงเกิน 50,000/ลบ.มม. นอกจากนี้อาจมีปัจจัยร่วม เช่น เพศหญิงจะมีพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ชาย เป็นต้น (ธานินทร์ อินทรกำธรชัย 2541 ; Lewis and Collier 1992) การรักษาจะมี 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การทำให้โรคสงบ (induction of remission) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ยาทำลายเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวให้หมดไปจากเลือดและไขกระดูก หรือให้มีน้อยลงจนไม่สามารถตรวจพบ การรักษาแบบมาตรฐานในช่วงนี้จะประกอบไปด้วยยาหลายชนิด ได้แก่ วินคริสติน (vincristine) เพรดนิโซโลน (prednisolone) แอล-แอสพาราจีเนส (L-asparaginase) อเดรียมัยซิน (adriamycin) ซัยโตซินอะราบิโนไซด์ (cytosine arabinoside) ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) เป็นต้น

ระยะที่ 2 การทำให้การรักษาเต็มที่ (consolidation therapy) เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่หลงเหลืออยู่ให้หมดไป และจะทำให้ช่วงที่โรคสงบนี้ยาวขึ้น ในช่วงนี้มีการใช้ยาหลายชนิด เช่น ซัยโตซินอะราบิโนไซด์ (cytosine arabinoside) ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) และซิกซ์-เมอร์แคปโตพิวรีน (6-mercaptopurine) เป็นต้น ปัจจุบันพบว่าการใช้เมโธเทรกเซต (methotraxate) ขนาดสูงจะทำให้การกลับเป็นใหม่ของโรคลดลง

ระยะที่ 3 การป้องกันการลุกลามเข้าระบบประสาทส่วนกลาง (CNS prophylaxis) เพื่อป้องกันมิให้กลับมาเป็นใหม่ (relapse) ที่สมอง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ยาผ่านไปได้ไม่ดี และเป็นตำแหน่งที่มีการกลับเป็นใหม่ได้บ่อย โดยมักใช้การฉายรังสีที่ศีรษะ (cranial irradiation) ร่วมกับการฉีดเมโธเทรกเซตเข้าไขสันหลัง 4-5 ครั้ง ปัจจุบันมีการป้องกันโดยหลีกเลี่ยงการฉายรังสีมาเป็นวิธีการให้เมโธเทรกเซตในขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการฉีดเมโธเทรกเซตเข้าไขสันหลัง หรือใช้ยา 3ตัว คือ เมโธเทรกเซต ซัยโตซินอะราบิโนไซด์ และไฮโดรคอร์ติโซน ร่วมกันฉีดเข้าไขสันหลัง

ส่วนในรายที่มีอาการทางระบบประสาทตั้งแต่เริ่มให้การวินิจฉัยก็จะต้องให้การรักษาระบบประสาทส่วนกลาง พร้อมๆ กับการให้ยาที่ทำให้โรคสงบ

ระยะที่ 4 การให้ยาเพื่อควบคุมให้โรคสงบต่อไป (maintenance therapy) เป็นการคุมไม่ให้มีการเจริญของเซลล์มะเร็ง มักให้เป็นยารับประทานอย่างน้อย 2 ชนิด เพื่อป้องกันการดื้อยา เช่น ซิกซ์-เมอร์แคปโตพิวรีนและเมโธเทรกเซต เป็นต้น มักมีการให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเรียกว่า pulse therapy การให้ยานี้ควรให้อย่างน้อย 2.5-3 ปี ถ้าไม่มีการกลับเป็นโรคใหม่ก็หยุดยาได้

ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งส่วนใหญ่ยาจะขัดขวางการสร้างหรือการทำงานของดีเอนเอ (อิศรางค์ นุชประยูร 2541 : 169 - 187) อาจแบ่งตามลักษณะของเภสัชวิทยาและตามวิธีการขัดขวางการเพิ่มจำนวนของเซลล์ออกเป็น 7 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 กลุ่มสารอัลคีเลค (alkylating agents) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ โดยการเอากลุ่มอัลคีล (alkyl group) ไปแทนที่ไฮโดรเจนอะตอมในดีเอ็นเอทำให้รบกวนต่อกระบวนการถอดแบบดีเอ็นเอ (DNA replication) มีผลทำให้การสร้างโปรตีนเสียไป มีการตายของเซลล์ในระยะต่อมา ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ บูซัลแฟน (busulfan) หรือไมเลอแรน (myleran) คลอแรมบูซิล (chlorambucil) หรือลิวคีแรน (leukeran) ซัยโคลฟอสฟาไมด์(cyclophosphamide) หรือซัยท็อกแซน (cytoxan) หรือเอ็นด็อกแซน (endoxan)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษามะเร็ง (antitumor antibiotic) เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ไปขัดขวางการสร้างดีเอ็นเอ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ดอร์โนรูบิซิน (daunorubicin) หรือซีรูบิดิน (cerubidine) ด็อกโซรูบิซิน (doxorubicin) หรือเอเดรียมัยซิน (adriamycin) ไมโตแซนโทรน (mitoxantrone) หรือ โนแวนโทรน (novantrone)

กลุ่มที่ 3 สารต่อต้านการเผาผลาญสารอาหาร (antitumor antimetabolic) เป็นยาที่มีฤทธิ์ระหว่างระยะเอส (S-phase : DNA synthesis phase) ในวงจรชีวิตของเซลล์ โดยไปขัดขวางหรือกดการสร้างกรดนิวคลีอิก ซึ่งเป็นกระบวนการสังเคราะห์ พิวรีน (purine) และ /หรือไพริมิดีน (pyrimidine) ทำให้การสร้างดีเอ็นเอลดลง การเจริญเติบโตและการแบ่งเซลล์ก็ลดลงไปด้วยยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยาต้านโฟเลท (antifolate) เช่น เมโธเทรกเซต (methotraxate : MTX) หรือ โฟเลคซ์ (folax) หรือมีเซต (mexate) ยาที่คล้ายพิวรี น (purine analoguers) เช่น ซิกซ์-เมอร์แคปโทพิวรีน (6-mercaptopurine : 6-MP) หรือ พูรินิธอล (purinethol) ซิกซ์-ธีโอกัวนิน(6-thioguanine) หรือ ซิกซ์-ทีจี (6-TG) ยาที่คล้ายไพริมิดีน (pyrimidine analogues) เช่น ไฟว์ฟลูโอโรยูราซิล (5-fluorouracil) หรือไฟว์-เอฟยู (5-FU) ซัยตาราบีน (cytarabine) หรือ ซัยโตซิน อะราบิโนไซด์ (cytosine arabinoside) ซัยโตซา (cytosar) หรือ อะรา-ซี (ara-c)

กลุ่มที่ 4 ยาสเตอร์รอยด์ฮอร์โมน (steroid hormones) เป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของเซลล์ ทำให้เซลล์มะเร็งขาดกา รกระตุ้นให้เกิดการแบ่งเซลล์ใหม่ เซลล์มะเร็งไม่มีการแบ่งตัว และอาจผิดไปได้ ยากลุ่มนี้ได้แก่ เพรดนิโซโลน (prednisolone) เด็กซาเมทธาโซน (dexamethasone)

กลุ่มที่ 5 ไนโตรซูเรีย (nitrosoureas) ยากลุ่มนี้มีคุณสมบัติของสารอัลคีเลท (alkylating agents) และยังมีไอโอไซยาเนตเมตาโบไลท์ (iosyanate metabolite) ซึ่งเป็นตัวยับยั้งไม่ให้มีการซ่อมแซมดีเอ็นเอและอาร์เอ็นเอ มีคุณสมบัติละลายได้ดีในไขมัน จึงสามารถซึมผ่านเข้าเซลล์ประสาทในระบบประสาทส่วนกลางและผ่านเข้าสู่น้ำไขสันหลังได้ ยากลุ่มนี้ได้แก่ คาร์มัสตีน (carmustine) หรือ บีซีเอ็นยู (BCNU) โลมัสตีน (lomustine) หรือ ซีซีเอนยู (CCNU) ซีมัสตีน (semustine) หรือ เอ็มอี-ซีซีเอนยู (ME-CCNU)

กลุ่มที่ 6 อัลคาลอยด์พืช (plant alkaloids) หรือ วินคา อัลคาลอยด์ (vinca alkaloid) เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ในระยะไมโต ซิส (mitoticspindle) เสียไป โครโมโซมจะกระจายอยู่ทั่วไปในไซโตพลาสม (cytoplasm) หรือเกิดการจับกันเป็นกลุ่มทำให้มีการตายของเซลล์เกิดขึ้น ยาในกลุ่มนี้มี 2 ตัว คือ วินคริสติน (vincristine) หรือ ออนโควิน (oncovin) วินบลาสติน (vinblastine) หรือ เวลแบน (velban)

กลุ่มที่ 7 กลุ่มเบ็ดเตล็ด (miscellaneous group) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ แอล- แอสพาราจีเนส (L-asparaginase) หรือ เอลสปาร์ (elspar) เป็นยาที่สามารถทำลายเซลล์ที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของการเจริญเติบโต (Gap 1) ในวงจรชีวิตของเซลล์ซึ่งมีการสร้างอาร์เอ็นเอ (RNA) การสังเคราะห์ โปรตีนและเอ็นไซม์ที่จำเป็นในการสร้างดีเอ็นเอ นอกจากนี้ยังมี ไฮดรอกซียูเรีย หรือ (hydroxeurea or hydrea) อยู่ในกลุ่มสารต่อต้านการเผาผลาญสารอาหาร โดยไปขัดขวางการสร้างดีเอ็นเอในระยะเอส (S-phase) ในวงจรชีวิตของเซลล์ และอีโทโปไซด์ (etoposide) หรือวีพี-ซิกซ์ทีน (VP-16) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของอัลคาลอยด์พืช ยานี้จะออกฤทธิ์ตรงระยะไมโตซิสของเซลล์ โดยจับกับโปรตีนทิวบูลีน (tubulin) อย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งโปรตีนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของท่อขนาดเล็กที่สุดของเซลล์ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าได้ (micro tubuled) ดังนั้นจึงเกิดก ารแตกสลายของท่อขนาดเล็กที่สุดนี้ทำให้การแบ่งตัวชะงักในระยะเมตาเฟส (meta-phase) มีผลทำให้ยับยั้งการสร้างดีเอ็นเอและการสังเคราะห์โปรตีน

ผลกระทบและอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด

การรักษาด้วยเคมีบำบัดต้องใช้เวลานาน ดังนั้นจึงมีผลทำให้เกิดพิษและอาการข้างเคียงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย อาการจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด ขนาดของ

ยาที่ได้รับและการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย ผลกระทบจากการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดจากพิษและอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะเกิดอาการในระบบต่างๆ ดังนี้ (จุฑากานต์ กิ่งเนตร 2539 ; อิศรางค์ นุชประยูร 2541 ; Ames and Kneis 1988 ; Black and Matassarin-Jacobs 1993 ; Duke 1994)

1.1 ระบบทางเดินอาหาร เป็นระบบที่ถู กรบกวนจากยาเคมีบำบัดมากที่สุด ส่วนใหญ่จะเป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียน จะเกิดภายใน 1-2 ชั่วโมง จนถึง 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาและอาจหายภายใน 36 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีการอักเสบของเยื่อบุช่องปาก ปากเป็นแผล และการรับรสของอาหารผิดปกติไปหลังจากได้รับยา 5-7 วัน อาจมีหลอดอาหารอักเสบจะมีอาการคอแห้ง เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องเดิน ปวดท้อง ตับอักเสบ หรือตับอ่อนอักเสบได้ ผลของยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดเยื่อบุช่องปากและทางเดินอาหารอักเสบ ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและไม่อยากรับประทานอาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน นั้นเชื่อ ว่าเกิดจากยารักษามะเร็งไปกระตุ้นศูนย์อาเจียนในสมองโดยตรง จากการกระตุ้นตัวรับความรู้สึกอยากอาเจียนในระบบทางเดินอาหาร และอาจมีผลจากทางด้านจิตใจ โดยเชื่อว่าเกิดจากการเรียนรู้อย่างมีเงื่อนไข คือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับเคมีบำบัด เมื่อเห็นพยาบาลเตรียมยา ได้กลิ่นยาก็ จะมีความรู้สึกอยากอาเจียนทั้ง ๆ ที่ยังไ ม่ได้รับยาดังกล่าว เคมีบำบัดพวก วินคา อัลคาลอยด์ มีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งท้องผูก รู้สึกอึดอัดและไม่อยากรับประทานอาหาร ซึ่งล้วนแต่มีผลทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ

1.2 ระบบไขกระดูก ยาส่วนใหญ่จะไปกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงต่ำ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะซีด มีผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอแก่การทำหน้าที่ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย มึนงง ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจหอบเวลาออกแร ง เม็ดเลือดขา วต่ำทำให้ความสามารถในการกำจัดเชื้ อโรค ในระบบโลหิตลดลง และการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของเซลล์ต่างๆลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อโรคต่างๆได้ง่าย มีภูมิต้านทานโรคต่ำ อาการต่างๆจะเกิดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 7 วัน และอาการจะดีขึ้นภายใน 28 วัน นอกจากนี้ยังมีภาวะเลือดออกง่าย มีจ้ำเลือดตามตัว จากจำนวนเม็ดเลือดต่ำอาการจะเกิดขึ้นภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดแล้ว 2 สัปดาห์ ถ้าเกล็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะทำให้มีเลือดออกได้เองโดยเฉพาะในสมอง

1.3 ระบบการไหลเวียนและหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดอักเสบได้ง่ายเกิดหลอดเลือด ดำอักเสบ และมีลิ่มเลือดอุดตันได้บ่อยจากการฉีดยาเคมีบำบัดเข้าทางหลอดเลือดดำ

นอกจากนี้อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เป็นผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และอาจเกิดปอดเป็นพังผืด (pulmonary fibrosis)

1.4 ระบบไต ยาเคมีบำบัดเป็นพิษต่อไตโดยตรงในขณะที่มีการขับของเสีย ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะเป็นสีน้ำล้างเนื้อ หรือเกิดหลอดฝอยของไตตายชนิดเฉียบพลัน ทำให้เกิดภาวะไตวายได้ จากการที่เซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยเคมีบำบัดอย่างรวดเร็วทำให้เกิดกรดยูริคตกผลึกในท่อไต

1.5 ระบบสืบพันธุ์ อาจทำให้เป็นหมัน กามตายด้านในเพศชาย เพราะเคมีบำบัดจะทำให้จำนวนเชื้ออสุจิและการเคลื่อนไหวของอสุจิลดลง ส่วนในเพศหญิงจะทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือขาดประจำเดือน เนื่องจากการหลั่งเอสโตรเจนเปลี่ยนแปลงไป ในรายที่ตั้งครรภ์ อาจแท้งคลอดก่อนกำหนด หรือทารกพิการได้ การเปลี่ยนแปลงนี้จะหายไปหลังจากหยุดการรักษาประมาณ 18-24 เดือน

1.6 ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เนื่องจากมีการเสื่อมสลายของใยประสาท (axon) จากยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการชา ปลายมือ ปลายเท้า ต่อมาจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขา กล้ามเนื้อ และเท้าจะลีบลง สูญเสียการทรงตัว บางรายมีอาการใจสั่นเมื่อตั้งใจทำสิ่งใด (intention tremor) นัยน์ตากระตุก (nystagmus) บางรายมีอาการสับสนและซึมลงระยะหนึ่ง อาการเหล่านี้จะดีขึ้นภายหลังจากหยุดยา นอกจากนี้อาจทำให้สูญเสียการได้ยินในช่วงความถี่สูงจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 ถูกรบกวนด้วยยาบางชนิดในขนาดสูงๆ

1.7 ผิวหนัง ผม และขน อาจจะมีผิวหนังแห้งและคัน มีการเปลี่ยนของสีผิว ผิวหนังและเล็บมีสีเข้มขึ้น เป็นผลมาจากมีการทำลายเซลล์ของต่อมรากผม เส้นผมจะแตกหักหลุดร่วงง่าย

1.8 อาการแทรกซ้อนอื่นๆ ยาเคมีบำบัดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดบางกลุ่มเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อรุนแรงมาก ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อได้ถ้ามีการรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ ไข้หนาวสั่น อาจเกิดหลังจากได้เคมีบำบัดทันทีถึง 6 ชั่วโมง และจะสิ้นสุดภายใน 24 ชั่วโมง

2. ผลกระทบด้านจิตใจ จากการที่มีผลกระทบต่อความสามารถทางด้านร่างกายในระบบต่างๆ ดังกล่าวแล้ว ยังมีผลให้เกิดภาวะเครียดในชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่อยู่ในสภาพของผู้ป่วยจากมะเร็งเม็ดเลือดขาว สามารถอธิบายผลกระทบด้านจิตใจ ได้ดังนี้ (พิไลรัตน์ ทองอุไร 2544 ; Ames and Kneisl 1980 ; Duke 1994)

2.1 การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่สามารถมีสุขภาพปกติเช่นเมื่อก่อน หรือเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสุขภาพดีอื่นๆ ในสังคมเพราะมีพยาธิสภาพของร่างกายคงอยู่ตลอดเวลา การทำหน้าที่ของอวัยวะเสื่อมถอยลง หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะไปโดยไม่สามารถเรียกกลับคืนมาได้ ต้องเผชิญกับอาการของโรคเป็นระยะๆ และต้องปฏิบัติตนเยี่ยงผู้ป่วยตลอดวัน เช่น ต้องระวังในเรื่องการดูแลตนเอง เอาใจใส่สุขภาพของตนเป็นพิเศษ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารเฉพาะโรค ออกกำลังกายลดลง เหล่านี้ย่อมบั่นทอนสภาพจิตใจของผู้ป่วยตลอดเวลา ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในตนเอง ขาดความมั่นคงทางจิตใจ มีความรู้สึกอับอายในสภาพร่างกายของตน มีอารมณ์หงุดหงิด เบื่อหน่าย รำคาญร่วมไปกับความรู้สึกไม่ปกติ

2.2 การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองโดยอิสระ ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพ าตนเองได้น้อยมากตามสภาพของพยาธิสภาพที่เผชิญอยู่ จึงมักมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เศร้าโศก ต้องการการประคับประคองด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง เนื่องจากขาดตัวนำออกซิเจนจากภาวะซีดและอ่อนเพลีย ต้องพึ่งพาคนอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประ จำวัน และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มาช่วยในการรักษา เช่น สายออกซิเจน สายน้ำเกลือ เป็นผลให้เกิดความต้องการพึ่งพามากขึ้นจึงขาดความอิสระในการพึ่งพาตนเอง เหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยคับข้องใจ สูญเสียความเป็นบุคคลมีอารมณ์โกรธแค้นต่อภาวะที่ตนเผชิญอยู่ขาดความพึงพอใจหรือความภาคภูมิใจในตนเอง

2.3 การสูญเสียความพึงพอใจและอัตมโนทัศน์ จากภาวะโรคและมีผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ตลอดจนการใช้ระยะเวลาในการรักษานานมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะส่วนต่างๆ และความสามารถในการทำงานของร่างกาย รวมทั้งความไม่สามารถพึ่งตนเองได้โดยอิส ระ ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจและอัตมโนทัศน์ ซึ่งครอบคลุมไปถึงภาพลักษณ์ ความพึงพอใจในตนเอง การสูญเสียคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และการพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุด ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัดจนเกิดอาการผมร่วงหมดศีรษะจะมีอั ตมโนทัศน์ผันแปรไปจากปกติ รู้สึกตนเองไม่สวยงามไร้คุณค่า ไม่พึงพอใจในตนเอง เกิดความอับอายขายหน้าไม่อยากพบใคร ไม่อยากให้ใครเห็น รู้สึกตนเองผิดปกติจากคนอื่น ฉะนั้นการสูญเสียความพึงพอใจและอัตมโนทัศน์จึงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยค่อนข้างมาก เพราะทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมทำกิจกรรมร่วมกับใคร หรือไม่ยอมออกไปสู่สังคมภายนอก กิจกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ ผู้ป่วยก็ไม่ยอมทำต้องพึ่งพาคนอื่น ซึ่งหากเป็นญาติก็

อาจให้ความช่วยเหลือในระยะแรก ต่อเมื่อการเจ็บป่วยมีระยะเวลานานขึ้นก็อาจเกิดความเบื่อหน่าย มีความรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่ยอมช่วยตนเองเป็นภาระให้กับญาติ ญาติอาจแสดงความไม่พอใจต่อผู้ป่วย ผลกระทบที่ตามมาคือทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล โศกเศร้า และแยกตัว บางรายอาจคิดฆ่าตัวตาย เพราะรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า

3. ผลกระทบด้านจิตสังคม ผู้ป่วยและครอบครัวมักมีความกดดันทางด้า นจิตใจ เมื่อทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและกำลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอยู่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่แน่นอนและขาดหลักประกันในความปลอดภัยของชีวิตเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต รู้สึกโกรธ โศกเศร้า สูญเสีย กลัวจะไม่หายจากโรค กลัวความพิการ ทำให้รู้สึกไม่สบาย สิ้นหวัง หมดหวัง และจากภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนไป อาจก็ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่น่ารังเกียจ รู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลงที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและกลัวการถูกทอดทิ้งจากบุคคลอันเป็นที่รัก อารมณ์หงุดหงิดเปลี่ยนแปลงง่ายและซึมเศร้าได้

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดจะต้องต่อสู้กับความรู้สึกทุกข์ทรมานทางร่างกายซึ่งเกิดจากพิษและอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดหลายระบบ โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยจะมีการคลื่นไส้อาเจียน อาการเจ็บปวดจากแผลในช่องปาก กลืนอาหารลำบากจากเยื่อบุช่องปากและหลอดอาหารอักเสบ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องทนทุกข์ทรมานด้านจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียความเป็นอิสระ สูญเสียภาพลักษณ์และการมีชีวิตอยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถฟันฝ่าอุปสรรค และหมดพลังอำนาจทางจิตวิญญาณที่จะค้ำจุนจิตใจให้มองเห็นคุณค่าหรือคุณงาม มความดีของตนที่จะช่วยสร้ างความศรัทธาความเชื่อ และความหวังที่จะรับการรักษาให้หายจากโรคได้

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นค่าที่นักวิชาการสาขาต่างๆ นำมาใช้ และกล่าวถึงกัน อย่างแพร่หลายในปัจจุบันเนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำได้ดีและรวดเร็ว คุณภาพชีวิตกำลังได้รับความสนใจทั้งในภาครัฐและเอกชน ในทางการแพทย์ได้ กำหนดเป็นเป้าหมายในการให้การบริการการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวคิดในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย นักวิชาการต่างๆ ได้พยายามศึกษาค้นคว้าถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่ามีทัศนะแตกต่างกันขึ้นกับระดับการศึกษา อาชีพ สังคม

วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม และประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตได้ชัดเจนแน่นอน อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ความห มายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

คุณภาพชีวิต ประกอบได้ด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพกับชีวิต คุณภาพหมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิตหมายถึงความเป็นอยู่ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525 : 187 - 269) ดังนั้นคุณภาพชีวิตหมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2536 : 33) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับสังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคม สามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่คนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 13) กล่าวสรุปว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ความหมายใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในบุคคล

ซาน (Zhan 1992 : 979) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

โอเรม (Orem 1985 : 179)กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับ ความผาสุก (Well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ยัง และลองแมน (Young and Longman 1983 quoted in Padilla and Grant 1985 : 46) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน เกิดขึ้นจากการรับรู้ของบุคคลนั้น

พาดิลลาและคณะ (Padilla et.al. 1983 : 117) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชี วิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

จากความหมายต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว จึงพอจะสรุปความหมายได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินโดยบุคคลนั้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต เช่น ความสามารถในการปฏิบัติภาระกิจ

ตามบทบาทในสังคม แม้ในบุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ผู้ป่วยก็พยายามที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้เพื่อการดำรงอยู่และดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิจุ (2525 : 104) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทรรศนะของ เบนเนท (Bennet) ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ สิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหา ร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีเศรษฐกิจดี และสังคมดี

1. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับ สังคมวัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น มีจุดมุ่งหมายของชีวิต

มาลี วรลัดนากุล (2535 : 23) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ควรประกอบด้วย

1. ความผาสุกทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ฯลฯ

2. การรับรู้ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ การสังสรรค์กับ บุคคลที่คุ้นเคย การทำงาน การติดต่อกับเพื่อนฝูง การมีเวลาเป็นของตนเอง ฯลฯ

3. การรับรู้ถึงภาพลักษณ์ เช่น ความพอใจในรูปร่าง หน้าตา

4. ความผาสุกทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีกำลังวังชา การนอนหลับ การรับประทานอาหาร ภาวะสุขภาพ การรู้สึกอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด

5. การตอบสนองต่อการรักษาและวินิจฉัย เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

พาดิลลา และแกร็นท์ (Padilla and Grant 1985 : 45) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบไปด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภา พลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

ซาน (Zhan 1992 : 976) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบไปด้วย ด้านความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่วๆ ไป ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย การ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา และรายได้

ความต้องการในด้านต่างๆ ของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองในทางที่ดี ก็จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมีความสุข การที่มนุษย์เราจะมีความสุขได้นั้นต้องมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะร่างกาย อารมณ์และความคิดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต ดังนั้น คุณภาพชีวิตของบุคคล หมายถึง การได้รับปัจจัยที่สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิ ตใจ ทำให้มนุษย์มีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. องค์ประกอบทางด้านกายภาพ ประกอบด้วยสิ่งที่วัดได้นับได้และมีอิทธิพลก่อให้เกิดความพึงพอใจ อันเนื่องมาจากการตอบสนองความต้องการพื้นฐานส่วนใหญ่ของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการทางด้านวัตถุที่ทำให้มนุษย์กินดีอยู่ดีประกอบด้วยปัจจัย 4 การบริการทางด้านสังคมต่างๆ เช่น การศึกษา การบริการด้านสาธารณสุข เป็นต้น สิ่งดังกล่าวสามารถตอบสนองความต้องการของมนุษย์ทางด้านร่างกาย ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้

2. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาหรือด้านจิตใจของมนุษย์ ที่เป็นกลไกภายในจิตใจและร่างกาย ซึ่งช่วยทำให้มนุษย์เกิดความรู้สึกอิ่มอกอิ่มใจ ได้แก่ ความมีศักดิ์ศรี ความพึงพอใจในการมีความสามารถในการสร้างสรรค์ รู้สึกตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักของคนอื่น

จากแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุ ณภาพชีวิต พอสรุปได้ว่า ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ องค์ประกอบที่สนองตอบความต้องการทางด้านร่างกาย และองค์ประกอบที่สนองตอบความต้องการด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดความต้องการของมาสโลว์ (Maslow 1970 : 24 - 25) โดยกล่าวว่าความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการพักผ่อน ความต้องการด้านอาหาร น้ำ อากาศ เป็นต้น ส่วนความต้องการความปลอดภัยนั้น เป็นการปกป้องให้ชีวิตรอดพ้นจากอันตรายทั้งปวง และเป็นอิสระจากความกลัว ความวิตกกังวลและความยุ่งยากสับสน ความต้องก ารเหล่านี้เป็นความต้องการพื้นฐานของการมีชีวิต นอกจากปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตแล้ว มนุษย์ยังต้องการปัจจัยอื่นๆอีกที่สนองต่อความต้องการด้านร่างกาย ที่ทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การศึกษา รายได้ การมีงานทำและการบริการทางสังคม ส่วนประการที่สอง องค์ประกอบที่สนองตอบความต้องการด้านจิตใจ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตเพราะการกินดีอยู่ดีทางด้านวัตถุที่สนองต่อความต้องการทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียวไม่สามรถทำให้มนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เพราะมนุษย์ต้องเกิดความรู้สึกต่อสิ่งที่สนองความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความรู้สึกพึงพอใจ

ความรัก ความผิดหวัง ความคับข้องใจหรือความมั่นคงปลอดภัย และโดยธรรมชาติของมนุษย์ใน ความต้องการทางด้านจิตใจนั้น มาสโลว์กล่าวว่า มนุษย์ต้องการที่จะได้รับความรัก ความเป็น เจ้าของ ต้อง การสัมพันธภาพและเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น ต้องการเพื่อน ต้องการคนรัก การได้รับ ความรัก และการยอมรับจากผู้อื่น จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนั้นบุคคลยัง ต้องการมีความนับถือตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ต้องการเป็นผู้มีความสามารถมีความแข็งแกร่ง ไม่ต้องพึ่ งพาคนอื่น ต้องการความสนใจและยกย่องชมเชย และสุดท้ายมนุษย์ต้องการประสพ ความสำเร็จในชีวิต ความต้องการทั้งหลายเหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจน พอใจ

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจั ย การประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สามารถประเมินหลายแนวทางดังนี้

มีเบอร์ก (Meeberg 1993 : 32 - 38) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยอาศัย ตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น รายไ ด้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ด้านร่างกาย เป็นต้น

2. ตัวบ่งชี้จิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา เช่น ความ พึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1984) ได้ให้แนวทางของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ ป่วย ไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. เชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการ ประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้จะเป็นตัวเลขเช่นกัน

2. เชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการ ประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้จะเป็นตัวเลขเช่นกัน

3. เชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการ ประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้จะเป็นการบรรยายบอกถึงลักษณะสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

นอกจากการประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียวซึ่งนิยมกัน มากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิต โดยรวม

ทั้งหมดซึ่งถือว่าเป็นการประเมินที่เที่ยงตรง และเชื่อถือได้ (Cantril 1985, quoted in Somchit Hanucharurnkul, 1988 : 35)

2. การประเมินโดยมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่ง ซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคล ที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้เหมาะสม ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงกว่าประเมินจากมิติเดียว (Padilla and Grant 1985 : 53 ; Zhan 1992 : 796)

เครื่องมือที่ใช้ ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี ควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก

2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน เช่น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบ 5 ด้าน ด้านร่างกาย สุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านปฏิบัติกิจกรรม และด้านเฉพาะโรคมะเร็ งเม็ดเลือดขาว จำนวนข้อความควรมีรายละเอียดมากพอที่จะครอบคลุมองค์ประกอบในแต่ละด้าน

3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เช่น ในการประเมินคุณภาพชีวิตของคนไทยควรจะสอดคล้องกับค่านิยม วัฒนธรรมของสังคมไทย

4. ควรเป็นปริมาณ เช่น ข้อมูลที่ใช้รวบรวมสามารถให้คะแนนเป็นตัวเลข

5. สามารถใช้ในหลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุดเกี่ยวกับปัจจั ยทางด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง

6. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้

7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก

8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด

9. แสดงให้เห็ นถึงความแตกต่างอย่างเด่นชัด ในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

10. มีเหตุผลดี

อย่างไรก็ตาม มีผู้สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในลักษณะต่างๆ กัน ทั้งนี้ขึ้นกับการให้ความหมายคุณภาพชีวิต และคำถามเพื่อหาคำตอบในงานวิจัย การประเมินอาจจะประเมินเฉพาะเชิงจิตวิสัยหรือเชิงวัตถุวิสัยหรือทั้งสองอย่าง และเครื่องมืออาจมีโครงสร้างเพียงมิติเดียวหรือหลายมิติ การประเมินคุณภาพชีวิตจึงยังไม่มีเกณฑ์แน่นอน ควรจะได้มีการศึกษาวิจัยต่อไป

แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

ในผู้ป่วยมะเร็งเ ม็ดเลือดขาว องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังโดยทั่วไป แต่จะแตกต่างกันในส่วนที่เป็นผลจากโรคและการรักษา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอันมาก ได้มีนักวิจัยหลายท่านให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ดังต่อไปนี้

คาร์นอฟสกี้ (Karnofsky 1949, quoted in Zhan 1992 : 795) เป็นผู้เริ่มประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งโดยประเมินจากหน้าที่ และการทำงานของร่างกาย (Physical function and performance status)

พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla and Grant 1985 : 45) ได้สร้างเครื่อง มือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 6 มิติ คือ การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวิ นิจฉัยและการรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งได้มีนักวิจัยหลายท่านได้นำดรรชนีประเมินคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ มาประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะที่ได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอขณะไ ด้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษาครบ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (แสงอรุณ สุขเกษม 2533 ; นิตยา ตากวิริยะนันท์ 2534 ; มาลี วรลัดนากุล 2535)

กฤษฎา ตงศิริ (2531) ได้ศึกษาความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ โดยดัดแป ลงจากแบบวัดด้านความพึงพอใจในชีวิต (Domain life satisfaction) ของฟลานาแกน (Flanagan 1978) ประกอบด้วยข้อความที่ประเมินความพึงพอใจในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ ความสุขสบายด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ด้านสัมพันธภาพกับบุคคล อื่น ด้านกิจกรรมในสังคม ด้านพักผ่อนหย่อนใจ ด้านการพัฒนาตนเอง และมีความรู้สึกอิ่มเอมใจ

ซาน (Zhan 1992 : 795 - 799) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยว่าควรประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และให้ครอบคลุมในโครงสร้าง 4 ด้านของบุคคล คือ

- ด้านควา มพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกพึงพอใจถือว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล
- ด้านอัตมโนทัศน์เป็นเรื่องราวของความปกติสุขด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง รวมทั้งความรู้สึกที่มีคุณค่า (Self esteem) ภาพลักษณ์ (Self image)

- ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความปกติสุขด้านร่างกาย ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย ถือเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะสุขภาพและการทำงานของร่างกายจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

- ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นเรื่องความป กติสุขในด้านสังคม ซึ่งสิ่งสำคัญที่ต้องประเมินในด้านนี้ คือ อาชีพ รายได้ และการศึกษา

ในการประเมินคุณภาพชีวิต ซาน ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรประเมินทั้งเชิงจิตวิสัย (Subjective) และวัตถุวิสัย (Objective) เพื่อที่จะประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและการรักษาก่อให้เกิดผลข้างเคียงซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และก่อให้เกิดผลกระทบต่อองค์ประกอบด้านต่างๆ ตามโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ทั้งทาง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ หรือความเป็นองค์รวม ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปถือว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับสังคม ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว (FACT-LEU) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบบประเมินคุณภาพชีวิต Functional Assesment Cancer Therapy –Leukemia (FACT-LEU Thai version) ได้ถูกพัฒนามาจากแบบ ประเมินคุณภาพชีวิต Functional Assesment Cancer Therapy – General (FACT-G) ซึ่งเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง FACT-G แปลโดย วรชัย รัตนธราธร และคณะ (2544) มีการประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านการปฏิบัติกิจกร รม ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านทั้งฉบับอยู่ระดับที่น่าพอใจ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ 0.75 ถึง 0.90 สำหรับ FACT-Leu มีด้านฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นอีก 1 ด้าน การแปร FACT-Leu จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านต่ างๆ ตามเอกสารที่แนบมาในภาคผนวก (FACIT Multilingual Translation Project Certified Translation) อย่างไรก็ตาม ได้มีการศึกษาในเรื่อง Content & Validity แล้วแต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยเรื่อง Reliability ซึ่งจะรายงานผล Reliability ไว้ในการศึกษาครั้งนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

ได้มีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆไว้ดังนี้

เคอาชา แมสเตเคอาชา และแนสส์ (Kaasa Mastekaasa and Naess 1988 : 335 - 342) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาและเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 95 คน ซึ่ง 51 คน ได้รับรังสีรักษา และ 44 คน ได้รับเคมีบำบัด ในระยะเวลา 52 สัปดาห์ ใช้เครื่องมือวัดความผาสุกด้านจิตใจ และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษาและช่วงต่างๆ อีก 7 ครั้ง จนถึงสัปดาห์ที่ 52 ผลปรากฏว่าภายหลังการได้รับการรักษา 2 สัปดาห์ ความผาสุกทางด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตโดยรวมกลุ่มได้รับรังสีรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้เคมีบำบัด แต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะไม่แตกต่างกันในช่วงระยะติดตามผลการรักษาในสัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ที่ 52 แต่ทั้ง 2 กลุ่มจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนเริ่มการรักษา ที่เป็นเช่นนี้อาจเพราะผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาแต่ละชนิดแตกต่างกัน

แสงอรุณ สุขเกษม (2533) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการดูแลตามปก ติ แต่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้ดูแลตนเองโดยใช้ระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม แล้ววัดคุณภาพชีวิตระหว่างได้รับรังสีรักษา และสัปดาห์สุดท้ายก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant 1985) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ (2533 : 12) ได้ศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ คอ และปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา 142 ราย โดยใช้ดรรชนีคุณภาพชีวิต ของพาดิลล่า และแกรนท์ (Padilla and Grant 1985) ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตใน 6 มิติ ได้แก่ การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย การรับรู้ความผาสุกด้นจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การตอบสนองต่อการวิจัย และการรักษา ความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย พบว่าคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษาของผู้ป่วยสูงกว่าในระหว่างได้รับรังสีรักษา

อังคณา เรือนก้อน (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในทุกระยะของโรคที่ได้รับการฉายรังสีเป็นครั้งแรกจำนวน 20 ราย และติดตามสัมภาษณ์ ผู้ป่วย 3 ระยะ คือ ก่อนได้รับการฉายรังสี สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการรักษาด้วยรังสี ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของมาสโลว์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการฉายรังสี ในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์สุดท้ายของการรักษาด้วยรังสี มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ความภาคภูมิใจในตนเอง การประจักษ์ในคุณค่าของตนเองต่ำกว่า ก่อนได้รับการฉายรังสี และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีมาก มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีน้อย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรังสีเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณรังสีที่ร่างกาย

ได้รับมากขึ้น อาการรวมทั้งความรุนแรงจากผลข้างเคียงของรังสีส่งผลต่อความสุขสบายของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำลง

นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2545 : 1-16) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 80 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 3 ด้านคือ ความพึงพอใจด้านร่างกาย ความพึงพอใจด้านจิตใจและวิญญาณ ความพึงพอใจด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยรวม รายด้านทางร่างกาย และทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและวิญญาณอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีอายุ รายได้ และจำนวนชุดของการได้ยาเคมีบำบัดต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่มีคู่สมรสและอยู่ร่วมกันจะมีคู่สมรสคอยให้ความช่วยเหลือค้ำจุน ให้กำลังใจในขณะที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยอาจรู้สึกอบอุ่น ช่วยลดความเครียด มีกำลังใจในการต่อสู้และเผชิญกับปัญหาต่างๆมากขึ้น

ศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ (2550 : 33-39) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ ป่วยมะเร็งเต้าน ม จำนวน 105 คนโดยใช้แบบสอบถาม WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ การศึกษา และรายได้

พนิตนาฎ ชำนาญเสือและคณะ (2550 : 229-235) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเ ร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 60 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้แยกชนิดของมะเร็ง (FACT-G, Thai-version) ผลการวิจัยพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคุณภาพชีวิตสูง จำแนกคุณภาพชีวิตตามรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านปฏิบัติกิจกรรม พบว่าอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความแตกต่างของระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่มีความแตกต่างของรายได้ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจไม่แตกต่างกัน ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้านปฏิบัติกิจกรรมแตกต่างกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นกับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของมะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากวรรณกรรมที่ศึกษา พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีลักษณะความสัมพันธ์ ดังนี้

เพศ

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ ทัศนีย์ จินางกูร (2530 : 84) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องถาวร พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนธยา พิชัยกุล (2533 : 50) ที่ศึกษาการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าเพศหญิงมีระดับการรับรู้ความผาสุกสูงกว่าเพศชายแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535) ศึกษาในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาวิจัยที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (กฤษดา ตงศิริ2531 ; ประภา รัตนเมธานนท์ 2532)

อายุ

อายุของผู้ป่วยมีคว ามสัมพันธ์ต่อประสบการณ์ในอ ดีตที่จะส่งผลการเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทัศนีย์ จินางกูร (2530 : 84) ศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยที่อายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิ ตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 30-50 ปี และอายุมากกว่า 50 ปี โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 30 ปี เป็นวัยที่เริ่มกิจกรรมมากมาย และเป็นวัยเริ่มสร้างหลักฐาน การเจ็บป่วยและการรักษาย่อมมีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานชีวิต ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพหรือศึกษาต่อได้ ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว ส่วนผู้ป่วยวัยกลางคนส่วนใหญ่ทำงานเป็นหลักฐานโดยรับราชการ ซึ่งมักได้รับความช่วยเหลือให้ทำงานต่อ โดยอาจเปลี่ยนแปลงหน้าที่ ในกลุ่ มที่ลาออกจากงานโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 50 ปี หรือผู้ป่วยที่เกษียณอายุ ถึงแม้จะมีสุขภาพเลวลง และต้องการพักผ่อน แต่ผู้ป่วยก็มีความมั่นคงและมีหลักฐานชีวิตที่ดีกว่า และจากการศึกษาของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla and Grant 1985 : 56) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ทำโคลอสโตมี (Colostomy) ทั้งนี้เนื่อง จากอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์

ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และพบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป อายุไม่ได้เป็นตัวทำนายที่สำคัญของความพึงพอใจในชีวิต แต่อายุมีความสัมพันธ์กับการมีโอกาสใช้ประโยชน์จากบริการทางสุขภาพมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่านที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (กฤษดา ตงศิริ 2531 ; ประภา รัตนเมธานนท์ 2532 ; มาลี วรลัดนากุล 2535 ; ศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ 2550 ; ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย และพรพรรณ์ พงศ์สุพัฒน์ 2550)

ภูมิลำเนา

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งจะแตกต่างกัน โดยขึ้นกับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม และวัฒธรรม (Zhan 1992 : 797) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตหลายท่าน ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตจะเปลี่ยนแปลงไปตาม ภูมิลำเนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒธรรมและสิ่งแวดล้อม ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2536 : 34) บงกช เชี่ยวชาญยนต์ (2533 : 55) ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของประชากรในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสงขลา พบว่าระดับความเครียดของประชากรในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสงขลา พบว่าระดับความเครียดของประชากรในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท ซึ่งความเครียดจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล การศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนเข้าแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิจุ 2525 : 110) จากการศึกษาของ สมจิต หนุเจริญกุล ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ คอ และปากมดลูก พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้ความสามารถในการแสวงหาความรู้ แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเอง และการศึกษาสูงจะเอื้ออำนวยให้ประกอบอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ดี ทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึ กษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 88) ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ (2550)ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำแต่ไม่สอดคล้องกับกฤษดา ตงสิริ (2531 : 8) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษ ะและคอ ทัศนีย์ จินางกูร (2530 : 86 - 87) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มาลี วรลัคนากุล(2535) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตหรือคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยทางสถิติ และพนิตนาฎ ชำนาญเสือและ

คณะ (2550) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างของระดับการศึกษามีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

อาชีพ

นักสังคมวิทยาเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ส่วนการออกจากงานทำให้บทบาทและ สถานภาพทางสังคมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การศึกษาของอีแวนส์และคณะ (Evans et al. 1985 : 553 -559) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม หรือการปลูกถ่ายไต จำนวน 589 คน พบว่าผู้ป่วยที่สามารถกลับไปทำงาน มีคุณภาพชีวิตทางจิตวิสัยสูงก ว่าผู้ซึ่งไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพ แต่ไม่สอดคล้องกับ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 88 - 91) ที่พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวย่อมเกิดผลกระทบกระเทือนต่อภาวะเ ศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของบุคคล ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น มีอาหารบริโภคเพียงพอมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม ปลอดภัย มีคุณค่าในสังคม เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้อย่างดี เนื่องจากมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างเจ็บป่วย โดยไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจสามรถรับการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยเมื่อเจ็บป่วยและต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งกลับไปอยู่บ้านแล้วก็ตามย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้นเป็นการรักษาอย่างต่อเนื่องต้องใช้ระยะเวลายาวนาน ยาที่ใช้รักษามีราคาสูง ดังนั้นรายได้จึงมีผลกระทบต่อความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ การศึกษาของ ประภา รั ตนเมธานนท์ (2532 : 91 - 92) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมาลัย วงศ์ศรีสุนทร(2544 : 67) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี พบว่ารายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ (2550 : 33-39) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้าน มพบว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน พนิตนาฎ ชำนาญเสือและคณะ (2550) ศึกษา ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสระบุรี ผู้ป่วยที่มีความแตกต่า งของรายได้ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจไม่แตกต่างกัน

วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากสิทธิการรักษาพยาบาลแต่ละสิทธิมีความไม่เท่าเทียมกัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวสูง เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ตนต้องการได้ จึงต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามที่ต้องการ ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มองตนเองไร้ค่า รวมทั้งทำให้การติดตามการรักษาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลต่อการดำเนินโรคเลวลงและคุณภาพชีวิตไม่ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีรายได้ดีสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้สามารถเลือกสถานพยาบาลต ามที่ตนต้องการหรือเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด จะไม่มีความทุกข์หรือวิตกกังวลในการเข้าถึงบริการสุขภาพและติดตามการรักษาได้สม่ำเสมอในสถานพยาบาลที่ตนพึง งพอใจ ภูมิใจที่ตนได้รับการช่วยเหลือจากสังคมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ จินางกูร (2530 : 50) พบว่าผู้ป่วยที่ไตล้มเลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร ที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย และพรพรรณ์ พงศ์สุพัฒน์ (2550 : 1 - 10) ศึกษาในผู้ป่วยเอสแอลอี พบว่าวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึ กษาของมาลัย วงศ์ศรีสุนทร (2544 : 50) พบว่าวิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ปฏิกิริยาการตอบสนองความเครียดของบุคคลแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี ด้วยเหตุผลที่ระยะเวลายิ่งนานจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ และยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี ผลลัพธ์ของการปรับตัวคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ เนตรนภา คู่พันธวี (2534 : 98-99) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อน ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย และพรพรรณ์ พงศ์สุพัฒน์ (2550 : 1-10) ศึกษาในผู้ป่วยเอสแอลอี พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสุธาทิพย์ อุปลาบัติ (2536 : 58) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยบางรายถึงแม้ว่าจะมีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน แต่โรคอยู่ในระยะที่สงบ ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน และระยะเวลา

จะทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่นาน ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจ มีความวิตกกังวล อาจมีความกลัว โกรธ ซึมเศร้า ไม่ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย แต่เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยจะยอมรับและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เมื่อรักษาไประยะหนึ่งอาการของโรคดีขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องมีกำลังใจในการรักษา มีความหวังเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคติดเชื้อ และภาวะเลือดออก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้ ผู้ป่วยถึงแก่กรรม (ถนอมศรี ศรีชัยกูล และคณะ , 2533 : 200) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะเข้ารับการรักษาเพื่อให้เคมีบำบัดหรือสาเหตุอื่น เช่น อาการซีด อ่อนเพลียมาก เป็นต้น ซึ่งจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย อาจแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เข้ากับกฎระเบียบต่างๆของโรงพยาบาล แต่จากการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ ที่พบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรง ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอันมาก การช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

กลวิธีทางการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นสิ่งสำคัญและเป็นเป้าหมายในการให้การพยาบาล ดังนั้นควรกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคเรื้อรังจะต้องติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยควรมีความพึงพอใจในชีวิต ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน มีความรู้ สึกต่อตนเองดี รู้สึกว่ายังมีคุณค่า มีสุขภาพดี และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และไม่มีปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ พยาบาลจึงควรหากลวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ ดังนี้

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิต เป็นมิติสำ คัญในการประเมินคุณภาพชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิต โดย

1.1 กระตุ้นให้บุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าความต้องการพื้นฐานได้รับการตอบสนอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในชีวิต

1.2 แนะนำให้บุคคลในครอบครัวให้ความสำคัญกับผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมวางแผนเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว ไม่แสดงกริยาหรือวาจาให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่มีคุณค่าต่อครอบครัว

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัตมโนทัศน์

เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นวิกฤตการณ์ที่สำคัญก่อให้เกิดผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย การเปลี่ยนอัตมโนทัศน์จะมากหรือน้อยขึ้นกับบุคลิกภาพของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ดี จะมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมอัตมโนทัศน์ให้กับผู้ป่วย

2.1 จัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group) ในผู้ป่วยที่มีอาการดี สามารถเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเ องได้ หรืออาจทำให้ญาติ ผู้ป่วยขณะรอผู้ป่วยพบแพทย์ โดยพยาบาลเป็นผู้คอยดูแลประสานงานและเป็นที่ปรึกษา อำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ ซึ่งวิธีนี้เชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถปรับตัวได้ และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การดำรงชีวิตที่เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.2 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้ความเคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง

2.3 จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการช่วยเหลือผู้ป่ วยให้เผชิญกับปัญหาได้ดี เช่นจัดให้มีบริการยืมหนังสือที่แนะนำวิธีการต่างๆ ในการต่อสู้กับโรค หนังสือเกี่ยวกับศาสนา เทปธรรมะ หนังสือบันเทิงต่างๆ

3. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการทำงานของร่างกาย

3.1 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษา คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในเรื่องต่างๆ เพื่อป้องภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น โดย

3.1.1 จัดโปรแกรมการสอนที่เป็นมาตรฐานขึ้นเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง โดยทำการสอนผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม โดยในการสอนควรจะมีคู่มือเอกสารหรือโสตทัศนูปกรณ์ประกอบการสอน ร วมทั้งจัดวิธีการสอนที่เหมาะสม ชัดเจนเข้าใจง่ายตามระดับการศึกษา และความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สร้างแนวทางและทำการประเมินความรู้ ความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับ ภายหลังการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถเผชิญปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้ นกับตนเองได้ เพื่อประโยชน์ในการดูแลตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.1.2 ให้คำแนะนำหรือจัดอบรมแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของตนเองในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น ให้ข้อมูลกับญาติที่ใกล้ชิดและทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่ผู้ ป่วยกำลังรอการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยให้ญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วย แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสม และวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

3.1.3 จัดหน่วยบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ในการดูแลตนเอง ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล นักจิตวิทยา คลินิกนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลและพยาบาลจะได้นำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.2 จัดโครงการอบรมหรือการสัมมนาสำหรับพยาบาลเฉพาะสาขาขึ้นในหน่วยงาน โดยเน้นถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว จะต้องมาติดตามการรั กษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับยาที่ใช้รักษามีราคาแพง ผู้ป่วยต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอันมาก นอกจากนี้ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาด้านสั งคมและเศรษฐกิจ พยาบาลจึงหาทางแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยโดย

4.1 จัดโครงการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน (Home Health Care) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลานาน (Long term care) จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและในขณะเดียวกันผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ที่จะช่วยเหลือตนเอง ให้สามารถ

ดำรงชีวิตอย่างมีสุขได้ ปัจจุบันแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในประเทศไทย ยังไม่มีการดูแลที่เป็นระบบแต่ก็สามารถทำได้โดยดัดแปลงวิธีเยี่ยมบ้าน (Home visit) ของพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งเดิมส่วนใหญ่เป็นในลักษณะที่พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแล อาจจะจัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วยที่บ้านขึ้ น ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลากรต่างๆทางด้านสุขภาพ เท่าที่จะทำได้ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด และพนักงานผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health aides) โดยทีมดังกล่าว พยาบาลเป็นผู้บริหารและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ และในขณะเดียวกันพยาบาลก็ให้ความรู้แก่ญาติผู้ที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนี้ถ้าสามารถทำได้ก็จะช่วยลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล เป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ญาติได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่น ได้กลับสู่สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ และครอบครัวได้มีส่วนร่วมกันในการวางแผนทำกิ จกรรมต่างๆ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

4.2 ประเมินภาวะเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยที่ใช้สิท ธิประกันสังคม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้คลายความวิตกกังวล เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปัญหาด้านการเงินในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้คำปรึกษา แนะนำ แก่ผู้ป่วย ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการใช้สิทธิต่างๆเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ประสานงานกับแพทย์และหน่ว ยสังคมสงเคราะห์ ให้ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่มีรายได้น้อย

กลวิธีส่งเสริมคุณภาพชีวิตสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่พยาบาลจะต้องประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านต่างๆ แล้วนำข้อมูลนั้นมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการให้การพยาบาล

บทที่ 3
ระเบียบวิธีในการวิจัย

การวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณา (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

2. ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่มารับการรักษาที่คลินิกโลหิตวิทยา ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช และผู้ป่วยที่นอนรับการรักษาอยู่ใน หอผู้ป่วยของ งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2552 ถึง เดือนธันวาคม 2552โดยผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยโรค และมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี
2. สามารถสื่อความหมายได้
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อน
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา ลักษณะครอบครัว ประวัติความเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับ วิธีจ่ายค่ารักษา พยาบาลและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

ส่วนที่2 แบบวัดคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถาม The Functional Assessment of Cancer Therapy-Leukemia (Version 4) ฉบับภาษาไทย ได้รับอนุญาติใช้เครื่องมือจากคณะผู้บริหารฐานข้อมูลของ www.facit.org โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากความรู้สึกของผู้ป่วย 4 ด้านในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วย

ด้านที่ 1 ความผาสุกด้านร่างกาย มีจำนวนคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ

ด้านที่ 2 ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว มีคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก

ด้านที่ 3 ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ จำนวนคำถาม 6 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางลบยกเว้นข้อ 2 ที่มีความหมายทางบวก

ด้านที่ 4 ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก

ด้านอื่นๆประกอบด้วยอาการและความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีจำนวนคำถาม 17 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางลบยกเว้นข้อ 11 , 12 ที่มีความหมายทางบวก

โดยทั้ง 5 ด้านมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมาก
ปานกลาง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยปานกลาง
เล็กน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเล็กน้อย
ไม่เลย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยเลย

เกณฑ์การประเมินการให้คะแนนคุณภาพชีวิต 5 ระดับ (Likert scale 0-4)

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	3	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	1	คะแนน
ไม่เลย	ให้	0	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้	0	คะแนน

ค่อนข้างมาก	ให้	1	คะแนน
ปานกลาง	ให้	2	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	3	คะแนน
ไม่เลย	ให้	4	คะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านมีคะแนนดังนี้

1. ด้านร่างกายมีคะแนนคุณภาพชีวิตรวม 28 คะแนน

2. ด้านสังคม/ครอบครัวมีคะแนนคุณภาพชีวิตรวม 24 คะแนน

(หมายเหตุ คำถามข้อ 7 ในเรื่องความพึงพอใจกับชีวิตทางเพศ หากผู้ป่วยสามารถไม่ตอบคำถามได้ จะคิดคะแนนรวม 6 ข้อ)

3. ด้านอารมณ์ จิตใจมีคะแนนคุณภาพชีวิตรวม 24 คะแนน

4. ด้านการปฏิบัติกิจกรรมมีคะแนนคุณภาพชีวิตรวม 28 คะแนน

5. ด้านเฉพาะโรคผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีคะแนนคุณภาพชีวิตรวม 68 คะแนน

6. โดยทั่วไปรวม 4 ด้านมี คะแนนคุณภาพชีวิต 104 คะแนน

7. โดยรวมทั้งหมด 5 ด้านมี คะแนนคุณภาพชีวิต 172 คะแนน

เกณฑ์ การประเมินคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งตามอันตรภาพชั้น5 ระดับ ดังนี้

1. ด้านร่างกายและด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีคะแนนคุณภาพชีวิตรวม 28 คะแนนแบ่งตามอันตรภาพชั้น 5 ระดับ ดังนี้

0	-	5.6	คะแนน	มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ
5.7	-	11.2	คะแนน	มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ
11.3	-	16.8	คะแนน	มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง
16.9	-	22.4	คะแนน	มีระดับคุณภาพชีวิตสูง
22.5	-	28.0	คะแนน	มีระดับคุณภาพชีวิตสูงมาก

2. ด้านสังคม/ครอบครัวและด้านอารมณ์ จิตใจมีคะแนนคุณภาพชีวิตรวม 24 คะแนนแบ่งตามอันตรภาพชั้น 5 ระดับ ดังนี้

0	-	4.8	คะแนน	มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ
4.9	-	9.6	คะแนน	มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ
9.7	-	14.4	คะแนน	มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง
14.5	-	19.2	คะแนน	มีระดับคุณภาพชีวิตสูง

19.3 - 24.0 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตสูงมาก

3. ด้านเฉพาะโรคผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีคะแนนคุณภาพชีวิตรวม 68 คะแนน แบ่งตามอันตรภาพชั้น 5 ระดับ ดังนี้

0 - 13.6 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ

13.7 - 27.2 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ

27.3 - 40.8 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง

40.9 - 59.4 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตสูง

59.5 - 68.0 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตสูงมาก

4. โดยทั่วไปรวม 4 ด้านมี คะแนนคุณภาพชีวิต 104 คะแนน

0 - 20.8 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ

20.9 - 41.6 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ

41.7 - 62.4 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง

62.5 - 83.2 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตสูง

83.3 - 104.0 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตสูงมา

5. โดยรวมทั้งหมด 5 ด้านมี คะแนนคุณภาพชีวิต 172 คะแนน

0 - 34.4 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ

34.5 - 68.8 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ

68.9 - 103.2 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง

103.3 - 137.6 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตสูง

137.7 - 172.0 คะแนน มีระดับคุณภาพชีวิตสูงมาก

4. คุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดคุณภาพชีวิต ใช้แบบสอบถาม The Functional Assessment of Cancer Therapy-Leukemia (Version 4) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่แปรจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ตามเอกสารที่แนบมาใน FACIT Multilingual Translation Project Certified Translation อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในเรื่อง Content & Validity แล้วแต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยเรื่อง Reliability ในการศึกษาครั้งนี้ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า โดยพบว่ามีค่าเท่ากับ 0.85

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอ งโดยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร หนังสือตอบรับจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลศิริราชถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ทุกวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 09.00 – 16.00 น. ภายหลังได้รับอนุมัติผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยในงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์และหัวหน้าหน่วยตรวจโลหิตวิท ยา เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็ บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามลักษณะที่กำหนดจากแฟ้มประวัติของผู้ป่ วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์และที่หน่วยตรวจโลหิตวิทยา ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช

2. ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับผู้ป่วยและซักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างให้ตรงกับคุณสมบัติที่กำหนด เมื่ อผู้ป่วยให้ความร่วมมือผู้วิจัยดำเนินสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ตาม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต โดยก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบวัด ผู้วิจัยอ่านคำถามรวมทั้งคำตอบแบบวัดทีละข้อให้ผู้ป่วยฟังและบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์

3. ในระหว่างสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจตลอดเวลา โดยจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดคุณภาพชีวิต ตามลำดับ

4. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมดของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ทางสถิติโดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Description Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยการหาความถี่และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic Statistics)

วิเคราะห์จำแนกระดับคุณภาพชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวมเปรียบเทียบความ

แตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และความแตกต่างระหว่างอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด โดยใช้ Kruskal - Wallis test, Mann - Whitney test

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลศิริราช ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.3 อายุอยู่ระหว่าง 15 ถึง 30 ปี อายุเฉลี่ย 34 ปี สถานภาพสมรส โสดและคู่จำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 46.7 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 70.0 สถานภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่ วนใหญ่พบว่าเป็นสมาชิกในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาจบปริญญาตรีร้อยละ 26.7 มีอาชีพนักเรียนหรือนักศึกษาและรับจ้างจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 30.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.7 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 3,000 ถึง 20,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว 24,444 บาท สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิท ธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นสิทธิประกันสังคมและข้าราชการร้อยละ 26.7 และ 23.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	19	63.3
	ชาย	11	36.7
อายุ (ปี)	15-30	13	43.3
	31-45	11	36.7
	46-60	6	20.0
สถานภาพสมรส	โสด	14	46.7
	คู่	14	46.7
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2	6.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
ศาสนา	พุทธ	30	100.0
ภูมิลำเนา	กรุงเทพหรือปริมณฑล	9	30.0
	ต่างจังหวัด	21	70.0
สถานภาพในครอบครัว	หัวหน้าครอบครัว	10	33.3
	สมาชิกในครอบครัว	20	66.7
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	1	3.3
	ประถมศึกษา	7	23.3
	มัธยมศึกษา	11	36.7
	อนุปริญญา	1	3.3
	ปริญญาตรี	8	26.7
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.7
อาชีพ	นักเรียนหรือนักศึกษา	9	30.0
	รับราชการ	2	6.6
	ค้าขาย	5	16.7
	รับจ้าง	9	30.0
	ไม่ได้ทำงาน	5	16.7
รายได้ของครอบครัว (บาท)	3,000 – 20,000	17	56.7
	20,001 – 40,000	4	13.3
	มากกว่า 40,000 ขึ้นไป	6	20.0
สิทธิการรักษาพยาบาล	ข้าราชการ	7	23.3
	รัฐวิสาหกิจ	2	6.7
	ประกันสังคม	8	26.7
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	13	43.3

2. ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 46.7 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 3 ถึง 4 ครั้ง และได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 คิดเป็นร้อยละ 56.7 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	น้อยกว่า 6 เดือน	14	46.7
	6 เดือน ถึง 1 ปี	10	33.3
	มากกว่า 1 ปี	6	20.0
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	1 - 2 ครั้ง	12	40.0
	3 – 4 ครั้ง	14	46.7
	มากกว่า 4 ครั้ง	4	13.3
จำนวนครั้งของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ	1-2 ครั้ง	12	40.0
	3-4 ครั้ง	17	56.7
	มากกว่า 4 ครั้ง	1	3.3

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ ผมร่วง ร้อยละ 66.7 คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหารร้อยละ 63.3 อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรงร้อยละ 60.0 มีไข้ หนาวสั่นร้อยละ 46.0 และเยื่อบุในช่องปากอักเสบร้อยะ 36.7 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด *(n = 30)

อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	ไม่มีอาการ		มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คลื่นไส้อาเจียน	11	36.7	19	63.3
เบื่ออาหาร	11	36.7	19	63.3
เยื่อบุในช่องปากอักเสบ	19	63.3	11	36.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	ไม่มีอาการ		มีอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ท้องเดิน ปวดท้อง	26	86.7	4	13.3
ผมร่วง	10	33.3	20	66.7
ไข้ หนาวสั่น	16	53.3	14	46.7
อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง	12	40.0	18	60.0
ผิวหนังสีเล็บเปลี่ยนสี	21	70.0	9	30.0

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3. คุณภาพชีวิต และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมทั่วไปทั้ง 4 ด้านและโดยรวมทั้งหมด จัดอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ส่วนคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้าน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านเฉพาะโรค พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตสูง ยกเว้นด้านร่างกาย และด้านเฉพาะโรคพบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม (n = 30)

คุณภาพชีวิต	Mean	Std. Deviation	ระดับคุณภาพชีวิต
ทั่วไป			
ด้านร่างกาย (0-28 คะแนน)	16.13	6.69	ปานกลาง
ด้านสังคม ครอบครัว (0-24 คะแนน)	18.40	4.58	สูง
ด้านอารมณ์ จิตใจ (0-24 คะแนน)	16.33	4.47	สูง
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม (0-28คะแนน)	17.13	5.62	สูง
โดยรวมทั่วไปทั้ง 4 ด้าน (0-104 คะแนน)	68.00	14.91	สูง
เฉพาะโรค (0-68 คะแนน)	39.63	11.03	ปานกลาง
โดยรวมทั้งหมด (0-172 คะแนน)	107.63	23.21	สูง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเมื่อจำแนกรายข้อของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่สบาย หมดเรี่ยวแรง มีอาการคลื่นไส้ และรำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ส่ว นความรู้สึกว่าตนเองมีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆ ในครอบครัว จากสภาพร่างกายที่ เป็นอยู่มีอาการ ปวดเล็กน้อยถึงไม่มีเลย มีค่าเฉลี่ยของ คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.80 และ 2.73 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียงทำให้ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.27 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (n=30)

คุณภาพชีวิต	Mean	Std. Deviation	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง (4 คะแนน)	2.23	1.073	ปานกลาง
2. ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้ (4 คะแนน)	2.53	1.137	ปานกลาง
3.ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆในครอบครัวเนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้ (4 คะแนน)	2.80	1.472	สูง
4. ข้าพเจ้ามีอาการปวด (4 คะแนน)	2.73	1.285	สูง
5. ข้าพเจ้ารำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา (4 คะแนน)	2.37	1.474	ปานกลาง
6. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย (4 คะแนน)	2.20	1.324	ปานกลาง
7. ข้าพเจ้าจำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง (4 คะแนน)	1.27	1.202	ค่อนข้างต่ำ
รวมด้านร่างกาย(0 - 28 คะแนน)	**16.13**	**6.69**	**ปานกลาง**

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกด้านสังคม ครอบครัว เมื่อจำแนกรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจและการยอมรับการเจ็บป่วยจากครอบครัว ตลอดจนมีการสื่อสารภายในครอบครัว อยู่ในสูงมาก ยกเว้นความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ และได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ต้องการตอบคำถามข้อนี้ โดยมีผู้ตอบคำถามเพียง 4 คน จากจำนวนทั้งหมด 30 คน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม ครอบครัว (n = 30)

คุณภาพชีวิต	Mean	Std. Deviation	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ (4 คะแนน)	2.47	1.042	ปานกลาง
2. ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว (4 คะแนน)	3.53	.776	สูงมาก
3. ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ (4 คะแนน)	2.37	1.245	ปานกลาง
4. คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า (4 คะแนน)	3.37	.890	สูงมาก
5. ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่น การ พูดคุย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า (4 คะแนน)	3.43	.858	สูงมาก
6. ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง หรือ คนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ (4 คะแนน)	3.23	1.135	สูง
7. ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง **หากท่านไม่ต้องการตอบคำถามข้อนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่องนี้.....**			
ด้านสังคม/ครอบครัว(0 - 24 คะแนน)	**18.40**	**4.58**	**สูง**

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ จิตใจ เมื่อจำแนกรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกเศร้าใจ หมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย กระวนกระวายใจ และกังวลเกี่ยวกับความตายเล็กน้อยหรือไม่มีเลย ทำให้ ระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับสูง ยกเว้นความรู้สึกพอใจกับวิธีปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และกังวลว่าอาการจะแย่ลง อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ จิตใจ (n = 30)

คุณภาพชีวิต	Mean	Std. Deviation	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ (4 คะแนน)	2.67	1.061	สูง
2. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (4 คะแนน)	2.10	.845	ปานกลาง
3. ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย (4 คะแนน)	3.17	.950	สูง
4. ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ (4 คะแนน)	2.97	.964	สูง
5. ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย (4 คะแนน)	3.07	1.112	สูง
6. ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง (4 คะแนน)	2.37	1.129	ปานกลาง
ด้านอารมณ์ จิตใจ(0 – 24 คะแนน)	**16.33**	**4.47**	**สูง**

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีชีวิตที่สนุกสนาน ยอมรับการเจ็บปวยที่เป็นอยู่ นอนหลับสนิทดีและพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับสูง ยกเว้นความสามารถในการทำงานทั่วไป (รวมถึงงานบ้าน) และความพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน) อยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.00 และ 2.17 ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม (n = 30)

คุณภาพชีวิต	Mean	Std. Deviation	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน) (4 คะแนน)	2.00	1.203	ปานกลาง
2. ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน) (4 คะแนน)	2.17	1.147	ปานกลาง
3. ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนานได้ (4 คะแนน)	2.63	1.033	สูง

ตารางที่ 8 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	Mean	Std. Deviation	ระดับคุณภาพชีวิต
4. ข้าพเจ้ายอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ (4 คะแนน)	2.77	.817	สูง
5. ข้าพเจ้านอนหลับสนิทดี (4 คะแนน)	2.50	1.106	สูง
6. ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำราญ (4 คะแนน)	2.53	1.137	สูง
7. ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้ (4 คะแนน)	2.53	1.008	สูง
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม(0-28 คะแนน)	**17.13**	**5.62**	**สูง**

ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านเฉพาะมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย รำคาญกับอาการปวด มีไข้ หนาวสั่น และกังวลถึงความเป็นไปได้ว่าอาจมีการติดเชื้อหรือมีอาการใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยโดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นความรู้สึกเจริญอาหาร และไม่แน่ใจเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรค รายข้อ (n = 30)

คุณภาพชีวิต	Mean	Std. Deviation	ระดับคุณภาพชีวิต
1. การเป็นไข้ทำความรำคาญให้แก่ข้าพเจ้า (4 คะแนน)	1.73	1.202	ปานกลาง
2. ข้าพเจ้ารู้สึกเจ็บปวดที่บางส่วนของร่างกายของข้าพเจ้า (4 คะแนน)	2.33	1.348	ปานกลาง
3. ข้าพเจ้ารู้สึกรำคาญจากอาการหนาวสั่น (4 คะแนน)	2.20	1.243	ปานกลาง
4. ข้าพเจ้ามีเหงื่อออกตอนกลางคืน (4 คะแนน)	2.40	1.248	ปานกลาง

ตารางที่ 9 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	Mean	Std. Deviation	ระดับคุณภาพชีวิต
5. ก้อนหรืออาการบวมที่บางส่วนของร่างกายของข้าพเจ้า เช่น ที่คอ รักแร้ หรือขาหนีบ) ทำให้ข้าพเจ้ารำคาญ (4 คะแนน)	3.47	1.106	สูงมาก
6. ข้าพเจ้ามีเลือดออกง่าย (4 คะแนน)	3.00	1.203	สูง
7. ข้าพเจ้ามีรอยฟกช้ำง่าย (4 คะแนน)	2.83	1.234	สูง
8. ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียไปหมด (4 คะแนน)	2.37	1.217	ปานกลาง
9. ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยง่าย (4 คะแนน)	2.27	1.258	ปานกลาง
10. ข้าพเจ้ามีน้ำหนักลดลง (4 คะแนน)	2.67	1.093	สูง
11. ข้าพเจ้ารู้สึกเจริญอาหาร (4 คะแนน)	1.33	1.093	ค่อนข้างต่ำ
12. ข้าพเจ้าสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (4 คะแนน)	2.13	1.008	ปานกลาง
13. ข้าพเจ้ากังวลถึงความเป็นไปได้ว่าอาจมีการติดเชื้อเกิดขึ้นกับข้าพเจ้า (4 คะแนน)	1.73	1.230	ปานกลาง
14. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าในอนาคต (4 คะแนน)	1.57	1.331	ค่อนข้างต่ำ
15. ข้าพเจ้ากังวลว่าอาจมีอาการใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความ เจ็บป่วยของข้าพเจ้าเกิดขึ้นกับข้าพเจ้า (4 คะแนน)	1.70	1.317	ปานกลาง
16 ข้าพเจ้ามีอารมณ์แปรปรวนขึ้นๆ ลงๆ (4 คะแนน)	2.63	1.098	สูง
17. ข้าพเจ้ารู้สึกโดดเดี่ยวจากคนอื่นๆ เพราะความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าหรือการบำบัดรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับ (4 คะแนน)	3.27	1.081	สูง
ด้านเฉพาะโรค (0-68 คะแนน)	**39.63**	**11.03**	**ปานกลาง**

4. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน คุณภาพด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านปฏิบัติกิจกรรม ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยรวมทั่วไปทั้ง 4 ด้าน และโดยรวมทั้งหมดทั้ง 5 ด้านไม่แตกต่างกัน ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านสังคม ครอบครัวพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.047 โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านปฏิบัติกิจกรรม ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และโดยรวมทั่วไปทั้ง 4 ด้าน ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น คุณภาพชีวิต โดยรวมทั้งหมด จะแตกต่ างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.047 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 3 ถึง 4 ครั้ง จะมีคุณภาพชีวิตโดย รวมทั้งหมดดีที่สุด และกลุ่มที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 1 ถึง 2 ครั้ง จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ดีกว่ากลุ่มที่เข้ารับการักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากกว่า 4 ครั้ง ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่า ไม่มีผลต่อ ระดับคุณภาพ ชีวิต โดยรวม รายด้าน โดยรวมทั่ วไป 4 ด้านและ โดยรวมทั้งหมด ดังตารางที่ 10

ส่วนอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่าอาการข้างเคียงข องยาเคมีบำบัดไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ยกเว้นอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และอ่อนเพลีย ทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีกว่าผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = 0.034 และ 0.047 ตามลำดับดังตารางที่ 11

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง(n=30)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตรายด้านทั่วไป								คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน		คุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรค		คุณภาพชีวิตโดยรวม 5 ด้าน	
	ด้านร่างกาย		ด้านสังคมครอบครัว		ด้านอารมณ์ จิตใจ		ด้านปฏิบัติกิจกรรม							
	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*
เพศ†														
หญิง	17.21	.161	17.92	**.047***	15.18	.796	16.26	.532	17.37	.126	15.58	.948	16.87	.263
ชาย	12.55		11.32		16.05		14.18		12.27		15.36		13.14	
อายุ														
15 - 30 ปี	16.15	.579	15.00	.946	15.92	.276	15.73	.951	15.42	.578	17.35	.163	16.15	.292
> 30 – 45 ปี	13.45		16.18		12.68		14.86		13.91		11.55		12.59	
> 45 – 60 ปี	17.83		15.33		19.75		16.17		18.58		18.75		19.42	
สถานภาพสมรส†														
โสด	15.96	.345	15.50	.518	15.29	.612	15.75	.420	16.18	.280	15.21	.616	15.71	.435
คู่	13.04		13.50		13.71		13.25		12.82		13.79		13.29	
ภูมิลำเนา†														
กรุงเทพ/ปริมณฑล	14.00	.540	19.50	.102	14.44	.666	18.72	.188	16.72	.618	15.50	1.00	16.06	.821
ต่างจังหวัด	16.14		13.79		15.95		14.12		14.98		15.50		15.26	

* p = 0.05

† วิเคราะห์โดยใช้ Mann – Whitney test

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตรายด้าน ทั่วไป ด้านร่างกาย		ด้านสังคมครอบครัว		ด้านอารมณ์ จิตใจ		ด้านปฏิบัติกิจกรรม		คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน		คุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรค		คุณภาพชีวิตโดยรวม 5 ด้าน	
	Mean Rank	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***
สถานภาพในครอบครัว†														
หัวหน้าครอบครัว	13.60	.402	13.30	.331	18.55	.178	16.15	.774	15.70	.930	17.95	.280	16.55	.644
สมาชิกในครอบครัว	16.45		16.60		13.98		15.18		15.40		14.28		14.98	
ระดับการศึกษา†														
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	16.58	.376	14.47	.399	17.21	.161	15.39	.931	16.29	.518	17.61	.084	16.82	.282
มัธยมศึกษาขึ้นไป	13.64		17.27		12.55		15.68		14.14		11.86		13.23	
อาชีพ														
นักเรียนหรือนักศึกษา	18.06	.560	18.28	.157	15.17	.989	15.78	.803	17.17	.947	18.39	.422	17.56	.737
รับราชการ	11.00		23.75		17.00		20.25		17.50		16.50		18.50	
ค้าขาย	17.00		13.00		14.20		15.90		15.20		14.40		15.10	
รับจ้าง	12.11		16.33		15.44		16.11		14.50		11.22		12.33	
ไม่ได้ทำงาน	17.30		8.20		16.90		11.60		13.80		18.70		16.70	

* p = 0.05

† วิเคราะห์โดยใช้ Mann – Whitney test

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตรายด้าน ทั่วไป ด้านร่างกาย		ด้านสังคมครอบครัว		ด้านอารมณ์ จิตใจ		ด้านปฏิบัติกิจกรรม		คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน		คุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรค		คุณภาพชีวิตโดยรวม 5 ด้าน	
	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*
รายได้														
0-20000	13.59		12.18		14.24		12.91		13.06		14.44		13.44	
20001-40000	17.13	.687	17.13	.294	13.13	.968	17.13	.594	17.38	.612	15.00	.791	16.63	.769
มากกว่า 40000	13.08		17.08		13.92		15.00		14.42		12.08		13.83	
สิทธิในการรักษาพยาบาล														
ข้าราชการ	18.64		21.64		20.43		21.36		22.14		19.64		21.79	
รัฐวิสาหกิจ	19.25	.499	15.25	.194	6.50	.196	16.00	.164	14.25	.152	10.00	.054	12.25	.131
ประกันสังคม	12.25		12.50		15.81		15.81		14.00		9.13		11.38	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	15.23		14.08		14.04		12.08		13.04		18.04		15.15	
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย														
น้อยกว่า 6 เดือน	17.75		15.71		15.71		12.64		15.32		16.75		15.93	
6 เดือน - 1 ปี	15.05	.283	15.70	.967	15.05	. .980	17.00		15.75	.993	14.55	.764	15.50	.946
มากกว่า 1 ปี	11.00		14.67		15.75		19.67	210	15.50		14.17		14.50	

* p = 0.05

† วิเคราะห์โดยใช้ Mann – Whitney test

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตรายด้าน								คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน		คุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรค		คุณภาพชีวิตโดยรวม 5 ด้าน	
	ทั่วไป													
	ด้านร่างกาย		ด้านสังคมครอบครัว		ด้านอารมณ์ จิตใจ		ด้านปฏิบัติกิจกรรม							
	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล														
1 - 2 ครั้ง	13.25		14.63		15.75		14.46		13.71		12.75		12.83	
3 - 4 ครั้ง	19.18	.074	17.50	.398	17.18	.246	17.11	.618	19.14	.058	18.36	.244	19.57	**.047***
มากกว่า 4 ครั้ง	9.38		11.13		8.88		13.00		8.13		13.75		9.25	
จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด														
1 - 2 ครั้ง	14.50		14.33		16.00		13.54		14.17		13.21		13.54	
3 - 4 ครั้ง	15.59	.452	15.65	.379	15.44	.833	16.32	.384	15.82	.422	17.03	.506	16.47	.488
มากกว่า 4 ครั้ง	26.00		27.00		10.50		25.00		26.00		17.00		22.50	

* p = 0.05

† วิเคราะห์โดยใช้ Mann – Whitney test

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดกับระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง(n=30)

อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	คุณภาพชีวิตรายด้าน								คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน		คุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรค		คุณภาพชีวิตโดยรวม 5 ด้าน	
	ทั่วไป													
	ด้านร่างกาย		ด้านสังคมครอบครัว		ด้านอารมณ์ จิตใจ		ด้านปฏิบัติกิจกรรม							
	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*	Mean Rank	*p-value*
คลื่นไส้-อาเจียน†														
ไม่มีอาการ	19.95	**.034***	13.59	.364	16.18	.746	12.77	.196	16.50	.763	15.95	.829	16.41	.667
มีอาการ	12.92		16.61		15.11		17.08		14.92		15.24		14.97	
เบื่ออาหาร†														
ไม่มีอาการ	19.68	**.047***	13.00	.235	13.59	.365	13.91	.450	16.00	.457	14.55	.650	15.77	.897
มีอาการ	13.08		16.95		16.61		16.42		15.21		16.05		15.34	
Mucositis†														
ไม่มีอาการ	17.21	.161	15.18	.795	14.95	.650	17.42	.115	16.68	.285	16.92	.244	17.16	.175
มีอาการ	12.55		16.05		16.45		12.18		13.45		13.05		12.64	
ท้องเดิน ปวดท้อง†														
ไม่มีอาการ	15.60	.878	14.48	.104	15.31	.760	15.35	.807	15.10	.531	15.50	. 1.000	15.33	.784
มีอาการ	14.88		22.13		16..75		16.50		18.13		15.50		16.63	
ผมร่วง†														
ไม่มีอาการ	17.10	.480	11.50	.077	12.45	.178	13.45	.366	13.25	.686	11.90	.112	12.55	.194
มีอาการ	14.70		17.50		17.02		16.52		16.63		17.30		16.98	

* p = 0.05

† วิเคราะห์โดยใช้ Mann – Whitney test

ตารางที่ 11 (ต่อ)

อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	คุณภาพชีวิตรายด้าน								คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน		คุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรค		คุณภาพชีวิตโดยรวม 5 ด้าน	
	ทั่วไป													
	ด้านร่างกาย		ด้านสังคมครอบครัว		ด้านอารมณ์ จิตใจ		ด้านปฏิบัติกิจกรรม							
	Mean Rank	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***	**Mean Rank**	***p-value***
Fever Chill†														
ไม่มีอาการ	17.47	.189	14.94	.707	16.06	.707	16.84	.370	17.03	.357	15.75	.868	16.44	.533
มีอาการ	13.25		16.14		14.86		13.96		13.75		15.21		14.43	
Weakness†														
ไม่มีอาการ	19.27	**.034***	13.83	.395	16.17	.734	16.42	.641	17.83	.193	16.67	.552	17.58	.290
มีอาการ	12.72		16.61		15.06		14.89		13.94		14.72		14.11	
ผิวหนังสีเล็บเปลี่ยนสี†														
ไม่มีอาการ	15.74	.820	16.00	.633	15.36	.892	15.90	.700	16.31	.406	14.40	.297	15.14	.734
มีอาการ	14.94		14.33		15.83		14.56		13.61		18.06		16.33	

* p = 0.05

† วิเคราะห์โดยใช้ Mann – Whitney test

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่นอนรับการรักษาอยู่ ในหอผู้ป่วยงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเว ชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และมารับการรักษาที่คลินิคโลหิตวิทยา ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 15 ถึง 30 ปี สถานภาพสมรสโสดและคู่จำนวนเท่ากัน ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจัง หวัด และสถานภาพในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา รองลงมาจบปริญญาตรี อาชีพนักเรียนหรือนักศึกษาและรับจ้างจำนวนเท่ากัน รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,000 ถึง 20,000 บาท และสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาเป็นประกันสังคมและข้าราชการ ตามลำดับ ระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 3 ถึง 4 ครั้ง ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีไข้ หนาวสั่น และ เยื่อบุในช่องปากอักเสบ

ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำ บัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง ส่วนคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคมครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม พบว่าด้านร่างกายอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง นอกนั้นอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนด้านเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบว่าอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่บนเตียง ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวขณะหรือหลังได้รับยาเคมีบำบัดมีความต้านทานต่ำ ต้องระวังการติดเชื้อ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ประกอบผลข้างเคียงของยาทำให้มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่บนเตียงโดยเฉพาะผู้ป่วยใน จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอื่นอยู่ในระดับ

สูง โดยเฉพาะด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ได้รับการดูแลและกำลังใจจากครอบครัวเป็นอย่างดี บางครอบครัวเช่าหอพักอยู่ใกล้อาหาร ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่บนเตียงโดยเฉพาะผู้ป่วยใน จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอื่นอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ได้รับการดูแลและกำลังใจจากครอบครัวเป็นอย่างดี บา ง ครอบครัวเช่าหอพักอยู่ใกล้โรงพยาบาลเพื่ออยู่ดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้โรงพยาบาลได้มีการจัดให้มีหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลเฉพาะทาง ทำให้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลได้อยู่หอผู้ป่วยเดิม ทำให้เกิดความคุ้นเคยกับสถานที่ บุคลากรและกลุ่มผู้ป่วย รวมถึงบริ การที่เป็นกันเองและมีทีมการรักษาให้การดูแล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ผลการรักษา ให้การปรึกษาและ ให้กำลังใจ ตลอดจนการจัดสถานที่ให้เหมือนบ้าน มีกิจกรรมให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เช่น หนังสือ โทรทัศน์ การเปิดดนตรีเบาๆ การฝึกทำดอกไม้ประดิษฐ์ ตลอดจนมีการจัดให้กลุ่ มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กิจกรรมทางศาสนา เช่น การจัดกิจกรรมคลีนิคพระคุณเจ้า การนิมนต์พระรับบาตรข้างเตียงผู้ป่วย กิจกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นการส่งเสริมด้านจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจึงน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระดับ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นด้านที่วัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่ได้คะแนนต่ำคือ มีไข้ทำให้รำคราญ เจริญอาหาร ไม่แน่ใจในสุขภาพในอนาคต กังวลว่าอาจมีการติดเชื้อ กังวลว่าจะมีอาการใหม่ๆเกิดขึ้นอีก โดยมีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละข้อตามลำดับ ดังนี้ 1.73 , 1.33 , 1.57 , 1.73 และ 1.70 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคเรื้อรัง ต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบกับผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ขาดหลักประกันความปลอดภัยของชีวิต เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้ส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

การศึกษาพบว่าเพศต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม ครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.047$ โดยเพศห ญิงมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม ครอบครัวที่ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีสัมพันธภาพที่ดีกว่าเพศชาย ชอบการพูดคุย เปิดเผย การเข้าสังคม โดยเฉพาะการมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกัน มีความเห็นอก เห็นใจกัน ให้เกิดการช่วยเหลือซึ่ง

กันและกัน ประกอบกับเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะได้รับการดูแลและมักจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพศชายเป็นเพศที่แข็งแรงยามเจ็บป่วย บางครั้งต้องแสดงให้เห็นถึงความแข็งแรง ไม่ต้องการความช่วยเหลือหากอาการไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ จินางกูร ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องถาวร พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย (ทัศนีย์ จินางกูร 2530) และผลการการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ สนธยา พิชัยกุล ที่ศึกษาการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษา โดยการขจัดของสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าเพศหญิงมีระดับการรับรู้ความผาสุกสูงกว่าเพศชาย (สนธยา พิชัยกุล 2533) สำหรับด้านสังคมครอบครัว คำถามที่ 7 จะถามถึงความพึงพอใจกับชีวิตทางเพศ ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามนี้ได้ จากจำนวนผู้ป่วย 30 ราย พบว่ามีผู้ตอบคำถามนี้เพียง 4 ราย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัฒนธรรม ประเพณีคนไทยส่วนใหญ่ไม่กล้าแสดงออกต่อความรู้สึกในเรื่องเพศ มักจะปกปิดไว้ โดยเฉพาะเพศหญิง ยังพบว่าปัจจัยอื่นๆ ซึ่งได้แก่ เรื่อง อายุ อาชีพ ภูมิลำเนา ระดับการ ศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน และ โดยรวมไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ 15 – 30 ปี ร้อยละ 43.3 และ 30 – 45 ปี ร้อยละ 36.7 ซึ่งเป็นช่วงผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมมากกว่าวัยอื่นๆ สามารถเสาะหาแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือและสามารถปรับตัวได้ ทำให้อายุต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ประภา รัตนเมธานนท์ 2532) การศึกษาของ ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย และพรพรรณ์ พงศ์สุพัฒน์ ศึกษาในผู้ป่วยเอสแอลอี ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย และพรพรรณ์ พงศ์สุพัฒน์ 2550) สถานภาพสมรสต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวมไม่แตกต่าง กัน สอดคล้องกับมณฑา แห่งทรัพย์เจริญ ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด (มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ 2539) และ พนิตนาฎ ชำนาญเสือ และคณะ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี บำบัด พบว่าผู้ป่วยที่ มีสถานภาพแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน (พนิตนาฎ ชำนาญเสือ และคณะ 2550) ซึ่งสถานะสมรสเป็นปัจจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยคู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความเครียด และมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม และเมื่อดูรายข้อ การได้รับ กำลังใจจากครอบครัว คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า หรือข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่น การพูดคุย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่าได้คะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงมาก

ซึ่งบุคคลในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นคู่ครองหรือญาติสนิท ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นเครื่องมือสำคัญ และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวเข้ากับสภาพความเจ็บป่วยได้เร็ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ต่างจังหวัด และต้องอยู่โรงพยาบาลนาน 1 ถึง 2 เดือนต่อครั้ง แต่ปัจจุบันเทคโนโลยี และการเดินทางที่สะดวก ทำให้การติดต่อสื่อสารได้ง่าย หลายคนได้รับกำลังใจทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้ และไม่วิตกกังวลว่าจะไม่สามารถติดต่อกับครอบครัวได้ หลายครอบครัวเช่าหอพักอยู่ใกล้โรงพยาบาลเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และมีเวลาอยู่คอยดูแลและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วย แม้ว่า จะมี วัฒนธรรมและ สิ่งแวดล้อมรอบตัวเปลี่ยนแปลงแต่ครอบครัวพยายามปรับตัวและให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความห่วงใยและเต็มใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคต่อไป สิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้ทำให้ภูมิลำเนาต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวมไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็ นผู้ป่วยใน ได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางและทีมการรักษาได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวขณะได้รับยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ตลอดจนติดตามอาการเปลี่ยนแปลงเป็นระย ะ ทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้เรื่องโรคที่เป็น การปฏิบัติตัว เข้าใจภาวะสุขภาพและแผนการรักษาของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน คุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้านและโดยรวมไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา มาลี วรลัคนากุล ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตหรือคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยทางสถิติ (มาลี วรลัคนากุล 2550) และพนิตนาฎ ชำนาญเสือ และคณะ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพ ยาบาลสระบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างของระดับการศึกษามีคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน (พนิตนาฎ ชำนาญเสือ และคณะ 2550) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของศุภกานต์ เตชะพงศกรและคณะ ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ (ศุภกานต์ เตชะพงศกร และคณะ 2550) นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องได้ยาเคมีบำบัดติดต่อกันเป็นเวลา 4 -6 เดือน ทำให้ไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ บางรายต้องลาออกจากงาน การออกจากงานทำให้บทบาทและสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป แต่จากการศึกษาพบว่าอาชีพต่างกันไม่ทำให้ระดับคุณภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย และพรพรรณ์ พงศ์สุพัฒน์ ศึกษาในผู้ป่วยเอสแอลอี พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิต (ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย และพรพรรณ์ พงศ์สุพัฒน์ 2550) สำหรับรายได้และสิทธิการรักษา ต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวมไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ปัจจุบันประเทศมีโครง การหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ นักเรียน นักศึกษา ผู้สูงอายุ หรือ โครงการประกันสังคม สวัสดิการการรักษาของข้าราชการ พนักงานของรัฐ ที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน ทำให้ผู้ป่ วยสามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลได้แม้ว่าจะไม่มีงานทำหรือรายได้น้อย ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้ผู้ป่วยสามารถขึ้นทะเบียนการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ที่มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ ไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้สูงสามารถเลือกสถานพยาบาลที่ตนเองพอใจ แต่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองซึ่งค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีราคาสูง ไม่มีความแน่นอน และใช้เวลาในการรักษานาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กั บระยะของโรค ผลการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดและอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับ การรักษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพนักเรียนหรือนักศึกษา รับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,000 ถึง 20,000 บาท ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเลือกใช้สิทธิการรักษาตามสิทธิของตน โดยใช้สิทธิหลั กประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ซึ่งมีมาตรฐานในการรักษาที่คล้ายกัน จึงพบว่ารายได้และสิทธิต่างกันระดับคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของมาลัย วงศ์ศรีสุนทร พบว่าวิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี (มาลัย วงศ์ศรีสุนทร 2544) แต่ไม่สอดคล้องกับศุภกานต์ เตชะพงศกรและคณะ ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภกานต์ เตชะพงศกร และคณะ 2550)

ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างกัน ระดับคุณภาพชีวิตทุกด้านไม่ต่างกัน แต่ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.047$ พบว่าการนอนโรงพยาบาลมากกว่า 4 ครั้ง ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำลง แต่จำนวนครั้งที่นอนนโรงพยาบาล 3 ถึง 4 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่า 1 ถึง 2 ครั้ง และมากกว่า 4 ครั้ง เนื่องจากจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 4 ครั้ง ผู้ป่วยมักมีอาการท้อแท้ มีอาการและอาการแสดงข องโรคที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเอง ส่วนจำนวน 1 ถึง 2 ครั้งผู้ป่วยยังไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และบุคลากรต้องมีการปรับตัว เรียนรู้สิ่งใหม่ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ในงานเป็นของการพยาบาลอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยประกันสังคม เวลาในการศึกษาน้อย ผู้ป่วยแต่ละคน อยู่โรงพยาบาลนานทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนน้อย ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปใช้อาจมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยเพื่อการพัฒนา

จากการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูง แต่ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และระดับคุณภาพชีวิต ด้านเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ด้วยภาวะของสุขภาพ ตลอดจนผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เป็นภาวะความกดดันทางอารมณ์ ซึ่งขัดขวางคุณภาพชีวิตได้ การใช้ยาแก้อาเจียนจะได้ผลต่อเมื่อผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบาย การควรหากิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเหมาะสมกับผู้ป่วย นอกจากนั้นความรู้ สึกไม่มั่นคงในชีวิต ไม่แน่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และวิตกกังวลถึงความเป็นไปได้ว่าอาจมีการติดเชื้อ เพื่อลดความวิตกกังวล ผู้ป่วยต้องได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีความรู้ที่จะปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาล ญาติและผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือกันเอง โดยจัดให้มีกลุ่มช่วย เหลือ (Self help group) เพื่อเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประส บการณ์ แบ่งเบาความทุกข์ซึ่งกันและกัน หาแนวทางปฏิบัติรวมทั้งวิธีการแก้ปัญหาอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยจากบุคคลในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ ป่วยมีกำลังใจ คลายความวิตกกังวลและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บรรณานุกรม

กฤษดา ตงศิริ. “ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ ต่อสภาวะสุขภาพ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

จุฑากานต์ กิ่งเนตร. “ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.

ถนอมศรี ศรีชัยกูล. “กลุ่มโรคของไขกระดูกที่สร้างผิดปกติ.” ใน ตำราโลหิตวิทยา การวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย. เล่ม 1. ถนอมศรี ศีรชัยกูล วิชัย อดิชาตการ และแสงสุรีย์ จุฑา, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : ยูนิตี้บลิเคชั่น, 2529.

ทัศนีย์ จินางกูร . “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้าง ช่องท้องแบบถาวร .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

ธานินทร์ อินทรกำธรชัย. “Acute Leukemia in adult.” ใน ตำราโลหิตวิทยา : การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย . ถนอมศรี ศรีชัยกู ล และแสงสุรี ย์ จุฑา , บรรณาธิการ.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

_____. “Acute non – lymphoblastic Leukemia in adult.” ใน โลหิตวิทยาขั้นสูง , 145 - 150. พรเทพ เทียนสิวากุล , บรรณาธิการ . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหา วิทยาลัย , 2541.

นรินทร์ วรวุฒิ. “Gene therapy for leukemia.” ใน โลหิตวิทยาขั้นสูง, 235 - 237. พรเทพ เทียนสิวากุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

นิตยา ตากวิริยะนันท์. “ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีครบ.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. “แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุ ดกั้นเรื้อรัง .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

เนตรนภา คู่พันธวี. “ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อน เขต 12.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ. “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด.” วารสารสภาการพยาบาล 17 , 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2545) : 1 – 16.

บุญสม ชัยมงคล และคณะ . ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด . เชียงใหม่ : ดารารัตน์การพิมพ์ . 2527.

บงกช เฮี้ยงชาญยนต์. “การศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท อำเภอสงขลา.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาดวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ประภา รัตนเมธานนท์ . “การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุรภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ปัญญา เสกสรรค์. “Acute lymphoblastic Leukemia.” ใน โลหิตวิทยาขั้นสูง , 129 - 142. พรเทพ เทียนสิวากุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

พนิตนาฎ ชำนาญเสือและคณะ . “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด .” วารสารโรงพยาบาลสระบุรี 32, 3 (กันยายน - ธันวาคม 2550) : 229 – 236.

พรเทพ เทียนสิวากุล. “FAB Morphologic classification of acute leukemia.” ใน โลหิตวิทยาขั้นสูง, 83 - 91. พรเทพ เทียนสิวากุล , บรรณาธิการ . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

พิไลรัตน์ ทองอุไร. การพยาบาลจิตสังคมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. สงขลา : โรงพิมพ์เอส. ซี. วี., 2544.

พจนานุกรมฉบับบราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2525.

มาลัย วงศ์ศรีสุนทร . “คุณภาพชีวิตผู้ป่วย Systemic Lupus Erythematosus.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

มณฑา แห่งทรัพย์เจริญ . “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

มาลี วรลัดนากุล. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการความสามา รถในการดูแลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2535.

วรชัย รัตนธราธร และคณะ. “การแปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดคุณภาพชีวิต The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Version 4 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย.” จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบ รมราชูปถัมภ์ 84 , 10 (2544) : 1430-1442.

ศิริ ฮามสุโพธิ์. เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตในท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2536.

ศุภกานต์ เตชะพงศธร และคณะ. “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.” วชิรเวชสาร 51 , 1 (มกราคม – เมษายน 2550) : 33 – 39.

ศุภลักษณ์ ปริญญาวุฒิชัย และพรพรรณ์ พงศ์สุพัฒน์ . “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี.” วารสารพยาบาลศิริราช 1 , 1 (มกราคม - มิถุนายน 2550) : 1- 12.

สนธยา พิชัยกุล . “ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2533.

สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ . “ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิต และความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา.” พยาบาลสาร 18 , 3 (ตุลาคม - ธันวาคม 2533) : 12 – 33.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิจุ. “คุณภาพชีวิต.” ใน ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2525.

สุธาทิพย์ อุปลาบัติ . “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2536.

แสงอรุณ สุขเกษม. “ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

อังคณา เรือนก้อน. “การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2540.

อิศรางค์ นุชประยูร . “Chemotherapy for leukemia.” ใน โลหิตวิทยาขั้นสูง , 169 – 187. พรเทพ เทียนสิวากุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

Ames, S.W., and C.R. Kneisl. Essentials of Adult Health Nursing. California : Wesley Publshing, 1988.

Black, J.M., and E.Matassarin-Jacobs. “Nursing care of clients with hemotologic disorder." Medical Surgery Nursing : A Psychophysiologic Approach. Edited by J.Luckman and Sorensen. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1993.

Duke, F.M. “Blood disorder.” Edited by M.F. Alexander J.N. Fawcett. and P.J. Runciman. Nursing Practice : Hospital and Home. Edinburgh : Churhill Livingstone, 1994.

Kaasa, S. A. Mastekaasa. and N. Naess. “Quality of Life of lung Cancer Patients in a Randomized Clinical Trial Evaluated by a Psychosocial Well – Being Quesioniare.” Acta Oncologica 27 , 2 (February 1988) : 335 – 342.

Lewis, S.M., and I.C. Collier. Medical Surgery Nursing : Assessment and Management of Clinical Problem. New York : Mc. Graw – Hill Book Company, 1992.

Maslow, A.H. Motivation and Personality. 2nd ed. New York : Harper & Row , 1970.

Meeberg, G.A. “Quality of Life : Aconcept Analysis.” Journal of Advanced Nursing 18 , 1 (January 1993) : 32 - 38.

Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York : Mc. Graw – Hill Book Company, 1985.

Peck, A. “Emotional Reaction to Having Cancer.” Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine 114 (January-April 1972) : 591-599.

Padilla, G.V., and Grant, M.M. “Quality of Life as a cancer nursing outcome variable.” Advances in Nursing Science 8 , 1 (October 1985) : 45 – 60.

Padilla, G.V. et.al. “Quality of Life Index for Patient with Cancer.” Research in Nursing and Health 6 , 3 (September 1983) : 117-126.

Weisman, A.D. Coping with Cancer. New York : McGraw-Hill Book Company, 1979.

Zhan, L. “Quality of Life : Conceptual and Measurement Issues.” Journal of Advanced Nursing 17 , 7 (July 1992) : 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและแบบสอบถามงานวิจัย

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ใบเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย)) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเพ็ญใจ จิตรน้ำทรัพย์

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยในงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช
คลินิกโลหิตวิทยา ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
หอผู้ป่วยอัษฎางค์ 6 เหนือ โรงพยาบาลศิริราช
โทรศัพท์ 02-4197802 , 02-4198269 มือถือ 089-4461709

ผู้ให้ทุน ทุนส่วนตัว

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ สามารถนำผลจากการวัดคุณภาพชีวิตจะช่วยในการประเมินและ วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีส่วนทำให้บุคลากรการแพทย์และผู้ป่วยเองได้ทบทวนและตระหนักถึงปัญหา นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดระบบการพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เป็น ผู้ป่วยมะเ ร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน และการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อช่วยในการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 30 คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม 2552

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (จากการรักษามะเร็งและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา) แผนการรักษาที่ได้รับ สิทธิการรักษาพยาบาล ที่ท่านใช้เพื่อการรักษา อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา
2. ผู้เข้าร่วมโครงการจะกรอกแบบสำรวจคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน) ฉบับภาษาไทย FACT-Leu (Version 4) ซึ่งเป็นแบบวัดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว
3. ข้อมูลต่างๆที่ได้จากข้อ 1, 2 จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

ไม่มีความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจตามปกติ
ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ไม่มี
ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเป็นค่าใช้จ่ายตามปกติที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเมื่อมาตรวจตามนัดปกติของผู้ป่วย

ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
สถาบันวิจัยศิริราช
มหาวิทยาลัยมหิดล
วันที่ 5 ก.ค. 2552 (EC 3)

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช เบอร์โทร. (02)419-6405-6 FAX (02)419-6405

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ...../วันที่.....

(.....)

หมายเหตุ : หากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) และเอกสารชี้แจงนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่าน ให้เปลี่ยนสรรพนาม " ท่าน " เป็น " เด็กในปกครองของท่าน " ตามตำแหน่งที่เหมาะสม

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน
ลงชื่อ..... พยาน/วันที่.....
(.....)

หมายเหตุ *(ลบข้อความส่วนนี้ออกจากหนังสือแสดงเจตนายินยอมฯ ที่ท่านเตรียม เมื่อท่านได้รับทราบและปฏิบัติตามแล้ว)*

1. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่าน โดยเปลี่ยนสรรพนาม "ข้าพเจ้า" เป็น "เด็กในปกครองของข้าพเจ้า" ตามตำแหน่งที่เหมาะสม

2. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุระหว่าง 7-18 ปี ควรมีหนังสือแสดงเจตนายินยอมแยกสำหรับเด็ก (assent form) เพิ่มเติมจากหนังสือแสดงเจตนายินยอมสำหรับผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม (consent form)

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เลขโครงการ 459/2552(EC3)
วันที่รับรอง 28 MA. 2552

เลขที่แบบสำรวจ.....

แบบสำรวจคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

เรียน ผู้ตอบแบบสำรวจทุกท่าน

แบบสำรวจนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ตามโครงการศึกษา "**คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช**" การตอบแบบสำรวจนี้จะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ข้อมูลความคิดเห็นของท่านจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่สามารถระบุถึงผู้ให้ข้อมูลได้ และใช้เฉพาะในการศึกษานี้เท่านั้น

อย่างไรก็ตามหากท่านไม่สามารถตอบคำถามด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม ท่านสามารถงดการตอบแบบสำรวจนี้ได้ทันที

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามรายละเอียดโดยตรงได้ที่พยาบาลที่แจกแบบสอบสำรวจหรือผู้วิจัย

นางสาวเพ็ญใจ จิตรน้ำทรัพย์
ผู้วิจัย
หมายเลขโทรศัพท์ 089-4461709

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เลขที่โครงการ 455/2552(EC3)
26 มี.ค. 2552

เลขที่แบบสำรวจ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (รวบรวมจากการสัมภาษณ์และรายงานประวัติผู้ป่วย)

1. อายุ (ปี) .....ปี

2. เพศ ☐[1] หญิง ☐[2] ชาย

3. ศาสนา ☐[1] พุทธ ☐[2] คริสต์ ☐[3] อิสลาม ☐[4] อื่นๆ(โปรดระบุ).....

4. สถานภาพ ☐[1] โสด ☐[2] คู่ ☐[3] หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐[1] ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐[2] ประถมศึกษา
☐[3] มัธยมศึกษา ☐[4] อนุปริญญา
☐[5] อาชีวศึกษา ☐[6] ปริญญาตรี
☐[7] สูงกว่าปริญญาตรี ☐[8] อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. ภูมิลำเนา ☐[1] จังหวัดที่ท่านเกิด.....
☐[2] จังหวัดที่ท่านอยู่ประจำ .....

7. อาชีพ ☐[1] นักเรียนหรือนักศึกษา ☐[2] รับราชการ
☐[3] รัฐวิสาหกิจ ☐[4] เกษตรกร
☐[5] ค้าขาย ☐[6] รับจ้าง
☐[7] ทำงานบ้าน ☐[8] ไม่ได้ทำงานเนื่องจาก.....

8. รายได้ครอบครัวฉลี่ยต่อเดือน(โปรดระบุ) .....บาท

9. ท่านมีสถานภาพในครอบครัวอย่างไร

☐[1] หัวหน้าครอบครัว ☐[2] สมาชิกในครอบครัว

10. ลักษณะครอบครัว

☐[1] เดี่ยว (ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร)
☐[2] ขยาย (ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร และเครือญาติ หรือสมาชิกอื่น อาศัยอยู่ด้วย)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศริราโรงพยาบาล 455/2552 (EC3)
28 ต.ค. 2552

11. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยประมาณ (โปรดระบุ).....ปี .....เดือน

12. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง
(รวมถึงการรักษามะเร็งและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา)

13. แผนการรักษาที่ได้รับ

☐[1] รอรับการรักษา/ยังไม่ได้รับการรักษา
☐[2] เคมีบำบัด โดยครั้งนี้เป็นครั้งที่ .....
☐[3] รังสี

14. สิทธิการรักษาพยาบาล ที่ท่านใช้เพื่อการรักษา

☐[1] เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (ต้นสังกัด)
☐[2] เบิกรัฐวิสาหกิจ
☐[3] ใช้สิทธิประกันสังคม
☐[4] ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
☐[5] เบิกบริษัทประกันชีวิต
☐[6] จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
☐[7] อื่นๆ ระบุ .....

15.ท่านมีอาการข้างเคียงใดจากยาเคมีบำบัด ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐[1] ไม่มีอาการใดๆ
☐[2] คลื่นไส้ อาเจียน
☐[3] เบื่ออาหาร
☐[4] เยื่อบุในช่องปากอักเสบ
☐[5] ท้องเดินหรือปวดท้อง
☐[6] ผมร่วง
☐[7] มีไข้ หนาวสั่น
☐[8] อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง
☐[9] ผิวหนังและสีเล็บเปลี่ยนสี
☐[10]อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

คณะแพทยศาสตร์กายวิริราชพยาบาล
465/2552(E(3)
28 มี.ค. 2552

เลขที่แบบสำรวจ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่ผู้ป่วยเช่นเดียวกับท่านกล่าวว่ามีความสำคัญ ขอให้ท่านเลือกตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยทำเครื่องหมาย X เพียงหนึ่งช่องในแต่ละหัวข้อว่า

ท่านรู้สึกเป็นอย่างไรบ้างในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา

ความผาสุกด้านร่างกาย

ข้อ		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มาก ที่สุด
1	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง					
2	ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้					
3	ข้าพเจ้ามีปัญหาในการดูแลรับภาระต่างๆในครอบครัว เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้					
4	ข้าพเจ้ามีอาการปวด					
5	ข้าพเจ้ากังวลต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา					
6	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย					
7	ข้าพเจ้าจำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง					

ความผาสุกด้านสังคม / ครอบครัว

ข้อ		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ					
2	ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว					
3	ข้าพเจ้าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนๆ					
4	คนในครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า					
5	ข้าพเจ้าพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว เช่น การพูดคุย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า					
6	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง หรือ คนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ					
7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตนเอง **หากท่านไม่ต้องการตอบคำถามข้อนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย X ลงในช่องนี้**					

458/2552(EC3)
28 ต.ค. 2552

เลขที่แบบสำรวจ.....

ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ

ข้อ		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ					
2	ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้าปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง					
3	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย					
4	ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ					
5	ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย					
6	ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง					

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

ข้อ		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มาก ที่สุด
1	ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)					
2	ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน)					
3	ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนานได้					
4	ข้าพเจ้ายอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้					
5	ข้าพเจ้านอนหลับสนิทดี					
6	ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อ ความสำราญ					
7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้					

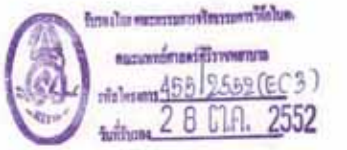
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เลขโครงการ 455/2552(EC3)
วันที่รับรอง 28 MAR. 2552

เลขที่แบบสำรวจ.....

ความผาสุกด้านอื่นๆ เพิ่มเติม

ข้อ		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มาก ที่สุด
1	การเป็นไข้ทำความรำคาญให้แก่ข้าพเจ้า					
2	ข้าพเจ้ารู้สึกเจ็บปวดที่บางส่วนของร่างกายของข้าพเจ้า					
3	ข้าพเจ้ารู้สึกรำคาญจากอาการหนาวสั่น					
4	ข้าพเจ้ามีเหงื่อออกตอนกลางคืน					
5	ก้อนหรืออาการบวมที่บางส่วนของร่างกายของข้าพเจ้า (เช่น ที่คอ รักแร้หรือขาหนีบ)ทำให้ข้าพเจ้ารำคาญ					
6	ข้าพเจ้ามีเลือดออกง่าย.					
7	ข้าพเจ้ามีรอยฟกช้ำง่าย					
8	ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียไปหมด					
9	ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยง่าย					
10	ข้าพเจ้ามีน้ำหนักลดลง					
11	ข้าพเจ้ารู้สึกเจริญอาหาร					
12	ข้าพเจ้าสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกต					
13	ข้าพเจ้ากังวลถึงความเป็นไปได้ว่าอาจมีการติดเชื้อเกิดขึ้นกับข้าพเจ้า					
14	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่แน่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าในอนาคต					
15	ข้าพเจ้ากังวลว่าอาจมีอาการใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าเกิดขึ้นกับข้าพเจ้า					
16	ข้าพเจ้ามีอารมณ์แปรปรวนขึ้นๆ ลงๆ					
17	ข้าพเจ้ารู้สึกโดดเดี่ยวจากคนอื่นๆ เพราะความเจ็บป่วยของข้าพเจ้าหรือการบำบัดรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับ					

ขอขอบคุณที่กรุณาตอบแบบสำรวจ



ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล

ที่ ศธ 0520.107 / ปฏ16

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
22 ถนนบรมราชชนนี ตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170

31 กรกฎาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ด้วย นางสาวเพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์ นักศึกษาระดับปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำการค้นคว้าอิสระ เรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช" มีความประสงค์ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช จึงขอความอนุเคราะห์ จากท่านโปรดอนุญาตให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำการค้นคว้าอิสระ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ตามที่เรียนมาข้างต้นนี้ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตังกูร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย ตลิ่งชัน
โทรศัพท์ / โทรสาร 0 - 2880 – 9943

เอกสารหมายเลข 1 ค

ที่ ศธ 0520.107 / 0915

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
22 ถนนบรมราชชนนี ตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170

31 กรกฎาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ด้วย นางสาวเพ็ญใจ จิตรน้ำทรัพย์ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร กำลังทำการค้นคว้าอิสระ เรื่อง "คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช" อยู่ในความควบคุมของเภสัชกร อาจารย์ ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตอำนวย อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้นักศึกษาจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ที่ตึกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยในงานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ด้วยใช้วิธี ตอบแบบสำรวจคุณภาพชีวิต ตั้งแต่วันที่ 15 สิงหาคม 2552 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2552 และขอส่งโครงการนี้เพื่อขอการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยได้แนบเอกสารประกอบมาดังนี้

1. ประวัติส่วนตัว / ผลงานของอาจารย์ที่ปรึกษา และนักศึกษา (Curriculum vitae)	1 ชุด
2. แบบเสนอโครงการวิจัย (SIRB Submission form) ภาษาไทย	4 ชุด
3. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย (Thai version protocol)	4 ชุด
4. โครงการวิจัยฉบับภาษาอังกฤษ (English version protocol)	4 ชุด
5. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet)	4 ชุด
6. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form)	4 ชุด
7. แบบบันทึกข้อมูลสำหรับการวิจัย (Case record form)	4 ชุด
8. แบบสอบถาม (Questionnaire)	4 ชุด

9. Investigator's brochure / ทะเบียนและเอกสารกำกับยา หรือเครื่องมือ	4 ชุด
10. แผ่น CD บรรจุข้อมูลเอกสาร ข้อ 1 – 9	1 ชุด
11. ใบรับรองการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์	1 ชุด

หมายเหตุ เอกสารจำนวน 4 ชุด โดยเป็นตัวจริง 1 ชุด และสำเนา 3 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตังกูร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ภาคผนวก ค

หนังสือการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 6 โทร.02-4196405-6

ที่ ศธ 0517.07/ 18089
วันที่ 6 พฤศจิกายน 2552
เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองและเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับโครงการวิจัย

เรียน นางสาวเพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์
สิ่งที่ส่งมาด้วย : แนวทางการปฏิบัติ 10 ข้อ สำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยของท่าน เรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช" รหัสโครงการ 455/2552(EC3) **ได้รับการรับรอง** จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2552 ดิฉันจึงขอส่งเอกสารรับรอง (Certificate of Approval หรือ COA) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และเอกสารแนบอื่นๆ ดังเอกสารแนบ มายังท่าน

พร้อมกันนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ส่งแนวทางการปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว 10 ข้อ ซึ่งหัวหน้าโครงการวิจัยจะต้องปฏิบัติและดูแลให้ผู้วิจัยร่วมหรือผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านต้องถือปฏิบัติ ตามเอกสารแนบ (สีชมพู)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขออำนวยพรให้ท่านประสบความสำเร็จในการดำเนินการวิจัยสมความมุ่งหมายเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจริยา เลิศอรรฆยมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 535/2009

ชื่อโครงการภาษาไทย : คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช

รหัสโครงการ : 455/2552(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวเพียงใจ จิตรนำทรัพย์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 28 ตุลาคม 2552

วันหมดอายุ : 27 ตุลาคม 2553

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจริยา เสิศอรรถยมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

4 พฤศจิกายน 2552
วันที่

ลงนาม .....
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

6 พฤศจิกายน 2552
วันที่

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 แผ่น / ก.ย 51 / Mat. 10033351

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะปฏิบัติตามระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดังต่อไปนี้

1. จะดำเนินการวิจัยตามโครงร่างวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยเคร่งครัด
2. จะใช้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ประทับตรารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับล่าสุดเท่านั้น
3. จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในทุกกรณี
4. จะรายงานข้อมูลใหม่ที่ได้รับซึ่งจะมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อย่างรวดเร็วและไม่ปิดบัง
5. จะรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามกำหนดและเมื่อได้รับการร้องขอ
6. จะดำเนินกระบวนการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลแสดงเจตนาที่ยินยอมหรือไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจอย่างแท้จริง โดยปราศจากการข่มขู่หรือคุกคามด้วยวิธีการใดๆ

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700

Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY
Since ####

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no.Si 535/2009

Protocol Title : QUALITY OF LIFE IN ACUTE LEUKEMIA PATIENTS IN SIRIRAJ HOSPITAL

Protocol number : 455/2552(EC3)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Penjai Jitnumsub
Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Participant Information Sheet
3. Informed Consent Form
4. Questionnaire

Approval date : October 28, 2009

Expired date : October 27, 2010

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

(Prof. Jariya Lertakyamanee, M.D.)
Chairperson

November 4, 2009
date

(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

November 6,2009
date

หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2341 / 3,000 แผ่น / 0.0 51 / Mat. 10023743

All Siriraj Institutional Review Board Approved Investigators must comply with the Following :

1. Conduct the research as required by the Protocol ;
2. Use only the Consent Form bearing the Siriraj Institutional Review Board "APPROVED" stamp ;
3. Report to Siriraj Institutional Review Board all of serious illness of any study subject ;
4. Promptly report to Siriraj Institutional Review Board any new information that may adversely affect the safety of the subjects or the conduct of the trial ;
5. Provide reports to Siriraj Institutional Review Board concerning the progress of the research, when requested ;
6. Conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and provide the potential subject sufficient opportunity to consider whether or not to participate.

ภาคผนวก ง

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT)

LICENSING AGREEMENT

from FACIT.org

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT from FACIT.org

June 22, 2009

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

This letter serves notice that **Penjai Jitnumsub** and all its affiliates (as defined below) ("COMPANY") are granted license to use the Thai version of the **FACT-Leu** in one study.

"Affiliate" of (COMPANY) shall mean any corporation or other business entity controlled by, controlling or under common control with (COMPANY). For this purpose, "control" shall mean direct or indirect beneficial ownership of fifty percent (50%) or more of the voting or income interest in such corporation or other business entity.

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

1) (COMPANY) agrees to complete a FACIT collaborator's form on our website, www.FACIT.org. (COMPANY) is not required to provide any proprietary or confidential information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.

2) (COMPANY) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.

3) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (COMPANY) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.

4) (COMPANY) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or

comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.

5) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.

6) This license is not extended to electronic data capture vendors of (COMPANY). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org

7) This license is only extended for use on the internet on servers internal to (COMPANY). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.

8) Licensor reserves the right to withdraw this license if (COMPANY) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.

9) In exchange for this license, (COMPANY) agrees to pay a fee of $1,500 per language, per subscale, per trial for Roman-font languages (e.g. Spanish, French, German) and $2,000 per language, per subscale, per trial for non-Roman-font languages (e.g. Japanese, Russian, Arabic). #9 IS NOT APPLICABLE AS THE FEE HAS BEEN WAIVED FOR THIS STUDY ONLY.

FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126
USA
www.FACIT.org

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวเพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์
ที่อยู่	88/34 หมู่ 2 ถนนกาญจนาภิเษก แขวงบางแม่นาง เขตบางใหญ่ นนทบุรี 11140
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2526	สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี วิทยาศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553	สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2526 – ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล