ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

โดย

มนต์นภา เชยสาคร

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2568

FACTORS RELATED TO FATIGUE AMONG PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

BY

MONNAPHA CHOEYSAKORN

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE

IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

SCHOOL OF NURSING

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2025

วิทยานิพนธ์เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

โดย

มนต์นภา เชยสาคร

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีการศึกษา 2568

รศ.ดร. บัวหลวง สำแดงฤทธิ์
ประธานกรรมการสอบ

ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์
กรรมการ

รศ. ดร.อาภรณ์ ดีนาน
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ. ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ศ.ดร. สื่อจิตต์ เพ็ชร์ประสาน)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
26 มกราคม 2569

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Thesis entitled

FACTORS RELATED TO FATIGUE AMONG PATIENTS WITH ADVANCED CANCER

by

MONNAPHA CHOEYSAKORN

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Rangsit University
Academic Year 2025

Assoc. Prof. Bualuang Sumdaengrite, Ph.D.	Asst. Prof. Nam-oy Pakdevong, Ph.D.
Examination Committee Chairperson	Member
Assoc. Prof. Aporn Deenan, Ph.D.	Asst. Prof. Kanitha Hanprasitkam, Ph.D.
Member and Advisor	Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Prof. Suejit Pechprasarn, Ph.D.)
Dean of Graduate School
January 26, 2026

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจและเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ในระหว่างทำการศึกษา ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานศัลยกรรมหญิง หัวหน้างานศัลยกรรมชาย หัวหน้างานอายุรกรรมหญิง หัวหน้างานอายุรกรรมชาย และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้กำลังใจเสมอมา ขอบคุณเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจ คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษาครั้งนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ป่วยมะเร็ง ทุกท่าน

มนต์นภา เชยสาคร

ผู้วิจัย

6407252 : มนต์นภา เชยสาคร
ชื่อวิทยานิพนธ์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
หลักสูตร : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ. ดร.อาภรณ์ ดีนาน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร.ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ

บทคัดย่อ

ความแหนื่อยล้าเป็นอาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 106 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบอร์ก แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.4 อายุเฉลี่ย 65.08 ปี (SD = 11.31) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 64.2 ได้รับรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 49.1 มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (M = 70.22, SD = 25.70) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ (r_s = 0.321, p = .001) ความหวัง (r_s = -.248, p = .010) และการสนับสนุนทางสังคม (r_s = -.217, p = .026) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ พยาบาลควรประเมินและจัดการลดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และควรพัฒนานวัตกรรมเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยเน้นการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 97 หน้า)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม, ความเหนื่อยล้า, คุณภาพการนอนหลับ, ความหวัง, การสนับสนุนทางสังคม

ลายมือชื่อนักศึกษา ..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม .....

6407252 : Monnapha Choeysakorn

Thesis Title : Factors Related to Fatigue Among Patients with Advanced Cancer

Program : Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

Thesis Advisor : Assoc. Prof. Aporn Deenan, Ph.D.

Thesis Co-Advisor : Asst. Prof. Kanitha Hanprasitkam, Ph.D.

Abstract

Fatigue affects the quality of life in patients with advanced-stage cancer. The objectives of this descriptive correlational study were to examine fatigue and its associated factors among patients with advanced-stage cancer. Piper's fatigue model guided the study. A sample of 106 patients diagnosed with stage III cancer was recruited from a tertiary hospital based on the study's inclusion criteria. The instruments included demographic and health data, the Mini-Cognitive Assessment, the Revised-Piper Fatigue Scale, the Pittsburgh Sleep Quality Index, the Herth Hope Index, and the Shefer Social Support Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation. The findings revealed that majority of the sample was female (76.4%), with a mean age of 65.08 years (SD = 11.31). Most participants were diagnosed with gastrointestinal cancer (64.2%), and 49.1% were receiving palliative care. Participants reported a low level of fatigue (M = 70.22, SD = 25.70). Furthermore, the results indicated that fatigue was significantly related to sleep quality ($r_s = 0.321$, $p = .001$), hope ($r_s = -.248$, $p = .010$), and social support ($r_s = -.217$, $p = .026$). According to research results, nurses should assess and manage the fatigue among inpatients with advanced-stage cancer, as well as develop interventions to reduce fatigue associated with sleep quality, hope, and social support.

(Total 97 pages)

Keywords: Advanced-Stage Cancer Patients, Fatigue, Sleep Quality, Hope, Social Support

Student's Signature …..... Thesis Advisor's Signature .....

Thesis Co-Advisor's Signature .....

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญตาราง		**ฉ**
สารบัญรูป		**ช**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	4
	สมมติฐานการวิจัย	5
	กรอบแนวคิดของการวิจัย	5
	นิยามเชิงปฏิบัติการ	8
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรม/ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง**	**10**
	มะเร็งระยะลุกลาม (Advanced Cancer)	10
	ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	15
	ทฤษฎีความเหนื่อยล้าของไปเปอร์	16
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีการวิจัย**	**42**
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	43
	พื้นที่ศึกษา	43
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
	จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	50
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	51

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	การวิเคราะห์ข้อมูล	52
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**53**
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ	53
	ส่วนที่ 2 ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	56
	ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	59
บทที่ 5	**สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**	**60**
	สรุปผลการวิจัย	60
	อภิปรายผลการวิจัย	61
	ข้อเสนอแนะ	63
เอกสารอ้างอิง		**65**
ภาคผนวก		**72**
	ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพ**เครื่องมือ**	73
	ภาคผนวก ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย	83
	ภาคผนวก ค เอกสารการอนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย	92
ประวัติผู้วิจัย		**97**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

4.1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 54

4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหนื่อยล้า 56

4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา 57

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 59

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่

1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 8

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization, 2020) พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 19.3 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 ภายในปี ค.ศ. 2040 โดยผู้ป่วยมะเร็งอาศัยอยู่ในในทวีปเอเชียประมาณ 9 ล้านคน ทวีปยุโรป 4 ล้านคน ทวีปอเมริกาเหนือ 2 ล้านคน ทวีปอเมริกาใต้ 1.4 ล้านคน และทวีปแอฟริกา 1.1 ล้านคน นอกจากนั้นยังพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งในปี ค.ศ.2020 เกือบ 10 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ140,000 คนต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) และพบรายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งโดยรวมทุกชนิด 124.8 ต่อประชากร 100,000 คน รวมทั้งพบแนวโน้มการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคมะเร็งสูงขึ้นเรื่อย ๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565จาก 80,665 คน เป็น 83,334 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

โรคมะเร็งในระยะต้นๆ สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ถ้าหากตรวจพบช้าเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามในระยะที่ 3 และ 4 จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น (National Cancer Institute, 2023) ซึ่งโรคมะเร็งบางชนิดจะตรวจพบได้ช้า เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลาม เช่น มะเร็งรังไข่ มะเร็งปอด เป็นต้น จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563) พบผู้ป่วยรายใหม่ที่มีพยาธิสภาพอยู่ในระยะลุกลามถึง ร้อยละ 53.5 ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งจากโรคและการรักษาที่ซับซ้อน ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง พบร้อยละ 71.88 อาการปวด พบร้อยละ 70.83 ท้องผูกพบร้อยละ 65.63 อาการนอนไม่หลับ หลับยาก พบร้อยละ 63.54 เบื่ออาหาร พบร้อยละ 62.50 (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2562) โดยอาการที่พบได้บ่อยที่สุดและเกี่ยวข้องกับโรค พยาธิสภาพ และการรักษา คือความเหนื่อยล้า ที่ผู้ป่วยจะให้ข้อมูลว่ารู้สึกอ่อนเพลีย ขาดพลัง รู้สึกเหนื่อยทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยเกิดจากการสะสมของเสียที่เกิดจากการสลายของเซลล์มะเร็งและผลการรักษาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง เช่น กรดแลคติกไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน และกรดยูริค

เป็นต้น ของเสียดังกล่าวจะไปขัดขวางการสร้างพลังงานของเซลล์กล้ามเนื้อ และขัดขวางการไหลเวียนโลหิต ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ร่างกายมีการสลายพลังงานโดยไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น (Piper, 1991)

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งพบในอัตราการเกิดที่สูงเช่น Thong, Van Noorden, Steindorf, and Arndt (2020) รายงานเกี่ยวกับอัตราการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง พบได้ถึงร้อยละ 62-85 และมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ร้อยละ 9-45 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ma et al. (2020) พบอัตราการเกิดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 52 ส่วนการศึกษาของ Wang et al. (2022) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีระดับความเหนื่อยล้าอยู่ที่ระดับปานกลาง การศึกษาของ สุชาวดี รุ่งแจ้ง (2559) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม มีความเหนื่อยล้า ร้อยละ 59 มีความรุนแรงอยู่ระดับปานกลาง ส่วนงานวิจัยของสิริยา ชาลีเครือ (2563) ที่ศึกษาถึงความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง

ความเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต โดยผลกระทบด้านร่างกายพบว่าเมื่อมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ต้องมีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้น ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์พบว่า เมื่อเกิดความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิลดลง ความสนใจต่อสิ่งรอบตัวลดลง รู้สึกไร้ความสามารถที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนั้นความเหนื่อยล้ายังทำให้เกิดผลกระทบด้านสังคม เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง การดำรงชีวิตเปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยอาจแยกตัวออกจากสังคมตามมา ส่งผลกระทบด้านจิตวิญญาณคือ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวัง ความหวังในการต่อสู้กับโรคมะเร็งลดลง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Maqbali (2021) ที่พบว่า ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งมีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ต้องการพึ่งพาผู้อื่น การสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง และส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคม เป็นต้น

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกบุคคล การศึกษาของ Amarsheda and Bhise (2021) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ การพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้มีการสะสมพลังงานที่จะนำไปซ่อมแซมส่วนต่างๆของ

ร่างกาย หลังตื่นนอนผู้ป่วยจะรู้สึกสดชื่น งานวิจัยของ Peters, Goedendorp, Verhagen, Van Der Graaf, and Bleijenberg (2014) พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าที่ศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งระยะลุกลาม ($r = -.46$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Momayyezi, Fallahzadeh, Farzaneh, and Momayyezi (2021) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ ($r = -0.354$, $p < 0.01$) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรารถนา ฉั่วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทศพร คำผลศิริ (2556) ที่พบว่าความเหนื่อยล้าผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ($r = -.27$, $p < 0.01$) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทวรรณ พลสุวรรณ, ผ่องศรี ศรีมรกต, จงจิต เสน่หา, และพรชัย โอเจริญรัตน์ (2557) ซึ่งพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ($r = -.48$, $p < 0.01$) ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัด

ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับความหวัง เนื่องจากความหวังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความหวังช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็ง ทนต่อความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงการมีความหวังที่จะไม่มีความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง ผู้ป่วยสามารถยอมรับความเจ็บป่วย สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านบวก สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้แม้ในขณะที่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของเกษรา แก้วนิล, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และปรีย์กมล รัชนกุล (2558) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.350$, $p < .01$) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

นอกจากนี้ยังพบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดอาการเหนื่อยล้าลง และทำให้ผู้ป่วยคงการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อมีอาการเหนื่อยล้า ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตนเองลดลง จำเป็นต้องการความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่พบการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า เช่น Sorensen, Schjolberg, Smastuen, and Utne (2020) พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ ($r = -.21$, $p < 0.05$) และการศึกษาของ Shi et al. (2022) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์อย่างมี

นัยสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.694$, $p < .001$)) รวมทั้งการศึกษาของปรารถนา ฉั่วตระกูล และคณะ (2556) พบว่าความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.189$, $p < .05$) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัด

กล่าวโดยสรุปความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นอาการที่พบได้บ่อย และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การจัดการปัญหาความเหนื่อยล้าจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งระหว่าง พ.ศ. 2562 - 2565 พบแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 316 คนเป็น 361 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบตามอาการ ซึ่งความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยในระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความเหนื่อยล้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า และปัจจัยต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็ง แต่การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด ความรู้ที่ได้จากการศึกษาจะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำไปใช้ในการดูแลและจัดการความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่จะสามารถนำผลจากการวิจัยไปใช้ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถนำโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้า และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพการนอนหลับ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987; Piper et al.1988) โดยไปเปอร์ กล่าวถึงความเหนื่อยล้าว่าเป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง (Behavioral / Severity) เป็นการวัดผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ความเหนื่อยล้าที่มีผลรบกวนการทำงาน การเข้าสังคม ความรู้สึกทางเพศ และความพอใจในการทำกิจกรรม ด้านความคิดเห็นหรือ เจตคติ (Affective Meaning) เป็นการวัดความเหนื่อยล้าที่มีผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า มีผลต่อ ความร่าเริงแจ่มใส การยอมรับได้ การเพิ่มกำลังใจ มีผลเชิงบวกต่อการทำงาน และ ความเป็นปกติ ด้านการรับรู้และความรู้สึก (Sensory) เป็นการวัดประสบการณ์ทางร่างกายที่รับรู้จากความเหนื่อยล้า ได้แก่ ความแข็งแรง ตื่นตัว ร่าเริง สดชื่น มีพลังในการทำงาน ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ (Cognitive / Mood) เป็นการวัดความเหนื่อยล้าต่อความคิด ความจำ สมาธิ ได้แก่ ผ่อนคลาย เบิกบาน มีสมาธิ มีความจำดี คิดอะไรแจ่มแจ้ง ส่วนการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล และตามระยะเวลาการเกิด (Piper et al., 1987)

ไปเปอร์ แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดความเหนื่อยล้าออกเป็น 14 ปัจจัย (Piper et al., 1987) ได้แก่

1) การสะสมของของเสียจากการเผาผลาญ ได้แก่ แลคเตท ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน และของเสียจากการทำลายเซลล์ของยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสี ของเสียที่เกิดขึ้นทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง และเกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้ (Piper et al., 1987; Piper, 1991)

2) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้พลังงาน ได้แก่ การแย่งอาหารของก้อนมะเร็ง หรือการได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากอาการคลื่นไส้อาเจียนและเบื่ออาหาร ร่างกายจึงนำพลังงานที่สะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานทำให้ผู้ป่วย

อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ไม่สมดุลสารน้ำ และ อิเล็คโทรไลต์ เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Aistars, 1987; Piper et al., 1998; Piper, 1991)

3) แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ความเหนื่อยล้าจากภาวะโรคมะเร็งและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายได้น้อยลง ความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง (Catanzaro et al., 2023)

4) การตื่นและการนอนหลับอย่างพอเพียงจะช่วยทำให้ร่างกายเก็บสะสมพลังงาน สะสมโปรตีนและสังเคราะห์โปรตีน และเก็บสะสมพลังงานไว้ในเซลล์มากขึ้น ขณะหลับเป็นช่วงที่ร่างกายสงวนพลังงานไว้ใช้ อัตราการเผาผลาญลดลง อุณหภูมิกายลดลง มีการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ดังนั้นจึงลดความเหนื่อยล้าลง (Palesh et al., 2021; Redeker et al., 2020)

5) แบบแผนภาวะของโรค พยาธิสภาพของโรคมะเร็งทำให้มีการเพิ่มจำนวนเซลล์มะเร็งมากขึ้น ทำให้ในร่างกายมีการเผาผลาญอาหารมากขึ้น ร่างกายมีการดึงพลังงานที่สะสมมาใช้เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเพิ่มขึ้น ผลตามมาคือมีการสะสมของเสียมากขึ้น นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้ลดการสร้างสาร หรือ ฮอร์โมนที่ส่งเสริมการสร้างพลังงาน ทำให้ขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็คโทรไลต์ หรือมีการขนส่งออกซิเจน และอาหารเพื่อนำไปสร้างเป็นพลังงานได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993)

6) แบบแผนการรักษา (Treatment Patterns) เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด จะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ทำให้เกิดความอยากอาหารลดลง และรับประทานอาหารได้น้อย พลังงานที่เข้าสู่ร่างกายไม่เพียงพอต่อความต้องการ มีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมมาใช้ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในที่สุด (Tsai, Lin, Chao, & Lin, 2010)

7) แบบแผนอาการแสดงของโรค เช่น มีไข้จากการติดเชื้อ ความเจ็บปวด คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร หายใจลำบาก อ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ นอนไม่หลับ เป็นต้น อาการเหล่านี้จะส่งผลให้ร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น หรืออาจทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Dodd, 1987; Piper, 1991)

8) แบบแผนสภาพจิตใจ โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังและความวิตกกังวลจะทำให้ร่างกายมีการตอบสนองโดยการกระตุ้นระบบประสาท ซิมพาเธติค ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ออกมากระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำให้มีการสลายตัวของกลูโคส และสลายโปรตีนออกจากกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นเร็ว การเผาผลาญอาหารเพิ่มขึ้น เมื่อพลังงานลดลงจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา (Bower & Lamkin, 2017; Fagundes et al., 2018)

9) แบบแผนการใช้ออกซิเจน เช่น ภาวะซีดพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (Piper, 2003) เมื่อเกิดภาวะซีดทำให้การนำออกซิเจนไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า (ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2545)

10) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงการควบคุมสารสื่อนำประสาท การไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็คโทรไลต์จะส่งผลต่อสารสื่อนำประสาท เช่น ทริปโตแฟน (Tryptophan) ซีโรโตนิน (Serotonin) และเมลาโตนิน (Melatonin) หรือการหลั่งสารไซโตไคน์ (Cytokine) ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับ และวงจรชีวภาพ (Circadian Rhythms) (Piper et al., 1987; Piper, 1993) เกิดความเหนื่อยล้าตามมา

11) แบบแผนของสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น สถานที่มีเสียงดัง มีแสงสว่างมากเกินไป มีอุณหภูมิสูงเกินไป สารที่ก่อให้เกิดอาการแพ้ มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987; Piper, 1991)

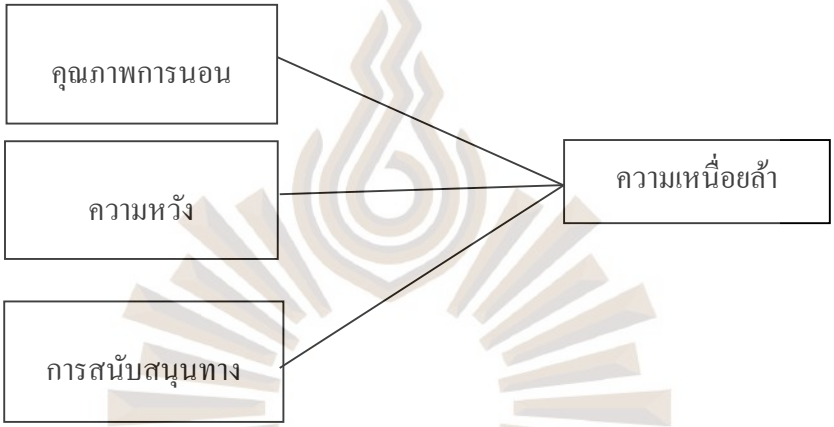
12) แบบแผนทางสังคม การขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมจะส่งผลต่อสภาพจิตใจทำให้เกิดความเครียดสูงขึ้น ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา (Badr et al., 2018; Degen et al., 2020)

13) แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงจากบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีเป็นบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยทำให้เกิดความเครียด ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987; Piper, 1993)

14. ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้หญิงมีระดับความเหนื่อยสูงกว่าเพศชาย (Respini, Jacobsen, Thors, Tralongo, & Balducci, 2003) เพศหญิงขณะมีประจำเดือน ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดมีความเหนื่อยล้าง่ายกว่าเพศชาย บุคคลที่อายุมากขึ้นจะเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย (Piper et al., 1987, 1993)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์ (Piper et al., 1987) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ จัดอยู่ในแบบแผนการนอนหลับและตื่น (Sleep/Wake Patterns) คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนไปจากปัจจัยของโรค ทำให้คุณภาพของการนอนหลับเลวลง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ปัจจัยด้านความหวัง จัดอยู่ในแบบแผนสภาพจิตใจ (Psychological Patterns) ความหวังจะก่อให้เกิดการปรับตัวทางด้านสรีรภาพโดยกระตุ้นกลไกให้ต่อมพิทูอิตารีมีการผลิตฮอร์โมนที่สมดุล มีผลให้

จำนวนเซลล์ผิดปกติลดลง และกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งลดลง ส่งผลให้ความเหนื่อยล้าลดลงตามมา (Simonton et al., 1978) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จัดอยู่ในแบบแผนทางสังคม (Social Patterns) แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ทำให้มีการสงวนพลังงาน จึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้าลดลงตามมา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรร และความเหนื่อยล้าแสดงดังในรูปที่ 1.1



รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ความเหนื่อยล้า (Fatigue) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เกี่ยวกับความรู้สึกเหนื่อยมาก หมดแรง สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายและจิตใจลดลง ไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการพักผ่อนนอนหลับ แสดงออกทางอาการและอาการแสดง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ ด้านการรับรู้และความรู้สึกทางกาย ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ประเมินความเหนื่อยล้าโดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Revised-Piper Fatique Scale (R-PFS) ฉบับภาษาไทยของ นารา กุลวรรณวิจิตร (2549) มีคำถามจำนวน 22 ข้อ โดยคำตอบแต่ละข้อให้คะแนน 1-10 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22 - 220 คะแนนรวมมีค่ามากหมายถึงมีความเหนื่อยล้ามาก

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ประเมินความเพียงพอและความพึงพอใจต่อการนอนหลับของตนเอง ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งเชิง

ปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเริ่มตั้งแต่เข้านอนจนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับ และความรู้สึกสดชื่นหลังตื่นนอน ไม่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) แปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2542) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน คะแนนรวมมีค่ามากกว่า 5 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ความหวัง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับตนในอนาคตโดยการคาดหมายว่าจะเกิดสิ่งดีๆ และมีความเชื่อมั่นในทางบวกที่ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในสิ่งที่หวังในอนาคต ประเมินโดยใช้แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท Herth Hope Index (1992) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงมีความหวังสูง

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เกี่ยวกับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและการได้รับบริการ ประเมินโดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) ของ Schaefer (1981) แปลเป็นภาษาไทย โดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) มีข้อคำถาม 16 ข้อโดยประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรหรือวัตถุ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงมีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม / ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้า และความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้รวบรวมเนื้อหาสาระสำคัญในการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มะเร็งระยะลุกลาม

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง

ทฤษฎีความเหนื่อยล้าของไปเปอร์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า

คุณภาพการนอนหลับ

ความหวัง

การสนับสนุนทางสังคม

มะเร็งระยะลุกลาม (ADVANCED CANCER)

มะเร็งระยะลุกลาม (Advanced Cancer) หมายถึง ภาวะที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ วัตถุประสงค์หลักของการรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อควบคุมอาการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และช่วยยืดระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วย แตกต่างจากมะเร็งระยะแพร่กระจาย (Metastatic Cancer) คือ มะเร็งระยะลุกลามไม่จำเป็นต้องมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น เช่น มะเร็งสมอง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แม้ไม่แพร่กระจายก็จัดให้เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ส่วนมะเร็งระยะแพร่กระจายก็ไม่จำเป็นต้องเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เช่น มะเร็งอัณฑะที่มีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นแล้วแต่ยังสามารถรักษาให้หายได้จึงไม่จัดเป็นระยะลุกลาม มะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งตับอ่อน ที่มีการลุกลามเฉพาะที่ (Locally Advanced Cancer) ถ้าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก็จัดเป็นมะเร็งระยะลุกลามเช่นกัน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สถาบันมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกาอธิบายความหมายของมะเร็งระยะลุกลามไว้ว่า คือ มะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่มะเร็งระยะลุกลามบางชนิดสามารถควบคุมอาการได้นานหลายปีด้วยการรักษา จนถือว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง (NCI, 2023)

ลักษณะของมะเร็งระยะลุกลาม

มะเร็งระยะลุกลามสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลัก คือ

1) มะเร็งที่ลุกลามเฉพาะที่ (Locally Advanced Cancer) เป็นมะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้นมาก หรือมีการแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อ และต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงอย่างรุนแรง แม้จะยังไม่ได้แพร่กระจายไปอวัยวะที่อยู่ห่างไกล แต่ก็อาจทำให้การผ่าตัดออกทั้งหมดทำได้ยาก โดยทั่วไปจะจัดอยู่ในมะเร็งระยะที่ 3

2) มะเร็งที่มีการแพร่กระจาย (Metastatic Cancer) เซลล์มะเร็งได้แพร่กระจายจากจุดเริ่มต้นไปยังอวัยวะอื่นๆที่อยู่ห่างไกล เช่น มะเร็งเต้านมที่ลามไปที่กระดูกหรือปอด เป็นระยะที่รุนแรงที่สุด และมักจะจัดอยู่ในมะเร็งระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เป้าหมายหลักของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการ ชะลอการเติบโตของมะเร็ง และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

ดังนั้น มะเร็งระยะลุกลาม จึงครอบคลุมทั้งมะเร็งเฉพาะที่ และมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย ใน ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อนและแตกต่างจากมะเร็งระยะเริ่มต้น

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม จะมีความทุกข์ทรมานอย่างมากจากอาการที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค และจากการรักษาที่ได้รับ และเมื่อการดำเนินของโรคมากขึ้นยิ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ มากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณตามมา อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม มีดังนี้ (Heidrich, 2007)

1) ความเหนื่อยล้า (Cancer-Related Fatigue) เป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Aksoy & Ruchan, 2015) เป็นการรับรู้ความรู้สึกว่าหมดแรง เหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางร่างกายและจิตใจ ความคิดที่อ่อนล้า เหน็ดเหนื่อย หมดแรง เนื่องจาก โรคมะเร็งหรือจากการรักษา

พบร้อยละ 15-99 (Walsh & Reilly, 2018) เกิดจากหลายปัจจัย เช่น เพศ พบว่าเพศหญิงมีความเหนื่อยล้าสูงกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากปัจจัยทางชีวภาพ ฮอร์โมน จิตใจ และบทบาทในครอบครัว (Berger et al., 2015) อายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความเหนื่อยล้าสูงกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง (Giesinger et al., 2015) ระยะของโรค การรักษา ภาวะซีด จากเม็ดเลือดแดงมีการเปลี่ยนแปลง จากกระบวนการเมตาบอริซึมในร่างกาย ภาวะโภชนา จากการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีอาการซึมเศร้า ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีโรคร่วม เป็นต้น ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่จะมีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปในระบบต่อมน้ำเลือง หรือกระจายไปยังอวัยวะอื่น ส่งผลให้เกิดการแย่งสารอาหารจากก้อนมะเร็ง มีการเพิ่มการเผาผลาญ ทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร และมีการคั่งของเสียจากการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้น จึงเกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา (Setiawan, Sari, Wijaya, Julianto, & Kwon, 2023; McGovern, Dolan, Horgan, Laird, & McMillan, 2022; Zhang et al., 2024)

2) อาการปวด (Cancer Pain) พบร้อยละ 78.4 (Tai et al., 2016) เกิดได้จากสาเหตุทางกายความปวดเกิดจากการลุกลามของเซลล์มะเร็ง เช่น การกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าสู่กระดูก เป็นต้น จากการรักษา เช่นการผ่าตัด เป็นต้น ส่วนสาเหตุด้านจิตใจเกิดจาก ภาวะซึมเศร้า หมดหวัง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นต้น

3) คลื่นไส้อาเจียน (Nausea and Vomiting) พบได้ประมาณร้อยละ 46 (Harder et al., 2019) เกิดจากการอุดกั้นทางเดินอาหารจากก้อนมะเร็ง และศูนย์ควบคุมการอาเจียนที่ก้านสมองถูกกระตุ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เกิดการกระตุ้นของเส้นประสาทเวกัส (Vagus Nerve) ส่งสัญญาณประสาทกระตุ้นไปยังส่วนของศูนย์ควบคุมการอาเจียน ซึ่งอยู่ที่สมองส่วน Medulla Oblongata ทำให้เกิดการคลื่นไส้อาเจียน ถ้าไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เกิดอาการอื่นตามมา เช่น เบื่ออาหาร ขาดสารอาหาร ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เป็นต้น

4) ท้องผูก (Constipation) พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 63.5 (Tai et al., 2016) โดยมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น การได้รับยากลุ่ม Opioid เป็นประจำ จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง เช่น จากความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เป็นต้น เมื่อเกิดอาการท้องผูกจะส่งผลให้เกิดอาการอื่นตามมา เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

5) เบื่ออาหาร (Loss of Appetite) พบได้ร้อยละ 64.4 (Tai et al., 2016) สาเหตุมาจากก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อเซลล์มะเร็ง ซึ่งนำไปสู่การกระตุ้นการผลิตสาร Interleukin 1B และ Leptin เพิ่มขึ้น และออกฤทธิ์ไปยัง Vagus nerve แล้วส่งสัญญาณความรู้สึกไปยัง Brainstem และ Hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมความอยากอาหาร ทำ

ให้ผู้ป่วยรู้สึกอิ่ม รับประทานอาหารได้น้อยลง และมีอาการเบื่ออาหาร (กนกพร วิสุทธิกุล, 2555) เมื่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการอย่างต่อเนื่อง จะเกิดกระบวนการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อนำมาใช้เป็นพลังงาน จะส่งผลให้ผู้ป่วยขาดสารอาหาร และเกิดอาการกล้ามเนื้อลีบลง (Cancer Cachexia)

6) ปัญหาการนอนหลับ (Sleep Disorder) คุณภาพการนอนหลับไม่ดี เป็นการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ นอนหลับยาก ตื่นบ่อย ช่วงเวลาการนอนหลับสั้นลง พบได้ร้อยละ 57.5 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Mercadante et al., 2015) สาเหตุมาจากอาการที่มีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็งระยะลุกลาม และการรักษา เช่น อาการปวด ไข้ การรับยาเคมีบำบัด ยาคลายกังวล ยารักษาอาการซึมเศร้า เป็นต้น

7) ความวิตกกังวล (Anxiety) พบได้ร้อยละ 44 ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นสภาวะอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกไม่สบายใจ และกระวนกระวายใจ ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน ที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจน ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนในอนาคต

8) สับสน และกระวนกระวาย (Confuse) พบบ่อยถึงร้อยละ 50 ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ภาวะสับสนเป็นผลมาจากการลุกลามของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และเมื่อการดำเนินของโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ มากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ อาการที่พบบ่อยได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เบื่ออาหาร ปัญหาการนอนหลับ ความวิตกกังวล และความสับสน

การรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลาม

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะแตกต่างจากการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วย การรักษาที่พบได้บ่อยได้แก่

1) การผ่าตัด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะพิจารณาผ่าตัดเพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้

(1) เพื่อบรรเทาอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ช่วยจัดการภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอาจช่วยยืดอายุผู้ป่วยได้ด้วย เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะลำไส้อุดตัน จะพิจารณาทำการผ่าตัดสร้างทวารเทียมบริเวณหน้าท้อง หรือในกรณีผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ อาจจำเป็นต้องมีการผ่าตัดใส่ท่อสายยางให้อาหารผ่านทางหน้าท้องเข้าสู่กระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กเพื่อส่งเสริมด้านโภชนาการ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

(2) เพื่อควบคุมภาวะเลือดออกที่เรื้อรัง และเฉียบพลัน เช่นในกรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร อาจต้องใช้การส่องกล้องเพื่อค้นหาตำแหน่งจุดเลือดออก และทำการรักษาด้วยการจี้จุดที่มีเลือดออก

2) การรักษาด้วยรังสี การฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อบรรเทาอาการปวด และควบคุมอาการเฉพาะที่ โดยถือเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งเฉพาะบริเวณ ไม่ได้มุ่งเน้นเพื่อลดขนาดก้อนเนื้องอก

3) การรักษาด้วยยา มีดังนี้

(1) ยาเคมีบำบัด (Chemo Therapy) เป็นการใช้ยาในรูปแบบของการฉีด หรือการรับประทาน เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง การรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย และ สามารถช่วยยืดระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

(2) ฮอร์โมนบำบัด (Hormonal Therapy) เป็นการรักษาโดยการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของฮอร์โมน หรือลดการสร้างฮอร์โมน เช่น ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม การใช้ยา Tamoxifen จะยับยั้งฤทธิ์ของฮอร์โมน Estrogen ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเติบโต และก้อนมีขนาดเล็กลง หรือในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก มีการใช้ยาที่ควบคุมระดับฮอร์โมน Testosterone เพื่อยับยั้งการขยายตัวของเซลล์มะเร็ง

(3) ยากลุ่ม Bisphosphonates เช่น Pamidronate (ชื่อการค้า Aredia), Zolendronic Acid (ชื่อการค้า Zometa) ถูกใช้เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของโครงสร้างกระดูก ในกรณีที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังกระดูก ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกหักได้

(4) ยาแบบมุ่งเป้า Targeted Therapy เป็นการใช้ยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่จำเพาะเจาะจง ต่อเป้าหมายระดับโมเลกุลในเซลล์มะเร็งเท่านั้น ซึ่งส่งผลให้เซลล์ปกติได้รับผลกระทบลดลง เมื่อเทียบกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

4) การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) คือ แนวทางการดูแลแบบองค์รวม ที่เน้นการดูแลบุคคลที่ประสบกับภาวะทุกข์ทรมานเกี่ยวกับสุขภาพอย่างรุนแรง เนื่องมาจากโรคร้ายแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ใกล้จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลนี้มีเป้าหมายเพื่อ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล (WHO, 2020)

องค์ประกอบสำคัญการดูแลแบบประคับประคอง (WHO, 2020) มีดังนี้

(1) การป้องกัน และ บรรเทาความทุกข์ทรมาน เริ่มตั้งแต่การป้องกัน การระบุ และการจัดการปัญหาต่างๆ ความทุกข์ทรมานทางกายโดยการใช้ยา เช่น การลดความปวด คลื่นไส้ หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย เป็นต้น อาการทางจิตใจได้แก่ คลายความวิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น ทางสังคม โดยการสื่อสารในครอบครัว การวางแผนในเรื่องการเงิน การดูแลเมื่อกลับบ้าน และทางจิตวิญญาณ เช่น ความหมายของชีวิต การให้อภัย การเตรียมตัวตายอย่างสงบ เป็นต้น

(2) ใช้แนวทางการดูแลเป็นทีม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ที่ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่นนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

(3) ไม่เร่ง หรือยืดการเสียชีวิต การเสียชีวิตเป็นกระบวนการทางธรรมชาติ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างเต็มที่จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

(4) ให้การสนับสนุนครอบครัว และผู้ดูแล นอกจากดูแลผู้ป่วย ยังรวมถึงการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนครอบครัว และผู้ดูแล ตลอดการเจ็บป่วย และเมื่อต้องเผชิญกับความเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย หมดกำลัง เกิดความไม่สุขสบายขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อาการไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการพักผ่อนนอนหลับและมีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิต (Piper, 1993)

ความเหนื่อยล้าที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็ง หมายถึง ความรู้สึกที่รุนแรงและต่อเนื่องของความเหน็ดเหนื่อย หรืออ่อนเพลียทางร่างกาย อารมณ์ หรือ สติปัญญา ซึ่งสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง หรือการรักษา และไม่ได้เป็นสัดส่วนกับการทำกิจกรรมล่าสุด และรบกวนการทำหน้าที่ตามปกติในชีวิตประจำวัน (Nation Comprehensive Cancer Network, 2023)

โดยสรุปจากคำจำกัดความของความเหนื่อยล้าที่กล่าวมาข้างต้น ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง คือการรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อยมาก หมดแรง จนทำให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึกที่รุนแรงและต่อเนื่องของความเหน็ดเหนื่อย หรืออ่อนเพลียทางร่างกาย อารมณ์ หรือ สติปัญญา และไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการพักผ่อนนอนหลับ ซึ่งสัมพันธ์กับโรค

และการรักษาของโรคมะเร็ง และไม่ได้เป็นสัดส่วนกับการทำกิจกรรมล่าสุด รบกวนการทำหน้าที่ตามปกติในชีวิตประจำวัน

ความเหนื่อยล้า คือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคล สามารถแบ่งออกได้ 2 ชนิด (Barnett, 1997; Piper et al., 1987) ดังนี้

1) ความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute Fatigue) คือความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทั่วไป เป็นกลไกของร่างกายที่ใช้ป้องกันอันตราย ความเหนื่อยล้านี้อาจเกิดขึ้นเฉพาะส่วน มักเกิดจากการออกแรงทางกายมากเกินไป มีระยะเวลาการเกิดช่วงสั้นๆ ไม่เกินเดือน และพบได้ในคนปกติ

2) ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่ผิดปกติ เกิดขึ้นยาวนานมากกว่าระยะเวลา 1 เดือน อาจเกิดจากปัจจัยหลายๆ อย่างทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจิตวิญญาณ ไม่สามารถลดความเหนื่อยล้านี้ได้ด้วยการได้พักผ่อน หากเกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังเกิน 6 เดือนจะส่งผลรุนแรงต่อร่างกาย เรียกว่ากลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue Syndrome [CFS]) (Piper, 1993)

ทฤษฎีความเหนื่อยล้าของไปเปอร์

ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อยและสร้างความทุกข์ทรมานได้มากที่สุดในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีผลกระทบทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วยอีกด้วย จากปัญหาดังกล่าว Piper (1987) พยาบาลวิชาชีพ และนักวิจัยผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยา ได้พัฒนาแบบจำลองทางทฤษฎีขึ้นในปี ค.ศ. 1987 เพื่อเป็นกรอบในการวัด วิเคราะห์ และจัดการความเหนื่อยล้า

กลไกที่ก่อเกิดความเหนื่อยล้า พบได้ในบุคคลปกติและบุคคลที่เจ็บป่วย เกิดจากความผิดปกติ 14 แบบแผน ดังนี้ (Piper et al., 1987)

1) การสะสมของของเสียจากการเผาผลาญ (Accumulation of Metabolites) ปกติเซลล์กล้ามเนื้อ จะมีปริมาณของเสียจากการเผาผลาญสะสมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีกลไกการปรับตัวเพื่อรักษาสภาวะสมดุลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การสะสมที่เพิ่มขึ้นของของเสียเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์กล้ามเนื้อ ของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญที่เป็นสาเหตุของความเหนื่อยล้า ได้แก่ แลคเตท ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน และของเสียที่เกิดจากการทำลายเซลล์จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสี การสะสมของสารเหล่านี้ทำให้ลด

ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อ นำไปสู่ภาวะความเหนื่อยล้าขึ้นได้ (Piper, 1991; Piper et al., 1987) โรคมะเร็งเป็นภาวะที่เซลล์เนื้อเยื่อมีการแบ่งตัวผิดปกติ และควบคุมไม่ได้ สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ทั่วร่างกาย (Alschuler & Gazella, 2007) ทำให้กระบวนการเมตาบอลิซึมในเซลล์สูงขึ้น ส่งผลให้มีการสะสมของเสียในร่างกายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง ยังทำให้มีการปล่อยของเสีย (End Products) ออกมาสะสม และสารเหล่านี้จะไปขัดขวางการทำงานของเซลล์ปกติ ทำให้สภาวะและหน้าที่ของเซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไป ส่วนไฮโดรเจนไอออนจะเข้าไปรบกวนกระบวนการทำงานของกล้ามเนื้อโดยการแย่งจับกับตำแหน่งของแคลเซียมอิออนในการไปจับกับ Troponin ในระหว่างขั้นตอนปฏิกิริยาระหว่าง แอคตินกับไมโอติน (Actin-Myosin Interaction) การรบกวนนี้ส่งผลให้แรงในการหดรัดตัวกล้ามเนื้อลดลง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้ (Piper, 1991; Piper et al., 1987)

2) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (Changes Inenergy and Energy Substrate Patterns) การเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการใช้พลังงานมีความสัมพันธ์กับการได้รับสารตั้งต้นหลักที่ให้พลังงาน ได้แก่ ไกลโคเจน โปรตีน และไขมัน โดยปัจจัยด้านระยะเวลา ปริมาณ และชนิดของอาหารที่รับประทานมีผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าแบบแผนการใช้พลังงานเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ เนื่องจากความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึม ได้แก่ การแย่งใช้สารอาหารจากก้อนมะเร็งมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว และแย่งใช้สารอาหารจากเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย หรือภาวะขาดสารอาหาร ผู้ป่วยอาจได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ จากการรักษา หรือจากตัวโรคเอง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และภาวะเบื่ออาหาร เมื่อร่างกายได้รับพลังงานไม่เพียงพอ จะเกิดการสลายพลังงานที่สะสมไว้ โดยกล้ามเนื้อจะมีการสลายไกลโคเจน โปรตีน และไขมัน เพื่อนำมาเป็นแหล่งพลังงานทดแทน การสลายพลังงานเหล่านี้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะอ่อนเพลีย น้ำหนักลด และเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็คโทรไลต์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Aistars, 1987; Piper et al., 1987; Piper, 1991)

3) แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity/Rest Patterns) ความไม่สมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า การทำกิจกรรมทางกายที่มากเกินไปจะเพิ่มการใช้พลังงาน และเร่งให้เกิดการสะสมของเสียจากการเผาผลาญ หากร่างกายไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ร่างกายจะไม่สามารถดำเนินการปรับสมดุลทางสรีรวิทยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่การเกิดความเหนื่อยล้าได้ การพักผ่อนที่มีประสิทธิภาพควรครอบคลุมทั้งทางร่างกาย และจิตใจ สามารถทำได้โดยการลดระดับกิจกรรม การหยุดกิจกรรมเป็นช่วงสั้นๆ และการจัดให้มีการพักผ่อนเป็นระยะอย่างเหมาะสม (Piper et al., 1987; Piper, 1991) ซึ่ง

ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่าเมื่อเกิดความเหนื่อยล้าจากภาวะโรคมะเร็ง และผลข้างเคียงการรักษา จะส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายได้ลดลง ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ ตามมา (Tralongo, Respini, & Ferrau, 2003)

4) แบบแผนการนอนหลับและการตื่น (Sleep/Wake Patterns) การนอนหลับและตื่นมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอในช่วงเวลากลางคืนเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะง่วงนอนและความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993) การนอนหลับที่เพียงพอมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูพลังงานของร่างกาย โดยช่วยส่งเสริมการสะสม และการสังเคราะห์โปรตีน รวมถึงการเก็บสะสมพลังงานในเซลล์ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย อวัยวะต่างๆได้รับการพักผ่อน และร่างกายเข้าสู่ภาวะสงวนพลังงานไว้ใช้ ซึ่งแสดงออกในรูปของอัตราการเผาผลาญลดลง อุณหภูมิกายลดลง มีการหลั่งฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอในร่างกาย (ปะราลี โอภาสนันท์, 2545) มีรายงานการศึกษาที่ยืนยันว่า ระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพและปริมาณการนอนหลับที่ไม่ดีในช่วงกลางคืน (Ancoli, Moore, & Jones, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรสโคลและคณะ พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ลดลงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า (Roscoe et al., 2007) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังสี (2544) ที่พบว่าความเหนื่อยล้ามีผลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับปัญหาในการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

5) แบบแผนภาวะของโรค (Disease Patterns) ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคกล้ามเนื้อและระบบประสาท โรคเอดส์ และโรคมะเร็ง นอกจากนี้ ความเครียดที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ยังส่งผลให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น กลไกหลักที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้าจากภาวะของโรค ได้แก่ การใช้พลังงานที่เพิ่มขึ้น จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง การเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วของเซลล์มะเร็ง ก่อให้เกิดการเผาผลาญอาหารเพิ่มมากขึ้น ร่างกายต้องใช้พลังงานในอัตราที่สูงขึ้น และมีการดึงเอาพลังงานสำรองที่สะสมไว้มาใช้ในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับสู่สภาวะปกติ ขบวนการนี้อาจนำไปสู่การสะสมของเสียมากขึ้น นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้มีการสร้างสาร หรือฮอร์โมนที่บกพร่อง พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้มีการสร้างสาร หรือฮอร์โมนที่ส่งเสริมการสร้างพลังงานลดลง หรือจากความบกพร่องในการขนส่ง เกิดภาวะขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็คโทรไลต์ หรือประสิทธิภาพในการขนส่งออกซิเจน และสารอาหารเพื่อนำไปสร้างพลังงานลดลง ภาวะดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานกล้ามเนื้อและพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993)

6) แบบแผนการรักษา (Treatment Patterns) รูปแบบการรักษาโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และการผ่าตัด ล้วนเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987) เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด มักมีผลข้างเคียงที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และภาวะเบื่ออาหาร ผลข้างเคียงเหล่านี้ทำให้ความอยากอาหารและปริมาณอาหารที่รับประทานลดลง เมื่อพลังงานที่เข้าสู่ร่างกายไม่เพียงพอต่อความต้องการ ร่างกายจึงมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้มาใช้ ซึ่งนำไปสู่ภาวะไม่สมดุลพลังงาน และส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในที่สุด (Tsai et al., 2010)

7) แบบแผนอาการแสดงของโรค (Symptom Patterns) อาการแสดงของโรคเป็นสาเหตุนำไปสู่ความเหนื่อยล้า เช่น อาการไข้จากการติดเชื้อ ความเจ็บปวด คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ภาวะหายใจลำบาก กล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ การนอนไม่หลับ เป็นต้น อาการเหล่านี้ส่งผลให้ร่างกายผ่านกลไกหลายประการ เช่น มีการเพิ่มการใช้พลังงาน อาการไข้หรือความเจ็บปวดทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น การลดการได้รับสารอาหาร จากอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การลดความสามารถทางกาย ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และการนอนไม่หลับลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและความสามารถในการฟื้นฟู ผลกระทบเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ (Dodd, 1987; Piper, 1991) การจัดการเพื่อควบคุมอาการแสดงเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลด หรือป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งได้ (Piper, 1993)

8) แบบแผนสภาพจิตใจ (Psychological Patterns) ความผิดปกติด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987) โดยความเครียดเรื้อรังและความวิตกกังวลส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนอง ผ่านการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเธติค (Sympathetic Nervous System) ผ่านระบบไฮโปทาลามัส-พิตูอิทารี-แอดรีนัล (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis : HPA) ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนความเครียดในระดับสูง ฮอร์โมนคอร์ติซอลจะกระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ให้เกิดการสลายตัวของกลูโคส และสลายโปรตีนออกจากกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายดึงพลังงานที่สะสมมาใช้มากขึ้น เมื่อพลังงานสะสมลดลงก็จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Gutstein, 2001) ความเครียดด้านอารมณ์ ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น ความรู้สึกไม่แน่นอน และความรู้สึกเป็นภาระ ก็มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และการสะสมของเสียในร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ (Tsai et al., 2010)

9) แบบแผนการใช้ออกซิเจน (Oxygenation Patterns) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือรบกวนความสามารถของร่างกายในการคงระดับออกซิเจนที่เพียงพอในปอด หรือ

ในกระแสเลือด ถือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (Piper et al., 1987) ภาวะซีดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด (Piper, 2003) เมื่อเกิดภาวะซีดขึ้น ความสามารถในการนำพาออกซิเจนไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในระดับเซลล์กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ ซึ่งเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความเหนื่อยล้าทางกาย (ชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2545)

10) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงการควบคุมสารสื่อนำประสาท (Changes in Regulation Transmissionpatterns) ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็คโทรไลต์จะส่งผลกระทบต่อระดับของสารสื่อนำประสาทที่สำคัญ เช่น ทริปโตแฟน (Tryptophan) ซีโรโตนิน (Serotonin) และเมลาโตนิน (Melatonin) นอกจากนี้ยังรวมถึงการหลั่งสารไซโตไคน์ (Cytokine) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมการนอนหลับและวงจรชีวภาพ (Circadian Rhythms) (Piper et al., 1987; Piper, 1993) โดยปกติเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น สัญญาณจะถูกส่งผ่านระบบกระตุ้นการตื่นตัวแบบร่างแห (Reticular Activating System) ไปยังสมองเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้และตื่นตัว และส่งไปยังไขสันหลังเพื่อควบคุมการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การส่งสัญญาณเหล่านี้ต้องอาศัยการควบคุมด้วยสารสื่อประสาทที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดความผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นที่ตัวรับสัญญาณ ทางผ่านสัญญาณ หรือ ความไม่สมดุลของสารสื่อนำประสาท จะส่งผลให้บุคคลมีอาการไม่ตื่นตัว ง่วงซึม และความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อช้าลง โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง พบว่าความสูงอายุเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดการสะสมของไซโตไคน์ (Cytokines) ในร่างกายเพิ่มขึ้น ซึ่งสารไซโตรไคน์มีผลในการลดระดับของซีโรโตนิน (Serotonin) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทสำคัญที่ควบคุมอารมณ์ และการนอนหลับ (Balducci, 2003; Schiepers, Wichers, & Maes, 2005) การลดลงของซีโรโตนินส่งผลกระทบโดยตรงต่อแบบแผนการนอนหลับ ทำให้นอนหลับได้น้อยลง และเกิดความเหนื่อยล้าตามมา

11) แบบแผนของสิ่งแวดล้อม (Environment Patterns) การที่บุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ถือเป็นปัจจัยร่วมที่กระตุ้นให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพแวดล้อมที่มีการรบกวนทางประสาทสัมผัส เช่น สถานที่มีเสียงดังรบกวน มีแสงสว่างมากเกินไป มีอุณหภูมิสูงเกินไป รวมถึงการมีสารก่อภูมิแพ้ องค์ประกอบเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1991; Piper et al., 1987)

12) แบบแผนทางสังคม (Social Patterns) การเปลี่ยนแปลงในแบบแผนทางสังคม ซึ่งครอบคลุมถึงด้านวัฒนธรรม และความเชื่อ หากผู้ป่วยประสบปัญหาการขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือ มีปัญหาทางเศรษฐกิจ อาจนำไปสู่ภาวะเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987) นอกจากนี้ การตัดสินใจปฏิเสธ หรือการต่อต้านแผนการรักษาโรคมะเร็ง อาจ

สร้างความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว หรือบุตร ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดระดับความเครียดที่สูงขึ้น ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา และในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่สามารถปรับตัวต่อการรักษาได้ดี มักแสดงให้เห็นถึงการลดลงของความเหนื่อยล้า (Tsai et al., 2010)

13) แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิต (Life Event Patterns) การเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการ หรือการเปลี่ยนแปลงสถานะจากบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีไปสู่ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1991; Piper et al., 1987)

14) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Innate Host Factors) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพศหญิงมักมีอุบัติการณ์ของความเหนื่อยล้าสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Piper, 1993) และ พบว่าระดับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยหญิงมีระดับสูงกว่าเพศชาย (Respini et al., 2003) ซึ่งสอดคล้องกับช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เช่น ขณะมีประจำเดือน ขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด นอกจากนี้ อายุที่เพิ่มขึ้น ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย (Piper et al., 1987, 1993) เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง เช่น ความสามารถในการหดตัวกล้ามเนื้อลดลง และการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและข้อต่อ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ประสิทธิภาพการทำงานหัวใจลดลง ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ระบบทางเดินอาหาร การย่อยและการดูดซึมสารอาหารลดลง ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารน้อยลง ตวามเสื่อมของระบบต่างๆ ดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา

เครื่องมือที่ใช้วัดความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าได้รับการศึกษาในหลายกลุ่มโรค มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดอย่างมากมาย ในการศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมเครื่องมือที่ใช้วัดความเหนื่อยล้าที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง และโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) Revised-Piper Fatigue Scale (R-PFS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการเหนื่อยล้า ที่พัฒนาขึ้นโดย Piper (Piper et al., 1998) ประกอบด้วย การรับรู้ของอาการและอาการแสดง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ด้านอารมณ์ของความเหนื่อยล้า ด้านประสาทรับรู้ ความรู้สึกทางกาย ด้านการรับรู้หรือการรู้คิด (Piper, 1998) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย นารา กุลวรรณวิจิตร (2549) มีค่า Cronbach’s Alpha Coefficient เท่ากับ

.89 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ถามถึงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้า ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นการประมาณค่าด้วยตัวเลขตั้งแต่ 1-10 (Numeric Scale) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22-220 คะแนน นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง

2) Fatigue Severity Scale (FSS) เป็นเครื่องมือวัดความรุนแรงของความเหนื่อยล้า พัฒนาโดย Krupp, LaRocca, Muir-Nash, and Steinberg (1989) ใช้ประเมินความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน นิยมใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือมีลักษณะเป็น One Dimension, Self – Report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คำถามเป็น Likert Scale 1-7 โดยคะแนนที่มากหมายถึงเหนื่อยล้ามาก เครื่องมือนี้มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.88, Test-Retest Reliability เท่ากับ .84 (Dittner, Wessely, & Brown, 2004; Shahid, Shen, & Shapiro, 2010)

3) Checklist Individual Strength (CIS) เป็นเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าที่พัฒนาโดย Vercoulen et al. (1994) เป็นเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Likert Scale 1-7 CIS ใช้วัดในมิติของความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังเกิดความเหนื่อยล้า มี 4 มิติ ได้แก่ มิติของความเหนื่อยล้า (CIS -F) การลดลงของ Concentrate (CIS -C) การลดลงของกิจกรรม (CIS -A) การลดลงของแรงจูงใจ (Motivation) (CIS -M) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.96 (Shahid et al., 2010) นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4) Fatigue Impact Scale เป็นเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าพัฒนาโดย Fisk et al. (1994) เป็นแบบประเมินผลของความเหนื่อยล้าต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ ประเมินความเหนื่อยล้าต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม (Shahid et al., 2010) มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และMultiple Sclerosis, โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง

5) Multidimentional Fatigue Inventory เป็นเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าพัฒนาโดย Smets, Garssen, Bonke, and De Haes (1995) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ประเมิน 5 มิติ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทั่วไป ความเหนื่อยล้าด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้าด้านจิตใจ การลดลงของแรงจูงใจ และการทำกิจกรรมลดลง ลักษณะคำตอบเป็น Likert Scale 1-5 ระดับคะแนนมากบ่งชี้ว่ามีความเหนื่อยล้า (Shahid et al., 2010) มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.84 นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Revised-Piper Fatigue Scale (R-PFS) ที่พัฒนาขึ้นโดย Piper (1998) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในการวัดความ

เหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง เป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงสูง มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .89 นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาสั้น ประเมินง่าย เหมาะสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง พบงานวิจัยของปรารถนา ฉั่วตระกูล และคณะ (2556) ที่ศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมมีบำบัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ปัจจัยด้านกิจกรรมทางกาย คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม และงานวิจัยของนันทวรรณ พลสุวรรณ และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งได้ศึกษาถึงปัจจัยด้านความเหนื่อยล้า ภาวะโรคร่วม และภาวะซึมเศร้า และงานวิจัยของเกษรา แก้วนิล (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยศึกษาถึงปัจจัยด้านรายได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความเหนื่อยล้า จากการทบทวนพบว่า ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่นกิจกรรมทางกาย คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม รายได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกตัวแปรที่นำมาศึกษา ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม

คุณภาพการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่สอดคล้องกันกับนาฬิกาชีวภาพ ทำหน้าที่กำหนดจังหวะการทำงานของร่างกายในรอบ 24 ชั่วโมง เป็นวงจรที่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหว และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า แม้ในภาวะที่ระดับความรู้สึกตัวต่ำ แต่เมื่อมีการกระตุ้นก็สามารถปลุกตื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Baranwal, Yu, & Siegel, 2023; Roenneberg, 2022)

คุณภาพการนอนหลับคือการรับรู้เชิงอัตวิสัยของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับของตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยครอบคลุมทั้งด้านระยะเวลา ความต่อเนื่อง ประสิทธิภาพ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำงานในเวลากลางวัน (Baranwal et al., 2023; Buysse, Reynolds,

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Monk, Berman, & Kupfer, 1989) ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบปัญหาการนอนหลับ (Sleep Problem) ได้แก่ อาการหลับๆตื่นๆ ต้องใช้เวลานานในการนอนหลับ และเมื่อตื่นแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ ร้อยละ 50–70 (Ancoli-Israel et al., 2001; Vaughn et al., 2025) คุณภาพการนอนหลับที่ดีและเพียงพอเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการสงวนพลังงานและการซ่อมแซมทางร่างกาย (Baranwal et al., 2023) โดยช่วยส่งเสริมการสังเคราะห์โปรตีน การแบ่งตัวของเซลล์ การหลั่งฮอร์โมนเพื่อการเจริญเติบโต และการฟื้นฟูระบบภูมิคุ้มกัน เมื่อการนอนหลับไม่เพียงพอหรือมีคุณภาพต่ำ ร่างกายอาจไม่สามารถสร้างสารให้พลังงานสูง (High-Energy Substrates) หรือสะสมโปรตีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้เกิด ความเหนื่อยล้า (Fatigue) ได้ (Ancoli-Israel et al., 2001; Baranwal et al., 2023)

การนอนหลับที่ดี หรือไม่ดี เป็นการบ่งชี้เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1) คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอน จำนวนครั้งของการนอน และจำนวนครั้งของการตื่น

2) คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ คุณภาพการนอนหลับเป็นพฤติกรรม และความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้านอนจนตื่นนอน สามารถบอกได้จากบุคคลนั้นว่ามีคุณภาพการนอนหลับดีหรือไม่ เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับเพียงพอ

การนอนหลับเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่มีกลไกซับซ้อน ที่ผ่านมามีการพัฒนาทฤษฎีต่างๆ ที่พยายามอธิบายกลไกการนอนหลับ โดยแต่ละทฤษฎีมีจุดเน้นและแนวคิดเฉพาะแตกต่างกันออกไป ทั้งในเชิงโครงสร้างสมอง เคมีชีวภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกาย ทฤษฎีแบ่งออกเป็นหลายกลุ่มดังนี้

1) ทฤษฎีผลโดยตรง (Active Theory Of Sleep) เชื่อว่าการนอนหลับเกิดจากการหลั่งสารสื่อประสาท Serotonin ของก้านสมองส่วนใต้มิดพอนส์ (Midpons) ได้แก่ Nucleus Reticularis Ventralis เซลล์ประสาทราฟ (Rapha Nuclei) และเซลล์ประสาทที่ Rostral Solitary Tract และการมีสิ่งเร้าที่เหมาะสม การอิ่ม อากาศอบอุ่น และการลดสิ่งเร้าที่กระตุ้นระบบประสาทรับความรู้สึก ส่งผลไปยับยั้งการทำงานของสมองส่วนต่างๆ เช่น Cortical Cortex เกิดจากการขัดขวางการทำงานของ Reticular Formation ทำให้เกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างช้า (Non-Rapid Eye Movement Sleep : NREM) ส่วนการหลั่งสาร นอร์แอดรีนาลีนและอะซีทีลโคลีน จาก

เซลล์ประสาท Local Coeruleus และIntercellular Tegmental Field : GTF ในสมองส่วน พอนส์ ทำให้เกิดการนอนหลับระยะที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement Sleep : REM)

2) ทฤษฎีผลโดยอ้อม (Passive Theory Of Sleep) เชื่อว่าการนอนหลับเกิดจากกระบวนการที่สมองส่วน Ascending Reticular Activating System (ARAS)ซึ่งเป็นสมองที่ทำงานในขณะตื่นมีการทำงานน้อยลง ทำให้มีการกระตุ้นสมองส่วนนอกคอร์เท็กซ์น้อยลง ทำให้ง่วงนอนและเข้าวงจรการนอนหลับ ต่อมามีการศึกษาทดลองพบข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งแนวคิดนี้

3) ทฤษฎีสร้างทดแทน (Restitution Theory) เชื่อว่าการนอนหลับคือช่วงเวลาที่ร่างกายมีการฟื้นฟูสร้างเสริม ซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอ เพื่อนำไปใช้ขณะตื่น การนอนหลับถึงระยะไม่มีการกลอกตาเร็วระยะ3 (NREM3) และระยะที่ 4 (NREM4) จะช่วยฟื้นฟู ซ่อมแซมด้านร่างกาย ส่วนการนอนหลับแบบมีการกลอกตาเร็ว (REM) จะช่วยฟื้นฟู ซ่อมแซมด้านจิตใจ โดยเชื่อว่าใน 3 ชั่วโมงแรกของการนอนหลับ คือช่วง REM ระบบประสาทจะหลั่งสาร Growth Hormone เพิ่มขึ้น มีการนำ Amino Acid เข้าสู่เซลล์มากขึ้นเกิดการสังเคราะห์โปรตีนซึ่งทฤษฎีนี้มีข้อโต้แย้งว่าในขณะที่เซลล์มีการสังเคราะห์โปรตีนเพื่อเกิดการเจริญเติบโต และซ่อมแซม จะต้องใช้อินซูลินด้วย แต่ในระยะแรกของการนอนหลับร่างกายกลับไม่พบอินซูลิน

4) ทฤษฎีสารชีวเคมี (Humoral Theory) เชื่อว่าขณะที่ร่างกายมีกิจกรรมจะมีของเสีย (Chemical Toxin) และการสะสม ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย และต้องการการนอนหลับ ในขณะมีการนอนหลับร่างกายจะขจัดสารที่ทำให้หลับ (Hypnotic Toxin) ออกจากร่างกาย ทำให้เราตื่น แต่ทฤษฎีนี้ขัดแย้งจากข้อเท็จจริงที่ว่าแฝดสยามอิน-จันที่มีระบบไหลเวียนเลือดร่วมกันแต่มีแบบแผนการนอนหลับต่างกันและหลับคนละเวลาในปัจจุบันนักสรีรวิทยาและนักชีวเคมีได้ค้นพบสารชีวเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติทำให้ร่างกายได้ผ่อนคลายและเกิดการนอนหลับได้แก่ Melatonin, Peptides, Prostaglandins, Gamma-Amino Butyric Acid : GABA และฮอร์โมนอื่นๆ เป็นต้น

วงจรการนอนหลับ

วงจรการนอนหลับของมนุษย์ประกอบด้วย 2 ประเภทหลัก ที่เกิดขึ้นสลับกันไปอย่างเป็นวัฏจักรตลอดช่วงเวลาของการนอนหลับ ได้แก่ การนอนหลับในช่วงที่ไม่มีการเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว (Non-Rapid Eye Movement : NREM) และการนอนหลับในช่วงที่มีการเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว (Rapid Eye Movement : REM) โดยเริ่มจาก NREM สลับ REM อย่างต่อเนื่อง (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559)

1) การนอนหลับในช่วงที่ไม่มีการเคลื่อนไหวลูกตาอย่างรวดเร็ว (NREM) เกิดขึ้นเมื่อระบบควบคุมการตื่นรู้ลดระดับการทำงานลง จึงเกิดวงจรการนอนหลับขึ้น จะใช้เวลา 90 นาทีต่อรอบ องค์ประกอบของ NREM แบ่งเป็น 4 ระยะ ตามลักษณะของคลื่นไฟฟ้าสมอง คือ

ระยะที่ 1 ระยะเคลิ้มหลับ (Falling Asleep) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากสภาวะตื่นตัวเข้าสู่การหลับ เริ่มมีการลดลงของกิจกรรมของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ร่างกายและอารมณ์เริ่มผ่อนคลาย ดวงตาปิดและกลอกตาอย่างช้าๆ ในระยะนี้บุคคลยังคงรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ง่าย

ระยะที่ 2 ระยะหลับตื้น (Light Sleep) เป็นระยะที่เข้าสู่การหลับที่ลึกขึ้น คลื่นหลับ (Sleep Spindles) เริ่มปรากฏ ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น อัตราการหายใจช้าลง และอุณหภูมิของร่างกายลดลง การเคลื่อนไหวของดวงตาช้าลง ในระยะนี้ยังสามารถปลุกให้ตื่นได้ง่ายด้วยเสียงเร้าภายนอก หรือสัมผัสร่างกาย

ระยะที่ 3 ระยะเริ่มหลับลึก (Deep Sleep) เป็นช่วงเริ่มต้นการหลับลึก ซึ่งการปลุกให้ตื่นจะทำได้ยากขึ้น ความดันโลหิต และอัตราการเผาผลาญของร่างกายลดลงอย่างชัดเจนลูกตาหยุดเคลื่อนไหว ในระยะนี้มีการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Growth Hormone) และซีโรโตนิน (Serotonin) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลับ มีโอกาสที่จะเกิดความฝันได้

ระยะที่ 4 ระยะที่หลับลึกที่สุด (Very Deep Sleep) เป็นระยะที่หลับลึกที่สุด โดยมีลักษณะเด่นคือ คลื่นไฟฟ้าสมองที่ช้าลง การปลุกให้ตื่นทำได้ยากมาก ระบบต่างๆของร่างกายทำงานในระดับต่ำที่สุด ทั้งความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิของร่างกาย กิจกรรมทางกายลดลงอย่างมาก ระยะนี้มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย และเป็นช่วงที่คนอดนอนจะหลับในระยะนี้นานขึ้นเพื่อชดเชยการพักผ่อน ระยะนี้จะบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับได้

2) การนอนหลับช่วงที่มีการเคลื่อนไหวลูกตาอย่างเร็ว (REM) เป็นระยะที่สมองส่วนเรติคูล่าฟอร์เมชั่น (Reticular Formation Area) ทำงานเพิ่มมากขึ้น คลื่นไฟฟ้าสมองและการทำงานของระบบอื่นๆในร่างกาย ทำงานคล้ายขณะตื่น มีการเคลื่อนไหวของลูกตาเร็ว พบมากในช่วงท้ายของคืน อาจเรียกว่าระยะหลับฝัน เป็นระยะที่กล้ามเนื้อผ่อนคลายเต็มที่ (Hypotonia) วงจรการนอนหลับ ก้านสมองจะควบคุมการนอนหลับในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM) ส่วนสมองส่วนหน้ามีหน้าที่ควบคุมให้เกิดการนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็ว(NREM) และเกิดคลื่นสมอง Slow Wave ในแต่ละคืนจะเกิดวงจรการนอนหลับประมาณ 4-5 วงจร ในวงจรแรกใช้เวลา 70-100 นาที วงจรต่อๆมาใช้เวลาประมาณ 90-100 นาที เริ่มการนอนหลับโดยคลื่นสมองเข้าสู่ระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่1 (NREM1) ระยะที่ 2 (NREM2) และระยะที่ 3,4 (NREM 3,4)

ตามลำดับ หลังจากนั้นวงจรการนอนหลับจะย้อนกลับมา เข้าสู่ระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 3,4 (NREM 3,4) ระยะที่2 (NREM 2) และระยะที่ 1 (NREM 1) แล้วจึงเข้าสู่ระยะการนอนหลับที่มีการกลอกตาเร็ว (REM) ซึ่งระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 1 (NREM1) และระยะที่ 2 (NREM 2) เป็นระยะที่มีการนอนหลับแบบตื้น สามารถปลุกตื่นได้ง่าย ส่วนระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 3,4 (NREM 3,4) หรือ ระยะSlow Wave Sleep (SWS) เป็นระยะที่มีการนอนหลับลึก เมื่อมีการตื่นขึ้นในระยะใดๆก็ตามของวงจรจะต้องเริ่มต้นการนอนหลับในระยะการนอนหลับที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะที่ 1 (NREM 1) ทุกครั้ง (สมภพ เรืองตระกูล, 2550)

สรีรวิทยาทางร่างกายขณะนอนหลับ

1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Systems) ระยะการนอนที่มีการกลอกตาเร็ว (REM Sleep) ระบบการทำงานของซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกทำงานไม่สม่ำเสมอ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตมีอัตราไม่สม่ำเสมอ การนอนหลับในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM Sleep) ระบบประสาทซิมพาเทติกจะเด่น ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การนอนหลับในระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็ว (NREM) ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจะเด่น ทำให้ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจลดลงน้อยกว่าขณะตื่น

2) ระบบการหายใจ (Respiratory System) ในขณะหลับ กล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการหายใจ ยกเว้นกระบังลม จะทำงานลดลง ทำให้การหายใจแผ่วลง ไม่สม่ำเสมอ ในระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM Sleep) ทำให้ระดับของ CO_2ในเลือดแดงเพิ่มขึ้น ระดับ O_2 ในเลือดแดงลดลง O_2 Saturation ลดลง

3) ระบบกล้ามเนื้อ (Muscular System) การนอนหลับที่มีการกลอกตาเร็ว (REM Sleep) กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวลดลง แต่อาจมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อขณะหลับในโรคบางชนิด เช่น นอนละเมอ หรือนอนกัดฟัน

4) ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกจะเด่นในช่วงการหลับลึก (NREM 3 หรือ Slow Wave Sleep) การนอนหลับระยะที่ทีการกลอกตาเร็ว (REM Sleep) ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำงานเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ

การนอนหลับที่ดีขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่

1) อายุ การนอนหลับในแต่ละช่วงอายุจะมีความแตกต่างกัน ระยะการนอนหลับลึกที่นานจะพบมากที่สุดในวัยเด็กและจะลดลงเมื่อมีอายุมากกว่า 20ปี และลดลงเรื่อยๆ ในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่พบการนอนหลับในระยะหลับลึก อีกทั้งผู้สูงอายุจะมี REM Latency ลดลง และพบว่ามีการหลับยาก ตื่นง่ายกลางดึกบ่อย

2) ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการนอนในช่วงก่อนหน้า (Prior Sleep History) การอดนอนในคืนก่อน จะทำให้การนอนหลับระยะหลับลึก และการนอนในระยะกลอกตาเร็ว (REM Sleep) เพิ่มขึ้น ส่วนในกรณีได้รับยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทเมื่อหยุดการใช้ยาแล้วจะพบระยะการนอนหลับระยะกรอกตาเร็วได้ในระยะเริ่มแรกของการนอน

3) สภาพแวดล้อม มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ สภาพแวดล้อมที่ทำให้นอนไม่หลับ เช่น แสงสว่างที่มากเกินไป อุณหภูมิที่สูง เสียงดัง เป็นต้น

4) ยาหรือสารที่ทำให้หลับ เช่น ยานอนหลับกลุ่ม Benzodiazepines จะกดการนอนหลับระยะหลับลึกให้น้อยลง แอลกอฮอล์จะมีผลต่อการนอนหลับ ยาต้านภาวะซึมเศร้าบางชนิดอาจกดการนอนหลับและส่งผลต่อกล้ามเนื้อทำให้ขากระตุก หรือมีการกลอกตาบ่อย แต่เมื่อหยุดยาแล้วจะกลับมาปกติ

5) โรค หรือความผิดปกติอื่น ๆ โดยพบว่าความผิดปกติของร่างกายและจิตใจมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับเช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea :OSA) จะส่งผลให้การนอนหลับระยะที่ไม่มีการกลอกตาเร็วระยะ 1 (NREM (1) ระยะ 2 (NREM (2) และ ระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM Sleep) มีความผิดปกติ ถ้าเป็นระดับที่มีความรุนแรงมากจะพบว่าผู้ป่วยมีการนอนหลับลึก (NREM 3 หรือ Slow Wave Sleep) และระยะที่มีการกลอกตาเร็ว (REM Sleep) ลดลงด้วย เนื่องจากมีการตื่นตัวของสมอง (Arousals) ทำให้นอนหลับได้ไม่ต่อเนื่อง (Sleep Fragmentation) แต่เมื่อได้รับการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงบวก (CPAP) จะพบว่ามีการนอนหลับระยะกลอกตาเร็ว (REM Sleep) และการนอนระยะหลับลึก (NREM 3 หรือ Slow Wave Sleep) เพิ่มมากขึ้น

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ สามารถแบ่งออกได้ 2 วิธีคือ

1) Objective Sleep Measurement เป็นการใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ประเมิน ได้แก่

(1) Polysomnography ใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ในห้องปฏิบัติการ ประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับ และระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละขั้นตอน บันทึกผลเป็นวงจรต่อเนื่อง ผลที่ได้มีความถูกต้องและเที่ยงตรงที่สุดจากการตรวจบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาทางคลื่นไฟฟ้าขณะนอนหลับ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram), คลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ (Electromyelogram: EMG) สัญญาณชีพ (Vital Signs) และอื่นๆ

(2) การเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นการประเมินจากการเคลื่อนไหวร่างกายขณะหลับ ซึ่งโดยปกติขณะหลับจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ในการนอนหลับระยะ REM และจะต้องอาศัยเครื่องมืออื่นประกอบการประเมิน

(3) Night Cap เป็นเครื่องมือที่มีขนาดเล็กใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับจากการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะหลับ

(4) Wrist Actigraphy เป็นเครื่องมือที่ใช้ติดที่ข้อมือผู้รับการประเมิน เพื่อประเมินปริมาณการนอนหลับและการตื่นระหว่างที่นอนหลับ โดยวัดการเคลื่อนไหวของร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง

(5) Bedside Monitor Systems ใช้วัดคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยระยะวิกฤติผ่านเครื่องเฝ้าระวังที่ข้างเตียงจะแสดงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากค่าความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ

2) Subjective Sleep Measurement คือการประเมินคุณภาพการนอนหลับด้วยตนเอง เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจากไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายไม่รบกวนต่อผู้ถูกประเมิน และทำได้ง่าย มีหลายวิธี ได้แก่

(1) การวัดด้วยการประเมินค่า แสดงให้เห็นถึงปริมาณการนอนหลับจากการรับรู้ทางอารมณ์ ความรู้สึกจากการนอนหลับ เป็นวิธีที่ง่าย

(2) การวัดด้วยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Snyder Halpern and Vern, 1987) วัดโดยใช้การเปรียบเทียบทางสายตา ที่มีความละเอียดถึง 1ใน 100 ส่วน โดยให้ผู้ป่วยประเมินการนอนหลับของตนลงบนเส้นตรง มี 3 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านประสิทธิผลของการนอนหลับ มิติด้านความแปรปรวนการนอนหลับ และมิติด้านผลรวมเวลา เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและใช้เวลาน้อย

(3) Sleep Diaries คือการบันทึกกิจกรรมการนอนหลับและการตื่น แบบวันต่อวัน จะบันทึกจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ ระยะเวลาในแต่ละช่วงความถี่ เป็นต้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

(4) การสัมภาษณ์ คือการทบทวนรูปแบบการนอนหลับและตื่นของผู้ป่วยในอดีต และปัจจุบัน ประวัติการงีบหลับ ความสัมพันธ์ของการนอนหลับกับการหายใจที่แปรปรวน พฤติกรรมต่างๆที่เกิดในขณะหลับ

(5) การใช้แบบสอบถาม เกี่ยวกับการนอนหลับของตน เช่น ระยะเวลาการนอนหลับ รายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการตื่น อุปนิสัยในการนอนหลับ แบบสอบถามที่นิยมใช้ได้แก่

(5.1) แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบอร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) พัฒนาโดย Buysse et al. (1989) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2542) ใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดแบบ Likert Scale คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนนประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาก่อนหลับ จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ ประสิทธิภาพในการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน การแปลผล รวมคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนรวม 0-5 คะแนนหมายถึงคุณภาพการนอนหลับดี

คะแนนรวม 6-21 คะแนนหมายถึงคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

(5.2) แบบสอบถามความแปรปรวนของการนอนหลับ ใช้ในการวัดคุณภาพการนอนหลับ Verran and Synder-Halpern Sleep Scale พัฒนาโดย Snyder Halpern and Vern (1987) แปลเป็นไทยโดย ชนกพร จิตปัญญาด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ มีจำนวน 15 ข้อใช้มาตรวัดด้วยสายตา แทนค่าคะแนน 0-10 ข้อคำถามแบ่งเป็น 3 มิติ มิติที่ 1 คือความแปรปรวนของการนนอนหลับ เป็นคำถามทีที่มีความหมายด้านลบจำนวน 7 ข้อ มิติที่ 2 คือประสิทธิภาพของการนอนหลับ เป็นคำถามที่มีความหมายด้านบวก 4 ข้อ มิติที่ 3 คือการงีบหลับในช่วงระหว่างวัน เป็นคำถามที่มีความหมายด้านลบ 4 ข้อ วิเคราะห์ความแปรปรวนของการนอนหลับจากผลรวมคะแนนของแบบสอบถาม เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบบาคเท่ากับ .89 (อริยาวรรณ วรรณสีทอง และคณะ, 2559)

(6) การสังเกตของบุคคลอื่น นิยมใช้ในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับมีหลากหลายวิธี สามารถเลือกใช้โดยคำนึงความเหมาะสม ความสะดวกในการใช้ ค่าใช้จ่าย และที่สำคัญสามารถตอบปัญหาของการวิจัยได้

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบอร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) พัฒนาโดย Buysse et al. (1989) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2542) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงสูง มีการวัดคุณภาพการนอนหลับทั้งปัจจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ (Lequerica et al., 2014) เป็นเครื่องมือที่ประเมินง่าย ใช้เวลาสั้น และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามพบอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 4.8 มีความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 50 (สุชาวดี รุ่งแจ้ง และรัชนี นามจันทรา, 2559) ในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังได้รับเคมีบำบัดพบว่า มีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี (M = 13.76, SD = 2.82) (นันทวรรณ พลสุวรรณ และคณะ, 2557) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่าคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง (M = 107.15, SD = 11.44) (ปรารถนา ฉั่วตระกูล และคณะ, 2556) และในผู้ป่วยมะเร็งตับ และทางเดินน้ำดี ระยะลุกลาม พบร้อยละ 59 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 43 มีการนนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง (Kevin et al., 2017)

นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าและ คุณภาพการนอนหลับ นันทวรรณ พลสุวรรณ และคณะ (2557) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 ราย พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (r = 0.48, p = 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารถนา ฉั่วตระกูล และคณะ (2556) ศึกษาถึงอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าคือคุณภาพการนอนหลับ โดย คุณภาพการนอนหลับมีความ สัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ (r = -0.270, p = 0.01)

ความหวัง

ความหวัง คือ ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่จะได้รับหรือประสบในสิ่งที่ดีในอนาคต ความคาดหวังเป็นกระบวนการของการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมที่แสดงออก และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการคาดหมายต่อเหตุการณ์ที่ดี และความเชื่อมั่นใน

ทางบวก ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าการกระทำของตนจะนำไปสู่ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่หวังไว้ในอนาคต (Hert, 1992) ความหวังเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการเมื่อยังมีชีวิตอยู่ และถือเป็นทรัพยากรสำคัญในการปรับตัวทางสุขภาพ และการเผชิญเหตุการณ์วิกฤต (Rustoen, 2021) ความหวังจึงไม่เพียงแต่เป็นแรงขับเคลื่อนทางจิตใจเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทในเชิงพยาบาล เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างความหมาย ตอบสนองต่อความทุกข์ และรักษาคุณภาพชีวิต แม้ในช่วงของโรครุนแรงหรือเรื้อรัง (Antunes et al., 2023; Lohne, Dahlin-Ivanoff, Hjort, & Enge, 2022)

ความหวังจัดอยู่ในแนวคิดกลไกการเกิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ในแบบแผนด้านจิตใจ (Psychological Patterns) ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษา เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจึงมีปฏิกิริยาด้านอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง เมื่อเกิดเป็นระยะเวลานาน ร่างกายจะดึงพลังงานที่สะสมมาใช้ ทำให้ร่างกายเสียสมดุลของพลังงานเกิดความเหนื่อยล้าได้ เนื่องจากความหวังเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการเผชิญภาวะวิกฤติของชีวิต ความหวังสามารถทำหน้าที่เป็นทรัพยากรทางจิตใจ (Psychological Resource) ที่ ลดภาวะอารมณ์ลบ และ ความเหนื่อยล้าจากโรคและการรักษา (Tu et al., 2021) รวมถึงช่วยส่งเสริมการควบคุมอารมณ์ และการปรับตัวทางจิตใจ ซึ่งอาจมีผลโดยอ้อมในการลดการดึงพลังงานจิตใจและร่างกายมาใช้จนเกิดภาวะเหนื่อยล้าอย่างรุนแรง นอกจากนี้ งานสังเคราะห์ข้อมูลล่าสุดพบว่าระดับความหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต (Quality Of Life) และลดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งช่วยลดภาระทางอารมณ์ที่อาจเร่งให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Wang et al., 2022)

ประเภทของความหวัง

Hert (1991) ได้แบ่งมิติทางด้านความหวังไว้เป็น 3 ด้าน คือ

1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต (Inner Sense of Temporality and Future) ประกอบด้วยมิติด้านสติปัญญา และเวลา คือการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และอาจเกิดขึ้นในอนาคต เป็นการรับรู้ทางบวกว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้ในอนาคต

2) ความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง (Inner Positive Readiness and Expectancy) ประกอบด้วยมิติด้านอารมณ์ และพฤติกรรม คือความรู้สึกเชื่อมั่นพยายามที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

3) ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (Inner Connectedness with Self and Others) ประกอบด้วยมิติด้านผูกพัน และบริบทของความผูกพัน เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพากัน ความผูกพัน เกี่ยวข้องระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับจิตวิญญาณ

จากมิติความหวังของเฮิร์ท ทำให้เห็นถึงความเกี่ยวโยงของแต่ละมิติความหวัง ที่มีอิทธิพลต่อกันและกัน และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ความหวังไม่ได้มาจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลลัพธ์ของหลายปัจจัยผสมกัน โดยแบ่งได้ 2 ปัจจัยคือ

1) ปัจจัยภายในบุคคล เกิดจากการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคล ทั้งในทางส่งเสริม และบั่นทอนความหวัง

(1) ความสามารถทางปัญญาเป็นการรับรู้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเมื่อมีสถานการณ์วิกฤต การมองว่าสถานการณ์นั้นมีทางแก้ไข หรือรับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการปัญหานั้นได้จะเป็นผู้ที่มีความหวังในระดับสูง

(2) ภาวะสุขภาพกาย และความเจ็บป่วย สุขภาพกายเป็นพื้นฐานในการนำไปสู่ด้านอื่น ๆ รวมถึงการเกิดความหวังด้วย ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงย่อมมีพลังใจในการคิดหาแนวทางสู่เป้าหมายที่ต้องการ และ มีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Tian, Chen, & Hang, 2009) ในบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่จะส่งผลให้ความพร้อมในการจัดการอาการลดลง จึงมีผลกระทบต่อความหวัง (Sarna & Brecht, 1997)

(3) ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา บุคคลที่เชื่อว่า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่เหนือการทำนายจะสามารถช่วยให้บรรลุผล ส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ กล่าวคือ ความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา ปรัชญา และสิ่งเหนือธรรมชาติ มีผลต่อความหวัง

2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมของตัวบุคคล บุคคลรอบข้าง และทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล

(1) แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ การยอมรับจากสังคม โดยสิ่งเหล่านี้ช่วยให้บุคคลมีความหวังตามมา

(2) ประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาทั้งของตนเองและผู้อื่น เป็นปัจจัยสำคัญให้บุคคลเกิดความหวัง หรือความผิดหวังในอดีตอาจจะเป็นบทเรียนให้เกิดการปรับตัวในการแก้ไขปัญหา เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ผิดหวังขึ้นในอนาคตอีก

โดยสรุปปัจจัยที่มีผลต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งเป็น ปัจจัยภายในบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ ได้แก่ ความสามารถทางปัญญา ภาวะสุขภาพกายความเจ็บป่วย และ ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล ที่เกิดจากสภาพแวดล้อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมา

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความหวัง

แบบประเมินที่นิยมนำมาใช้ได้แก่

1) Herth Hope Scale (HHS) โดย Herth (1989) พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดความหวังของ Dufault and Martocchio (1985) ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ (1) ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 10 ข้อ (2) ด้านความพร้อมภายในทางบวกและความหวัง 10 ข้อ (3) ด้านความสัมพันธ์ภายในตนเองและผู้อื่น 10 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 24 ข้อ คำถามด้านลบ 6 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคยเกิดขึ้นไปจนถึงเกิดบ่อยครั้ง แบบสอบถามนี้ได้นำไปใช้ในหลายกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.75-0.95 เป็นแบบประเมินที่ข้อคำถามมีความซ้ำซ้อน เฮิร์ทจึงได้พัฒนาปรับปรุงเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม

2) Herth Hope Index (HHI) โดย Herth (1992) ได้พัฒนาจาก Herth Hope Scale (HHS) ข้อคำถามสั้น กะทัดรัด ชัดเจน ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 4 ข้อ ด้านความพร้อมภายในทางบวก และความคาดหวัง 4 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ภายในตนเอง และผู้อื่น 4 ข้อ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งได้ 4 ระดับ แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) แปลแบบวัดโดยวิธีแปลย้อนกลับ (Back Translation) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคมะเร็ง ด้านการพยาบาลจิตเวช และด้านภาษาอังกฤษ คำนวณหาความตรงกัน

ของผู้ทรงคุณวุฒิ (Interrater Agreement) และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้เท่ากับ 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ ผู้แปลได้นำแบบวัดที่ได้ไปปรับปรุงแล้วนำทดสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

3) Nowotny Hope Scale (NHS) พัฒนาโดย Nowotny et al. (1989) ใช้วัดความหวังพัฒนาขึ้นโดยเพื่อประเมินความหวังในผู้ที่ประสบภาวะวิกฤต ประกอบด้วยคำถาม 29 ข้อ ครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ ความมั่นใจในผลลัพธ์ที่ต้องการ ความเป็นไปได้ของอนาคต ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ความหวังที่มาจากภายในตัวเอง การมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น เมื่อทดสอบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 131 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.90 แบบวัดนี้นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งยังไม่แพร่หลาย

4) Mille r Hope Scale (MHS) พัฒนาโดย Miller and Power (1988) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความพึงพอใจต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่น และต่อชีวิต จำนวน 22 ข้อ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามความหวังจำนวน 12 ข้อ และความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตจำนวน 6 ข้อ คำถามด้านบวก 28 ข้อ คำถามด้านลบ 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งได้ 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง นำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเอดส์ 40 คน ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.82 และความตรงภายใน (Alpha Consistency) เท่ากับ 0.93 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 แบบวัดนี้มีข้อจำกัดคือ มักใช้ในผู้ป่วยทางกายที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความหวังของเฮิร์ท (Herth Hope Index) ปี ค.ศ.1992 แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) มาใช้ประเมินความหวังของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับความหวังที่มีคุณภาพ ผ่านการพัฒนา และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายกับผู้ป่วยมะเร็ง มีข้อคำถามที่สั้น ชัดเจน มีจำนวนข้อไม่มาก จึงเหมาะจะนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับความหวัง

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยของ Celik, Ugur, and Karadag (2021) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 213 พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความหวังอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (r = -.41, p < .001) และงานวิจัยของเกษรา แก้วนิล และคณะ (2558) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 131 ราย พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.35, p < .01)

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมจัดอยู่ในแนวคิดกลไกการเกิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ในแบบแผนทางสังคม (Social Patterns) การสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม การได้รับการสนับสนุนทั้งทางอารมณ์ และด้านข้อมูลหรือความรู้ สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้า ลดอาการซึมเศร้า และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ (Dun, Wu, Huang, & Lin, 2022; Mardanian-Dehkordi & Kahangi, 2018; Sorensen et al., 2020)

Cobb (1976) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่เชื่อว่าได้รับความรัก ความห่วงใยสนใจเอาใจใส่ มีความเชื่อมั่นและมีคุณค่า รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรักความผูกพันต่อกัน

House (1988) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น สัมพันธภาพระหว่างเพื่อน คู่รัก สมาชิกในองค์กร ประกอบด้วยความรักใคร่ ความห่วงใย ใส่ใจ ช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ แรงงาน และข้อมูลข่าวสาร

Schaefer (1981)การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือบุคคลใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของและการได้รับบริการสิ่งเหล่านี้จะช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคลได้

โดยสรุปคำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาข้างต้น การสนับสนุนทางสังคม คือ การรับรู้ของบุคคลที่เชื่อว่าได้รับความรัก ความห่วงใย สนใจเอาใจใส่ มีความเชื่อมั่น และมีคุณค่า รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการช่วยเหลือของบุคคลใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของและการได้รับบริการ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งประเภทออกเป็นหลายรูปแบบ ตามที่นักวิจัยหลายคนได้ศึกษา และเสนอแนวคิดต่างๆ ดังนี้

1) Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุนออกเป็น 3 ประเภท คือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) คือ การสนับสนุนด้านความผูกพัน ให้ความรัก การยกย่อง เห็นใจ จริงใจ การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความมั่นใจว่าเป็นบุคคลสำคัญ การสนับสนุนประเภทนี้จะช่วยให้บุคคลรู้สึกว่ายังเป็นที่รักและได้รับการใส่ใจจากผู้อื่น

(2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา ที่จะช่วยให้สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการกระทำของบุคคล เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรองทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ

(3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Tangible Support) คือการช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง หรือบริการอย่างเช่น การช่วยเหลือดูแลผู้อื่น เป็นต้น

2) Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ใกล้ชิดผูกพันต่อกันและกัน

(2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ได้ว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

(3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ได้เป็นหนึ่งของสังคม ได้รับความช่วยเหลือ ไม่รู้สึกแปลกแยก

3) House (1988) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท ได้แก่

(1) การสนับสนันทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นความรู้สึกเห็นใจ ห่วงใย การให้กำลังใจ การให้การยอมรับแก่บุคคลเพื่อแสดงถึงความผูกพัน

(2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง เช่น การรับรองเพื่อทำให้เกิดความมั่นใจ เป็นต้น

(3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้ข้อมูลคำแนะนำ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

(4) การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึงการช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของ การเงิน เวลา แรงงาน เป็นต้น

จากการทบทวนข้างต้นสรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกได้ตามลักษณะต่างๆ เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือการช่วยเหลือทางวัตถุสิ่งของ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ให้บุคคลสามารถรับมือกับความเหนื่อยล้า และปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีแหล่งที่มาหลายประเภท โดยแต่ละแหล่งสามารถช่วยส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้

Hogan (2002) กล่าวว่าแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย เช่นครอบครัว ผู้บังคับบัญชา ครูอาจารย์ ผู้ให้คำปรึกษา จิตแพทย์ เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน คู่ครอง สัตว์เลี้ยง เป็นต้น

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความสัมพันธ์ออกเป็น 2 แหล่งคือ

1) กลุ่มปฐมภูมิ (Primary Group) เป็นกลุ่มขนาดเล็กซึ่งสมาชิกภายในกลุ่มมีความผูกพันใกล้ชิดกัน การติดต่อปฏิสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ เน้นความแนบแน่นทางสัมพันธภาพมากกว่าประสิทธิภาพของการทำงาน เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เป็นต้น

2) กลุ่มทุติยภูมิ (Secondary Group) ขนาดของกลุ่มอาจใหญ่หรือเล็กก็ได้ ซึ่งสมาชิกมีความผูกพันกันไม่มากนัก มีการติดต่อกันอย่างเป็นทางการมากกว่ากลุ่มปฐมภูมิ มักเกิดจากการที่บุคคลมาอยู่รวมกันเพื่อเหตุการณ์เฉพาะ เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมห้องเรียน สมาคมต่างๆ เป็นต้น

Pender (1987) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support) ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือกันและกัน กลุ่มเพื่อน

(Peer Support) มักมีการให้คำปรึกษาและแนะนำเนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้รับประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support) เป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือในศาสนานั้นๆ มีความเชื่อที่มุ่งไปสู่จุดหมายเดียวกัน กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Health Professional Support) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลทางด้านสุขภาพที่มีทักษะและการให้บริการที่เจาะจงแก่ผู้รับบริการ และ กลุ่มสนับสนุนจากวิชาชีพอื่นๆ (Organized Support Not Directed by Health Professional) ได้แก่กลุ่มบริการอาสาสมัคร หรืออาจเป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางช่วยในเรื่องต่างๆ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปการสนับสนุนทางสังคม มีแหล่งที่มาหลากหลาย สามารถแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามความสัมพันธ์ออกเป็น 2 แหล่งคือ กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มขนาดเล็กซึ่งมีความผูกพันใกล้ชิดกัน ปฏิสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ และกลุ่มทุติยภูมิ ซึ่งสมาชิกมีความผูกพันกันไม่มาก มีการติดต่อกันแบบเป็นทางการ มักเกิดจากการที่บุคคลมาอยู่รวมกันเพื่อเหตุการณ์เฉพาะ และสามารถแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ กลุ่มเพื่อน กลุ่มองค์กรทางศาสนา กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ และกลุ่มสนับสนุนจากวิชาชีพอื่นๆ

เนื่องจากพยาธิสภาพและผลข้างเคียงจากการรักษามะเร็งในระยะลุกลามส่งกระทบต่อผู้ป่วยในหลายๆด้าน เช่น ด้านร่างกายเกิดความเจ็บปวด เหนื่อยล้า หมดแรง การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง รู้สึกว่าไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ด้วยตนเอง ด้านจิตใจเกิดความซึมเศร้า วิตกกังวล ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้ป่วยจำกัดตนเอง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Almborg, Ulander, Thulin, & Berg, 2010) เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัว เพื่อน หรือ บุคลากรทางการแพทย์ ในการให้ข้อมูลคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ช่วยด้านการเงิน ช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายจากความเครียด วิตกกังวล ช่วยลดความเหนื่อยล้าลงได้ การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง บิดา มารดา สามี ลูก หลาน และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในด้านการให้ข้อมูล คำแนะนำ ข้อเสนอแนะต่างๆ เกี่ยวกับโรค และการรักษา เพื่อช่วยในการเผชิญปัญหา รวมถึงการทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้พฤติกรรมและการปฏิบัติของตน การสนับสนุนทางอารมณ์ คือการทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยกย่องการเห็นใจ ด้วยความจริงใจ ทำให้รู้สึกว่าตนสำคัญ และมีความมั่นใจ ไว้ใจว่าสามารถพึ่งพาได้ การ

สนับสนุนด้านทรัพยากรคือการช่วยเหลือโดยตรงในด้านวัตถุ และบริการ เช่น เรื่องการเงิน สิ่งของ แรงงาน การปรับสภาพแวดล้อม ทำให้เกิดกำลังใจและรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการวัดคุณภาพของการได้รับการช่วยเหลือจากสังคมในหลายด้าน แบบประเมินที่นิยมนำมาใช้ได้แก่

1) แบบประเมิน Social Support Questionnaire (SSQ) โดย Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ (1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ (3) การสนับสนุนด้านเงิน สิ่งของ และการบริการ แบบประเมินนี้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97 อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และปรับคำถาม 16 คำถาม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านอารมณ์ (2) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ (3) ด้านทรัพยากรหรือวัตถุประกอบ คำตอบเป็นแบบมาตรวัด Rating Scale 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) จากการนำไปใช้ที่ผ่านมา มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient ในด้านอารมณ์เท่ากับ .91 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ .88 และด้านทรัพยากรหรือวัตถุเท่ากับ .87

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนุเจริญกุล (2531)ใช้ทฤษฎีของ Schaefer et al. (1981) ร่วมกับทฤษฎีของ Norbeck et al. (1981) ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ต่อมาจุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย นำมาดัดแปลงเหลือคำถาม 5 ข้อ ในปี พ.ศ. 2536 (อ้างถึงใน สุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (2) การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการ และ (3) การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคคลในสังคม 3 แหล่ง คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคคลใกล้ชิด และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินค่าสัมประสิทธ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer ฉบับภาษาไทย แปลโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2549) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพผ่านการพัฒนา ได้มีผู้นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ประกอบกับมีข้อคำถามที่สั้น ชัดเจน มีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะจะนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต้องดำเนินชีวิตอยู่กับอาการของโรค และการรักษาจึงทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในสังคม มีความต้องการการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Piper et al., 1987) หากขาดการสนับสนุนทางสังคมแล้วทำให้เกิดความเครียดและเกิดการสูญเสียพลังงาน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมของ Karakoc and Yurtsever (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 71 ราย พบว่า ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.775$, $p \leq .001$) และงานวิจัยของปรารถนา ฉั่วตระกูล และคณะ (2556) ศึกษาถึงอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 ราย พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.189$, $p = .05$)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการลุกลามของโรค อาการที่พบได้บ่อยคือ ความเหนื่อยล้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้ความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเกิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลากรทางการพยาบาลที่สามารถนำผลของงานวิจัยมาใช้วางแผนในการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้า และความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสิงห์บุรี ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 3 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 3

2) มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

3) ถ้าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต้องผ่านการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน Mini Cognitive Assessment Instrument (Mini-Cog) มีคะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป

(1) สามารถสื่อสารภาษาไทย

(2) รับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้

(3) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการดังนี้

(1) ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย หายใจมากกว่า 24 ครั้ง/นาที

(2) ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

(3) มีอาการปวด ระดับความปวดมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.4 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรเท่ากับ .54 ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียง ของ Wang et al. (2022) ที่ศึกษาถึง Correlates of Cancer-Related Fatigue Among Colorectal Cancer Patients Undergoing Postoperative Adjuvant Therapy Based on the Theory of Unpleasant Symptoms พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ($r = -.54$, $p < .001$) หลังการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 106 ราย

พื้นที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษา ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ให้บริการรักษาผู้ป่วยทั่วไปทุกประเภท รวมถึงการรักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยวิธีการผ่าตัด และให้เคมีบำบัด มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบองค์รวมโดยเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการรักษาตามอาการ (Symptom Management) ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก รวมทั้งมีระบบการดูแลต่อเนื่องระยะยาว โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่

(1) แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini-Cognitive Assessment Instrument (Mini-Cog) เป็นเครื่องมือคัดกรองความบกพร่องทางสติปัญญา พัฒนาโดย Borson, Scanlan, Chen, and Ganguli (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย พิชญา กุศลารักษ์ และดาวชมพู นาคะวิโร (2555) ประกอบด้วยแบบทดสอบสองส่วน คือ ความจำสิ่งของ 3 สิ่ง ถ้าได้คะแนนเป็น 0 หรือ 1 ถือว่ามี

ภาวะสมองเสื่อม ถ้าคะแนนเป็น 3 ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ถ้าได้ 2 คะแนนก็จะประเมินผลการวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา (Clock Drawing Test) ถ้าผลเป็นปกติ ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

การให้คะแนน การจำคำ (0-3 คะแนน) 1 คะแนนสำหรับ 1 คำที่จดจำได้ โดยไม่มีการบอกใบ้การวาดนาฬิกา (0 หรือ 2 คะแนน) รูปนาฬิกาปกติ = 2 คะแนน รูปนาฬิกาปกติ คือมีองค์ประกอบตัวเลขเรียงลำดับความครบถ้วนและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เช่น เลข 3,6,9 และ 12อยู่ในมุมองศาที่ถูกต้องและสมดุลกัน โดยไม่มีตัวเลขบนหน้าปัดนาฬิกาขาดหาย หรือซ้ำกัน เข็มนาฬิกาชี้ไปที่เลข 11 และเลข 2 โดยความสั้นยาวของเข็มนาฬิกาไม่นำมานับคะแนน ทั้งนี้หากปฏิเสธการวาดรูปนาฬิกา หรือไม่สามารถวาดรูปนาฬิกาปกติได้ ให้ 0 คะแนน

คะแนนรวม (0-5 คะแนน) คะแนนรวม = คะแนนการจดจำคำ + คะแนนการวาดรูปนาฬิกา จุดตัดของคะแนน Mini-Cog คือ < 3 ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

(2) แบบประเมินความปวด ประเมินโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) พัฒนา และแปลเป็นภาษาไทยโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) มีข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแบ่งเป็น 10 ช่อง โดยมีตัวเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 จนถึง 10 ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนตัวเลข ที่ตรงกับการรับรู้ความปวดของตนเองซึ่งจะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 0 ถึง 10 แปลผล ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ตัวเลข 1-3 หมายถึง รู้สึกปวดเล็กน้อย ตัวเลข 4-7 หมายถึง ปวดปานกลาง ตัวเลข 8-10 หมายถึง ปวดมาก

(3) แบบประเมินค่าออกซิเจนในร่างกาย ประเมิน โดย เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว (Fingertip Pulse Oximeter) ซึ่งเป็นอุปกรณ์วัดระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด (Oxygen Saturation) และ วัดอัตราการเต้นของหัวใจ ใช้งานโดยวัดที่บริเวณปลายนิ้ว โดยเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วจะตรวจวัดระดับออกซิเจน โดยการปล่อยคลื่นแสงจากด้านบนที่อยู่บริเวณเล็บผ่านนิ้วลงมาที่ตัวรับแสงที่อยู่อีกด้านบริเวณปลายนิ้ว เพื่อตรวจวัดฮีโมโกลบินที่จับตัวอยู่กับออกซิเจนในเลือด จากนั้น จึงนำมาคำนวณหาค่าความเข้มข้นของออกซิเจนภายในเลือด เป็นเปอร์เซ็นต์ แล้วแสดงผลผ่านหน้าจอของตัวเครื่อง โดยมีค่าการวัดผลดังนี้ ค่าออกซิเจนร้อยละ 95 ขึ้นไป หมายถึงออกซิเจนในเลือดปกติดี ร้อยละ 90 – 94 หมายถึงให้ระมัดระวังอาการผิดปกติ น้อยกว่า ร้อยละ 90 หมายถึงมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Revised-Piper Fatigue Scale: RPFS) พัฒนาขึ้นโดย Piper et al. (1998) นำมาแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย นารา กุลวรรณวิจิตร ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ถามเกี่ยวกับการรับรู้ของอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า 4 ด้าน คือ (1) ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ได้แก่คำถามข้อ ที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7 (2) ด้านความคิดเห็น หรือเจตคติ ได้แก่คำถามข้อ 8, 9, 10, 11, 12 (3) ด้านการรับรู้ และความรู้สึกทางกาย ได้แก่คำถามข้อที่ 13, 14, 15, 16, 17 และ 4) ด้านสติปัญญา หรืออารมณ์ ได้แก่ คำถามข้อที่ 1,18, 19, 20, 21, 22 (Piper, 1998) ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็นการประมาณค่าด้วยตัวเลขตั้งแต่ 1-10 (Numeric Scale) จากประวัติการนำไปใช้ กับผู้ป่วยมะเร็งมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .89 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22-220 คะแนน

การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

ระดับเล็กน้อย มีคะแนน 22-87 คะแนน หมายถึง เหนื่อยเล็กน้อย กระทบชีวิตประจำวันน้อยมาก

ระดับปานกลาง มีคะแนน 88-153 คะแนน หมายถึง เหนื่อยชัดเจน กระทบบางกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

ระดับสูง มีคะแนน 154-220 คะแนน หมายถึง เหนื่อยมาก ส่งผลต่อหลายด้านของชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบอร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) พัฒนาโดย Buysse et al. (1989) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์ (2542) ใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาก่อนหลับ จำนวนชั่วโมงที่นอนหลับได้ ประสิทธิภาพในการนอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และ ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale ตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (คำถามข้อ 5 ของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ)

คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย

ดีมาก	คิดเป็น 0 คะแนน
ดี	คิดเป็น 1 คะแนน
ไม่ค่อยดี	คิดเป็น 2 คะแนน
ไม่ดีเลย	คิดเป็น 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2 และข้อ 9.1)

(1) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ (คำถามข้อ 2)

น้อยกว่า 15 นาที	คิดเป็น 0 คะแนน
16 - 30 นาที	คิดเป็น 1 คะแนน
31 - 60 นาที	คิดเป็น 2 คะแนน
มากกว่า 60 นาที	คิดเป็น 3 คะแนน

(2) ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที (คำถามข้อ 9.1)

ไม่เป็นปัญหาเลย	คิดเป็น 0 คะแนน
มีปัญหาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	คิดเป็น 1 คะแนน
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	คิดเป็น 2 คะแนน
$\geq$ 3 ครั้งต่อสัปดาห์	คิดเป็น 3 คะแนน

ผลรวมคะแนนจากคำตอบของคำถามข้อ 2 และ 9.1 เท่ากับ

ผลรวม 0	คิดเป็น 0 คะแนน
ผลรวม 1 - 2	คิดเป็น 1 คะแนน
ผลรวม 3 - 4	คิดเป็น 2 คะแนน
ผลรวม 5 - 6	คิดเป็น 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 ระยะเวลาการนอนหลับได้จริงในแต่ละคืน (คำถามข้อ 4)

มากกว่า 7 ชั่วโมง	คิดเป็น 0 คะแนน
6 -7 ชั่วโมง	คิดเป็น 1 คะแนน
5 - 5.9 ชั่วโมง	คิดเป็น 2 คะแนน
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	คิดเป็น 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 ประสิทธิภาพของการนอนหลับ (คำนวณจากคำถามข้อ 1 ข้อ 3 และข้อ 4)

ประสิทธิภาพการนอนหลับ โดยปกติคำนวณจากจำนวนชั่วโมงในการนอนหลับจริง (จากคำถามข้อ 4) หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่นอนอยู่บนเตียง ซึ่งคำนวณจากเวลาตื่นนอน (จากคำถามข้อ 3) ลบด้วยเวลาเข้านอน (จากคำถามข้อ 1)

ค่าที่ได้มากกว่า ร้อยละ 85	คิดเป็น 0 คะแนน
ร้อยละ 75 - 84	คิดเป็น 1 คะแนน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ร้อยละ 65 - 74 คิดเป็น 2 คะแนน

น้อยกว่า ร้อยละ 65 คิดเป็น 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 5 การรบกวนการนอนหลับ (คำถามข้อ 9.2-9.10) โดยในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งระดับคะแนนเป็น

ไม่มีปัญหา คิดเป็น 0 คะแนน

น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 1 คะแนน

1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 2 คะแนน

$\geq$ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 3 คะแนน

ผลรวมคะแนนข้อ 9.2-9.10 เท่ากับ

ผลรวม 0 คิดเป็น 0 คะแนน

ผลรวม 1-9 คิดเป็น 1 คะแนน

ผลรวม 10-18 คิดเป็น 2 คะแนน

ผลรวม 19-27 คิดเป็น 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 6 การใช้ยานอนหลับ เพื่อช่วยในการนอนหลับ (คำถามข้อ 6)

ไม่เคยใช้เลย คิดเป็น 0 คะแนน

ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 1 คะแนน

ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 2 คะแนน

ใช้ $\geq$ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 3 คะแนน

องค์ประกอบที่ 7 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางคืน (คำถามข้อ 7 และ8)

(1) อาการง่วงนอน หรือเผลอหลับขณะทำกิจกรรมประจำวัน เช่น รับประทานอาหารทำงาน ซักผ้า เป็นต้น (คำถามข้อ 7)

ไม่เคยมีอาการ คิดเป็น 0 คะแนน

น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 1 คะแนน

1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 2 คะแนน

ใช้ $\geq$ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็น 3 คะแนน

(2) ปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (คำถามข้อ 8)

ไม่เป็นปัญหาเลย คิดเป็น 0 คะแนน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เป็นปัญหาบ้างเล็กน้อย คิดเป็น 1 คะแนน

เป็นปัญหาพอสมควร คิดเป็น 2 คะแนน

เป็นปัญหามาก คิดเป็น 3 คะแนน

ผลรวมคะแนนคำตอบจากคำถามข้อ 7 และข้อ 8 เท่ากับ

ผลรวม 0 คิดเป็น 0 คะแนน

ผลรวม 1-2 คิดเป็น 1 คะแนน

ผลรวม 3-4 คิดเป็น 2 คะแนน

ผลรวม 5-6 คิดเป็น 3 คะแนน

การแปลผล รวมคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบ มีคะแนนรวม 0-21 คะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนรวม 0-5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี

คะแนนรวม 6-21 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

สรุป คะแนนยิ่งมาก หมายถึง คุณภาพการนอนหลับยิ่งไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความหวัง (Herth Hope Index : HHI) พัฒนาโดย Herth (1992) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) โดยวิธีแปลย้อนกลับ (Back Translation) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้ ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคตจำนวน 4 ข้อ ได้แก่คำถามข้อ 1, 2, 9, 11 ด้านความรู้สึกพร้อมและความคาดหวังในทางบวกจำนวน 4 ข้อได้แก่คำถามข้อ 3, 4, 7, 10 และ ด้านความสัมพันธ์ภายในตนเองและความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่นจำนวน 4 ข้อ ได้แก่คำถามข้อ 5, 6, 8, 12 ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อคือ 3 และ 6 ลักษณะ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาความตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ (Interrater Agreement) ได้เท่ากับ 0.79 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้เท่ากับ 0.81 ผู้แปลได้นำแบบวัดที่ได้ไปปรับปรุงแล้วนำทดสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติแล้ว คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามด้านบวก (คะแนน)	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1

เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน ข้อคำถามทางลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำคะแนนไปรวม

การแปลความหมาย แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

คะแนนรวม	12-23	หมายถึง	ความหวังระดับต่ำ
คะแนนรวม	24-35	หมายถึง	ความหวังระดับปานกลาง
คะแนนรวม	36-48	หมายถึง	ความหวังระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) พัฒนาขึ้นโดย Schaefer (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2555) ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ และ ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน โดยคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น จากการนำไปใช้ที่ผ่านมา มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient ในด้านอารมณ์เท่ากับ .91 ด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ .88 และด้านทรัพยากรหรือวัตถุเท่ากับ .87

การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนนรวม	16-37 คะแนน	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
คะแนนรวม	38-58 คะแนน	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนนรวม	59-80 คะแนน	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินความเหนื่อยล้า Revised-Piper Fatigue Scale (R-PFS) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบอร์ก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) แบบประเมินระดับความหวัง Herth Hope Index และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Social Support

Questionnaire เป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านกระบวนการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา และเป็นเครื่องมือที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้นำไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมิน ความเหนื่อยล้า Revised-Piper Fatigue Scale (R-PFS) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบอร์ก The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) แบบประเมินระดับความหวัง Herth Hope Index และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.97, 0.82, 0.94 และ 0.85 ตามลำดับ และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 106 รายได้ 0.97, 0.70, 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. RSUERB2024-105 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสิงห์บุรี เอกสารรับรองเลขที่ EC 06/06/2024

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตัว เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายแก่กลุ่มตัวอย่างว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ การตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีถูกหรือผิดและไม่ส่งผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อมูลที่สงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย 1 ปี ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

จะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อน และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลสะดวกสะบาย ในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้ามาก ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ได้พัก หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้นและสมัครใจจึงเก็บข้อมูลต่อ แต่หากไม่ประสงค์จะทำแบบสอบถามต่อ ผู้วิจัยรักษาสิทธิ์โดยการยุติการตอบแบบสอบถาม และหากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอาการรุนแรง เช่น หายใจเหนื่อย ปวดศีรษะ ผู้วิจัยรายงานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทันทีเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลรักษาต่อไป

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยรังสิต และจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยขออนุญาต พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูล เพื่อข้อความร่วมมือ และชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล

3) ผู้วิจัยเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับไว้และนอนโรงพยาบาล โดยค้นจากเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ในแต่ละวัน

4) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไว้รักษา (แผนกศัลยกรรมหญิง แผนกศัลยกรรมชาย แผนกอายุรกรรมหญิง แผนกอายุรกรรมชาย และแผนกสูตินรีเวช) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และเพื่อแนะนำโครงการวิจัยและผู้วิจัยต่อกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย

5) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมาย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และอธิบายโครงการวิจัยโดยย่อ เมื่อกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายสนใจ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัยและให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอม ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการคัดกรองความปวด และออกซิเจนในกระแสเลือด หากผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสนใจมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยจะคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ Mini-Cog ก่อนการเก็บข้อมูล

6) ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และสืบค้นประวัติของผู้ป่วยปัจจุบันด้วยโรคมะเร็งจากฐานข้อมูลเวชระเบียนคอมพิวเตอร์

7) ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความหวังและ การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินทั้งหมดประมาณ 30นาที

8) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยสถิติเชิงพรรณนา

2) วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ คุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้า

3) ทดสอบการกระจายของตัวแปรคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้า ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้า ด้วยสถิติ Spearman’s Rank Correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้า และ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 106 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสิงห์บุรี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's Rank Correlation นำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ความเหนื่อยล้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.42) มีอายุเฉลี่ย 65.08 ปี (SD=11.31) อายุต่ำสุด 43 ปี อายุสูงสุด 82 ปี จำแนกตามช่วงอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 32.08) รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 28.30 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 51.89 สถานภาพหม้าย ร้อยละ 23.58 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 64.15 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดร้อยละ 66.98 มีโรคประจำตัวที่นอกเหนือจากโรคมะเร็งร้อยละ 62.26 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 41.51 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหารมากที่สุดร้อยละ 64.15 รองมาคือมะเร็งเต้านมร้อยละ17.92 ได้รับการรักษาตามอาการ ร้อยละ 49.06 รองลงมาคือ รักษาแบบผ่าตัด ร้อยละ 35.85 รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และ ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=106)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง		76.42
ชาย	25	23.58
อายุ		
40-49	15	14.15
50-59	16	15.09
60-69	34	32.08
70-79	30	28.30
80 ปีขึ้นไป	11	10.38
(Min=43, Max=82, M=65.08, SD=11.31)		
สถานภาพสมรส		
โสด	17	16.04
คู่	55	51.89
หม้าย	25	23.58
หย่าร้าง	9	8.49
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	6.60
ประถมศึกษา	68	64.15
มัธยมศึกษา	16	15.10
อนุปริญญา	7	6.60
ปริญญาตรีขึ้นไป	8	7.55
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	66.98
ประกอบอาชีพ	35	33.02
- รับจ้าง	18	16.98
- เกษตรกรรม	9	8.49

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.1 จำนวน และ ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=106) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง (ราย)	ร้อยละ
- ค้าขาย	4	3.78
- รับราชการ	3	2.83
- ธุรกิจส่วนตัว	1	0.94
โรคร่วมที่นอกเหนือจากโรคมะเร็ง		
ไม่มี	40	37.74
มี	66	62.26
- โรคความดันโลหิตสูง	12	11.32
- โรคเบาหวาน	4	3.77
- โรคไขมันในเลือดสูง	1	0.49
- อื่นๆ	5	4.72
- มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค	44	41.51
การวินิจฉัย		
มะเร็งระบบทางเดินอาหาร	68	64.15
มะเร็งเต้านม	19	17.92
มะเร็งอวัยวะสืบพันธ์	11	10.38
มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี	5	4.72
มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ	2	1.89
มะเร็งปอด	1	0.94
การรักษา		
รักษาตามอาการ	52	49.06
การผ่าตัด	38	35.85
เคมีบำบัด	16	15.09

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 2 ความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวม อยู่ในระดับเล็กน้อย (M = 70.22, SD = 25.70) ร้อยละ 80.18 โดยแยกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง ในระดับเล็กน้อย (M =20.43, SD = 7.84) ด้านความคิดเห็น หรือเจตคติ อยู่ในระดับเล็กน้อย (M = 16.06, SD = 6.34) ด้านการรับรู้ / ความรู้สึกทางกาย อยู่ในระดับเล็กน้อย (M = 16.12, SD = 6.61) ด้านสติปัญญา / อารมณ์ และการคิดวิเคราะห์ อยู่ระดับเล็กน้อย (M =17.60, SD = 6.48) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเหนื่อยล้า (N=106)

ความเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ	possible rank	ต่ำสุด-สูงสุด	M	SD	แปลผลระดับ
ความเหนื่อยล้าโดยรวม			22-220	23-138	70.22	25.70	น้อย
ระดับเล็กน้อย	85	80.18	22-87				
ระดับปานกลาง	21	19.81	88-153				
ด้านพฤติกรรม / ความรุนแรง				6-40	20.43	7.84	น้อย
ด้านความคิดเห็น / เจตคติ				5-33	16.06	6.34	น้อย
ด้านการรับรู้ / ความรู้สึกทางกาย				5-35	16.12	6.61	น้อย
ด้านสติปัญญา / อารมณ์				6-42	17.60	6.48	น้อย

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยรวมตั้งแต่ 2-16 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 8.12 (SD=3.38) อยู่ในระดับไม่ดี โดยมีผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 73.58 เมื่อแยกคุณภาพการนอนหลับออกเป็น คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย พบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สึกต่อการนอนอยู่ในระดับดี (M = 1.25, SD = 0.62) มีระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับใช้เวลาเฉลี่ย 30 - 60 นาที (M = 1.85, SD = 0.86) มีระยะเวลานอนหลับในแต่ละคืนเฉลี่ย มากกว่า 6 ชั่วโมงขึ้นไป (M = 0.80, SD = 0.80) มีประสิทธิผลของการนอนหลับ เฉลี่ยร้อยละ 75 (M = 0.89,

SD = 0.92) ถูกรบกวนระหว่างการนอนหลับเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ (M = 1.08, SD = 0.27) การใช้ยานอนหลับเฉลี่ยน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (M = 0.76, SD = 1.02) พบผลกระทบต่อการทำกิจกรรม ได้แก่ มีอาการง่วงนอนขณะทำกิจกรรมประจำวัน เฉลี่ย ไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานเฉลี่ยเล็กน้อยถึงปานกลาง (M = 1.49, SD = 0.94)

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=36.15, SD=0.82) โดยแยกเป็น 3 ด้านได้แก่ ความหวังด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต มีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง (M = 12.13, SD = 0.44) ความหวังด้านความรู้สึกพร้อมและความคาดหวังในทางบวก มีคะแนนเฉลี่ยระดับระดับสูง (M = 12.18, SD = 0.44) ความหวังด้านความสัมพันธ์ภายในตนเองและกับผู้อื่น มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง (M = 11.83, SD = 0.49)

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 61.13, SD = 5.64) โดยแยกเป็น 3 ด้านได้แก่ คะแนนการสนับสนุนด้านอารมณ์ เฉลี่ยระดับสูง (M = 27.30, SD = 2.57) คะแนนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เฉลี่ยระดับปานกลาง (M = 14.30, SD = 2.31) คะแนนการสนับสนุนด้านทรัพยากรและวัตถุ เฉลี่ยระดับสูง (M = 19.52, SD = 3.24) รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา (N=106)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	possible rank	ต่ำสุด-สูงสุด	M	SD	แปลผล
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม			0-21	2-16	8.12	3.38	ไม่ดี
คุณภาพการนอนหลับดี	28	26.42		0-5			
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	78	73.58		6-21			
คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย			0-3	0-3	1.25	.62	ดี
ระยะเวลาเข้านอนจนหลับ			0-3	0-3	1.85	.86	30-60 นาที
ระยะเวลานอนหลับ			0-3	0-3	0.80	.80	≥ 6 ชั่วโมง
ประสิทธิผลของการนอนหลับ			0-3	0-3	0.89	.92	≥ ร้อยละ75

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ตารางที่ 4.3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา (N=106) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	possible rank	ต่ำสุด-สูงสุด	M	SD	แปลผล
การรบกวนการนอนหลับ			0-3	1-2	1.08	.27	1-2 (ครั้งต่อสัปดาห์)
การใช้ยานอนหลับ			0-3	0-3	0.76	1.02	0-1 (ครั้งต่อสัปดาห์)
ผลกระทบต่อกิจกรรม			0-3	0-3	1.49	.94	0-2 (ครั้งต่อสัปดาห์)
ความหวัง			12-48	34-38	36.15	0.82	สูง
ความหวังระดับปานกลาง	18	16.98		24-35			
ความหวังระดับสูง	88	83.02		36-48			
ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดชั่วคราวและในอนาคต			4-16	11-13	12.13	.44	สูง
ด้านความรู้สึกพร้อมและความคาดหวังในทางบวก			4-16	11-13	12.18	.44	สูง
ด้านความสัมพันธ์ภายในตนเองและกับผู้อื่น			4-16	10-13	11.83	.49	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม			16-80	47-72	61.13	5.64	สูง
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	31	29.25		38-58			
การสนับสนุนทางสังคมสูง	75	70.75		59-80			
ด้านอารมณ์			7-35	20-35	27.30	2.57	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร			4-20	8-20	14.30	2.31	ปานกลาง
ด้านทรัพยากรและวัตถุ			5-25	5-25	19.52	3.24	สูง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความ เหนื่อยล้า

ก่อนการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของตัวแปรด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Spearman's Rank Correlations โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผลวิเคราะห์พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า (rs = .321, p = .001) ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า (rs = -.248, p = .010) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า (rs = -.217, p = .026) รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=106)

	ความเหนื่อยล้า	
ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ (rs)	p-value
คุณภาพการนอนหลับ	.321	.001
ความหวัง	-.248	.010
การสนับสนุนทางสังคม	-.217	.026

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Design) เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 106 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบอร์ก แบบประเมินความหวัง และ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.42 มีอายุเฉลี่ย 65. 08 (SD =11.31) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.89 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.15 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 66.98 15 เป็นผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารและลำไส้ ร้อยละ 64.15 มีโรคร่วมที่นอกเหนือจากโรคมะเร็ง ร้อยละ 64. มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคร้อยละ 41.51

กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (M = 70.22, SD = 25.70) มีความเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 80.18 และ ความเหนื่อยล้าปานกลาง ร้อยละ 19.81 ไม่พบความเหนื่อยล้าระดับสูง โดยมีความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม / ความรุนแรงมากที่สุด อยู่ในระดับเล็กน้อย (M = 20.43, SD = 7.84) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี (M = 8.12, SD = 3.38) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความหวังอยู่ในระดับสูง (M = 36.15, SD = 0.82) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (M= 61.13, SD=5.64) ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของส

เปียร์แมน Spearman's Rank Correlation พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ (r_s =.321, p = .001) ความหวัง (r_s = -.248, p = .010) และการสนับสนุนทางสังคม (r_s = -.217, p = .026

อภิปรายผลการวิจัย

ความเหนื่อยล้า

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีระดับคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย (M =70.22, SD =25.70) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบตามอาการ เพื่อบรรเทา ปวด ความไม่สุขสบาย อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และการพักผ่อนที่เพียงพอ ผู้ป่วยสามารถสงวนพลังงานไว้ใช้ จึงส่งผลให้ความเหนื่อยล้าลดลง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความหวังระดับสูง (M=36.15, SD = 0.82) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.02 มีคะแนนความหวังอยู่ในระดับสูง จึงสามารถปรับตัวให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดการดึงพลังงานมาใช้ และ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ถึง ร้อยละ 51.89 ซึ่งแสดงถึงว่าผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงถึง ร้อยละ 70.75 ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในการจะได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปรารถนา ฉั่วตระกูล (2555) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (M = 3.80, SD = 1.40) แต่แตกต่างจาก งานวิจัยของ สิริยา ชาลีเครือ (2563) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง และ งานวิจัยของสุชาวดี รุ่งแจ้ง (2559) ที่ศึกษาถึงการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม พบกลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s =.321, p = 0.001) หมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีคะแนน

คุณภาพการนอนหลับยิ่งสูง หมายถึงมีการนอนหลับที่ไม่ดี จะมีความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 32.08 และ ช่วงอายุ 70 -79 ปี ร้อยละ 28.30 มักมีปัญหาในการนอนหลับ เช่น อาจมีการหลับยาก ตื่นนอนบ่อย หรือตื่นนอนเร็วกว่าปกติ เป็นต้น แต่ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ โดยการ ให้ยาบรรเทาอาการปวด ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ รวมทั้งได้รับดูแลแบบองค์รวม ซึ่งมีเป้าหมายในการลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ ส่งเสริมด้านสังคม และจิตวิญญาณ จึงอาจมีผลให้เกิดความเหนื่อยล้าลดน้อยลง ผลวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรารถนา ฉั่วตระกูล และคณะ (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ที่พบว่าอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ($r = -0.270$, $p = 0.01$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทวรรณ พลสุวรรณ และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม หลังได้รับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพการนอนหลับ ($r = 0.48$, $p = 0.01$)

ผลการศึกษายังพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.248$, $p = 0.010$) หมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีความหวังยิ่งสูงขึ้นจะมีความเหนื่อยล้าน้อยลง และในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความหวังระดับสูง ($M = 36.15$, $SD = 0.82$) และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.02 มีคะแนนความหวังสูง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Piper (1987) ซึ่งจัดให้ ความหวัง อยู่ในแบบแผนด้านจิตใจ (Psychological Patterns) ที่มีผลต่อความเหนื่อยล้า กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยมีความหวังในการฟื้นตัว หรือสามารถปรับมุมมองต่อความเจ็บป่วยในทางบวก จะช่วยให้ร่างกายมีความสมดุลของระบบประสาทและฮอร์โมน ลดการหลั่งคอร์ติซอลที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้ระดับความเหนื่อยล้าลดลง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกษรา แก้วนิลและคณะ (2558) ที่ศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยการทำนาย ความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.350$, $p < 0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Celik et al. (2021) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.41$, $p < 0.001$)

นอกจากนั้น ผลการศึกษายังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = -.217, p = 0.026) หมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมยิ่งสูงขึ้น จะมีระดับความเหนื่อยล้าลดลง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (M = 61.13, SD = 5.64) ร้อยละ 70.75 ของกลุ่มตัวอย่าง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงถึง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.89 รับการสนับสนุนหรือได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด สอดคล้องกับแนวคิดของ Piper (1987) ในด้านแบบแผนทางสังคม (Social Patterns) ซึ่งระบุว่า หากบุคคลได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง จะลดการเกิดความเครียด ลดความวิตกกังวล และภาวะโดดเดี่ยว ซึ่งส่งผลต่อการใช้พลังงานของร่างกายลดลง และลดระดับความเหนื่อยล้า หากผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขาดการสนับสนุนทางสังคมและต้องเผชิญทั้งความเจ็บปวดทางกายและภาวะจิตใจอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรารถนา ฉั่วตระกูล และคณะ (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก พบว่าอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.189, p = 0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mardanian-Dehkordi et al. (2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (r = -0.18, p = 0.057)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อย และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ได้แก่ คุณภาพการนนอนหลับ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

(1) พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาด้านความเหนื่อยล้า โดยการนำแบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปใช้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

(2) ให้ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า แก่ผู้ป่วยมะเร็ง และญาติ เพื่อการจัดการความเหนื่อยล้า

(3) ประเมินและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามให้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี สนับสนุนให้มีความหวัง ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความเหนื่อยล้าลดลง

2) ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารควรมีนโยบายพัฒนาศักยภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ให้มีสมรรถนะในการประเมินความเหนื่อยล้า และ การจัดการความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ด้านการวิจัย

ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้า โดย เน้นเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง

กฤษณา สังขมุณีจินดา. (2554). ผลของโปรแกรมทางการพยาบาลแบบสนับสนุนต่อความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*, *28*(3), 32-34.

กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2564). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2564.* สืบค้นจาก https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2023/05/ statistical-2564.pdf

เกษรา แก้วนิล, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และปรีย์กมล รัชนกุล. (2558). ปัจจัยทำนายความหวังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 42*(3), 51-60.

นงลักษณ์ อนันตอาจ. (2560). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยา* (Master's thesis). สืบค้นจาก https://digiverse.chula.ac.th/Info/item/dc:27202

นันทวรรณ พลสุวรรณ, ผ่องศรี ศรีมรกต, จงจิต เสน่หา, และพรชัย โอเจริญรัตน์. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 34*(2), 19-38.

นารา กุลวรรณวิจิตร. (2549). *อัตราความชุกของการเกิดความอ่อนล้าขณะขับรถ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพนักงานขับรถโดยสารประจำทางในเส้นทางภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือในสถานีขนส่งผู้โดยสารกรุงเทพฯ (จตุจักร)* (Master's thesis). สืบค้นจาก https://digiverse.chula.ac.th/Info/item/dc:30263

เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, ศิริกร ก้องวัฒนนะกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช, และขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2562). ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท, 1*(1), 50-66.

ปฐมาภรณ์ อายานอก, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นารีรัตน์, และจิตร มนตรี. (2565). อิทธิพลของความทุกข์ทรมานจากอาการ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม ระหว่างได้รับการรักษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 33*(1), 84-97.

ปรารถนา ฉั่วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทศพร คำผลศิริ. (2556). อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารการพยาบาล, 40*(3), 62-74.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, สมจิต หนูเจริญกุล, และวรชัย รัตนธราธร. (2544). แบบแผนของความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 7*(2), 97–110.

พิชญา กุศลารักษ์, และดาวชมพู นาคะวิโร. (2555). การศึกษาความเที่ยงตรงของแบบทดสอบ Mini-Cog ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชาวไทย. *รามาธิบดีเวชสาร, 35*(4), 264–271.

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย*, *89*(3), 9–13.

เพียงใจ ดาโลปกรณ์. (2545). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 20*(2), 28-36.

วรางคณา คำยิ่ง. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35*(3), 37-47.

สิริยา ชาลีเครือ. (2563). ปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 47*(2), 21-34.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 16*(2), 78-95.

สุชาวดี รุ่งแจ้ง, และรัชนี นามจันทรา. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 27*(2), 43-57.

สุดารัตน์ ชัยอาจ, และพวงพะยอม ปัญญา. (2548). การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสภาการพยาบาล, 20*, 1-12.

Al Maqbali, M., Al Sinani, M., Al Naamani, Z., & Al Badi, K. (2021). Prevalence of fatigue in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Joumal of Pain and Symptom Management, 61*(1), 167-189.

Amarsheda, S. B., & Bhise, A. R. (2021). Association of fatigue, quality of life and functional capacity in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Care, 6*(1), 59-64.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Ancoli-Israel, S., Moore, P. J., & Jones, V. (2001). The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: a review. *European Journal of Cancer Care, 10*(4), 245-255.

Antunes, M., Laranjeira, C., Querido, A., & Charepe, Z. (2025). *Hope in Nursing Care.* Retrieved from https://encyclopedia.pub/entry/50742

Baranwal, N., Yu, P.K., & Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Prog Cardiovasc Dis, 77,* 59-69.

Borson, S., Scanlan, J.M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc, 51*(10), 1451-1454.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F. III., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research, 28*(2), 193-213.

Celik, M., Ugur, O., & Karadag, E. (2021). Relationship between hope and fatigue levels in cancer patients. *Journal of Health Sciences and Medicine*, *4*(6), 858-864.

Collins, K.P., Geller, D.A., Antoni, M., Donnell, D.M., Tsung, A., Marsh, J.W., . . . Steel, J. L. (2017). Sleep duration is associated with survival in advanced cancer patients. Sleep Medicine, *32*, 208-212.

Dun, L., Wu, X., Huang, S., & Lin, Z. (2022). Effects of Cognitive Training and Social Support on Cancer-Related Fatigue and Quality of Life in Colorectal Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Integrative Cancer Therapies, 21*. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35225053/

Giesinger, J. M., Aaronson, N. K., Arraras, J. I., Basco, M. E., Bizollon, A., Fayers, P. M., . . . Holzner, B. (2015). The EORTC QLQ-C30: What to do when the score is missing? *Annals of Oncology, 26*(9), 1983–1989.

Ho, R.T., Kwan, T. T., Cheung, I. K., Chan, C. K., Lo, P. H., Yip, P. S., . . . Chan, C. L. (2015). Association of fatigue with perceived stress in Chinese women with earlystage breast cancer awaiting adjuvant radiotherapy. *Stress and Health*, *31*(3), 214-221.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Karakoc, T., & Yurtsever, S. (2010). Relationship between social support and fatigue in geriatric patients receiving outpatient chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(1), 61-67.

Koornstra, R. H., Peters, M., Donofrio, S., Van Den Borne, B., & de Jong, F. A. (2014). Management of fatigue in patients with cancer-a practical overview. *Cancer Treatment Reviews, 40*(6), 791-799.

Koya, A.I., & Ibrahim, S.A. (2025). *Carcinogenesis.* Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604463/

Legg, M., Meertens, R. M., van Roekel, E., Breukink, S. O., Janssen, M. L., Keulen, E. T., . . . Bours, M. (2022). The association between sleep quality and fatigue in colorectal cancer survivors up until two years after treatment: a cross-sectional and longitudinal analysis. Cancers, *14*(6), 1527.

Li, C.L., Chen, P. Y., Yang, T. Y., Chang, J. T. C., Tang, W. R., & Chen, M. l. (2020). Changes in fatigue among cancer patients before, during, and after radiation therapy: A meta-analysis. Worldviews on Evidence-Based Nursing, *28*(6), 2513-2522.

Liu, J., Griva, K., Lim, H. A., Tan, J. Y., & Mahendran, R. (2017). Longitudinal study of the protective effective of hope on reducing body image distress in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology, 35*(1), 77-89.

Lohne, V., Dahlin-Ivanoff, S., Hjort, A., & Enge, B. H. (2022). 'Hope as a lighthouse': A meta-synthesis on hope and nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 36*(4), 957–970.

Ma, Y., He, B., Jiang, M., Yang, Y., Wang, C., Huang, C., & Han, L. (2020). Prevalence and risk factors of Cancer-related fatigue: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 111*, 103707.

Mardanian-Dehkordi, L., Karimi, M., Hosseini, S. M., & Seyedfatemi, N. (2018). The Relationship between Perception of Social Support and Cancer-Related Fatigue in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 6*(1), 47–55.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Mardanian-Dehkordi, L., & Kahangi, L. (2018). The relationship between perception of social support and fatigue in patients with cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 23*(4), 261-266.

McGovern, J., Dolan, R. D., Horgan, P. G., Laird, B. J., & McMillan, D. C. (2022). Cancer cachexia: a nutritional or a systemic inflammatory syndrome? *British Journal of Cancer, 127*(11), 1957-1964.

Mercadante, S., Aielli, F., Adile, C., Ferrera, P., Valle, A., Cartoni, C., & Porzio, G. (2015). Sleep disturances in patients with advanced cancer in different palliative care settings. *Journal of Pain and Symptom Management, 50*(6), 786-792.

Momayyezi, M., Fallahzadeh, H., Farzaneh, F., & Momayyezi, M. (2021). Sleep quality and cancer-related fatigue in patients with cancer. *Journal of Caring Sciences, 10*(3), 145-152.

National Cancer Institute. (n.d.). *Advanced cancer: What does it mean?* Retrieved from https://www.cancer.gov/about-cancer/what-is-cancer/advanced-cancer

Oh, H. S., & Seo, W. S. (2011). Systematic review and meta-analysis of the correlates of cancer-related fatigue. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 8*(4), 191-201.

O'Higgins, C. M., Brady, B., O'Connor, B., Walsh, D., & Reilly, R. B. (2018). The pathophysiology of cancer-related fatigue: current controversies. *Supportive Care in Cancer, 26*(10), 3353-3364.

Ozcelik, H., Guzel, Y., Fadiloglu, C., Aksoy, F., & Uslu, R. (2015). Determine symptoms experienced by the patients with advanced cancer and the factors affecting them. *Turkish Journal of Oncology/Turk Onkoloji Dergisi, 30*(3), 133-139.

Peters, M. E., Goedendorp, M. M., Verhagen, S. A., Van Der Graaf, W. T., & Bleijenberg, G. (2014). Exploring the contribution of psychosocial factors to fatigue in patients with advanced incurable cancer. *Psycho-Oncology, 23*(7), 773-779.

Piper, B. F. (1991). Fatigue. In V. K. Carrieri, A. M. Lindsey, & C. M. West (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness* (2nd ed., pp. 219-234). London: W.B. Saunders.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Piper B. F., Dibble S. L., Dodd M. J., Weiss M. C., Slaughter R. E., & Paul S. M. (1998). The Revised Piper Fatigue Scale Psychometric Evaluation in Women with Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum, 25*(4), 677-684.

Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum, 14*(6), 17–23.

Richardson, A., Ream, E., & Wilson-Barnett, J. (1998). Fatigue in patients receiving chemotherapy: patterns of change. *Cancer Nursing, 21*(1), 17-30.

Rustoen, T. (2021). *Hope: A Health Promotion Resource. In Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Cham, Switzerland: Springer.

Setiawan, T., Sari, I. N., Wijaya, Y. T., Julianto, N. M., & Kwon, H. Y. (2023). Cancer cachexia: molecular mechanisms and treatment strategies. *Journal of Hematology & Oncology, 16*(1), 1-27.

Sorensen, H. L., Schjolberg, T. K., Smastuen, M.C., & Utne, I. (2020). Social support in early-stage breast cancer patients with fatigue. *BMC Women's Health, 20*(1), 1-8.

Thong, M. S., Van Noorden, C. J., Steindorf. K., & Arndt, V. (2020). Cancer-related fatigue: causes and current treatment options. *Current Treatment Options in Oncology, 21*(2), 17.

Tu, M., Wang, F., Shen, S., Wang, H., & Feng, J. (2021). Influences of positive psychological intervention using the PERMA framework on negative emotions, cancer-related fatigue, and level of hope in lung cancer chemotherapy patients. *BMC Psychiatry, 21*(1), 1–13.

Vaughn, C. M., Sutton, E. T., Erickson, K. L., Loh, M. L., Reeves, A., DePauw, K. E., . . . Worthen, T. (2025). Sleep and Cancer: A Review of the Interrelationship Between Sleep Disturbances and Cancer Progression. *Cancers, 17*(1), 160.

Vellone, E., Rega, M. L., Galletti, C., & Cohen, M. Z. (2006). Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing, 29*(5), 356-366.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

Wang, C., Li, S., Wang, S., Huang, K., Liu, Z., Deng, D., & Chen, J. (2022). The correlation between quality of life and positive psychological resources in cancer patients: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *13*, 883157.

Wang, S., Jiang, N., Song, Y., Ma, L., Niu, Y., Song, J., & Jiang, X. (2022). Correlates of Cancer-Related Fatigue among Colorectal Cancer Patients Undergoing Postoperative Adjuvant Therapy Based on the Theory of Unpleasant Symptoms. *Current Oncology, 29*(12), 9199-9214.

World Health Organization. (2020). *Cancer data*. Retrieved from http://www.who.int/cancer/diagnosis-screening/en/

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ก.1 แบบคัดกรอง

Mini-Cog

1. Three Word Registration ผู้ทดสอบผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ตั้งใจฟังดีๆ เดี๋ยวจะบอกคำ 3 คำ เมื่อพูดจบแล้วให้พูดตามและจำไว้จะกลับมาถามซ้ำ”

O หลานสาว O สวรรค์ O ภูเขา

2. Clock Drawing (2คะแนน)ให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกาโดยใส่ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา 11.10 น.



3. Three Word Recall (3 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำ 3 คำที่จำเมื่อสักครู่ว่ามีอะไรบ้าง

O หลานสาว O สวรรค์ O ภูเขา

เกณฑ์การประเมิน

คะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ถือว่ามีภาวะรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)

แบบประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale)



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด

ตัวเลข 1-3 หมายถึง รู้สึกปวดเล็กน้อย

ตัวเลข 4-7 หมายถึง ปวดปานกลาง

ตัวเลข 8-10 หมายถึง ปวดมาก

โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเอง และทำเครื่องหมายบนตัวเลขใด ตัวเลขนั้นจะเป็นคะแนนความปวดของผู้ป่วยซึ่งจะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 0 จนถึง 10 คะแนน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ก.2 แบบประเมิน

ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวและโปรดตอบคำถามทุกข้อ

วันที่เก็บข้อมูล

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส

   ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษา

   ( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา

   ( ) มัธยมศึกษา ( ) อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร

   ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ

   ( ) รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ( ) เกษตรกรรม

   ( ) ค้าขาย ( ) รับจ้าง

   ( ) ธุรกิจส่วนตัว ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

   ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

   ( ) ไม่มี ( ) มี

   โปรดระบุโรคประจำตัวของท่าน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 โรค)

   ( ) เบาหวาน ( ) ความดันโลหิตสูง ( ) โรคหัวใจและหลอดเลือด

   ( ) ไขมันในเลือดสูง ( ) โรคหลอดเลือดสมอง ( ) มะเร็ง

   ( ) วัณโรคปอด ( ) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( ) ภูมิแพ้

   ( ) โรคไต ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. การวินิจฉัยโรค.....
8. ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1)

   ( ) แบบประคับประคอง ( ) ผ่าตัด

   ( ) เคมีบำบัด ( ) การฉายแสง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

( ) การฝังแร่ ( ) แพทย์ทางเลือก

( ) ไม่ได้รับการรักษา ( ) อื่นๆ

ก.3 ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า ของไปเปอร์ (Revised-Piper Fatigue Scale, R-PFS)

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้มีจำนวน 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านโดยจะอยู่ในช่วง1-10 คะแนน บนเส้นตรงขอให้ท่านอ่านข้อความทางซ้ายมือซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นและข้อความด้านขวามือซึ่งเป็นข้อความที่จุดสุดท้ายของเส้นตรง และทำเครื่องหมายกากบาท (X) บนเส้นตรงซึ่งท่านพิจารณาแล้ว

1. ท่านรู้สึกว่ามีความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทำให้ท่านมีความทุกข์ระดับใด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มากที่สุด

2. ท่านรู้สึกว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลรบกวนการทำงานในระดับใด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มากที่สุด

3. ท่านรู้สึกว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลรบกวนการเข้าสังคมหรือรบกวนการพบปะสังสรรค์ในระดับใด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มากที่สุด

4. ท่านรู้สึกว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลต่อความรู้สึกทางเพศในระดับใด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มากที่สุด

5. โดยรวมแล้วท่านรู้สึกว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลต่อความพอใจในการทำกิจกรรมต่างๆมากเพียงใด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มากที่สุด

6. ขณะนี้ท่านมีความเหนื่อยล้าระดับใด

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่มีเลย มากที่สุด

ข้อ 7-11 ตอบคำถามต่อไปนี้ โดยท่านรู้สึกว่าความเหนื่อยล้าขณะนี้มีผลต่อความรู้สึกของท่านอย่างไร

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

7. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ร่าเริงแจ่มใสดี ไม่ร่าเริงแจ่มใส หดหู่

8. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ยอมรับได้ ยอมรับไม่ได้

9. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
เพิ่มกำลังใจ ทำลายกำลังใจ

10. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
มีผลเชิงบวกต่อการทำงาน มีผลเชิงลบต่อการทำงาน

11. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ปกติ ผิดปกติ

ในข้อ 12-22 กรุณาตอบคำถามโดยใช้คำถามต่อไปนี้
ท่านรู้สึกว่าขณะนี้ท่านเป็นอย่างไร

12. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
แข็งแรง อ่อนแอ

13. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ตื่นตัว ง่วงนอน

14. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ร่าเริง เซื่องซึม

15. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
สดชื่น เหนื่อยล้า

16. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
มีพลังในการทำงาน ไม่มีพลังในการทำงาน

17. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
มีความอดทนในการทำงาน ไม่มีความอดทนในการทำงาน

18. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
ผ่อนคลาย ตึงเครียด

19. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
เบิกบาน หดหู่

20. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
มีสมาธิ ไม่มีสมาธิ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

21. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
มีความจำดี ความจำไม่ดี

22. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
คิดอะไรแจ่มแจ้ง คิดไม่ออก

ก.4 ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทส์เบอร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)

คำชี้แจง: คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการนอนของท่านในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบของท่านควรบ่งบอกสิ่งที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุดและเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเป็นส่วนใหญ่ ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน โปรดตอบทุกคำตอบ

1. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ท่านเข้านอนเวลากี่โมง
เวลาเข้านอน……

2. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ท่านต้องให้เวลานานประมาณเท่าไร (นาที) จึงจะนอนหลับ จำนวนนาที……

3. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ท่านตื่นนอนตอนเช้าเวลากี่โมง
เวลาตื่นนอนตอนเช้า……

4. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านนอนหลับได้จริงเป็นเวลากี่ชั่วโมงต่อคืน (คำตอบอาจแตกต่างจากระยะเวลารวมทั้งหมดตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนถึงตื่นนอน)
จำนวนชั่วโมงที่หลับได้จริงต่อคืน……

5. ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าคุรภาพการนอนหลับโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
( ) ดีมาก ( ) ค่อนข้างดี ( ) ค่อยข้างแย่ ( ) แย่มาก

6.ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้ยาเพื่อช่วยในการนอนหลับบ่อยเพียงใด (ไม่ว่าจะตามใบสั่งแพทย์หรือซื้อมาเอง)
( ) ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ( ) น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
( ) ใช้ 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ( ) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

7.ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาง่วงนอนหรือเผลอหลับขณะขับขี่ยานพาหนะ, ขณะ รับประทานอาหารหรือขณะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ บ่อยเพียงใด
( ) ไม่เคยเลยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ( ) น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
( ) ใช้ 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ( ) 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป

8.ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานให้สำเร็จมากน้อยเพียงใด

( ) ไม่เป็นปัญหาเลยแม้แต่น้อย ( ) มีปัญหาเพียงเล็กน้อย

( ) ค่อนข้างเป็นปัญหา ( ) เป็นปัญหาอย่างมาก

9.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาการนอนหลับเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้บ่อยเพียงใด

	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า 1 ครั้งต่อ สัปดาห์	1 หรือ 2 ครั้งต่อ สัปดาห์	3 ครั้งต่อ สัปดาห์ขึ้นไป
9.1 นอนไม่หลับหลังจากเข้านอนไปแล้วนานกว่า 30 นาที				
9.2 รู้สึกตัวตื่นขึ้นระหว่างนอนหลับกลางดึก หรือตื่นเช้ากว่าเวลาที่ตั้งใจไว้				
9.3 ตื่นเพื่อไปเข้าห้องน้ำ				
9.4 หายใจไม่สะดวก				
9.5 ไอ หรือ กรน เสียงดัง				
9.6 รู้สึกหนาวเกินไป				
9.7 รู้สึกร้อนเกินไป				
9.8 ฝันร้าย				
9.9 รู้สึกปวด				
9.10 เหตุผลอื่น ถ้ามี กรุณาระบุ				

ก.5 ส่วนที่ 4 แบบประเมินความหวัง Herth Hope Index

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงหน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ที่ตรงกับใจของท่านมากที่สุด ตามความหมายดังต่อไปนี้ โดยคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.ในอนาคตฉันจะกลับมามีสุขภาพที่แข็งแรงได้				
2.ฉันมีเป้าหมายจะดูแลสุขภาพตนเองให้ดีที่สุด ทั้งใน				

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ปัจจุบันและในอนาคต				
3.ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่คนเดียวในโลก				
4.ท่ามกลางอาการผิดปกติของโรคที่ฉันมีอยู่ ฉันรู้สึกว่ายังมีความหวังที่จะดีขึ้น				
5.สิ่งที่ฉันเชื่อและศรัทธาจะช่วยให้ฉันมีอาการดีขึ้น				
6.ฉันรู้สึกหวาดหวั่นกับความเจ็บป่วยของฉันในอนาคตข้างหน้า				
7.ฉันจำช่วงเวลาที่มีสุขภาพที่แข็งแรงในอดีตได้และฉันคาดหวังว่าจะกลับมามีสุขภาพแข็งแรงอีกครั้ง				
8.ฉันมีจิตใจเข้มแข็งพร้อมที่จะต่อสู้กับโรค				
9.ฉันสามารถให้ความรักความเอาใจใส่แก่บุคคลอื่นๆ รวมทั้งได้รับสิ่งเหล่านี้จากบุคคลอื่นๆด้วย				
10.ฉันมองเห็นหนทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้า				
11.ทุกวันนี้ฉันมีพลังความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่				
12.ชีวิตของฉันยังมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อบุคคลอื่น				

ก.6 ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบครอบแล้วพิจารณาว่าแต่ละข้อตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ทำเครื่องหมาย ☑ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.ด้านอารมณ์					
1) มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย					
2) มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขของท่าน					
3) ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวเมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์					
4) บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน					

5) ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ปรึกษาได้เมื่อไม่สบายใจ					
6) คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ					
7) เพื่อนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ					
2.ด้านข้อมูลข่าวสาร					
8) มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ					
9) มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นอย่างดี					
10) มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย					
11) ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องที่ท่านอยากรู้					
3.ด้านทรัพยากรและวัตถุ					
12) เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ					
13) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน					
14) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน					
15) มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน					
16) ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					

ก.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

Reliability Statistics

แบบประเมินความเหนื่อยล้า

Cronbach's Alpha	N of Items
.973	22

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Reliability Statistics

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ

Cronbach's Alpha	N of Items
.825	7

Reliability Statistics

แบบประเมินความหวัง

Cronbach's Alpha	N of Items
.945	12

Reliability Statistics

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Cronbach's Alpha	N of Items
.853	16

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข.1 เอกสารรับรองจริยธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต



COA. No. RSUERB2024-105

RSU-ERB

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)

โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่	:	COA. No. RSUERB2024-105
ชื่อโครงการวิจัย	:	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม Factors related to fatigue among patients with advanced cancer
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	:	นางมนต์นภา เชยสาคร
ชื่อนักวิจัยร่วม	:	รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ
หน่วยงานที่สังกัด	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
วิธีทบทวน	:	พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review)
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์

วันที่รับรอง : 21 มิถุนายน 2567 วันที่หมดอายุ : 21 มิถุนายน 2569

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

RSU-ERB 21 JUN 2024

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปานันท์ กาญจนภูมี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ห้อง 504, ชั้น 5, อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (ตึก 1), มหาวิทยาลัยรังสิต
โทร. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข.1 เอกสารรับรองจริยธรรม มหาลัยทายาลัยรังสิต (ต่อ)

COA. No. RSUERB2024-105

RSU-ERB

Certificate of Approval
By
Ethics Review Board of Rangsit University

COA. No.	COA. No. RSUERB2024-105
Protocol Title	Factors related to fatigue among patients with advanced cancer
Principle Investigator	Mrs. Monnapha Choeysakorn
Co-Investigator	Assoc.Prof.Dr. Aporn Deenan
	Assist.Prof.Dr. Kanitha Hanprasitkam
Affiliation	School of Nursing, Rangsit University
How to review	Full Board Review
Approval includes	1. Project proposal
	2. Information sheet
	3. Informed consent form
	4. Data collection form/Program or Activity plan

Date of Approval: 21 June 2024 Date of Expiration: 21 June 2026

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Review Board of Rangsit University based Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice or ICH-GCP

RSU-ERB
21 JUN 2024

Signature.....
(Associate Professor Dr. Panan Kanchanaphum)
Chairman, Ethics Review Board for Human Research

Ethics Review Board of Rangsit University, 5th floor, Arthit Ourairat Building (Bldg.1) Rangsit University
Tel. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th

ข.2 เอกสารรับรองจริยธรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี

เอกสารแนบท้าย ๑

สิงห์บุรี

เอกสารรับรองโครงการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

หมายเลข ๐๖/๒๐๒๔

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
รหัสโครงการ : EC๐๖/๐๖/๒๐๒๔
หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อ นางมนต์นภา นามสกุล เชยสาคร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงาน ศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี
สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสิงห์บุรี
เอกสารที่รับรอง
๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
๒. โครงร่างการวิจัย
๓. แบบสอบถาม
๔. ประวัติผู้วิจัย
วันที่รับรอง : ๒๕ / ๐๖ / ๒๐๒๔
วันหมดอายุ : ๒๕ / ๐๖ / ๒๐๒๕

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้ดำเนินการพิจารณาเห็นควรให้การรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ลงนาม.....
(นางสุมาลี นาถวงษ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสิงห์บุรี
วันที่ ๒๕ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

อนุมัติ

ลงนาม.....
(นายเอกโชติ พีรธรรมานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี
วันที่ ๒๖ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข.3 เอกสารชี้แจงผู้เข้าวิจัย

RSU-ERB.004-1-1 เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป–ไทย
(Participant Information Sheet 40-59)

☐ ต้นฉบับ☐ การปรับเปลี่ยนครั้งที่ _____ วันที่

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบาย จนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ชื่อผู้วิจัย นางมนต์นภา เชยสาคร (นักศึกษาปริญญาโท)

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนิษฐา หาญประสิทธิ์ค้ำ (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)

สถานที่วิจัยสถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

โรงพยาบาลสิงห์บุรี 917/3 ต.บางพุทรา อ.เมือง จ.สิงห์บุรี หมายเลขโทรศัพท์ 036-522507 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ 0614973224

Email address: monnapha.c64@rsu.ac.th

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์จัดทำขึ้นเพื่อ ศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติที่เหมาะที่จะทำการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

ท่านมีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 3 สามารถสื่อสารภาษาไทย รับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากงานวิจัยนี้โดยตรง แต่ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของท่านและผลการวิจัยในครั้งนี้ จะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

งานวิจัยนี้จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 106 คน

ระยะเวลาที่ใช้ในเข้าร่วมการวิจัย 30 -45 นาที

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการทำวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ท่านที่สนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงชื่อในใบยินยอม
3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ท่านด้วยตัวเอง ในหอผู้ป่วยโดยเลือกเวลาที่ท่านสะดวก มีความเป็นส่วนตัว
4. ใช้เวลาสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย *กรณีท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด กับบางคำถาม ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือหากท่านรู้สึกว่าเป็นการเสียเวลา ใช้เวลาไม่เหมาะสม ท่านสามารถขอหยุดการเก็บบันทึกข้อมูลได้ตลอดเวลา*

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อ การรักษา

กรณีที่รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยท่านจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุดและหากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับท่าน ท่านสามารถติดต่อได้ที่

RSU-ERB 21 JUN 2024

ข.3 เอกสารชี้แจงผู้เข้าวิจัย (ต่อ)

นางมนต์นภา เชยสาคร หมายเลขโทรศัพท์ 0614973224 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

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

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยรังสิตซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยอาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ. พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ_____ผู้เข้าร่วมวิจัย

(_____)

วันที่ ____/____/____

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
RSU-ERB
21 JUN 2024
RSU ETHICS REVIEW BOARD

ข.3 เอกสารชี้แจงผู้เข้าวิจัย (ต่อ)

RSU-ERB.004-1-2 เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป-ไทย

(Participant Information Sheet 60+)

☐ ต้นฉบับ☐ การปรับเปลี่ยนครั้งที่ _____ วันที่

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ชื่อผู้วิจัย นางมนต์นภา เชยสาคร (นักศึกษาปริญญาโท)

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา หาญประสิทธิ์ค้า (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)

สถานที่วิจัยสถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

โรงพยาบาลสิงห์บุรี 917/3 ต.บางพุทรา อ.เมือง จ.สิงห์บุรี หมายเลขโทรศัพท์ 036-522507 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ 0614973224

Email address: monnapha.c64@rsu.ac.th

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์จัดทำขึ้นเพื่อ ศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เพราะมีคุณสมบัติที่เหมาะที่จะทำการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

ท่านมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 3 สามารถสื่อสารภาษาไทย รับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากงานวิจัยนี้โดยตรง แต่ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของท่านและผลการวิจัยในครั้งนี้ จะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

งานวิจัยนี้จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 106 คน

ระยะเวลาที่ใช้ในเข้าร่วมการวิจัย 30 - 45 นาที

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลการทำวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หากท่านมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ผู้วิจัยประเมินภาวะสมองเสื่อมก่อนทำการเก็บข้อมูล
3. ท่านที่สนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงชื่อในใบยินยอม
4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ท่านด้วยตัวเอง ในหอผู้ป่วยโดยเลือกเวลาที่ท่านสะดวก มีความเป็นส่วนตัว
5. ใช้เวลาสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย *กรณีท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด กับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือหากท่านรู้สึกว่าเป็นการเสียเวลา ใช้เวลาไม่เหมาะสม ท่านสามารถขอหยุดการเก็บบันทึกข้อมูลได้ตลอดเวลา*

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อ การรักษา

RSU-ERB
21 JUN 2024
RSU ETHICS REVIEW

ข.3 เอกสารชี้แจงผู้เข้าวิจัย (ต่อ)



RSU-ERB.004-1-2 เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป-ไทย

(Participant Information Sheet 60+)

กรณีที่รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยท่านจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุดและหากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับท่าน ท่านสามารถติดต่อได้ที่

นางมนต์นภา เชยสาคร หมายเลขโทรศัพท์ 0614973224 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

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

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยรังสิตซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยอาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ_____ผู้เข้าร่วมวิจัย

(_____)

วันที่ _____/_____/_____

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน RSU-ERB 21 JUN 2024 RSU ETHICS REVIEW BOARD

ข.4 หนังสือแสดงความยินยอมเข้ารวมโครงการวิจัย



RSU-ERB.005-1 หนังสือแสดงเจตนายินยอม อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์

(Informed Consent Form 18+)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ._____

ข้าพเจ้า _____ อายุ _____ปี อาศัย_____

โทรศัพท์

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้:

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ

ผู้วิจัยชื่อนางมนต์นภา เชยสาคร โทรศัพท์ 0614973224 และ รศ.ดร. อาภรณ์ ตีนาน (อาจารย์ที่ปรึกษา) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือเลขานุการฯ ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (อาคาร 1) ชั้น 5 ห้อง 504 มหาวิทยาลัยรังสิต 52/347 หมู่บ้านเมืองเอก ถ.พหลโยธิน ต.หลักหก อ.เมือง จ.ปทุมธานี 12000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2791-5728 โทรสาร 0-2791-5689

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____

(_____) (นางมนต์นภา เชยสาคร)

ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน RSU-ERB 21 JUN 2024 RSU ETHICS REVIEW BOARD

Page 1

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

มหาวิทยาลัยรังสิต

MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th>

ขออนุญาตใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Revised-Piper Fatigue Scale ค่ะ

2 messages

MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th> Wed, Feb 19, 2025 at 10:11 AM
To: nara.k@outlook.co.th

19 กุมภาพันธ์ 2568
เรียน แพทย์หญิง นารา กุลวรรณวิจิตร
ดิฉัน นางมนต์นภา เชยสาคร กำลังศึกษาระดับปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ขณะนี้ดิฉันกำลังทำวิทยานิพนธ์ปริญญาโทเรื่อง
"ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" ภายใต้การดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน
จากการทบทวนวรรณกรรมดิฉันพบว่า แบบประเมินความเหนื่อยล้า Revised-Piper Fatigue Scale เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย ดังนั้นดิฉันจึงขออนุญาต ใช้ แบบประเมินความเหนื่อยล้า Revised-Piper Fatigue Scale ในการศึกษาวิทยานิพนธ์ปริญญาโท นอกจากนี้ดิฉันขอทราบวิธีการให้คะแนนและข้อเสนอแนะใดๆ สำหรับการใช้เครื่องมือนี้
ขอแสดงความนับถือ

(มนต์นภา เชยสาคร)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
E mail: monnapha.c64@rsu.ac.th

nara kulawanwichit <nara.k@outlook.co.th> Tue, Feb 25, 2025 at 10:39 AM
To: MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th>

ยินดีค่ะ สามารถนำแบบสอบถามไปใช้ได้เลย

รับ Outlook สำหรับ Android

From: MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th>
Sent: Wednesday, February 19, 2025 10:11:01 AM
To: nara.k@outlook.co.th <nara.k@outlook.co.th>
Subject: ขออนุญาตใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Revised-Piper Fatigue Scale ค่ะ

[Quoted text hidden]

RANGSIT UNIVERSITY
Creating a Giving and Sharing Society

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

RSU มหาวิทยาลัยรังสิต

MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th>

Permission to use the PSQI

1 message

University of Pittsburgh Center for Sleep and Circadian Science <noreply@qualtrics-research.com> Sun, Mar 2, 2025 at 12:55 PM
Reply-To: University of Pittsburgh Center for Sleep and Circadian Science <trigger@qemailserver.com>
To: monnapha.c64@rsu.ac.th

Dear Mrs.monnapha,

Thank you for your interest in the PSQI. You have permission to use the PSQI in the non-commercially funded research or educational project described in your request. **This permission extends only to the specific project described in your request.** You will need to submit a separate request if you would like to use the PSQI in other projects. Permission to use the PSQI has the following provisions:

1. Electronic format: If you plan to administer the PSQI in electronic format, you must ensure that the questions and responses are faithfully reproduced from the original form. We do not have the PSQI available in an electronic format for distribution. Do not distribute the PSQI in electronic format to any other individuals and groups outside of your specific request.

2. Translations are distributed through an agreement with MAPI Research Trust. The website (https://eprovide.mapi-trust.org/) will indicate what languages they have on file. You will need to work with them to obtain any necessary translations. They will collect the proper user agreement. We do not know if they have the required translation on file. You will need to contact MAPI for that information. If the translations you need are unavailable, MAPI can provide them for a cost. You will need to contact them for the exact price. If you have trouble obtaining the translations, let us know.

If you translate the PSQI yourself, translations must use established linguistic validation methods including (but not limited to) cognitive interviews, translation, and back-translation by two bi-lingual speakers.

All translations remain property of the University of Pittsburgh. They are considered derivative works of the original work.

3. Referencing: All publications, presentations, reports, or developments resulting from or relative to the use of this material must be referenced as follows:
The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research (Authors Daniel J. Buysse, Charles F. Reynolds III, Timothy H. Monk, Susan R. Berman , and David J Kupfer, © University of Pittsburgh 1989)

General information regarding the PSQI, including the instrument, original article, and scoring information, is available at our website, Pittsburgh Sleep Quality Index.

To access the PSQI Scoring Database, email Christina at vlachosc@upmc.edu.

Note that Question 10 is not used in scoring the PSQI. This question is for informational purposes

3/2/25, 1:05 PM rsu.ac.th Mail - Permission to use the PSQI

only, and may be omitted during data collection per requirements of the particular study.

Good luck with your research!

Sincerely,

Sincerely,
Daniel J. Buysse, MD
Distinguished Professor of Psychiatry, Medicine,
and Clinical and Translational Science
UPMC Endowed Chair in Sleep Medicine
University of Pittsburgh School of Medicine
3811 O'Hara St., E-1123
Pittsburgh, PA 15213

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

RSU มหาวิทยาลัยรังสิต

MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th>

(no subject)
2 messages

MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th> Fri, Aug 2, 2024 at 3:26 PM
To: "kaye.herth@mnsu.edu" <kaye.herth@mnsu.edu>

Date……2…August 2024

Dear Professor Dr. Kaye A Herth,

I, Mrs. Monnapha Choeysakorn , am a master degree student at School of Nursing, Rangsit University, Thailand.
Currently, I have been working on the master thesis entitled " " Factors related to fatigue among patients with advanced cancer"
under supervision of Associate Professor Dr. Aporn Deenan, Ph.D., RN.

Based on literature review, I found that the Herth Hope Index is suitable tool for my research. Therefore, I would ask for your permission to use the Herth Hope Index in my master thesis study. Furthermore, I would ask for the scoring method and any suggestion for using this instrument.

Thank you.

Sincerely yours;

.....
(Monnapha Choeysakorn)

School of Nursing, Rangsit University
Pathum Thani, Thailand 12000
E mail: monnapha.c64@rsu.ac.th

Herth, Kaye A <kaye.herth@mnsu.edu> Sat, Aug 3, 2024 at 7:21 PM
To: MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th>

Dear Monnapha,

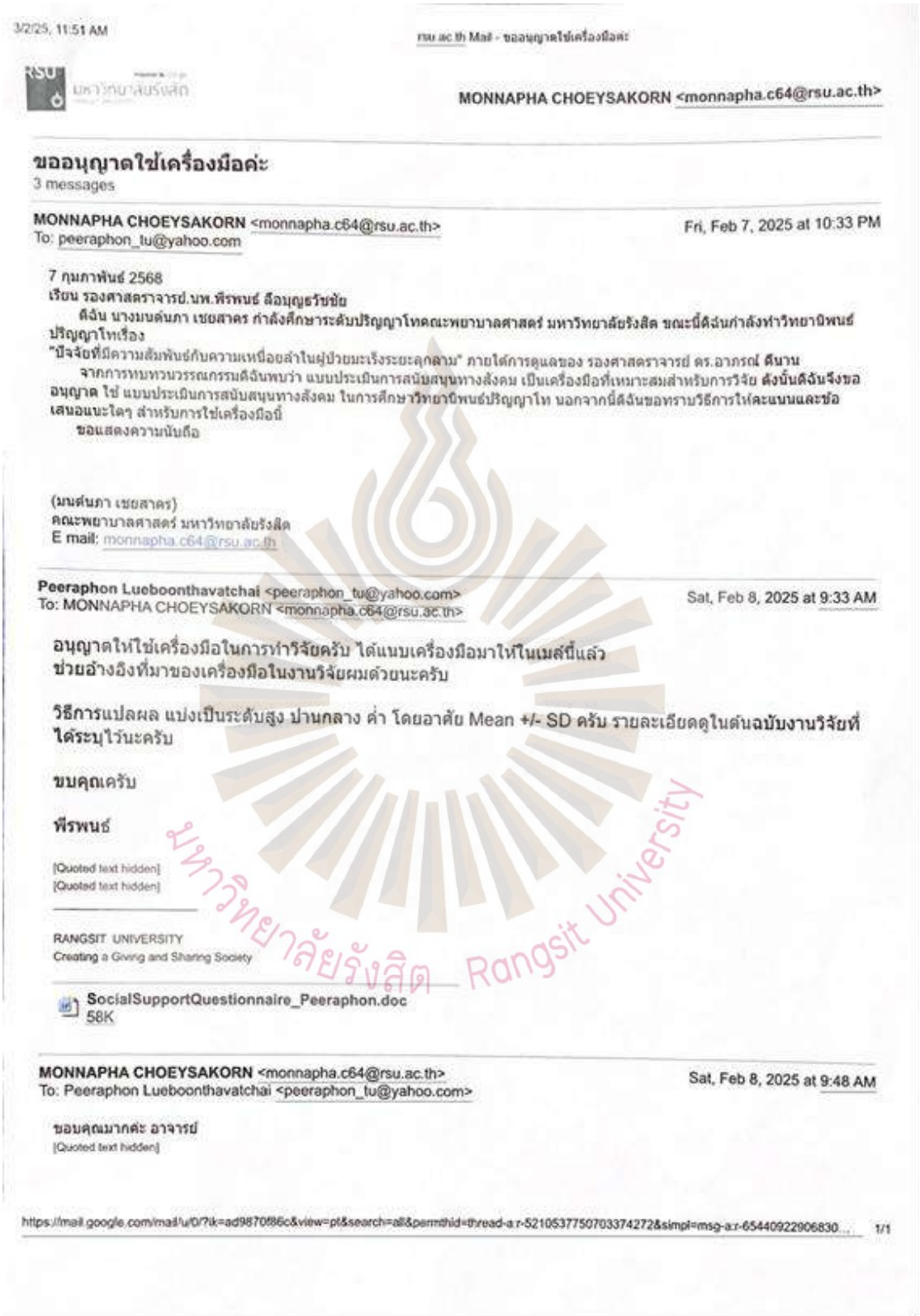
I appreciate your interest in the Herth Hope Index (HHI). I have attached a copy of the HHI, scoring instructions, and a reference list of publications using the HHI. You have my permission to use the HHI in your master thesis as described in your email message to me.

Best wishes in your educational journey and hope research.

Sincerely,

Kaye Herth, PhD, RN, FAAN

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



3/2/25, 11:51 AM rsu.ac.th Mail - ขออนุญาตใช้เครื่องมือค่ะ

MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th>

ขออนุญาตใช้เครื่องมือค่ะ
3 messages

MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th> Fri, Feb 7, 2025 at 10:33 PM
To: peeraphon_tu@yahoo.com

7 กุมภาพันธ์ 2568
เรียน รองศาสตราจารย์.นพ.พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย
ดิฉัน นางมนต์นภา เชยสาคร กำลังศึกษาระดับปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ขณะนี้ดิฉันกำลังทำวิทยานิพนธ์ปริญญาโทเรื่อง
"ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม" ภายใต้การดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน
จากการทบทวนวรรณกรรมดิฉันพบว่า แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย ดังนั้นดิฉันจึงขออนุญาต ใช้ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาวิทยานิพนธ์ปริญญาโท นอกจากนี้ดิฉันขอทราบวิธีการให้คะแนนและข้อเสนอแนะใดๆ สำหรับการใช้เครื่องมือนี้
ขอแสดงความนับถือ

(มนต์นภา เชยสาคร)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
E mail: monnapha.c64@rsu.ac.th

Peeraphon Lueboonthavatchai <peeraphon_tu@yahoo.com> Sat, Feb 8, 2025 at 9:33 AM
To: MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th>

อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิจัยครับ ได้แนบเครื่องมือมาให้ในเมล์นี้แล้ว
ช่วยอ้างอิงที่มาของเครื่องมือในงานวิจัยผมด้วยนะครับ

วิธีการแปลผล แบ่งเป็นระดับสูง ปานกลาง ต่ำ โดยอาศัย Mean +/- SD ครับ รายละเอียดดูในต้นฉบับงานวิจัยที่ได้ระบุไว้นะครับ

ขบคุณครับ

พีรพนธ์

[Quoted text hidden]
[Quoted text hidden]

RANGSIT UNIVERSITY
Creating a Giving and Sharing Society

SocialSupportQuestionnaire_Peeraphon.doc
58K

MONNAPHA CHOEYSAKORN <monnapha.c64@rsu.ac.th> Sat, Feb 8, 2025 at 9:48 AM
To: Peeraphon Lueboonthavatchai <peeraphon_tu@yahoo.com>

ขอบคุณมากค่ะ อาจารย์
[Quoted text hidden]

https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=ad9870f86c&view=pt&search=all&permthid=thread-a:r-5210537750703374272&simpl=msg-a:r-65440922906830... 1/1

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	มนต์นภา เชยสาคร
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2543 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, 2568
สถานที่ทำงาน	แผนกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสิงห์บุรี ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University