บทความวิจัย

การศึกษาการรับรู้อาการ การรบกวนการดำเนินชีวิตและกลวิธีการจัดการอาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมทรง จิระวรานันท์* สายใหม ตุ้มวิจิตร**
แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์***

บทคัดย่อ

การรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อให้เกิดอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ การจัดการอาการที่เหมาะสมช่วยลดความรุนแรงและส่งเสริมคุณภาพชีวิต การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้อาการ การรบกวนการดำเนินชีวิต กลวิธี โดยใช้แนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ (2001) กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจากโรงพยาบาล ตติยภูมิ 3 จำนวน 192 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้อาการ แบบสอบถามการรบกวนการดำเนินชีวิต แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93, 1.00, 0.95 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้อาการ การรบกวนการดำเนินชีวิต กลวิธีการจัดการอาการและประสิทธิผลในการจัดการอาการ เท่ากับ .80, .90, .86 และ .85 ค่า คูเดอร์-ริชาร์ดสัน -21 ของแบบสอบถามการรับรู้อาการ เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกได้แก่ ผมร่วง เหนื่อยล้า ชาปลายมือ–ปลายเท้า นอนไม่หลับและเบื่ออาหาร อาการที่มีความรุนแรงมากคือ ผมร่วง ชาปลายมือ–ปลายเท้า นอนไม่หลับ ท้องผูก และปัสสาวะบ่อยมีความรุนแรงปานกลาง กลวิธีที่ปฏิบัติได้ง่ายมีแนวโน้มถูกใช้สม่ำเสมอและมีประสิทธิผลสูงได้แก่ การตัดผมให้สั้น โกนผม ในขณะที่กลวิธีที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องถูกใช้ไม่สม่ำเสมอทั้งที่มีประสิทธิผลมากได้แก่ สวมหมวก วิก ใช้ผ้าโพกศีรษะ การไปพบแพทย์ การรับประทานยา เช่น ยาระบาย ยานอนหลับ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน รวมถึงการพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนรอบข้าง ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการประเมินอาการ การส่งเสริมการจัดการอาการ ของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ: มะเร็งรังไข่/ เคมีบำบัด/ อาการ/ การจัดการอาการ/ การรบกวนการดำเนินชีวิต

วันที่รับบทความ: 30 ตุลาคม 2568; วันที่แก้ไขบทความ: 15 เมษายน 2569; วันที่ตอบรับบทความ: 25 เมษายน 2569

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
** ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ ดร. สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย E-mail: saimai.t@stin.ac.th
*** อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Symptom Perception, Interference with Daily Life, and Symptom Management Strategies among Women with Ovarian Cancer

Somsong Jiravaranun* Saimai Tumwijit**

Jamchan Prateepmanowong***

ABSTRACT

Chemotherapy induces symptoms that interfere with the daily lives of women with ovarian cancer. Effective symptom management can reduce symptom severity and improve quality of life. This descriptive study aimed to examine symptom perception, symptom severity, interference with daily life, symptom management strategies, and their effectiveness, based on the Symptom Management Model proposed by Dodd et al. (2001). The participants consisted of 192 women with ovarian cancer receiving chemotherapy from three tertiary hospitals. They were selected using systematic random sampling. Data were collected using questionnaires, including the Symptom Perception Questionnaire, the Daily Life Interference Questionnaire, and the Symptom Management Strategies Questionnaire. The content validity of these instruments was 0.93, 1.00, and 0.95, respectively. Cronbach's alpha coefficients for the Symptom Perception Questionnaire (symptom severity), the Daily Life Interference Questionnaire, the Symptom Management Strategies and the Effectiveness) were .80, .90, .86, and .85, respectively. The Kuder–Richardson-21 reliability coefficient for the Symptom Perception Questionnaire was .85. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the five most commonly reported symptoms were hair loss, fatigue, numbness of the hands and feet, insomnia, and loss of appetite. Hair loss was reported as the most severe symptom, whereas numbness of the hands and feet, insomnia, constipation, and frequent urination were reported at a moderate level of severity. Interference with daily life resulting from chemotherapy was at a low level. Symptom management strategies that were easy to implement tended to be used consistently and were reported to be highly effective, including cutting hair short and shaving the hair. In contrast, strategies requiring ongoing adherence were used inconsistently despite being highly effective, including wearing a hat, wig, or headscarf; seeking medical consultation; taking medications such as laxatives or sleeping pills; avoiding caffeinated beverages; and talking with people around them to express their feelings. These findings indicate that nurses and healthcare professionals can apply this information to develop guidelines for symptom assessment, promote symptom management among women with ovarian cancer receiving chemotherapy on a continuous basis, thereby reducing the impact on daily life and enhancing patients' quality of life.

Key Words: Ovarian cancer/ Chemotherapy/ Symptoms/ Symptom management/ Interference with daily life

Article info: Received: October 30, 2025 Revised: April 15, 2026, Accepted: April 25, 2026

*Assistant Professor, Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thailand.

** Corresponding Author, Lecturer (Ph.D. in Nursing), Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing,Thailand.

*** Lecturer, Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thailand

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งรังไข่ (ovarian cancer) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในสตรีมะเร็งนรีเวช องค์การอนามัยโลก[1] รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่จำนวน 324,603 รายและมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งรังไข่ 206,956 ราย สำหรับประเทศไทยมะเร็งรังไข่เป็นมะเร็งที่พบได้มากเป็นอันดับที่ 3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของมะเร็งนรีเวชทั้งหมด โดยคาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้า จะพบผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ในสตรีไทยสูงถึง 34.9 รายต่อประชากร 100,000 คน [2] ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตรวจพบเมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลามทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี ต้องใช้การรักษาที่มีความซับซ้อนและค่าใช้จ่ายสูงและอัตรารอดชีพ 5 ปีลดลงเหลือเพียง 30.3% [3,4]

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นหนึ่งในการรักษาหลักในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ โดยเคมีบำบัดสูตรพื้นฐานเป็นพื้นฐานหลักของการรักษา ได้แก่ กลุ่มที่มีแพลตินัม (platinum) และแท็กแซน (taxane) เป็นยาหลักร่วมกับยาเคมีบำบัดอื่น ๆ[5,6] โดยสูตรมาตรฐานที่ใช้บ่อยที่สุดคือแพ็คลิแท็กเซล (paclitaxel) ร่วมกับคาร์โบ พลาติน (carboplatin) [3,7] ถึงแม้ว่ายาเคมีบำบัดจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และลดโอกาสกลับเป็นซ้ำ ในขณะเดียวกันกลไกการออกฤทธิ์ของยาก่อให้เกิดอาการ เช่น ผมร่วง คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ภาวะกดไขกระดูก แผลในปาก และเบื่ออาหาร หากอาการเกิดขึ้นบ่อยและรุนแรงจนผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อ เกิดความล้มเหลวในการรักษา ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับอาการและดูแลตนเองได้ดี มักส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จได้และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี [8]

จากแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ Dodd และคณะ[8] อธิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าร่างกายมีความผิดปกติหรือความไม่สุขสบายเกิดขึ้นจากโรคหรือการรักษา (symptom perception) บุคคลจะประเมินความถี่ของอาการ ความรุนแรง และผลกระทบจากอาการ จากนั้นจะเลือกกลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management) เพื่อบรรเทาอาการนั้น โดยกลวิธีที่เลือกใช้จะแตกต่างกันไปตามความเชื่อและเหตุผลส่วนบุคคล หากพบว่าวิธีที่ใช้ได้ผลดี ก็มักใช้วิธีนั้นต่อไป อย่างไรก็ตามหากพบว่ากลวิธีนั้นไม่สามารถบรรเทาอาการได้ ก็จะแสวงหากลวิธีอื่น ๆ หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น พยาบาล แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ทีมสุขภาพ หรือเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการและกลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด แต่การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ยังมีอยู่อย่างจำกัด[9–11] สำหรับในประเทศไทย แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับอาการจากเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่บ้างแล้ว แต่ในบริบทของไทยยังมีข้อมูลจำกัดและส่วนใหญ่ศึกษาหรือรายงานเพียงบางมิติ เช่น ความชุกหรือความรุนแรงของอาการ แต่ยังไม่ครอบคลุมทั้งความรุนแรง ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและประสิทธิผลของกลวิธีการจัดการอาการอย่างครบถ้วนในกรอบเดียวกัน รวมถึง

งานวิจัยที่ผ่านมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เก็บข้อมูลในบริบทโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครเพียงแห่งเดียว ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในประเทศไทยได้

จากข้อจำกัดขององค์ความรู้ดังกล่าว ส่งผลให้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการส่งเสริมการจัดการอาการในสตรีมะเร็งที่เป็นรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังขาดข้อมูลสนับสนุนเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาการรับรู้อาการ การรบกวนการดำเนินชีวิต กลวิธีการจัดการอาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการสนับสนุนการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับบริบทไทยในสตรีกลุ่มนี้ต่อไป

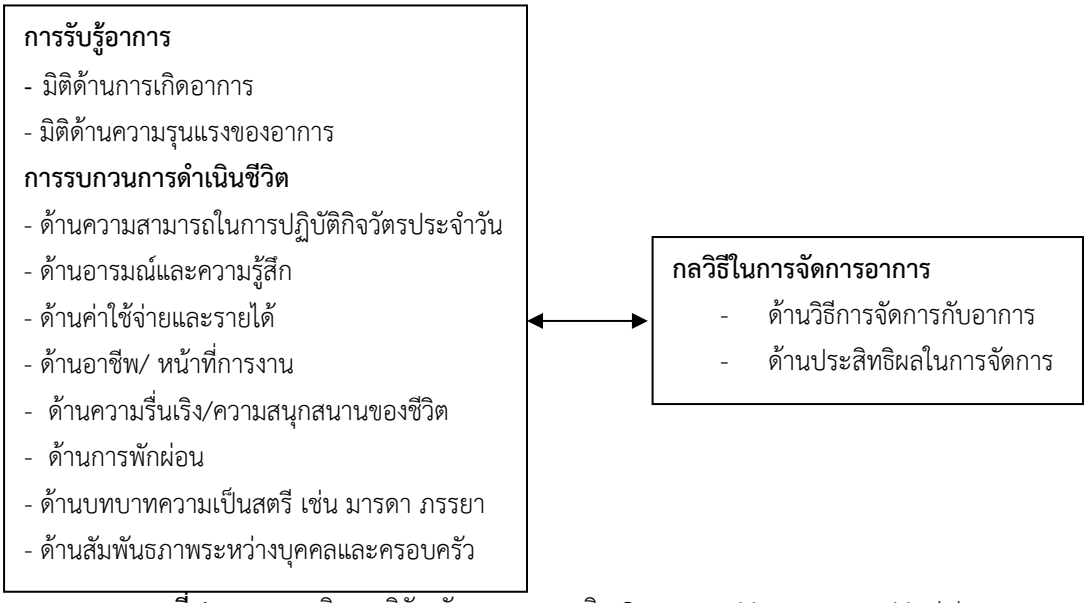
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้อาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาการรบกวนการดำเนินชีวิตจากการได้รับยาเคมีบำบัดในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการอาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ Dodd และคณะ (2001)[8] ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1. ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) 2. กลวิธีการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และ 3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) โดย**ประสบการณ์การมีอาการ** (symptom experience) ประกอบด้วย การรับรู้อาการ (perception of symptoms) โดยบุคคลจะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย จากนั้นบุคคลจะประเมินลักษณะอาการ (evaluation of symptoms) ว่าความถี่ (frequency) ความรุนแรง (severity) ความทุกทรมาน (distress) หรือไม่ และอาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิต (Interfering with life) ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงพฤติกรรมหรือไม่ มากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจะมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น (response of symptoms) ซึ่งการตอบสนองต่ออาการจะรวมไปถึงการแสวงหาความช่วยเหลือซึ่งก็คือการแสวงหา **กลวิธีการจัดการกับอาการ** (symptom management strategies) ซึ่งบุคคลจะเลือกใช้กลวิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกันไปเพื่อบรรเทาหรือขจัดความไม่สุขสบาย โดยกลวิธีการที่เลือกใช้ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลส่วนบุคคล หากวิธีการนั้นสามารถบรรเทาอาการได้ บุคคลมีแนวโน้มจะใช้วิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง แต่หากไม่สามารถบรรเทาอาการได้ ก็จะมีการปรับเปลี่ยนหรือแสวงหาวิธีการอื่นเพิ่มเติม โดยผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการที่มีความชัดเจน เช่น ความถี่หรือความรุนแรงของอาการและความทุกข์ทรมานลดลง การทำงานด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น หรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นต้น

จากแนวคิดดังกล่าว อธิบายได้ว่า เมื่อสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รับรู้ว่ามีอาการไม่สุขสบายเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายหรือจิตใจ (symptom perception) จะประเมินลักษณะของอาการ ที่เกิดขึ้นว่ามีความถี่ หรือความรุนแรง ระดับใด ส่งผลรบกวนการดำเนินชีวิต (Interfering with life) ด้านร่างกาย จิตใจและสังคมหรือไม่ หากพบว่าอาการมีความรุนแรงและเริ่มรบกวนการดำเนินชีวิต จะเริ่มแสวงหากลวิธีในการจัดการอาการ (symptom management strategies) เพื่อให้อาการบรรเทาลงหรือหมดไป กลวิธีที่เลือกใช้อาจมาจากประสบการณ์ส่วนตัว ความเชื่อ คำแนะนำจากคนรอบข้าง หรือแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ผู้ที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน หากกลวิธีดังกล่าวใช้ได้ผลหรือมีประสิทธิผลที่ดี (outcomes) ทำให้อาการทุเลาลง ความรุนแรงหรือความทุกข์ทรมานลดลง ส่งผลให้การทำงานด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น สตรีเหล่านั้นจะเลือกใช้กลวิธีนั้นอย่างต่อเนื่อง แต่หากไม่ได้ผลก็จะเปลี่ยนหรือแสวงหากลวิธีใหม่ๆ จนกว่าอาการจะบรรเทาลง และหากไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองก็จะขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ เป็นต้นดังแสดงในแผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย พัฒนาตามแนวคิด Symptom Management Model

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจ (survey descriptive research design) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะของตัวแปรที่ศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีการทดสอบสมมติฐานเชิงอนุมาน และไม่มุ่งตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการให้เคมีบำบัด ใน 6 ภูมิภาคของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุ 18 ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งรังไข่ ที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกและที่หอผู้ป่วยใน จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรักษามะเร็งรังไข่ด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ สตรีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ทุกระยะ เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 รอบการรักษา พูดคุยสื่อสารและตอบคำถามรู้เรื่อง ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบประสาท พูด อ่านภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงอย่างรุนแรงในขณะตอบแบบสอบถาม เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก หรือเปลี่ยนการรักษาเป็นแบบประคับประคองในขณะเก็บข้อมูล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (table of power analysis)[14] กำหนดค่าความคาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 80 และกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20[15] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 192 คน กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล (proportion to size) โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ประมาณปีละ 360 ราย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชประมาณปีละ 180 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 77 คน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีจำนวน 77 คนและโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจำนวน 38 คน

วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (sampling technique)

ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling technique) เพื่อเลือกพื้นที่ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยแบ่งภูมิภาคในประเทศไทยตามการแบ่งภูมิภาคทางภูมิศาสตร์ของคณะกรรมการภูมิศาสตร์แห่งชาติ เป็น 6 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตก ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาและทรัพยากรในการเก็บข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยจัดอัตราส่วนในการแบ่งภูมิภาคและเพื่อให้ได้ตัวแทนประชากรที่มีความหลากหลายจากทุกพื้นที่ให้มีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลมากที่สุด ผู้วิจัยจึงใช้สัดส่วน เลือกตัวแทนมา 1 ภูมิภาคจากใน 2 ภูมิภาค เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายและสามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้มากที่สุด โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกตัวแทนภูมิภาค ผู้วิจัยสุ่มเลือกภูมิภาคโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนเพื่อเลือก 3 ภูมิภาคจาก 6 ภูมิภาคของประเทศไทย ผลการจับสลากได้ภูมิภาคที่เป็นตัวแทนได้แก่ ภาคกลาง ภาคตะวันออกและภาคใต้

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตัวแทนโรงพยาบาลตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรักษามะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดจากใน 3 ภูมิภาคข้างต้นโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน ผลการจับสลากได้โรงพยาบาล 3 แห่งคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย (ภาคกลาง) โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (ภาคตะวันออก) และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (ภาคใต้)

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (eligible criteria) จากรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยเคมีบำบัด และหอผู้ป่วยในที่มีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ได้รับยาเคมีบำบัดของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละวันจะจัดเรียงตามลำดับการเข้ารับบริการ จากนั้นเลือก กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ(systematic random sampling) โดยเก็บข้อมูลห้าคนเว้นหนึ่งคน

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามในครั้งนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกคำตอบจากตัวเลือกที่กำหนดให้ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ระยะของโรคมะเร็งรังไข่ สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด (cycle) เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้อาการ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยตามแนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ(2001) [8] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ใช้ประเมินการรับรู้อาการย้อนหลังไป 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม แต่ละข้อคำถามแบ่งการรับรู้อาการใน 2 มิติคือ มิติการเกิดอาการและมิติความรุนแรงของอาการ โดยส่วนที่ 1 มิติการเกิดอาการมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่าเคยมีอาการดังแสดงใน 23 รายการตามที่ระบุไว้หรือไม่ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0 – 1 โดย 0 หมายถึงไม่เคยมีอาการนี้เกิดขึ้นเลย และ 1 หมายถึงมีอาการนี้เกิดขึ้น หากกลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีอาการเกิดขึ้นจะได้รับการประเมินในส่วนที่ 2 มิติความรุนแรงของอาการต่อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (a 5-Likert scale) โดย 1 หมายถึงรุนแรงน้อยที่สุด จนถึงคะแนน 5 หมายถึงอาการมีความรุนแรงมากที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึงรุนแรงน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงรุนแรงน้อย คะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึงรุนแรงปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึงรุนแรงมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง

รุนแรงมากที่สุด แต่หากไม่มีอาการในข้อใดไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความรุนแรงของอาการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรบกวนการดำเนินชีวิต พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยตามแนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ(2001)[8] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (a 5-Likert scale) โดย 1 หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นรบกวนการดำเนินชีวิตน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึงรบกวนมากที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตน้อย คะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึงรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามโดยพัฒนาตามแนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ(2001)[8] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อประกอบด้วยอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการและประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยวิธีนั้น โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเฉพาะข้อที่มีอาการเท่านั้น หากข้อใดที่ไม่มีอาการก็ให้ข้ามข้อนั้นไป โดยส่วนที่ 1 กลวิธีการจัดการอาการเป็นการประเมินวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (a 5-Likert scale) คะแนนมีค่าระหว่าง 1 – 5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีดังกล่าวเลย จนถึง 5 หมายถึงใช้วิธีการดังกล่าวทุกครั้งที่มีอาการ การแปลผลกลวิธีการจัดการอาการใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึงเลือกใช้กลวิธีในข้อนั้นน้อยมาก คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงใช้กลวิธีในข้อนั้นนาน ๆ ครั้ง คะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึงเลือกใช้กลวิธีในข้อนั้นเป็นบางครั้ง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึงเลือกใช้กลวิธีในข้อนั้นเป็นส่วนใหญ่ และคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึงเลือกใช้กลวิธีในข้อนั้นทุกครั้งที่มีอาการ

จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะถูกขอให้ประเมินในส่วนที่ 2 คือประสิทธิผลในการจัดการกับอาการดังกล่าว ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ (a -5 rating scale) ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 ช่วงคะแนนเริ่มตั้งแต่ 1 หมายถึงวิธีที่ใช้จัดการอาการดังกล่าวไม่ได้ผลเลย จนถึง 5 คะแนนหมายถึงวิธีการดังกล่าวมีประสิทธิผลในการจัดการอาการมากที่สุด แต่หากกลุ่มตัวอย่างไม่เคยจัดการกับอาการตามวิธีที่ระบุไว้ไม่ต้องระบุคำตอบในส่วนของประสิทธิผลในการจัดการในข้อนั้น การแปลผลประสิทธิผลการจัดการอาการ ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการได้ผลน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการได้ผลน้อย คะแนน 2.50 – 3.49 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการ

ได้ผลปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการได้ผลมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึงประสิทธิผลในการจัดการได้ผลมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลมะเร็ง 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา (Advanced Practice Nurse) 2 คนและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช 1 คน การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Scale Content Validity Index: S-CVI)[16] ได้ผลดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้อาการเท่ากับ 0.93 แบบสอบถามการรบกวนการดำเนินชีวิตเท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามวิธีการจัดการอาการเท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบสอบถามการรับรู้อาการในมิติด้านความรุนแรงของอาการได้ค่าเท่ากับ .80 แบบสอบถามการรบกวนการดำเนินชีวิตเท่ากับ .90 และแบบสอบถามวิธีการจัดการอาการเท่ากับ .86 และประสิทธิผลในการจัดการอาการเท่ากับ .85 สำหรับมิติด้านการเกิดของอาการใช้วิธี Kuder–Richardson (KR-21) ได้ค่าเท่ากับ .85 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้[17]

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี หมายเลข EC No. 002/2567 (วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567) คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข COA No.1058/2024 (วันที่ 1 สิงหาคม 2567) สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย หมายเลข COA No.02/2024 (วันที่ 6 สิงหาคม 2567) และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หมายเลข B023/2567 (วันที่ 16 ตุลาคม 2567)

ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงของโครงการวิจัย อธิบายเนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปรึกษาแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้หรือครอบครัวก่อนตัดสินใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาหรือการพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ เฉพาะหัวหน้าโครงการวิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวม โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายโดยสมบูรณ์หลังสิ้นสุดการวิจัยหรือได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร ทั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อซักถามของกลุ่มตัวอย่างอย่างตรงไปตรงมาโดยไม่ปิดบัง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีร่วมการวิจัยจะลงลายมือชื่อในหนังสือแสดง

เจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมได้รับสำเนาเอกสารไว้เป็นหลักฐานจำนวน 1 ชุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาลตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2567 - สิงหาคม 2568 โดยการวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีและโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เนื่องจากมีการให้บริการในวันเวลาราชการตรงกัน ผู้ช่วยวิจัยต้องมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี และเก็บข้อมูลนอกเวลางาน ผู้ช่วยวิจัยผ่านการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการ ลักษณะของแบบสอบถามและข้อคำถามในแต่ละข้อ การพิทักษ์สิทธ์ของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถตอบคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจได้อย่างถูกต้อง และการวางตัวเป็นกลางเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้การพิจารณาของตนเองในการตอบแบบสอบถามมากที่สุด ทั้งนี้ผู้วิจัยหลักติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ และให้เบอร์ติดต่อในกรณีมีข้อสงสัยเร่งด่วน สำหรับขั้นตอนการวิจัยดำเนินการดังนี้

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และดำเนินการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่เข้ารับเคมีบำบัดในแต่ละวัน เพื่อคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (eligible criteria) จากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างเป็นระบบโดยเลือกเก็บข้อมูลห้ารายเว้นหนึ่งราย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง และการพิทักษ์สิทธิอย่างครบถ้วน พร้อมขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยเน้นย้ำกับกลุ่มตัวอย่างว่าการวิจัยไม่ใช่ส่วนหนึ่งของการให้บริการจึงปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่ต้องเกรงใจว่าจะมีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

3. การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 4 ชุด จำนวน 59 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที ใช้เวลาในช่วงที่ไม่รบกวนการรักษา เช่น ระหว่างรอพบแพทย์หรือรับยา และเพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนจากการระลึกย้อนหลัง (recall bias) ผู้วิจัยกำหนดช่วงเวลาการประเมินย้อนหลังไว้เพียง 1 เดือน ซึ่งถือเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการจดจำอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ข้อคำถามยังได้รับการออกแบบให้มีความเฉพาะเจาะจงและอ้างอิงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาที่กำหนดอย่างชัดเจน เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถระลึกข้อมูลได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติหรือรู้สึกไม่สบายใจระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันทีและแจ้งพยาบาลประจำหน่วยเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

4. ภายหลังการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากพบว่ามีรายการใดไม่ครบถ้วนจะขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทางสถิติถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 (ลิขสิทธิ์โดยสถาบันการพยาบาลศรี สวรินทิราสภากาชาดไทย) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่และร้อยละ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลและการรับรู้อาการในมิติการเกิดอาการ สำหรับข้อมูลการรับรู้อาการในมิติความรุนแรง การรบกวนการดำเนินชีวิต และกลวิธีการจัดการอาการรวมถึงประสิทธิผลในการจัดการอาการพบว่ามีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นปกติจึงทำการวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรุนแรงของอาการคำนวณเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่ามีอาการนั้นโดยไม่รวมผู้ที่ไม่มีอาการ สำหรับค่าเฉลี่ยความรุนแรงภาพรวมคำนวนจากคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการรวมทั้งหมด 23 รายการ

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบร้อยละ 100 และไม่พบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ (missing data) เนื่องจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทันทีหลังเก็บข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วนทุกตัวแปร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 54.69 ปี (SD=13.09) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (64.06%) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด (31.25%) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (24.48%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเกษียณ (43.75%) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (64.58%) โดยรายที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (20.83%) กลุ่มตัวอย่างมีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งในอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (28%) และในจำนวนนี้เป็นญาติสายตรงมากที่สุด (57.14%) รวมถึงมีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ (43.75%) คือมะเร็งเต้านมมากที่สุด (11.46%) กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีมากที่สุด (57.29%) พบในระยะที่ 3 มากที่สุด (41.15%) รองลงมาคือระยะที่ 4 (26.56%) ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร paclitaxel ร่วมกับ carboplatin (81.77%) ได้รับยาเคมีบำบัดรอบที่ 6 มากที่สุด (26.56%)

Table 1 Number and Percentage of Symptom Prevalence (n = 192) and Severity Levels among Women with Ovarian Cancer Receiving Chemotherapy (n = number of patients reporting the symptom)

Symptom	Presence n (%)	Symptom	Severity Level M (SD), n	level	95%CI
Hair loss	177 (92.19)	Hair loss	4.23 (0.97),177	Severe	4.08-4.37
Fatigue/weakness/lack of energy	163 (84.90)	Numbness in hands feet	3.31 (1.08),154	Moderate	3.14-3.48
Numbness in hands/feet	154 (80.21)	Insomnia/difficulty sleeping	3.21 (1.02),140	Moderate	3.04-3.38
Insomnia/difficulty sleeping	140 (72.92)	Constipation	3.19 (1.18),109	Moderate	2.98-3.40
Loss of appetite	128 (66.67)	Frequent urination	3.04 (0.96),78	Moderate	2.82-3.25
Back pain/muscle pain/joint pain	115 (59.90)	Loss of appetite	2.96 (0.98),128	Moderate	2.79-3.13
Nausea/vomiting	114 (59.38)	Fatigue/weakness/lack of energy	2.91 (0.91),163	Moderate	2.77-3.06
Emotional distress	110 (57.29)	Skin rash/itching	2.86 (1.14),86	Moderate	2.62-3.10
Constipation	109 (56.77)	Leg cramps/muscle pain	2.85 (1.04),84	Moderate	2.62-3.07
Skin rash/itching/discoloration	86 (44.79)	Abdominal Bloating/fullness	2.85 (1.09),61	Moderate	2.57-3.13
Leg cramps/muscle pain	84 (43.75)	Back pain/muscle pain/joint pain	2.77 (1.12),115	Moderate	2.57-2.98
Memory problems	78 (40.63)	Fever/flushing	2.75 (1.11),24	Moderate	2.28-3.22
Frequent urination	78 (40.63)	Distress	2.76 (1.00),68	Moderate	2.52-3.01
Distress	68 (35.42)	Abdominal pain	2.74 (1.21),39	Moderate	2.35-3.14
Headache/dizziness	65 (33.85)	Emotional distress (sadness, anxiety)	2.68 (0.93),110	Moderate	2.51-2.86
Bloating/fullness	61 (31.77)	Nausea/vomiting	2.64 (0.96),114	Moderate	2.46-2.82
Dyspnea/shortness of breath	61 (31.77)	Diarrhea	2.61 (0.90),36	Moderate	2.31-2.92
Dry lips/oral ulcers	59 (30.73)	Dyspnea/shortness of breath	2.57 (1.07),61	Moderate	2.30-2.85

Symptom	Presence n (%)	Symptom	Severity Level M (SD), n	level	95%CI
Loss of interest	51 (26.56)	Dry lips/oral ulcers	2.53 (0.91),59	Moderate	2.29-2.76
Abdominal pain	39 (20.31)	Loss of interest	2.41 (0.90),51	Mild	2.16-2.66
Diarrhea	36 (18.75)	Memory problems	2.40 (0.74),78	Mild	2.23-2.57
Cough	30 (15.63)	Headache/dizziness	2.40 (0.79),65	Mild	2.21-2.59
Fever/flushing	25 (13.02)	Cough	2.00 (0.79),30	Mild	1.71-2.29
Other (Irritable)	1 (0.52)	Overall symptom severity	**2.81(0.43)**	**Moder-ate**	**2.63-3.00**

Note: Symptom severity was calculated only among patients who reported that symptom. Symptoms are ranked in descending order of prevalence and severity.

ผลการศึกษาในตารางที่ 1 พบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้มากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ ผมร่วง (92.19%) รองลงมาคือ เหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย/ไม่มีแรง (84.90%) ชาปลายมือ–ปลายเท้า (80.21%) นอนไม่หลับ (72.92%) และเบื่ออาหาร (66.67%) สำหรับอาการที่พบได้มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปวดหลัง/กล้ามเนื้อ/ปวดข้อ (59.90%) อาการคลื่นไส้อาเจียน (59.38%) ท้องผูก (56.77%) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการทางจิตใจที่เกิดขึ้นในการได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ รู้สึกเศร้า ท้อแท้ วิตกกังวลสูงถึง 57.29% สำหรับมิติด้านความรุนแรงของอาการในภาพรวมพบว่ามีความรุนแรงระดับปานกลาง (M=2.81, SD= 0.43) โดยผมร่วงเป็นอาการที่มีความรุนแรงในระดับมาก (M= 4.23, SD=0.97) ส่วนอาการที่มีความรุนแรงปานกลาง ได้แก่ ชาปลายมือ-ปลายเท้า (M=3.31, SD= 1.08) นอนไม่หลับหรือหลับยาก (M= 3.21, SD= 1.02) ท้องผูก (M=3.19, SD= 1.18) และปัสสาวะบ่อย (M=3.04, SD=0.96) ตามลำดับ

Table 2 Mean (SD) of Life Interference Caused by Symptoms among Women with Ovarian Cancer Receiving Chemotherapy (n = 192)

Life Interference	M (SD)	95%CI	Level
Increased family expenses	3.05 (1.283)	2.86-3.23	Moderate
Sleep disturbance	2.85 (1.22)	2.68-3.03	Moderate
Impact on income	2.54 (1.39)	2.34-2.74	Moderate
Interference with daily activities (eating, walking, bathing, dressing, etc.)	2.46 (1.12)	2.30-2.62	Mild
Impact on occupation/work role	2.31 (1.20)	2.14-2.48	Mild
Emotional instability	2.16 (1.00)	2.02-2.30	Mild
Reduced enjoyment in life	2.14 (1.03)	1.99-2.28	Mild

Impact on female roles (e.g., motherhood)	1.74 (1.08)	1.59-1.89	Very mild
Impact on relationships with others	1.67 (0.98)	1.53-1.81	Very mild
Impact on marital relationship	1.51 (0.90)	1.38-1.64	Very mild
Overall mean life interference:	**2.24 (0.81)**	**2.13-2.36**	Mild

ผลการศึกษาจากตารางที่ 2 พบว่าการรบกวนการดำเนินชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (M=2.24, SD=0.81) มิติที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างคือด้านเศรษฐกิจโดยพบว่าก่อให้เกิดรายจ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น (M=3.05, SD=1.28) และด้านการนอนหลับพักผ่อน (M=2.85, SD=1.22) โดยเป็นการรบกวนในระดับปานกลาง และด้านที่ถูกรบกวนน้อยที่สุดคือสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา (M=1.51, SD=0.90)

Table 3 Mean and Standard Deviation of Symptom Management Strategies and Their Effectiveness among Women with Ovarian Cancer Receiving Chemotherapy (n categorized by symptom)

Symptom	Strategy			Effectiveness	
		M (SD), 95%CI	ระดับ	M (SD), 95%CI	Level
1. Hair loss (n=177)	1. Cutting hair short or shaving	3.80 (1.39) 3.59-4.00	Regularly	3.84 (1.14) 3.66-4.03	High
	2. Wearing hats, wigs, or headscarves	3.49 (1.53) 3.27-3.72	Sometimes	3.93 (0.98) 3.76-4.09	High
	3. Using mild/baby shampoo	2.38 (1.48) 2.16-2.59	Occasionally	2.76 (1.17) 2.52-3.00	Moderate
2. Numbness in hands/feet (n=154)	1. Massage/compression	2.54 (1.35) 2.33-2.76	Sometimes	2.61 (0.84) 2.45-2.77	Moderate
	3. Hand/leg exercises	2.25 (1.41) 2.03-2.47	Occasionally	2.73 (0.92) 2.52-2.93	Moderate
	2. Applying balm	1.74 (1.11) 1.57-1.92	Occasionally	2.75 (1.00) 2.49-3.00	Moderate
3. Fatigue/ weakness/ lack of energy	1. Resting/napping	3.14 (1.26) 2.95-3.33	Sometimes	3.07 (0.81) 2.93-3.22	Moderate
	2. Nutritional supplements	2.37 (1.35) 2.16-2.58	Occasionally	2.92 (0.89) 2.75-3.10	Moderate

Symptom	Strategy			Effectiveness	
		M (SD), 95%CI	ระดับ	M (SD), 95%CI	Level
(n=163)	5. Engaging in distraction activities (e.g., praying, meditation)	1.96 (1.24) 1.77-2.15	Occasion-ally	2.95 (0.89) 2.74-2.91	Moderate
4. Difficulty sleeping (n=140)	1. Keeping the bedroom completely dark during sleep	2.60 (1.65) 2.33-2.87	Sometimes	2.87 (1.19) 2.60-2.85	Moderate
	2. Praying, meditation, or mindfulness practices	2.52 (1.47) 2.28-2.77	Sometimes	3.04 (0.92) 2.85-3.02	Moderate
	3. Use of sleeping medi-cation	2.50 (1.50) 2.26-2.75	Sometimes	3.94 (0.73) 3.78-4.10	High
5. Constipa-tion (n=109)	1. Consuming vegetables, fruits, yogurt	3.04 (1.57) 2.75-3.34	Sometimes	3.47 (0.89) 3.27-3.68	Moderate
	2. Use of laxatives, sup-positories, or enemas	2.39 (1.40) 2.13-2.65	Occasion-ally	3.58 (0.82) 3.38-3.77	High
	3. Increasing water intake	2.36 (1.49) 2.08-2.64	Occasion-ally	3.30 (0.80) 3.09-3.50	Moderate
6. Loss of appetite (n=128)	1. Consuming alternative foods	2.94 (1.41) 2.69-3.19	Sometimes	3.14 (0.97) 2.94-3.34	Moderate
	2. Choosing preferred foods (e.g., desserts, fruits)	2.45 (1.38) 2.21-2.70	Occasionally	3.09 (0.89) 2.89-3.30	Moderate
	3. Forcing oneself to eat	2.41 (1.37) 2.17-2.66	Occasionally	2.90 (1.03) 2.65-3.15	Moderate
6. Frequent urination (n=78)	1. Reducing or avoiding fluid intake 2 hours be-fore bedtime	2.69 (1.33) 2.36-3.03	Sometimes	3.09 (0.76) 2.86-3.31	Moderate
	2. Avoiding caffeinated beverages	1.89 (1.42) 1.53-2.25	Occasionally	3.59 (0.96) 3.17-4.02	High
	3. Seeking medical con-sultation	1.56 (1.18) 1.26-1.86	Occasionally	3.50 (1.02) 2.91-4.09	High

Symptom	Strategy			Effectiveness	
		M (SD), 95%CI	ระดับ	M (SD), 95%CI	Level
7. Nausea/ vomiting (n = 114)	1. Taking antiemetic medications	3.29 (1.48) 3.00-3.57	Sometimes	3.77 (0.87) 3.58-3.96	High
	2. Consuming sour fruits or candies	2.85 (1.39) 2.59-3.12	Sometimes	3.12 (0.98) 2.91-3.33	Moderate
	3. Resting	2.37 (1.49) 2.09-2.65	Occasionally	3.28 (0.88) 3.04-3.52	Moderate
8. Back pain/muscle pain/joint pain (n=115)	1. Taking analgesics or muscle relaxants	2.50 (1.47) 2.23-2.77	Sometimes	3.46 (0.81) 3.26-3.65	Moderate
	2. Massage at painful areas	2.16 (1.31) 1.92-2.40	Occasionally	2.98 (0.99) 2.73-3.24	Moderate
	3. Applying topical analgesics	2.05 (1.22) 1.83-2.27	Occasionally	2.92 (0.97) 2.67-3.17	Moderate
9. Emotional Psychological Symptoms (n=138)	1. Talking and expressing feelings with others	3.17 (1.40) 2.93-3.40	Sometimes	3.74 (0.78) 3.58-3.89	High
	2. Attempting to forget or accept the illness	2.84 (1.36) 2.61-3.07	Sometimes	3.09 (0.87) 2.92-3.27	Moderate
	3. Engaging in religious activities	2.78 (1.34) 2.56-3.00	Sometimes	3.19 (1.05) 2.99-3.39	Moderate

Note: Item numbers represent symptom codes and do not indicate ranking by prevalence or severity.

ผลจากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในการจัดการอาการผมร่วง คือเลือกที่จะตัดผมสั้นหรือโกนผม เป็นวิธีที่ถูกใช้สม่ำเสมอที่สุด (M=3.80, SD=1.39) และมีประสิทธิผลมาก (M=3.84, SD=1.14) นอกจากนี้ การสวมหมวก/วิก/ผ้าโพกศีรษะ แม้ส่วนใหญ่จะใช้เป็นครั้งคราว (M=3.49, SD=1.53) แต่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีประสิทธิภาพสูงเช่นกัน (M=3.93, SD=0.98) อาการชาปลายมือ-ปลายเท้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้การบีบ/นวด/ประคบ ทาด้วยบาล์มหรือยาหม่อง และบริหารมือ - ขา โดยปฏิบัติเป็นครั้งคราวจึงให้ผลในระดับปานกลาง อาการเหนื่อยล้าพบว่ากลุ่มตัวอย่าใช้วิธีนั่งพัก นอนพักหรืองีบหลับในตอนกลางวันซึ่งได้ผลเพียงระดับปานกลาง (M=3.07, SD= 0.81) ในรายที่มีนอนไม่หลับพบว่าแม้จะเลือกการรับประทานยานอนหลับนาน ๆ ครั้ง แต่ก็มีประสิทธิผลมากกว่าวิธีอื่น ๆ (M= 3.94, SD=0.73) อาการท้องผูกพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีในการเลือกรับประทานผัก

ผลไม้ ดื่มนมรสเปรี้ยว/โยเกิร์ต แต่กลับพบว่าการใช้ยาระบายมีประสิทธิผลช่วยระบายได้มากกว่า (M=3.58, SD=0.82) สำหรับอาการปัสสาวะบ่อย พบว่า วิธีการงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ชา กาแฟ น้ำอัดลมและการไปพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุแม้จะใช้วิธีนี้นาน ๆ ครั้งแต่ก็มีประสิทธิมาก (M=3.59, SD= 0.96) สำหรับอาการทางด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยระบายความรู้สึกกับคนใกล้ชิดแม้จะปฏิบัติเป็นบางครั้ง (M=3.17, SD=1.40) แต่ก็เป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในระดับสูง (M=3.74, SD=0.78)

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบความชุกหรือการรับรู้อาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูงสุด 5 อันดับแรกคือ ผมร่วง รองลงมาคืออาการเหนื่อยล้า อาการชาปลายมือ – ปลายเท้า อาการนอนไม่หลับ และอาการเบื่ออาหาร ขณะที่ผมร่วงยังคงเป็นอาการที่มีระดับความรุนแรงของอาการสูงที่สุด รองลงมาคือ อาการชาปลายมือ – ปลายเท้า และอาการนอนไม่หลับและยังพบว่าอาการที่พบได้ในระดับปานกลางแต่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นอาการที่มีระดับความรุนแรงในอันดับต้น ๆ นั่นก็คือ อาการท้องผูกและอาการปัสสาวะบ่อย ขณะที่ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับน้อย แต่มิติด้านเศรษฐกิจและการนอนหลับถูกรบกวนมากกว่ามิติอื่น ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้อาการอาจไม่รุนแรง หากเกิดขึ้นบ่อยก็อาจทำให้การดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ถูกรบกวน จนต้องหาวิธีการจัดการกับอาการดังกล่าว

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด Symptom Management Model ของ Dodd และคณะ[8] ที่อธิบายว่าการรับรู้อาการ (symptom perception) การจัดการอาการ (symptom management) และผลลัพธ์ (outcome) มีความสัมพันธ์กันและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เมื่อสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น (symptom perception) เช่น ผมร่วง ชาปลายมือ–ปลายเท้า นอนไม่หลับ ท้องผูก เบื่ออาหาร หรือปัสสาวะบ่อย ก็จะประเมินความถี่ ความรุนแรง และประเมินว่าอาการรบกวนการดำเนินชีวิตหรือไม่ระดับใด หากมีความรุนแรงหรือรบกวนก็จะแสวงหากลวิธีที่จะทำให้อาการนั้นบรรเทาลงหรือหมดไป โดยเลือกวิธีตามที่ตนเองเชื่อว่ามีประสิทธิภาพที่จะบรรเทาความรุนแรงจากอาการนั้นได้ และทำให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนว่าอาการเป็นสิ่งผิดปกติที่เกิดได้บ่อยและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ซึ่งแม้มีประสิทธิผลต่อการทำลายเซลล์มะเร็ง แต่ยังกระทบต่อเนื้อเยื่อปกติส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวได้ในอัตราที่สูง ดังจะอธิบายต่อไปนี้

ประสบการณ์การมีอาการและความรุนแรงของอาการ จากผลการศึกษาพบว่า **ผมร่วง** พบได้บ่อยที่สุดและมีความรุนแรงมาก ซึ่งผมร่วงเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ก่อให้เกิดความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตโดยรวม ผมร่วง อาจเกิดเนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของเคมีบำบัดสูตรมาตราฐาน

ที่มีส่วนประกอบของ taxane (paclitaxel) ร่วมกับ platinum (carboplatin) โดยยากลุ่มเหล่านี้ทำให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์รากผมที่แบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เส้นผมหักและหลุดร่วงภายในไม่กี่สัปดาห์หลังเริ่มการรักษา[18] โดย BC Cancer Drug Manual (2024)[19] รายงานว่าการได้รับยาสูตร carboplatin สูตรเดี่ยวทำให้ผมร่วงได้ประมาณ 3% แต่เมื่อให้ร่วมกับ paclitaxel จะส่งผลให้ผมร่วงมีความรุนแรงมากขึ้นถึง 87 - 93 % ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรผสมระหว่าง paclitaxel ร่วมกับ carboplatin (81.77%) รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 6 (26.56%) และมากกว่า 6 ครั้ง (15.10%) จึงทำให้เกิดการสะสมของยาเคมีบำบัดเพิ่มขึ้น จึงอาจเป็นสาเหตุที่ให้อาการผมร่วงมีความรุนแรงเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษา Gaumond และคณะ [20] ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่จำนวน 19,680 คน ที่ได้รับสูตรยาเคมีบำบัดที่มีส่วนประกอบของ platinum, taxanes, และ topoisomerase I inhibitors เช่น paclitaxel พบความชุกของผมร่วงมากถึง 62.80-79.00 % และมีความรุนแรงระดับมาก (grade 3) ในขณะที่เมื่อใช้ในสูตรผสม เช่น carboplatin ร่วมกับ paclitaxel (CP) พบอัตราผมร่วงเพิ่มขึ้นได้สูง 73-80% โดยมีความรุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมากที่สุด (grade 1-4) หรือสูตรผสมระหว่าง cyclophosphamide, adriamycin, และ cisplatin (CAP) พบผมร่วงได้ 76% มีความรุนแรงในระดับมากถึงมากที่สุด (grade 3-4) รวมถึงผมร่วงทำให้เกิดการสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ความทุกข์ทรมานและลดคุณภาพชีวิต

อาการชาปลายมือ – ปลายเท้า

ในการศึกษาครั้งนี้พบมากถึง 80.21% ความรุนแรงในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ BC Cancer Drug Manual (2024)[19] รายงานอุบัติการณ์อาการชาปลายมือ-ปลายเท้าพบได้สูงถึง 52-64% มีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งนี้อาการชาปลายมือ-ปลายเท้าเป็นอาการที่เกิดจากพิษต่อระบบประสาท (neurotoxicity) ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมสลายของใยประสาท axon จากฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด จึงส่งผลให้ปลายประสาทรับความรู้สึกเกิดการอักเสบและเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด [21-22] ทั้งนี้อาจเกิดจากพิษของ paclitaxel ที่มีต่อเส้นประสาทส่วนปลายจึงทำให้เกิดอาการ เช่น ชา แสบร้อน เจ็บจี๊ดเหมือนไฟช็อตตามปลายมือปลายเท้า จึงถูกเรียกว่า Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy (CIPN) โดย อาการมักเกิดภายใน 24 - 72 ชั่วโมงหลังได้รับยาหรืออาจรุนแรงขึ้นหลังจากนั้นอีก 1-2 สัปดาห์ภายหลังให้ยา[23] ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 2 มากถึง 22.39% จึงอาจพบอาการชาปลายมือ-ปลายเท้าได้ อย่างไรก็ตามความชุกของการเกิดอาการชาปลายมือ-ปลายเท้าอาจเพิ่มตามขนาดยาที่สะสมในร่างกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jin และคณะ[24] ที่รายงานว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะสูตร paclitaxel ร่วมกับ carboplatin มีอาการชาปลายมือ-ปลายเท้าเนื่องจากยาเคมีบำบัดมากถึง 69.30%

อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยสูงถึง 72.92% โดยมีความรุนแรงของอาการในระดับรุนแรง เป็นอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับ เช่น ปัสสาวะบ่อย ปวด ชาปลายมือ-ปลายเท้า จนทำให้เจ็บ จนสะดุ้งตื่นในตอนกลางคืน และหลับต่อได้ไม่สนิท ดังข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างให้เพิ่มเติมไว้ว่า “บางครั้งนอน ๆ อยู่แล้วมีอาการเจ็บจี๊ด แปล๊บ ๆ ที่ปลายมือ เลยตื่นบ่อยและนอนต่อไม่ค่อยหลับ” หรือ “กลางคืนตื่นมาเข้าห้องน้ำบ่อยมาก ตื่นแล้วก็นอนไม่ค่อยหลับ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beesleyและคณะ[9] ที่พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการนอนไม่หลับ 45% และการศึกษาของ Mahfouz และคณะ [25] ที่ศึกษาเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับในสตรีมะเร็งรังไข่ในระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ โดยพบว่านอนไม่หลับเป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (52%) ในขณะที่นอนไม่หลับในรายที่ผ่าตัดและได้รับฮอร์โมนบำบัดพบ 33% และ 32% ตามลำดับ

ท้องผูก และ ปัสสาวะบ่อย พบในกลุ่มตัวอย่างคิดเป็น 56.77% และ 40.63% ตามลำดับ โดยทั้งสองอาการมีความรุนแรงเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อาการท้องผูกอาจสัมพันธ์กับผลของยาเคมีบำบัดต่อระบบประสาทที่ลำไส้และกล้ามเนื้อเรียบทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง โดยการศึกษาของ Sailors และคณะ [22] พบว่าอาการท้องผูกพบได้ระดับปานกลางถึงรุนแรง อาการปัสสาวะบ่อย สาเหตุอาจเกี่ยวข้องทั้งจากโรค เช่น ก้อนมะเร็งในอุ้งเชิงกรานกดเบียดกระเพาะปัสสาวะและจากกระบวนการรักษา เช่น การให้สารน้ำร่วมกับยาเคมีบำบัดทำให้ปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น ตลอดจนปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ความวิตกกังวล ทั้งนี้งานวิจัยของ Hwang และคณะ[26] พบว่าความชุกของอาการปัสสาวะบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบได้บ่อยถึง 85.40 % ซึ่งอาการปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะเวลากลางคืนอาจเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้

อาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ วิตกกังวล เป็นอาการที่พบได้บ่อยในการศึกษาครั้งนี้ (57.29%) และความรู้สึกทุกข์ทรมานพบได้ 35.42% ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิด Symptom Management Model [8] ที่อธิบายว่า การรับรู้อาการมิได้มีเพียงมิติด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมมิติด้านอารมณ์ร่วมด้วย ซึ่งการรับรู้อาการด้านอารมณ์และด้านร่างกายมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Beesley และคณะ [9] ที่พบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตใจที่พบได้บ่อยในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด 20% และ 14% ตามลำดับ และการศึกษาของ Clevenger และคณะ[27] ที่พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ลดลง ($p < .04$) และการนอนหลับที่ลดลงยังสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงอีกด้วย ($p < .001$) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เล็กน้อยเนื่องจากในมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าอาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ไม่สบายใจ หงุดหงิด/อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พบอาการที่พบได้บ่อยที่สุด มากกว่าอาการทางด้านร่างกาย[28]

การรบกวนการดำเนินชีวิตของอาการในการศึกษาครั้งนี้โดยรวมอยู่ระดับน้อย (M=2.24, SD=0.81) ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิด Symptom Management Model[8] ได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะประเมินลักษณะอาการ (evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้นในภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการในภาพรวมมีความรุนแรงในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างจึงยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นไม่ทำให้บทบาทความเป็นสตรี เช่น มารดาหรือภรรยาหรือสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยาลดลง โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลประกอบว่า “สามีและลูกดูแลตนเองเป็นอย่างดี ยิ่งเจ็บป่วยเขายิ่งดูแลใกล้ชิด” รวมถึงไม่ทำให้สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเสียไปเนื่องจากสามารถติดต่อพูดคุยกับเพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง ได้ด้วยการใช้วีดีโอคอลทางไลน์ เป็นต้น สำหรับเหตุผลที่มิติด้านเศรษฐกิจ เป็นด้านที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด อาจเนื่องจากมะเร็งรังไข่และกระบวนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายและรายได้ของตนเองหรือครอบครัว แม้ว่าจะมีสิทธิใน การรักษาในบางส่วนแต่ก็ต้องแบกรับภาระ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร หรือค่าที่พักโดยเฉพาะ ผู้ที่ต้องเดินทางมาจากต่างจังหวัด การหยุดงานหรือจำกัดชั่วโมงทำงานทำให้สูญเสียรายได้ ทั้งของผู้ป่วยเองและของผู้ดูแลจึงส่งผลให้ภาระทางการเงินเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบทางลบจากภาระทางการเงิน" (financial toxicity) ในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ โดย Swiecki-Sikoraและคณะ [29] พบว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบทางลบจากภาระทางการเงิน แม้จะมีประกันสุขภาพแต่ก็ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาเพียงบางส่วนเท่านั้น โดย นำมาซึ่งภาระทางการเงินในรูปแบบทางตรงคือค่าใช้จ่ายต่าง ๆ หรือทางอ้อม ผ่านการสูญเสียการจ้างงานและรายได้ ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล เป็นต้น

สำหรับการรบกวนด้านการนอนหลับพักผ่อนอาจเนื่องจากได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มที่มีส่วนประกอบของ taxane หรือ platinum จึงทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัจจัยรบกวนการนอนหลับ เช่น ชาปลายมือ - ปลายเท้า (80.21%) ปวดหลัง/กล้ามเนื้อ/ปวดข้อ (59.90%) คลื่นไส้/อาเจียน (59.38%) ตะคริวที่ขา/ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อขา (43.75%) หรือปัสสาวะบ่อย (40.63%) รวมถึงภาวะอารมณ์และความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจ และความไม่แน่นอนของการรักษาจะเพิ่มการตื่นตัวของระบบประสาท ทำให้หลับยากหรือตื่นบ่อย อาการเหล่านี้ส่งผลการรบกวนการนอนหลับ (sleep disturbance) เป็นอย่างมาก

กลวิธีการจัดการอาการในสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า มักเลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการที่ทำเองง่ายและเห็นผลชัด เช่น ตัดผมสั้น/สวมวิก มักจะถูกเลือกใช้สม่ำเสมอและพบว่ามีประสิทธิผลสูง ในขณะที่วิธีที่ต้องทำต่อเนื่องและเป็นขั้นตอน เช่น การบีบ – นวด – บริหาร มักถูกเลือกใช้เป็นครั้งคราวและได้ผลเพียงระดับปานกลาง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบางส่วนที่เลือกใช้กลวิธีอยู่เฉย ๆ (wait and observe) เป็นครั้งคราวและพบว่าไม่ได้ผลจนถึงได้ผลเล็กน้อย ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของอาการ ความเชื่อในประสิทธิผล ความสะดวกและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเป็นตัวกำหนดการเลือกปฏิบัติในแต่ละกลวิธี และความคงอยู่ของความสม่ำเสมอในการปฏิบัตินั้น และหากวิธีดังกล่าวไม่ได้ผลจะเลือกใช้กลวิธีการด้วยการขอความช่วยเหลือจากแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาอาการเหล่านั้น เช่น อาการท้องผูก นอนไม่หลับ และคลื่นไส้/อาเจียน เป็นต้น ซึ่งพบว่าแม้จะเลือกใช้กลวิธีเหล่านั้นนาน ๆ ครั้ง แต่พบว่ามีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการสูง สอดคล้องกับแนวคิด Symptom Management Model ที่อธิบายไว้ว่าบุคคลจะเลือกใช้กลวิธีในการจัดการอาการ (symptom management strategies) เพื่อให้อาการบรรเทาลงหรือหายไป โดยการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลของแต่ละบุคคล หากพบว่าสามารถบรรเทาอาการได้ บุคคลจะใช้วิธีการเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามหากพบว่าวิธีการที่เลือกใช้ไม่ได้ผลหรือได้ผลน้อยก็อาจจะแสวงหาการจัดการกับอาการด้วยวิธีอื่น ๆ อาจให้ทีมสุขภาพเข้ามามีบทบาทในการจัดการอาการของตน [8]

ประสิทธิผลในการจัดการอาการ พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดเลือกใช้กลวิธีที่หลากหลายเพื่อจัดการ**อาการผมร่วง** โดยการตัดผมสั้น/โกนผม เป็นกลวิธีที่ใช้บ่อยและได้ผลมาก รวมถึงเลือกใช้การสวมหมวก/วิก/ผ้าโพกศีรษะ ซึ่งแม้จะเลือกใช้เป็นบางครั้ง แต่กลุ่มตัวอย่างก็ประเมินว่ามีประสิทธิผลสูง ซึ่งกลวิธีเหล่านี้เป็นการจัดการด้านภาพลักษณ์ที่มีความเป็นรูปธรรม ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากภาพลักษณ์ที่เสียไปและสนับสนุนการเข้าสังคมได้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเลือกปฏิบัติเป็นประจำทำให้ได้ผลดี คล้ายคลึงกับผลการศึกษา Natason และคณะ[28] ที่พบว่าสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการผมร่วง เลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับภาพลักษณ์ได้แก่ การโกนผม สวมหมวก สวมวิก สูงถึง 91.30% , 88.10%, และ 66.90% ตามลำดับ

การจัดการกับ**อาการชาปลายมือ – ปลายเท้า** พบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง รับรู้ว่าอาการไม่รุนแรง การปฏิบัติจึงไม่สม่ำเสมอทำให้ประสิทธิผลอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีบีบ นวด ประคบ และการบริหารมือและเท้าแต่พบว่าปฏิบัติเป็นครั้งคราวไม่สม่ำเสมอ จึงให้ผลเพียงระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าหากกลวิธีบรรเทาอาการนั้นต้องทำอย่างต่อเนื่อง มีขั้นตอน และเป็นการบรรเทาอาการเฉพาะที่ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดแรงสนับสนุนที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ประสิทธิผลไม่มากพอ คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้ยาเคมีบำบัดของ

อภิญญา คารมปราชญ์และคณะ[21] ที่พบว่าผู้ป่วย 11.70 % เลือกใช้กลวิธีการจัดการอาการชาปลายมือ-ปลายเท้าโดยการบีบ นวด บริหารมือหรือประคบ/แช่น้ำอุ่น และการสวมถุงมือ-ถุงเท้าเพื่อไม่ให้มือเท้าเย็น เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างจัดการกับ**อาการนอนไม่หลับ** โดยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการนอน เช่น การปิดไฟให้มืดสนิท ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการสวดมนต์ ภาวนา ทำสมาธิ อย่างไรก็ตามพบว่าได้ผลในระดับปานกลางเนื่องจากปฏิบัติเป็นบางครั้ง จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อพบว่ากลวิธีการจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างดำเนินการด้วยตนเองเลือกใช้เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือปรับสิ่งแวดล้อมไม่ได้ผล ก็จะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยในการรักษาหรือให้ยาช่วยให้นอนหลับได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะรับประทานยานอนหลับเป็นบางครั้งแต่ก็ให้ประสิทธิผลในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา คารมปราชญ์และคณะ[21] ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ใช้กลวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับด้วยการรับประทานยาคลายเครียดที่ได้รับจากโรงพยาบาล ร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การอ่านหนังสือ สวดมนต์และนั่งสมาธิ และคล้ายคลึงกับการศึกษาในสตรีมะเร็งปากมดลูกในช่วงก่อนรักษา ขณะรักษาและภายหลังรักษา 1 เดือนที่พบว่าแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะใช้กลวิธีสวดมนต์หรือทำสมาธิมากกว่าการรับประทานยานอนหลับ แต่กลับพบว่าการรับประทานยานอนหลับเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิผลสูงกว่า[30]

ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่ากลวิธีการจัดการ**อาการท้องผูก** เมื่อการปรับพฤติกรรมเช่นเพิ่มการรับประทานผักผลไม้และดื่มน้ำให้มากขึ้นแต่กลับให้ประสิทธิผลเพียงระดับปานกลาง ผู้ป่วยก็จะเปลี่ยนกลวิธีเป็นการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อใช้ยาระบาย ซึ่งแม้ปฏิบัติเป็นบางครั้งแต่กลับให้ประสิทธิผลมาก คล้ายคลึงกับการจัดการ**อาการปัสสาวะบ่อย**ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะปรับพฤติกรรมเช่น การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ คาเฟอีน ชา กาแฟ และน้ำอัดลม ซึ่งแม้เลือกปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง แต่ให้ประสิทธิผลที่มาก สะท้อนให้เห็นว่ากลวิธีบางอย่างแม้จะมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการสูง แต่หากใช้ไม่สม่ำเสมอหรือยังขาดความรู้และแรงจูงใจจึงอาจไม่สามารถจัดการอาการนั้นได้ทั้งหมด นอกจากนี้การไปพบแพทย์แม้จะปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง แต่พบว่ากลับให้ผลในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบในอาการอื่น ๆ ที่พบว่าเมื่อการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่องหรือได้ผลจำกัด ผู้ป่วยจะหันไปแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์เพื่อช่วยประเมินสาเหตุและให้การรักษาที่เหมาะสม

สำหรับ**อาการทางด้านจิตใจและอารมณ์**พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เลือกใช้กลวิธีการพึ่งพาแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนเป็นอันดับแรก โดยเลือกที่จะพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนรอบข้าง โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน ซึ่งแม้ภาพรวม

พบว่าเป็นการปฏิบัติเป็นบางครั้งแต่กลับพบว่ามีประสิทธิผลมาก ผลการศึกษามีความแตกต่างจากสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลือกใช้กลวิธีในการจัดการกับอารมณ์ โดยทำใจยอมรับความเจ็บป่วยและคิดทางบวกว่าตนเองมีโอกาสหายจากโรค[21] ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น (56.90%) ซึ่งมีโอกาสรักษาให้หายได้ ในขณะที่สตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม ระยะที่ 3 และ 4 คิดเป็น (67.71%) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเผชิญกับความไม่แน่นอนทางอาการและการพยากรณ์ของโรคที่สูงกว่ามะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เนื่องจากบริบทวัฒนธรรมไทยครอบครัวเป็นแหล่งพึ่งพาหลักเมื่อเผชิญวิกฤตสุขภาพ การพูดคุยระบายความรู้สึกโดยเฉพาะกับคนในครอบครัวจะจึงช่วยจัดการอาการทางจิตใจและอารมณ์ได้มากกว่า

สรุป ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์การมีอาการของสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงมิติด้านร่างกายเท่านั้น แต่เชื่อมโยงกับมิติทางด้านจิตใจ สังคม และบทบาทความเป็นสตรี นอกจากนี้อาการที่มีความรุนแรงหรือส่งผลต่อภาพลักษณ์และการดำเนินชีวิต มักมีแนวโน้มกระตุ้นให้ผู้ป่วยเลือกใช้กลวิธีจัดการอาการที่ปฏิบัติได้ง่ายและเห็นผลชัดเจน ในขณะที่กลวิธีที่ต้องอาศัยความต่อเนื่อง อาจถูกใช้ไม่สม่ำเสมอเนื่องจากข้อจำกัด เช่น ภาระจากอาการ ความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ บริบททางวัฒนธรรมไทย ครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพยังเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจมีผลต่อการรับรู้อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยได้ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ข้อมูลและส่งเสริมการจัดการอาการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จุดอ่อนของงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นหรือผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัดหรือรังสีรักษาได้ เนื่องจากลักษณะอาการ ผลข้างเคียง และวิธีจัดการอาการอาจแตกต่างกัน นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาให้ข้อมูลเพื่ออธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเท่านั้น ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรได้ รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการจำย้อนหลังได้

จุดแข็งของงานวิจัย

ผลจากการศึกษามาจากกลุ่มตัวอย่างจากหลายภูมิภาคของประเทศ ซึ่งช่วยเพิ่มความครอบคลุมเชิงพื้นที่และสะท้อนลักษณะของผู้ป่วยได้หลากหลายมากขึ้น นอกจากนี้เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบทั้งด้านความตรงและความเชื่อมั่น ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ตีความผลการศึกษา และการศึกษาในครั้งนี้ยังครอบคลุมหลายมิติสำคัญภายใต้กรอบการศึกษาเดียวกันของแนวคิด Symptom

Management Model ทั้งมิติการรับรู้อาการ มิติความรุนแรง ผลกระทบ กลวิธีการจัดการอาการ และประสิทธิผลของกลวิธีดังกล่าว ซึ่งช่วยให้เข้าใจประสบการณ์อาการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม รวมถึงผลการศึกษายังให้ข้อมูลเชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการจัดการอาการและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1ด้านการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะทางคลินิก เช่น หน่วยเคมีบำบัด หรือหอผู้ป่วยในที่มีผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินอาการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอาการที่พบบ่อยและมีความรุนแรง เช่น ผมร่วง ชาปลายมือ-ปลายเท้า นอนไม่หลับ ท้องผูก และปัสสาวะบ่อย เป็นต้น รวมถึงอาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยเฉพาะ ซึมเศร้า ท้อแท้ และวิตกกังวล ซึ่งอาจผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ รวมถึงวางแผนการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการที่เกิดขึ้นและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละราย

1.2ด้านการเรียนการสอน ผลการวิจัยสามารถส่งเสริมอาจารย์และผู้เรียนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในหัวข้อเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยในระบบสืบพันธุ์สตรี เพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลในการจัดการกับอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระบบสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม มีความครอบคลุมทั้งอาการทางร่างกายและจิตใจ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัดหรือการได้รับรังสีรักษาเพื่อเปรียบเทียบอาการและกลวิธีในการจัดการอาการที่แตกต่างกันตามรูปแบบการรักษา และควรศึกษาเพิ่มเติมในการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการและประสิทธิผลของกลวิธีในการจัดการอาการ รวมถึงการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลหรือโปรแกรมส่งเสริมการจัดการอาการที่เกิดขึ้นบ่อยหรือมีความรุนแรง ให้มีความครอบคลุมทั้งอาการด้านร่างกายและจิตใจ

References

1. International Agency for Research on Cancer World Health Organization. Ovary source: globocan 2025 [Internet]. 2025 [cited 2026 April 6]. Available from: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/25-ovary-fact-sheet.pdf

2. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Global cancer observatory. Thailand source: globocan 2025 [Internet]. 2026 [cited 2026 April 6]. Available from: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf

3. Armstrong DK, Alvarez RD, Bakkum-Gamez JN, Barroilhet L, Behbakht K, Berchuck A, et al. Ovarian cancer, version 2.2020, NCCN clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw 20212;19(2):191-226. doi: 10.6004/jnccn.2021.0007.

4. Pongpila U, Promthet S, Kamsa-ard S, Suwanrungruang K, Kleebkaow P, Pengsaa P. Survival of ovarian cancer patients in Khon Kaen province. KKU Journal for Public Health Research 2018;11(2):30-9. (in Thai)

5. Sukrapat W, Taksin P, Chaismithkul R. The relationship between sense of coherence and health promoting behaviors among patients with ovarian cancer receiving chemotherapy. NJPH 2021;31(1):189-98. (in Thai)

6. Pimsi P, Santimaleeworagun W. New role of olaparibon the treatment of epithelial ovarian cancer. TJPP 2018;10(1):174-84. (in Thai)

7. National Health Security Office. Treatment Guidelines for Ovarian Cancer Patients under the National Health Security System, Fiscal Year 2018 in Treatment Guidelines for adult Cancer Patients year 2018 for Public health service fees in the National Health Security System. Bangkok,NHSO;2018; p.25-38. (in Thai)

8. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001;33(5):668-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.

9. Beesley VL, Webber K, Nagle CM, DeFazio A, Obermair A, Williams M, et al. When will I feel normal again? Trajectories and predictors of persistent symptoms and poor wellbeing after primary chemotherapy for ovarian cancer. Gynecol Oncol 2020;159(1):179-86. doi: 10.1016/j.ygyno.2020.07.029.

10. Beesley VL, Ross TL, King MT, Campbell R, Nagle CM, Obermair A, et al. Evaluating patient-reported symptoms and late adverse effects following completion of first-line chemotherapy for ovarian cancer using the MOST (Measure of Ovarian Symptoms and Treatment concerns). Gynecol Oncol 2022;164(2):437-45. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.12.006.

11. Martin ML, Halling K, Eek D, Reaney M. "Lower abdominal pains, as if I was being squeezed...in a clamp": A qualitative analysis of symptoms, patient-perceived side effects and impacts of ovarian cancer. Patient 2020;13(2):189-200. doi: 10.1007/s40271-019-00393-8.

12. Kittisiam T, Muangkhoua S, Tangjitgamol S, Tantraporn T, Yangsamit P, Assavavisidchai N, et al. Prevalence of other cancers in ovarian cancer patients. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine 2018;62(1):1-8. (in Thai)

13. Liblab S. Effect of ercc1, xrcc1 and gstp1 polymorphisms on clinical response and adverse events of platinum-based chemotherapy in epithelial ovarian cancer patients [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.

14. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, & generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

15. Cohen J. Statistic power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.

16. Polit FD, Beck TC. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.

17. DeVellis RF. Scale development: : theory and applications. 4th ed. Los Angeles: SAGE; 2017.

18. Wikramanayake TC, Haberland NI, Akhundlu A, Laboy Nieves A, Miteva M. Prevention and treatment of chemotherapy-induced alopecia: what is available and what is coming? Curr Oncol 2023;30(4):3609-26. doi: 10.3390/curroncol30040275.

19. BC Cancer. DRUG NAME: Paclitaxel [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 1]. Available from: https://www.bccancer.bc.ca/drug-database-site/Drug%20Index/Paclitaxel_monograph.pdf

20. Gaumond SI, Beraja GE, Kamholtz I, Ferrari LM, Mahmoud RH, Jimenez JJ. Chemotherapy-induced alopecia in ovarian cancer: incidence, mechanisms, and impact across treatment regimens. Cancers (Basel) 2025;17(3):411. doi: 10.3390/cancers17030411.

21. Apinya Karomprat A, Chaichan P, Santawesuk U, Sookprasert A. Symptoms, symptom management and outcome in cancer patients undergoing chemotherapy. Srinagarind Med J 2017;32(4):326-31. (in Thai)

22. Sailors MH, Bodurka DC, Gning I, Ramondetta LM, Williams LA, Mendoza TR, et al. Anderson Symptom Inventory (MDASI) for use in patients with ovarian cancer. Gynecol Oncol 2013;130(2):323-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.05.009.

23. Klein I, Lehmann HC. Pathomechanisms of paclitaxel-induced peripheral neuropathy. Toxics. 2021;9(10):229. doi: 10.3390/toxics9100229.

24. Jin L, Zhang Y, Yang W. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy among patients with ovarian cancer. Int J Gynaecol Obstet 2020;149(3):303-308. doi: 10.1002/ijgo.13137.

25. Mahfouz FM, Li T, Joda M, Harrison M, Horvath LG, Grimison P, et al. Sleep dysfunction associated with worse chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity functional outcomes. Support Care Cancer 2023;32(1):46. doi: 10.1007/s00520-023-08245-w.

26. Hwang KH, Cho OH, Yoo YS. Symptom clusters of ovarian cancer patients undergoing chemotherapy, and their emotional status and quality of life. Eur J Oncol Nurs 2016;21:215-22. doi: 10.1016/j.ejon.2015.10.007.

27. Clevenger L, Schrepf A, Degeest K, Bender D, Goodheart M, Ahmed A, et al. Sleep disturbance, distress, and quality of life in ovarian cancer patients during the first year after diagnosis. Cancer 2013;119(17):3234-41. doi: 10.1002/cncr.28188.

28. Natason A, Tepsuriyanont S, Wamaloon C, Tubtimhin S, Prakobchit S. Symptomsand symptom management in patients with breast cancer receiving chemotherapy. Journal of Science and Techology, Ubon Ratchathani University 2024;26(2):110-125. (in Thai)

29. Swiecki-Sikora AL, Craig AD, Chu CS. Financial toxicity in ovarian cancer. Int J Gynecol Cancer 2022;32(11):1450-54. doi: 10.1136/ijgc-2022-003594.

30. Sumdaengrit B, Hanucharurnkul S, Dodd MJ, Wilailak S, Vorapongsathorn T, Pongthavornkamol K. Symptom experience and self-care among Thai women with cervical cancer. Pacific Rim Int J Nurs Res 2010;14(3):203-18.