

ประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้า ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*

สิรินุช บุรณะเรืองโรจน์ พย.ม.**

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา พย.ด.***

ณรงค์ กীরติวิทยานันท์ พบ****

คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมร Ph.D****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์และวิธีจัดการกับอาการอ่อนล้า ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ของความอ่อนล้า อาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชและสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 100 รายโดยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ฉบับ คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) แบบประเมินอาการอ่อนล้า (FSI) 4) แบบประเมินอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล (HADS) และ 5) แบบสัมภาษณ์วิธีจัดการกับอาการอ่อนล้า

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์อาการอ่อนล้าเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับยาโดยมีความรุนแรงสูงสุดในช่วง 24 - 72 ชั่วโมงภายหลังได้รับยาและมีคะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนล้าสูงที่สุดภายหลังได้รับยา 1 สัปดาห์ (Mean = 52.74, SD. = 25.10) โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร Doxorubicin, Cyclophosphamide (AC) มีอาการอ่อนล้าสูงที่สุด วิธีจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ผู้ป่วยปฏิบัติ คือ การนอนพักผ่อนเพิ่มขึ้น รองลงมา คือ การออกกำลังกาย และพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าสูง (Mean = 8.07, S.D. = 3.57) มีความวิตกกังวลต่ำ (Mean = 7.00, S.D. = 3.11) ประสบการณ์อาการอ่อนล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484$ และ $.429$, $p < 0.01$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ การให้คำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้ารับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมควรเริ่มตั้งแต่ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดโดยกระทำควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนการจำหน่าย คำแนะนำที่ควรให้สอดคล้องกับสูตรยาและให้ความสนใจผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร AC

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องจากมีอาการอ่อนล้ามากที่สุดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและจัดการกับอาการอ่อนล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำแนะนำในการลดอาการอ่อนล้าควรคำนึงถึงความสมดุลของการออกกำลังกายและการพักผ่อนและปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

คำสำคัญ: ประสบการณ์ความอ่อนล้า การจัดการกับอาการ มะเร็งเต้านม เคมีบำบัด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ในสตรีไทย โดยมีอัตราการเกิดโรค 33.5 ต่อประชากร 100,000 คน(สถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2544) ประมาณการว่า 1 ใน 10 ของสตรีไทยมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมในช่วงหนึ่งของชีวิต (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2545) การรักษาโรคมะเร็งเต้านมนิยมการรักษาาร่วม (multidisciplinary approach) เนื่องจากธรรมชาติของโรคมั้ลักษณะของการแพร่กระจาย (systemic disease) (นันทกานต์ เอี่ยมวานานนท์ชัย, 2545) ซึ่งประกอบด้วยการรักษาเฉพาะที่ ได้แก่ การผ่าตัดและรังสีรักษาร่วมกับ การควบคุมการแพร่กระจายด้วยการให้เคมีบำบัดและฮอร์โมนทั้งนี้ขึ้นกับระยะของโรคและลักษณะของเซลล์มะเร็ง ในส่วนของเคมีบำบัดนั้นถือเป็นมาตรฐานในการรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) ภายหลังผ่าตัดเพื่อหวังที่จะทำลายเซลล์มะเร็งที่หลงเหลืออยู่ (micrometastasis) ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคและเพิ่มอัตราการปลอดโรคและอัตราการรอดชีวิตได้มากขึ้น (วรชัย รัตนธรรธร, 2545)

เคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาเสริมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีส่วนผสมของ Anthracy- clines ได้แก่ เคมีบำบัดสูตร Cyclophosphamide, Anthracyclines, และ 5FU [CAF/FAC], สูตร Anthracyclines, Cyclophosphamide [AC], และสูตร Cyclophosphamide, Epirubicin และ 5FU [CEF] และ 2) กลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของ Anthracyclines ได้แก่ เคมีบำบัดสูตร Cyclophos phamide,

Methotrexate, และ 5FU [CMF] เคมีบำบัดแต่ละสูตรมีข้อบ่งชี้และระยะเวลาในการให้ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นเคมีบำบัดสูตรใดก็ก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และอำไพ จารูวัชรพานิชกุล, 2541) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมากน้อยต่างกัน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ ผอมร่วง และความอ่อนล้า

ความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดพบได้สูงถึงร้อยละ 99 ในจำนวนนี้ร้อยละ 60 มีความอ่อนล้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Bower et al., 2000) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง อดอยากพักผ่อนมากขึ้น ผู้ป่วยมักปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและแยกตัวจากสังคม (NCCN, 2004) ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ รายได้ลดลง (Curt et al., 2000) รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือบุคคลอื่นมากขึ้น (Mock et al, 2001) และอาจทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาหรือการรักษาไม่เป็นไปตามช่วงเวลาที่ดีควรจะเป็นซึ่งอาจเพิ่มโอกาสของการกลับเป็นซ้ำหรือเพิ่มการแพร่กระจายของโรค ซึ่งมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตด้วย (Hann et al., 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความอ่อนล้ามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด (Berger, 1998; Pritsanapanurungsie, 2000) นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยด้านจิตสังคม วัฒนธรรม และ สิ่งแวดล้อมโดยพบว่าความอ่อนล้าจะสูงขึ้น

ถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า มีความรู้สึกไม่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ และความทุกข์ทรมานจากความอ่อนล้า (Vogelzang et al., 1997; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) วิธีการที่ผู้ป่วยใช้บรรเทาความอ่อนล้า คือ การนอนพักผ่อน (Graydon, Bubela, Irvine, and Vincent, 1995) แต่การนอนพักผ่อนที่มากเกินไปมีผลให้การตั้งตัวของกล้ามเนื้อลดลง อวัยวะในร่างกายทำงานเลวลง (Winningham, 2000b) ส่งผลให้ความอ่อนล้าเพิ่มขึ้นได้ (MacVicar, Winningham, and Nickel, 1989; Piper, 1993) อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ความอ่อนล้า และวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับความอ่อนล้า รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้ากับ อารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวลในสังคมไทยยังมีน้อยมาก ไม่เพียงพอต่อการเข้าใจและเข้าถึงปัญหา รวมถึงการวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยได้อีกด้วย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งมีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำและประเมินประสิทธิผลในการจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาดังกล่าวเพื่อให้ได้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการพัฒนาการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย คือ แบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 มิติที่มีความสัมพันธ์กัน ดังนี้

1. ประสบการณ์ของการเกิดอาการ (Symptom experiences) เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการรักษาที่มีความเป็นพลวัตเกี่ยวข้องกับความ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms)

2. วิธีจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) จะเปลี่ยนแปลงตามเวลา และการรับรู้ของผู้ป่วย ประกอบด้วย การจัดการทางการแพทย์ (biomedical) ศาสตร์ของวิชาชีพ (professional) และการดูแลตนเอง (self-care strategies) โดยเริ่มต้นจากการประเมินประสบการณ์ในมุมมองของผู้ป่วย ตามด้วยการกำหนดจุดมุ่งหมาย กระบวนการปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งความสำเร็จขึ้นกับความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยจะต้องมีการกำหนดอย่างชัดเจนว่าจะใช้วิธีใด? (nature of strategy) ทำเมื่อไหร่ (when) ที่ไหน? (where) เหตุผลที่ทำ? (why) ทำนานเท่าใด? (intervention dose) ทำกับใคร? (recipient of intervention) และอย่างไร? (delivery)

3. ผลลัพธ์จากอาการ (Symptom outcomes) เกิดจากประสบการณ์ และวิธีจัดการกับอาการ ประเมินได้จากสภาวะอาการ การทำหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต ภาวะเศรษฐกิจและค่าใช้จ่าย ภาวะทางอารมณ์ อัตราการเกิดโรคและ และอัตราการตาย

ประสบการณ์ของการเกิดอาการ วิธีจัดการ และผลลัพธ์ได้รับอิทธิพลจาก 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล 2) ด้านสิ่งแวดล้อม 3) ด้านภาวะสุขภาพ

ประสบการณ์ของความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแต่ละรายจะแตกต่างกันไป จากการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความอ่อนล้า พบว่า ความอ่อนล้ามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยจะสูงสุดในช่วง 48 - 72 ชั่วโมง หลังได้รับเคมีบำบัด และเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอยาก

นอนพักผ่อนมากขึ้น และตอบสนองโดยการพักผ่อนและจับหลับมากขึ้นในช่วงกลางวัน (Berger, 1995; 1998; Berger & Farr, 1999) นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานจากอาการ จะมีผลให้ความอ่อนล้ามากขึ้นด้วย (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545)

ความอ่อนล้าจะส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบว่าอารมณ์ซึมเศร้าเป็นตัวพยากรณ์ความอ่อนล้าได้ดีที่สุด คือ ผู้ป่วยที่มีความอ่อนล้าสูงจะมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีความอ่อนล้าต่ำกว่า (Bower et al., 2000; Irvine et al., 1994; Piper et al., 1987; Piper, 2003) นอกจากนี้ความอ่อนล้ายังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวว่าโรครุนแรงขึ้น มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ความคาดหวังต่างๆในชีวิตลดลง บางครั้งไม่อยากจะใช้ชีวิตอยู่อีกต่อไป (Vogelzang et al., 1997)

การจัดการกับอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไป เช่นการนอนพักผ่อนและการเดินออกกำลังกาย (Graydon et al., 1995 ; Pritsanapanurungsie, 2000) การนอนพักผ่อนถ้ามากเกินไปอาจส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากในระยะยาวจะทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และเกิดความอ่อนล้าเพิ่มขึ้นได้ (NCCN, 2004; Piper, 1993)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ วิธีจัดการกับความอ่อนล้า อารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ของความอ่อนล้า อารมณ์ซึมเศร้า และความวิตกกังวล ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

ประสบการณ์ของความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายนี้ ประชากร คือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 - 3 และได้รับเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมภายหลังผ่าตัดเต้านม ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล 2 แห่งในกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน ปี พ.ศ 2548.

สถิติจากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับเคมีบำบัด จำนวน 1,437 ราย และ 500 ราย ตามลำดับ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำหรับประชากร 2,000 ราย ระดับความเชื่อมั่น 95% ยอมให้ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าสัดส่วนในระดับ $\pm 10\%$ (ศิริชัย กาญจนवासีและคณะ, 2540) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสูตรยา คือ CMF, CAF/FAC, AC และแต่ละรอบของการให้ยาใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ

- 1) อายุตั้งแต่ 20 - 70 ปี
- 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 3) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม 2) มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต และโรคทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ ข้อมูล

ส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามอาการอ่อนล้า (FSI) สร้างขึ้นโดยแฮนน์, เดนนิสตัน, และเบเกอร์ (Hann, Denniston, and Baker, 2000) มีข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรุนแรงมีคำถาม 4 ข้อ 2) ด้านผลกระทบจากอาการอ่อนล้า มี 7 ข้อ และ 3) ด้านระยะเวลาที่เกิดอาการอ่อนล้ามี 2 ข้อ ผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามอีก 1 ข้อ เพื่อประเมินวันที่เกิดอาการอ่อนล้า มากที่สุด รวมข้อคำถาม 14 ข้อ คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 - 120 คะแนนสูง แสดงว่า มีอาการอ่อนล้ามาก คะแนนต่ำ แสดงว่า มีอาการอ่อนล้าน้อย ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.94

2. แบบสอบถามอารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวล (HADS) พัฒนาขึ้นโดยซิกมอนด์ และ สไนท์ (Zigmond & Snaith, 1983) เพื่อใช้คัดกรอง ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งรนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2539) แปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง 60 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาด้านความวิตกกังวล เท่ากับ 0.82 และด้านอารมณ์ซึมเศร้าเท่ากับ 0.85 แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามด้านความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าอย่างละ 7 ข้อ แต่ละด้านมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนนระหว่าง 0 - 7 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติ คะแนนระหว่าง 8 - 10 หมายถึง มีอารมณ์ซึมเศร้า/ความวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่ถึงขั้นผิดปกติชัดเจนส่วนคะแนนระหว่าง 11 - 21 หมายถึง มีอารมณ์ซึมเศร้า/ความวิตกกังวลในขั้นที่ถือว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาด้านความวิตกกังวล เท่ากับ 0.62 และด้านอารมณ์ซึมเศร้า เท่ากับ 0.73

3. แบบสัมภาษณ์วิธีจัดการกับอาการอ่อนล้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย คำถามปลายเปิด 8 ข้อ ตัวอย่างเช่น ท่านใช้วิธีจัดการกับอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นอย่างไร? เพราะเหตุใด? และใช้บ่อยครั้งเพียงใด? ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เช่นกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วได้เข้าพบหัวหน้าหน่วยเคมีบำบัดของทั้ง 2 แห่งเพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือ

2. สอบถามผู้ป่วยร่วมกับการสำรวจรายชื่อจากทะเบียนประวัติเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จากนั้นจึงแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์และเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นยินยอม

3. แจกแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบโดยละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามและให้อิสระในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ตรวจสอบจากทะเบียนประวัติเพิ่มเติม

4. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยเริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย แบบประเมินอาการอ่อนล้า ตามลำดับโดยใช้ช่วงเวลาที่ยอมรับยา ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที หลังการสัมภาษณ์

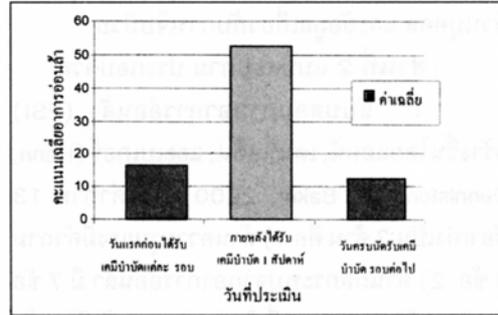
ผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อประเมินอาการอ่อนล้า ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าในวันที่ 14 ภายหลังจากได้รับยา ช่วงเวลา 13.00 - 16.00 น. ส่วนวันครบนัดรับเคมีบำบัดครั้งต่อไปจะประเมินอาการอ่อนล้าร่วมกับวิธีจัดการกับอาการอ่อนล้า

ผลการวิจัย

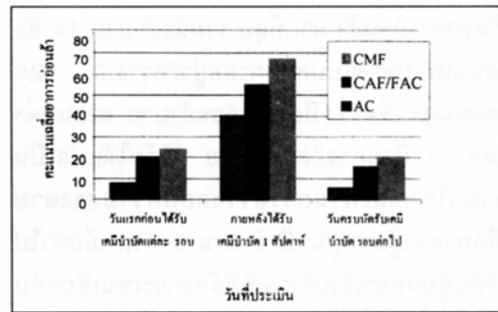
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (60%) มีอายุอยู่ระหว่าง 41 - 60 ปี ($\bar{X} = 45.51, S.D. = 9.19$) สถานภาพสมรส คู่ (68%) อยู่ในระยะที่ 2 (46%) และระยะที่ 1 (37%) ของโรค ไม่มีภาวะซีด (82%) ภาวะโภชนาการปกติ (72%) ได้รับเคมีบำบัด สูตร CMF และ CAF/FAC (36%) สามารถรับยาได้ตรงตามนัด (93%) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนได้รับยาครั้งแรก และเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 94 ทราบว่าเคมีบำบัดจะทำให้เกิดความอ่อนล้า โดยที่ร้อยละ 80 ทราบจากพยาบาลหน่วยเคมีบำบัดและร้อยละ 88 ไม่มีการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการอ่อนล้าไว้ล่วงหน้า

ประสบการณ์ของการเกิดความอ่อนล้า พบว่า เพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัดซึ่งระดับอาการอ่อนล้าวันแรกของการได้รับยาในแต่ละรอบต่ำกว่าวันครบนัดรับยารอบต่อไป และมีความรุนแรงสูงสุดในช่วง 24 - 72 ชั่วโมง ภายหลังจากได้รับยาโดยคะแนนเฉลี่ยความอ่อนล้าสูงสุดภายหลังจากได้รับยา 1 สัปดาห์ ($\bar{X} = 52.74, S.D. = 25.10$) ผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร AC มีอ่อนล้าสูงสุด ดังกราฟที่ 1 - 3

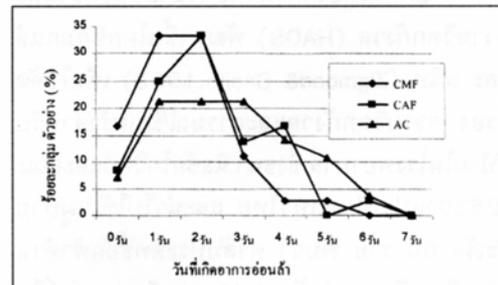
ความรู้สึกที่เกิดจากอาการอ่อนล้าในระหว่างได้รับเคมีบำบัด พบว่า ร้อยละ 91 รู้สึกถึงอาการอ่อนเพลีย เปื่อย ไม่มีแรง ลุกขึ้นไม่ไหว ทำกิจกรรมช้าลงกว่าเดิม รองลงมา คือ อยากนอนตลอดทั้งวัน ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากพบใคร อยากอยู่เฉยๆ คนเดียว (ร้อยละ 66) และรู้สึก



กราฟที่ 1 คะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนล้า



กราฟที่ 2 คะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนล้าจำแนกตามวัน และสูตรเคมีบำบัด



กราฟที่ 3 ร้อยละของวันที่เกิดอาการอ่อนล้าในช่วง 1 สัปดาห์หลังได้รับยาจำแนกตามสูตรยา

หงุดหงิด เบื่อหน่าย เซ็ง ไม่มีอารมณ์ (ร้อยละ 57)

วิธีจัดการกับอาการอ่อนล้าที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) เลือกใช้มากที่สุด คือ การนอนกลางวันเพิ่มขึ้น รองลงมา คือ การเดินออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/ สัปดาห์ (ร้อยละ 34) ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการอ่อนล้า พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 34 มีอาการดีขึ้น 10-30% เมื่อนอนพักผ่อนกลางวันเพิ่มขึ้น 1 - 2 ชั่วโมง และร้อยละ 31 ดีขึ้น 40% - 70% ในการเดินออกกำลังกาย และร้อยละ 20 อาการอ่อนล้าดีขึ้น 10% - 30% (ดังตารางที่ 1) โดยพบว่าการจัดการกับความอ่อนล้าที่มีประสิทธิภาพ มากที่สุดได้แก่ การนอนพักผ่อนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 43) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 34) การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ (ร้อยละ 13) และการรับประทานอาหาร/นม/ผลไม้/น้ำ/อาหารเสริมให้มากขึ้น (ร้อยละ 10) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการอ่อนล้า

วิธีจัดการ	ผลของการจัดการกับอาการอ่อนล้าดีขึ้น		
	10% - 30%	40% - 70%	80% - 100%
นอนกลางวันเพิ่มขึ้น 1 - 2 ชม.	34	31	2
เข้านอนเร็วขึ้น 1 - 2 ชม.	2	4	-
เดินออกกำลังกาย	20	14	-
ปฏิบัติตามคู่มือหลังผ่าตัด	8	2	-
วิ่งออกกำลังกาย	-	6	2
หายใจลึกๆ/ทำสมาธิ/สวดมนต์/อ่านหนังสือธรรมะ	12	-	-
ทำงานบ้าน	7	3	-
ทำงานอดิเรก	4	4	1
ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง/ร้องเพลง-คาราโอเกะ	6	3	-
เดินเล่น, พูดคุยกับคนอื่น, ไปพักผ่อนต่างจังหวัด	3	-	1
พยายามรับประทานอาหาร/นม/ผลไม้/ยาบำรุง/อาหารเสริม	14	13	4

อารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์ซึมเศร้าสูง (Mean = 8.07, S.D. = 3.57) และมีความวิตกกังวลต่ำ (Mean = 7.00, S.D. = 3.11) อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .484 และ .429 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (Mean = 45.51, S.D. = 9.19) ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา (สายไหม ตุ่มวิจิตร, 2547; เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) สอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมที่มักพบในสตรีที่อายุระหว่าง 35 - 54 ปี (Groenwald, Frogge, Goodman, and Yarbro, 1992) และใกล้เคียงกับอายุของสตรีไทยที่เป็นมะเร็งเต้านม คือ 40 - 50 ปี (ธนิต วัชรพุกต์, 2542)

ระยะของโรคพบระยะที่ 2 มากที่สุด รองลงมา คือ ระยะที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545; ชุติพันธุ์ สงวนจิรพันธุ์, 2540) ซึ่งพบผู้ป่วยระยะที่ 2 มากที่สุดเช่นกัน แต่สิ่งที่ต่างกัน คือ การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยระยะที่ 1 สูงกว่า อาจเกิดจากสตรีไทยในปัจจุบันให้ความสนใจและตื่นตัวมากขึ้นในเรื่องมะเร็งเต้านมรวมทั้งมีการตรวจคัดกรองตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจ

คัดกรองด้วยแมมโมแกรมมากขึ้น จึงพบผู้ป่วยระยะที่ 1 เพิ่มขึ้น (วิไลพรโพธิสุวรรณ, 2547)

ระดับอาการอ่อนล้าในวันแรกของการได้รับเคมีบำบัดในแต่ละรอบของการให้ยาต่ำกว่าวันครบนัดรับเคมีบำบัดรอบต่อไป อาจเกิดจากจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัดยิ่งมาก ผลข้างเคียงสะสมจากเคมีบำบัดจะมากขึ้นด้วย (Jacobsen et al., 1999) ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยและมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้า คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของการได้รับยามากจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และได้รับความไม่สุขสบายมากกว่า (Rhodes et al., 1987) ความอ่อนล้าจึงสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Berger, 1998; Berger & Farr, 1999)

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาสูตร AC มีอาการอ่อนล้าสูงสุด (กราฟที่ 2) โดยเกิดอาการรุนแรงภายหลังได้รับยา 1 - 3 วัน(กราฟที่ 3) และมีอาการตลอดทั้ง 7 วัน ทั้งนี้เนื่องจากยาทั้ง Doxorubicin และ Cyclophosphamide ออกฤทธิ์ต่อเซลล์ไม่จำเพาะว่าเป็นระยะไหนของวงจรชีวิตโดยมีค่าครึ่งชีวิตอยู่ในช่วง 2 - 20 ชั่วโมง (นงลักษณ์ ชินสมบูรณ์, 2542) เมื่อผู้ป่วยได้รับยาจะมีการสะสมของเสียในร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการที่เซลล์มะเร็งถูกทำลายเป็นจำนวนมาก ได้แก่ กรดแลคติก ไฮโดรเจนไอออน และส่วนประกอบอื่นๆของเซลล์มะเร็ง เช่น TNF (tumor necrosis factor) สารเหล่านี้จะไปขัดขวางการสร้างพลังงานของกล้ามเนื้อและการส่งต่อของกระแสประสาท(Piper et al., 1987) โดยกรดแลคติกจะขัดขวางการสร้างเส้นเลือดใหม่ในกล้ามเนื้อลาย ส่วนไฮโดรเจนไอออนจะลดจำนวนแคลเซียมไอออนและ active actinomyosin ในกล้ามเนื้อลาย ในขณะที่ TNF จะขัดขวางการส่งต่อกระแสประสาทในกล้ามเนื้อลาย(St.Pierre, Kasper,

and Lindsey, 1992) ส่งผลให้กล้ามเนื้อทำงานลดลงและอ่อนแรง ประกอบกับ Doxorubicin สามารถจับกับเนื้อเยื่อในร่างกายได้ค่อนข้างสูงในขณะที่การขับถ่ายค่อนข้างช้า คือ ร้อยละ 40 - 45 ถูกขับออกทางน้ำดีภายใน 7 วันและร้อยละ 5 ขับออกทางปัสสาวะภายใน 5 วันส่งผลให้ปริมาณของเสียที่เกิดขึ้นและปริมาณยาที่คงอยู่ในร่างกายมีมาก อาการอ่อนล้าจึงสูง นอกจากนี้ Doxorubicin และ Cyclophosphamide ยังทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนสูงถึงร้อยละ 60 - 90 (Camp - Sorrell, 1997) ทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโปตัสเซียม ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการส่งผ่านกระแสประสาทและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ เมื่อระดับโปตัสเซียมในเลือดลดลงจะส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่รับยาสูตร AC พบว่า มีอาการคลื่นไส้และ อาเจียนมากที่สุดในช่วง 1 สัปดาห์หลังได้รับยา ทำให้ต้องตื่นนอนหลายครั้งเพื่ออาเจียน จึงรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เกอร์และฟาร์ (Berger & Farr, 1999) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร AC ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตรอื่นๆ นอกจากนี้ยังทำให้ผมร่วงได้มากกว่า (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547) จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวการรักษามากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545; ปิยวรรณ ปฤษณภา นุรังษี, 2000) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร AC นอกจากยาที่ได้รับจะส่งผลโดยตรงต่อความอ่อนล้าได้มากกว่าแล้ว ยังส่งผลกระทบด้านจิตสังคมได้มากกว่ายาสูตรอื่นๆ จึงทำให้มีความอ่อนล้าสูงสุดและนานที่สุด

กลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 88 ให้ข้อมูลว่า

ไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการเกิดอาการอ่อนล้ามาก่อน ผลของการวิจัย แสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดถึงวันก่อนที่จะได้รับเคมีบำบัดซึ่งเป็นช่วงเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างได้ให้ประสบการณ์ของความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นว่า ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ลุกขึ้นไม่ไหว อยากนอนตลอดทั้งวัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 73 เลือกวิธีจัดการโดยการนอนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เพ็ญใจ ดาโลปการ, 2545; Pritsanapanurungsie, 2000; Ream & Richardson, 1997) แต่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 43 เท่านั้นที่เห็นว่าการนอนช่วยบรรเทาอาการอ่อนล้าได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ทำให้ร่างกายไม่สามารถเสริมสร้างและซ่อมแซมเซลล์ต่างๆ ได้อย่างเต็มที่ การนำของเสียออกจากเซลล์มีน้อย อีกประการหนึ่งการพักผ่อนที่มากเกินไปจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการเคลื่อนไหวและการดึงตัวลดลง ประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนและการทำงานของอวัยวะต่างๆ เลวลง (Winningham, 2000b) ความอ่อนล้าจะเพิ่มขึ้นได้ (MacVicar, Winningham, and Nickel, 1989; Piper, 1993) ดังนั้น การนอนจะต้องมีคุณภาพและมีปริมาณเวลาที่เหมาะสม คือพักผ่อนให้เต็มที่ในช่วงเวลากลางคืนราว 7 - 8 ชั่วโมง (Yellen & Dyonzak, 2000)

ขณะเดียวกันมีกลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 52 ใช้การออกกำลังกายเพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าโดยร้อยละ 34 เลือกการเดินอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และร้อยละ 34 ถือว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด การออกกำลังกายที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง คือ การเดิน (Winningham, 2000a)

โดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 - 5 ครั้ง/สัปดาห์ ใช้เวลา 20 - 30 นาที/วัน สอดคล้องกับการศึกษาของม็อคและคณะ (Mock et al., 2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มีการเดินออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์โดยใช้เวลา 20 - 30 นาที/ครั้งจะมีความอ่อนล้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เดินออกกำลังกาย

การออกกำลังกายช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ทำงานประสานกันดีขึ้น ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดดีขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด เพิ่มความทนทานและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ช่วยให้มีการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น รู้สึกผ่อนคลายและสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น (ปิติพันธ์ นันดา, 2545) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเครียดน้อยจะมีความอ่อนล้าต่ำ (Miller, Smith, and Rothstein, 1993) ในทางตรงข้ามการออกกำลังกายที่มากเกินไป ร่างกายจะดึงพลังงานที่สะสมไว้มาใช้เกิดการสะสมของกรดแลคติกและไพรูเวทเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความอ่อนล้า (Piper, 1986) ได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตามผลการศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดการกับอาการอ่อนล้าเพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง อาจไม่สามารถจัดการกับอาการอ่อนล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเด็นสำคัญอยู่ที่การนอนพักผ่อนและการออกกำลังกายจะต้องมีความสมดุลกันเท่านั้น

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าสูง (Mean = 8.07, S.D. = 3.57) ซึ่งต่างจากการศึกษาของซุติพันธ์ุ สงวนจิรพันธ์ุ (2540) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.2 มีอารมณ์ซึมเศร้า น้อย ความแตกต่างของผลการวิจัยอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างของซุติพันธ์ุ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร CMF และหลังได้รับยาครบแล้วในระยะเวลา 1 เดือน สภาวะด้านจิตใจหรือกำลังใจน่าจะดีกว่าเนื่องจากได้รับการรักษาครบแล้วและความไม่สุขสบายต่างๆ

จากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดลดน้อยลงอีกทั้งบางรายยังเห็นผลการรักษาที่ดีขึ้นชัดเจน (นงลักษณ์ ชินสมบูรณ์, 2542; ขวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547)

การที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้มีอาการซึมเศร้าสูง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) มีสถานภาพสมรส คู่ การสูญเสียตำแหน่งซึ่งถือเป็นอวัยวะที่แสดงสัญลักษณ์ทางเพศที่สำคัญของความเป็นหญิง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวว่าสามีจะรังเกียจในรูปลักษณ์ของตน และปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์หรืออกใจในที่สุด (Price, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา ดลโสภณ (2538) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีความรู้สึกอายที่มีเต้านมข้างเดียว ขาดความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์กับสามีและกลัวว่าสามีจะไม่ได้รับความสุขทางเพศเหมือนเดิม ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ในระหว่างได้รับเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของยาทำให้รูปลักษณ์เปลี่ยนไปในทางที่เลวลง เช่น ผมร่วง และผิวหนังมีสีดำคล้ำ ก่อให้เกิดความเครียดและความทุกข์ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้(กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยาพรณ กฤตย์ประชา (2538) ที่พบว่า ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางใจอย่างต่อเนื่องสิ่งเหล่านี้เป็นที่มาของอารมณ์ซึมเศร้าสูงได้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลน้อย (Mean = 7.00, S.D. = 3.11) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ชุตินันท์ สงวนจิรพันธุ์, 2540) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้บริการของพยาบาลที่หน่วยเคมีบำบัดมีการให้คำแนะนำและปรึกษาตั้งแต่วันแรกของการเริ่มให้ยา และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการได้รับเคมีบำบัดอีกทั้งยังให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาอีกด้วย ประกอบกับในระหว่างรอรับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีโอกาส

พูดคุย/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการจัดการกับอาการข้างเคียงต่างๆจากเคมีบำบัดกับผู้ป่วยอื่น ช่วยให้รู้สึกว่าการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมิได้เกิดกับตนเองเพียงผู้เดียว แต่เกิดขึ้นกับทุกคนที่ได้รับยานี้ซึ่งมีความแตกต่างกันไป ทำให้รู้สึกว่าการที่เกิดขึ้นกับตนไม่ได้รุนแรงอย่างที่คิดและยอมรับได้มากขึ้น นอกจากนี้การพูดคุยทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการกับอาการจากผู้ป่วยอื่นอีกด้วย ดังนั้นการพบปะพูดคุยระหว่างผู้ป่วยด้วยกันจึงเปรียบเสมือนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมตามธรรมชาติจากกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน (self help group) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีความวิตกกังวลน้อย นอกจากนี้การศึกษาของสาวตรี เมาทิกุลไพโรจน์ (2545) ยังพบว่า ระยะเวลาของการได้รับยามีสวนช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับเคมีบำบัดมากขึ้น ซึ่งการยอมรับเคมีบำบัดจะใช้เวลาประมาณ 3 - 6 เดือน ในขณะที่การได้รับยาโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างนี้ คือ 3.04 เดือน

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อาการอ่อนล้ากับอารมณ์ซึมเศร้า พบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .484, p < 0.01$) แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการอ่อนล้ายิ่งมาก อารมณ์ซึมเศร้าจะยิ่งสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (เพียงใจ ดาโลปการ, 2545) ทั้งนี้อาจเกิดจากความอ่อนล้าทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติ อยากพักผ่อนและไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นประกอบกับรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในระหว่างรับยา อาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรม ทางสังคมน้อยลง ไม่อยากพบใคร ไม่อยากทำอะไร บางครั้งอาจแยกตัวการอยู่กับตนเองและครุ่นคิดถึงสภาพของตนเอง

อาจส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมาได้ (NCCN, 2004; Piper, 1993)

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ความอ่อนล้ากับความวิตกกังวล พบว่า อาการอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .429, p < 0.01$) แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการอ่อนล้าอย่างมาก ความวิตกกังวลจะยิ่งสูง อาจเกิดจากความรู้สึกของอาการอ่อนล้าในระหว่างได้รับยาดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าตนเองมีอาการมากขึ้น การรักษาอาจไม่ได้ผล ขาดความมั่นใจในการรักษาที่ได้รับและคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะตามมาในอนาคตในทางลบ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตระดับความวิตกกังวลจึงสูงขึ้น (Vogelzang et al., 1997)

ผลการวิจัย สนับสนุนแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ว่า ประสบการณ์ของการเกิดอาการเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การประเมินและการตอบสนองต่ออาการและมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งประสบการณ์ของการเกิดอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (fatigue experience) เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับยาและมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของอาการอ่อนล้า (fatigue outcome) คือ อารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวล วิธีที่ผู้ป่วยใช้จัดการกับอาการอ่อนล้าที่มีประสิทธิภาพ คือ การนอนพักผ่อนที่เพียงพอและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเข้ารับเคมีบำบัด ควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด เพื่อเป็นพลังสำรองในการลดภาวะอ่อนล้า

ระหว่างได้รับยาโดยกระทำควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการอ่อนล้าพยาบาลควรพิจารณาให้สอดคล้องกับสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งควรเน้นอาการในช่วง 24 - 72 ชั่วโมงภายหลังได้รับยา และควรให้ความสนใจในผู้ป่วยที่ได้รับยาสูตร AC เนื่องจากมีอาการอ่อนล้ามากที่สุด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์สามารถเผชิญและจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสม การให้คำแนะนำการออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เพียงพอพยาบาลควรคำนึงถึงความสมดุลของทั้งสองกิจกรรมและปรับให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดโดยติดตามไปข้างหน้า (prospective study) และประเมินผู้ป่วยรายเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นได้รับยาจนครบกระบวนการรักษา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้นและประเมินอย่างต่อเนื่อง

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดประสบการณ์อาการอ่อนล้า เช่น ระยะของโรค เจตคติต่อโรค ความเข้มแข็งในการมองโลก ความหวังและอื่นๆ

3. การวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายที่คำนึงถึงความสมดุลระหว่างการออกกำลังกายและการพักผ่อนต่อการลดอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล.(2541). *ประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2538). *ปฏิกริยาตอบสนองต่อโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ นรเดชาพันธ์. (2547). *เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล (Chemotherapy: Principle of nursing)*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล.
- ชุดิพันธ์ สวงนิจพันธ์. (2540). *ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัย- ลัยมหิดล.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และ อุมภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *Journal Psychiatr Assoc Thailand*, 41(1), 18 - 25.
- ธนิด วัชรพุกก์. (2542). Breast. ใน *ชาญวิทย์ ดันติพิพัฒน์และธนิด วัชรพุกก์.(บรรณาธิการ.)*, *ตำราศัลยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 273 - 293)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ ชินสมบูรณ์. (2542). *ยาด้านมะเร็ง*. ใน *สุวัฒน์ วิมลวัฒนาภรณ์ (บรรณาธิการ.)*, *ตำราเภสัชวิทยา เล่มที่ 3 (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า. 290-343)*. ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล: พิทักษ์การพิมพ์.
- นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย.(2545). Radiation and systemic treatment for breast cancer. ใน *วิไลพร โพรสิสุวรรณ (บรรณาธิการ.)*, *มะเร็งมหันตภัยเกิดได้ทุกวัย (หน้า. 261-275)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิทยามะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลร่วมกับกลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย.
- นิตยา คงชุม (2539). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะพันธ์ นันดา. (2545). *กิจกรรมและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ*. ใน *บุญศรี นุกฤต, ปาลีรัตน์ พรทวี กัณฑาและคณะ (บรรณาธิการ.)*, *การพยาบาลผู้สูงอายุ. (หน้า 89-98)*. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. บริษัทยุทธรินทร์ การพิมพ์จำกัด.
- พิณฑุสร โชนนาการ. (2539). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรชัย รัตนธรรธร. (2541). Practice guidelines for breast cancer. ใน วรชัย รัตนธรรธร (บรรณาธิการ.), ตำราการรักษโรคมะเร็ง 2 Text book of Medical oncology. กรุงเทพฯ: บริษัทโอสถสิตกพัฒนา จำกัด.
- _____. (2545). Management of breast cancer: chemotherapy. ใน สุมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกกุล นภาพันท์ (บรรณาธิการ.), โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา Practical Points in Oncology. กรุงเทพฯ: ธนบรรณการพิมพ์.
- วันทนา ดลโสภณ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไลพร โพธิสุวรรณ. (2547). มะเร็งเต้านมกับงานของรังสีแพทย์. ใน วัชระ จามจุรีรักษ์, ธาธิณี เบญจวัฒน์นันท์, และ สุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ.), การประชุมวิชาการ 4th BGH annual academic meeting (หน้า.194-201). กรุงเทพฯ: ส.รุ่งทิพย์ออฟเซท.
- ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก สุขโ. (2540). การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมกับการวิจัย. กรุงเทพฯ: พชรกานต์พับลิเคชั่น จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2544). สถิติผู้ป่วยมะเร็งพ.ศ.2544. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2545). มะเร็งเต้านม. [Electronic version]. Retrieve May 7, 2005, from [http:// www. thailabonline.com/sec 7 ca breast. html](http://www.thailabonline.com/sec 7 ca breast. html).
- สายใหม่ ตุ่มวิจิตร. (2547). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์และอำไพ จารุวัชรพานิชกุล. (2541). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับยาเคมีบำบัด. เชียงใหม่: มิ่งเมือง
- สุรชาติ จักรภีร์ศิริสุข. (2543). Chemotherapy in breast cancer. ใน ศุภกร โรจนนินท์, อุดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์, พรชัย โอเจริญ, กริช โพธิสุวรรณ, และวารินทร์ ตันต์ศุภศิริ (บรรณาธิการ.), Head Neck and Breast Surgery. volume 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์. (2545). Adjuvant drug (systemic) therapy in breast cancer. ใน สุมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกกุล นภาพันท์ (บรรณาธิการ.), โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา Practical Points in Oncology. กรุงเทพฯ: ธนบรรณการพิมพ์.
- Aistars, J. (1987). Fatigue in the cancer patient: A conceptual approach to clinical problem. *Oncology Nursing Forum*, 14(6), 25 - 30.
- Berger, A.M. (1998). Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 25(1), 51 - 62.
- Berger, A.M., & Farr L. (1999). The influence of daytime inactivity and nighttime restlessness on

- cancer - related fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1663 - 1671.
- Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., and Belin, T.R. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18(4), 743 - 753.
- Camp - Sorrell, D. (1997). Chemotherapy: toxicity management. In S.L. Groenwald, M. Goodman, M.H. Frogge, & C.H. Yarbro (Eds.), *Cancer nursing principles and practice (4th ed.)*. (pp.397 - 403). Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Curt, G.A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J.E., Horning, S.J., Itri, L.M., et al. (2000). Impact of cancer - related fatigue on the lives of patients: New findings from the fatigue coalition [Electronic version]. *The Oncologist*, 5, 353 - 360. Retrieve Jan 21, 2005, from [http:// www. Theoncologist.com](http://www.Theoncologist.com)
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668 - 676.
- Graydon, J.E., Bubela, N., Irvine, D., and Vincent, L. (1995). Fatigue - reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. *Cancer Nursing*, 18(18), 23 - 27.
- Groenwald, L.S., Frogge, H.M., Goodman, M., and Yarbro, H.C. (1992). *Comprehensive cancer nursing review*. Boston: Jones and Bartlett.
- Hann, D.M., Jacobsen, P.B., Azzarello, M., Martin, S.C., Curran, S.L., Fields, K.K., et al. (1998). Measurement of fatigue in cancer patients: Development and validation of the fatigue symptom inventory. [Electronic version]. *Quality of Life Research*, 7, 301 - 310.
- Hann, D.M., Denniston, M.M., and Baker, F. (2000). Measurement of fatigue in cancer patients: Further validation of fatigue symptom inventory. [Electronic version]. *Quality of Life Research*, 9, 847 - 854.
- Hart, L., Freel, M., and Milde, F. (1990). Fatigue. *Nursing Clinical of North America*, 25, 967 - 976.
- Jacobsen, P.B., Hann, D.M., Azzarello, L.M., Horton, J., Balducci, L., and Lyman, G.H., (1999). Fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer: Characteristics, course and correlates. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18, 233 - 242.
- MacVICAR, M.G., Winningham, M.L., & Nickel, J.L. (1989). Effects of aerobic interval training on cancer patients' function capacity. *Nursing Research*, 38(6), 348 - 351.
- Miller, L.H., Smith, A.D., and Rothstein, L. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life*. New York: Pocket Books.
- Mock, V., Pickell, M., Ropka, M.P., Lin, E.M., Slewart, K.J., Rbodes, V.A., et al. (2001). *Fatigue and quality of life outcomes of exercise during cancer treatment*. *Cancer Practice*, 9(3), 119 - 127

- National Comprehensive Cancer Network. (2004, Apr 19). Clinical practice guidelines in oncology for cancer - related fatigue version 1. 2004. Retrieve May 6, 2004, from www.nccn.org
- Phisaiphanth, S. (2002). *Factors influencing delayed treatment in breast cancer patients*. Master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Piper, B.F.(1986). Fatigue. In Carrieri - Kohlman, V., Lindsey, A.M., & West, C.W. (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Piper, B.F (1993). Fatigue. In Carrieri - Kohlman, V., Lindsey, A.M., & West, C.W. (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing*. (pp. 279 - 301). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Piper, B.F., Lindsey, A.M., and Dodd, M.J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: *Developing nursing theory*. *Oncology Nursing Forum*, 14(6), 17 - 23.
- Price, B. (1990). *Body image nursing concept and care*. New York: Prentice Hall.
- Pritsanapanurungsie, P. (2000). *Patterns of fatigue, related factors, and self-care actions among breast cancer patients receiving chemotherapy*. Master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Ream, E., & Richardson, A. (1997). Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *International Journal of Nursing Studied*, 34(1), 35 - 43.
- Rhodes, V.A., Watson, P.M., Johnson, M.H., Madsen, R.W., and Beck, N.C. (1987). Patterns of nausea, vomiting, and distress in patients receiving antineoplastic drug protocols. *Oncology Nursing Forum*, 14(4), 35 - 44.
- Schwartz, A.L. (2000). Daily fatigue patterns and effect of exercise in women with breast cancer. [Electronic version]. Retrieve Oct 6, 2004, *Cancer Practice*, 8(1), 16 - 24.
- St. Pierre, B.A., Kasper, C.E. and Lindsey, A.M.(1992). Fatigue mechanisms in patients with cancer: Effects of tumor necrosis factor and exercise on skeletal muscle. *Oncology Nursing Forum*, 19(3), 419 - 425.
- Vogelzang, N.J, Breitbart, W., Cella, D., Curt, G.A., Groopman, J.E., Horning, S.J., et al. (1997). Patient, caregiver, and oncologist perception of cancer - related fatigue: result of a tripart assessment survey. *Seminars in Hematology*, 34(3), 4 - 12.
- Winningham, M.L. (2000a). Therapeutic exercise: Guideline and precautions. In M.L. Winningham & M. B. Burke (Eds.), *Fatigue in cancer: A multidimension approach* (pp. 339 - 350). Boston: Jones and Bartlett. (2000b). Fatigue. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge, & M. Goodman (Eds.), *Cancer symptom management* (pp.15 - 20). Boston: Jones and Bartlett.
- Yellen, S.B., & Dyonzak, J.V.(2000). Sleep disturbance. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge, & M. Goodman(Eds.), *Cancer symptom management* (pp.47 - 52). Boston: Jones and Bartlett.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P.(1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 - 370.

Experience and Self Management for Fatigue in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy

Sirinoot Buranaruangrote M.N.S.
Saipin Kasemkitwattana D.N.S.
Narong Keerativitayanant MD
Kanaungnit Pongthavornkamol Ph.D

Abstract

The present study aimed at investigating fatigue experience and management strategies, as well as the relationship among fatigue experience, depression, and anxiety of breast cancer patients receiving chemotherapy. The model of revised symptom management proposed by Dodd et al. (2001) was used as a theoretical framework. The subjects were 100 breast cancers who sought chemotherapy at out-patient department of Siriraj hospital and National Cancer Institute in Bangkok. The subjects were recruited based on the criteria previously set. Data were collected by means of a set of five questionnaires: 1) demographic data, 2) sickness and health status, 3) Fatigue Symptom Inventory (FSI), 4) Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS), and 5) fatigue management strategies. Data analysis was conducted in terms of frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The findings revealed that fatigue experience increased in accordance with the number of chemotherapy, with the highest intensity range from 24 to 72 hours after administration of chemotherapy. The highest mean scores of fatigue was obtained one week after administration of chemotherapy (Mean = 52.74; S.D. = 25.10), with the patients who received the Doxorubicin, Cyclophosphamide (AC) regimen having the highest level of fatigue. As regards fatigue management strategies, it was found that the technique most frequently used by the patients was having more rest and sleep, followed by exercising. Furthermore, the subjects had a high level of depression (Mean = 8.07; S.D. = 3.57) and a low level of anxiety (Mean = 7.00; S.D. = 3.11). Ultimately, the results suggested that fatigue experience was positively related to depression and anxiety at a moderate level with statistical significance ($r = .484$ and $.429$, $p < 0.01$, respectively).

Based on these findings, it is recommended that nurses should give advice to prepare breast cancer patients who are about to receive chemotherapy as soon as they are recovering from their surgery. This should be done together with offering advice on proper practice before hospital discharge. However, the advice given should be congruent with the chemotherapy regimens that the patients receive. Particular attention should be given to the patients who receive the AC regimen, as they tend to have the highest level of fatigue. All of these are to enable the patients to effectively manage fatigue. A balance between exercises and sufficient rests should be taken into careful consideration, and it should be adjusted to best suit each case of the patients.

KeyWords: Fatigue experience, Self management, Breast cancer, Chemotherapy