



ประธาน/กรรมการ

ศาสตราจารย์ ดร. วิษณุ

ผลงานวิจัย

เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองหน่วยโลหิตวิทยา
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวกิตติยาภรณ์ อุทุมพร

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11388)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11388)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ผลงานวิจัย

เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองหน่วยโลหิตวิทยา
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวกิตติยาภรณ์ อุทุมพร

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11388)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่พวช. 11388)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่มาทำการรักษา หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนจากผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มารับการรักษาที่หน่วยโลหิตวิทยา จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และสถิติทดสอบ F-test วันเวย์อโนวา (one way Anova) ผลการวิจัยพบว่า

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 38 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 31 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28 และมีระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 46 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ “พอใช้” โดยแยกเป็นแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับ “ไม่ดี” การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ “ดี” การจัด การเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในเกณฑ์ “ดีมาก” และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในเกณฑ์ “ดี” อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ส่งผลต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Health Literacy of Lymphoma Patients in Hematology Unit
Faculty of Medicine, Navamindharathirach University

Abstract

This research aims to study health literacy in lymphoma patients and the factor influence health literacy. The sample were included one hundred patients, using simple random sampling.

3 This research was conducted at the Hematology Unit of the Faculty of Medicine, Navamindharathirach University between October 2020 and January 2021. The research instrument consisted of the ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adult developed by Health Education Division (HED) and adjusted to the content related lymphoma patients. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation t - test and (F-test) one-way Anova.

The findings showed that the majority of samples were female at 53 percent, the ages of 41-60 at 38 percent, married at 46 percent, having primary school at 28 percent, the range of income between 10,001-20,000 baht at 31 percent. And period duration of disease least than 1 year at 46 percent. The level of health literacy was “not good”. The factor that affected health literacy of lymphoma patients are age, education and income significantly at 0.05

Keywords: Lymphoma patients, Health Literacy

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความสนับสนุนและความกรุณาของที่ปรึกษาหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ได้แก่ อ.นพ.เกริกชัย ศรีบุรมย์ อ.พญ.อรพรรณ คงพันธุ์วิจิตร อาจารย์แพทย์ประจำหน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา อ.ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการอนุรักษ์พวกิตติพร เอื้อสมบูรณ์พว.อาวีวรรณ วิทยธิกรณ์ศักดิ์ที่ได้สละเวลาให้ คำปรึกษาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถามและเนื้อหาวิชาการและพว.ธมลวรรณ ขอดกลกิจ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่เสนอแนะแนวทางแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจน พว.จันทรา จินดา หัวหน้าสาขาการพยาบาลฉุกเฉินและบริการด้านหน้าที่ให้กำลังใจ ทำให้ผู้วิจัยสามารถแก้ไขปรับปรุงวิจัยครั้งนี้ได้

ขอขอบพระคุณทีมเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวก ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลและขอขอบคุณทีม นักวิจัยคุณอนุชา คำส้อม ที่ช่วยแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยทุกท่าน ทั้งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามของผู้วิจัยและที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยทุกท่านเปรียบเสมือนครูของผู้วิจัย ให้ผู้วิจัยมีโอกาสดูแลเรียนรู้ และพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งให้ดียิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณคุณพ่อประทุม อุทุมพรผู้ล่วงลับ ผู้เป็นผู้ให้การศึกษาแก่ ผู้วิจัย เป็นต้นแบบและแบบอย่างในการทำงานอย่างซื่อสัตย์ วิริยะอุตสาหะและคุณแม่ ทศนิย์ อุทุมพรผู้เป็นกำลังใจให้ตลอดการทำวิจัยครั้งนี้

กิตติยาภรณ์ อุทุมพร

กุมภาพันธ์ 2563

	สารบัญ	หน้า
บทคัดย่อ		ก
กิตติกรรมประกาศ		ข
สารบัญ		ง
สารบัญตาราง		ฉ
สารบัญภาพ		ช
บทที่ 1 บทนำ		1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา		2
วัตถุประสงค์งานวิจัย		3
สมมติฐานการวิจัย		3
ขอบเขตการวิจัย		3
นิยามศัพท์เฉพาะ		3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ		3
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง		
โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง		4
สาเหตุ		6
พยาธิสภาพ		7
อาการและอาการแสดง		7
การวินิจฉัย		9
การรักษา		10
การพยาบาลมะเร็งต่อมน้ำเหลือง		25
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ		29
องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ		31
การวัดความรู้ด้านสุขภาพ		35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง		38
กรอบแนวคิดในการวิจัย		42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การตรวจสอบเครื่องมือ	49
การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	51
ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	51
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	51
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผล	58
การอภิปรายผล	59
ข้อเสนอแนะ	62
บรรณานุกรม	63
ภาคผนวก	73
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	74
ภาคผนวก ข เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561	82
ภาคผนวก ค แบบประเมินสมรรถนะของร่างกาย (Performance status)	86
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร (Consent form)	88
ภาคผนวก จ เอกสารรับรองโครงการวิจัย	95
ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	98
ประวัติผู้วิจัย	100

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ตัวอย่างยา กลุ่ม monoclonal antibody ที่ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง	16
ตารางที่ 2.2 ตัวอย่างยาของ Phase specific chemotherapy	17
ตารางที่ 2.3 การเปรียบเทียบ ความแตกต่าง Type 1 CRCD และ Type 2 CRCD	24
ตารางที่ 2.4 การจำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ	33
ตารางที่ 3.1 เกณฑ์การให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ	46
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	51
ตารางที่ 4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	53
ตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย มะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยการใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย	55
ตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย มะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยการใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ	57

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 Ann Arbor Staging Classification of Lymphoma	8
ภาพที่ 2.2 วงจรชีวิตของเซลล์ (Cell Cycle)	11

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นโรคมะเร็งที่อยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศไทย มีอัตราการพบผู้ป่วยรายใหม่ 4,300 คนต่อปี หรือโดยเฉลี่ย 8 คนต่อวัน และมีอัตราการเสียชีวิต 1,300 คนต่อปีหรือ 4 คนต่อวัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562) แบ่งออกเป็น มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กิน พบในผู้ป่วยอายุ 15–35 ปี และ 60 ปีขึ้นไปและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอน - ฮอดจ์กิน ซึ่งชนิดนี้จะพบมากกว่าชนิดแรก และมีอายุอยู่ระหว่าง 15–96 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56 ปี (ชานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2551) แนวโน้มผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีอายุน้อยลงอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ เป็นวัยที่ใช้พลังงานของร่างกายและสติปัญญา ทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัว และระดับประเทศ การค้นพบอาการผิดปกติได้เร็วได้เข้ารับการรักษาสถาบันจะทำให้การรักษาได้ผลดีและหายขาดได้ จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ขาดความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดการใส่ใจดูแลตนเอง ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของแพทย์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงมีความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองลดลง และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำสูงขึ้น (Johnson, 2014)

ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือความฉลาดด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นทักษะต่างๆ ในการรับรู้และทักษะทางสังคม ทักษะทางสังคม ประกอบด้วย กลุ่มทักษะที่ใช้ในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของบุคคลในสังคม (จริลักษ์ณ์ รัตนพันธ์, 2557) ได้แก่ การฟัง การพูด ความสามารถในการเข้าใจในสถานการณ์ที่หลากหลาย เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (World Health Organization : WHO, 1998) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการมีสุขภาพที่ดีต้องเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลสุขภาพใส่ใจสุขภาพของตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นผลมาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับปานกลางถึงระดับดี และบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลตนเองและการป้องกันโรค (Dewalt, Berkman, Shridan, Lohr, & Pignone, 2004) อ้างในขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2562) มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อยและมักจะมีสุขภาพที่ไม่ดีหรือป่วยหนักจนต้องเข้า

โรงพยาบาลมากกว่า (National Assessment of Adult Literacy:NAAL,2006) นอกจากนี้ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ โรคเมเร็ง เนื่องจากขาดความรู้ และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเอง (Baker, Wolf, Feinglass, Thomson, Gazmararain, & Huang, 2007) ในการศึกษาของหยาดรุ้ง อุไรพันธ์ (2557) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ผู้ป่วยโรคเมเร็งร้อยละ40 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ดีหากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ในระดับบุคคล ทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ต้องขาดงาน เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ในระดับหน่วยงาน หากบุคลากรในหน่วยงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลเสียต่อการทำงาน มีการทำงานได้ไม่เต็มที่และในระดับประเทศทำให้ต้องพึ่งพาบริการทางการแพทย์และยารักษาโรคมามากขึ้น โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีภาระงานในด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น จนอาจเกิดข้อจำกัดในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและอาจไม่สามารถสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (WHO,2009 อ้างใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2562) และทำให้ประเทศต้องสูญเสียงบประมาณเกี่ยวกับด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2562) ดังนั้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและเปรียบเสมือนกุญแจสำคัญในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีในระยะยาว (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง,2562)

จากผลงานวิจัยเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดีรวมถึงการป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาและสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพรวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเมเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาทำการรักษาที่หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนรูปแบบการช่วยเหลือให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมและพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเมเร็งต่อมน้ำเหลืองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขภาพที่ดีแบบยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเมเร็งต่อมน้ำเหลืองในหน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในหน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในหน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชที่ต่างกันมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งรายด้านและโดยรวมแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการรักษาที่หน่วยโลหิตวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 100 คน ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการรักษาและติดตามการรักษาที่หน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง กระบวนการของบุคคลที่ก่อให้เกิด การคิด การอ่าน การฟัง การเขียน ผ่านทางทักษะการพูด การซักถามรวมถึงความสามารถในการค้นหาข้อมูลและเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนำมาปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยจำแนกเป็นแต่ละองค์ประกอบ 6 ด้านดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในข้อมูลสาระสำคัญต่าง ๆ มีความสามารถในการจดจำเพื่อนำมาปฏิบัติ

2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในการค้นหาข้อมูลเลือกแหล่งข้อมูล และรู้วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพที่ต้องการ

3. การสื่อสารเพื่อพัฒนาสุขภาพ หมายถึง ความสามารถ พูด ฟัง อ่าน เขียนข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองโดยสามารถสื่อสาร ทำความเข้าใจ อธิบาย หรือแนะนำให้ผู้อื่นเข้าใจ รวมถึงสามารถชักจูง โน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับในพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับสุขภาพและสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมถึงมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจากสื่อต่างๆที่ได้รับ สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ และประเมินถึงผลที่จะเกิดจากการตัดสินใจที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นได้

6. ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธหรือตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนรูปแบบการช่วยเหลือให้คำแนะนำให้เหมาะสมกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ

2. เป็นแนวทางในการส่งเสริมและยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคกระเร่งื่นต่อน้ำเหลือน
2. แนวคืดและทฤษฎีเกือวกับควมรอนรู้ด้นสุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกือวข้อง

- หลอดน้ำเหลือง (Lymphatic vessels) ภายในประกอบไปด้วยน้ำเหลือง ซึ่งจะเชื่อมต่อระหว่างต่อมน้ำเหลืองแต่ละแห่ง นอกจากนี้ยังมีวาระอื่นๆ ที่จัดอยู่ในระบบน้ำเหลืองอีกได้แก่ ต่อมนอนซิล ม้าม และ ต่อมน้ำนม เมื่อต่อมน้ำเหลืองทำงานผิดปกติไปเนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม ปัญหาสำคัญที่จะเกิดขึ้นคือ ระบบภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

สาเหตุ

ในปัจจุบันยังไม่สามารถบอกสาเหตุของการเกิดมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมากขึ้น (กิริติกันต์ บุญญาวรณดี, 2560) ได้แก่

1. ปัจจัยทางเคมี วัตถุทางเคมีที่อาจก่อให้เกิดมะเร็ง เช่น สารเคมีปราบศัตรูพืช น้ำยาซักผ้า เป็นต้น
2. ปัจจัยทางภูมิคุ้มกัน ผู้ที่มีสมรรถภาพภูมิคุ้มกันโรคลดลง เช่น โรคเอดส์ การปลูกถ่ายอวัยวะ โรคไขข้ออักเสบ เป็นต้น
3. ปัจจัยทางพันธุกรรม การเกิดมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มีความชัดเจนที่เกิดจากกรรมพันธุ์ทางครอบครัว เช่น พี่น้องอาจเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองตามลำดับ หรือเป็นพร้อมกัน
4. สาเหตุจากการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อ HIV, EBV เป็นต้น

พยาธิสภาพ

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ

1. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองฮอดจกิน

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองฮอดจกิน (Hodgkin's disease - HD หรือมีอีกชื่อว่า Hodgkin's lymphoma - HL) พบได้บ่อยในช่วงอายุ 15 - 34 ปี และมากกว่า 60 ปี พบได้น้อยในเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี มีลักษณะเฉพาะ คือ จะพบเซลล์มะเร็งที่มีคุณสมบัติเฉพาะตัวที่เรียกว่า "Reed-Sternberg cell" คือ เซลล์เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ซึ่งมี 1 - 2 นิวเคลียส ขนาดใหญ่เกิดจากเซลล์มะเร็งสามารถสร้าง cytokine ชนิดต่าง ๆ กระตุ้นให้เซลล์อักเสบชนิดอื่นๆ เช่น Lymphocytes, Histocytes และ Granulocytes เข้ามาบริเวณรอยโรค เซลล์ลักษณะนี้จะไม่พบในมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดอื่น (สัญญา สุขพินิจนันท์, 2548) ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการต่อมน้ำเหลืองโต มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจกิน พบได้ประมาณ 12% ของมะเร็งทั้งหมดในปัจจุบันแบ่งตาม World Health Organization classification (WHO อ้างใน พรณี วัฒนบุญยงเจริญ และอุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์, 2551) ได้ดังนี้

1.1 Nodular lymphocyte predominance Hodgkin's lymphoma พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 5 ของ Hodgkin's lymphoma ทั้งหมด

1.2 Classical Hodgkin's lymphoma พบได้บ่อยกว่า แบ่งออกเป็น

- Nodular sclerosis Hodgkin's lymphoma
- Mixed cellularity Hodgkin's lymphoma
- Lymphocyte-rich Hodgkin's lymphoma
- Lymphocyte depletion Hodgkin's lymphoma

2. มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอน - ฮอดจกิน

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอน-ฮอดจกิน (Non-Hodgkin lymphoma) สามารถพบได้ในทุกอวัยวะ แต่ส่วนมากมักเริ่มเป็นที่ต่อมน้ำเหลืองม้ามตับ หรือแม้กระทั่งในกระเพาะอาหาร มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนี้สามารถแบ่งออกได้มากกว่า 30 ชนิดย่อย ซึ่งถ้าอาศัยอัตราการเจริญเติบโตของตัวมะเร็งแล้ว จะสามารถแบ่งมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอน-ฮอดจกินออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ชนิดค่อยเป็นค่อยไป (Indolent หรือชนิด low grade) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนี้จะมีอัตราการแบ่งตัวค่อนข้างช้า กว่าผู้ป่วยจะรู้ตัวว่ามีก้อนอยู่ในร่างกายก็อาจใช้เวลานานเป็นสิบปี ดังนั้นผู้ป่วยส่วนมากมาพบแพทย์มักจะอยู่ในระยะที่โรคระบายไปแล้ว แม้ว่าการตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างได้ผลดี แต่มะเร็งชนิดนี้ มักจะไม่สามารถกำจัดเซลล์มะเร็งได้หมด และมักพบว่ามีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคในภายหลัง

2.2 ชนิดรุนแรง(Aggressive หรือ high grade) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนี้จะมีอัตราการแบ่งตัวของมะเร็งเร็ว ผู้ป่วยมักจะมีอาการมากถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ภายใน 6 เดือน ถึง 2 ปี (ชานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2561) ข้อแตกต่างจากมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดค่อยเป็นค่อยไป คือ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดรุนแรงนี้มีการตอบสนองการรักษาในเกณฑ์ดี และมีโอกาสที่จะหายขาดจากโรคได้ถ้าได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเต็มที่ในปัจจุบันสามารถแบ่งมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอน - ฮอดจกิน ออกได้เป็น 35 ชนิดย่อย ซึ่งแต่ละชนิดนั้นจะให้การรักษาที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นมีความจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบถึงชนิดที่แท้จริงของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนั้นเพื่อวางแผนในการรักษาต่อไป

อาการและอาการแสดง

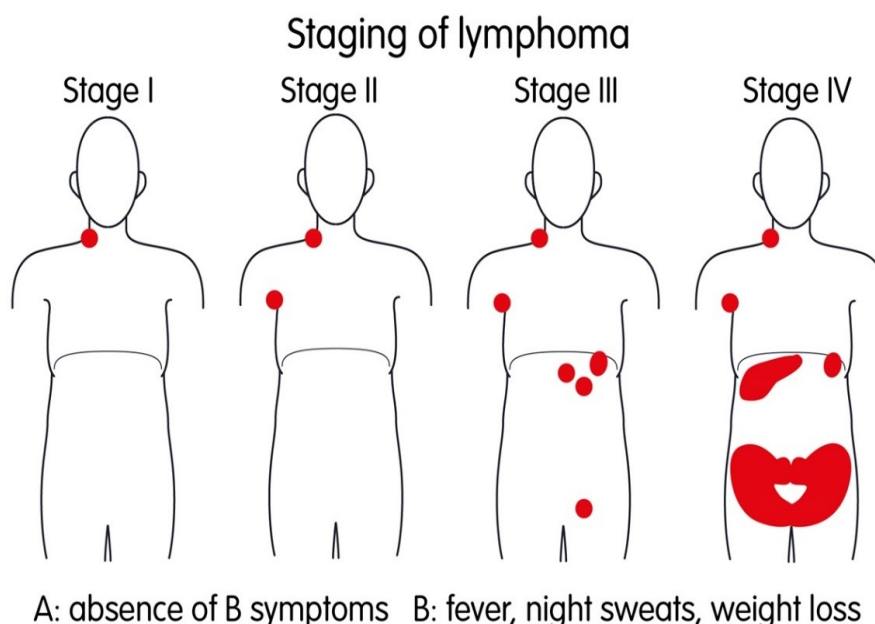
อาการที่พบได้บ่อยของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง คือ มีต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น ซึ่งจะสามารถคลำพบได้ในบริเวณที่อยู่ตื้น ๆ เช่น คอ รักแร้ ขาหนีบหรือเต้านม โดยที่ก้อนมะเร็งจะไม่มีอาการเจ็บ ต่อมน้ำเหลืองที่พบเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองบ่อยที่สุด คือต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ ทั้งนี้ อาการต่อมน้ำเหลืองโตไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเสมอไปอาจเกิดจากการติดเชื้อในอวัยวะใกล้เคียง หรือการกระจายมาของมะเร็งชนิดอื่นก็ได้ อาการอื่นๆ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น เหงื่อออกตอนกลางคืน คันทั่วร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียไม่ทราบสาเหตุ อาการเหล่านี้เรียกว่า B symptoms (วิกิพีเดีย, ม.ป.ป.) บางรายมีอาการปวดบริเวณตำแหน่งของโรคเมื่อผู้ป่วยรับประทานเหล้า (alcohol-induced pain) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่เป็น Hodgkin's lymphoma (สัญญา สุขพนิชนันท์, 2548) บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ (พบในมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในระบบประสาท) รวมถึงการมีแผลเรื้อรังโดยทั่วไปต่อมน้ำเหลืองที่เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจะมี

ขนาดใหญ่มากกว่า 1 ซม. จนถึงขนาด 10 ซม.ตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองที่โตในผู้ป่วย Non-Hodgkin lymphoma อาจไม่จำเป็นต้องติดต่อกัน ซึ่งต่างจาก Hodgkin's lymphoma ซึ่งมักเป็นต่อมน้ำเหลืองที่มีทางเดินน้ำเหลืองติดต่อกัน (ธานินทร์ อินทรกำรชัย, 2551)

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นการบ่งบอกตำแหน่งของรอยโรคตาม Ann Arbor Staging Classification of Lymphoma(National Cancer Institute,2002 และ ธานินทร์ อินทรกำรชัย,2551) แบ่งเป็น ดังนี้

- ระยะที่ 1 มีรอยโรคที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเดียว เช่น เฉพาะที่ลำคอด้านใดด้านหนึ่ง หรือ ก้อนมะเร็งลูกกลมเฉพาะภายในอวัยวะเดียว แต่ไม่มี B symptoms
- ระยะที่ 2 มีรอยโรคที่ต่อมน้ำเหลือง หรือนอกต่อมน้ำเหลือง 2 ตำแหน่งขึ้นไป แต่ยังอยู่ด้านเดียวกันของกระบังลม ไม่ลูกกลมเข้าทั้งสองส่วนของกระบังลม
- ระยะที่ 3 มีรอยโรคที่ต่อมน้ำเหลือง หรือนอกต่อมน้ำเหลือง อยู่ทั้ง 2 ด้านเหนือและ ใต้ของกระบังลม เช่นที่บริเวณลำคอและในช่องท้อง หรือลูกกลมออกนอกอวัยวะเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองหลายจุด
- ระยะที่ 4 มีรอยโรคแพร่กระจายเกินตำแหน่ง ออกนอกต่อมน้ำเหลือง ตำแหน่งที่พบการกระจายได้บ่อย เช่น ตับ ไชกระดูก ปอด (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 2.1 Ann Arbor Staging Classification of Lymphoma

ที่มา : National Cancer Institute,2002

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองจัดทำขึ้นโดย สถาบันการศึกษา 16 สถาบัน ในโครงการ The International Non - Hodgkin's Lymphoma Prognosis Factor Project ทั้งใน ยุโรป และสหรัฐอเมริกา (A predictive model for aggressive Non - Hodgkin's Lymphoma, 1993) เพื่อการพยากรณ์ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยระบบคะแนน International Prognostic Index (IPI) โดยใช้ความเสี่ยง 5 ข้อ ดังนี้

1. อายุมากกว่า 60 ปี
2. ค่า LDH มากกว่าปกติ
3. โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองอยู่ในระยะ 3 - 4 ของระบบ Ann Arbor Staging
4. มีอวัยวะอื่นนอกจากต่อมน้ำเหลือง เป็นมะเร็งอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง อาจเป็นอวัยวะ น้ำเหลืองที่ไม่ใช่ต่อมน้ำเหลือง เช่น ม้าม ต่อมไทมัส เป็นต้น
5. สมรรถนะของร่างกาย (Performance status) โดยใช้ ECOG performance status scale ใน ระดับ 2 - 4 (เอกสารแนบในภาคผนวก ค)

โดยให้คะแนนความเสี่ยง ข้อละ 1 คะแนน รวมคะแนนแล้วเทียบโอกาสอยู่รอดชีวิตใน สามปี (3 year survival)

คะแนน 0 – 1 low risk	โอกาสอยู่รอดชีวิตในสามปี 91%
คะแนน 2 low intermediate risk	โอกาสอยู่รอดชีวิตในสามปี 81%
คะแนน 3 high intermediate risk	โอกาสอยู่รอดชีวิตในสามปี 65%
คะแนน 4 – 5 high risk	โอกาสอยู่รอดชีวิตในสามปี 59%

การวินิจฉัย

เริ่มจากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย จากนั้นจะพิจารณาสืบค้นเพิ่มเติมอีก เพื่อการวินิจฉัยโรค เพื่อ staging และเพื่อวางแผนการรักษา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ได้แก่

1. การตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา (Biopsy) เพื่อการเรียงตัวที่ผิดปกติภายใต้ กล้องจุลทรรศน์บางครั้งอาจมีความจำเป็นต้องมีการย้อมพิเศษเพิ่มเติม เพื่อให้ได้การวินิจฉัยขั้น สุดท้าย รวมถึงบอกถึงการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย
2. การตรวจไขกระดูก เป็นหัตถการที่มีความจำเป็น เพื่อประเมินว่ามีการกระจายเข้าไป ในไขกระดูกหรือไม่ และอยู่ในระยะที่เท่าไร หัตถการการตรวจไขกระดูก ได้แก่ bone marrow aspiration และ bone marrow biopsy

3. การตรวจเลือดแบ่งออกเป็น

- การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) เพื่อทราบระดับเม็ดเลือดพื้นฐานของผู้ป่วยก่อนการรักษา ระดับลิมโฟไซต์ที่สูงขึ้น
- การตรวจชีวเคมี ได้แก่ LDH(lactate dehydrogenase), $\beta 2$ -microglobulin, serum electrophoresis และกรดยูริก เพื่อประเมินการทำงานของตับและไต เนื่องจากอาจแสดงถึงรอยโรคในอวัยวะดังกล่าว

4. การตรวจภาพรังสี ได้แก่ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) การตรวจกระดูก (Bone scan) และการตรวจ PET scan ซึ่งผลการตรวจจะนำมาประเมินชนิดของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและระยะของโรค เพื่อเป็นแนวทางในการพยากรณ์โรคและการรักษาโรคต่อไป

วงจรชีวิตของเซลล์กับการเกิดโรคมะเร็ง (cell cycle and cancer)

เซลล์ปกติในร่างกายมีการแบ่งตัวแบบ mitosis กลไกการแบ่งตัวแบบ mitosis แบ่งออกเป็น 4 phase คือ G1, S, G2, และ M phase รวมเรียกว่า “วงจรชีวิตของเซลล์” หรือ “วัฏจักรของเซลล์” (cell cycle) ในแต่ละ phase จะเกิดปฏิกิริยาระหว่างโปรตีนต่าง ๆ ภายในเซลล์ เพื่อส่งผลให้มีเซลล์ 2 เซลล์ที่เหมือนกันเกิดขึ้น ขึ้นตอนต่าง ๆ จะถูกตรวจสอบความถูกต้อง ถ้ามีความผิดพลาดที่ขึ้นตอนใด วงจรชีวิตของเซลล์นั้นจะหยุดเพื่อแก้ไข เซลล์ที่ไม่สามารถแก้ไขได้จะตายแบบ apoptosis (programmed cell death)

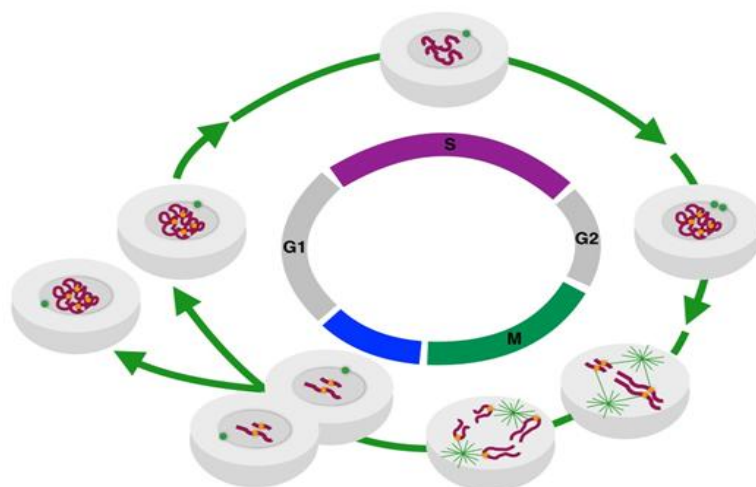
การแบ่งตัวตามวงจรชีวิตของเซลล์ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. Interphase เป็นระยะการเตรียมตัวให้พร้อมที่จะแบ่งตัว แบ่งออกเป็น 3 ระยะย่อย คือ ระยะ G1 (G1 phase) เป็นระยะก่อนการสร้าง DNA ซึ่งเซลล์เจริญเติบโตเต็มที่ระยะนี้ จะมีการสร้างสารบางอย่างเพื่อใช้สร้าง DNA ในระยะต่อไป

ระยะ S เป็นระยะสร้าง DNA โดยเซลล์มีการเจริญเติบโต และมีการสังเคราะห์ DNA อีก 1 ตัว ระยะนี้ใช้เวลานานที่สุด

ระยะ G2 (G2 phase) เป็นระยะหลังการสร้าง DNA ซึ่งเซลล์เจริญเติบโตและเตรียมพร้อมที่จะแบ่งโครโมโซมต่อไป

2. M phase กระบวนการแบ่งเซลล์ เป็นระยะที่มีการแบ่งนิวเคลียส ประกอบด้วย 4 ระยะย่อย คือ โพรเฟส เมตาเฟส แอนาเฟส และเทโลเฟส เมื่อผ่านระยะ M phase นิวเคลียสจะถูกแบ่งออกเป็น 2 เซลล์ ที่มีลักษณะเหมือนกันทุกประการ และจะเข้าสู่ระยะพักและเข้าวงจรชีวิต G1 ต่อไป (ดังภาพที่ 2.2)



ภาพที่ 2.2 วงจรชีวิตของเซลล์ (Cell Cycle)

ที่มา : วิยะดา ปัญจกร, 2558

เซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการกลายพันธุ์ของยีนหลายจุด ทำให้ไม่มีการตรวจสอบและแก้ไขความผิดปกตินั้น ๆ สามารถแบ่งตัวและสะสมการกลายพันธุ์มากขึ้นเรื่อย ๆ (เอกภพ สิริชัยนันท์, 2555) ทำให้มีการเจริญเติบโตเพิ่มขยายจำนวนอย่างรวดเร็ว และไม่สามารถควบคุมได้ มีความผิดปกติในระดับสารพันธุกรรมและรูปร่างลักษณะ (นวพรรณ จารุรักษ์, จุฑารัตน์ สุทธิโสภณ, นรินทร์ วรวิทย์, 2541) เซลล์มะเร็งจะมีคุณสมบัติพื้นฐาน (วิยะดา ปัญจกร, 2558) คือ มีการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติ (unregulated cell growth) มีการเบียดเบียนเซลล์ข้างเคียง (invasion of adjacent organs) และกระจายไปยังอวัยวะที่ไกลออกไป (metastasis to far organs)

คุณลักษณะเด่นของเซลล์มะเร็ง (Hallmarks) (วิยะดา ปัญจกร, 2558) คือ

1. สามารถรักษาสัญญาณการเจริญเติบโตไว้ตลอด (sustaining proliferative signaling)
2. สามารถหลบเลี่ยงการยับยั้งการเจริญเติบโต (evading growth suppressors)
3. สามารถต้านทานการเกิดเซลล์ตาย (resisting cell apoptosis)
4. สามารถเพิ่มจำนวนเซลล์ที่เป็นอมตะ (enabling replicative immortality)
5. สามารถกระตุ้นการสร้างเส้นเลือดใหม่ (inducing angiogenesis)
6. สามารถลุกลามและกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ (activating invasion and metastasis)
7. กระตุ้นทำให้เกิดการอักเสบ (tumor - promoting inflammation)
8. มีความไม่มั่นคงและการกลายพันธุ์ทางจีโนม (genome instability and mutation)

ปัจจุบันมีการเพิ่มคุณลักษณะเด่นของเซลล์มะเร็งอีก 2 ประการ คือ

8.1 การกำหนดโปรแกรมใหม่สำหรับเมแทบอลิซึมของพลังงานภายในเซลล์ (reprogramming energy metabolism)

8.2 การหลีกเลี่ยงการถูกทำลายจากระบบภูมิคุ้มกัน (evading immune destruction) ดังนั้น หากเซลล์ใดมีคุณสมบัติ ดัง 10 ประการ ที่กล่าวมาแล้วนั้น จัดว่าเป็นเซลล์มะเร็ง (วิยะดา ปัญจรัก, 2558)

การรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง

การรักษาจะขึ้นกับระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และสภาวะร่างกายโดยรวมอาจใช้การรักษาชนิดเดียวหรือใช้การผสมผสาน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553 และ ชานินทร์ อินทรกำธรชัย, 2555) ได้แก่

1. การใช้ยาเคมีบำบัด คือการใช้ยาที่มีผลทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกาย ยาอาจอยู่ในรูปยารับประทานหรือยาฉีด สูตรยาเคมีบำบัดที่จะขึ้นอยู่กัขนิดและระยะของโรคที่เป็น ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดพบได้หลายรูปแบบ ซึ่งเป็นผลจากการที่ยาไปทำลายเซลล์ปกติของร่างกาย นอกเหนือไปจากเซลล์มะเร็ง ในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกันไป เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการชาปลายมือปลายเท้า อาการท้องผูกหรือท้องเสียภาวะเม็ดเลือดขาวในเลือดต่ำ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อภาวะเลือดออกจากรกเลือดคั่งดำ โดยทั่วไปผลข้างเคียงเหล่านี้จะหายไปเมื่อหยุดยาเคมีบำบัด สำหรับผลข้างเคียงในระยะยาวอาจพบว่ามีบุตรได้ยากในภายหลังหรือเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งชนิดอื่นตามมาได้โดยทั่วไป ระยะ G1 มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วและตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีผลทำให้เซลล์ตายทันทีหรือขัดขวางการเจริญและการแบ่งตัวของเซลล์จนทำให้เซลล์ตายในเวลาต่อมา

2. การฉายรังสีเป็นการใช้รังสีขนาดสูงเพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งในแต่ละบริเวณ มักพิจารณาการรักษาด้วยวิธีนี้ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองระยะแรก ๆ ผลข้างเคียงของการฉายรังสีได้แก่ อาการระคายเคืองบริเวณผิวหนังเจ็บคอ หรือ ปวดท้อง อาการข้างเคียงส่วนมากสามารถบรรเทาได้ด้วยการให้ยาตามอาการที่ผู้ป่วยเป็น

3. การรักษาด้วยแอนติบอดี (monoclonal antibody, Targeted therapy) หรือ การรักษาด้วยยาพุ่งเป้าเป็นการรักษาโดยใช้ยาที่เป็นสารสังเคราะห์ไปจับกับโปรตีนบนผิวของเซลล์มะเร็ง แล้ว ส่งผลให้มีการกระตุ้นการทำลายของเซลล์มะเร็งเพิ่มขึ้น ในปัจจุบันมีทั้งที่ใช้เดี่ยวหรือใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัด

4. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Stem cell transplantation) คือการให้ยาเคมีบำบัดในขนาดสูงเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่ แล้วตามด้วยการให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแก่ผู้ป่วย มักพิจารณาการรักษาด้วยวิธีนี้ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ดื้อต่อการรักษาหรือในผู้ที่มีโรคกลับเซลล์

ต้นกำเนิดเม็ดเลือดที่จะนำมาให้ผู้ป่วยอาจเป็นเซลล์ของผู้ป่วยเอง (Autologous transplantation) หรือได้มาจากผู้บริจาคซึ่งมีเนื้อเยื่อที่เข้ากันได้กับผู้ป่วย (Allogeneic transplantation)

5. การเฝ้าติดตามโรค (Watch and wait) มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดลุกลามช้า อยู่ในระยะที่ 1 และยังไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ โดยในระหว่างการเฝ้าติดตามโรคผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือด หรือตรวจทางรังสีเป็นระยะ ๆ ตามที่แพทย์สั่ง

6. การรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการรักษาเพื่อมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บรรเทาอาการทุกข์ทรมานในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมักไม่มีการผ่าตัด (ยกเว้นเฉพาะในผู้ป่วยน้อยราย) เพราะโรคนี้สามารถรักษาได้ผลดีด้วยยาเคมีบำบัด จึงไม่จำเป็นต้องผ่าตัดอวัยวะที่เกิดโรคมะเร็ง

เป้าหมายของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมี 3 ประการ (ธิดยา สิริสิงห เดชเทพพร, 2555) ได้แก่

1. เพื่อการรักษา (Curative /definitive chemotherapy) เพื่อให้หายขาดหรือปลอดจากโรค 5 - 10 ปี (5 - 10 year survival rate) ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติแพทย์อาจเลือกการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับการได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับยาเคมีบำบัดแล้ว

2. เพื่อเป็นการรักษาเสริม (Adjunctive therapy) เป็นการให้ยาเคมีบำบัดเสริมกับการรักษาหลักอื่น โดยมากมักเสริมกับการผ่าตัด แบ่งออกเป็น

2.1 การให้ยาเสริมหลังการผ่าตัด (Adjuvant systemic therapy/ chemotherapy) มีจุดประสงค์เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ และเพิ่มโอกาสควบคุมโรคให้กลับเป็นซ้ำน้อยลง

2.2 การให้ยาเสริมก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant/primary chemotherapy) เป็นการให้ยาเพื่อทำให้ก้อนมีขนาดเล็กลงก่อนผ่าตัด หรือก่อนฉายรังสี ซึ่งอาจทำให้การผ่าตัดทำได้ง่ายขึ้น สามารถเก็บรักษาอวัยวะได้มากขึ้น (organ preservation) และ/หรือ ทำให้บริเวณที่ต้องฉายรังสีมีเนื้อที่น้อยลงและลดผลข้างเคียงลงได้

3. เพื่อการประคับประคอง (Palliative chemotherapy) ในกรณีที่เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปทั่วร่างกายแล้วและไม่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ เพื่อควบคุมการลุกลาม บรรเทาอาการที่เกิดจากโรคและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือของชีวิตดีขึ้นบางครั้งอาจช่วยลดอัตราการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งชั่วคราว และช่วยยืดระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

การเลือกใช้ยาเคมีบำบัด

ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองแต่ละราย การเลือกใช้ยาเคมีบำบัด ขนาดยา และระยะเวลาในการให้ยามีความสำคัญอย่างมาก ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย

- ชนิดของมะเร็งและระยะของโรค
- อายุของผู้ป่วย
- ภาวะสุขภาพ (Health status)
- ประวัติทางการแพทย์และการใช้ยา (Medical and medicine history)
- ประวัติการรักษาโรคมะเร็ง (History of cancer therapy)
- สถานะโภชนาการ (Nutrition status)
- สมรรถนะของร่างกาย (Performance status)
- จำนวนเม็ดเลือด (Hematologic blood count)
- ภาวะการทำงานของไต (Renal function)
- ภาวะการทำงานของตับ (Liver function)

แพทย์ผู้ให้การรักษาจะเลือกสูตรยาจากการรวบรวมปัจจัยต่างๆ ข้างต้น โดยสูตรยาเคมีบำบัดอาจจะเป็นยาชนิดเดียวหรือหลายชนิดรวมกันเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้ยาเพียงชนิดเดียว อย่างไรก็ตามการเลือกใช้ยาเคมีบำบัดต้องคำนึงถึงผลข้างเคียง การออกฤทธิ์เสริมกัน และต้านฤทธิ์กันเมื่อใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดรวมกันด้วย การคำนวณยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด เพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละคนโดยใช้การคำนวณปริมาตรพื้นที่ผิวกาย (body surface area: BSA) เพื่อให้ได้ขนาดยาเคมีบำบัดที่ควรได้รับ เป็นมิลลิกรัมต่อปริมาตรพื้นที่ผิวกาย (mg/m²) โดยใช้สูตร (วิกิพีเดีย,ม.ป.ป.)

$$BSA = \frac{\sqrt{\text{ส่วนสูง(ซม.)} \times \text{น้ำหนัก(กก.)}}}{3600}$$

ในรายที่มีภาวะบวมควรคิดจากน้ำหนักพื้นฐานก่อนบวมที่เป็นไปได้มากที่สุด รายที่มีภาวะอ้วน จะคิดจากน้ำหนักที่ควรเป็นจริง (Ideal Body Weight: IW) บางสถาบันใช้น้ำหนักที่ชั่งได้ (Actual Body Weight: AW) + น้ำหนักที่ควรเป็นจริง (Ideal Body Weight: IW) ทหาร 2

$$= \frac{IW + AW}{2}$$

2

ผู้ป่วยที่มีภาวะตับและ/หรือไตทำงานบกพร่องหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ต้องปรับลดขนาดยาจากปกติ ขึ้นอยู่กับคำแนะนำของสูตรการรักษา (Chordas & Graham, 2010 ; Wikes,2011)

สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองฮอดจกิน (Hodgkin's lymphoma) ที่เป็นมาตรฐานคือ ABVD (Adriamycin, bleomycin, vinblastine, dacarbazine) เนื่องจากผลข้างเคียงของยาน้อยและมีประสิทธิภาพได้ผลดี (พรรณี วัฒนบุญยงเจริญ และ อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์, 2551) สำหรับสูตรยาเคมีบำบัดของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจกิน (Non - Hodgkin lymphoma) ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง ความรุนแรงของโรค ประวัติการรักษาโรคมะเร็งและสภาพร่างกายของผู้ป่วย

การรักษาแบบพุ่งเป้า (Targeted therapy)

การรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลืองแบบดั้งเดิม คือการให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือการฉายแสง ซึ่งผลการตอบสนองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง มีหลักฐานสนับสนุนถึงการมีอยู่ของเซลล์มะเร็งต้นกำเนิด ซึ่งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวช้า (quiescent cells) (Moore & Lyle1, 2011 อ้างใน วิยะดา ปัญจรัก, 2558 น.180) ทำให้เซลล์ต้นกำเนิดมีการรอดชีวิต และก่อให้เกิดมะเร็งขึ้นมาใหม่หรือทำให้เกิดการดื้อยาตามมา ปัจจุบันมีการรักษาแบบพุ่งเป้า เพื่อมุ่งทำลายเฉพาะเซลล์ต้นกำเนิดมะเร็งเท่านั้น มีผลกระทบต่อเซลล์ข้างเคียงน้อย ส่งผลให้ลดอาการข้างเคียง

การรักษาแบบพุ่งเป้า (Targeted therapy) เป็นการรักษาด้วยยาหรือสารยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ต้นกำเนิดมะเร็งโดยจับกับโมเลกุลหรือโปรตีนที่เป็นส่วนสำคัญในการเจริญเติบโตของมะเร็งแต่ละชนิด ดังนั้นจึงมีความจำเพาะกับเซลล์มะเร็งมากกว่ายาเคมีบำบัดที่ออกฤทธิ์กับเซลล์ทุกชนิดที่แบ่งตัวเร็วทำให้ผลข้างเคียงน้อยกว่ายาเคมีบำบัด แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่มีอาการข้างเคียง ยาในกลุ่มนี้แบ่งตามคุณสมบัติของยาได้ 2 กลุ่ม (ธิดิยา สิริสิงห เดชเทพพร, 2555) ได้แก่

1. ยากลุ่ม small molecule ยากลุ่มนี้มีขนาดเล็ก สามารถผ่านเยื่อหุ้มเซลล์เข้าไปภายในเซลล์และยับยั้งการส่งสัญญาณที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้ ยากลุ่มนี้มักมีชื่อลงท้ายด้วย -ib และมักเป็นยาเม็ดที่บริหารยาโดยการรับประทาน ทำให้มีความสะดวกต่อผู้ป่วย
2. ยากลุ่ม monoclonal antibody ยากลุ่มนี้เป็นโปรตีนขนาดใหญ่ได้จากการตัดต่อยีน antibody ของคนและของหนู ทำให้เกิด chimeric antibody ยากลุ่มนี้จะจับกับโมเลกุลที่เป็น transmembrane receptor หรือจับกับโปรตีนบนผิวของเซลล์ทำให้มีโปรตีนที่หลุดไปกระตุ้น receptor น้อยลง ทำให้ลดการกระตุ้นการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ทำให้ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งได้ ยาในกลุ่มนี้มักจะมีชื่อลงท้ายด้วย -ab และมักบริหารยาด้วยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือเข้าทางชั้นใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่มีชนิดของเซลล์ B-cell Lymphoma ที่มีลักษณะยีน CD3 และ CD20 positive จะได้รับการรักษาด้วยยาพุ่งเป้า ชื่อสามัญทางยา คือ Rituximab ทำให้ผู้ป่วย

มีอัตราการมีชีวิตรอดในระยะยาว (Long term survival) โดยปราศจากโรคของมะเร็ง หรือสามารถหายขาดจากโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข ,2561)

ตารางที่ 1 ตัวอย่างยาในกลุ่ม monoclonal antibody ที่ใช้ในการรักษามะเร็งทางโลหิตวิทยาได้แก่

ชื่อยา	Targetของยา	ใช้รักษา
Alemtuzumab	CD52	B-cell chronic lymphocytic leukemia
Ibritumomab	CD20	B-cell in Non Hodgkins' Lymphoma
Rituximab	CD20	B-cell in Non Hodgkins' Lymphoma

ที่มา : สำนักงานสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข,2561

ภายหลังการตรวจวินิจฉัยโรคเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะร่วมกันพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น อายุ สุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย สมรรถนะของร่างกาย ชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค ความต้องการและความพร้อมในการรักษา รวมทั้งปัญหาทางการแพทย์อื่น ๆ เพื่อวางแผนการรักษา เป้าหมายของการรักษาของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองคือต้องการให้หายขาด แต่ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองต่อการรักษาต่อยาเคมีบำบัดของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด (Tumor response) (The institute of Cancer, [n,p] มีดังนี้

1. Complete response(CR) ไม่พบรอยโรค ไม่มีอาการและอาการแสดงการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่เกี่ยวข้องกับชนิดของมะเร็งเป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดและในระหว่างการรักษาต้องไม่เกิดรอยโรคขึ้นอีก

2. Partial response (PR) มีรอยโรคลดลงมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับก่อนการรักษาเป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด

3. Stable disease (SD) ขนาดของก้อนลดลงจากเดิมน้อยกว่าร้อยละ 50 หรือโตขึ้นจากเดิมน้อยกว่าร้อยละ 25 มากกว่า 8 สัปดาห์ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด และระหว่างการรักษาต้องไม่เกิดรอยโรคขึ้นอีก

4. Progression of disease (PD) ขนาดก้อนมะเร็งโตขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ชนิดของยาเคมีบำบัด (Classification of chemotherapeutic agents)

แบ่งตามวงจรชีวิตของเซลล์เพื่อเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับระยะการแบ่งตัวของเซลล์และทำให้ได้ประสิทธิผลมากกว่าการใช้ยาเคมีบำบัดเพียงชนิดเดียว แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. แบ่งตามการออกฤทธิ์ของวงจรชีวิตของเซลล์ ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 3 ระยะ

1.1 Phase specific drugs ยากลุ่มนี้เป็นยาที่ออกฤทธิ์ได้ดีในช่วงใดช่วงหนึ่งของวงจรชีวิตของเซลล์เท่านั้นยาเหล่านี้ มีการออกฤทธิ์ที่จำเพาะมากกับช่วงวงจรชีวิตของเซลล์ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำลายเซลล์มะเร็งเนื่องจากจำนวนเซลล์มะเร็งที่อยู่ในช่วงนั้นของวงจรชีวิตของเซลล์อาจมีไม่มาก การให้ยาจึงอาจต้องรอให้เซลล์มะเร็งในช่วงอื่นของวงจรชีวิตผ่านเข้ามาในช่วงที่จะไวกับยาและจำเป็นต้องมีการให้ยาซ้ำเป็นระยะจึงจะได้ผลดีขึ้น ตัวอย่างเช่น ยา 5-FU พบว่าการให้เป็น bolus ได้ผลน้อยกว่าการหยดเข้าหลอดเลือดอย่างช้าๆเป็นต้น

ตารางที่ 2.2 แสดงตัวอย่างยาของ Phase specific chemotherapy

ช่วงของวงจรชีวิตของเซลล์ ที่ยาออกฤทธิ์	ประเภทของยา	ตัวอย่างชื่อยา
G1 phase	เอนไซม์	L - asparaginase
G1/S phase	Antimetabolites: Purine analog	6 -Thioguanine, Fludarabine, Cladarabine
	Antimetabolites: Pyrimidine analog	5 – Fluorouracil (5-FU), Cytarabine, Gemcitabine
	Antimetabolites: Antifolate	Metotrexate, Premetrexed
	Topoisomerase I inhibitor	Topotecan
G2/M phase	ยาปฏิชีวนะ	Bleomycin
	Topoisomerase I inhibitor	Etoposide
	Microtubule polymerization and stabilization	Paclitaxel, Docetaxel
M phase	Mitotic inhibitor: Vinca alkaloid	Vincristine, Vinblastine, Vinorelbine
	Mitotic inhibitor: Beta - tubulin binding	Ixabepilone

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563

1.2 Cell – cycle-specific agents ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ได้ดีกับเซลล์ที่อยู่ในวงจรชีวิตของเซลล์ไม่ว่าจะเป็นช่วงใดของวงจรชีวิต แต่ไม่มีผลกับเซลล์ที่อยู่ในระยะพัก (G0 phase) จึงมีความจำเพาะน้อยกว่ากลุ่ม phase specific drugs ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ได้แก่

- Alkylating agent เช่น Chlorambucil, Cyclophosphamide, Mephalan, Dacarbazine, Cisplatin, Carboplatin เป็นต้น

- กลุ่มยาปฏิชีวนะ เช่น Doxorubicin, Idarubicin, Actinomycin -D เป็นต้น

1.3 Cell – cycle - nonspecific agents ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ได้ทุกระยะของวงจรชีวิตของเซลล์ เช่น Cisplatin, Carboplatin, Cyclophosphamide, Ifosfamide, Doxorubicin, Mitomycin -C และ Actinomycin - D

2. แบ่งตามกลุ่มยาเนื่องจากยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดออกฤทธิ์แตกต่างกัน กลไกการทำลายเซลล์มะเร็งยังไม่ทราบชัดเจน จึงมีการแบ่งชนิดตามกลุ่มยา ดังนี้

2.1 Alkylating agents ทำปฏิกิริยา Alkylation กับ DNA เพื่อขัดขวางการแบ่งตัวของเซลล์และทำให้เซลล์ตายในที่สุด ยาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็น Cell–cycle-nonspecific agent ได้แก่ Cyclophosphamide, Ifosfamide เป็นต้น

2.2 Platinum เป็นกลุ่มที่มีกลไกการทำลายเซลล์มะเร็งคล้ายคลึงกับยากลุ่ม Alkylating agents ได้แก่ Cis - diamminedi chloridoplatinum (Cisplatin), Carboplatin, Oxaliplatin เป็นต้น

2.3 Taxanes ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อไมโครทิวบูล ซึ่งเป็นโครงสร้างของเซลล์ในไซโทพลาสซึม ทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้ จึงมีผลต่อเซลล์ใน M phase ได้แก่ Paclitaxel, Docetaxel เป็นต้น

2.4 Topoisomerase I inhibitor ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ที่ S phase โดยยับยั้งเอนไซม์ topoisomerase ทำให้ DNA เสียหายไม่สามารถสร้างสายคู่หรือลอกเลียนแบบ DNA ชุดใหม่ทำให้เซลล์ตาย ได้แก่ Topotecan (Hycamtin), Irinotecan (Campto) เป็นต้น

2.5 Antimetabolites ออกฤทธิ์ขัดขวางการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก (nucleic acid) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของ DNA หรือ RNA ทำให้เซลล์ตาย ได้แก่ 5-Fluorouracil, Gemcitabine, Methotrexate เป็นต้น

2.6 Antitumor antibiotics เป็นอนุพันธ์ของยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่ออกฤทธิ์ฆ่าเซลล์มะเร็งโดยทำลาย DNA ให้แตกสลายจนซ่อมแซมตัวเองไม่ได้ ได้แก่ Doxorubicin, Epirubicin, Actinomycin - D, Bleomycin, Mitomycin - C เป็นต้น

2.7 Plant alkaloids เป็นยาเคมีบำบัดที่สกัดจากพืช แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- Vinca alkaloids ออกฤทธิ์ป้องกันการจับตัวกันของโปรตีน Tubulin ของไมโครทิวบูล ทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่ได้ ได้แก่ Vincristine, Vinblastine, Vinorelbine เป็นต้น

- อนุพันธ์ของ Podophyllotoxin ไม่มีผลต่อไมโครทิวบูลแต่ทำให้ DNA แตก สลาย ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Etoposide เป็นต้น

2.8 ฮอร์โมน ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของ ฮอร์โมนที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อ โดยไม่เป็นพิษต่อเซลล์ ได้แก่ Megestrol acetate, Tamoxifen เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, 2555) ได้แก่

1. กดการทำงานของไขกระดูก (bone marrow toxicity) เป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด โดยทั่วไปหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 7 - 14 วัน จะเป็นระยะที่ไขกระดูกถูกกดการสร้างเม็ดเลือด ในช่วงต่ำที่สุดที่เรียกว่า nadir period (สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, 2555, Camp - Sorrel, 2011; Nirenberg et al., 2006) เนื่องจากยาเคมีบำบัดทำให้การสร้างไขกระดูกเปลี่ยนแปลง ไขกระดูกจะถูกกดการสร้างเม็ดเลือด เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงลดน้อยลงช่วงเวลานี้ ผู้ป่วยมักจะมีอาการอ่อนเพลีย เลือดออกง่ายจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ และอาจติดเชื้อได้ง่าย อาการแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่

1.1 ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia)

Neutrophil หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า polymorpho - nuclear segmented cells เป็นเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่ง มีมากถึงร้อยละ 60 ของจำนวนเม็ดเลือดขาวทั้งหมด ไขกระดูกใช้เวลาในการสร้าง Neutrophil 10 - 14 วัน Neutrophil จะเป็นเม็ดเลือดขาวชนิดแรกที่ออกมากำจัดเชื้อโรค โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารยาเคมีบำบัด จะต้องได้รับการตรวจเลือด CBC เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะกดไขกระดูกจากยาเคมีบำบัด และคำนวณค่า Absolute neutrophil count (ANC) ซึ่งจะบ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดย ค่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะแปรผกผันกับค่า ANC สูตรการคำนวณดังนี้ (Berk and Wilkes, 2008)

$$ANC = \frac{\text{total WBC} \times (\text{segmented/PMN neutrophil} + \text{band neutrophil})}{100}$$

100

โดยทั่วไปแพทย์จะพิจารณาหรือเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดออกไป ถ้าพบว่า ผู้ป่วยมีระดับเม็ดเลือดขาว (WBC) มีค่าระหว่าง 1,000 - 3,000 cells/mm² และค่า ANC น้อยกว่า 1,500 cells/mm² (สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, 2555, Camp - Sorrel, 2011) นอกจากนี้แพทย์จะพิจารณาให้ยากระตุ้น

การสร้างเม็ดเลือดขาว ยากระตุ้นเม็ดเลือดขาวที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น เรียกว่า granulocyte colony - stimulating factors (GCSFs) ขนาดของการบริหารยา คือ 5mg/kg/วัน และควรเริ่มฉีดครั้งแรกหลังการบริหารยาเคมีบำบัดไปแล้ว 24 ชั่วโมง และฉีดต่อเนื่องจนได้ค่า ANC เพิ่มขึ้น

1.2 ภาวะโลหิตจาง โดยปกติภาวะโลหิตจางจากการได้รับยาเคมีบำบัดเกิดขึ้นได้น้อยมาก เนื่องจากเซลล์เม็ดเลือดแดงมีอายุอยู่ในกระแสเลือดประมาณ 120 วัน ดังนั้นไขกระดูกจะมีการฟื้นฟูกลับสู่สภาวะปกติก่อนที่เซลล์เม็ดเลือดแดงจะถูกทำลายให้ลดลง ดังนั้นสาเหตุของภาวะโลหิตจางอาจเกิดได้จากสาเหตุอื่น เช่น การติดเชื้อ การขาดสารอาหาร เป็นต้น

1.3 ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มยาดังนี้ คือ Gemcitabine, Carboplatin, Dacarbazine, 5- FU, Lomustine, Mitomycin - C, Thiopeta และ Trimetrexate เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะมีระดับเกล็ดเลือดต่ำ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีปัญหาเลือดออกและติดเชื้อให้ถือว่าผู้ป่วยยังปลอดภัย (สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล, 2555, Camp-Sorrel, 2011) แพทย์อาจพิจารณาให้เกล็ดเลือดทดแทนในผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำมากและมีปัจจัยเสี่ยงของการมีเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายโดยเฉพาะในสมอง

2. พิษต่อทางเดินอาหาร (gastrointestinal toxicity) เป็นผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่พบได้บ่อย เนื่องจากเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหารเป็นเซลล์ที่แบ่งตัวอย่างรวดเร็ว มีอาการเกิดขึ้นหลายอย่าง ได้แก่

2.1 คลื่นไส้ อาเจียน

กลไกการเกิดอาการอาเจียน (จิตรลดา คำจริง, 2558) อาการอาเจียน เป็นผลมาจากการกระตุ้นของ reflex pathway ที่ควบคุมสมอง โดยกระตุ้นผ่านประสาทพาราซิมพาติกเข้าสู่ศูนย์ควบคุมการอาเจียน (vomiting center) ที่ตั้งอยู่ที่ medulla โดยรับประสาทพาราซิมพาติกผ่านทาง chemoreceptor trigger zone, pharynx, gastrointestinal (GI) tract ผ่านทาง vagal afferent fiber และสมองส่วน cerebral cortex เมื่อมีการส่งประสาทออกจากศูนย์ควบคุมการอาเจียน ไปสู่ salivation center กล้ามเนื้อหน้าท้องศูนย์ควบคุมการหายใจและเส้นประสาทสมองโดย chemoreceptor trigger zone, vomiting center และ GI tract จะมีตัวรับสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกันเมื่อศูนย์ควบคุมการอาเจียนถูกกระตุ้น ทางเดินหายใจจะปิด ระดับการหายใจลดลง หลอดอาหารส่วนบนคลายตัวและเกิดแรงดันในช่องท้องและเกิดการอาเจียนตามมา

อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากยาเคมีบำบัด แบ่งเป็น 5 ประเภท (Navari, 2009 อ้างถึงใน สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ และสุวลักษณ์ วงศ์จร โลงศิลป์, 2555)

1) อาการคลื่นไส้ อาเจียนชนิดเฉียบพลัน (acute nausea vomiting) เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับยาเคมีบำบัดเกิดจากสื่อประสาท Serotonin สาเหตุมาจากยาเคมีบำบัด ไปทำลายเยื่อผิวในระบบทางเดินอาหาร

2) อาการคลื่นไส้ อาเจียนชนิดที่พบหลังจากให้ยาเคมีบำบัดไปแล้ว 24 ชั่วโมง (Delay nausea vomiting)

3) อาการคลื่นไส้ อาเจียนชนิดที่เกิดจากการเรียนรู้ (anticipatory nausea vomiting) เป็นอาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่จะเกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดเนื่องจากการตอบสนองแบบมีเงื่อนไขต่อการรับยาเคมีบำบัด โดยอาการอาเจียนชนิดนี้ เกิดหลังจากประสบการณ์ที่ไม่ดี หลังการได้รับยาเคมีบำบัดครั้งก่อน สิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการอาเจียน ได้แก่ กลิ่นของโรงพยาบาล มองเห็นขวดน้ำเกลือ การคิดถึงอาการอาเจียนจากยาครั้งก่อน หรือความวิตกกังวล เป็นต้น

4) อาการคลื่นไส้ อาเจียนชนิดกะทันหัน (breakthrough nausea vomiting) อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยรับประทานยาป้องกัน

5) อาการคลื่นไส้ อาเจียนชนิดที่ดื้อต่อยา (refractory nausea vomiting) อาการคลื่นไส้ อาเจียน ที่ล้มเหลวหลังจากได้รับยาป้องกันการอาเจียนและ/หรือ ยาต้านการอาเจียนแล้วไม่เป็นผล

2.2 เยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) หมายถึง การมีแผลในปากร่วมกับการอักเสบ ตำแหน่งของการเกิดการอักเสบ ได้แก่ บริเวณเพดานอ่อน เยื่อข้างแก้ม ด้านข้าง และตรงกลางลิ้น ระยะเวลาการเกิดนาน 28 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวด กลืนอาหารลำบาก ปากแห้ง ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อย ถ้ามีการอักเสบเยื่อผิวบริเวณลิ้นอาจทำให้พูดไม่ชัดอย่างไรก็ตาม เมื่อสิ้นสุดการรักษา อาการเหล่านี้จะหายไป

2.3 ท้องเสีย และท้องผูก

ท้องเสีย หมายถึง การถ่ายอุจจาระมากกว่าปกติ มีการเพิ่มจำนวนน้ำและความถี่ ปริมาณของอุจจาระมากกว่า 200 กรัมต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระมากกว่า 300 มล. ต่อวันหรือถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน (สุริรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ และสุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์, 2555) กลไก การเกิดการท้องเสียจากยาเคมีบำบัด เชื่อว่าเกิดจากการที่ยาเคมีบำบัดผ่านกระแสเลือดและหลอดเลือด ที่มาเลี้ยงเยื่อลำไส้ ทำให้เกิดการทำลายของเยื่อลำไส้อย่างเฉียบพลัน เกิดการตายของเซลล์ผนัง เยื่อ ทำลายหรือเพิ่มจำนวนของ enzymes ในลำไส้ทำให้เกิดภาวะ osmotic ดึงสารน้ำเข้าลำไส้ ทำให้ลำไส้เสียสมดุลในการดูดซึมอาหาร การหลังสารน้ำและ electrolyte นำไปสู่การขับสารน้ำ และเกลือแร่จำนวนมากออกทางอุจจาระ (Richardson & Dobish, 2007)

ท้องผูก หมายถึง การถ่ายอุจจาระลำบาก ถ่ายเป็นก้อนแข็ง ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (NIDDC, 2007) ทำให้เกิดอาการแน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้อง เป็นต้น อาการท้องผูกจากการได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากยาเคมีบางชนิดมีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้เช่น ยาในกลุ่ม vinca alkaloids และในกลุ่มยาแก้ปวด morphine เป็นต้น นอกจากนี้ อาการเบื่ออาหาร คิมน้ำน้อย รับประทานอาหารกากใยน้อย ก็เป็นปัจจัยส่งเสริมด้วยเช่นกัน

3. พิษต่อระบบประสาทเป็นความผิดปกติของเส้นประสาทที่เกิดจากพิษของยาเคมีบำบัดทำลายเส้นใยประสาท (neuronal fiber) เยื่อหุ้ม myelinsheath และ microtubule ใน axon ของเซลล์ประสาท ทำให้ขัดขวางการนำสื่อกระแสประสาทให้เป็นไปตามปกติ ส่วนใหญ่มักเกิดกับระบบประสาทส่วนปลายทำให้มีอาการชา มือหนา เท้าหนา เจ็บ แสบร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการยืนไม่อยู่ ทรงตัวลำบากร่วมกับอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้ บางรายมีอาการอ่อนแรงของนิ้วเท้าและข้อนิ้ว ลามมาถึงโคนขา อาการนี้คล้ายกับการใส่ถุงมือหรือถุงเท้าตลอดเวลา เรียกอาการนี้ว่า “stocking glove pattern” (ก้องเกียรติ คุณท์กัณทรการ, 2553)

4. พิษต่อผิวหนัง (skintoxicity) ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อเซลล์เนื้อเยื่อที่มีการแบ่งตัวเร็ว ดังนั้น ผิวหนัง ผม และเล็บจึงได้รับผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัด อาการและอาการแสดงของยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อระบบเซลล์ผิวหนัง ได้แก่ ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น (hyperpigmentation) ฝ่ามือ ฝ่าเท้าอักเสบ ผิวหนังลอก (palmar plantar erythrodysesthesia: PPE หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า hand foot syndrome) ผมร่วง เล็บหลุดลอก (onycholysis) ผื่นแดง สิว หรือเป็นตุ่มหนองเล็ก ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ พิษต่อผิวหนังที่สำคัญ คือพิษจากการรั่วซึมของยาเคมีออกนอกหลอดเลือดดำ (Extravasation)

5. พิษต่อระบบไต (nephrotoxicity) ไต เป็นอวัยวะที่สำคัญในระบบทางเดินปัสสาวะใช้ในการขับถ่ายของเสีย ยา และสารต่างๆที่ร่างกายได้รับ ในภาวะไตเสื่อมทำให้เกิดการสะสมของยาและสารเคมีเหล่านั้น ทำให้ออกฤทธิ์ได้ยาวนานขึ้น

ขบวนการขับถ่ายยาและสารต่างๆ เริ่มต้นจากเมื่อยาและสารต่างๆเข้าสู่หน่วยไต (nephron) สารซึมผ่าน glomerulus เข้าสู่ proximal tubule มีการดูดซึมสารหลายชนิด เช่น กลูโคส กรดอะมิโน ฟอสเฟต เป็นต้น เมื่อผ่านเข้า distal tubule มีการดูดซึมน้ำ ดูดซึมสาร ขับสารบางชนิด การปรับ pH ของสารและขับออกเป็นปัสสาวะ ยาเคมีบำบัดบางชนิด มีผลต่อไต เช่น Cisplatin มีผลทำให้เกิดตะกอนใน tubule และ collecting duct ทำให้เกิดการอุดตัน ส่งผลให้เกิดการเป็นพิษต่อไตและทำให้เกิดการตายของเนื้อไตได้ ส่วนยาเคมีบำบัดประเภท Cyclophosphamide และ Ifosfamide อาจทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบหรือมีเลือดออกในระบบทางเดินปัสสาวะได้ (hemorrhagic cystitis)

สาเหตุของการทำงานของไตเสื่อมลง

1) ไตเสื่อมจากกรดยูริก (uric acid nephropathy) กรดยูริกเป็นสารที่ได้จากการเผาผลาญ purine กรดยูริกถูกขับออกทางไต โดยซึมผ่าน glomerulus และขับสารโดยใน tubule ยาเคมีบำบัดบางชนิดทำให้เกิดภาวะยูริกในเลือดสูง พบในมะเร็งทางโลหิตวิทยามากกว่า solid tumor เช่น large cell lymphoma, Burkitt's lymphoma, ALL (Perry, Hoagland & Wagoner as cited in Patterson & Ream, 2001) เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะกรดยูริกในเลือดสูง ทำให้เกิดการตกผลึกของกรดยูริก และอุดตันในท่อไตทำให้เกิดภาวะไตวาย อาจเกิดได้หลังได้รับยาเคมีบำบัด 24 - 48 ชม. อาการและอาการแสดงคือ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะน้อยลง อาจมีปัสสาวะเป็นเลือดร่วมด้วย

2) Tumor lysis syndrome (TLS) เกิดจากการให้ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เซลล์มะเร็งจำนวนมากตายอย่างรวดเร็ว และสารเคมีในเซลล์ออกมาอยู่ในกระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะโพแทสเซียม ฟอสเฟต กรดยูริกสูง แต่แคลเซียมต่ำร่วมกับไตวายเฉียบพลัน และอาจรุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้ วิธีการป้องกันพิษต่อระบบไต คือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอก่อนและหลังการให้ยาเคมีบำบัด ในกรณีที่เกิดภาวะดังกล่าวต้องรักษาโดยเร็ว

6. พิษต่อหัวใจ (Cardiotoxicity)

ความเป็นพิษต่อหัวใจหรือความเสียหายของหัวใจที่เกิดจากยาเคมีบำบัดเป็นผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้เกิดการลดอัตราการไหลเวียน EF (ejection fraction) ของหัวใจส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ได้รับยา Doxorubicin ในขนาดสูงในครั้งเดียว แบ่งอาการออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ผลของพิษต่อเซลล์ของยาเคมีบำบัดและความผิดปกติของหัวใจที่เกี่ยวข้อง
2. ภาวะหัวใจขาดเลือด จากยากดภูมิคุ้มกันหรือภาวะด้านมะเร็ง
3. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (จากยาแอนตราไซคลินหรือสารอื่นๆ จากภาวะหัวใจขาดเลือด)
4. เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ (Bleomycin, Cyclophosphamide, Cytarabine)

การจำแนกประเภทของความเสียหายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. Type I chemotherapy - related cardio dysfunction (Type I CRCD) เป็นความเสียหายโดยตรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจเป็นแบบย้อนกลับไม่ได้ (irreversible) สัมพันธ์กับปริมาณยาสะสมยาเคมีที่พบบ่อยได้แก่ยาในกลุ่ม Anthracyclines โดยเฉพาะ Doxorubicin ซึ่งใช้ในการรักษามะเร็งหลายชนิดรวมทั้งมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยกลไกของยา Doxorubicin คือทำให้เกิดการตายของ myocytes ของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายและกระบวนการต่างๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระไปทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทำให้เกิดพังผืดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. Type 2 chemotherapy - related cardio dysfunction (Type 2 CRCDD) เป็นความเสียหายที่ไม่เกี่ยวข้องกับปริมาณยาสะสม สามารถย้อนกลับได้(reversible) โดยเฉพาะยาในกลุ่มที่ลงท้าย - mab เช่น trastuzumab, bevacizumab เป็นต้น กลไกการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ยาเหล่านี้จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และยับยั้งการส่งสัญญาณในกระบวนการเจริญเติบโตของเซลล์ ส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อหัวใจทำให้การทำงานและการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ (Camp- Sorell, 2011)

ตารางที่ 2.3 แสดงการเปรียบเทียบ ความแตกต่าง Type 1 CRCDD และ Type 2 CRCDD

Type 1CRCDD	Type 2 CRCDD
1.irreversible 2.ยาในกลุ่ม Anthracyclines เช่น Doxorubicin 3.เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย 4.การทำลายของเซลล์เกี่ยวข้องกับขนาดยาสะสม (cumulative dose related)	1. reversible 2.ยาในกลุ่ม targeted therapy เช่น trastuzumab 3.เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทำงานบกพร่อง 4. .การทำลายของเซลล์ไม่เกี่ยวข้องกับขนาดยาสะสม (not-cumulative dose related)

ที่มา: Florescu, Cinteza& Vinereanu ,2019

ดังนั้น ก่อนการเริ่มรักษาผู้ป่วยด้วยยาเคมีบำบัด จึงจำเป็นต้องมีการประเมินการทำงานของหัวใจ ตรวจหาความผิดปกติของการทำงานของหัวใจต้องมีการประเมินเป็นระยะๆตลอดการรักษา และติดตามหลังการรักษาด้วย วิธีตรวจหาความผิดปกติของหัวใจ มีดังนี้(สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, 2555)

1. การตัดชิ้นเนื้อหัวใจไปตรวจ (endomyocardial biopsy) วิธีนี้ได้ผลแม่นยำมากที่สุด แต่มีความซับซ้อนมาก ต้องใช้แพทย์ผู้ชำนาญในการทำ มีค่าใช้จ่ายสูงและเป็นอันตราย

2. การตรวจ Echocardiography และการตรวจ Radionuclide cardiography หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Multi Gated Acquisition Scan (MUGA Scan) เพื่อดูการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยเฉพาะการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction; LVEF) ค่าปกติของ LVEF เท่ากับ 55 - 70% ถ้าพบค่าการบีบตัวของหัวใจน้อยกว่า 45% หรือลดลง >5% จากค่าเดิม ให้พิจารณาว่าการทำงานของหัวใจมีความผิดปกติ (Camp - Sorrell, 2011)

3.การตรวจเลือด เมื่อมีการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ จะพบว่าระดับ biochemical marker บางตัว ได้แก่ BNP และ troponin ในกระแสเลือดมีระดับสูงขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังต่อมน้ำเหลือง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ขึ้นอยู่กับระยะของการเป็นโรค การรักษา และการพยากรณ์โรค โดยเฉพาะการรักษาหลักของโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง คือ การได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งการให้การพยาบาลออกเป็นดังนี้ (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, 2563)

1. การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด การพยาบาลในช่วงนี้ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

1.1 ประเมินความพร้อมด้านจิตใจ เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย และแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การจัดการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียง ประเมินภาวะวิตกกังวล ความคาดหวังในการรักษา เป็นการประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นและก่อนให้ยาเคมีบำบัดทุกครั้งจนครบการรักษา เมื่อเริ่มให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจะเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน ในด้านร่างกายซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจ การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ยอมรับการเจ็บป่วย ยอมรับการรักษา และดูแลจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ เนื่องจากอาการข้างเคียงบางอย่าง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น รวมถึงการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ด้วย

1.2 ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย

- ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Performance Status) หากผู้ป่วยมีสมรรถนะที่ไม่ดี อาจไม่สามารถทนต่อการรักษาหรือผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ ECOG (Eastern Co-operation Oncology Group) หรือ Karnofsky scale เป็นต้น

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Cr,Uric,LFT, LDH การคำนวณ BSA และ ANC เพื่อประเมินการทำงานของอวัยวะต่าง และความสมบูรณ์ของเซลล์เม็ดเลือด

ในกรณีก่อนเริ่มทำการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ต้องมีการประเมินการทำงานของหัวใจด้วย Echocardiogram หรือ MUGA Scan (Multi Gate Audiogram) เนื่องจากยาเคมีบำบัด มีผลทำให้การทำงานของหัวใจลดลง และระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต้องมีการประเมินการทำงานของตับ และไตต่อเนื่องจนการรักษาสิ้นสุด

- การรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน ก่อนเริ่มทำการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ควรตรวจรักษาสุขภาพช่องปาก เพราะในช่องปากเป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรีย ดังนั้นเมื่อมีการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อได้

1.3 ประเมินสภาวะทางสังคม

- ประเมินสภาพครอบครัว การทำงาน สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากวันแรกหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย เป็นต้น รวมถึงกำลังใจในการต่อสู้กับโรค

- การวางแผนคุมกำเนิด การเก็บน้ำเชื้ออสุจิ ในรายที่ผู้ป่วยเพศชายและยังไม่มีบุตร
คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนให้ยาเคมีบำบัด

1) บำรุงร่างกายให้แข็งแรง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ ควรรับประทานอาหารที่รสไม่จัด ย่อยง่าย ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ - 3 ลิตร

2) นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ทำจิตใจให้สดชื่นไม่ท้อแท้ หากมีอาการนอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล ควรหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดเหล่านั้นด้วยกิจกรรมที่ชอบ เช่น การสวนมนต์ นั่งสมาธิ การอ่านหนังสือ การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น

3) ออกกำลังกายตามความเหมาะสมของร่างกายและอายุ ไม่หักโหมจนเกินไป เช่น เดินช้าๆ รำมวยจีน เล่นโยคะ เป็นต้น

4) เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อรังไข่ในเพศหญิง และการผลิตอสุจิในเพศชาย ดังนั้น ก่อนการรักษา ควรมีการปรึกษาแพทย์เพื่อขอคำแนะนำในการเก็บไข่และเก็บน้ำอสุจิไว้ในธนาคาร

5) เมื่อเข้า (ในวันที่มาให้ยาเคมี) ควรรับประทานอาหารอ่อน ๆ ย่อยง่าย และควรเตรียมอาหารสำหรับมือถัดไปในกรณีที่ทำให้ยาเป็นเวลานาน ไม่ควรงดอาหารเพราะอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

6) ดูแลความสะอาดของช่องปากอย่างสม่ำเสมอ บ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ่อย ๆ ถ้ามีแผลในปาก ควรรีบบอกแพทย์

2. การพยาบาลในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัด เป็นสารเคมีที่ให้เข้าสู่ร่างกายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง ดังนั้นสารเคมีเหล่านี้จึงมีความเป็นอันตรายต่อเซลล์ปกติอื่นในร่างกาย การพยาบาลต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

การพยาบาลขณะได้รับยาเคมีบำบัด

สิ่งสำคัญขณะผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด คือเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Extravasation และการเกิดอาการแพ้ยาในกลุ่มยา Hypersensitivity เมื่อได้รับคำสั่งการรักษา ยาเคมีบำบัด โดยระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System: MMS) ในกระบวนการสั่งยาเพื่อป้องกันความ

คลาดเคลื่อนทางยา Medication error and Adverse Drug Event (สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2561) โดยใช้หลัก 6R

เมื่อจะเริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วย ต้องมีการตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย ทุกครั้งก่อนการบริหารยาแต่ละชนิด มีการบันทึกข้อมูลในการให้ยาเคมีบำบัด อาการต่าง ๆ สัญญาณชีพอย่างชัดเจน มีการตรวจสอบซ้ำในทุกกระบวนการ เทคนิคการพยาบาลขณะให้ยาเคมีบำบัด

2.1 เลือกตำแหน่งเส้นเลือดที่เหมาะสม ไม่คด งอ ไม่มีปฏิกิริยาในหลอดเลือด หลีกเลียงตำแหน่งปฏิกิริยากระดูก เนื่องจากมีเส้นประสาทหากมีการรั่วซึมของยาเคมีเส้นประสาทอาจถูกทำลายและอาจทำให้เกิดความพิการในภายหลัง

2.2 เลือกขนาดเข็มที่ใช้แทงขนาด No.24

2.3 ปิดตำแหน่งที่แทงเส้นเลือดด้วย transparent เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด และต้องระวังการดึงรั้งของสายด้วย

2.4 ดูแลให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา โดยให้ยาเคมีในกลุ่ม vesicant ก่อน

2.5 ระวังการเกิดภาวะรั่วออกนอกหลอดเลือดดำของยาเคมีบำบัด และ ให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ การป้องกัน/แก้ไขเมื่อเกิดภาวะรั่วออกนอกหลอดเลือดดำของยาเคมีบำบัด (ตามเอกสารแนบในภาคผนวก)

2.6 สังเกตอาการผิดปกติและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ในกลุ่มยาHypersensitivity ได้แก่ อาการหน้าแดง ผื่นขึ้น หายใจไม่สะดวก และสัญญาณชีพ

2.7 ผู้ป่วยไม่ควรขยับแขนหรือตำแหน่งที่ให้น้ำเกลือ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

2.8 เมื่อผู้ป่วยต้องการจะไปห้องน้ำ ให้ปิดยาเคมีไว้ก่อนเสมอและเปลี่ยนเป็นสารน้ำ เมื่อกลับมาที่เตียงให้ทำการทดสอบหลอดเลือดทุกครั้งว่าเข็มยังอยู่ในหลอดเลือดดี

2.9 หลังให้ยาเคมีแต่ละชนิด ควรล้างชุดให้สารน้ำด้วย back flow techniqueเพื่อไม่ให้มียาเคมีค้างอยู่ในชุดให้สารน้ำและเพื่อความสมบูรณ์ของหลอดเลือด

2.10 จัดเตรียมยาและอุปกรณ์เพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน

2.11 บริหารยาเคมีบำบัดโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ

2.12 ตรวจสอบเข็มและตำแหน่งที่แทงเส้นเลือดระหว่างให้ยาเคมีบำบัดเป็นระยะๆ ด้วยวิธี gravity check เพื่อทดสอบว่าเข็มยังคงอยู่ในหลอดเลือดดี ไม่ใช้การบีบสายชุดให้สารน้ำ เพราะจะเป็นการเพิ่มแรงดันในหลอดเลือด อาจทำให้เส้นเลือดแตกรั่วได้

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยขณะให้ยาเคมีบำบัด

1) ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการปวดบริเวณตำแหน่งที่แทงเข็ม เช่นมีอาการปวด บวม แดง หน้าอก หายใจไม่สะดวก ให้รีบบอกพยาบาลทันที

2) ไม่เคลื่อนไหว ขยับ ข้างที่แขนงน้ำเกลือบ่อยๆ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

3. การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งได้เป็น 2 ระยะ

3.1 ระยะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในกระบวนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นการดูแลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด การบรรเทาอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การป้องกันการติดเชื้อ และการดูแลตนเองให้แข็งแรง พร้อมกับการได้รับยาเคมีครั้งต่อไป

3.2 ระยะที่ผู้ป่วยหายขาด ผลการตอบสนองการรักษา CR หมายถึง complete response ผู้ป่วยหายขาดจากโรคเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ ระยะนี้ผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดูแลสุขภาพตนเองพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดโทษกับร่างกาย และต้องมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยหลังให้ยาเคมีบำบัด

1) ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง มีความพร้อมในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารที่สุก ร้อน สะอาด ไม่รับประทานของหมักของดอง อาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อเสริมสร้างเซลล์ในร่างกาย เช่น เนื้อปลา นม ไข่ไก่ต้มสุก หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

1.2 การออกกำลังกาย สามารถออกกำลังกายได้ตามความเหมาะสมกับร่างกาย

1.3 การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

1.4 การทำจิตใจให้สงบ การผ่อนคลายความเครียด

2) การดูแลจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากผลของยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับรสและกลิ่นเปลี่ยน มีแผลในปาก ชาปลายมือปลายเท้า มือและเล็บ เป็นสีคล้ำ ผอมร่วง เป็นต้น อาการข้างเคียงต่าง ๆ เหล่านี้สามารถหายไปได้เมื่อหยุดการรักษา แต่หากมีอาการมากจนทำให้การทำงานวัตรประจำวันลดลง ควรมาพบแพทย์เพื่อปรึกษาและปรับการรักษา

3) การป้องกันภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ ท้องเสียอย่างรุนแรงอ่อนเพลียมาก เนื่องจาก ระยะ 7 – 14 วัน หลังได้รับยาเคมีจะอยู่ในช่วงที่เม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนแออัดควรใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกไปในที่ชุมชน ไม่คลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง ระวังการเกิดบาดแผลต่าง ๆ ไม่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ

4) สังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ มีไข้สูง ท้องเสียรุนแรง ปัสสาวะมีเลือดปน ชีพจรและ/หรือซีก สูญเสียการทรงตัว อาการปวด บวม แดง บริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น

5) การวางแผนคุมกำเนิด เนื่องจากยาเคมีบำบัดจะมีอันตรายต่อเด็กในครรภ์ ดังนั้น ในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดต้องมีการคุมกำเนิด ไม่ควรให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น การมีเพศสัมพันธ์ต้องสวมถุงยางทุกครั้ง

6) การวางแผนการจำหน่าย โดยใช้หลัก D-METHOD และนัดหมายครั้งต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ปรากฏขึ้นครั้งแรกในเอกสาร ประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขภาพศึกษาในปีค.ศ.1974 (Mancusco,2009) และเริ่ม แพร่หลายมากขึ้น กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก(WHO)ในปีค.ศ.1998 และมีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิก ร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบ รู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพ และดำรงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบขึ้นด้วยคำ 2 คำ คือ Literacy และคำว่า Health Literacy หมายถึง การรู้หนังสือ ซึ่งได้แก่ความสามารถในการ อ่าน ฟัง พูด เขียนของบุคคล Health หมายถึง สุขภาพหรือสุขหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลภาวะ(พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550) ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดและหลักการสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ ส่งเสริม พัฒนาทักษะ และความสามารถของบุคคล เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการส่งผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์อย่างยั่งยืน(ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561)

ในประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายและใช้คำเรียก Health Literacy หลากหลาย โดยมี หลายหน่วยงาน ได้บัญญัติคำเรียกของHealth Literacy ดังนี้

1. ความแตกฉานด้านสุขภาพกำหนดขึ้นโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2541 ซึ่ง แปลจากนิยามขององค์การอนามัยโลก ปีค.ศ. 1998
2. การรู้เท่าทันด้านสุขภาพกำหนดขึ้นโดยแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะของเยาวชน สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในปีพ.ศ. 2550 ซึ่งมีการพัฒนาและดำเนินงานเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ
3. ความฉลาดทางสุขภาพ กำหนดขึ้นโดยโครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง Health Literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2553

4. ความฉลาดทางสุขภาพจะกำหนดขึ้นโดยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาในโครงการสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มนักเรียนของมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในปี พ.ศ.2553

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2560

นอกจากนี้ยังมีความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

WHO ให้คำนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่า Health Literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individual to gain access to, understand and use information in way which promote and maintain good health (WHO,1998) ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า ทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีต่างๆเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น(WHO,1998 อ้างใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร,2554)

คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน (1999) (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร,2554) ให้คำจำกัดความว่า ทักษะทั้งหมดซึ่งรวมทั้งความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลขเพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพ

สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ The Center for Health Care Strategies Inc.(2000) นิยามว่า ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ

Nutbeam (2000) นิยามว่า “ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ

Ishikawa, Takeuchi & Yano (2008) นิยามว่า ความสามารถ เฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2561)นิยามว่า คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

สรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้ผ่านทางการสื่อสารในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การพูด การอ่าน การฟัง การเขียน การคิด

วิเคราะห์ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกและจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อรักษา, ป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลให้แก่บุคคลอื่นรวมถึงสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นคล้อยตาม และเลือกที่จะปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมเพื่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Nutbeam (2000) ได้จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (function health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่นการอ่านใบยินยอม ฉลากยา การทำความเข้าใจกับการให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งข้อความเขียนและคำพูดการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์/สื่อสาร (Communicative/interactive health literacy) ได้แก่ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ เป็นความสามารถในการสื่อสาร รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารแยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ให้ผู้อื่นเข้าใจ

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาที่สูงขึ้นเป็นความสามารถในการคิด วิเคราะห์อย่างมีสติของบุคคลในการเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพและจัดการสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง สามารถควบคุมจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณนี้จะเน้นที่การกระทำของปัจเจกบุคคลนอกจากนี้รวมทั้งการประสานความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าสู่ชุมชนและสังคม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

จากแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้มีการพัฒนาตามแนวคิดของ Nutbeam model จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน (Nutbeam, 2008) ได้แก่

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access)
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive)
3. ด้านการสื่อสารข้อมูล (communication skill)
4. ด้านการจัดการตนเอง (self - management skill)
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ(media literacy)

6. ทักษะด้านการตัดสินใจ (decision skill)

โดยแนวคิดพัฒนามาจากการดูแลสุขภาพทางคลินิก และพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในกรณีที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ (เบญจวรรณ สอนอาจ, 2562) ซึ่งแนวคิดนี้มีพื้นฐานจากการรู้หนังสือ (Literacy)

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้จำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น6องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความสามารถและทักษะการเรียนรู้ของบุคคลในการจดจำ และทำความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ เพื่อให้ตนเองเกิดการเรียนรู้สาระสำคัญของข้อมูล สำหรับการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี

2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ทักษะและความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

3. การสื่อสารข้อมูลเพื่อพัฒนาสุขภาพ (communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพ และสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพโดยการพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจรวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพนั้นๆ

4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (selfmanagement skill) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกำหนดเป้าหมายวางแผน และปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ รวมถึงมีการทบทวน ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (medialiteracy) หมายถึง ความสามารถในการมีวิจารณญาณในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ตลอดจนสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

6. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีรวมทั้งการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี - ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติอีกทั้งยังหมายถึงความสามารถในการแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลหักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

จากองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) สรุปได้ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 การจำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ

องค์ประกอบของ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)
1.ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive)	การรู้และการจำ ประเด็นเนื้อหาสำคัญ ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดี	มีความรู้ ความเข้าใจ ระดับพื้นฐานและ สามารถอธิบาย ถึงความเข้าใจในการ จะนำไปปฏิบัติตัวได้ อย่างถูกต้อง	มีความรู้ ความเข้าใจใน ระดับปฏิสัมพันธ์ สามารถวิเคราะห์หรือ เปรียบเทียบอย่างมีเหตุผล เกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง
2.การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพ (Access)	สามารถเลือก แหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีในการค้นหา และการใช้อุปกรณ์ สืบค้น เช่นคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ตระบบ ห้องสมุด	มีการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพระดับพื้นฐาน และมีความสามารถ ในการค้นหาข้อมูล สุขภาพที่ถูกต้อง และทันสมัย เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	มีการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ สุขภาพระดับ ปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถ ในการตรวจสอบข้อมูล จากหลายแหล่งข้อมูล จนมีความน่าเชื่อถือ สำหรับการนำมาใช้
3.ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill)	มีความสามารถ ในการสื่อสาร โดยการ พูด อ่าน และเขียนข้อมูล เกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีทักษะการสื่อสาร ระดับพื้นฐาน และสามารถสื่อสาร ให้บุคคลอื่นเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวอย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี	มีทักษะการสื่อสาร ระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถโน้มน้าว ให้บุคคลอื่นยอมรับ ในการปฏิบัติตัว เพื่อการมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง

ตารางที่ 2.4การจำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ (ต่อ)

องค์ประกอบของ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy)	ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy)	ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)
4.การจัดการตนเอง (Self- management)	มีความสามารถ ในการกำหนด เป้าหมาย และวางแผน ปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพ ที่ดี และมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเอง ระดับพื้นฐาน และสามารถทำตามแผน ที่กำหนดไว้ โดยมี เป้าหมายเพื่อให้มี พฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง	มีการจัดการตนเอง ระดับปฏิสัมพันธ์ และมีความสามารถ ในการทบทวนวิธีการ ปฏิบัติตัวตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยน วิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง
5.การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy)	มีความสามารถ ในการตรวจสอบ ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลที่สื่อ นำเสนอ เพื่อนำมาใช้ใน การดูแลสุขภาพตนเอง	มีการรู้เท่าทันสื่อ ระดับพื้นฐาน สามารถเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยง ความเสี่ยงหรืออันตราย ที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพ ของตนเองและผู้อื่น	มีการรู้เท่าทันสื่อระดับ ปฏิสัมพันธ์ และมี ความสามารถในการ ประเมินข้อความที่สื่อ นำเสนอ เพื่อชี้แนะ แนวทางให้กับชุมชน หรือสังคม
6.ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill)	มีความสามารถ ในการเลือก หรือ ปฏิเสธวิธีการปฏิบัติ ตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี	มีความสามารถ ในการใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดี - ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธหรือ เลือกวิธีการปฏิบัติตัวที่ เหมาะสม เพื่อให้มี สุขภาพดี	มีทักษะการตัดสินใจ ระดับปฏิสัมพันธ์ และ สามารถแสดงทางเลือก ที่เกิดผลกระทบน้อยต่อ ตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่มี ความเข้าใจผิดได้อย่าง เหมาะสม

การวัดความรู้ด้านสุขภาพ

จากแนวคิดดังกล่าว มีผู้พัฒนาแบบประเมินเพื่อใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลและกลุ่มผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ดังนี้

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ

1. The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: REALM) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์การรักษา หลากหลายต่าง ๆ สื่อการสอนด้านสุขศึกษา โดยคัดเลือกคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพตนเอง จำนวน 66 ข้อ โดยวัดที่การเข้าใจในการอ่าน การคำนวณตัวเลข การเขียน (Murphy, Davis, Long, Jackson & Decker, 1993)

2. Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA เป็นการประเมินทักษะด้านการอ่าน ความสามารถความเข้าใจในข้อมูลข่าวสาร และทักษะการคำนวณ แบบวัดนี้ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพในเด็ก เยาวชน รวมถึงผู้ใหญ่ มีทั้งหมด 67 ข้อ เป็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจตัวเลข 17 ข้อ วัดความเข้าใจการอ่านที่ใช้ในการวัดความสามารถเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 50 ข้อ (Parker et al., 1995)

3. Test of Functional Health Literacy in Adults shortened (STOFHLA) เป็นการพัฒนาเพื่อใช้ในการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยปรับจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ TOFHLA ให้มีจำนวนข้อคำถามลดลง และวัดความสามารถในการอ่านเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการแพทย์หรือสื่อทางสุขภาพและการแพทย์ (Baker, et al. 1999) S-TOFHLA มี 2 องค์ประกอบ คือ ความเข้าใจในการอ่าน 36 ข้อ และ การคำนวณ จำนวน 4 ข้อ โดยมี ช่วงคะแนน 0-100 คะแนน และมีการจำแนกระดับความรู้โดยจัดช่วงคะแนนเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีทักษะไม่เพียงพอ มีคะแนนระหว่าง 0 - 53 คะแนน กลุ่มที่มีทักษะค่อนข้างต่ำมีคะแนนระหว่าง 54 - 66 คะแนน และกลุ่มที่มีทักษะเพียงพอ มีคะแนนระหว่าง 67 - 100 คะแนน

4. The National Assessment of Adult Literacy: NAAL (2003) เป็น การ ประเมินความสามารถในการอ่านหลากหลาย อาหาร และการกรอกข้อมูลแบบฟอร์มทางการแพทย์ คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอมการรักษา และความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบในชีวิตประจำวัน เช่น บทความ การอ่านหนังสือพิมพ์ เป็นต้น

5. The eHealth Literacy Scale (eHEALS) แบบ วัด ความ ร ู ้ ด้าน สุข ภาพ ทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยเป็นแบบวัดประเมินตนเอง (self-report) โดยมีการออกแบบเพื่อประเมินทักษะการรับรู้ของบุคคลในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อดูแลสุขภาพ โดยวัดจาก 6 ด้าน คือ

วัฒนธรรมข้อมูลข่าวสารสุขภาพคอมพิวเตอร์สื่อและความรอบรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์ (Norman & Skinner, 2006)

6. Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Nutbeam โดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ในขอบเขตที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการอ่านคำแนะนำหรือแผ่นพับจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ขั้นวิจารณ์ญาณ เป็นคำถามเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008)

7. Health Literacy Questionnaire (HLQ) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins & Buchbinder, (2013) เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกวัย โดยพัฒนาขึ้นจากข้อมูลฐานรากที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งประชาชน ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบายซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรง ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ 44 ข้อคำถาม

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยในกลุ่มผู้ป่วยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เครื่องมือได้ถูกพัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam โดยวัดจาก 4 ด้าน คือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ 4) การรู้เท่าทันสื่อ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

2. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับคนไทยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (The ABCDE - health literacy scale for Thai adult) เป็นแบบวัดของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2557) ได้ทำขึ้นจากการสังเคราะห์เครื่องมือต่าง ๆ ในต่างประเทศ นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักการส่งเสริมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการทางอารมณ์ จิตสำนึก และจิตสำนึก โดยมีย่อคำถาม 36 ข้อ วัด 6 องค์ประกอบ

3. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15 - 59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เก็บข้อมูลในเรื่องความสามารถ ทักษะและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในด้านการบริโภค

อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการทางอารมณ์ งศสุรา และงศสุบุนหรี โดยมีข้อคำถาม 30 ข้อวัด 6 องค์ประกอบ โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ดังตารางในภาคผนวก ข)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บังอรศรี จินดาวงศ์, เสาวนันทน์ บำเรอราช, วริศรา ลูวิระ และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2557) ศึกษาเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ใช้แบบทดสอบการอ่าน (REALM) ซึ่งได้แปลและประยุกต์จากแบบทดสอบต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน 28 หอผู้ป่วย จำนวน 367 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนจากการทดสอบการอ่าน 61 - 66 คะแนน ค่าเฉลี่ย 63.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.92 ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ จำนวน 320 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 รองลงมาคือมีความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ จำนวน 38 และ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 และ 2.5 ตามลำดับและด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพ พบว่า อายุ และการศึกษามีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2558) ศึกษาเรื่องความฉลาดด้านสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดด้านสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนและบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดราชบุรี จำนวน 415 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความฉลาดด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และแบบสัมภาษณ์การพัฒนาคความฉลาดด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีที่อยู่อาศัย เพศ ช่วงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความฉลาดทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยบุคคลที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า

ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2559) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานี และอ่างทอง พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมากที่สุด จำนวน 714 คน คิดเป็น ร้อยละ 62.7 รองลงมามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลางจำนวน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 และมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) แรงจูงใจภายในตัวบุคคล 2) การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน และ 3) ครอบครัวญาติและเพื่อนในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี (2559) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรค ขึ้นไป จำนวน 129 คน โดยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพและแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญและพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธัญญาเรศ สถาพร (2560) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 102 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดกินส์ 90 คน และฮอดกินส์ 12 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 และระดับต่ำ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความเกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตระดับสูง ได้แก่ การไม่อยู่ในช่วงระยะเวลาทำการรักษาด้วยยาเคมี และการไม่เกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมี รวมถึงการมีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวานและระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มากกว่า 12 เดือน มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา (2560) ได้ศึกษา เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 498 คน โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. มาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพตามตัวแปรต่าง ๆ พบว่า เพศ และอายุไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษาพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิระภา จำพิสุทธิ์ (2560) ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตชั้นปีที่ 2 จากคณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 326 คน ผลการวิจัย พบว่า นิสิตมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนทนากลุ่มได้แนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยทางองค์กรควรมีการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการจัดกิจกรรม หรือการสื่อสารต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นิสิต และสำหรับนิสิต ควรสนใจแสวงหาความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ

อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว อธิวัฒน์ เจียวิวรรธน์กุล และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียน ผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้าเรียนในโรงเรียน ผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 226 คน ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นคุณภาพชีวิตกลางๆ ความสุขของผู้สูงอายุเท่ากับคนทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

นพมาศ โกศล, ประนอมอุบลกาญจน์, เชาวลิต ลีมวิจิตรวงศ์ และนิตยา ศิริแก้ว (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ย 47.0 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ย 21.91 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

Nutbeam (2008) ศึกษาเรื่องแนวความคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรู้หนังสือ กับการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลทั้งทางด้านสังคมและจิตวิเคราะห์ โดยความสามารถในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้สื่อด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและดูแลจัดการกับสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพที่ดีรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผลการศึกษา พบว่า การรู้หนังสือต่ำ มีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพและการปฏิบัติตามกฎระเบียบ และส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Baker, Gazmararian, Sudano & Patterson (2000). ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 2,774 คน โดยใช้แบบทดสอบ S-TOFHLA ซึ่งเป็นการวัดทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน (Functional health literacy) และแบบทดสอบทางจิตแบบย่อ (Mini Mental State Examination: MMSE) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างอายุกับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพต่ำ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ต่อความแตกฉานทางสุขภาพต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสวนทางกับอายุที่เพิ่มขึ้น ในอายุที่เพิ่มขึ้น ทุก ๆ 1 ปี จะมีคะแนน S – TOFHLA ลดลง 0.9 คะแนน และค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง 1.3 คะแนน

Halverson & Martinez (2013) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง โดยทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยในช่วงวันที่ 1 เดือนเมษายน 2004 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2004 และลงทะเบียนไว้ที่ศูนย์มะเร็งวิสคอนซิน จำนวน 1,841 คน เพื่อหาความเกี่ยวข้องของปัจจัยทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชนเมือง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ ประกันสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในเมืองจะมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในเขตชนบท และมีรายได้ที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในเขตชนบท และผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในเขตเมืองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าของผู้ป่วยที่อยู่ในเขตชนบท เกิดจากผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในชนบทมีระดับความรู้ที่น้อยกว่า ทำให้จะมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจ เรียนรู้ และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การค้นหาข้อมูลต่าง ๆ เป็นไปได้ยากกว่า

Baker, Wolf, Feinglass, Thomson, Gazmararian & Huang J, (2007) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ทางสถิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 2,923 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองต่าง ๆ เช่น โอไฮโอ คลิฟแลนด์ สุธตันและไมอามี โดยใช้แบบทดสอบ TOFHLA และแบบสำรวจกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแต่ละคนที่ไม่ดีพอส่งผลต่อภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Oldach & Katz (2014) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการคัดกรองมะเร็ง โดยบทความทั้งหมดใช้แบบสอบถามชนิดเดียวกัน คือ S – TOFHLA และใช้การคัดกรองมะเร็งด้วยตนเอง ผลการทบทวนพบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการคัดกรองมะเร็ง โดยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีการคัดกรองมะเร็งต่ำด้วยเช่นกัน

Sentell, Tetine, Tsoh, Janice, Davis, Davis & Braun (2015) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกับการคัดกรองมะเร็งในบุคคลที่มีเชื้อชาติจีน-อเมริกันในแคลิฟอร์เนีย พบว่า บุคคลที่มีเชื้อชาติจีน-อเมริกันในแคลิฟอร์เนีย จะมีระดับความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษต่ำ ทำให้ไม่สามารถทำความเข้าใจในคำแนะนำ การเชิญชวน หรือรณรงค์

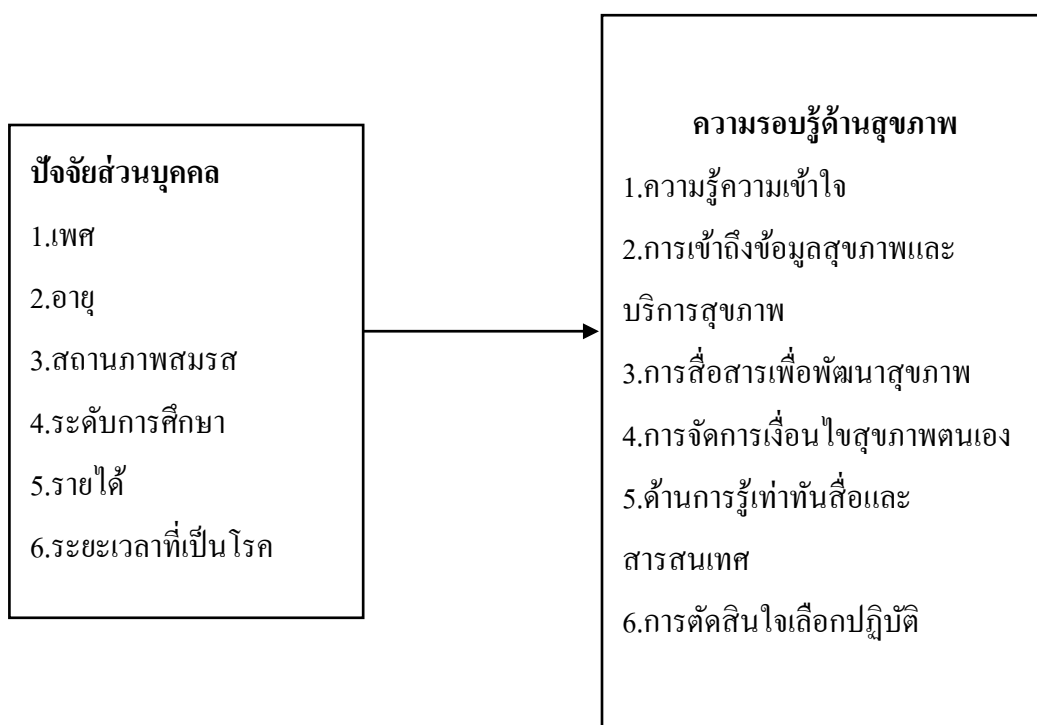
เพื่อคัดกรองมะเร็ง ส่งผลให้การคัดกรองมะเร็งอยู่ในระดับต่ำและยังมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำด้วย

Xia , Wu , Deng , Yan , Yang , Lv ,....Yu (2019) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศจีน จำนวน 4,713 ราย ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ไม่สามารถดูแลจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าด้วย นั้นหมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาทำการรักษาหรือติดตามการรักษา ที่หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาทำการรักษาหรือติดตามการรักษา ที่หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร (population) ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมาับการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัด ที่หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ในปี พ.ศ.2562 จำนวน 269 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มาับการรักษา ที่หน่วยโลหิตวิทยา มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้การประมาณค่าขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วน (Estimating an infinite population proportion) (Wayne,1995) ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

โดย n หมายถึง ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ หมายถึง ค่าสถิติมาตรฐานได้ไ้คงปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = 1.96$

d หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนสมบูรณ์

โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 10 ($d = 0.10$)

p หมายถึง ค่าสัดส่วนประชากร หรือค่าความชุก

(ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับสูง)

เนื่องจากไม่ทราบค่าสัดส่วนประชากร (ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง) เพราะยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ศึกษานี้มาก่อนหน้า ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าสัดส่วนประชากรที่ 50 ($p = 0.50$) เนื่องจากจะให้ขนาดตัวอย่างที่มากที่สุดโดยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างนี้

สามารถแทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.50 (1 - 0.50)}{0.10^2}$$

$$n = 97$$

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างมีจำนวนไม่น้อยกว่า 97 คน จากนั้นรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจำนวน 3 คน ดังนั้นจึงกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 100 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการใช้บัญชีรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งต่อม้าน้ำเหลืองปี 2562 ของหน่วยงาน เรียงตาม HN จากน้อยไปหามาก เขียนลำดับที่ของผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 269 อัน ตามจำนวนผู้ป่วยในหน่วยงานแล้วทำการจับสลากมาตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างจากนั้นเอามาเทียบกับลำดับที่มีจึงได้เป็นรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ และตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้าของโครงการให้ได้ตามจำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Include criteria)

- เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง ชนิดซอดกินส์และนอน - ซอดกินส์ ทั้งเพศหญิงและชายที่มารับการรักษาในหน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี ที่มีสัญชาติไทย อายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยได้ตอบได้ดี
- ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยใช้เกณฑ์ ECOG score = 0 - 2
- สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้

ผู้วิจัยจะใช้วิธีสัมภาษณ์จากแบบประเมิน

เกณฑ์การคัดออก (Exclude criteria)

- ผู้ป่วยมีสภาพทางจิตใจไม่ปกติ
- ผู้ป่วยตั้งครรถ์

เกณฑ์การหยุดการวิจัย

- ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะดำเนินการวิจัยต่อไป
- เกิดภาวะอันตรายต่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ นำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย และนำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) มาปรับปรุงเนื้อหาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง โดยขอบเขตเนื้อหาของแบบสอบถาม และข้อคำถามในแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน (6 ข้อ) ประกอบด้วย

- เพศ
- อายุ
- สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา
- รายได้ต่อเดือน
- ระยะเวลาที่เป็นโรค

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การสื่อสาร เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องแบ่งระดับคะแนนรวมในแต่ละด้าน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและแปลผลจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.

ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) (ดังในภาคผนวก ข) มีจำนวนทั้งหมด 41 ข้อ มีคะแนนรวม 92 คะแนน

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรฐานส่วนประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ ระดับคะแนน เห็นด้วย = 2 คะแนน ไม่แน่ใจ = 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 0 คะแนน

โดยด้านความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มี 14 ข้อ

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	มีคำถาม 7 ข้อ
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	มีคำถาม 5 ข้อ
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	มีคำถาม 5 ข้อ
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	มีคำถาม 5 ข้อ
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นคำถามแบบหลายตัวเลือก	มีจำนวน 5 ข้อ

โดยแบ่งช่วงการแปลผลคะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนจำแนกความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดย

ตารางที่ 3.1 เกณฑ์การให้คะแนนจำแนกความรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบการวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ
1.ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค(คะแนนเต็ม 28 คะแนน)	< 60% ของคะแนนเต็ม (< 16.8คะแนน)	ไม่ถูกต้อง
	≥60% - <70% ของคะแนนเต็ม (16.8-19.69 คะแนน)	ถูกต้องบ้าง
	≥ 70% - <80% ของคะแนนเต็ม (19.7-22.49 คะแนน)	ถูกต้อง
	≥80% ของคะแนนเต็ม (22.5-28 คะแนน)	ถูกต้องที่สุด

ตารางที่ 3.1 เกณฑ์การให้คะแนนจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

องค์ประกอบการวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)	< 60% ของคะแนนเต็ม (<8.39 คะแนน)	ไม่ดี
	≥60% - <70% ของคะแนนเต็ม (8.4 -9.89 คะแนน)	พอใช้
	≥ 70% - <80% ของคะแนนเต็ม (9.9 – 11.29 คะแนน)	ดี
	≥80% ของคะแนนเต็ม (11.3 – 14.0 คะแนน)	ดีมาก
3.การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ทางสุขภาพ(คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	< 60% ของคะแนนเต็ม (<6.00คะแนน)	ไม่ดี
	≥60% - <70% ของคะแนนเต็ม (6.00 - 6.99 คะแนน)	พอใช้
	≥70% - <80% ของคะแนนเต็ม (7.00 – 7.99 คะแนน)	ดี
	≥80% ของคะแนนเต็ม (8.00 – 10.00 คะแนน)	ดีมาก
4.การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	< 60% ของคะแนนเต็ม (<6.00คะแนน)	ไม่ดี
	≥60% - <70% ของคะแนนเต็ม (6.00 - 6.99 คะแนน)	พอใช้
	≥ 70% - <80% ของคะแนนเต็ม (7.00 – 7.99 คะแนน)	ดี
	≥80% ของคะแนนเต็ม (8.00 – 10.00 คะแนน)	ดีมาก

ตารางที่ 3.1 เกณฑ์การให้คะแนนจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ต่อ)

องค์ประกอบการวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	< 60% ของคะแนนเต็ม (<6.00 คะแนน)	ไม่ดี
	≥60% - <70% ของคะแนนเต็ม (6.00 - 6.99 คะแนน)	พอใช้
	≥ 70% - <80% ของคะแนนเต็ม (7.00 – 7.99 คะแนน)	ดี
	≥80% ของคะแนนเต็ม (8.00 – 10.00 คะแนน)	ดีมาก
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	< 60% ของคะแนนเต็ม (<12 คะแนน)	ไม่ดี
	≥60% - <70% ของคะแนนเต็ม (12.00 - 13.99 คะแนน)	พอใช้
	≥ 70% - <80% ของคะแนนเต็ม (14.00 – 15.99 คะแนน)	ดี
	≥80% ของคะแนนเต็ม (16.00 – 20.00 คะแนน)	ดีมาก
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม (คะแนนเต็ม 92 คะแนน)	< 60% ของคะแนนเต็ม (<55.09คะแนน)	ไม่ดี
	≥60% - <70% ของคะแนนเต็ม (55.10 -64.49 คะแนน)	พอใช้
	≥ 70% - <80% ของคะแนนเต็ม (64.5–73.49 คะแนน)	ดี
	≥80% ของคะแนนเต็ม (73.5 – 92.00 คะแนน)	ดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขั้นตอนการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

1. นำแบบสอบถามที่ได้ นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา และความสมเหตุสมผล (content validity) ความชัดเจนของข้อความ ความเหมาะสม และความสอดคล้องของเครื่องมือการวิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.838

2. นำแบบประเมินที่ตรวจสอบและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลอง (try out) กับกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทำการตรวจสอบคุณภาพความเที่ยง (Reliability) ก่อนนำมาใช้ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' salpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.7

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. นำเสนอโครงการดำเนินการวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

2. ได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยในคน เลขที่โครงการ 333/63 ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผ่านหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100คน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม2563 - 31 มกราคม2564

3. เก็บรวบรวมข้อมูลครบ ผู้วิจัยนำข้อมูลแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์และแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ตรวจให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (Statistic package for the social sciences; SPSS) for window version 22.2≥ โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เป็นโรค ด้วยการแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง การวิเคราะห์ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Division, SD)

3. ข้อมูลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว โดยมีปัจจัยวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส รายได้ระยะเวลาที่เป็นโรคและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่ายและถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองของหน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับการรักษาที่หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 53 และส่วนมากมีช่วงอายุ 41 - 60 ปี ร้อยละ 38.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 26.0 ส่วนมากมีรายได้ 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 31.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานะภาพสมรสร้อยละ 46.0 และมีระยะเวลาที่เป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 46.0 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง(N = 100)

คุณลักษณะ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	47	47.0
	หญิง	53	53.0
อายุ	น้อยกว่า 20 ปี	1	1.0
	21 - 40 ปี	28	28.0
	41 - 60 ปี	38	38.0
	61 ปีขึ้นไป	35	35.0

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	6.0
ประถมศึกษา	26	26.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	12.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	17.0
อนุปริญญา	9	7.0
ปริญญาตรี	25	25.0
อื่นๆ	5	5.0
รายได้ต่อเดือน		
5,000 – 10,000 บาท	14	14.0
10,001 – 20,000 บาทต่อเดือน	31	31.0
20,001 – 30,000 บาทต่อเดือน	15	15.0
30,001 – 40,000 บาทต่อเดือน	6	6.0
มากกว่า 40,000 บาทต่อเดือน	8	8.0
ไม่มีรายได้	24	24.0
สถานภาพสมรส		
โสด	32	32.0
คู่	46	46.0
หม้าย/หย่า/แยกกัน	22	22.0
ระยะเวลาที่เป็นโรค		
น้อยกว่า 1 ปี	46	46.0
1 - 3 ปี	30	30.0
4 - 7 ปี	12	12.0
มากกว่า 7 ปี	12	13.0

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ตารางที่ 4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับความรู้ ด้านสุขภาพ
คะแนนความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค (ค่าต่ำสุด = 1, ค่าสูงสุด = 28)	10.12	2.27	ไม่ถูกต้อง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ค่าต่ำสุด = 1, ค่าสูงสุด = 14)	10.55	2.57	ดี
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ (ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 10)	7.60	2.59	ดี
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (ค่าต่ำสุด = 3, ค่าสูงสุด = 10)	8.56	1.64	ดีมาก
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (ค่าต่ำสุด = 3, ค่าสูงสุด = 10)	9.22	1.38	ดีมาก
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ค่าต่ำสุด = 12, ค่าสูงสุด = 20)	16.01	1.81	ดี
ความรอบรู้สุขภาพโดยรวม (ค่าต่ำสุด=34, ค่าสูงสุด =76)	62.06	7.93	พอใช้

จากตารางที่ 4.2 พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 62.06, SD = 7.93) ในองค์ประกอบด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 8.56, SD = 1.64) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 9.22, SD = 1.38) ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 10.55, SD = 2.57) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 7.60, SD = 2.59) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X}$ = 16.01, SD = 1.81) ตามลำดับ ส่วนในองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ($\bar{X}$ = 10.12, SD = 2.27)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย

ปัจจัย	B	SE(B)	β	p - value
เพศ				
ชาย	-0.234	1.598	-0.015	0.884
หญิง			กลุ่มอ้างอิง	
อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	7.093	1.910	0.399	<0.001*
41-60 ปี	4.817	1.747	0.296	0.007*
61 ปีขึ้นไป			กลุ่มอ้างอิง	
สถานภาพสมรส				
โสด			กลุ่มอ้างอิง	
คู่	1.050	1.792	0.066	0.559
หม้าย/หย่า/แยกกัน	-3.770	2.156	-0.198	0.084
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ			กลุ่มอ้างอิง	
ประถมศึกษา	7.974	3.160	0.443	0.013
มัธยมศึกษาตอนต้น	13.417	3.489	0.552	<0.001*
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12.490	3.313	0.594	<0.001*
อนุปริญญา	14.889	3.678	0.540	<0.001*
ปริญญาตรี	15.147	3.172	0.831	<0.001*
อื่น ๆ	15.867	4.225	0.438	<0.001*
รายได้ต่อเดือน				
ไม่มีรายได้			กลุ่มอ้างอิง	
5,000 - 10,000 บาท	-0.940	2.460	-0.041	0.703
10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน	6.788	1.989	0.398	0.001*
20,001 - 30,000 บาทต่อเดือน	5.383	2.408	0.244	0.028*
30,001 - 40,000 บาทต่อเดือน	8.583	3.339	0.258	0.012*
มากกว่า 40,000 บาทต่อเดือน	6.817	2.754	0.259	0.015*

ตารางที่ 4.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (ต่อ)

ปัจจัย	B	SE(B)	β	p-value
ระยะเวลาที่เป็นโรค				
น้อยกว่า 1 ปี			กลุ่มอ้างอิง	
1-3 ปี	1.097	1.859	0.064	0.557
4-7 ปี	-3.286	2.568	-0.135	0.204
มากกว่า 7 ปี	-2.036	2.568	-0.084	0.430

B = Regression coefficient, SE(B) = Standard error of B, β = Standardized regression coefficient

จากตารางที่ 4.3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) โดยมีปัจจัยวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรค

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี และช่วงอายุ 41 - 60 ปี มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีช่วง 61 ปีขึ้นไป ($B = 7.093$ $p\text{-value} = < 0.001$) และ ($B = 4.817$ $p\text{-value} = 0.007$) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นมัธยมศึกษาตอนปลายอนุปริญญาปริญญาตรี และอื่น ๆ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ($B = 7.974$ $p\text{-value} = 0.013$) ($B = 13.417$ $p\text{-value} < 0.001$) ($B = 12.49$ $p\text{-value} < 0.001$) ($B = 14.889$ $p\text{-value} < 0.001$) ($B = 15.147$ $p\text{-value} < 0.001$) และ ($B = 15.867$ $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน 20,001 - 30,000 บาทต่อเดือน 30,001 - 40,000 บาทต่อเดือน และมากกว่า 40,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ ($B = 6.788$ $p\text{-value} = 0.001$) ($B = 5.383$ $p\text{-value} = 0.028$) ($B = 8.583$ $p\text{-value} = 0.012$) และ ($B = 6.817$ $p\text{-value} = 0.015$) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ปัจจัย	B	SE(B)	β	p-value
อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	3.439	1.938	0.193	0.080
41 - 60 ปี	1.229	1.768	0.076	0.489
61 ปีขึ้นไป	กลุ่มอ้างอิง			
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	กลุ่มอ้างอิง			
ประถมศึกษา	9.145	3.014	0.508	0.003*
มัธยมศึกษาตอนต้น	12.468	3.364	0.513	<0.001*
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13.285	3.266	0.632	<0.001*
อนุปริญญา	13.043	3.604	0.473	<0.001*
ปริญญาตรี	13.252	3.233	0.727	<0.001*
อื่น ๆ	15.215	4.183	0.420	<0.001*
รายได้ต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	กลุ่มอ้างอิง			
5000-10000 บาท	0.736	2.312	0.032	0.751
10001-20000 บาทต่อเดือน	6.045	1.962	0.354	0.003*
20001-30000 บาทต่อเดือน	4.147	2.290	0.188	0.074
30001-40000 บาทต่อเดือน	4.554	3.300	0.137	0.171
มากกว่า 40000 บาทต่อเดือน	3.817	2.888	0.145	0.190

B = Regression coefficient, SE(B) = Standard error of B, β = Standardized regression coefficient

จากตารางที่ 4.4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ด้วยการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) โดยพิจารณานาตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <0.05)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariable analysis) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนเข้ามาวิเคราะห์ในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยผลการทดสอบความเหมาะสมภาพรวมของโมเดลด้วยสถิติ F - test ตัวแบบ (Model) มีค่า $F_{0.05}(13, 86) = 4.46$ (p - value <0.001) หมายความว่าสมการวิเคราะห์ที่มีตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามตามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <0.05) และมีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) เท่ากับ 0.4029 หมายความว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปรในโมเดล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามตามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ได้ร้อยละ 40.29 และผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value <0.05) ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น, มัธยมศึกษาตอนปลาย, อนุปริญญา, ปริญญาตรีและอื่น ๆ มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ($B = 9.145$, p - value = 0.003) ($B = 12.468$, p - value <0.001) ($B = 13.285$, p - value <0.001) ($B = 13.043$, p - value <0.001) ($B = 13.252$, p - value <0.001) และ ($B = 15.215$, p - value <0.001) ตามลำดับและกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาทต่อเดือนมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ ($B = 6.045$, p - value = 0.003)

บทที่ 5

สรุปผลอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ณ หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ที่มารับการรักษาและติดตามการรักษาที่หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 100 คน ใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจด้วยการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมิน ที่ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) มาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในหน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นอย่างง่ายและถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยมีผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

สรุปผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53 ร้อยละ 38 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41 - 60 ปี ร้อยละ 26 มีระดับการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10001 - 20000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 46 มีระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 1 ปี

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบ 6 ด้านและในภาพรวมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ “พอใช้” เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ในด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับ ดีมาก ($\bar{X}$ = 8.56 , SD = 1.64 และ $\bar{X}$ = 9.22 , SD = 1.38) ตามลำดับ

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ, ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}$ = 10.55 , SD = 2.57, $\bar{X}$ = 7.60 , SD = 2.59 และ $\bar{X}$ = 16.01 , SD = 1.81) ตามลำดับ

ด้านความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง อยู่ในระดับ ไม่ถูกต้อง ($\bar{X}$ = 10.12 , SD = 2.27)

สรุปผล ได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองส่วน มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมและการจัดการอารมณ์ของตนเองได้เป็นอย่างดี สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี สามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลายทางจากการสื่อสารต่าง ๆ และจากสื่อสารสนเทศ และสามารถนำข้อมูลที่ได้มาคิด วิเคราะห์ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ได้แก่ อายุระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

เพศ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เป็นโรคเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การอภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมอยู่ในระดับ พอใช้ และปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง คือ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล ดังนี้

เนื่องจากงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุที่ 41- 60 ปี จากการศึกษาของ Baker, Gazmararian, Sudano, & Patterson(2000) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง โดยทุก ๆ 1ปีที่อายุเพิ่มขึ้น ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพซึ่งวัดจากทักษะพื้นฐาน ในการอ่านและเขียน (Functional health literacy) จะลดลงปีละ 1.3 คะแนนเนื่องจากผู้สูงอายุ มีความเสื่อมถอยของร่างกายในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะปัญหาด้านการฟัง การอ่าน ปัญหาทาง สายตา การได้ยิน รวมทั้งปัญหาในด้านความจำและความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ จะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของบังอรศรี จินดาวงศ์, เสาวนันทน์ บำเรอราช วัชรรา ลูวิระ และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2557) และอุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เกียรติวรรณกุล และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2560)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน อาจเกิดจากระดับการศึกษาต่ำและรายได้ไม่สูง ทำให้จำเป็นต้องใช้เวลา ส่วนใหญ่ในการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ ทำให้ขาดเวลา และโอกาสในการค้นคว้าและเรียนรู้ข้อมูล สุขภาพจึงอาจส่งผลต่อการรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ การเลือกใช้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Nutbeam, (2008) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้หนังสือต่ำ, การตัดสินใจด้านสุขภาพ กับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า การรู้หนังสือต่ำมี ความสัมพันธ์กับการตัดสินใจด้านสุขภาพ และส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ และ Bodur, Filiz & Kalkan, (2017) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลความรู้ด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ ณ ชุมชนใน ประเทศตุรกี พบว่า บุคคลมีระดับการศึกษาสูงขึ้น และมีรายได้เพิ่มขึ้น มักจะมีความรู้ด้าน สุขภาพที่สูงกว่าคนที่มีความรู้ระดับการศึกษาและมีรายได้ที่ต่ำกว่า

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยด้านเพศสถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เป็นโรค ไม่พบ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อความรู้ด้านสุขภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของ พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา (2560) ซึ่งทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล พบว่าความแตกต่างของเพศไม่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ ในปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความ รู้ด้านสุขภาพแตกต่างจากการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้วและนุสรา ประเสริฐศรี (2559) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส คู่ จะมีความรู้ด้าน สุขภาพที่สูงกว่า เนื่องจาก คู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิด พุดคุยมากกว่าผู้อื่น และ

สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วคำเกิง (2559) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว ญาติและเพื่อนในการส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง อภิปรายผลว่า การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มารับการรักษา ณ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร มีวิถีชีวิตเป็นสังคมเมือง วิถีชีวิตของบุคคลในสังคมเมืองจะมีความเป็นปัจเจกบุคคล ความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนบ้านมีน้อยมีความเร่งรีบ แข่งกับเวลา แตกต่างจากชุมชนหรือสังคมชนบทที่มีวิถีการดำเนินชีวิตเรียบง่าย ยึดโยงอยู่กับศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อซึ่งมีการให้ความสำคัญด้านจิตใจ ทำให้ผู้คนเมตตาให้ความสำคัญกับครอบครัว เอื้อเฟื้อต่อเพื่อนบ้านและคนในชุมชน (มงคล แซ่หลี่, 2549)

ปัจจัยด้านระยะเวลาที่เป็นโรค ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพ แต่เมื่อดูในระดับคะแนนเฉลี่ย ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคช่วงระยะ 1 - 3 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าในกลุ่มอื่น อภิปรายผลได้ว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคในช่วง 1-3ปีที่ยังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี อาจเกิดจากการเจ็บป่วยในการเป็นมะเร็ง จะมีประสบการณ์ด้านลบจากการมีภาวะแทรกซ้อนในการได้รับยาเคมีบำบัดสอดคล้องกับการศึกษาของอารยา เชียงของ ,พัชรี ดวงจันทร์ และอังสินันท์ อินทรกำแหง (2562) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ประสบการณ์ด้านลบที่รุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ทำให้เกิดการใส่ใจในสุขภาพ แต่เมื่อระยะเวลาที่เคยป่วยเป็นมะเร็งนานขึ้น และยังไม่มีการแสดงของโรคมะเร็ง การใส่ใจในการดูแลสุขภาพจึงอาจลดลงเนื่องจากความจำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างอื่น เช่น การทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ

3. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ควรนำผลการวิจัยมาจัดกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้

2. ควรนำผลการวิจัย มาพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้มีความเข้าใจในความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และความแตกต่างของผู้ป่วย และสามารถใช่วิธีเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย

3. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ณ หน่วยโลหิตวิทยา มหาวิทยาลัย นวมินทราชินราช มีค่าเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้มีระดับการศึกษาไม่สูงมาก ดังนั้นการจัดทำสื่อสารสนเทศ เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ ควรทำในหลากหลายรูปแบบ เช่น วิดีโอ แผ่นพับ คิวอาร์โค้ดและสื่อออนไลน์ต่างๆ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย และสื่อที่จัดทำไม่ควรใช้ภาษาที่เข้าใจยาก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแต่ละกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเช่นกลุ่มที่กำลังรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นต้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด

2. ควรทำการศึกษาโดยการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่มีกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจะได้นำผลการวิจัยมาปฏิบัติเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย

3. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสุขภาพ เช่น คุณภาพชีวิต ความสุข ความเชื่อ และปัจจัยทางสังคม เช่น ภูมิฐานะครอบครัว กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในองค์ประกอบแต่ละด้าน เพื่อความเข้าใจในความแตกต่างและนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

บรรณานุกรม

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัย
 พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.(2557) *คู่มือประเมินความฉลาดทาง
 สุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส.(ABCDE-Health
 Literacy Scale for Thai Adult)*.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมการแพทย์(2562). *ระบบข้อมูลพื้นฐานโรคต่างๆ*.
 สืบค้นวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563,จาก<http://www.bps.moph.go.th>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2556).*แบบประเมินความรอบรู้
 ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2*.สืบค้นวันที่ 14 กุมภาพันธ์
 2563, จาก<http://doc.anamai.moph.go.th>
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2561).*แบบประเมินความรอบรู้
 ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก
 3อ.2ส. ฉบับปรับปรุง ปี2561*.สืบค้นวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563, จาก
<http://hpc13.anamai.moph.go.th>.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2561).*การเสริมสร้างและ
 ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง ปี 2561(กลุ่มเด็ก
 และเยาวชน และกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป)*.สืบค้นวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563,จาก
<http://www.nkphospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180627124525.pdf>.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .(2559).*การรายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับ
 สมบูรณ์*. สืบค้นวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563,จาก<http://hpc13.anamai.moph.go.th>.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2561) *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรอบรู้
 ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปพ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1)*
 สืบค้นวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563,จาก <http://hpc13.anamai.moph.go.th>.
- กิริติกันต์ บุญญาวรรณดี.(2560).*มะเร็งต่อมน้ำเหลือง โรคร้ายใกล้ตัวที่ไม่อาจมองข้าม*.สืบค้นวันที่
 18 เมษายน 2563,จากhttps://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/lymphoma_cancer/
- ก้องเกียรติ ภูณัทกันทรกร.(2553). *ประสาทวิทยาทันสมัย*. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์ พราวเพรส.
 ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร.(2554).*ความฉลาดทางสุขภาพ*.นนทบุรี: โรงพิมพ์
 นิเวศรรคการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด.

- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2562). *ความรู้ด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณ์ญาณ*
กรุงเทพมหานคร :อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.(2563).การพยาบาลผู้ป่วยเคมีบำบัด.เอกสาร
ประกอบการอบรมการพยาบาลเคมีบำบัดระยะสั้น.กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี.
- งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2561).*แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกัน/แก้ไขการรื้อซึม*
ของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดดำ.กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์
วชิรพยาบาล.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล.(2562)*สถิติผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มารับ*
การรักษาที่หน่วยโลหิตวิทยา ปีงบประมาณ 2562.กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิร
รพยาบาล.
- จรีลักษณ์ รัตนพันธ์, (2557). *ทักษะทางสังคม*. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. สืบค้นวันที่ 18 พฤษภาคม
2563, จาก http://jareeluk.blogspot.com/2014/09/blog-post_27.html
- จันทราภา ศรีสวัสดิ์ และ ดันตณัย นำเบญจพล,(2551)Lymphoproliferative Disorders.ใน วิชัย
ประยูรรัตน์และ อ้อยทิพย์ ณ ถลาง (บรรณาธิการ) *โลหิตวิทยาเบื้องต้น*.น.234-248.
กรุงเทพมหานคร:รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- จิระภา ขำพิสุทธิ์.(2560).ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิต
มหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารออนไลน์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 24(1).สืบค้นวันที่
18 พฤษภาคม 2563จาก<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jemmsu/article/view>
- จิตรลดา คำจิ่ง.(2558).ยาต้านอาการอาเจียน:*NCCN Guideline Antiemesis Version 2015*.
สืบค้นวันที่ 24 มีนาคม 2563 ,จาก<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index>.
- ณัฐนรี ไชยภักดี .(2552)*การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมมีส่วนร่วม*
ในโครงการ7สีปันรักให้โลกของประชาชนเขตกรุงเทพมหานคร.
เข้าถึงได้จาก:http://dspace.bu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/593/3/natnaree_chai.pdf
- ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วคำเกิง.(2559)ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้
ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานี
และอ่างทอง. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย*
ศิลปากร.3 (6) สืบค้นวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 ,จาก[https://ph01.tci-](https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/VESTSU/article/view/75827)
[thaijo.org/index.php/VESTSU/article/view/75827](https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/VESTSU/article/view/75827)

- ธัญญาเรศ สถาพร.(2560).คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ณ คลินิกโลหิตวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธานินทร์ อินทรกำรชัย. (2551).Non-Hodkin's Lymphoma ใน อุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์ บรรณาธิการ, โลหิตวิทยาในเวชปฏิบัติ. น.303-328.กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิดิยา สิริสิงห์ เดชเทวพร. (2555). หลักการรักษาทางยาเคมีบำบัดและTargeted therapy.ใน สุวรรณศิริเลิศตระกูล สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์,ประไพ อริยประยูร และ แม้นมนา จิระจรัส (บรรณาธิการ).การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง.(น.19).สมุทรปราการ:สินทวีพรินติ้ง.
- นพมาศ โกศล, ประนอม อุบลกาญจน์,เชาวลิต ลิ้มวิจิตรวงศ์ และนิตยา ศิริแก้ว.(2562) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- นพพรณ จารุรักษ์,จุฑารัตน์ สุทธิโสภณ และ นรินทร์ วรวุฒิ.(2541). วัฏจักรของเซลล์กับการเกิดโรคมะเร็ง.จุฬาลงกรณ์เวชสาร.38(11) สืบค้นวันที่ 22พฤษภาคม 2563 ,จาก http://clmjournel.org/_fileupload/journal/299-4-6.pdf
- นิตยา ทรัพย์เจริญวงศ์, ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล.(2563) บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ.วารสารพยาบาลทหารบก.21(1)น.26-34
- บังอรศรี จินดาวงศ์ ,เสาวนันทน์ บำเรอราช , วิศรา ลูวิระ และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์จังหวัดขอนแก่น. รายงานการประชุมการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษา ระดับชาติ ครั้งที่ 6 2558(น.32-1 – 32-9) ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจวรรณ สอนอาจ.(2562) แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล .(วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศิลปากร.สืบค้นวันที่ 8 พฤษภาคม 2563, จาก <http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2756/1/61260304.pdf>
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี.(2563).แนวปฏิบัติการพยาบาล(clinical nursing practice guideline)ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.[ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สืบค้นวันที่ 18พฤษภาคม2563 จาก http://www.uboncancer.go.th/attach/news_1607308374

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2561).การดูแลเมื่อเกิดภาวะรุ่มขี้มของยาเคมีบำบัด .

แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกัน/แก้ไขการรุ่มขี้มของยาเคมีบำบัดออก นอกหลอดเลือดดำ.

กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล.

พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา.(2560) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2

ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล .(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.สืบค้นวันที่ 8 พฤษภาคม 2563,จาก

<https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b2222640>

พรรณี วัฒนบุญยงเจริญและอุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์(2551). Hodgkin's lymphom .ในอุดมศักดิ์

บุญวรเศรษฐ์(บรรณาธิการ).โลหิตวิทยาในเวชปฏิบัติ.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภริกา แสงจันทร์ และ ยุติ เกตสัมพันธ์ .(2554). การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วย

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด.วารสารพยาบาลศิริราช. 4 (2), 47–58.

มงคล แซ่หลี่ .(2549) คุณค่าในวิถีชีวิตชนบทไทย .(วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต)

มหาวิทยาลัยศิลปากร.สืบค้นวันที่ 25 สิงหาคม 2563, จาก

http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/thapra/Mongkon_Sae-

lhee/fulltext.pdf

วชิระ เพ็งจันทร์.(2560). Health Literacy Society. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นวันที่

8 พฤษภาคม 2563,จาก<http://dentalanamai.moph.go.th/download>

วรจรรพญาร มงคลดิษฐ์ และ สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์.(2562)ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถใน

การรู้คิดและความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.การประชุมวิชาการ

เสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 .น.1295-1306. ขอนแก่น:

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วันเพ็ญ พันธางกูรและ นพกาญจน์ วรรณการ โสภณ.(2555).การบริหารยาเคมีบำบัด ใน

สุวรรณณี สิริเลิศระกุล,สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์,ประไพ อริยประยูร และ

แม่นมนา จิระจรัส (บรรณาธิการ) ,การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง.(น.163–184).

สมุทรปราการ:สินทวีกิจ พรินต์

วิมลรัตน์ บุญเสถียร และ อรทัย เจริญทิพย์เสกุล(2563).ความรอบรู้ด้านสุขภาพ:สถานการณ์และ

ผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2 (1),1-19.

วิกิพีเดีย (ม.ป.ป.) ประเทศไทย.การคำนวณพื้นที่ผิวของร่างกาย วันที่สืบค้น 14 กุมภาพันธ์ 2562, จาก

https://en.wikipedia.org/wiki/Bordy_surface.

วิยะดา ปัญจรัก. (2558). สรีรวิทยาของมะเร็ง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*. สืบค้นวันที่ 20 มีนาคม 2563,

จาก http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1939.

สมถวิล ลูกกริช, แม้นมมา จิระจรัส, สุวรรณิ สิริเลิศระกุล และ จิตประภา คนมัน. (2556).

แนวทางการดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด. สถาบันมะเร็งภาควิชาวายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี. สืบค้นวันที่ 20 มีนาคม 2563 จาก

<https://med.mahidol.ac.th/cancer>.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2562) *สถิติมะเร็งแห่งชาติ*. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นวันที่ 14 กุมภาพันธ์

2563, จาก https://www.nci.go.th/th/New_web/index.html

สมลักษณ์ บุญจันทร์. (2554). *การบริหารยาเคมีบำบัดทาง Peripheral vein*. สืบค้นวันที่ 20 มีนาคม

2563, จาก [https://home.kku.ac.th/nurse/index.php/download/category/12-23-17-54?](https://home.kku.ac.th/nurse/index.php/download/category/12-23-17-54?download=140:peripheral-vein)

[download=140: peripheral-vein](https://home.kku.ac.th/nurse/index.php/download/category/12-23-17-54?download=140:peripheral-vein)

สัญญา สุขพนิชนันท์. (2548). *Lymphoma : การวินิจฉัยและความรู้ทางโลหิตพยาธิวิทยา*.

กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ และ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิลป์. (2555). ระบบทางเดินอาหารใน

สุวรรณิ สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิลป์, ประไพ อริยประยูร และ แม้นมมา

จิระจรัส (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง*. น. 163–184.

สมุทรปราการ: สันทวิกิจพรีนติ้ง.

สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. (2551) *ตำราการตรวจโรคทั่วไป* 2. (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพมหานคร:

สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สุวรรณิ สิริเลิศระกุล. (2555) ผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดในสุวรรณิ

สิริเลิศระกุล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิลป์, ประไพ อริยประยูร และ แม้นมมา จิระจรัส

(บรรณาธิการ). (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สมุทรปราการ: สันทวิกิจ พรีนติ้ง.

สำนักงานสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งโลหิตวิทยาในผู้ใหญ่ พ.ศ.*

2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุข ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

หยาดรุ้ง อุไรพันธ์. (2557) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

โรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสาร*

พยาบาลทหารบก. 15 (1), 87–95.

- อารยา เขียงทอง , พัทรี ดวงจันทร์ และอังศินันท์ อินทรกำแหง .(2560).*ความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่:ประสบการณ์ของการเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและมุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ*. (ปริญญานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.สืบค้นวันที่ 25 พฤษภาคม 2563, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/download/109196/85993/>
- อารีย์ แร่ทอง.(2561).*ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาดำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 15(3)น.62 – 70.*
- อัศนี วันชัย, ปิยะเนตร วิริยะปราโมทย์,นงนุช ปัญจธรรมเจริญ และลักณา บุญมี.(2562). *ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้การแพทย์เสริมและทางเลือก.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 39 (1), 149 -157.*
- อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว,อริวัฒน์ เจียวิวรรณกุล และสาวิตรี ทยานศิลป์(2560).*ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นวันที่ 25 พฤษภาคม 2563, จาก<https://so05.tci-thaijo.org/index.php/MFUconnexion/article/download/241200/164175/>*
- เอกภพ สิริชัยนันท์.(2555)*พยาธิวิทยาการเกิดโรคมะเร็ง ใน สุวรรณิ สิริเลิศระกุลและคณะบรรณาธิการ ,การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง.น.3-7.สมุทรปราการ:สินทวีกิจ พรินติ้ง.*
- Anderson, L. W., Krathwohl, D.R., (2001). A Taxonomy of Learning, Teaching andAssesing: *A revision of Bloom's Taxonomy of Education objective*. [internet] Retrieved 25 March, 2020 from <http://he01.tci-thaijo.org/article>
- Baker, D. W.,Gazmararian, J. A, Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly person. *Journal of Gerontology*, 55 (6)368-74.
- Baker, D. W., Wolf, S. M., Feinglass J, Thomson, A. J., Gazmararian, J. A, & Huang J,(2007) Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Archives of Internal Medicine*.165(17). 1946-1952.
- Bloom, B. S. (1956). Taxonomy of Educational Objective Book1:*The CognitiveDomain*. New York: David McKay Co Inc.
- Bodur,A. S., Filiz, E., & Kalkan, I.(2017) Factors affecting health literacy in adult : A community based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*,10(1) 100-109.

- Camp-Sorrell, D, (2011). Chemotherapy toxicities and management in C.H. Yarbro, W. Debra, & B. H. Gobel (Eds.) *Cancer Nursing : Principle and Practice*(7ed.,459-512). London : Jones and Barlett Publishers International.
- Chordas, C., and Graham, K. (2010). Chemotherapy.In: Tomlinson D & Kline N,E.(Eds.), *Pediatric oncology nursing advance clinical handbook*(2nd ed., pp.206-31).
- Florescu M. , CintezaM and Vinereanu D,(2019).Chemotherapy inducedCardiotoxicity. *A Journal of Clinical Medicine*.[internet] retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24023601/> Mar;8(1):59-67.
- Johnson , A. ,(2014). Health literacy,does it make a difference?*Australia Journal of Advance Nurse*, 31 (3), 39-45 .
- Halvelson , J., Donate, M.A.,Dietz, T.A,Mathew, C.W. , Strickland, J.S., Palta, M., Smith, P.D.& Cleary, J..(2013).Health Literacy and Urbanicity Among Cancer Patients. [internet] *The Journal of rural health*,29 (4), p.392–402.Retrieved Jan 22,2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24088213/>
- Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association, (1999). *JAMA*.281(6):552-7.
- Ishikawa,H., Takeuchi ,T. &Yano E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. [internet] *Diabetics Care*,31(5),874-879 .
- Ishikawa H.(2010) Health literacy and health communication. *BMJ open*.,retrieved from<https://doi.org/10.1136> (1-9).
- Mancusco, J .A.(2009)Health Literacy and adolescents : a framework and agenda for future research . *Health Education Research*,(23) 5, 2008
- Moore, N. &Lyle, S.(2011) Quiescent, Slow-Cycling Stem Cell Populations in Cancer: A Review of the Evidence and Discussion of Significance. *Oncol* 2010; 2011
- Murphy, P. W., Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., & Decker, B. C.(1993). The rapid estimate of adult literacy in medicine(REALM) : a quik reading test for patient. *Journal of Raeding*, 37 (2), 124-130

- National Assessment of Adult Literacy :NALL.(2006).*The Health Literacy of America's Adult Result from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. U.S. Department of Education.Navari , R .M .(2009).Pharmacological Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting.*Drugs.*,69 (5),515-533.
- National Cancer Institute .(2002)*Ann Arbor Staging Classification of Lymphoma*. [internet] Retrieved Feb 23,2020 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65726/table/CDR0000062933__557/
- National Digestive Diseases information Clearinghouse (NIDDK).(2007). [internet].*Constipation*.Retrieved Feb 23,2020 from <https://www.digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/>
- Nirenberg,A., Bush, A.P., Davis, A., Friese, C.R., Gillespie, T. W., & Rice, D.(2006).Neutropenia :State of the knowledge part I. *Oncol Nurses Forum*, 33(6),1193-1201.
- Norman, C. D.,& Skinner, H. A. (2006).The eHealth Literacy Scale (eHEALS) *Journal of medical internet research*, 8 (4).doi: 10.2196/jmir.8.4.e27
- Nutbeam D.(2000).Health Literacy as a public health goal:a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. [internet] *Health Promotion International*.15(3). 259-267.Retrieved Feb 23,2020 from <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
- Nutbeam D.(2008).The evolving concept of health literacy.*Social Science & Medicine*. Dec;67(12).2071-8.[internet]Retrieved Feb 23,2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18952344/>
- Oken M.M, Creech RH,Tormey D.C, Horton J, Davis T.E, McFadden E.T & Carbone P.P.(1982) Toxicity and response criteria of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Onco*;5. 649-655.
- Oldach.R. B. & Katz L. M. (2014). *Health Literacy and Cancer Screening: A Systemic Review*.Feb;94 (2) .149-157.[internet] .Retrieved March 25, 2020 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3946869/>.
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins M., & Buchbinder R, (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ).*BMC Public Health*.13:658.[internet] .Retrieved March 25, 2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23855504/>

- Parker, R. M., Baker, D. W. & William, M. V., (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adult :A New Instrument for Measuring Patients Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine*. 10(10):537-541 Retrieved March 25, 2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8576769/>
- Richardson, G., & Dobish, R. (2007). Chemotherapy. *J oncol pharm practice*. 13, 181-198.
- Sentell, L. Tetine., Tsoh, Y. Janice., Davis Terry, Davis James, Braun Kathryn, (2015). Lowhealth literacy and cancer screening among Chinese Americans in California : a cross-sectional analysis. *BMJ open*. 5 .1-8.
- Shan W. L., & Richard D. Z., () *Peripheral Intravenous access*. Retrieved April 20, 2020 from <https://clinicalgate.com/peripheral-intravenous-access>
- The Center for Health Care Strategies Inc ,(2000) .What is HealthLiteracy?.*Fact sheet #1*. Retrieved from <https://pdf4pro.com/amp/fullscreen/what-is-health-literacy-center-for-health-care-strategies-3c0249.html>
- The Institute of Cancer ,[n.d.].*Tumor Response Definition*. Retrieved March 25, 2020 from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/recist>
- The International Non-Hodgkin Lymphoma Prognosis Factor Project .(1993). A predictive model for aggressive Non-Hodgkin Lymphomas. *N Engl Med Journal*, 329 :987-994. DOI: 10.1056/NEJM199309303291402
- Vescia, S., Baumgartner, A. K., Jacobs, V. R., Kiechle-Bahat, M., Rody, A., Loibl, S, & Harbeck ,N., (2007). Management of venous port systems in oncology: a review of current evidence. *Annals Oncol Adv Acc.*; 5 .145-158. Retrieved April 20, 2020 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17846025/>
- Wayne . D . W, (1995). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. *Biometrical Journal*. [internet]. Retrived Jan 18, 2020. from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bimj.4710370610>
- Wilkes, G. M. & Berke, B. M. ,(2008). *Introduction to chemotherapy drugs in oncology nursing drug handbook, Book 1*. pp.2-331. Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers Inc,

Wilkes,G.M.,(2010) Principle of administration Chemotherapy in Yarbro , C.H., Wiujik, D.,&

Globel ,B. H.(Eds.) Cancer nursing : principle and practice .(7th ed.,391-427)

London :Jones and Bartlett Publishers International.

World Health Organization. (1998).*Health Promotion*. WHO Publications.[internet]. Retrived

Jan 18, 2020. from<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/health-promotion>

World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion. Definitions,*

Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual

Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference of Health

Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya

Xia J, Wu P, Deng Q, Yan R, Yang R, Lv B,Yu J,(2019).Relationship between health literacy and quality of life among cancer survivors inChina: a cross-section study.

BMJ open.9.1-9. Retrived Jan 18, 2020. From

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31892642/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

คำชี้แจง

แบบประเมินนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชโดยเนื้อหา ประกอบด้วย

ตอนที่1 ข้อมูลความรู้ทั่วไป (จำนวน 6 ข้อ)

ตอนที่2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส.ในด้านต่างๆ ได้แก่

ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (จำนวน 14 ข้อ)

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (จำนวน 7 ข้อ)

การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ(จำนวน 5 ข้อ)

การจัดการทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส (จำนวน 5 ข้อ)

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (จำนวน 5 ข้อ)

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (จำนวน 5 ข้อ)

การตอบแบบสอบถาม โปรดตอบตามความเป็นจริง เพื่อช่วยให้การวิจัยเกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ ข้อมูลต่างๆที่ท่านตอบ ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะนำไปประมวลผลและรายงานแบบภาพรวม เพื่อใช้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในโอกาสต่อไป

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.เพศ

() 1.ชาย

() 2.หญิง

2.ปัจจุบันอายุปี

3.สถานภาพสมรส

() 1.โสด

() 2.คู่

4.ระดับการศึกษา

() 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ

() 2.ประถมศึกษา หรือ ป1-6

() 3.มัธยมศึกษา

() 4.อนุปริญญา/ปวส.

() 5.ปริญญาตรี

() 6.อื่นๆ ระบุ

5.รายได้ต่อเดือน

() 1.0-5,000บาท/เดือน

() 2. 5,000-10,000บาท/เดือน

() 3.10,001-20,000บาท/เดือน

() 4.20,001-30,000บาท/เดือน

() 5. มากกว่า30000บาท/เดือน

6.ระยะเวลาที่เป็นปีเดือน

สำหรับผู้วิจัย

การวินิจฉัยโรค

ตอนที่2.แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตามหลัก3อ.2ส.

2.1ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X หรือ ✓ ในข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์			
2.	มะเร็งต่อมน้ำเหลืองเป็นโรคที่รักษาแล้วมีโอกาสหายขาดได้			
3.	อาการของมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ได้แก่ มีไข้ มีก้อนโต น.น.ตัวลด			
4.	ยาเคมีบำบัด ทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์เนื้อเยื่อปกติ			
5.	อาการข้างเคียงของการได้รับยาเคมี ได้แก่ อาเจียน ผมร่วง ชีด ขาปลายมือปลายเท้า และจะหายไปเองเมื่อหยุดยา			
6.	ไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ เพราะจะทำให้มะเร็งโตขึ้น			
7.	ควรงดผักสดและผลไม้ เพราะจะทำให้ติดเชื้อ			
8.	อาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหารที่มีประโยชน์ และต้องทำให้สุก			
9.	สมุนไพร สามารถช่วยรักษามะเร็งได้ ควรรับประทานควบคู่กัน			
10.	ไม่มีข้อห้ามในการรับประทานอาหารที่มีรสจัด			
11.	อาหารรสจัด ช่วยรับประทานได้มากขึ้น			
12.	หลังได้รับยาเคมีบำบัด อาจมีไข้ หนาวสั่นได้ เป็นอาการปกติ ไม่ต้องมาพบแพทย์			
13.	หลังได้รับยาเคมีบำบัด อาจมีไข้ หนาวสั่นได้ เป็นอาการปกติ ไม่ต้องมาพบแพทย์			
14.	หากจำเป็นต้องไปในที่ชุมชนควรมีผ้าปิดปากและจมูก			

2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X ลงในช่องความคิดเห็นในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1..เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักอ.2ส. ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ที่ทันที			
2.เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาข้อมูล จากเอกสาร แผ่นพับ หนังสือ หรืออินเทอร์เน็ตจนได้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัย			
3.เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านสามารถสอบถามจากผู้อื่น ได้แก่ เพื่อน คนในครอบครัว หรือผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง			
4..ท่านสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อสิ่งพิมพ์หรืออินเทอร์เน็ตโดยไม่ต้องพึ่งพาใคร			
5.ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากผู้รู้ด้านสุขภาพ ในที่นี้หมายถึง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้และท่านเข้าใจในคำอธิบายดังกล่าว			
6.เมื่อท่านต้องการทราบข้อมูลด้านสุขภาพของตัวเอง ท่านมักจะสอบถามจากผู้รู้ด้านสุขภาพ ได้ตลอดเวลา			
7.ท่านมีการตรวจสอบแหล่งข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตาม หลัก 3อ 2ส จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือ			

2.3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X ลงในช่องความคิดเห็นในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1.เมื่อท่านฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ แล้วไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหาท่านจะซักถามจนเข้าใจ			
2.ท่านมักจะอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจอยู่บ่อยๆ			
3.ท่านสามารถอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส.ได้			
4.ท่านมักจะแสดงออกในการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ตามหลัก 3อ 2ส เพื่อให้คนอื่นเข้าใจและปฏิบัติตาม			
5.ท่านมักจะโน้มน้าวบุคคลอื่นให้ยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตาม หลัก 3อ 2ส ที่ถูกต้อง			

2.4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X ลงในช่องความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1.ท่านสังเกตปริมาณและคุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่รับประทานให้ พอเหมาะกับตนเองในแต่ละมื้อ			
2.ท่านวางแผนเป้าหมายของการออกกำลังกาย และทำให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้			
3.เมื่อท่านประเมินอารมณ์ตนเองแล้วถ้าพบว่าเครียด ท่านจะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลงด้วยวิธีการที่ดีต่อสุขภาพของท่าน			

ข้อความ	ความคิดเห็น
---------	-------------

	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
4.ท่าน ได้มีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามที่ได้ตั้งใจไว้ เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส			
5.ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเองเพื่อให้ท่าน สามารถปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส ได้มากขึ้น			

2.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X ลงในช่องความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพทาง โทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านจะต้องหาข้อมูลจาก หลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ			
2.เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะหรือจาก เว็บไซต์และเกิดความสนใจในสินค้านั้น ท่านตั้งใจจะ ไปหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นเพื่อตรวจสอบความ น่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ			
3.เมื่อท่านได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น โฆษณาทางโทรทัศน์, อินเทอร์เน็ต, หนังสือพิมพ์, แผ่น พับ เป็นต้นท่านมักจะใช้เหตุผลวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ก่อนที่จะปฏิบัติตาม			
4.เมื่อท่านเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ท่านมีการ วิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อในทันที			
5. เมื่อท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิเคราะห์เกี่ยวกับ แนวทาง ปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส กับผู้อื่น ท่านมักจะมี การวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับก่อนตัดสินใจ เชื่อและปฏิบัติตาม			

2. 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X ในตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติตามความเป็นจริงหรือคาดว่าจะปฏิบัติ

1. เมื่อท่านไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านของเพื่อนบ้าน แล้วได้รับการเชิญให้กินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เนื่องจากมีรสหวาน หรือ มันจนเกินไป เช่น ฝอยทอง ข้าวมันไก่ ท่านจะตัดสินใจทำอย่างไร

- ก. กินตามคำเชิญนั้นทันที
- ข. กินตามคำเชิญนั้น แต่กินในปริมาณที่น้อย
- ค. ขอบคุณ แต่เลี้ยงที่จะไปกินอาหารประเภทอื่นที่ดีต่อสุขภาพแทน
- ง. ขอบคุณและบอกว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพไม่สามารถกินอาหารดังกล่าวได้

2. หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร

- ก. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยใช้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
- ข. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเบื่อก็อยหยุดตามเพื่อน
- ค. ไปออกกำลังกายตามลำพัง ไม่ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยก็ตาม
- ง. หยุดออกกำลังกายไปพร้อมๆ กับเพื่อน

3. หากท่านมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุมเร้าตัวท่าน ท่านจะเลือกปฏิบัติตนในข้อใด

- ก. หากิจกรรมที่ตนเองชอบทำแทน
- ข. ทำใจเป็นกลาง มองโลกในแง่ดี
- ค. ออกกำลังกาย เพื่อให้เหงื่อออก
- ง. สวดมนต์ภาวนา ตามศาสนาของตนเอง

4. หากญาติของท่านสูบบุหรี่ และมักจะสูบบุหรี่ในบ้านเสมอๆ ท่านจะอย่างไร

- ก. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเองและบุคคลในครอบครัว
- ข. ขอร้องให้เลิกสูบ เพื่อเห็นแก่สุขภาพของตัวเอง
- ค. ไม่ว่าอะไร ปล่อยตามสบาย
- ง. เลี่ยงออกไปห่าง ๆ จากควันบุหรี่

5. หากท่านขับรถไปงานเลี้ยง และปรากฏว่าเพื่อนชวนดื่มสุรา ท่านจะปฏิบัติตนเช่นไร

- ก. ดื่มตามคำชวนของเพื่อน
- ข. ดื่มแต่พอเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เสียมารยา
- ค. ปฏิเสธและให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง
- ง. ดื่มตามคำชวนและให้เพื่อนขับรถไปส่ง

ภาคผนวก ข

**เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ตาม 30.2 ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561**

องค์ประกอบการวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
------------------	-----------	-------	-------

1.ความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพ 6 ข้อ (ข้อละ 1 คะแนน) คะแนนเต็ม 6 คะแนน	0-3.59 คะแนน หรือ < 60%ของคะแนนเต็ม	ไม่ถูกต้อง	รู้และเข้าใจใน 3อ.2ส.น้อยมากไม่ เพียงพอต่อการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ ที่ดี
	3.60-4.19คะแนน หรือ ≥60 - < 70%ของ คะแนนเต็ม	ถูกต้องบ้าง	รู้และเข้าใจใน 3อ.2ส.เป็นส่วนน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตัวเพื่อ สุขภาพที่ดี
	4.20-4.79คะแนน หรือ ≥70 - < 80%ของ คะแนนเต็ม	ถูกต้อง	รู้และเข้าใจใน 3อ.2ส.เป็นส่วนมาก เพียงพอต่อการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพที่ดี
	4.80-6.00คะแนน หรือ ≥ 80%ของคะแนนเต็ม	ถูกต้อง ที่สุด	รู้และเข้าใจใน 3อ.2ส.อย่างถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ ที่ดีอย่างยั่งยืน
2.การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ 2ข้อ (ข้อ ละ 5 คะแนน) คะแนน เต็ม 10คะแนน	0-5.99 คะแนน หรือ< 60%ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูล สุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือ เพียงพอต่อการตัดสินใจ
	6.00-6.99คะแนนหรือ ≥60 - < 70%ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	สามารถหาข้อมูลและบริการสุขภาพ ได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้
	7.00-7.99คะแนนหรือ ≥70 - < 80%ของ คะแนนเต็ม	ดี	สามารถหาข้อมูลและบริการสุขภาพ จากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้และ นำมาใช้ในการตัดสินใจได้
	8.00-10.00 คะแนน หรือ ≥ 80%ของ คะแนนเต็ม	ดีมาก	สามารถหาข้อมูลและบริการสุขภาพ จากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอ ต่อการนำมาใช้ในการตัดสินใจที่ ถูกต้อง แม่นยำได้
3.การสื่อสารสุขภาพ 3 ข้อ (ข้อละ5 คะแนน) คะแนนเต็ม 15 คะแนน	0-8.99 คะแนน หรือ< 60%ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ยังมีปัญหาในด้านการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าว ผู้อื่น ให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อ สุขภาพของตนเองได้

องค์ประกอบการวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
	9.00-10.49คะแนน หรือ ≥ 60 - < 70% ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อ สื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและ ยอมรับการปฏิบัติ ตาม 3 อ. 2 ส. ได้บ้าง แต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ
	10.5-11.99คะแนน หรือ ≥ 70 - < 80% ของ คะแนนเต็ม	ดี	สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อ สื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและ ยอมรับการปฏิบัติได้ดี
	12.00-15.00คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของ คะแนนเต็ม	ดีมาก	มีความเชี่ยวชาญการฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่น เข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตาม 3 อ. 2 ส. ของตนเองอย่างถูกต้อง
4.การจัดการตนเอง 3 ข้อ (ข้อละ 5 คะแนน) คะแนนเต็ม 15 คะแนน	0-8.99 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้าน อารมณ์ ความต้องการภายในของ ตัวเองและการสภาพแวดล้อมที่ เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อย ได้
	9.00-10.49คะแนน หรือ ≥ 60 - < 70% ของ คะแนนเต็ม	พอใช้	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้าน อารมณ์ ความต้องการภายในของ ตัวเองและการสภาพแวดล้อมที่ เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้บ้าง
	10.5-11.99คะแนน หรือ ≥ 70 - < 80% ของ คะแนนเต็ม	ดี	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้าน อารมณ์ ความต้องการภายในของ ตัวเองและการสภาพแวดล้อมที่ เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็น ส่วนใหญ่
	12.00-15.00คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของ คะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้าน อารมณ์ ความต้องการภายในของ ตัวเองและการสภาพแวดล้อมที่ เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองได้เป็น อย่างดี

องค์ประกอบการวัด	ช่วงคะแนน	ระดับ	แปลผล
5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 2 ข้อ (ข้อละ 5คะแนน) คะแนนเต็ม 10 คะแนน	0-5.99 คะแนน หรือ < 60%ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยแทบจะไม่คิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบก่อน
	6.00-6.99คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยมีการคิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนในบางเรื่อง
	7.00-7.99คะแนนหรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดี	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อโดยมีการคิดวิเคราะห์หรือตรวจสอบข้อมูลก่อนเป็นส่วนใหญ่
	8.00-10.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	ยอมรับและเชื่อถือข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านสื่อที่ผ่านการวิเคราะห์หรือตรวจสอบว่าถูกต้องจริง
6.การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 3ข้อ (ข้อละ 4 คะแนน) คะแนนเต็ม 12 คะแนน	0-7.19คะแนน หรือ < 60%ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	ไม่สนใจสุขภาพของตนเอง ทำตัวตามสบายไม่คำนึงถึงผลดีผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง
	7.2-8.39คะแนนหรือ $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม	พอใช้	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตาม3อ.2ส.ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพตนเอง
	8.4-9.59คะแนนหรือ $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดี	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตาม3อ.2ส.ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่น
	9.6-12.00คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	ดีมาก	มีการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตาม3อ.2ส.ที่เกิดผลดีเฉพาะต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่นอย่างเคร่งครัด

ภาคผนวก ค
แบบประเมินสภาพร่างกาย

**Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance
status scale**

แบบประเมินสภาพร่างกาย

Eastern Co-operation Oncology Group (ECOG) performance status scale

คะแนน	สภาพร่างกาย
0	ไม่มีอาการ สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ (fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction)
1	มีอาการเล็กน้อย ถูกจำกัดในกิจกรรมที่ต้องใช้กำลัง สามารถทำงานที่มีลักษณะงานเบาๆ เช่นทำงานบ้านได้ (Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light housework, office work)
2	มีอาการน้อยกว่า 50% อยู่บนเตียงบ้างในระหว่างวัน ไปไหนมาไหนได้ แต่ทำงานไม่ได้(Ambulatory and capable of all self care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours)
3	มีอาการ มากกว่า 50% อยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา(นั่ง หรือนอน) โดยมากต้องมีคนคอยช่วยเหลือ(Capable of only limited self care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours)
4	อยู่บนเตียงตลอดเวลา (นั่ง หรือนอน)ไม่สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้เลย (Completely disabled. Cannot carry on any self care.Totally confined to bed or chair)
5	เสียชีวิต (Dead)

ดัดแปลงจาก: Oken, Creech, Tormey, Horton, Davis, McFadden, Carbone.1982 .

ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับอาสาสมัคร(Consent form)

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Research Subject Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยอายุรศาสตร์
โลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ-สกุล: นางสาวกิตติยาภรณ์ อุทุมพร
ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน: หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เบอร์โทรศัพท์: 02-2443590 โทรศัพท์มือถือ 0954154491

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่มารับการรักษาที่หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับการเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูงถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมวิจัยท่านนั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พบมากในกลุ่มที่มีอายุน้อย 15-34 ปี และ มากกว่า 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มอายุน้อยลงเรื่อยๆ การสนใจสุขภาพ ,การดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางถึงระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ เป็นการรวมกระบวนการหลายๆอย่าง เช่น การอ่าน การคิด การเขียน การซักถาม การค้นหาข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล รวมถึงการตัดสินใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของโครงการนี้ เพื่อสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีสภาพจิตใจไม่ปกติ
2. ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
3. ตั้งครรภ์

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

หน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 100 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

ระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือระยะเวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที และไม่มีการนัดต่อเนื่อง

ความเสี่ยงและผลข้างเคียงที่อาจเกิด

ทำให้สูญเสียเวลา ขณะตอบแบบสอบถาม และอาจเกิดความวิตกกังวล ในเรื่องของการรักษาและการเก็บความลับ

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

หลังจากที่ท่านได้รับฟังคำเชิญและคำอธิบายถึงเหตุผลและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้ จากผู้ทำวิจัย ถ้าท่านสมัครใจเข้าร่วมโครงการและลงนามในเอกสารยินยอมแล้วท่านจะได้รับแบบสอบถามจากผู้วิจัย ซึ่งในแบบสอบถามจะมีข้อความทั้งหมด 47 ข้อ ซึ่งท่านอาจต้องเสียเวลาในการอ่านข้อความและตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หลังจากตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว นักวิจัยจะมารับเอง

วิธีการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร

ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของท่าน ไม่มีการสร้างหมายเลขเฉพาะ (Initial Number) และไม่มีเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number) ทำให้ไม่สามารถสืบค้นว่า แบบสอบถามเป็นของใคร การรายงานผลจะรายงานในแบบภาพรวม และข้อมูลในโครงการวิจัยนี้ จะเก็บไว้นาน 3 ปีจึงจะมีการทำลาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยแต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในส่วนรวม โดยจะนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแล และส่งเสริมระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะได้รับของที่ระลึกสำหรับการตอบแบบสอบถาม ในส่วนของการดูแลในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลและการพยาบาล

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอย่างไรบ้าง

ท่านสามารถไม่เข้าร่วมโครงการนี้หรือต้องการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากท่านไม่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการตามมาตรฐานที่จะได้รับ

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการวิจัย หรือมีข้อคำถามที่ท่านไม่เข้าใจ ท่านสามารถติดต่อผู้ทำวิจัย คือ นางสาวกิตติยาภรณ์ อุทุมพร เบอร์โทรศัพท์ 095-4154491 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากท่านได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เบอร์โทร ๐๒-๒๔๔-๓๘๔๐ หรือ ๐๒-๒๔๔-๓๘๔๓

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

อายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยในโครงการวิจัย เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยและ /หรือได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาว กิตติภรณ์ อุทุมพรและได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่จะได้รับ ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ตลอดจนค่าตอบแทนที่จะได้รับ และค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง

และข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย โดยให้นำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้นแต่จะไม่เผยแพร่ ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวหรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรับบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้า จะได้รับต่อไปในอนาคตหากข้าพเจ้ามี ข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยกับตัว ข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับนางสาวกิตติภรณ์ อุทุมพรได้ที่ หน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา โทรศัพท์ 02-2443590 (ในเวลาราชการ) และ 095-4154491 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา โทรศัพท์ 02-2443840 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ www.nmu.ac.th

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้
โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ใบอนุญาตพิจารณาการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔๔-๘๘๔๓



COA ๑๓๗/๒๕๖๓

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS
Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย: ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง หน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์
วชิรพยาบาล

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ: Health Literacy for patient with Lymphoma in Hematology Department Faculty of Medicine
Vajira Hospital

เลขที่โครงการ : ๑๓๗/๖๓

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกิตติภรณ์ อุทุมพร

สังกัดหน่วยงาน : ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงร่างการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี) Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
- แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- งบประมาณและแหล่งทุน Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
- ประวัติผู้วิจัยหลัก :

๑. นางสาวกิตติภรณ์ อุทุมพร

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๔/๐๙/๒๕๖๓

วันหมดอายุ : ๒๔/๐๙/๒๕๖๔

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาศาสตร์) ชั้น ๖

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๒๕๔-๘๘๔๓ และ ๐-๒๒๕๔-๘๘๔๖



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โทรศัพท ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

ที่สนง.คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย...๑๑๘๕/๒๕๖๓...วันที่.....๓๐...กันยายน...๒๕๖๓.....

เรื่อง ผลการพิจารณารับรองโครงร่างการวิจัย (Expedited)

เรียน นางสาวกิตติภรณ์ อุทุมพร

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เรื่อง...ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง...หน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เลขที่โครงการ.๑๓๓/๖๓

คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าว และขอให้ผู้วิจัยรายงานความก้าวหน้าของโครงร่างการวิจัยทุก.๑๒.เดือน (ให้รายงานความก้าวหน้าพร้อมต่ออายุโครงการวิจัยก่อนวันหมดอายุ ๑ เดือน ในวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๔)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารที่ได้รับการรับรองมาด้วย

๑. แบบเสนอโครงร่างการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
๓. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
๔. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี) Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
๕. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ
๖. งบประมาณและแหล่งทุน Version ๒ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๓
๗. ประวัติผู้วิจัยหลัก :

๑. นางสาวกิตติภรณ์ อุทุมพร

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หมายเหตุ : พิจารณาแบบยังไม่ได้มีการ Acknowledge ในการประชุมครั้งที่...๑๐...ปี...๒๕๖๓....

RLC : ๑๓๓/๖๓ E

๑. เพิ่มวันรายงานความก้าวหน้า ๕/๐/๕๔

๒. ปรับเนื้อหา และย่อหน้า ๖/๑/๖๐

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- 1.นพ.เกริกชัย ศรีบุรมย์ หัวหน้าหน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา
- 2.รศ.พญ.อรพรรณ คงพันธ์วิจิตร อาจารย์แพทย์ประจำหน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา
- 3.ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารการพยาบาลขั้นพื้นฐานและ
วิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
- 4.พว.กิตติพร เอื้อยะสมบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- 5.พว.อาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประวัติผู้วิจัย

1. ชื่อ-สกุล

ภาษาไทย	นางสาวกิตติยาภรณ์	อุทุมพร
ภาษาอังกฤษ	Miss. Kitiyaporn	Uthumporn

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

3. สถานที่ทำงาน ภาควิชา/ฝ่าย/กลุ่มงาน

หน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เบอร์โทรศัพท์. 02-2443590

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 095-5916991

E-mail address kitiyaporn @nmu.ac.th

4. ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สำเร็จการศึกษา ปีพ.ศ.2532
-----------------------------	---

หลักสูตรอื่นๆที่สำคัญ

-หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง	สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามธิบดี ปีพ.ศ.2548
-หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง	สาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและ ความดันโลหิตสูง) คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ปีพ.ศ.2556
-หลักสูตรการอบรมระยะสั้น	สาขาการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ปีพ.ศ.2560
-หลักสูตรการอบรมระยะสั้น	สาขาการพยาบาลเคมีบำบัด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ปีพ.ศ.2563

5. สาขาที่มีความชำนาญพิเศษ

การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

การพยาบาลการจัดการรายกรณี โรคเรื้อรัง

การพยาบาลเคมีบำบัด

6. ประสบการณ์การทำงานและผลงาน

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ประจำหน่วยอายุรศาสตร์โลหิตวิทยา