

ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

เอมอร แซ่จิว* พย.ม. (การพยาบาลผู้ไข้), เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา** ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
สมจิต หนูเจริญกุล*** Ph.D., เต็มคักดี พึงรัตน์**** พ.บ.

บทคัดย่อ ความอ่อนล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นผลให้การรักษาลิ้นสุดหรือไม่ต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อศึกษาแบบแผนความอ่อนล้า ความล้มพ้นอธิบายว่าความอ่อนล้ากับอาการที่รับภาระรับประทานอาหาร ปัญหาการนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนได้รับรังสีรักษา น้ำหนักและระดับชีมาร์โตรคิวที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งศักยภาพวิธีการและประสิทธิภาพการคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มารับรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลสังฆารณครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ดังเดียวกันกับภาพพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2544 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นระยะเวลา 5-7 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีความอ่อนล้าเล็กน้อย โดยเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 4 และลดลงจนกระทั่งสัปดาห์ที่ 7 ความอ่อนล้าโดยรวมเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) เมื่อวิเคราะห์จัดกลุ่มไม่สามารถจำแนกแบบแผนของความอ่อนล้าในแต่ละสัปดาห์ได้ช่วงเวลาที่พบความอ่อนล้ามากที่สุด คือช่วงบ่ายและเย็น สาเหตุของความอ่อนล้าที่พบมากที่สุด คือ การได้รับรังสีรักษาและการได้รับอาหารไม่เพียงพอ ศักยภาพความล้มพ้นอธิบายว่า ความอ่อนล้ามีความล้มพ้นอธิบายในระดับสูงกับอาการที่รับภาระรับประทานอาหาร และระดับปานกลางกับปัญหาการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) นอกจากนี้พบว่า วิธีการคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด คือ การอนพักและนอนหลับ ส่วนวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การหยุดรับรังสีรักษา รามาธิบดีพยาบาลสาร 2545; 8(3): 192-208.

คำสำคัญ ความอ่อนล้า การคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้า มะเร็งศีรษะและคอ รังสีรักษา

* อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชารังสี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ຄວາມສຳຄັນແລະ ຄວາມເປັນມາຂອງປັບປຸງທາ

ມະເຮົງບຣິເວນຄີຣະແລະ ຄອນກຶດຂຶ້ນໃນກຸລຸ່ມ ດົກສູງອາຍຸແລະ ພົມໃນຜູ້ໝາຍມາກກວ່າຜູ້ທຸງ 3 ເທົ່າ¹ ຈາກສົດີຂອງສຕາບັນມະເຮົງແຫ່ງປະເທດໄທຢ ປີ 2538 ພບຮ້ອຍລະ 26.8 ຂອງມະເຮົງທັງໝົດ² ແລະ ສົດີປີ 2535–2537 ຈາກສຕາບັນຮັກໝາຍມະເຮົງ 5 ແກ່ນິນ ກຽນເຖິງ ເຊິ່ງໃໝ່ ລຳປາງ ຂອນແກ່ນ ແລະ ສົງຂາລັບວ່າ ສົງລາມນີ້ອັນດີການົດການົດມະເຮົງໃນຂ່ອງປາກໃນຜູ້ໝາຍ ສູງທີ່ສຸດ³ ຮ້ອຍລະ 95 ຂອງມະເຮົງບຣິເວນນີ້ເປັນສແກວ ມັສເຊລື່ນ ຜົ່ງໄວແລະ ຕອບສອນທີ່ອວັງສີ ດັນນັ້ນຮັງສີ ຮັກໝາຍຈຶ່ງເປັນວິຊີທີ່ນີ້ມີໃຫ້ໃນທຸກຮະຍະຂອງໂຮໂຄ ໂດຍມີ ຈຸດປະສົງຄີເພື່ອກາຮັກໝາຍ ປະກັບປະກອງອາການ ແລະ ເສີມກາຮັກໝາຍ ຕຶ້ງແນ່ຈະມີປະໂຍໍໝາຍນັກມາຍ ແຕກົມືລັບຂ່າງເຄີຍທີ່ດ້ານຮ່າງກາຍແລະ ຈິຕໃຈ^{4,5} ໂດຍ ຮັງສີມີປົກກົງກິຈາກຕ່ອນເນື້ອເຢືອປົກທີ່ຜົວໜັງແລະ ເຢືອບຸຜົວ ຕ່ອນນໍາລາຍ ແລະ ອົງວະຮັບປັບສ ທຳໃຫ້ເກີດປັບປຸງທາ ທາງດ້ານໂກໜາກາກ ເຊັ່ນ ນໍາໜັກລົດ ແລະ ກາຮັບອາຫາດລດລົງ^{6,7} ນອກຈາກອາການຂ້າງເຄີຍແລ້ວ ກາຮັບອາຫາດມາຮັບຮັງສີຮັກໝາຍທຸກວັນທີໃຫ້ຜູ້ປ່າຍເໜື່ອຍແລະ ອ່ອນລ້າໄດ້⁸

ອັບດີການົດຂອງຄວາມອ່ອນລ້າໃນຜູ້ປ່າຍມະເຮົງ ທີ່ໄດ້ຮັບຮັງສີຮັກໝາຍສູງລົງທຶນຮ້ອຍລະ 65–100^{4,8,9,10} ສາເຫຼຸ ຂອງຄວາມອ່ອນລ້າຍັງໄມ້ເຂົ້າເຈັນ ແຕ່ມີງານວິຈັຍປຶກສົງວ່າ ຄວາມອ່ອນລ້າຈະເພີ່ມຂຶ້ນ ເມື່ອມີປັຈຍັດຕ່ອນປິ່ນ ອາຍຸ ມາກກວ່າ 34 ປີ ນໍາໜັກລົດ ຄວາມເຈັບປາດ ອາຮມລົງ ທີ່ແປປປານ ອາການໄໝສຸຂສບາຍທີ່ທາງກາຍແລະ ຈິຕໃຈ ຮະຢະເວລາກາຮັກໝາຍທີ່ຍາວນາ ກວະໂຮຄທີ່ກ້າວໜ້າ ກວະເຊືດ ສກວະຂອງຮ່າງກາຍແລະ ປັບປຸງທາການອນ

ຫລັບ^{8,9,11,12,13} ເມື່ອເກີດຄວາມອ່ອນລ້າຈະມີຜົດຕ່ການທຳບັນຫາທອງຜູ້ປ່າຍ ກາຮັດພັ້ນງານໃນການທຳກິຈວັດຮ ປະຈຳວັນ ປົງສົມພັນຮັກສັງຄົມລດລົງ ແລະ ສົງຜລ ລົບຕ່ອຄຸນພາພື້ນ^{4,14,15} ເຊັ່ນເດືອກັບຄວາມເຈັບປາດ ຄວາມອ່ອນລ້າໄມ້ສາມາຮອດອີບາຍໄດ້ດ້ວຍກລິກາທ ກາຍກາພເພີ່ມຍ່ອງຍ່າງເດືອກ ແຕ່ຈະຕ້ອງເຂົ້າໃຈມໂນທັນ ທັ້ງດ້ານກາຍ ຈິຕ ສັ້ນຄົມ ແລະ ຈິຕວິຫຼຸງຄູານ¹⁴ ໃນ ປະເທດໄທຢ ຂໍອມູລຫຼວງຈົບຄວາມອ່ອນລ້າ ຍັງມີນ້ອຍມາກ ປີຢວຣນ ປຸ່າຍຄົມພາງຮັງສີ¹⁶ ໄດ້ ທຳການສົກຫາຜູ້ປ່າຍມະເຮົງເຕັ້ນມືທີ່ໄດ້ຮັບເຄມືບໍ່ບັດ ພລພບວ່າ ຜູ້ປ່າຍມີຄວາມອ່ອນລ້າປານກົດາງ ອາການ ຄລື່ນໄສ້ ອາເຈີຍນ ແລະ ປັບປຸງທາການອນຫລັບມີຄວາມ ສັ້ນພັນຮັກບັນກັບຄວາມອ່ອນລ້າຍັງມີນ້ອຍສຳຄັນທາງ ສົດີທີ່ຮະດັບ .01 ແລະ ວິຊີທີ່ຜູ້ປ່າຍໃຫ້ປ່ອຍທີ່ສຸດໃນການ ຈັດກັບຄວາມອ່ອນລ້າຂຶ້ນກົດາງ ທີ່ເປັນ ວິຊີມີປະສົງກົງກິຈາພາກ ອຍ່າງໄຮກຕາມ ຍັງໄມ້ມີງານ ວິຈັຍທີ່ຕີພິມພ ເດືອກັບຄວາມອ່ອນລ້າໃນຜູ້ປ່າຍມະເຮົງ ບຣິເວນຄີຣະແລະ ຄອນທີ່ໄດ້ຮັບກາຮັກໝາຍທີ່ຮັງສີເປັນ ຮະຢະເວລານາ ກາຮັກໝາຍເຊີງພຣອນາແບບຕິດຕາມ ໄປຂ້າງໜ້າຄັ້ງນີ້ ມີຈຸດມູ່ທຳມາຍເພື່ອກົກຫາແບບແຜນ ຄວາມອ່ອນລ້າ ປັຈຍທີ່ເກີວຂຶ້ນ ແລະ ວິຊີທີ່ຜູ້ປ່າຍ ມະເຮົງບຣິເວນຄີຣະແລະ ຄອນທີ່ໄດ້ຮັບຮັງສີຮັກໝາຍໃຫ້ຈັດກັບ ຄວາມອ່ອນລ້າຮ່າງມັນທີ່ປະສົງກົງກິຈາພຂອງວິຊີເຫັນນັ້ນ

ວັດຖຸປະສົງຄີ

1. ສົກຫາຄວາມຮູນແຮງຂອງຄວາມອ່ອນລ້າໃນ ແຕ່ລ້າດ້ານແລະ ໂດຍຮັມຂອງຜູ້ປ່າຍໃນ ແຕ່ລ້າງວັນທີທີ່ໄດ້ຮັບຮັງສີຮັກໝາຍ ຮ່ວມທັງແບບແຜນຂອງຄວາມອ່ອນລ້າໃນ

ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

แต่ละสัปดาห์

2. ศึกษาสาเหตุและช่วงเวลาที่เกิดความอ่อนล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้ากับอาการที่รับภาระรับประทานอาหาร ปัญหาการนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการได้รับรังสี น้ำหนักตัวและระดับไขมาน้ำตาลในเลือด

4. ศึกษาวิธีการและประสิทธิภาพของการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้า

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ มักพบในกลุ่มคนอายุมากกว่า 40 ปี และมากกว่าร้อยละ 50 พบรับประทานอาหารที่พับได้บ่อยที่สุด คือ มะเร็งช่องปากและมะเร็งกล่องเสียง เมื่อเริ่มนิจฉัย มากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วย มักจะเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 การรักษาประกอบด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือใช้ร่วมกันโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการรอดชีวิต การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และไม่ทุกข์ทรมานจากการต่างๆ^{6,17} โดยทั่วไปการผ่าตัดหรือรังสีรักษาไม่ประสิทธิภาพเพียงพอสำหรับมะเร็งระยะแรก แต่ในระยะท้าย การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษาช่วยเพิ่มการควบคุมโรคและการรอดชีวิต¹⁸ แผนการให้รังสีรักษาเพื่อการรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและคอจะให้ในขนาด 5,000–7,000 เชนติเกรย์ โดยแบ่งให้วันละ 200 เชนติเกรย์ 5 วัน และหยุด

2 วัน¹⁷ แต่ถ้าให้เพื่อการประคับประคอง จะให้ประมาณ 2–3 สัปดาห์¹⁹ แม้จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพแต่ก็มีผลข้างเคียงมากมาย เช่น เยื่อบุช่องปากอักเสบ การหลั่งของน้ำลายลดลง ปากแห้ง การรับรู้รสชาดอาหารเปลี่ยนแปลง และอาการอ่อนล้าเป็นอีกอาการหนึ่งที่พบบ่อยมากในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา²⁰ แต่มีใช้ปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยบุคคลาระในที่มีสุขภาพเจ็บปวดอย่างมากในกลุ่มนักดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาความอ่อนล้าจึงมีค่อนข้างจำกัด โดยความรุนแรงของความอ่อนล้าเพิ่มขึ้นระหว่างการรักษา สูงสุดในสัปดาห์ที่สี่ คงที่จนกระทั่งสัปดาห์ที่เจ็ด และค่อยๆ ลดลงในสัปดาห์ที่สิบเอ็ด^{4,8,9,11,13,21} แต่จากการศึกษาของปีและคณะพบว่า ความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่เปลี่ยนแปลงจากก่อนการรักษาถึง สัปดาห์ที่สี่หรือจนกระทั่งสัปดาห์สุดท้ายของการได้รับรังสีรักษา²² โดยส่วนใหญ่ความอ่อนล้ามักเกิดขึ้นในช่วงปัจจัยและเย็น^{4,21,23} จากการศึกษาของเซย์ล็อกและอาร์ท พบร่วมกันในวันอาทิตย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้รับรังสีรักษา²³ แต่ไม่พบความแตกต่างในการศึกษาในรายงานอื่น^{21, 24} สาเหตุของความอ่อนล้าไม่ชัดเจนและเกิดได้จากหลายสาเหตุร่วมกัน ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการเกิดความอ่อนล้า ได้แก่ 1. ภาวะโภชนาการที่ลดลง 2. ภาวะซีด 3. การรักษามะเร็ง 4. ปัญหาการนอนหลับ 5. ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนได้รับรังสีรักษา 6. ความเจ็บปวด 7. ปัญหาด้านจิตใจ 8. ความถี่ของการเดินทางมารับการรักษา²⁵ เมื่อเกิดความอ่อนล้า ผู้ป่วย

จะมีอิทธิในการจัดการหล่ายวิธี ในปี คศ. 1991 ไฟเพอร์ได้ศึกษาพบว่า 3 กลวิธีในการจัดการกับความอ่อนล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การส่วน พลังงาน การใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการฟื้นฟูพลังงาน²⁶ และจากการนิวัจัยที่ผ่านมาพบว่า วิธีที่ผู้ป่วยใช้เพื่อลดความอ่อนล้า ได้แก่ 1. การลดหรือหยุดทำกิจกรรม เช่น การนอนพัก การรืบหลับ 2. การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือสังคม เช่น การออกกำลังกาย การเข้าสังคม 3. การบันเทิงใจ การฟังดนตรี การอ่านหนังสือ และ 4. วิธีอื่นๆ เช่น การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น การทำงาน และกลวิธีที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การนอนหลับ การออกกำลังกาย การทำงานสิ่งแตกต่างไป และการพูดคุยกับเพื่อนฝูง^{4,12,13,16,27-29}

จากรูปแบบความอ่อนล้าของไฟเพอร์และคณะ (Piper Integrated Fatigue Model) เครื่องบ่งชี้ความอ่อนล้ามีทั้งข้อมูลจากตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ที่ดีที่สุด และข้อมูลที่สังเกตได้ ซึ่งใช้อธิบายหั้งปัจจัยทางชีวภาพและจิตใจ ที่มีผลต่ออาการและการแสดงของความอ่อนล้า โดยประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังนี้ การสะสมของเมตาบอลไลท์ แบบแผนการเปลี่ยนแปลงและการแทนที่ของพลังงาน แบบแผนการมีกิจกรรม/การพัก แบบแผนการนอนหลับ/การตื่น แบบแผนโรค แบบแผนการรักษา แบบแผนอาการ แบบแผนด้านจิตใจ แบบแผนออกซิเจน แบบแผนการคงไว้/การส่งผ่านสัญญาณประสาท และแบบแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม และเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย

จากรูปแบบที่กล่าวมา ซึ่งให้เห็นปัจจัยหล่ายประการที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่ความอ่อนล้า อีกทั้งการจัดการกับความอ่อนล้าเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและต้องการกลวิธีหล่ายอย่างร่วมกัน³⁰ ในกรณีศึกษาครั้งนี้ ความอ่อนล้า เป็นผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษา อาการที่รับกวนการรับประทานอาหารและปัญหาการนอนหลับ เป็นข้อมูลจากตัวผู้ป่วย น้ำหนักตัวและระดับฮีมาโดยรุคิทที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการได้รับรังสี เป็นข้อมูลที่สังเกตได้ ที่อาจเกี่ยวข้องกับความอ่อนล้า ปัจจัยเหล่านี้เป็นภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน ที่มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องพัฒนาทักษะและความรู้ใหม่เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เป็นผลให้เกิดการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้า

สมมติฐาน

1. คะแนนความอ่อนล้าโดยรวมมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาที่ได้รับรังสีรักษา
2. ความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กับอาการที่รับกวนการรับประทานอาหาร ปัญหาการนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการได้รับรังสี น้ำหนักตัวและระดับฮีมาโดยรุคิทที่เปลี่ยนแปลง

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาล

ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ส่งขานศรินทร์ จ. สงขลา ซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ อายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาอย่างเดียว หรือรังสีรักษาหลังการผ่าตัด อย่างน้อย 4,000 เซนติเกรย์ วันละ 200 เซนติเกรย์ สามารถเข้าใจและพูดภาษาไทยได้ ไม่มีอาการสับสนในช่วงแรกของการศึกษา และยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ทั้งหมดจำนวน 60 ราย ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2544 เก็บข้อมูลที่หน่วยรังสีรักษา โดยมีการพิทักษ์ลิทเทิร์ของกลุ่มตัวอย่างทุกราย ข้อมูลส่วนบุคคลเก็บจาก การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ส่วนข้อมูลด้านคลินิกเก็บจากเวชระเบียน โดยเก็บในวันแรกก่อนเริ่มรับรังสีรักษา ข้อมูลอื่นๆ เก็บในวันแรกก่อนเริ่มรับรังสีรักษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน จากนั้นเก็บทุกวัน พฤหัสบดีหรือวันศุกร์ ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาแล้ว เป็นระยะเวลา 5-7 สัปดาห์ ข้อมูลน้ำหนักตัว เก็บก่อนเริ่มรับรังสีรักษา และลับดาห์ ลดลงระหว่างการรับรังสีรักษา ข้อมูลระดับเยื้อง โตรคริท เก็บทุกวันพฤหัสบดี ระหว่างการรับรังสีรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านคลินิก
- แบบวัดความอ่อนล้า (The Revised Piper Fatigue Scale) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ 0-10 สเกล ใช้ประเมินความอ่อนล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย 4 ด้าน

ได้แก่ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านการให้ความหมาย ด้านความรู้สึก และด้านอารมณ์ คะแนนยิ่งสูงหมายถึงความรุนแรงของความอ่อนล้า ยิ่งมาก ส่วนที่ 2 ใช้ประเมินช่วงเวลาที่เกิดความอ่อนล้า เป็นแบบเลือกตอบ 6 ข้อ และให้เปรียบเทียบความอ่อนล้าในช่วงวันที่ได้รับรังสีรักษา กับวันสุดลับдаห์ ส่วนที่ 3 ใช้ประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดความอ่อนล้าตามการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ 16 ข้อ

การตัดสินความรุนแรงของความอ่อนล้า ใช้เกณฑ์ตั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 0 ถึง 3 คะแนน หมายถึงมีความอ่อนล้าน้อย หากกว่า 3 ถึง 6 คะแนน หมายถึงมีความอ่อนล้าปานกลาง และหากกว่า 6 ถึง 10 คะแนน หมายถึงมีความอ่อนล้ารุนแรง

3. แบบสอบถามอาการที่รับกวนการรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ แต่ละข้อเป็น 6 ลิเกิตสเกล คะแนนยิ่งสูง หมายถึง อาการรบกวนการรับประทานอาหารยิ่งมาก

4. แบบวัดปัญหาการนอนหลับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ แต่ละข้อเป็น 5 ลิเกิตสเกล คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ปัญหาการนอนหลับยิ่งมาก

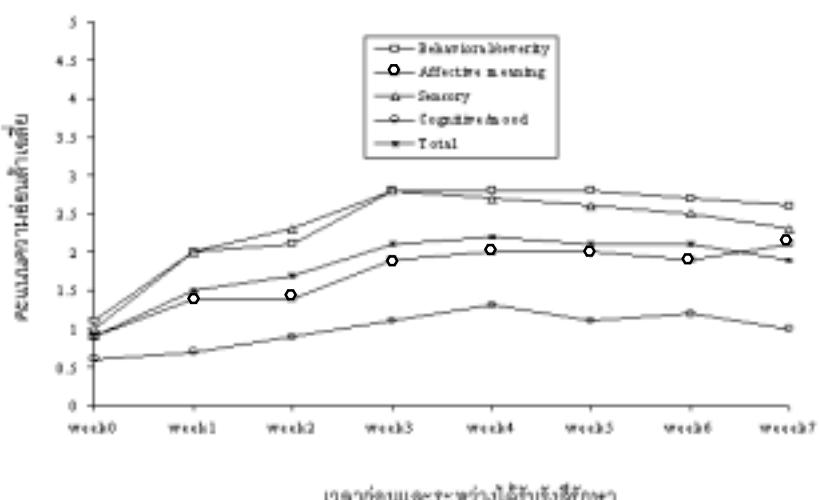
5. แบบสอบถามวิธีการจัดการกับความอ่อนล้า เป็นแบบเลือกตอบ 24 ข้อ ถ้ากลุ่มตัวอย่างเลือกทำวิธีใด ให้บอกประสิทธิภาพโดยใช้ 5 ลิเกิตสเกล คะแนน 0 หมายถึง ไม่ช่วยลดความอ่อนล้าจนถึง 4 หมายถึงลดได้มากที่สุด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (86.7%) มีอายุระหว่าง 32-81 ปี โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.7 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (75%) เป็นมะเร็งในระยะที่ 3 หรือ 4 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (60%) มีความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนเริ่มรับสิรัคษาอยู่ในระดับ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (86.7%) ได้รับรังสี 5,001 ถึง 7,000 เชนติเกรด์ โดยร้อยละ 65 ได้รับรังสีรักษาในช่วงเช้า มีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง (46.7%) จะใช้เวลาเฉลี่ยในการเดินทางน้อยกว่า 15 นาที

ก่อนเริ่มรับวังสีรักษา ร้อยละ 26.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนล้า โดยส่วนใหญ่มีความอ่อนล้าปานกลาง และมีผู้ใดมีความอ่อนล้ารุนแรงเลยหลังได้รับวังสีรักษา คะแนนเฉลี่ยของความอ่อนล้าในแต่ละด้านและโดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยคืออยู่

เพิ่มขึ้นจากลักษณะที่ 1 ถึงลักษณะที่ 3 สูงสุดใน
ลักษณะที่ 4 และค่อยๆ ลดลงจนกระทั่งลักษณะที่ 7
เมื่อพิจารณารายด้าน พบร่วมกับด้านพฤติกรรมหรือ
ความรุนแรง และด้านความรู้สึกเมื่อคืนแน่นเฉียบสูงกว่า
ด้านอื่น ในขณะที่ด้านอารมณ์เมื่อคืนแน่นเฉียบต่ำที่สุด
อย่างไรก็ตาม พบร่วมกับด้านความอ่อนล้าโดยรวมและราย
ด้าน มีรูปแบบเดียวกัน (**รูปภาพที่ 1**) นอกเหนื่องนี้ยัง
พบร่วมกับด้านความอ่อนล้าโดยรวมในแต่ละช่วงเวลา
ที่ได้รับรังสีรักษา แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 (**ตารางที่ 1**) จากข้อมูลที่ได้มีความ
กระจัดกระจาด การวิเคราะห์จัดกลุ่มไม่สามารถ
จำแนกแบบแผนของความอ่อนล้าระหว่างกลุ่ม
ตัวอย่างได้ โดยช่วงเวลาที่เกิดความอ่อนล้าที่พบบ่อย
คือ ช่วงบ่ายและเย็น โดยกลุ่มที่ได้รับรังสีรักษาใน
ช่วงเช้า พบร้อยละ 62.8 และ 56.8 ตามลำดับ



รูปภาพที่ 1 แสดงคะแนนความอ่อนล้าเฉลี่ยระหว่างไดร์บังสีรักษา

ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการคุณลักษณะเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งปริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความอ่อนล้าโดยรวมตลอดระยะเวลาการรับรังสีรักษา โดย การทดสอบ Friedman test (N = 52)

Wk	N	Range		Mean	S.D.	Skewness	F
		Possible Range	Actual Range				
1	60	0 – 10	0 – 6.8	1.5	2.1	1.16	7.944 ^{ns}
2	60	0 – 10	0 – 7.4	1.7	2.0	1.10	
3	60	0 – 10	0 – 7.1	2.1	2.1	.62	
4	60	0 – 10	0 – 9.0	2.2	2.4	.90	
5	60	0 – 10	0 – 7.2	2.1	2.4	.80	
6	52	0 – 10	0 – 8.1	2.1	2.6	.91	
7	34	0 – 10	0 – 7.9	1.9	2.5	.99	

^{ns} p > .05

และกลุ่มที่ได้รับรังสีรักษาช่วงบ่าย พบร้อยละ 58.9 และ 48.4 ตามลำดับ เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบความอ่อนล้า ในช่วงวันที่ได้รับรังสีรักษา กับ วันเสาร์–อาทิตย์ พบร้อยละ 46.1 ไม่รู้สึกแตกต่าง ในขณะที่ร้อยละ 40.7 รู้สึกว่าความอ่อนล้าในช่วง สุดลัปดาห์ลดลง และมีเพียงร้อยละ 8.2 ที่รู้สึกว่า ความอ่อนล้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับรังสีใน ช่วงเช้า จะพบความอ่อนล้ามากในช่วงสายด้วย ถึงร้อยละ 60.1 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับรังสีในช่วงบ่าย พบร้อยละ 35 และ ยังพบว่า สาเหตุของความอ่อนล้าตามการรับรู้ของ กลุ่มตัวอย่างที่มีความอ่อนล้าที่พbmakที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การได้รับรังสีรักษา การได้รับอาหาร ไม่เพียงพอ โรคมะเร็ง การเดินทางมารับรังสีรักษา และการรอรับรังสีรักษา

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้า พบร่วมกับความอ่อนล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับอาการที่รบกวนการรับประทานอาหาร และระดับปานกลางกับปัญหาการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบรความสัมพันธ์ระหว่าง ความอ่อนล้ากับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อน การได้รับรังสี น้ำหนักตัวและระดับซีมาโดยคริติกที่เปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2) และเมื่อเกิดความอ่อนล้าแล้ว วิธี การคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ การอนพัก นอนหลับ การดื่มน้ำ ผลไม้/เครื่องดื่มบำรุง/น้ำ การพักกับญาติ และ การเขีบหลับ และยังพบว่ากลวิธีที่ใช้บ่อย ไม่จำเป็น จะต้องเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด การหยุดรับรังสีรักษา เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดย มีค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพเท่ากับ 3.5 แต่ใช้เพียงร้อยละ 6.2 ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้ากับอาการที่รับการรับประทานอาหาร ปัญหาการนอนหลับ ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนได้รับรังสีรักษา น้ำหนักและระดับฮีมาโดยคริทที่เปลี่ยนแปลง โดย Spearman's rho correlation coefficients ($N = 60$)

ความอ่อนล้าสัมพันธ์กับ	R
อาการที่รับการรับประทานอาหาร	.794**
ปัญหาการนอนหลับ	.371**
ความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนได้รับรังสีรักษา	.009
น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลง	-.036
ระดับฮีมาโดยคริทที่เปลี่ยนแปลง	.192

** $p < .01$

อภิรายผล

ก่อนได้รับรังสีรักษาร้อยละ 26.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนล้า โดยส่วนใหญ่อ่อนล้าปานกลาง และไม่พบว่าผู้ใดมีความอ่อนล้ารุนแรงหลังจากได้รับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนล้าเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ 1 จนถึงสัปดาห์ที่ 3 สูงสุดในสัปดาห์ที่ 4 และลดลงจนกระทั่งสัปดาห์ที่ 7 ซึ่งผลข้างเคียงเฉียบพลันจากการรังสีรักษา ส่วนใหญ่เกิดในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 และสูงในสัปดาห์ที่ 3 และ 431 เป็นที่น่าสังเกตว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.7 ไม่มีความอ่อนล้าเลยตลอดระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความอ่อนล้าน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัยดังนี้ ประการแรก มีการสนับสนุนกันเองระหว่างผู้ป่วยเป็นกลุ่มเล็กๆ ระหว่างรอรับรังสีรักษา และระหว่างการพักรวมกันของผู้ป่วยและญาติที่

อาการเย็นศีริ (เป็นที่พักของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆานครินทร์รวมทั้งญาติที่ไม่มีที่พักในจังหวัดสงขลา) โดยได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการข้างเคียง วิธีการจัดการกับความอ่อนล้า การเปลี่ยนวิถีชีวิต และความรู้สึกในเรื่องความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน และมีการช่วยเหลือกันทางด้านจิตสังคม

ประการต่อมา คือ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพระหว่างการรักษา และร้อยละ 65 ของกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งไม่ต้องประกอบอาชีพและรับผิดชอบเกี่ยวกับงานประจำวัน จากการศึกษาของโวโกลเชงและคอลล์³² พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 66 ปี รายงานว่าความอ่อนล้ามีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันน้อย นอกจากนี้สถานภาพสมรสและสังคมวัฒนธรรมอาจ

ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญระหว่างการได้รับรังสีรักษา ร้อยละ 81.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ และทุกคนมีคู่สมรสหรือญาติอยู่ด้วยตลอดจากการศึกษาของฮิบบาร์ดและคณะ อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล³³ พบว่า กลุ่มที่แต่งงานมีระดับของการสนับสนุนและการปฏิบัติการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้แต่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยสุดท้ายคือ วิธีการรักษา รังสีรักษาเป็นการรักษาเฉพาะที่ การแบ่งขนาดของรังสีและการหยุดรังสีรักษาในช่วงสุดสัปดาห์ช่วยให้เซลล์ปกติได้มีโอกาสฟื้นฟูภาวะปกติ¹⁹ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงเดือนเมษายน และพฤษภาคม มีโอกาสหยุดรังสีรักษา เนื่องจากตรงกับวันหยุดนักขัตฤกษ์ทำให้ร่างกายมีโอกาสฟื้นฟูและสำรองพลังงาน เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มตัวอย่าง 8 ใน 10 ราย ที่ไม่มีความอ่อนล้าเลย ได้รับรังสีรักษาในช่วงนี้ และในกรณีที่ผู้ป่วยมีความอ่อนล้ามาก รังสีแพทย์จะพิจารณาหยุดรังสีรักษา 1-2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง 6 ใน 7 ราย รายงานว่า การหยุด 5-7 วัน เพียงพอต่อการฟื้นหายของความอ่อนล้า และสามารถกลับมาได้รับรังสีรักษาต่อจนครบ ดังนั้น อาจเป็นเหตุให้ความอ่อนล้าโดยรวมที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบีชและคณะ²² ซึ่งพบว่าคะแนนความอ่อนล้าโดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับรังสีรักษาไม่เปลี่ยนแปลงจากก่อนการรักษา จนถึงสัปดาห์ที่สี่และสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา แต่แตกต่างจากผลการศึกษาของเยลอกและชาร์ท²³

คงและคณะ⁴ โโคบากิ-สกอด²⁴ ซึ่งพบว่าความอ่อนล้าเพิ่มขึ้นระหว่างการได้รับรังสีรักษา และเป็นที่น่าสังเกตว่า ทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสหยุดรังสีรักษาและคะแนนความอ่อนล้า ต่างก็สูงสุดในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งถ้าไม่วินหยุด อาจทำให้พบความอ่อนล้าสูงกว่านี้ได้

ช่วงบ่ายและเย็นเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้าบ่อยที่สุด โดยกลุ่มที่ได้รับรังสีรักษาในช่วงเช้าจะเกิดบ่อยกว่า ซึ่งอาจเป็นผลจากระยะเวลาที่คุยนาน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในช่วงเช้ามีมากกว่าช่วงบ่าย และการรอพบแพทย์รวมทั้งการเจาะเลือด อีกทั้งความอ่อนล้ามักจะเกิดสูงสุด 2 ถึง 4 ชั่วโมงภายหลังได้รับรังสีรักษา³⁴ และอุณหภูมิของร่างกายจะขึ้นสูงสุดในช่วงบ่าย³⁵ และช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลเป็นช่วงตด้วน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.4 รายงานว่าอาการร้อนเป็นสาเหตุของความอ่อนล้า ผลการศึกษาที่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิรีบีร์กและคณะ²¹ เยลอกและชาร์ท²³ คงและคนอื่น⁴ และปิยวรรณ ปฤฒานาณรังสี¹⁶ และยังพบว่าการหยุดรังสีรักษาในวันสุดสัปดาห์ ทำให้อ่อนล้าลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากร่างกายมีโอกาสฟื้นตัว และสำรองพลังงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยลอกและชาร์ท²³ ในกรณีที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 3.3-13.5 เท่านั้นที่มีความอ่อนล้ารุนแรง และรายงานว่าการพักเพียง 2 วันจากการได้รับรังสีรักษาและการเดินทาง ไม่เพียงพอสำหรับการฟื้นคืนของความอ่อนล้า

ເນື່ອພິຈາລາສາຫເຫດຖີ່ທີ່ກຳໄຫ້ເກີດຄວາມອ່ອນລ້າ ພບວ່າຮັງສຶກສາເປັນສາຫເຫດອັນດັບແຮກທີ່ກຳໄຫ້ເກີດຄວາມອ່ອນລ້າ ຮະຫວ່າງການຮັບຮັງສຶກສາ ຮ່າງກາຍໃຊ້ພັດງານອ່າງมากໃນການຝຶກສະກຸພາແລະຜູລາຈາກຮັງສີ ຕ່ອເຊລົ່ມປົກຕິຈາກທີ່ກຳໄຫ້ເກີດຄວາມອ່ອນລ້າ¹⁹ ຜົດການສຶກສາທີ່ໄດ້ສອດຄຸລ່ອງກັບການສຶກສາຂອງ ປີຍວຣະນ ປຸກຄົນການຸ່ຽງສີ²⁰ ທີ່ພບວ່າເຄີມປຳບັດກີ່ເປັນສາຫເຫດອັນດັບໜົນ ສຳຮັບສາຫເຫດອັນດັບສອງ ພບວ່າ ເກີດຈາກການໄດ້ຮັບອາຫານໄໝເພີ່ມພອ ກັ້ນນີ້ເນື່ອຈາກຮັງສຶກສາມີຜູລໂດຍຕຽບ ຕ່ອນີ້ອີ່ປົກຕິໃນໜີ່ອັນດັບ ທີ່ກຳໄຫ້ເກີດປັ້ງຫາກການຮັບປະການອາຫານອ່າງຮຸນແຮງ^{7,36} ໃນການສຶກສາຄົງນີ້ ພບວ່າຮ້ອຍລະ 51.9–86.9 ຂອງ ກລຸ່ມຕົວອ່າງ ມີການເຄີຍລຳນາກ ເຈັບຄອ ການຮັບຮ່າດອາຫານເປັນແປງ ນ້າລາຍເໜີຍ ເບື້ອອາຫານ ປາກແໜ້ງ ເຄີຍລຳນາກ ແລະເຈັບປາກ ນອກຈາກນີ້ການເດີນທາງຍັງເປັນສາຫເຫດຖີ່ພບສູງລຶ່ງຮ້ອຍລະ 52.7 ລຶ່ງແນ້ວ່າເກືອບຄົງທີ່ນີ້ຂອງກລຸ່ມຕົວອ່າງຈະໃໝ່ເວລາເລີ່ມໃນການເດີນທາງນ້ອຍກວ່າ 15 ນາທີ ແຕ່ ການເດີນທາງທຸກວັນກີ່ຍັງເປັນກາຮະຂອງຜູ້ປ່າຍ ທີ່ສົ່ງສອດຄຸລ່ອງກັບການສຶກສາຂອງໂອເບຣັກແລະຄະນະ⁵ ແລະ ຮ້ອຍລະ 40.7 ຂອງກລຸ່ມຕົວອ່າງຍັງຮ່າຍງານວ່າ ເວລາທີ່ອ ດັນ ມ່ວຍຮັງສຶກສາ ໃນແຕ່ລ່ວນທີ່ມາກວ່າ 30 ນາທີ ທີ່ກຳໄຫ້ເກີດຄວາມອ່ອນລ້າ ແລະຈາກການສຶກສາຂອງໄພເພວ່ອ²⁶ ພບວ່າແບບແຜນທາງດ້ານຈິຕໃຈເປັນສາຫເຫດຖີ່ສຳຄັນທີ່ກຳໄຫ້ເກີດຄວາມອ່ອນລ້າ ແຕ່ຈາກການສຶກສາຄົງນີ້ພບໃນກລຸ່ມຕົວອ່າງເພີ່ມຮ້ອຍລະ 20.6 – 32.1 ກັ້ນນີ້ອາຈານີ້ຈາກການສັນບັນດຸນທາງດ້ານຈິຕ ສັນຄມໃນປະເທດໄທຢ ແຕກຕ່າງຈາກຕ່າງປະເທດ

ເນື່ອໄດ້ຮັບການວິນຈັບຍໍວ່າເປັນມະເງິງແລະຮ່າງກວ່າການຮັບຮັງສຶກສາ ຄຣອບຄຣວ ເພື່ອນ ຖູາຕີ ຕລອດຈຸນບຸດລາກຮົນທີ່ມີສຸກາພຈະໃຫ້ການຮູ້ແລກທາງດ້ານຈິຕໃຈແກ່ຜູ້ປ່າຍ ກລຸ່ມຕົວອ່າງທັງໝາດມີຄູ່ສມຮສຫ້ອພູາຕີອູ່ ດ້ວຍຕລອດ ນອກຈາກນີ້ກ່ອນການໄດ້ຮັບຮັງສຶກສາ ຍັງໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແພທຍີແລະພຍາບາລເກີ່ຍກັບການຮັກສາ ແລະກາຈັດກາກັບຜູລ້າງເຄີຍ ສິ່ງເຫຼັນນີ້ອາຈານໜ້າ ລດຄວາມວິຕກັງວລ ແລະຄວາມເຄີຍດີໄດ້

ເນື່ອພິຈາລາປັຈຍີ່ທີ່ເກີ່ຍກັບຄວາມອ່ອນລ້າ ພບວ່າຄວາມອ່ອນລ້າມີຄວາມສົ່ມພັນເກົ່າທັງບາງໃນຮະດັບສູງກັບອາການທີ່ໄຮການການຮັບປະການອາຫານ ແລະຮະດັບປານກລາງກັບປັ້ງຫາການອນຫລັບອ່າງມືນຍ້ ສຳຄັນທາງສົດທີ່ຮະດັບ .01 ຮັງສຶກສາມີຜູລໂດຍຕຽບຕ່ອງເຊລົ່ມປົກຕິໃນໜີ່ອັນດັບ ທີ່ກຳໄຫ້ການຮັບສະໜັບທີ່ຂອງຕ່ອມນ້າລາຍຜົດປົກຕິ ໃນການສຶກສາຄົງນີ້ ຂະແນນເນີ່ງຂອງອາການທີ່ໄຮການການຮັບປະການອາຫານອູ່ໃນຮະດັບນ້ອຍມາກສົ່ງນ້ອຍ ທີ່ອາຈານີ້ຈາກພຍາບາລ ແລະຮັງສີແພທຍີໃຫ້ຄວາມສຳຄັນເກີ່ຍກັບປັ້ງຫາ ໂກຂານກາຮະນັກຕົວທີ່ລົດລົງຂອງກລຸ່ມຕົວອ່າງໂດຍຮັງສີແພທຍີປະເມີນປັ້ງຫາໃນໜີ່ອັນດັບຖຸກລັບປັດທີ່ ແລະໃຫ້ຄຳແນະນຳແລະການຮັກສາດາມປັ້ງຫາຂອງຜູ້ປ່າຍ ສ່ວນພຍາບາລຈະປະເມີນແລະສັນບັນດຸນໂດຍເພັະໃນຜູ້ປ່າຍທີ່ມີປັ້ງຫາການເສຽງສົງ ເຊັ່ນ ການບໍລິການນ້າຫວານອາຫານເສີມ ໄຂ່ ແລະນໍາດືມ ເທົ່າທີ່ຜູ້ປ່າຍຕ້ອງການໃນການສຶກສາຄົງນີ້ ກລຸ່ມຕົວອ່າງ 15 ຮາຍ ມີປັ້ງຫາການຮັບປະການອາຫານມາກ 7 ຮາຍຕ້ອງໄດ້ຮັບອາຫານເຫລວທາງສາຍຍາງ ແລະ 8 ຮາຍໄດ້ຮັບສານ້າ ສ່ວນຂະແນນເຈີ່ຍຂອງປັ້ງຫາການອນຫລັບມີຮະດັບຕໍ່ ກລຸ່ມ

ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า รายงานว่าต้องการการนอนหลับระหว่างวัน ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของบิยารอน ปฤชานภานุรังษี¹⁶ ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้ากับปัญหาการนอนหลับในระดับปานกลางเช่นกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้ากับความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนการได้รับรังสี น้ำหนักตัวและระดับฮีมาโดยริตริตที่เปลี่ยนแปลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนได้รับรังสีรักษา อุญญ์ในระดับ 1 และ 2 ถึงร้อยละ 60 และ 38.3 ตามลำดับ ซึ่งบ่งชี้แนวโน้มว่าจะมีความอ่อนล้าน้อย และเมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวพบว่าร้อยละ 76.6 น้ำหนักลดลงแต่ก็ไม่มากนัก โดยร้อยละ 51.7 ลดน้อยกว่า 5 กก. ในขณะที่ร้อยละ 21.7 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย น้ำหนักเพิ่มมากถึง 9.4 กก. ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการให้ความสนใจของพยาบาลและแพทย์ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของบีแซและคอนະ²² และกรินเบิร์กและคอนະ²¹ ส่วนระดับฮีมาโดยริตริต ทั้งในผู้ชาย และผู้หญิงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของเออร์วินและคอนະ⁹ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความอ่อนล้ากับระดับฮีมาโดยริตริตและระดับฮีโมโกลบิน

เมื่อเกิดความอ่อนล้า การนอนพัก นอนหลับ และเงียบหลับ เป็นกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากถึงร้อยละ 81.9, 81.1 และ 74.1 ตามลำดับ และ

ให้ผลในการลดความอ่อนล้าเล็กน้อยถึงปานกลางจากการศึกษาของไฟเพอร์²⁶ พบว่า กลวิธีที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับความอ่อนล้า คือ การคงไว้ การใช้อย่างเหมาะสม และการพื้นฟู พลังงาน การนอนพักและเงียบหลับระหว่างวัน ในการคงไว้ซึ่งพลังงาน การนอนหลับในตอนกลางคืน เป็นการพื้นฟูพลังงาน และการเงียบหลับภายหลังจากกลับจากการรับรังสีรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังงานสำหรับในช่วงเวลาที่เหลือของวัน ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของเกรตตอนและคอนະ²⁷ เออร์วินและคอนະ²⁸ ไฟเพอร์และดอด³⁷ และบิยารอน ปฤชานภานุรังษี¹⁶ และยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนในช่องปากจากผลข้างเคียงของรังสีรักษาทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอและเกิดความอ่อนล้าตามมา กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 79 เลือกใช้ไวชีการดื่มน้ำผลไม้/เครื่องดื่มน้ำรุ่ง/น้ำ และไวชีนีมีประสิทธิภาพปานกลาง จากการศึกษาของประทุม สร้อยวงศ์³⁹ พบว่าการดื่มน้ำผลไม้ น้ำหวาน น้ำอุ่น และการรับประทานผลไม้หวาน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ อีกกลวิธีหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างใช้ถึงร้อยละ 77.8 ได้แก่ การพักกับญาติระหว่างการได้รับรังสีรักษา ทุกคนพักกับญาติโดยส่วนใหญ่พักกับคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการเอื้อให้ผู้ป่วยบรรลุถึงพุทธิกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล³³ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวทำงานยที่ดีสำหรับการดูแลตนเอง

ເນື່ອໄດ້ຮັບກາරຮັກໝາແລະເກີດຄວາມອ່ອນລ້າ ຜູ້ປ່າຍັນກຈະໄດ້ຮັບຄໍາແນະນຳໃຫ້ຫຼຸດກິຈການແລະເພີ່ມ ການພັກຜ່ອນ ຈາກການສຶກໝາຂອງລັພນາ ກິຈຈຸ່ງໂຮຈນ⁴⁰ ພບວ່າ ເກືອບຄົງໜຶ່ງຂອງຜູ້ປ່າຍະເຮັງປາກມດູກທີ່ ໄດ້ຮັບຮັກສຶກໝາໄມ່ກຳລັກອອກກຳລັງກາຍເພຣະໄມ່ແນ່ໃຈວ່າ ອາຈານໃຫ້ເກີດຜລເສີຍຕ່ອສຸກພພ ແຕ່ຈາກການສຶກໝາ ຄຽນນີ້ ກຸລຸມດ້ວຍຢ່າງເຖິງຮ້ອຍລະ 64.2 ເລືອກໃຊ້ວິທີການ ເດີນ ແລະຮ້ອຍລະ 33.7 ອອກກຳລັງກາຍໂດຍການບວຍຫາ ແຂນ ຂາ ແລະຄອ ແລະປະສິກົນກາພທີ່ໄດ້ຄົນໄປທາງ ປານກລາງ ທັນນີ້ຈ້າເນື່ອຈາກການແນະນຳແລະການ ກະຕຸ້ນຈາກພຍາບາລ ໂດຍການນໍາກາຍບວຍຫາທີ່ອາຄາຣ ເຢັນຄົງຖຸກເຂົ້າວັນລະປະມານ 10-15 ນາທີ ແລະສໍາຮັບ ການເດີນເປັນການອອກກຳລັງກາຍທີ່ໃຊ້ໃດໃນທຸກກຸລຸມອາຍຸ ແລະຫຼຸດກະຍະຂອງໂຮກ ຈານວິຈັຍທີ່ຜ່ານມາຂອງເບອຮົກລ ແລະຄອນ⁴¹ ມອຄແລະຄອນ⁴² ແລະວິນນິງແຍມ⁴³ ພບວ່າ ການເດີນຂ່າຍເພີ່ມພລັງງານ ຄວາມສາມາດໃນການກຳ ທັນນີ້ ແລະຄຸນກາພຫິວິດ ສ່ວນກາຮ່າງຮັບຮັກສຶກໝາ ແມ່ຈະເປັນວິທີ່ທີ່ມີປະສິກົນກາພມາກ ແຕ່ມີຜູ້ເລືອກໃຫ້ ນ້ອຍ ທັນນີ້ເນື່ອຈາກກຸລຸມດ້ວຍຢ່າງ ຖຽບວ່າການໄດ້ຮັບຮັກສຶກໝາທີ່ລ່າຊ່າກວ່າແຜນການຮັກໝາ ຈະກຳໃຫ້ ປະສິກົນກາພຂອງການຮັກໝາລດລົງ ດັ່ງນັ້ນຈຶ່ງເລືອກໃຫ້ ກລວິທີ່ນີ້ເນື່ອຈໍາເປັນ

ຂໍ້ເສນອແນະ

ຈາກຜລກາວວິຈັຍຄຽນນີ້ ເປັນແນວທາງສໍາຮັບ ພຍາບາລໃນການວັງແນນເຕີຍມຜູ້ປ່າຍແລະຄູາຕິສໍາຮັບ ການໄດ້ຮັບຮັກສຶກໝາ ໂດຍການປະເມີນຄວາມຮຸນແຮງ ຂອງຄວາມອ່ອນລ້າ ປ້ຈັຍທີ່ເກີຍວ່າຈຸ່ອ ໂດຍເນັພະ

ອາການທີ່ໄວ້ກວນການຮັບປະການອາຫາຣ ແລະປ່າຍ້າ ການອ່ອນຫລັບ ຮ່ວມທັງຄວາມຮຸນໃນການດູແລຕນເອງເພື່ອ ຈັດການຮັບຄວາມອ່ອນລ້າຂອງຜູ້ປ່າຍໃນທຸກຮະຍະຂອງໂຮກ ທຸກສະຖານທີ່ ແລະທຸກຄົນ ເພື່ອສາມາດໃຫ້ຄໍາແນະນຳ ດາມຄວາມຕ້ອງການຂອງຜູ້ປ່າຍແຕ່ລະຮາຍ ນອກຈາກນີ້ ການໃຊ້ກລວິທີ່ຫລາຍອຍ່າງຮ່ວມກັນ ອາຈ່າຍລົດຄວາມ ອ່ອນລ້າ ໃນຜູ້ທີ່ມີຄວາມອ່ອນລ້າຮຸນແຮງຫຼືມ້າສາມາດ ພັດນາພຸດທິການການດູແລຕນເອງຈະໄດ້ຮັບປະໂຍ່ນຈົນ ຈາກກລວິທີ່ເນັພະ ໃນຂອນທີ່ຜູ້ທີ່ມີຄວາມອ່ອນລ້າເລັກນ້ອຍ ຍັງຄົດໄດ້ຮັບປະໂຍ່ນຈາກການໃຫ້ຄວາມຮຸນຕາມປົກຕິ ແລະການສັນນັບສຸນຈາກເຈົ້າໜ້າທີ່ ຮ່ວມທັງການມີ ປົງລິມພັນົງກັບຜູ້ປ່າຍເນື່ອຮ່ວ່າການໄດ້ຮັບຮັກສຶກໝາ ນອກຈາກນີ້ຄວາມເນັ້ນຄວາມສໍາຄັນຂອງປຣາກົງກາຣົນ ຄວາມອ່ອນລ້າໃນຜູ້ປ່າຍະເຮັງ ປ້ຈັຍທີ່ສ່າງເສີມແລະ ການປົງປັດທິກິຈການການພຍາບາລໃນການສຶກໝາທາງການ ພຍາບາລໂດຍເນັພະອຍ່າງຍິ່ງ ສໍາຮັບພຍາບາລ ເນັພະທາງການຮັກສຶກໝາ ຫຼືພຍາບາລທີ່ເຕີຍມ ສໍາຮັບການດູແລ ຜູ້ປ່າຍະເຮັງທີ່ໄດ້ຮັບຮັກສຶກໝາ ແລະ ການກຳກຳວິຈັຍຕ່ອນເອົາເນື່ອໂປຣແກຣມສໍາຮັບການລົດ ອາການຂ້າງເຄີຍຂອງຮັກສຶກໝາ ເຊັ່ນ ອາການທີ່ໄວ້ກວນ ການຮັບປະການອາຫາຣ ການເປີຍບໍເຫັນບຸນດຸກຕິກາຣົນ ແລະປະສິກົນກາພຂອງກິຈການການດູແລຕນເອງຂອງຜູ້ປ່າຍທີ່ມີຄວາມ ອ່ອນລ້າປານກລາງເຖິງຮຸນແຮງໂດຍພິຈາລະນາຂໍອມູນພື້ນຮຸນ ເຊັ່ນ ເປົ້າ ອາຍຸ ສະຖານກາພສມຣສ ຮະຍະຂອງໂຮກ ການສັນນັບສຸນທາງສັງຄມ ແລະການຫຼຸດພັກການໄດ້ຮັບ ຮັກສຶກໝາ ນອກຈາກນີ້ຄວັງສຶກໝາຄວາມອ່ອນລ້າໃນ

ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

ประชากรกลุ่มอ่อน เช่น กลุ่มที่มีอายุแต่ด่างกัน หรือในกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงในประชากรกลุ่มอ่อนที่มีความอ่อนล้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ. เยาวลักษณ์ เลาหะจินดา รศ. ดรุณี ชุณหัวตัด ที่ให้ข้อมูลเดิมและสนับสนุน เป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และขอขอบคุณ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่มารับบริการที่หน่วยรังสีรักษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลส่งขานครินทร์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Jacob CD, Pinto H. Head and neck cancers. In McDonald JS, Haller DJ, Mayer RJ, eds. **Oncology therapeutics**. 3rd ed. Philadelphia : JB. Lippincott, 1995:162–9.
2. National Cancer Institute of Thailand. **Annual Report 1995**.
3. Vatanasapt V, Sriamporn S. Oral cavity. In Deerasamee S, et al. eds. **Cancer in Thailand** (Vol 2, 1992–1994), 1999.
4. King KB, Nail LM, Kreamer K, Strohl RA, Johnson JE. Patients' descriptions of the experience of receiving radiation therapy. **Oncology Nursing Forum** 1985; 12:55–61.
5. Oberst MT, Hughes SH, Chang AS, McCubbin MA. Self-care burden, stress appraisal, and mood among persons receiving radiotherapy. **Cancer Nursing** 1991; 14:71–8.
6. Haggood AS. Head and neck cancers. In Otto SE, ed. **Oncology Nursing**. 3rd ed. St. Louis : Mosby-Year Book, 1997:227–67.
7. Strohl RA. Radiation therapy. In Miaskowski C, Buchsel P, eds. **Oncology Nursing: Assessment and Clinical Care**. St. Louis : Mosby-Year Book, 1999: 59–82.
8. Blesch KS, Paice JA, Wickham R, Harte N, Schnoor DK, Purl S, et al. Correlates of fatigue in people with breast or lung cancer. **Oncology Nursing Forum** 1991; 18:81–7.
9. Irvine DM, Vincent L, Bubela N, Thompson L, Graydon J. The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy: a comparison with the fatigue experienced by healthy individuals. **Cancer Nursing** 1994; 17:367–78.
10. Kubricht DW. Therapeutic self-care demands expressed by outpatients receiving external radiation therapy. **Cancer Nursing** 1984; 2:43–52.
11. Irvine DM, Vincent L, Bubela N, Thompson L, Graydon J. A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. **Cancer Nursing** 1991; 14:188–99.
12. Mock V, Dow KH, Meares CJ, Grimm PM, Dienemann JA, Haisfield-Wolfe ME, et al. Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 1997; 24:991–1000.
13. Winningham ML, Nail LM, Burke MB, Brophy L, Cimprich B, Jones LS, et al. Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. **Oncology Nursing Forum** 1994; 21:23–36.
14. Ferrell BR, Grant M, Dean GE, Funk B, Ly J. "Bone tired": the experience of fatigue and its impact on quality of life. **Oncology Nursing Forum** 1996; 23:1539–47.
15. Skalla KA, Lacasse C. Patient education for fatigue. **Oncology Nursing Forum** 1992; 19:1537–41.

ເຕັມອວຍ ແຫ່ງດີ ແລະ ຄວາມ

16. Pritsanapanurungsie P. Patterns of Fatigue, Related Factors, and Self-Care Actions among Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. Master's Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2000.
17. Baker KH, Feldman JE. Cancers of the head and neck. **Cancer Nursing** 1987; 10: 293-9.
18. Iwamoto R. Cancers of the head and neck. In Dow KH, Bucholtz JD, Iwamoto R, Fieler V, Hilderley L, eds. **Nursing Care in Radiation Oncology**. 2nd ed. Philadelphia : WB. Saunders, 1997: 239-60.
19. The National Cancer Institute. (No Date). **Fast facts about radiation therapy**. [online]. Available: <http://www.cancernet.nei.nih.gov> top [1999, September 22].
20. Bushkin ER. Principles of oncology nursing. In Holland JF, III EF, Bast-Jr RC, Kufe DW, Morton DL, Weichselbaum RR, eds. **Cancer Medicine**. Philadelphia: Lea & Febiger, 1993:1034-53.
21. Greenberg DB, Sawicka J, Eisenthal S, Ross D. Fatigue syndrome due to localized radiation. **Journal of Pain Symptom and Management** 1992; 7:38-45.
22. Beach P, Siebenek B, Buderer NF, Ferner T. Relationship between fatigue and nutritional status in patients receiving radiation therapy to treat lung cancer. **Oncology Nursing Forum** 2001; 28:1027-31.
23. Haylock PJ, Hart LK. Fatigue in patients receiving localized radiation. **Cancer Nursing** 1979; 2:461-7.
24. Kobashi-Schoot JAM, Hanewald GJFP, Van-Dam FSAM, Bruning PF. Assessment of malaise in cancer patients treated with radiotherapy. **Cancer Nursing** 1985; 8:306-13.
25. Sitton E. Managing side effects of skin changes and fatigue. In Dow KH, Bucholtz JD, Iwamoto R, Fieler V, Hilderley L, eds. **Nursing Care in Radiation Oncology**. 2nd ed. Philadelphia : WB. Saunders, 1997: 79-100.
26. Piper BF. Alterations in energy: the sensation of fatigue. In Baird S, McCorkle R, Grant M, eds. **Cancer Nursing: a Comprehensive Textbook**. Philadelphia : WB. Saunders, 1991: 894-908.
27. Graydon JE, Bubela N, Irvine D, Vincent L. Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. **Cancer Nursing** 1995; 18:23-8.
28. Irvine DM, Vincent L, Graydon JE, Bubela N. Fatigue in woman with breast cancer receiving radiation therapy. **Cancer Nursing** 1998; 21:127-35.
29. Ream E, Richardson A. From theory to practice: designing interventions to reduce fatigue in patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 1999; 26:1295-1303.
30. Piper BF, Lindsey AM, Dodd MJ. Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. **Oncology Nursing Forum** 1987; 14:17-23.
31. Strohl RA. The etiology and management of acute and late sequelae of radiation therapy in persons with head and neck cancers. **Oral-Head and Neck Nursing** 1995; 13:23-7.
32. Vogelzang NJ, Breibart W, Ceela D, Curt GA, Groopman JE, Horning SJ, et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: Results of a tripart assessment survey. **Seminars in Hematology** 1997, 34:4-12.
33. Hanucharunkul S. Predictors of self-care in cancer patients receiving radiation therapy. **Cancer Nursing** 1989; 12:21-7.
34. Halopian G. (No Date). **Tired or Fatigue**. [online]. Available: <http://www.oncolink.upenn.edu.html> [2001, July 5].
35. Hubsky EP, Sears JH. Fatigue in multiple sclerosis: Guidelines for nursing care. **Rehabilitation Nursing** 1992; 17:176-80.
36. Parzuchowski J. Head and neck cancers. In Otto SE, ed. **Oncology Nursing**. 2nd ed. St. Louis : Mosby-Year Book, 1994: 221-260.

ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งมีริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

37. Piper BF. Fatigue: Current bases for practice. In Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT, Copp LA, Weise RA. eds. **Key Aspects of Comfort: Management of Pain, Fatigue and Nausea.** New York: Springer, 1989: 187–98.
38. Richardson A, Ream EK. Self-care behaviors initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. **International Journal of Nursing Studies** 1997; 34:35–43.
39. ประทุม สร้อยวงศ์. แบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเด้านมที่ได้รับเคมีบำบัด วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
40. Kitrungrote L. Severity of Side Effects, Self-Esteem, Social Support, and Role Adaptation of Cervical Cancer Patients Receiving Radiation Therapy. Master's Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2000.
41. Berglund G, Bolund C, Gustasson UL, Sjoden PO. One-year follow-up of the 'starting again' group rehabilitation program for cancer patients. **European Journal of Cancer** 1994; 30:1744–51.
42. Mock V, Burke MB, Sheehan P, Creaton EM, Winningham ML, McKenney-Tedder S, et al. A nursing rehabilitation program for women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 1994; 21:899–907.
43. Winningham ML. Walking program for people with cancer: getting started. **Cancer Nursing** 1991; 14:270–6.

Fatigue, related factors, and self-care actions to manage fatigue of head and neck cancer patients receiving radiation therapy

Aimorn Saejew* B.SC. (Nursing and Midwifery) M.N.S. (Adult Nursing)

Yauwaluk Lauhachinda** M.Ed. (Nursing Administration)

Somchit Hanucharurnkul*** Ph.D., Temsak Phunggrassami**** M.D.

Abstract : Fatigue is the most frequently experienced symptom of cancer and cancer treatment that may affect health state, leading to the terminated or discontinued treatment.

Objective : the purposes of this study were : (1) to describe patterns of fatigue, (2) to examine the relationships between fatigue and symptoms interfering with eating, sleep disturbance, ECOG performance status, body weight change and hematocrit change, and (3) to explore self-care actions to manage fatigue and their effectiveness.

Design : Prospective, descriptive study.

Setting : Division of Radiotherapy of Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.

Samples: Purposive sampling was used. Sixty patients with head and neck cancer who met the inclusion criteria were recruited from February to July 2001.

Instrument : The Demographic Characteristic and Clinical Data Form, the Revised Piper Fatigue Scale, the Symptoms Interfering with Eating Questionnaire, The Sleep Disturbance Scale, and the Self-Care Actions to Manage Fatigue Questionnaire.

Results : Most of the head and neck cancer patients receiving radiation therapy experienced mild fatigue. The mean scores of total fatigue gradually increased in the first week, then peaking in the fourth week, and finally, gradually declining in the

* Instructor, Department of Medical Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

** Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.
Mahidol University,

*** Professor, Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

**** Assistant Professor, Division of Radiotherapy of Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine,
Prince of Songkla University.

ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการคุ้มครองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งบุรีรัมย์และครอบครัวที่ได้รับรังสีรักษา

seventh week. Overall, there were no significant differences between the total fatigue scores over time during radiation therapy ($p>.05$). Cluster analysis could not identify patterns of fatigue. The periods that fatigue had been mostly found were in the late afternoon and in the early evening. The most common causes of fatigue were radiation therapy and a lack of nutrition. Regarding the relationship, fatigue was significantly ($p<.01$) and positively correlated at the high level with symptoms interfering with eating and it correlated at a moderate level with sleep disturbance. Self-care actions that were mostly used to manage fatigue were lying down and sleeping. Discontinuity of receiving radiation therapy was the most effective strategy.

This study provides basic data for nurses to assess head-and-neck cancer patients receiving radiation therapy who experience fatigue and give them health education. Moreover, it shows the ability of patients to initiate actions to relieve fatigue. Rama Nurs J 2002; 8(3) : 192-208.

Keywords : Fatigue, self-care actions to manage fatigue, head and neck cancer, radiation therapy