

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง  
ที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2559  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHRENCE OF CANCER PATIENTS  
RECEIVING ORAL ANTICANCER AGENTS IN TERTIARY HOSPITAL

Miss Boonratree Wanichrattanakul



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิด รับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
โดย	นางสาวบุณฑรีตราตรีส์ วานิชรัตนกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง)  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

บุญทราตรีส์ วานิชรัตน์กุล : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHRENCE OF CANCER PATIENTS RECEIVING ORAL ANTICANCER AGENTS IN TERTIARY HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.สุรพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.จรรยา ฉิมหลวง, 165 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม และเข้ารับการรักษาดูแลด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 121 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95, 1.0, 1.0, 1.0, 1.0 และ 0.96 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.94, 0.92, 0.89, 0.89, 0.89, 0.77 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งอยู่ในระดับดี (Mean = 4.50, SD = 0.36)

2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .40$  และ  $.24$  ตามลำดับ) ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.24$ ) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ( $r = .05, .11,$  และ  $.04$  ตามลำดับ,  $p > .05$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5777173736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE / ANTICANCER AGENTS / SELECTED FACTORS / CANCER PATIENTS

BOONRATREE WANICHRATTANAKUL: SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHRENCE OF CANCER PATIENTS RECEIVING ORAL ANTICANCER AGENTS IN TERTIARY HOSPITAL. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., A.P.N., CO-ADVISOR: JANYA CHIMLUANG, Ph.D., 165 pp.

This study was descriptive correlational research. The purposes were to describe medication adherence in cancer patients receiving oral anticancer agents in tertiary hospital and study relationships between selected factors; social support from family, perceived severity of symptoms, perceived severity of cancer, perceived benefit of treatment, beliefs about the necessity of medication, beliefs about the concern of medication and medication adherence. Multi-Stage sampling was used to recruit 121 cancer patients who received oral anticancer agents in 3 tertiary hospitals in Bangkok. The research instruments comprised of demographic data form, social support from family scale, perceived severity of symptoms scale, perceived severity of cancer scale, perceived benefit of treatment scale, beliefs about the necessity of medication scale, beliefs about the concern of medicine scale and medication adherence scale. The questionnaires were tested for their content validity index (CVI) by five experts. Their CVI were 0.95, 1.0, 1.0, 1.0, 1.0, 1.0, and 0.96, respectively. Their Cronbach's alpha coefficients were 0.94, 0.92, 0.89, 0.89, 0.89, 0.77, and 0.82, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, median, standard deviation, Pearson correlation coefficient. The results revealed that:

1. Medication adherence in cancer patients receiving oral anticancer agents was at good level (Mean = 4.50, SD = 0.36).

2. Social support from family and beliefs about the necessity of medicine were positively related to medication adherence in cancer patients at statistical significant level of .05 ( $r = .40$ , and  $.24$ , respectively). In addition, beliefs about the concern of medicine was negatively related to medication adherence in cancer patients at statistical significant level of .05 ( $r = -.24$ ). However perceived severity of symptoms, perceived severity of cancer and perceived benefit of treatment were not related to medication adherence in cancer patients ( $r = .04$ ,  $.11$ , and  $.04$  respectively,  $p > .05$ ).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรัก ความเมตตา ความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างยั้งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ทั้งสองท่านได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด คอยติดตามงาน สอบถามถึงความก้าวหน้าของงานอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจ ผลักดันให้ผู้วิจัยทำงานได้สำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้นนี้ กราบขอบพระคุณ นายแพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง ทั้ง 3 แห่ง ได้แก่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และผู้ป่วยมะเร็งที่ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดผู้วิจัยกราบขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครสำนักงานใหญ่ที่ให้ทุนการศึกษามาศึกษาต่อในระดับปริญญาโท และขอกราบขอบพระคุณครอบครัวซึ่งมีมารดา และพี่น้องเป็นที่รักยิ่ง เป็นผู้ให้และสนับสนุนทุกอย่างแก่ผู้วิจัย ตลอดจนเพื่อนๆ และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยสนับสนุน ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเป็นอย่างดีเสมอมา ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. โรคมะเร็ง.....	13
2. ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานกับยาบัญญัติหลักแห่งชาติ.....	20
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Medication Adherence).....	26
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์.....	38
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง.....	39
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	54

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	57
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	66
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง .....	68
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย .....	80
สรุปผลการวิจัย .....	82
อภิปรายผลการวิจัย .....	83
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	89
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	89
รายการอ้างอิง .....	90
ภาคผนวก .....	110
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	111
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย .....	117
ภาคผนวก ค เอกสารอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย .....	135
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย .....	141
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม .....	156
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	165



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิด รับประทานจำแนกตามโรงพยาบาล .....	57
ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าความเที่ยงของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30).....	66
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็ง ชนิดรับประทาน (n = 121).....	71
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้าน มะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121) .....	73
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์โดยรวมและ รายด้านของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121).....	76
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121).....	76
ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวล ต่อการกินยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121) ..	77
ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ประโยชน์ของการรักษา ความ เชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกิน ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิด รับประทาน (n = 121).....	78
ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121) .....	79
ตารางที่ 10 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการใช้ยา (n = 121).....	157

ตารางที่ 11	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย มะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายด้านและรายข้อ ( n =121).....	158
ตารางที่ 12	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวใน ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121).....	159
ตารางที่ 13	แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็ง ที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121).....	160
ตารางที่ 14	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121).....	160
ตารางที่ 15	แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความรุนแรงของอาการโรคมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งที่ รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( n = 121) .....	162
ตารางที่ 16	แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษา ด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( n = 121) .....	162
ตารางที่ 17	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประโยชน์การรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งที่ รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121) .....	163
ตารางที่ 18	แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับประโยชน์การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้าน มะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121) .....	163
ตารางที่ 19	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในผู้ป่วยมะเร็งที่ รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121).....	164

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ร้ายแรง รักษาให้หายยาก การรักษาเป็นเพียงช่วยยืดระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งให้ยาวนานขึ้น และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (บุญทิศา สุวิทย์ และคณะ, 2558) และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสาธารณสุขทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (ภาสกร ชัยวานิชศิริ, 2557) โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตติดอันดับ 1 ใน 3 ของโลก รองจากอุบัติเหตุ และโรคหัวใจ องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency Research on Cancer: IARC) ได้จัดทำอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งของทุกประเทศทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 21.3 ล้านคน และมีประชากรเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 13.1 ล้านคน และองค์การอนามัยโลก ยังคาดการณ์อีกว่าใน 2 ทศวรรษข้างหน้า จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่า 70% (World Health Organization, 2015)

สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกของประเทศไทย คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้และทวารหนัก มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปากมดลูก โดยมะเร็งที่พบมากในเพศชายอันดับหนึ่ง ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รองลงมา ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนมะเร็งที่พบมากในเพศหญิงอันดับหนึ่ง คือมะเร็งเต้านม รองลงมา ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้และทวารหนัก (National Cancer Institute, 2014) โรคมะเร็งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศ โดยประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ปีละประมาณ 67,000 ราย หรือเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง และมีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 153.6 (อาคม เขียรศิลป์, 2560)

ด้วยวิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้มีการพัฒนาแนวทางการรักษาโรคมะเร็งใหม่ จากเดิมที่ใช้การผ่าตัด รังสีรักษา และยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับยาประเภทเดียวกันที่ให้ในรูปแบบของยาฉีด ทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (Oral Anticancer Agents) เป็นยาที่ง่ายต่อการบริหารยา ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผลข้างเคียงมีความรุนแรงน้อยกว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่า ไม่รบกวนเวลาการทำงาน และการทำกิจกรรมทางสังคม ผลการรักษาเป็นที่ยอมรับ (Hohneker, Shah-Mehta, and Bradit, 2011; Moore, 2010) ต้นทุนการรักษาต่ำกว่า (Faithfull and Derry, 2004) และเป็นทางเลือกใหม่ในการรักษาให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Marques

and Pierin, 2008) ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานใช้รักษามะเร็งได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของการใช้ยาประเภทนั้นๆ และสามารถรักษามะเร็งในระยะเริ่มต้น (Initial stage) จนถึงระยะลุกลาม (Metastatic stage) ซึ่งยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ได้จดทะเบียนอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2559 และจัดอยู่ในประเภทบัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ (คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, 2559) อย่างไรก็ตาม โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ยาในการรักษาอย่างยาวนานและต่อเนื่องไปตลอด และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาลดลงหลังจาก 6 เดือนแรกของการใช้ยาในการรักษา (Brunton, 2011; Osterberg and Blaschke, 2005) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี (Hershman et al., 2010)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization): WHO (2003) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการกินยาได้อย่างยาวนาน และปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยา Tamoxifen ไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา โดยพบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 ที่สามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา (Lebovits et al., 1990; Partridge, Avorn, Wang, and Winer, 2003; Thompson, Dewar, Fahey and McCowan, 2007) และยังพบปัญหาของการใช้ยา ได้แก่ การลืมกินยา (Eliasoon et al., 2011; Kirk and Hudis, 2008) กินยาไม่ต่อเนื่อง (Palmieri and Barton, 2007) กินยามืดเวลา กินยามืดขนาด (Eliasoon et al., 2011) อันมีสาเหตุมาจากความซับซ้อนของสูตรยา (Larriza, 2006) ไม่สามารถทนกับผลข้างเคียงของยาได้ (Reginer et al., 2010) สำหรับประเทศไทย จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก ฯลฯ พบพฤติกรรมการใช้ยาที่เป็นปัญหา คือ ผู้ป่วยลืมกินยา กินยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่ตรงเวลาทุกวัน กินยาไม่ครบ หยุดกินยาเอง กินยามืดขนาด มืดเวลา โดยมีสาเหตุมาจากไม่ทราบสรรพคุณของยา ไม่ทราบวิธีการเก็บรักษา ยาไม่ได้รับข้อมูลการประเมินตนเองภายหลังการรักษา และไม่มีส่วนร่วมในการรักษากับแพทย์และทีมผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการรักษาโรคเรื้อรัง (Balkrishnan and Jayawant, 2007; Brown and Bussell, 2011) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรับประทานยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานได้ตามขนาดที่แพทย์สั่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับยาในเลือด (Minimum effective concentration: MEC) ต่ำ ไม่สามารถออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งได้ หรือผู้ป่วยใช้ยาในขนาดที่สูง

เกินไป ก็จะไม่ทำให้เกิดประโยชน์จากยาในทางการรักษา (Therapeutic effects) และยิ่งก่อเกิดอันตรายต่อร่างกายอีกด้วย และหากผู้ป่วยใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หรือหยุดยาเองจะก่อให้เกิดภาวะการดื้อยาเคมีบำบัดที่ควบคุมด้วย transcription factors ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ที่ถูกกระตุ้นด้วยภาวะเครียดออกซิเดชันและสัญญาณอักเสบทำให้ transcription factors เคลื่อนตัวเข้าไปในนิวเคลียส และชักนำให้เกิดการแสดงออกของยีนที่เกี่ยวข้องกับการแบ่งตัวเติบโต และชักนำให้เซลล์มะเร็งอยู่รอด และยับยั้งการตายของเซลล์มะเร็ง จึงเกิดเป็นภาวะดื้อยาเคมีบำบัดขึ้น (Li, Westergaard, Ghosh, and Colburan, 1997) ทำให้แพทย์ต้องพิจารณาใช้ปริมาณยาที่สูงขึ้น (Partridge, Avorn, Wang, and Winer, 2003) ส่งผลให้เกิดความรุนแรงต่อผลข้างเคียงสูงขึ้นด้วย ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เม็ดเลือดและเกร็ดเลือดต่ำ ผมร่วง อ่อนเพลีย มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในปาก ท้องเสีย ซาตามปลายมือปลายเท้า เลือดออกง่ายหรือไม่หยุด มีจุดเลือดออกตามผิวหนัง อาการมือ เท้าเจ็บและลอก (Hand-foot syndrome) ผิวหนังอักเสบ ตุ่ม สิว ผื่น เยื่อหู ช่องปากอักเสบ ท้องเสียและอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืน ความจำลดลง นอนไม่หลับ (สุวรรณี สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555; American Cancer Society, 2013; Grunfeld et al., 2005) และยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษา โดยทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง (Haynes et al., 2008) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ต้องเข้านอนในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ต้องมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินบ่อยขึ้น (Shi et al., 2010) การดำเนินของโรคมะเร็งรุนแรงมากขึ้น (Moore, 2010) อัตราการเกิดโรคซ้ำสูงขึ้น (Weingart et al., 2008) ต้นทุนในการรักษาสูงขึ้น (Wu et al., 2010; Reginster, 2006) และสุดท้ายทำให้เกิดอัตราการตายที่สูงขึ้น (Thompson, Dewar, Fahey, and McCowan, 2007) ในทางตรงกันข้าม หากผู้ป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี ย่อมนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Simpson et al., 2006; Cramer et al., 2008) ดังนี้ 1) ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก (Clinical outcomes) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่เกิดภาวะดื้อยา การดำเนินของโรคมะเร็งคงที่ ไม่เกิดโรคมะเร็งซ้ำ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผลการรักษาประสบความสำเร็จ และโอกาสในการรอดชีวิตสูง 2) ผลลัพธ์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic outcome) ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของรัฐบาล ตลอดจนการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ลดน้อยลง

จากแนวคิด Multidimensional Adherence Model: MAM (WHO, 2003) และ American Society on Aging (ASA) and American Society of Consultant Pharmacist (ASCP) Foundation: ASA and ASCP (2006) ได้นำมาพัฒนาเป็น The Five Dimensional Model โดยโมเดลนี้ระบุไว้ว่ามีปัจจัย 5 มิติที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economic Dimension) เป็นมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจตกต่ำ ความยากจน ความสามารถในการอ่าน ออก

เขียน ได้ ภาวะการว่างงาน การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ความไม่มั่นคงในชีวิต ระยะทางที่ยาวไกลจากสถานพยาบาล ต้นทุนค่าขนส่งสูง การเปลี่ยนแปลงทางสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม การไร้บ้านที่อยู่อาศัย 2) ปัจจัยด้านระบบสุขภาพและทีมดูแลสุขภาพ (Health Care System Dimension) เป็นมิติด้านระบบการบริการและทีมดูแลสุขภาพ ได้แก่ การขาดระบบประกันสุขภาพที่คุ้มครองสัมพันธภาพทีมสุขภาพกับผู้ป่วย การสื่อสาร การบริการในระบบสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย (Condition-Related Dimension) เป็นมิติด้านสภาวะความเจ็บป่วยกับความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อจำกัดการดูแลด้านสุขภาพ ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติทางจิตใจ 4) ปัจจัยด้านการรักษา (Therapy-Related Dimension) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของสูตรยา จำนวนเม็ดยา ระยะเวลาในการรักษา ผลข้างเคียงของยา คุณภาพยา การเปลี่ยนแปลงการรักษา 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient-Related Dimension) เป็นมิติที่มีเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ประสบการณ์ทางด้านอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ โดยพบปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (Larriza, 2006; Lee and Jeong, 2013) 2) ปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วย (Kruger et al., 2003) สิทธิการรักษาพยาบาล (Sanya, Lee, Nadia, ScM and Michael, 2011) 3) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Hullmann et al., 2015; Kennard et al., 2004) ความรุนแรงของโรค (Gellad et al., 2011; Ingersoll and Cohen, 2008; Katz et al., 2007) 4) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ผลข้างเคียงของยา (Grunfeld et al., 2005) จำนวนเม็ดยา (Mathes et al., 2014) ความซับซ้อนของสูตรยา (Larriza, 2006) 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (Noens et al., 2009) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Weinman, 1999) การรับรู้ประโยชน์ในการกินยา (Grunfeld, 2005) และการได้รับข้อมูลกับการรักษา (Noens et al., 2009) นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาเชิงทดลองโดยการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ (Schneider et al., 2014) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง แต่จากผลการศึกษาในต่างประเทศร่วมกับการสัมภาษณ์ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับประทานยาต้านมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี จึงควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย จากผลการศึกษาในต่างประเทศถึงแม้จะมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในหลายปัจจัย แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากความแตกต่างทางด้านบุคคล สังคม ความเชื่อ ทัศนคติ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตของโลกตะวันตกและโลกตะวันออกน่าจะทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์มีความแตกต่างกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เพื่อนำผลลัพธ์ไปสู่การวางแผนการพยาบาลในการลดปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง อันนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานหรือไม่ อย่างไร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากปัญหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยา Tomoxifen ไม่สามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา (Lebovits et al., 1990; Partridge, Avorn, Wang, and Winer, 2003; Thompson, Dewar, Fahey and McCowan, 2007) และยังพบปัญหาของการใช้ยา ได้แก่ การลืมกินยา (Eliason et al., 2011; Kirk and Hudis, 2008) กินยาไม่ต่อเนื่อง (Palmieri and Barton, 2007) กินยามืดเวลา กินยามืดขนาด (Eliason et al., 2011) อันมีสาเหตุมาจากความซับซ้อนของสูตรยา (Larriza, 2006) และไม่สามารถทนกับผลข้างเคียงของยาได้ (Reginer et al., 2010) สำหรับประเทศไทย จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาด้านมะเร็งชนิดรับประทานในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นปัญหา คือ ผู้ป่วยลืมกินยา กินยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่ตรงเวลา กินยาไม่ครบ หยุดกินยาเอง กินยามืดขนาด มืดเวลา โดยมีสาเหตุมาจาก ไม่ทราบสรรพคุณของยา ไม่ทราบวิธีการเก็บรักษา ยา ไม่ได้รับข้อมูลการประเมินตนเองภายหลังการรักษา และไม่มีส่วนร่วมกับทีมดูแลสุขภาพ ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการรักษาโรคมะเร็ง

องค์การอนามัยโลก: World Health Organization (2003) กล่าวถึง Multidimensional Adherence Model (MAM) ว่าเป็นปัจจัยหลายด้านที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว และได้กำหนดปัจจัย 5 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economid factor) ได้แก่ ความยากจน การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม การว่างงาน 2) ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system/team related factors) ได้แก่ คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลทีมสุขภาพ การบริการสุขภาพ ระบบประกัน และระบบการจ่ายยา 3) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย (Condition factors) ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ ภาวะโรคร่วม และความต้องการของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย 4) ปัจจัยด้านการรักษา (Threapy factors) ได้แก่ ผลข้างเคียงของยา ความซับซ้อนของสูตรยา 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient factors) ได้แก่ การลืมกินยา การไม่รู้หนังสือ ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ปัจจัยดังกล่าว มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ต่อมาในปีค.ศ.2006 American Society on Aging (ASA) and American Society of Consultant Pharmacist (ASCP) Foundation: ASA and ASCP (2006) ได้พัฒนาแนวคิดจากรากฐานของ MAM (WHO, 2003) โดยพัฒนาตัวแปรในแต่ละปัจจัยให้มีรายละเอียดมากขึ้น ทันสมัย



เหมาะสมกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน เช่น ตัวแปรด้านผู้ป่วย ได้แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ ความจำ การเคลื่อนไหว 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความคาดหวัง ความเชื่อ ทักษะคิด การโน้มน้ามนใจ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจ เป็นต้น และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีความเฉพาะในกลุ่มอายุมากขึ้น จากแนวคิดของ ASA and ASCP (2006) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ไว้ 5 มิติ จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้นำปัจจัยมาศึกษาเพียง 3 มิติ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ตัวแปรที่นำมาศึกษาได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม 2) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย ตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ และความรุนแรงของโรคมะเร็ง 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา ส่วนปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ไม่ได้นำมาศึกษาเนื่องจากเป็นปัจจัยเชิงระบบ การแก้ไขต้องกำหนดโดยนโยบายระดับประเทศ ส่วนปัจจัยด้านการรักษาไม่ได้นำมาศึกษาเนื่องจาก อาการของโรคมะเร็ง และอาการจากผลของข้างเคียงของยามีความใกล้เคียงกัน แยกกันออกได้ยาก และอาจทำให้ผู้ป่วยมะเร็งบ่งมีความสับสนในการประเมินอาการได้ ดังนั้นปัจจัยที่เลือกมาศึกษา 3 ปัจจัย มีรายละเอียดดังนี้

## 1. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

1.1 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social supports) เป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดภายในครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งในการให้ข้อมูล สิ่งของ ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ และการยกย่องนับถือ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความมั่นคงในด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้สึกว่าตนเป็นเจ้าของ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนสามารถปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ดี ครอบครัวที่มั่นคงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง (Kruger et al., 2005) โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ดี ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดีและจากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ( $r = .609$ ) (Larriza, 2006) และเป็นปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ( $\beta = .21$ ) (Lee & Jeong, 2013)

## 2. ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการ เป็นการรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคมะเร็งถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์อาการของผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นโรคมะเร็ง อาจเป็นอาการเฉพาะที่

และอาการที่เกิดการลุกลามของโรคเมเร็ง ในระยะเริ่มต้นอาจจะไม่มีอาการ แต่เมื่อโรคเป็นมาก จะเริ่มปรากฏอาการทางโรคเมเร็งเกิดขึ้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557) ความรุนแรงของอาการของโรคเมเร็งมากขึ้น จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยเมเร็งปรับพฤติกรรมต่อการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยเมเร็งรับรู้ว่าการกินยาต้านเมเร็งนั้นมีประโยชน์ เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้อาการของโรคเมเร็งทุเลาลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคเมเร็ง ไม่ทำให้เสียชีวิต จากการศึกษาอาการของโรคเรื้อรัง พบว่าความรุนแรงของอาการและความเรื้อรังของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Avorn et al., 1998; Contreras-Yanez, Ponce de Leon, Cabiedes, Rull-Gabayet, and Pascual-Ramos, 2010; Senior et al., 2004)

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคเมเร็ง เป็นการรับรู้ถึงอันตรายเกี่ยวกับโรค หรือการดำเนินของโรคเมเร็งว่าระยะของโรคอยู่ในระยะใด มีความรุนแรงของโรคเมเร็งมากเท่าใด และส่งผลเสียต่อร่างกาย ผู้ป่วยเมเร็งที่รับรู้ความรุนแรงของโรคเมเร็งมากเท่าไรย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยเมเร็งที่ดี ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยเมเร็ง ( $\beta = -.127$ ) (Darkow et al., 2007) และจากการศึกษาของ DiMatteo et al. (2002) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยเมเร็ง

### 3. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

3.1 การรับรู้ประโยชน์การรักษา การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีผลดีต่อตนเอง เพื่อให้หายจากโรค การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974) มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามากส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดีขึ้น และช่วยลดอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์และการไม่มาตรวจตามนัด (สุมาลี วัจนกร และคณะ, 2551) การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการกินยา (Grunfeld, 2005) มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยเมเร็ง

3.2 ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเมเร็งเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อว่ายาที่กินนั้นมีประโยชน์ เกิดผลดีต่อตัวผู้ป่วยสามารถควบคุมและจัดการกับโรคได้ จึงเห็นความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Horne, 1997) จากการศึกษาของ Horne and Weinman (1999) พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ( $r=0.21$ )

3.3 ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และอันตรายจากการกินยามากกว่าประโยชน์จากการกินยา จึงไม่เห็นความจำเป็นของยาในการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดเป็นความกังวลกับผลข้างเคียงของยา และกังวลกับอันตรายจากการกินยา ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี (Krueger et al., 2005) ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Horne, 1997) และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ( $r = -.33$ ) (Horne and Weinman, 1999)

### สมมติฐานการวิจัย

1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน
2. การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน
4. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน
5. ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน
6. ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

### ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และเข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็ง ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขต กรุงเทพมหานคร อายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ตัวแปรต้น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งในการกินยา การเก็บรักษา ยา การกำกับตนเองในการกินยา และการมีส่วนร่วมในการรักษาได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งให้เหมาะสม และสอดคล้องตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ จากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกนกเลขา สุวรรณพงษ์ (2558)

**แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว** หมายถึง การปฏิบัติของสมาชิกภายในครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการให้กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ การรับฟังปัญหา การดูแลขณะเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด สนับสนุนในด้านการเงินหรือสิ่งของที่เป็นจำเป็น ตลอดจนการแบ่งเบาภาระงาน ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของสุนีย์ สุวรรณศิลป์ (2551)

**การรับรู้ความรุนแรงของอาการ** หมายถึง เป็นการรับรู้ความรุนแรงของอาการโรคมะเร็ง ที่แสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์อาการของผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นโรคมะเร็ง และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง อาจเป็นอาการเฉพาะที่หรืออาการที่เกิดการลุกลามของโรคมะเร็งเกิดขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ปวด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไอ เหนื่อย ซ้ำ และเจ็บปลายมือปลายเท้า กระวนกระวาย วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการ จากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย (Memorial Symptom Assessment Scale) แปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์: Suwisith (2007)

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง** หมายถึง เป็นการรับรู้ถึงอันตรายเกี่ยวกับโรคมะเร็ง หรือการดำเนินของโรคมะเร็งว่ามีความรุนแรงเพียงใด หรือระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะใด ซึ่งมีผลเสียต่อร่างกาย และมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ประเมินความรุนแรงของโรคมะเร็ง ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Ballamy et al. (1988) อ้างถึง แวดดาว ทวีชัย (2543: 38)

**การรับรู้ประโยชน์การรักษา** หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ว่าการปฏิบัติตนด้านการกินยาต้านมะเร็งมีผลดีต่อตนเองเพื่อรักษาโรคมะเร็ง เพื่อควบคุมโรคมะเร็งให้มีการดำเนินของโรคที่สงบ ไม่มีการลุกลามและกระจายไปอวัยวะอื่นๆ และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งซ้ำ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ประเมินการรับรู้ประโยชน์การรักษา จากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา ของสกวพรรณ อวิสตาดาวร (2552)

**ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา** หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งว่ายาต้านมะเร็งมีความจำเป็นต่อการรักษาโรคมะเร็ง และอาการเจ็บป่วยของโรคมะเร็ง เชื่อว่ายาต้านมะเร็งที่กินนั้นมีประโยชน์ รักษาโรคมะเร็งและอาการเจ็บป่วยของโรคมะเร็งได้ ทำให้เห็นคุณค่าของการกินยา โดยไม่มีความกังวลต่อผลข้างเคียงของยา และอันตรายจากการกินยา ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา จากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medicines, BMQ) แปลเป็นภาษาไทยโดย ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557)

**ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา** หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยมะเร็งว่ายาต้านมะเร็งไม่มีประโยชน์ จึงมองไม่ความจำเป็นต่อการกินยา คิดว่าการกินยาต้านมะเร็งนั้นไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งและอาการเจ็บป่วยได้ เกิดเป็นความกังวลกับผลข้างเคียงของยา และอันตรายจากการกินยา ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา จากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medicines, BMQ) แปลเป็นภาษาไทยโดย ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557)

### ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทาง สำหรับทีมสุขภาพในการวางแผนการพยาบาล และส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งให้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของพยาบาล ในการลดปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง อันนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ American Society on Aging (ASA) and American Society of Consultant Pharmacist (ASCP) Foundation (2006): ASA and ASCP (2006) ซึ่งพัฒนาแนวคิดมาจาก Multidimensional Adherence Model (WHO, 2003) และได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา โดยนำเสนอในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็ง
2. ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานกับยาบัญชีหลักแห่งชาติ
  - 2.1 ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด (Oral chemotherapy)
  - 2.2 ยารักษาชนิดรับประทานแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy)
  - 2.3 ยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน (Hormonal therapy)
3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Medication Adherence)
  - 3.1 ความหมาย
  - 3.2 แนวคิด Medication Adherence ของ WHO
  - 3.3 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
  - 3.4 ผลกระทบของการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี
  - 3.5 เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. โรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง เป็นกลุ่มหนึ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีลักษณะการดำเนินของโรคนาน มีการเปลี่ยนแปลงของอาการตามระยะการดำเนินของโรค ทำให้อวัยวะต่างๆของร่างกายเสื่อมสภาพและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง (Curtin and Lubkin, 1998; Corbin, 2001) โรคมะเร็งเกิดจากสารพันธุกรรม หรือกรดดีออกซีไรโบนิวคลีอิก (DNA) ที่มีความผิดปกติ ส่งผลทำให้เกิดกระบวนการกระตุ้นสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) ขึ้นในร่างกาย ทำให้เซลล์ปกติเกิดการเปลี่ยนแปลงเจริญเติบโต แบ่งตัว เพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็ว และมากกว่าปกติ ทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง หลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง ทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะเหล่านั้นผิดปกติ การเรียกชื่อโรคมะเร็ง เรียกตาม อวัยวะภายในของร่างกายที่เกิดโรคมะเร็งนั้น เช่น มะเร็งปอด มะเร็งสมอง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555)

### อาการและอาการแสดงที่เกิดจากโรคมะเร็ง

ลักษณะอาการของโรคมะเร็งไม่แน่นอน อาจไม่มีอาการ หรือมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว และบางขณะอาจมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นได้ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์อาการที่เกิดขึ้นได้ Corbin and Strauss (1992) กล่าวถึง การดำเนินของโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยแบ่งระยะการดำเนินของโรคเรื้อรังเป็น 8 ระยะ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับความรุนแรงของอาการโรคมะเร็ง ที่แสดงออกตามระยะของการดำเนินของโรค ดังนี้

1. ระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเกิดโรค (pretrajectory phase) เป็นระยะที่ไม่มีอาการ หรืออาการแสดงปรากฏให้เห็น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง จะไม่รับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และไม่มีอาการตอบสนองต่อพยาธิสภาพของโรค
2. ระยะเริ่มต้นการดำเนินของโรค (trajectory onset phase) เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นเป็นครั้งแรก และเป็นช่วงของการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการรับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกายและมีการตอบสนองต่อพยาธิสภาพของโรค ทำให้มีอาการและอาการแสดงเกิดขึ้น
3. ระยะวิกฤต (crisis phase) เป็นระยะที่อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งมีการคุกคามชีวิต ผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการรับรู้และตอบสนองต่อพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้น จะมีอาการและอาการแสดงของโรคที่คุกคามต่อการทำงานในระบบต่างๆของร่างกาย

4. ภาวะรุนแรง (acute phase) เป็นระยะที่มีการเจ็บป่วยขั้นรุนแรง มีอาการรุนแรงมากขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการรับรู้ถึงอาการที่ผิดปกติของร่างกายเพิ่มขึ้น และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

5. ภาวะคงที่ (stable phase) เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด

6. ระยะที่มีอาการเปลี่ยนแปลง (unstable phase) เป็นระยะที่ไม่สามารถควบคุมอาการหรือการดำเนินของโรค ต้องการรักษาโดยตรง เพื่อให้เข้าสู่ภาวะที่ปกติ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะนี้มีการลุกลามมากขึ้น (metastasis) หรือมีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

7. ระยะมีอาการทรุดลง (downward phase) เป็นระยะที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมลงทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ มีความพิการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะนี้ อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคหรือมีการลุกลามมากขึ้น

8. ระยะใกล้ตาย (dying phase) เป็นระยะที่ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้เกิดการเสียชีวิตกะทันหัน หรือความตายกำลังมาเยือน อาจเป็นชั่วโมง วัน สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะนี้ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่แย่ง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา และอาจเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันหรือในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิด มีอาการแสดงออกที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าเป็นมะเร็งในตำแหน่งใดของร่างกาย และขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง โดยทั่วไปสามารถแบ่งอาการและอาการแสดงของมะเร็งได้เป็น 3 กลุ่ม (เอ็อมแซ สุวรรณประเสริฐ, 2554)

1. อาการแสดงเฉพาะที่ตรงอวัยวะที่เกิดมะเร็ง เช่น มะเร็งปอด ก็จะมีอาการไอ เจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก มะเร็งตับมีอาการจุกเจ็บแน่นใต้ชายโครงขวา ตัวเหลืองตาเหลือง มะเร็งของสมองมีอาการปวด ศรีษะ คลื่นไส้อาเจียน ชัก อ่อนแรง เดินเซ มะเร็งปากมดลูกมีเลือดออกผิดปกติทางปาก ช่องคลอด เป็นต้น

2. อาการแสดงที่เกิดจากมะเร็งที่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไม่ใช่อวัยวะเริ่มต้น เนื่องจากมะเร็งสามารถที่จะแพร่กระจายไปได้ 3 ทางใหญ่ๆ คือ ทางหลอดเลือด ทางหลอดน้ำเหลือง และแพร่กระจายไปตามช่องว่างภายในร่างกาย (coelomic space) เช่น ช่องท้อง ช่องเยื่อหุ้มปอด มะเร็งที่ชอบแพร่กระจายไปตามหลอดเลือด เช่น มะเร็งไต มะเร็งเนื้อเยื่อ เซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายไปตามหลอดเลือดจะไปติดอยู่กับอวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงมาก คือ ที่ตับ และที่ปอด ส่วนมะเร็งที่แพร่กระจายไปตามหลอดน้ำเหลือง อาจจะทำให้มีต่อมน้ำเหลืองในร่างกายโต และมะเร็งที่แพร่กระจายไปตามช่องว่างภายในร่างกาย เช่นมะเร็งรังไข่ จะทำให้มีอาการน้ำคั่งในช่องท้อง ท้องโตขึ้น เป็นต้น



3. อาการแสดงของระบบอื่นที่ไม่ใช่อวัยวะเริ่มต้น และไม่ใช่อวัยวะที่เกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งโดยตรง (paraneoplastic syndrome) เช่น ภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Labmbert-Earon Syndrome)

### ผลกระทบของโรคมะเร็ง(impact of cancer)

1. ด้านร่างกาย (Physical) เมื่อโรคมะเร็งลุกลามไปตามอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย ส่งผลทำให้เกิดความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้ามากขึ้นและมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Yarbo, 2006) ทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Body image alteration) โครงสร้างทางด้านร่างกายผิดรูป การเคลื่อนไหวลำบาก เช่น เดินเซ ทรงตัวไม่ดี บกพร่องทางด้านกรมมองเห็น การขยับถ่ายที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ท้องผูก และภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) ภาวะเกลือแร่และน้ำในร่างกายไม่สมดุล (Fluid electrolyte imbalance) เนื่องมาจากรับประทานอาหารไม่ได้ เบื่ออาหารเป็นต้นขาดสารอาหารร่วมด้วย

2. ด้านจิตใจ(Psychological distress) เมื่อรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งจะเกิดความรู้สึกสูญเสียทุกอย่างในชีวิต รู้สึกกลัว สับสน มึนงง ไม่มั่นใจและอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (Carbon and Cleary, 1998) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน ท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ ที่จะมีชีวิตอยู่บนโลกแห่งนี้

3. ด้านสังคม (Social and Family impact: Burden) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากความรุนแรงของโรค ทำให้ไม่สามารถไปทำงานตามปกติ ถูกจำกัดกิจกรรมจากสภาวะของโรค บางรายเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย มีการสูญเสียภาพลักษณ์ เช่น ผมร่วง เล็บ หรือผิวหนังเปลี่ยนสี ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ ส่งผลให้เกิดการแยกตัวเองออกจากสังคม

4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual impact) ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องต่อสู้กับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรค อาการข้างเคียงของยา การทุกข์ทรมานด้านจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียความเป็นอิสระ สูญเสียภาพลักษณ์ และการมีชีวิตอยู่กับความรู้สึกที่ไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถฟันฝ่าอุปสรรค และหมดพลังอำนาจทางจิตวิญญาณที่จะคำจุนจิตใจให้มองเห็นคุณค่า หรือความดีของตนที่จะช่วยสร้างศรัทธา ความเชื่อ และความหวังที่จะได้รับการรักษาให้หายจากโรค (จันทิรา จิตต์วิบูลย์, 2543) ผู้ป่วยบางรายคิดว่าการเจ็บป่วยเกิดจากเคราะห์กรรม มีการเชื่อถือโชคกลางคิดว่ามีสิ่งลึกลับบางอย่างบันดาลให้เป็นไปในด้านดีหรือเลว เป็นการไม่เชื่อตัวเองจึงทำให้เกิดความกลัว(สุพัตรา สุภาพ, 2542) จิตวิญญาณที่เป็นทุกข์จะทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งขาดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต จนผู้ป่วยบางคนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป ทำให้ปรับตัวต่อความเจ็บป่วยไม่ได้ ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองลดน้อยลง (Callaghan, 2003)

### การรักษาโรคมะเร็ง (ศูนย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2559)

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งมีวัตถุประสงค์ในการรักษา 3 อย่างคือ 1) เพื่อการรักษาโรคให้หายขาด (Cure) เป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็งและไม่กลับมาเป็นซ้ำ 2) เพื่อควบคุมโรคและอาการ (Control) สำหรับมะเร็งบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นการควบคุมโรคให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลงหรือไม่โตขึ้น และไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความเจ็บปวดและมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น 3) เพื่อบรรเทาอาการ (Palliation) สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะแพร่กระจายไม่สามารถรักษาได้ เป็นการบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องมาจากผลข้างเคียงของการรักษา การลดขนาดของก้อนมะเร็งเพื่อความสบาย และลดการกดของก้อนต่ออวัยวะใกล้เคียงลง เพื่อบรรเทาอาการจากโรคมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษาโรคมะเร็ง ประกอบด้วย

1. การผ่าตัด (surgery) (เอี่ยมแซ สุวรรณประเสริฐ, 2554) เป็นการตัดก้อนมะเร็งหรือเนื้อร้ายและเนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียงออกไปทำให้การรักษามะเร็งได้ผลดียิ่งขึ้น สามารถลดการแพร่กระจายของมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์ในการผ่าตัด 1) เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (prevention of cancer) 2) เพื่อเป็นการรักษาโรค (treatment of cancer) การผ่าตัดสามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดได้ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นที่ก้อนมะเร็งยังอยู่เฉพาะตรงบริเวณอวัยวะเริ่มแรก และเป็นวิธีการรักษาที่มีความสำคัญมากที่สุดโรคมะเร็งระยะเริ่มต้น

2. การรักษาด้วยรังสีรักษา (radiation therapy) (ศูนย์รังสีรักษาโรงพยาบาลวชิรเมธี, 2559) เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงไปควบคุม หรือทำลายเซลล์มะเร็ง และหลีกเลี่ยงเนื้อเยื่อ อวัยวะสำคัญที่อยู่ข้างเคียงให้ได้รับปริมาณรังสีน้อยที่สุด การฉายรังสีเป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อรักษาโรคโดยมีกระบวนการเป็นลำดับ ตั้งแต่การจำลองการรักษา การวางแผนการรักษา การตรวจสอบตำแหน่งก่อนเริ่มรักษา และการรักษาด้วยการฉายรังสี และการตรวจประเมิน การรักษาด้วยรังสีรักษามี 2 วิธี ได้แก่

2.1 การใช้รังสีรักษาระยะไกล (Teletherapy หรือ External beam therapy) เป็นการรักษาที่มีต้นกำเนิดรังสีห่างจากบริเวณที่จะรักษา โดยการใช้เครื่องเร่งอนุภาค (Linear Accelerator) ส่งผ่านลำรังสีพลังงานสูงไปยังเป้าหมายที่กำหนดได้อย่างแม่นยำ เครื่องเร่งอนุภาคในปัจจุบันที่นิยมใช้ มี 3 แบบ คือ 1) เครื่องฉายรังสีโนวาเลียส (Novalis) เป็นการฉายรังสีด้วยเครื่องเร่งอนุภาคพลังงานสูงที่สามารถให้การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยเฉพาะการฉายรังสีแบบร่วมพิกัต (Stereotactic Radiosurgery) รักษาอวัยวะขนาดเล็กที่สมองและส่วนต่างๆของร่างกาย สามารถฉายรังสีได้หลายเทคนิค เช่น 3D-CRT, IMRT, IMRS, SRS และ SRT 2) เครื่องเร่งอนุภาค LINAC: เป็นเครื่องเร่งอนุภาค พลังงานสูง มีระบบตรวจสอบตำแหน่งการรักษา โดยใช้รังสีภาพนำวิถี (Image-guide technique) เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของก้อนมะเร็ง เพื่อให้การรักษาได้

อย่างแม่นยำและหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อเนื้อเยื่อปกติข้างเคียง มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูง

3) เครื่องเร่งอนุภาพ VMAT เป็นเครื่องเร่งอนุภาพพลังงานสูง สร้างขึ้นด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง สามารถให้การรักษาดังแต่เทคนิคแบบธรรมดา ไปจนถึงเทคนิคที่ซับซ้อน คือเทคนิคการรักษาแบบปรับความเข้มลำรังสี (Intensity modulated radiotherapy) รวมถึงเทคนิคการฉายรังสีแบบ Volumetric Modulated Arc Therapy :VMAT) เป็นเทคนิคใหม่ล่าสุด ในการฉายรังสีแบบปรับความเข้มของลำรังสีพร้อมกับการที่ลำรังสีหมุนรอบตัวผู้ป่วย ช่วยลดระยะเวลาของการฉายรังสีลงได้ถึง 2-8 เท่า เมื่อเทียบกับการรักษาด้วยเทคนิค IMRT ทำให้ลดโอกาสการยับยั้งตัวของผู้ป่วยระหว่างการฉายรังสี ทำให้การฉายรังสีมีความถูกต้องแม่นยำและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 การใช้รังสีรักษาระยะใกล้ (Brachytherapy หรือ Internal beam therapy) เป็นการใส่ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ภายในก้อนมะเร็งโดยตรงหรือใกล้ๆ กับก้อนมะเร็ง ทำให้สามารถรักษาโรคได้อย่างตรงจุด และลดความเสียหายของเนื้อเยื่อปกติบริเวณรอบๆ ก้อนมะเร็งได้ ทั้งนี้การใส่หรือฝังแร่กัมมันตรังสี อาจใช้เป็นการรักษาเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการรักษาอื่นๆ เช่น การฉายรังสีภายนอกหรือการผ่าตัด ปัจจุบันการรักษามะเร็งระยะใกล้มีการวางแผนการรักษาแบบสามมิติทำให้แสดงปริมาณรังสีในก้อนมะเร็ง และทราบปริมาณรังสีต่อเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบๆ ได้แม่นยำมากขึ้น

3. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) (เอ็อมแซ สุวรรณประเสริฐ, 2554) เป็นการรักษาด้วยยาที่มีลักษณะเป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic) เพื่อต่อต้านหรือทำลายการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ในทางคลินิกมีวิธีการใช้ยาเคมีบำบัด 5 วิธี ดังนี้ คือ

3.1 Induction chemotherapy คือการใช้ยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการแรกในการรักษาโรคในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะที่มีการแพร่กระจายไปแล้ว โดยอาจจะเนื่องมาจาก โรคมะเร็งมีการกระจายไปในร่างกาย แต่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมาก ดังนั้นการใช้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงอาจมีความหวังที่จะให้รอยโรคยุบลงไปจนหมด (clinical complete remission) ทำให้มีอัตราการรอดชีวิต และระยะกึ่งกลางชีวิตดีขึ้นกว่าการไม่ได้รับการรักษาเลย เช่น โรคมะเร็งอัมชะ โรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก เป็นต้น ถ้าได้ผลตอบสนองต่อการรักษาดีมากอาจทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้ ส่วนโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปแล้ว และไม่สามารถใช้วิธีการรักษาวิธีอื่นได้ เพราะการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัด การฉายรังสีรักษา ล้วนเป็นการควบคุมโรคได้เฉพาะที่เท่านั้น ดังนั้นยาเคมีบำบัดจึงถูกนำมาใช้โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และถ้าบางรายมะเร็งชนิดนั้น ๆ ตอบสนองต่อยาจะสามารถทำให้มีอัตราการรอดชีวิต และระยะกึ่งกลางชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย

3.2 Adjuvant chemotherapy คือการใช้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ทำให้อาการโรคลุกลามหายไปหมดแล้ว ซึ่งโดยมากเป็นการผ่าตัด จุดประสงค์ของการรักษาด้วยวิธีนี้คือควบคุมและกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจจะยังหลงเหลืออยู่ แต่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ในทางคลินิก (micro metastasis) ทำให้เพิ่มอัตรา และระยะเวลาการมีชีวิตอยู่โดย

ปลอดโรค (disease free survival) และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survival) ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrent rate)

3.3 Neoadjuvant chemotherapy คือใช้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาอันแรกในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเฉพาะที่ ก้อนมะเร็งมีขนาดที่ใหญ่มากหรือมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง ซึ่งการใช้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดอาจทำได้ยาก และอาจมีผลข้างเคียงที่รุนแรงได้ หรือถ้าต้องการให้ การผ่าตัดควบคุมโรคได้ดีจริง ๆ ต้องมีการสูญเสียอวัยวะหรือมีความพิการ ดังนั้นจุดประสงค์ของการให้ยาเคมีบำบัดก่อนการรักษาด้วยวิธีการเฉพาะที่คือความพยายามที่จะลดขนาดของก้อนมะเร็งให้ได้มากที่สุดเพื่อให้การรักษาเฉพาะที่ และผลการรักษาสามารถควบคุมโรคได้ดีที่สุด โดยมีความเจ็บป่วย ผลข้างเคียงหรือความพิการน้อยที่สุด

3.4 การใส่ยาเคมีบำบัดเข้าไปเฉพาะจุด เพื่อผลในการรักษาเฉพาะที่ เช่นการใส่ยาเคมีบำบัดเข้าไปในช่องท้อง เพื่อช่วยรักษาโรคมะเร็งที่มีการลุกลามเข้าไปในช่องท้อง (carcinomatosis peritoneii) ที่เกิดจากโรคมะเร็งรังไข่ หรือโรคมะเร็งของทางเดินอาหาร หรือใส่ยาเคมีบำบัดเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มไขสันหลังเพื่อจุดประสงค์ในการรักษาภาวะที่มีการกระจายของมะเร็งเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มไขสันหลัง (carcinomatous meningitis)

3.5 ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (Oral Anticancer Agents Treatment) หรือนิยมเรียกในปัจจุบันว่า ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด (Oral Anticancer Agents) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด เป็นยาเคมีบำบัดที่อยู่ในรูปของยาเม็ดหรือแคปซูล โดยรับประทานเป็นยาที่มีประสิทธิภาพ ในการทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมีคุณสมบัติในการยับยั้งการเจริญเติบโต หรือหยุดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง โดยกลไกที่สำคัญคือ ยับยั้งการสร้างโปรตีน (inhibition of protein synthesis) และยับยั้งการแบ่งตัวในวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็ง (inhibition of cell-cycle) (สุภัสร์ สุขบงกช, 2556) 2) ยารักษาชนิดรับประทานแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) โดยออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า เนื่องจากมีความสามารถในการเลือกจับ (selectivity) ต่อเซลล์มะเร็งมากกว่าเซลล์ร่างกายปกติ ได้แก่ Imatinib (Gleevec), Gefitinib (Iressa), Erlotinib (Tarceva), Sunitinib (Sutent), Bortezomib (Velcade) 3) ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดในรูปของยาฮอร์โมน (Hormone therapy) เป็นฮอร์โมนเพศ หรือยาที่ออกฤทธิ์คล้ายฮอร์โมน ซึ่งจะรบกวนการออกฤทธิ์และการสร้างฮอร์โมนเพศของผู้ป่วย จึงมีฤทธิ์ยับยั้งมะเร็งที่ถูกกระตุ้นโดยฮอร์โมน มักใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งมดลูก ได้แก่ raloxifene, tamoxifen, anastrozole, letrozole, flutamide และ bicalutamide เป็นต้น (วสุ ศุภรัตน์สิทธิ, 2556)

4. การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) มะเร็งบางชนิดมีความไวต่อฮอร์โมนแตกต่างกัน เช่น มะเร็งเต้านมที่ไวต่อเอสโตรเจน (estrogen) หรือ มะเร็งต่อมลูกหมากที่ไวต่อเทส

ทอस्टโรน (testosterone) เป็นต้น ยาที่ใช้จึงเป็นยาที่มุ่งหวังไม่ให้ฮอร์โมนดังกล่าวกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง หรือ ลดการสร้างฮอร์โมนนั้นๆในร่างกาย อาจจัดยาในกลุ่มนี้ไว้กับยาในกลุ่มตัวรับของเซลล์ (cell receptor), ตัวส่งสัญญาณของเซลล์ (cell signaling) และกระบวนการส่งสัญญาณ (signaling transduction) ก็ได้ ได้แก่ raloxifene, tamoxifen, anastrozole, letrozole, flutamide และ bicalutamide เป็นต้น

5. การรักษาแบบจำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (targeted therapy) เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง โดยให้ยาหรือสารไปยับยั้งกระบวนการส่งสัญญาณระดับเซลล์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเจริญเติบโตและแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง การใช้ targeted therapy ในการรักษาโรคมะเร็งบางชนิด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีตัวรับหรือเป้าหมาย (target) ที่ตอบสนองต่อยา ก่อนเข้ารับการรักษา แพทย์จะต้องทำการตรวจผู้ป่วยก่อนว่ามียีนหรือตัวรับที่สามารถใช้รักษาด้วย targeted therapy ได้หรือไม่ ยาในกลุ่ม targeted therapy แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) Monoclonal antibodies ออกฤทธิ์โดยจับกับเป้าหมายที่อยู่ภายนอกเซลล์หรือบนผิวเซลล์แล้วจึงทำลายเซลล์มะเร็ง หรือทำให้เซลล์มะเร็งไม่สามารถแบ่งตัวหรือเจริญเติบโตได้ บางครั้งก็มีการนำสารกัมมันตภาพรังสีผูกติดกับ monoclonal antibodies เพื่อให้เกิดการทำลายเซลล์มะเร็งได้มากขึ้นทั้งนี้ยา monoclonal antibodies มักอยู่ในรูปแบบของยาฉีด และ 2) Small molecules เป็นยาที่มีโมเลกุลขนาดเล็ก สามารถผ่านเข้าสู่เยื่อหุ้มเซลล์ จึงสามารถจับกับเป้าหมายทั้งที่อยู่ภายในเซลล์และบนผิวเซลล์ได้ โดยส่วนใหญ่ยาประเภท small molecules จะอยู่ในรูปแบบของยารับประทาน กลไกการออกฤทธิ์ของยาจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับกระบวนการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งชนิดนั้นๆ การรักษามะเร็งด้วยวิธี targeted therapy ไม่ว่าจะเป็นการรักษาเดี่ยว หรือการรักษาพร้อมกับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา เป้าหมายของการรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของมะเร็ง ดังนั้นการรักษาโรคมะเร็งให้หายขาด เป็นยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ทำลายเซลล์มะเร็งที่สามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายและบรรเทาอาการต่างๆ ที่มีสาเหตุจากมะเร็ง ระยะเวลาของการรักษาขึ้นกับชนิดของมะเร็ง เป้าหมายของการรักษา ยาที่ใช้ และการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยผู้ป่วยแต่ละราย ผลข้างเคียงน้อยกว่าการให้เคมีบำบัด แต่ก็ยังมีผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งผลข้างเคียงอาจแตกต่างกันไปตามชนิดและขนาดของ targeted therapy ที่ได้รับ โดยส่วนใหญ่ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการทางผิวหนัง เช่น ผื่นแพ้ ผื่นคัน มีผื่นที่ผิวหนัง ท้องเสีย ผลต่อหัวใจ ผลต่อตับผลต่อไตและความดันโลหิตสูง

6. การใช้สารชีวภาพหรือวิธีกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (biologic therapy or immunotherapy) เป็นการรักษาด้วยการกระตุ้นภูมิคุ้มกันและสารชีวภาพ (Cheung, 1993; Paul, 1991; Kaplan, et al., 1990; Thiele and Helman, 1993) เช่น interferons, cytokines, differentiating agents ซึ่งมีบทบาทมากขึ้นในปัจจุบันเพราะช่วยทำให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดและการผ่าตัดได้ผลดียิ่งขึ้น

## 2. ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานกับยาบัญญัติหลักแห่งชาติ

ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานเริ่มใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1999 (Doctoral et al., 2014) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนเพิ่มขึ้นและเติบโตอย่างต่อเนื่อง (Partridge, 2002) ในปี ค.ศ.2013 การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน พบถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (Halfdanarson and Jatoi, 2010; Moody and Jackowski, 2010) ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานมีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง 2 แบบ คือ 1) ใช้เป็นยาหลักในการรักษาโรคมะเร็งในระยะที่ลุกลาม และไม่สามารถรักษาโดยวิธีอื่นได้ หรือใช้ในกรณีที่เหมาะสมในการรักษาที่เป็นมาตรฐานไม่สามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ ได้แก่ ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด เช่น Capecitabine ใช้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ภายหลังการใช้ยา antacycline/taxane แล้วไม่ตอบสนอง และยารักษาชนิดรับประทานแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) เช่น imatinib เป็นยาต้านมะเร็งตัวเดียวที่ใช้รักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดไมอีลอยด์ (Chronic Myelogenous Leukemia) ที่ไม่เข้าเกณฑ์รักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก (สุภัสร์ สุบงกช, 2556) นอกจากนี้ยังมีการใช้ยา Imatinib mesylate (Gleevec®) ซึ่งจัดเป็นยาชนิดแรก และชนิดเดียวในปัจจุบันที่ใช้รักษา Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) ซึ่งเป็นมะเร็งลำไส้ที่พบได้น้อยชนิดและไม่สามารถผ่าตัดได้ (DeJong and Verweij, 2003) 2) ใช้เป็นยาเสริมร่วมกับการรักษาวิธีอื่นๆ เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 2.1) Adjuvant chemotherapy เป็นการให้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานภายหลังการรักษาแบบอื่น ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของโรคมะเร็งและลดการกลับมาเป็นซ้ำ 2.2) Neo adjuvant chemotherapy เป็นการให้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งแล้วจึงทำการผ่าตัด ซึ่งพบได้ในยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ทั้ง 3 ประเภท เช่น Tamoxifen เป็นยาต้านฮอร์โมนใช้ภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น เพื่อลดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งเต้านม และใช้นี้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง (อรวรรณ ทรัพย์ปราโมทย์, 2554) ส่วน Sunitinib เป็นยารับประทานออกฤทธิ์แบบมุ่งเป้า ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ไทรอยด์ลุกลาม เพื่อลดขนาดของเซลล์ก่อนผ่าตัด (Brian et al., 2008) และยังมีการใช้ Tegafur ซึ่งเป็นยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดร่วมกับการฉายรังสี ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักเพื่อทำให้ขนาดของก้อนมะเร็งเล็กลง ซึ่งง่ายต่อการทำการผ่าตัด และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น การรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำเป็นต้องกินยาจำนวนมาก ในระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง จึงส่งผลทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด (Foulon, Schoffski, and Wolter, 2011)

ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ได้จดทะเบียนอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2559 และจัดอยู่ในประเภทบัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ (คณะกรรมการ

พัฒนาระบบยาแห่งชาติ, 2559) ซึ่งการเลือกใช้ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดประเภทใด บัญชีใด ขึ้นอยู่กับแพทย์เฉพาะทางด้านมะเร็งเป็นผู้พิจารณาในการรักษา บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2559 เป็นรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2559 ประกอบด้วย 2 ประเภทบัญชียาหลัก 1) บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข 2) บัญชียาจากสมุนไพร (ไม่กล่าวถึงรายละเอียดเนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในบัญชียาประเภทที่ 1 เพียงอย่างเดียว)

บัญชียาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข หมายความว่า รายการยาแผนปัจจุบันสำหรับใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยบัญชีย่อย 5 บัญชี ได้แก่ บัญชี ก บัญชี ข บัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ รวมทั้งรายการยาเภสัชตำรับโรงพยาบาล (คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, 2559)

บัญชี ก หมายความว่า รายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสิทธิผลการใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียงและเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งชี้ของยานั้น ได้แก่ กลุ่มยาดังต่อไปนี้ Gastro intestinal system, Cardiovascular system, Respiratory system, Central Nervous System, Infectious, Oral Antidiabetic drugs, Obstetrics, Gynaecology and Urinary tract disorders, Nutrition and blood, Musculoskeletal and joint diseases, Eye, Ear Nose Oropharynx and oral cavity, Anti infective skin preparations เป็นต้น

บัญชี ข หมายความว่า รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งชี้หรือโรคบางชนิดที่ใส่ยาในบัญชี ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชี ก ตามความจำเป็น เป็นกลุ่มยาที่ใช้เดียวกับประเภท ก

บัญชี ค หมายความว่า รายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทาง โดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้น โดยมีมาตรการกำกับการใช้ ซึ่งสถานพยาบาลที่ใช้จะต้องมีความพร้อม ตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษาเนื่องจากยากกลุ่มนี้เป็นยาที่ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือเป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ หรือไม่คุ้มค่าหรือมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด ยาที่ใช้ในกลุ่มนี้เป็นยาในกลุ่มโรคมะเร็งและกดภูมิคุ้มกัน (Malignant disease and immunosuppression) ได้แก่ กลุ่มยาที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง (Cytotoxic drug) เช่น Busulfan, Cyclophosphamide, Melphalan, Mercaptopurine, Methotrexate, Etoposide, Hydroxycarbamide, Tamoxifen เป็นต้น

บัญชี ง หมายความว่า รายการยาที่มีหลายข้อบ่งชี้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งชี้ เป็นรายการยาที่มีราคาแพง จึงเป็นกลุ่มยาที่มีความจำเป็นต้องมีการระบุข้อบ่งชี้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา และโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug

Utilization Evaluation, DUE) เป็นยาที่ใช้ในกลุ่มมะเร็งและกดภูมิคุ้มกัน(Malignants disease and immunosuppression) ได้แก่ กลุ่มยาที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง(Cytotoxic drug) เช่น Capecitabine, Tegafur+Uracil, Tioguanine, Megestrol, Flutamide เป็นต้น

บัญชี จ แบ่งออกเป็น 2 บัญชีย่อย ได้แก่

บัญชี จ(1) รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานของรัฐ ที่มีการกำหนดวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตาม ได้แก่ ยารักษาโรคเอดส์ และโรคเลือด

บัญชี จ(2) รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เฉพาะราย เป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และเป็นยาที่มีราคาแพงมาก ส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของสังคมและผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system) เป็นยาที่ใช้ในกลุ่มมะเร็งและกดภูมิคุ้มกัน(Malignants disease and immunosuppression) ได้แก่ Imatinib, Nilotinib, Dasatinib, Letrozole เป็นต้น

**2.1 ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด(Oral chemotherapy)** จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ประเภทบัญชี ค หมายถึง ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดหรือแคปซูลในรูปของยารับประทาน เป็นการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมหรือทำลายเซลล์มะเร็ง โดยการออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตและแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งและทำลายเซลล์มะเร็งโดยตรง ปัจจุบันมีการใช้ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดด้วยกันหลากหลายสามารถแบ่งกลุ่มของยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดตามกลไกการทำงานได้ ดังนี้

## 1. Cytotoxic drug (ยาที่มีฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง)

**1.1 Alkylating drug** กลไกการออกฤทธิ์ เป็นยาที่ออกฤทธิ์ทำลายสารพันธุกรรมเพื่อป้องกันการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งโดยออกฤทธิ์ได้ทุกระยะของการแบ่งเซลล์ ได้แก่

1.1.1 Busulfan รักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง

1.1.2 Cyclophosphamide รักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดจ์กินและนอนฮอดจ์กิน มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด ฯลฯ

1.1.3 Melphalan รักษา มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน(Non-Hodgkin's Lymphoma) มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อนและกระดูก(Sarcoma) มะเร็งต่อมหมวกไต(Neuromblastoma)

**1.2 Antimetabolites** กลไกการออกฤทธิ์ เป็นตัวยาคจะเข้าไปแทนที่ในสายพันธุกรรมส่งผลให้เกิดยับยั้งการสร้างสายพันธุกรรม โดยออกฤทธิ์ในระยะ S ของวงจรการแบ่งเซลล์ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่

1.2.1 Mercaptopurine รักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาว

1.2.2 Methotrexate รักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดจ์กิน มะเร็งของเนื้อเยื่ออ่อนและกระดูก มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งอวัยวะ

1.2.3 Capcitabine รักษา มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Advanced breast cancer)



1.2.4 Tegafur + uracil (100/224mg) รักษา มะเร็งลำไส้และทวารหนัก ระยะที่ 2

1.2.5 Tioguanine (Thioguanine) รักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง และ acute non lymphocytic leukemia

**1.3 Vinca alkaloids and etoposide** กลไกการออกฤทธิ์ ไปยับยั้ง Topoisomerase II inhibitors ในช่วงท้ายของระยะ S และ G2

1.3.1 Etoposide รักษา มะเร็งปอด (Small cell lung cancer) และ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

#### 1.4 Other antineoplastic drugs

1.4.1 Hydroxycarbamide (Hydroxyurea) รักษา มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง และ มะเร็งรังไข่

#### ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด

ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดจะมีผลต่อการทำงานของเต้านมของเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว ซึ่งนอกจากเซลล์มะเร็งแล้ว จึงมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็ว ได้แก่ ไชกระดูก เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม เป็นต้น ดังนั้นยาพวกนี้จึงมีผลข้างเคียงมากกว่ายาในกลุ่มอื่น ผลกระทบทำให้เกิดอาการข้างเคียงในแต่ละระบบดังนี้

1. ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิด อาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ ปากแห้ง มีแผลในปาก เยื่อบุหลอดอาหารอักเสบ ท้องเสีย ท้องผูก

2. ระบบไขกระดูก ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดจะไปกดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด ทำให้เกิดผลดังนี้ ได้แก่ ภูมิคุ้มกันโรคต่ำจากการที่ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย, โลหิตจางทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรงและภาวะเลือดออกง่าย

3. ระบบผิวหนัง ผม และขน โดยยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดทำให้เกิด ผิวแห้งและคัน ผิวคล้ำดำ และมีความไวต่อแสงแดด เกิดการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บ, ผมและขนร่วง เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อรากผม และขน ทำให้ผมและขนร่วงง่าย

4. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า และสูญเสียการทรงตัว

5. ระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงมีผลทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือขาดประจำเดือน ส่วนในเพศชายทำให้เชื้อสุมลดลง ส่งผลทำให้ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเป็นหมันชั่วคราว

6. อวัยวะสำคัญ ได้แก่ ตับ ไต และระบบขับถ่ายปัสสาวะ เป็นพิษต่อดับ และไตขึ้นอยู่กับชนิดของยา ขนาดของยา จำนวนครั้งที่ได้รับยา

**2.2 ยารักษาชนิดรับประทานแบบมุ่งเป้า(Targeted therapy)** จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติประเภทบัญชี จ(2) หมายถึง ยารักษาโรคมะเร็งแบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งในรูปแบบของยาเม็ด ชนิดรับประทาน เป็นยาที่มีโมเลกุลขนาดเล็ก (small molecules) สามารถผ่านเข้าสู่เยื่อหุ้มเซลล์ จึงสามารถจับกับเป้าหมายที่ตั้งอยู่ในเซลล์และบนผิวเซลล์ได้ โดยให้ยาหรือสารไปยับยั้งกระบวนการส่งสัญญาณระดับเซลล์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเจริญเติบโตและแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง สามารถแบ่งกลุ่มของยารับประทานรักษาแบบมุ่งเป้าตามกลไกการทำงานได้ ดังนี้

**1.Endothelial Growth Factor Receptor (EGFR) tyrosine kinase inhibitor** เป็นกลไกของ Signal transduction inhibitor ส่งผลต่อตัวรับของเซลล์ (cell receptor), ตัวส่งสัญญาณของเซลล์ (cell signaling) และกระบวนการส่งสัญญาณ (signaling transduction) ขัดขวางการส่งสัญญาณที่จะทำให้เซลล์เติบโตจนผิดปกติ โดยยาในกลุ่มนี้จัดเป็นยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเป้าหมาย (molecular targeted therapy) (ภูธร แคนยุกต์, 2551) เป็นกลุ่มยารับประทานรักษาแบบมุ่งเป้าชนิดที่ไปรบกวนการทำงานของเอนไซม์หรือ สารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ได้แก่

1.1 Imatinib mesylate (Gleevec®) ใช้รักษา gastrointestinal stromal tumor ซึ่งเป็นมะเร็งลำไส้ที่พบได้น้อยชนิดหนึ่งและมะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) โดยจะไปรบกวนการทำงานของเอนไซม์ที่ small molecule drug ที่สามารถผ่านเข้าสู่เยื่อหุ้มเซลล์ไปออกฤทธิ์ที่ target ได้โดยตรง

1.2 Dasatinib (Sprycel®) ใช้รักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด chronic myeloid leukemia และ acute lymphoblastic leukemia จัดเป็น small-molecule drug ที่ไปยับยั้งการทำงานของ tyrosine kinase หลายชนิด

1.3 Nilotinib (Tasigna®) ใช้รักษา chronic myeloid leukemia จัดเป็น small-molecule drug ที่ไปยับยั้งการทำงานของ tyrosine kinase หลายชนิดเช่นเดียวกัน

1.4 Gefitinib (Iressa®) ใช้รักษาโรคมะเร็งปอดชนิด non-small cell ในระยะแพร่กระจาย ซึ่งมีการใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังได้รับหรือเคยได้รับยาเคมีแล้ว ยา Gefitinib จัดเป็น small-molecule drug ที่ยับยั้งการทำงานของ tyrosine kinase ที่ epidermal growth factor receptor (EGFR) ในเซลล์มะเร็งชนิดอื่นๆ อีกหลายชนิด

1.5 Erlotinib (Tarceva®) ใช้รักษาโรคมะเร็งปอดชนิด non-small cell ในระยะแพร่กระจาย และยังใช้ในโรคมะเร็งตับอ่อนที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือ มีการลุกลามแล้วเช่นเดียวกัน จัดเป็น small-molecule drug ที่ยับยั้งการทำงานของ tyrosine kinase ที่ EGFR

1.6 Lapatinib (Tykerb®) ใช้รักษาโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามเฉพาะที่และระยะแพร่กระจาย จัดเป็น small-molecule drug ที่ไปยับยั้งการทำงานของ tyrosine kinase ที่ HER-2

**2. Small molecule tyrosine kinase inhibitor** เป็นกลุ่มที่มี Inhibitor multiple receptor tyrosine kinase ชนิดที่ไปขัดขวางไม่ให้เกิดการเติบโตของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงก้อนมะเร็ง ซึ่งเซลล์มะเร็งจะเติบโตมีขนาดใหญ่มากขึ้นได้นั้นจำเป็นต้องได้รับสารอาหาร และออกซิเจนผ่านโดยทางเส้นเลือดอย่างเพียงพอ เมื่อการสร้าง เส้นเลือดที่มาเลี้ยงก้อนมะเร็งถูกขัดขวางเซลล์มะเร็งจึงไม่สามารถเติบโตต่อไปได้ ได้แก่

2.1 Sorafenib (Nexavar®) ใช้รักษามะเร็งที่ไทรอยด์ระยะแพร่กระจาย หรือมะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma โดยไปขัดขวางการทำงานของ kinase บริเวณที่ VEGF จับกับ receptor ทำให้ไม่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงที่ก้อนมะเร็ง นอกจากนี้ sorafenib ยังสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งได้อีก

2.2 Sunitinib (Sutent®) ใช้รักษามะเร็งที่ไทรอยด์ระยะแพร่กระจาย และมะเร็งลำไส้ชนิด gastrointestinal stromal tumor ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย imatinib จัดเป็น small-molecule drug ที่ยับยั้งการทำงานของ VEGF ป้องกันการสร้างเส้นเลือดที่จะมาเลี้ยงก้อนมะเร็ง

### **ผลข้างเคียงของยารักษาชนิดรับประทานแบบมุ่งเป้า**

ผลข้างเคียงของยารักษาแบบมุ่งเป้า ได้แก่ มือ เท้าเจ็บและลอก ( Hand-foot syndrome) ชาตามปลายนิ้วมือและเท้า ผื่น ผิวหนังอักเสบ ตุ่ม สิว ท้องเสีย อ่อนเพลีย กดการทำงานของไขกระดูก เป็นพิษต่อตับ การอักเสบของขอบเล็บ การอักเสบของเยื่อต่างๆ เช่น การอักเสบในช่องปากและทางเดินปัสสาวะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย (American Cancer Society, 2013)

**2.3 ยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน (Hormonal therapy)** จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติประเภทบัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ(2) หมายถึง ยาเคมีบำบัดในรูปของยาเม็ด ชนิดรับประทาน ที่ออกฤทธิ์เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ในมะเร็งเต้านม และฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ในมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยมุ่งหวังไม่ให้ฮอร์โมนดังกล่าวไปกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งหรือลดการสร้างฮอร์โมนนั้นๆในร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวิธีนี้ ควรมีก่อนมีกลุ่มเซลล์ที่มีตัวรับสัญญาณฮอร์โมนเอสโตรเจน รีเซปเตอร์ (Estrogen receptor, ER) และโปรเจสเตอโรนรีเซปเตอร์ (Progesterone receptor, PR) เป็นบวก สามารถแบ่งยาที่ใช้รักษาออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

2.3.1 ยาในกลุ่ม Anti-estrogen เป็นยาต้านเอสโตรเจนเป็นการใช้ยาเข้าไปแย่งที่กับตัวรับสัญญาณที่เซลล์มะเร็ง (เอสโตรเจน รีเซปเตอร์) เพื่อไม่ให้ฮอร์โมนสามารถกระตุ้นเซลล์มะเร็ง

ให้เติบโต ใช้ในผู้หญิงที่มีประจำเดือน ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Toremifene (Fareston®), Fulvestrant (Faslodex®)

2.3.2 ยาในกลุ่ม Aromatase inhibitors เป็นยาทำลายหรือยับยั้งไม่ให้มีฮอร์โมนเพศหญิงอยู่ในร่างกาย ใช้ในผู้ป่วยวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ nastrozole (Arimidex®), Exemestane (Aromasin®) และ Letrozole (Femara®)

2.3.3 ยาในกลุ่ม Antiandrogen therapy เป็นยาต้านฮอร์โมนเพศชายที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ flutamide และ bicalutamide

### ผลข้างเคียงของยาต้านฮอร์โมน

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในกลุ่มนี้ คือทำให้เกิดอาการคล้ายกับอาการที่เกิดขึ้นเมื่อหมดประจำเดือน ได้แก่ ร้อนวูบวาบ (hot flush) พบได้ถึง ร้อยละ 50 โดยอาการมักจะรู้สึกร้อนขึ้นเรื่อยๆ ถึง 3 เดือน และจะรู้สึกร้อนคงที่ ช่องคลอดแห้ง อาจจะมี คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ระดับบิลิรูบิน สูงขึ้น ครีเอตินิน สูงขึ้น เกร็ดเลือดต่ำ มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ส่วนลึก (deep vein thrombosis) ปวดกระดูกรุนแรง ร่วมกับการลุกลามของโรคเพิ่มขึ้นชั่วคราว (transient tumor progression) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของ ผู้ป่วยระยะลุกลาม ส่งผลให้เพิ่มโอกาสเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial cancer) พบอุบัติการณ์ไม่สูง ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบ 1 ต่อ 1,000 ราย (อรุณี เดชาพันธุ์กุล และคณะ, 2554)

## 3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Medication Adherence)

3.1 ความหมายของ Medication Adherence มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับความหมาย ไว้เป็นจำนวนมาก ได้แก่

Cramer et al. (2008) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพเกี่ยวกับแผนการรักษา โดยการกินยาได้อย่างถูกต้องตรงเวลา ตามขนาด และความถี่ในการกินยา

European patient forum (2015) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยเห็นด้วยและตัดสินใจด้วยตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้สั่งยา และมีส่วนร่วมการรักษากับทีมแพทย์ โดยไม่มีแนวคิดตำหนิเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการสร้างกลยุทธ์ควบคุมโรค และการรักษาด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยยอมรับบนพื้นฐานของความน่าเชื่อถือ

Haynes et al. (1979) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวด้านการกินยา การควบคุมอาหาร ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต

ให้เหมาะสมกับพฤติกรรมกรกินยา พร้อมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ ในเรื่องของการกินยา และการดูแลสุขภาพ และรับทราบเป้าหมายและขอบข่ายในกินยา

Horne and Weinman (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง พฤติกรรมกรปฏิบัติตัวในการกินยาของผู้ป่วย และปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการกินยา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็นกับแพทย์ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องจะได้รับคำแนะนำด้วยเหตุผล ไม่มีการตำหนิผู้ป่วย

National Institution for Health and Care Excellence: NICE (2009) กล่าวว่า พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติและเห็นด้วยตามคำแนะนำของผู้สั่งยา

Tarquino et al. (2000) กล่าวว่า พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง พฤติกรรมกรของผู้ป่วยที่ไม่ใช่การบริหารยาอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงการมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพที่สมดุล การออกกำลังกาย และการงดสูบบุหรี่

World Health Organization (2003) กล่าวว่า พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง พฤติกรรมกรของบุคคลในการกินยาได้อย่างยาวนาน และมีความเห็นด้วยกับคำแนะนำของทีมสุขภาพ

กนกเลขา สุวรรณพงษ์ (2558) กล่าวว่า พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง พฤติกรรมกรรับรู้ของผู้ป่วยในการกินยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีความรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง รู้วิธีการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม รู้วิธีการกำกับตนเองให้กินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการรักษา

พจนานุกรมศัพท์เภสัชศาสตร์ (2553) กล่าวว่า พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง พฤติกรรมกรใช้ยาตามคำแนะนำ และเป็นความตั้งใจหรือความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามกระบวนการใช้ยาให้ถูกขั้นตอน นอกจากการใส่ยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกต้องตามแผนกำหนดการใช้ยา แล้วยังหมาย รวมถึงการมาตามนัดที่แพทย์ หรือเภสัชกรกำหนด การดูแล เรื่องอาหาร การออกกำลังกายตลอดจนการรักษาอื่นๆที่นี้ต้องเป็นความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือเภสัชกร

เพลินจันทร์ เศรษฐโชติศักดิ์ และสุนีย์ สุญพันธ์ไว้ (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง คำที่ใช้กับผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้ป่วยจะเข้าใจยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตนและกินยาให้ถูกขนาด ถูกเวลาตามที่แพทย์แนะนำเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

จากนิยาม Medication Adherence ที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งในการกินยา การเก็บรักษา ยา การกำกับตนเองในการกินยา และการมีส่วนร่วมในการรักษาได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรใช้ยาให้เหมาะสม และสอดคล้องตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรตามในความหมายของ Medication adherence เมื่อนำมาใช้ในภาษาไทยกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กินยาอย่างต่อเนื่อง ระยะยาว มีผู้ให้ความหมายไว้ 5 แบบ คือ

1. เกษก่อง สีหะวงษ์ (2539) กล่าวว่า Medication adherence หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยา เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคยา การแสวงหายา การเก็บรักษายา เพื่อการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ

2. กระทรวงสาธารณสุข (2550) กล่าวว่า Medication adherence หมายถึง การมีวินัยกินยา เป็นการกินยาได้ถูกวิธี ถูกจำนวน ถูกเวลา และกินยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3. นภาพร รุจิเสถียร (2553) กล่าวว่า Medication adherence หมายถึง ความสม่ำเสมอในการกินยา เป็นความสามารถในการกินยาได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ตามขนาด เวลา ความถี่ของยาตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการปรับขนาดยาด้วยตนเอง แต่ไม่มีการหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเองเมื่อลืมกินยา

4. นันทลักษณ์ สถาพรนนท์ (2555) กล่าวว่า Medication adherence หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นขนาดของการกระทำด้วยความยินยอมและเต็มใจรับประทานยา และให้ความร่วมมือในการรักษาตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ

5. กนกเลขา สุวรรณพงษ์ (2558) กล่าวว่า Medication adherence หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็นความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยสามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเก็บรักษายา การกำกับตนเองในการใช้ยา และการมีส่วนร่วมในการรักษาให้ถูกต้องตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ตัวแปรตาม เป็นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Medication adherence) เนื่องจากเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ด้านการกินยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และยังครอบคลุมถึงการเก็บรักษายา การกำกับตนเอง และการมีส่วนร่วมในการรักษา กับทีมผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้แก่ กินยาผิดขนาด ผิดวิธี ผิดเวลา กินยาไม่ต่อเนื่อง ลืมกินยา หยุดกินยาเอง นำยาต้านมะเร็งชนิดเม็ดไปปะปนกับยาชนิดอื่น มีการแกะพอยล์ออกจากยาทิ้งไว้เมื่อยังไม่ถึงเวลารับประทาน โดยมีสาเหตุมาจาก การไม่ทราบสรรพคุณของยา ไม่รู้วิธีการเก็บรักษา และไม่รู้วิธีการประเมินตนเองภายหลังการรักษา

### 3.2 แนวคิด Medication Adherence ขององค์การอนามัยโลก

World Health Organization (2003) กล่าวถึง ความหมายของ Medication Adherence ว่าเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลในการกินยาได้อย่างยาวนาน และเห็นด้วยกับคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ ต่อมาได้มีการพัฒนาความหมายของ Medication Adherence ด้วยการรวมความหมาย

Medication Adherence ของผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน เข้าด้วยกัน เพื่อใช้เป็นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว และได้ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในระยะยาว ซึ่งเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพในเรื่องของการกินยาให้ถูกต้องต่อเนื่อง และยาวนาน รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการกินยา เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย (Haynes, 1979; Rand, 1993)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้กำหนด Multidimensional Adherence Model (MAM) ขึ้นมาในปี ค.ศ. 2003 คือ ปัจจัย 5 ด้าน ที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว เพื่อนำมาพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ต่อมา The American Society on Aging (ASA) and American Society of Consultant Pharmacist (ASCP) Foundation: ASA and ASC ได้พัฒนา The Five Dimensional Model ขึ้นมาในปี ค.ศ. 2006 คือปัจจัย 5 มิติ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยพัฒนามาจากรากฐานของ MAM (WHO, 2003) และพัฒนาตัวแปรในแต่ละปัจจัย ให้มีรายละเอียด และเฉพาะกับกลุ่มอายุมากขึ้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social economic factors)

เป็นการเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเศรษฐกิจตามสถานการณ์ของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนข้อจำกัดในการไม่รู้หนังสือ การขาดสมาชิกภายในครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม การไร้ที่อยู่อาศัย ตารางการทำงานที่รบกวนการดำเนินชีวิต การขาดระบบประกันสุขภาพ ความยากลำบากในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การขาดรายได้ ต้นทุนของยา วัฒนธรรม ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ความสามารถในการรู้หนังสือ (Literacy) หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดทางความรู้ด้านภาษาอังกฤษ เป็นความเสี่ยงสูงกับความไม่ปลอดภัยในการใช้ยาตามใบสั่งยา เนื่องจากความซับซ้อนของข้อมูล หรือการไม่ได้รับการสื่อสารอย่างเหมาะสมจากทีมผู้ดูแลสุขภาพ (National Quality Forum, 2005) ความไม่รู้หนังสือมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Krueger et al., 2005)

1.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social supports) เป็นความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในการกินยา ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ดีขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ครอบครัวที่มั่นคง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Krueger et al., 2005)

1.3 ฐานะทางเศรษฐกิจ (Economics) เป็นลักษณะของฐานะความเป็นอยู่ของประชากร การที่ ผู้ป่วยไม่มีรายได้ ไม่มีงานทำ ไม่มีบ้านที่อยู่อาศัย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการเงินมักมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Streeter et al., 2011) ปัญหาทางการเงินเป็นอุปสรรคที่สำคัญ และได้รับการยืนยันว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์

1.4 วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ (Culture belief and attitude) เป็นความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ ทำให้มีความเชื่อและทัศนคติที่หลากหลายเกี่ยวกับสุขภาพและยา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ โรค การรักษา และทีมผู้ดูแลสุขภาพ บุคคลที่อยู่ในวัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกัน จะมีความเชื่อและการปฏิบัติที่แตกต่างกัน

## 2 ปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ (Health care system factors)

เป็นระบบการดูแลสุขภาพ ที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย ได้แก่ สัมพันธภาพของทีมผู้ดูแลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารของทีมผู้ดูแลสุขภาพ (การขาดความรู้ หรือความเข้าใจในแผนการรักษา) ความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพของทีมผู้ดูแลสุขภาพกับผู้ป่วย การขาดพลังอำนาจด้านบวกของทีมผู้ดูแลสุขภาพ ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ระบบการติดตามผู้ป่วย ขาดสื่อการสอนในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ ต้นทุนของยาสูง ระบบการจ่ายเงินของบริษัท ประกัน ตารางการนัดหมายที่ไม่ตรงนัด ระยะเวลาในการรอพบแพทย์ และขาดระบบการดูแลในแหล่งชุมชน ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 สัมพันธภาพทีมผู้ดูแลกับผู้ป่วย (Provider-patient relationship) เป็นคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่สุดของปัจจัยด้านทีมผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Kruger et al., 2005) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพกับผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดีขึ้น (Kruger et al., 2003) สัมพันธภาพระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (Chou, Lin and Hu, 2012)

2.2 สิทธิการรักษาพยาบาล (Medical right) เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ที่มีอบสิทธิการบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัย ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การประกันสุขภาพและการประกันชีวิต หากผู้ป่วยมีแรงสามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ ได้อย่างเท่าเทียมกัน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี (Ingersoll and Cohen, 2008)



### 3.ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย (Condition related factors)

เป็นสภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาเป็นหลัก เป็นการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ได้แก่ ภาวะของโรคเรื้อรัง ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ภาวะซึมเศร้า ภาวะปัญหาด้านจิตใจ ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้สึก อารมณ์ แรงจูงใจและการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต ร่วมกับบุคคลมีความคิดทางลบต่อตนเอง ทำให้เกิดความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ คือทำให้มีอาการเศร้า หดหู่ใจ มีความรู้สึกทางด้านลบตลอดเวลา (Beck, 1967)

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของอาการ เป็นการรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคมะเร็ง ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์อาการของผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นโรคมะเร็ง อาจเป็นอาการเฉพาะที่ และอาการที่เกิดการลุกลามของโรคมะเร็ง ซึ่งความรุนแรงของอาการมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เป็นการรับรู้ถึงอันตรายเกี่ยวกับโรค หรือการดำเนินของโรคมะเร็งว่ามีความรุนแรงเพียงใด หรือระยะของโรคอยู่ในระยะใด ซึ่งมีผลเสียต่อร่างกาย และมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ความรุนแรงของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งทราบถึงตำแหน่งที่เฉพาะเจาะจงของมะเร็งในร่างกาย ซึ่งจะมีความสำคัญในการพยากรณ์โรค การวินิจฉัย การวางแผนการรักษา และประเมินผลการรักษาพยาบาล

### 4.ปัจจัยด้านการรักษา (Therapy-Related factors)

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของสูตรยา ความซับซ้อนของเทคนิคหรือวิธีการใช้ยา ระยะเวลาการรักษา จำนวนเม็ดยา ยาบางประเภทบ่งชี้ถึงการรับรู้ตราบาบในการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา วิธีการรักษาที่ไม่สะดวกรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยา เมื่อยาออกฤทธิ์ช้าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักมีความเชื่อว่ายาไม่ทำงาน หรือไม่มีประสิทธิภาพจึงหยุดยาเอง (Tabor and Lopez, 2004) ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ผลข้างเคียงของยา (Side effect) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจจากยา สามารถเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ เป็นอาการที่เกิดขึ้นแม้จะใช้ในขนาดที่ปกติ เพื่อวินิจฉัย ป้องกัน เพื่อการรักษา หรือเพื่อการปรับเปลี่ยนหน้าที่ทางสรีรวิทยา โดยไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาดจากอุบัติเหตุหรือเจตนา (WHO, 1975) อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกระบบของ

ร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง ระบบการหมุนเวียนของเลือด ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

4.2 ความซับซ้อนของสูตรยา (Complexity of medication regimen) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เป็นการให้ยาที่เป็นสูตรเฉพาะของโรคมะเร็งนั้นๆ มีความจำเพาะเจาะจงในโรคมะเร็งแต่ละโรค ความซับซ้อนของสูตรยา ขนาดยาที่รับประทานยาพร้อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความสับสน ในการใช้ยา ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี

4.3 จำนวนเม็ดยา (Number of medication) ผู้ป่วยมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง การรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรับประทาน ในแต่ละโรคย่อมมีการใช้ขนาดยาที่หลากหลาย ขนาดยาที่สูงย่อมทำให้ผู้ป่วยกินยาในจำนวนที่มากด้วยเช่นกัน จำนวนเม็ดยาที่มากมีผลทำให้เกิดการสับสน เบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการกินยา

4.4 ระยะเวลาในการรักษา (Duration of therapy) การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน ไม่มีที่สิ้นสุด จนกว่ายาต้านมะเร็งชนิดรับประทานนั้นไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์จึงพิจารณาในการเปลี่ยนสูตรยาใหม่ ระยะเวลาที่ยาวนานส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี

## 5.ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient-related factors)

เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรือเป็นความบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี ประกอบด้วย 2 ด้าน ดังนี้

5.1 ปัจจัยด้านร่างกาย (Physical Factors) เป็นปัจจัยที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะภายในร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายได้น้อยลง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ ความจำ การเคลื่อนไหว ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

5.2 ปัจจัยด้านจิตใจ/พฤติกรรม (Psychological/Behavioral Factors) เป็นปัจจัยที่เกิดความรู้สึกภายในจิตใจ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรค การคาดหวังและทัศนคติต่อการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ทัศนคติต่อการรักษา การโน้มน้าวใจ ความกลัวต่อผลข้างเคียงของยา การรับรู้ตราบาป ความไม่พอใจต่อทีมผู้ดูแลสุขภาพ ภาวะผิดปกติทางจิตใจ (เครียด วิตกกังวล) และการติดสุราและยาเสพติด ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

5.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค(Knowledge) เป็นการได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรค การคาดหวัง และประสิทธิภาพของการจัดการรักษา รวมทั้งคู่มือเกี่ยวกับการใช้ยา (WHO, 2003)

5.2.2 การรับรู้ประโยชน์การรักษา การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตนตามแผนการรักษามีผลดีต่อตนเอง เพื่อให้หายจากโรค การตัดสินใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974)

5.2.3 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ 1) ความเชื่อด้านความจำเป็นต่อการกินยา เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมาเร็งเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา 2) ความเชื่อด้านความกังวลต่อการกินยา เป็นการรับรู้ความกังวลเกี่ยวกับการกินยา เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อว่ายาไม่สามารถควบคุมและจัดการกับโรคได้ ส่งผลทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี (Krueger et al., 2005)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และได้คัดสรรปัจจัยมาศึกษาใน 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ตัวแปรที่นำมาศึกษาได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 2) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย ตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ และความรุนแรงของโรคมาเร็ง 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา ส่วนปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ไม่ได้นำมาศึกษาเนื่องจากสิทธิการรักษาเป็นปัจจัยเชิงระบบที่มีความเชื่อมโยงกับนโยบายสุขภาพ การแก้ไขต้องใช้การผสมผสานของศาสตร์หลายสาขาในการแก้ปัญหา และกำหนดโดยนโยบายระดับประเทศ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556) ส่วนปัจจัยด้านการรักษา ไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมาเร็งทุกประเภททั้งในระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม ซึ่งการรักษาด้วยยาต้านมาเร็งชนิดรับประทานมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีความหลากหลาย และใช้ในผู้ป่วยมาเร็งแตกต่างกัน ประกอบกับผลข้างเคียงของยา และอาการของโรคมาเร็งในบางอาการมีความเหมือนกัน แยกกันออกได้ยาก อาจทำให้ผู้ป่วยมาเร็งมาเร็งมีความสับสนในการประเมินอาการ และผลข้างเคียงของยาต้านมาเร็งที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นปัจจัยที่เลือกมาศึกษา 3 ปัจจัย มีรายละเอียดดังนี้

### 3.3 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมาเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยมาเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 20 (Dittmer et al., 2011; Ma et al., 2008; O'Connor, 2006) และเป็นจำนวนที่มากกว่าผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อ โรคเบาหวาน และพบว่าผู้ป่วยมาเร็งที่มีพฤติกรรมตั้งใจที่จะไม่ใช้ยา คือ ผู้ป่วยนิ่งเฉย ไม่กระตือรือร้นต่อการใช้ยา ไม่สนใจดูแลตนเอง และในผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมที่ไม่ตั้งใจที่จะไม่ใช้ยา คือ การลืมกินยาตาม

คำแนะนำของแพทย์และทีมผู้ดูแลสุขภาพ (Gadkari and McHorney, 2012; Ho, Bryson and Rumsfield, 2009) และยังมีสาเหตุอื่นๆร่วมด้วย เช่น อายุ แผนการรักษา จำนวนยาที่หลากหลาย ความซับซ้อนของสูตรยา การไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องของการใช้ยา การขาดสังคมสนับสนุน ระดับความจำและการรับรู้ หรือข้อจำกัดด้านร่างกาย รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างทีมดูแลสุขภาพกับผู้ป่วย ภาวะโรคร่วม ความรุนแรงของโรค และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Bosworth et al., 2011; Stille, Bender, Dubar-Jacob, Sereika, and Ryan, 2010; Vik et al., 2004; Barber, Parson, Clifford, Darracott and Horne, 2004) จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยา Imatinib ร้อยละ 20 ไม่สามารถรับประทานยาได้ตามที่แพทย์สั่ง (Darkow et al., 2007) สำหรับยา Capecitabine and Lapatinib พบว่ามีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 25 ที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ตามที่แพทย์สั่ง (Decker et al., 2009) อันเนื่องมาจากความซับซ้อนของสูตรยาและระยะเวลาในการรักษา และจากการศึกษาของ Mayer et al. (2009) ยังพบปัญหาว่าผู้ป่วยมะเร็งมีการใช้ยาเม็ดต้านมะเร็งที่เกินขนาดถึงร้อยละ 13 โดยมีสาเหตุจากการที่ผู้ป่วยลืมกินยา จึงกินยาเพิ่มเป็น 2 เท่าในวันถัดไป

สำหรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย จากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมมะเร็งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาด้านมะเร็งชนิดรับประทานในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ และทวารหนัก มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก ฯลฯ ได้แก่ ผู้ป่วยลืมกินยา กินยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่ตรงเวลาทุกวัน กินยาไม่ครบ หยุดกินยาเอง กินยามิขนาด ผิดเวลา โดยมีสาเหตุมาจากไม่ทราบสรรพคุณของยา ไม่ทราบวิธีการเก็บรักษา ยาไม่ได้รับข้อมูลการประเมินตนเอง ภายหลังการรักษา และไม่มีส่วนร่วมในการรักษา

#### 3.4 ผลกระทบของการมีพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์

ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาที่สำคัญและเกิดขึ้นทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคมะเร็งเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีลักษณะการดำเนินของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละระยะของโรค และต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน (อภิรดี ลดาวรรษ และคณะ, 2548) การรักษาโรคมะเร็งส่วนใหญ่ใช้ยาเป็นหลัก และเป็นการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน จึงเกิดปัญหาพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็ง ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcomes) เป็นผลกระทบที่เกิดจากกระบวนการรักษาที่มีผลต่อผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง หากผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์ หรือใช้ยาไม่ต่อเนื่อง และหยุดยาเองก่อนกำหนด ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การต้องยาต้องใช้ยาในปริมาณที่สูงขึ้นเรื่อยๆ หรือเปลี่ยนสูตรยาเพื่อเลือกยาที่ตอบสนอง

ต่อโรคมะเร็งให้มากที่สุด ขณะเดียวกันผู้ป่วยมะเร็งก็ได้รับความรุนแรงจากผลข้างเคียงของยาต้านมะเร็งเพิ่มขึ้นด้วย จึงเกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้อาการของโรคมะเร็งไม่ทุเลา เกิดโรคมะเร็งซ้ำ เกิดการลุกลามของโรคมะเร็งไปตามอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย ทำให้ผลการรักษาล้มเหลว ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ เช่น ภาวะทุกข์ ภาวะซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดกำลังใจ ฯลฯ และในที่สุดก็เสียชีวิต

2. ผลกระทบทางด้านผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ (Economic outcome) เป็นผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ต้นทุน ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลทั้งของรัฐบาลและผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนในการรักษาโรคมะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งสูงขึ้น การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงขึ้นด้วยเช่นกัน จึงทำให้รัฐบาลสูญเสียโอกาสในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า ทดเทียมประเทศอื่น เนื่องจากต้องนำเงินจำนวนมากไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศทั้งหมด

### 3.5 เครื่องมือการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. **วัดทางตรง (Direct measurement)** (Farmer, 1999) วิธีการประเมินโดยตรง คือ การวัดปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้ โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ซึ่งวัดคุณลักษณะที่ต้องการวัดโดยตรง เช่น การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ และการวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ เลือด รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมกรกินยาของผู้ป่วยโดยตรง

2. **วัดทางอ้อม (Indirect measurement)** เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง การประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย ซึ่งวัดคุณลักษณะที่ต้องการโดยตรงไม่ได้ ต้องวัดโดยผ่านกระบวนการ เช่น

2.1 การรายงานโดยตนเอง (Self-report) (Murri, et al., 2000) วิธีการโดยให้ผู้ป่วยรายงานการรับประทานยา โดยใช้คำถาม เช่น รับประทานยาชนิดใด เวลาเท่าไร 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สัมรับประทานยาก็ครั้ง และในรอบเดือนที่ผ่านมาสัมรับประทานยาก็ครั้ง ผลการประเมินที่ได้จากรายงานโดยผู้ป่วยนั้นบางครั้งมักสูงเกินความเป็นจริง เนื่องจากเกรงว่าจะถูกตำหนิจากเจ้าหน้าที่ ฉะนั้นควรจัดให้มีบรรยากาศที่เป็นมิตรในระหว่างการประเมินและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินควรมีความเหมาะสมกับผู้ป่วย

2.2 การนับเม็ดยา (Pill counts) (Liechly, et al., 2004) โดยพยาบาลนับจำนวนเม็ดยาที่ให้ไปครั้งก่อนจำนวนยาที่เหลือ จำนวนยาที่รับประทานต่อวันและจำนวนวันที่ให้ยาไปรับประทานเพื่อดูว่าผู้ป่วยสัมรับประทานยาหรือไม่และบันทึกในแบบบันทึกการนับเม็ดยาพร้อมทั้งคำนวณเปอร์เซ็นต์ (%) พฤติกรรมการใช้ยาด้านมะเร็งชนิดรับประทาน ดังนี้

### จำนวนเม็ดยาที่ให้ไปในครั้งก่อน – จำนวนยาที่เหลือ

จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน x จำนวนวันที่ให้ยาไปรับประทาน

2.3 การวัดด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (Monitoring Electronic Medications Cap) [MEMS cap] คือเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้วัดพฤติกรรมการใช้ยา โดยการฝังชิพคอมพิวเตอร์ไว้ที่ฝาครอบขวดยาที่ออกแบบพิเศษเพื่อที่จะบันทึกเวลาและช่วงเวลาที่เปิดขวด เป็นการบันทึกเวลาอย่างละเอียดทุกครั้งที่มีการเปิดฝาขวดเท่านั้น ไม่มีสิ่งยืนยันว่าผู้ป่วยรับประทานยาทุกครั้งที่มีการเปิดฝาขวด ผู้ป่วยอาจเปิดฝาขวด โดยที่ไม่ได้รับประทานยา ข้อดี มีการบันทึกเวลาอย่างละเอียดทุกครั้ง หากผู้ป่วยรับประทานยาทุกครั้งที่มีการเปิดขวด ส่วนข้อเสีย คือเป็นการวัดจำนวนครั้งของการเปิดฝาขวดไม่ใช่การวัดจำนวนครั้งของการรับประทานยา อาจจะมีการเปิดฝาขวดแต่ไม่มีการรับประทานยาก็ได้ จึงยืนยันไม่ได้ว่ามีการรับประทานยาทุกครั้ง รับประทานยาถูกต้องหรือไม่ เครื่องมือมีราคาแพง และใช้ในงานวิจัย (Shi, Liu, Fonseca, Walker, Kalsekar, and Pawaskar, 2010)

2.4 Morisky Medication Adherence Scale (MMMS) ชนิด 4 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky , Green and Levine (1986) เป็นเครื่องมือวัดพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 4 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบ เป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่” ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาใน 1 เดือนที่ผ่านมา ทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.64

2.5 Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ชนิด 8 ข้อคำถาม พัฒนาโดย Morisky และคณะ (2008) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก MMAS ชนิด 4 ข้อคำถาม โดยการเพิ่มข้อคำถามที่ใช้วัดพฤติกรรมการใช้ยา และเพิ่มข้อคำถามให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยา ตอบว่า “ใช่” เพื่อลดอคติในการตอบปฏิเสธทุกคำถาม โดยข้อคำถามสุดท้ายเป็นข้อคำถามแบบ 5 ตัวเลือก สำหรับประเทศไทยมีผู้นำแบบประเมินมาศึกษาพบว่า การใช้ MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม ในผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีความเที่ยง .83 มีความไว 83% ความจำเพาะ 56% คะแนนของผู้ป่วยนอกที่ได้ประเมินด้วย MMAS ชนิด 8 ข้อคำถาม กับคะแนนที่วัดได้จาก MMAS ชนิด 4 ข้อคำถาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญ มีค่า Pearson correlation coefficient เท่ากับ .64 (Tanikosoom, et al., 2011)

2.6 The Brief Adherence Rating Scale (BARS) พัฒนาโดย Byerly, Nakonezny and Rush. (2008) เป็นเครื่องมือประเมินความถี่ของพฤติกรรมการลืมใช้ยาหรือไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ของผู้ป่วยนอกจิตเภท มี 4 ข้อคำถาม เป็นมาตราประเมินค่าแบบ Visual analog จาก 0 เปอร์เซนต์ หมายถึง ไม่ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์บ่อยครั้ง ถึง 100 เปอร์เซนต์ หมายถึง ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์เป็นประจำ เป็นการประเมินในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น จำนวนยา จำนวนวัน จำนวนครั้ง ที่ใช้ยามากกว่าหรือไม่ใช้ยา ตามคำสั่ง

แพทย์ ทดสอบความเที่ยง 2 ครั้ง โดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.46 และ 0.86 ตามลำดับ

2.7 The Adherence to Refill and Medication Scale (ARMS) พัฒนาโดย Kripalani, Risser, Gatti and Jacobson. (2009) เป็นเครื่องมือวัดพฤติกรรมการมารับยาตามนัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มี 12 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบ Likert scales 4 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่มารับยาตามนัดเลย ถึง 4 คะแนน หมายถึง มารับยาตามนัดทุกครั้ง ในการประเมินพฤติกรรมการมารับยาตามนัดในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา หรือ 12 เดือนที่ผ่านมา ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.814

2.8 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (กนกเลขา สุวรรณพงษ์, 2558) ประกอบด้วยข้อคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการกำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จำนวน 11 ข้อ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา จำนวน 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา รายข้ออยู่ระหว่าง 0.86-1.00 และความตรงตามเนื้อหา รายฉบับเท่ากับ 0.99

2.9 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ฮอร์น และเวินแมน (Horne and Weinman, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร และผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Rujisatian, 2009) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ โดยคะแนนสูง แปลว่า มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ กนกเลขา สุวรรณพงษ์ (2558) เนื่องจากเป็นแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยา ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การเก็บรักษา การกำกับตนเองในการใช้ยา และการมีส่วนร่วมในการรักษา ซึ่งมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ และแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย นอกจากนี้บริบทของผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความใกล้เคียงกันคือ เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นอย่างถาวร มีความบกพร่องของร่างกายที่เกิดจากโรคหลงเหลืออยู่ มีพยาธิสภาพของร่างกายที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติ ต้องการการดูแลและฟื้นฟูสภาพ ต้องการดูแลเอาใจใส่เป็นระยะและติดตามประเมินอาการและให้ความช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน (Phipps, 1999 อ้างตาม จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

#### 4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ยร้อยละ 50 ต้องเผชิญกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในระยะยาว และผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ถึง 100 เปอร์เซ็นต์ อันเนื่องมาจากภาวะของโรคมะเร็ง ความกลัวต่อผลข้างเคียงของยาต้านมะเร็ง การเกิดโรคมะเร็งซ้ำ และการเสียชีวิต (Mcintosh, Pond, Leung and Siu, 2007; Marin et al., 2010; Nelsson et al., 2006; Noens et al., 2009; Partridge et al., 2010) ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานจึงมีความจำเป็นและสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งรวมทั้งญาติ และครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาต้านมะเร็งให้ที่ดี และกินยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพื่อให้ผลการรักษานั้นประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงสุด (Foulon, Schoffski, and Wolter, 2011) โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง และครอบครัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการใช้ยาต้านมะเร็งที่ถูกต้อง (Brunton, 2011; Shea, 2008) ตลอดจนการให้ความรู้ด้านการเก็บรักษา ยา การกำกับตนเองให้กินยา และการมีส่วนร่วมในการรักษา โดยแนะนำวิธีการประเมินอาการหลังการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากยาต้านมะเร็ง รายงานอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการรักษา เป็นต้น

6.2 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความรู้ทางโทรศัพท์ (Telephone education) (Sommers et al., 2012) เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี กินยาได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นการติดตามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยช่วยในการย้ำเตือนการกินยา การมาตรวจตามนัด และการรับยาอย่างต่อเนื่อง

6.3 เป็นผู้ให้คำแนะนำ หรือคำปรึกษากับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวทุกด้าน ในอันที่จะเป็นประโยชน์ต่อการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยนำกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง (สภาการพยาบาล, 2552)

6.4 เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและให้เวลาแก่ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว โดยการสร้างความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ดูแลสุขภาพเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี (Krueger et al., 2003)

6.5 เป็นผู้สร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยมะเร็งให้มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและระยะยาว อธิบายถึงผลเสียของการกินยาไม่ต่อเนื่อง และให้รางวัลกับผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี (Krueger et al., 2005)



6.6 เป็นผู้ประยุกต์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) มาผสมผสานกับการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างกลมกลืน รวมทั้งการพัฒนากระบวนการประเมินและป้องกันพฤติกรรมที่ไม่ใช่ยาตามเกณฑ์กับผู้ป่วย (Marry, Kathy and Mary, 2014) เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพ

6.7 เป็นผู้สื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็ง แบบ 2 ช่องทาง (Two way communication) โดยรับฟังความคิดเห็นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งได้พูดหรืออธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยคิดหรือสิ่งที่ต้องการจะทำ ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษา โดยตั้งเป้าหมายของการรักษาร่วมกัน (Krueger et al., 2005) และให้มีส่วนร่วมในการรักษา โดยให้เสนอความคิดเห็นตลอดแผนการรักษา โดยคิดและตัดสินใจด้วยตนเองไม่มีใครบังคับ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี ซึ่งผู้ป่วยจะปฏิบัติได้อย่างยาวนานและต่อเนื่อง

6.5 จัดทำคู่มือในการใช้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในแต่ละประเภท (Gottlieb, 2000) และใช้ไดอารี กล่องใส่ยา (medicine box) สมุดรายงานด้วยตนเอง (Self report) นาฬิกาปลุก (clock alarm) ฯลฯ ช่วยในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี

6.9 พัฒนากลยุทธ์ จัดสร้างโปรแกรมการให้ความรู้ (Patient education) กับผู้ป่วยมะเร็งให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี และลดผลข้างเคียงของยา (Susan and Tracy, 2014)

6.10 พัฒนาการบริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยการให้ความรู้ด้านการบริหารยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย มีการอบรมเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ ให้มีการบริการอย่างมืออาชีพ (Oakley, 2010)

## 5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ตามแนวคิดของ ASC and ASCP (2006) ประกอบด้วย 5 ด้าน แต่ผู้วิจัยเลือกปัจจัยมาศึกษาเพียง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 2) ปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ และความรุนแรงของโรคมะเร็ง 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา โดยมีรายละเอียดของตัวแปรที่ต้องการศึกษาดังนี้

## 5.1 แรงสนับสนุนทางสังคม

### 5.1.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่องรวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Kaplan et al. (1977) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่คนเราได้รับการตอบสนองตามความต้องการพื้นฐานทางสังคมในด้านต่างๆ เช่น การเห็นด้วยหรือรับรองพฤติกรรม การยกย่องนับถือการช่วยเหลือด้านสิ่งของและอื่นๆ จากบุคคลที่แวดล้อมโดยการมีปฏิสัมพันธ์กัน

House (1985) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนร่วมกันเป็นลักษณะของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ และสุขภาวะ

Jacobson (1986) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีความรัก ความห่วงใย ไว้วางใจ ซึ่งมี 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ สิ่งของ และด้านความรู้ความเข้าใจ

รจนาฉน สิงหเรศน์ (2550) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกันเพื่อให้ความช่วยเหลือ ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้ความช่วยเหลือด้านแรงงานหรือสิ่งของ การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยกย่องนับถือ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนสามารถปรับตัวและเผชิญเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดได้อย่างเหมาะสม

นฤมล คมกล้า และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน และบุคคลากรทางการแพทย์ บุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน

โดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้แก่ การให้กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ การรับฟังปัญหา การดูแลขณะเจ็บป่วย การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งการสนับสนุนในด้านการเงินหรือสิ่งของที่จำเป็น ตลอดจนการแบ่งเบาภาระงาน ในการศึกษาวิจัยใช้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

### 5.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดในชีวิต และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญในยามเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ที่เป็นโรคร้ายแรง เรื้อรัง และรักษาไม่หายขาด เป็นเพียงการยืดระยะเวลาการรักษา และใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมะเร็งได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ดี โดยการแสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน การดูแล การเอาใจใส่ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาของผู้ป่วยมะเร็ง พร้อมทั้งหาแนวทางการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ย่อมทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความหวัง มีพลังอำนาจในตัวเอง พร้อมทั้งจะต่อสู้กับโรคมะเร็งมากขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี โดยสมาชิกภายในครอบครัว ให้การช่วยเหลือในการเตรียมยา จัดยา กำกับให้กินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามคำแนะนำของทีมผู้ดูแลสุขภาพ ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี (Krueger et al., 2005) จากการศึกษาของ Larriza (2006) พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .609$ ) และสามารถทำนายพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( $\beta = .21$ ) (Lee and Jong, 2013)

### 5.1.3 เครื่องมือประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการรับประทานยา ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ต้องการศึกษา ได้แก่

1. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ สุนีย์ สุวรรณศิลป์ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีให้เลือกตอบ 5 ระดับ ลักษณะแบบสอบถามเป็นการถามเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของคนในครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วนิตา รัตนานนท์(2545) ที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ กฤติกาพร ไยโนตาต ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ House (1985) จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวก จำนวน 17 ข้อ ด้านลบ จำนวน 3 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และค่าความเที่ยง เท่ากับ .91

3. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ของจุฬารักษ์ กวีวิชัย (อ้างในสุภาพร จงประกอบกิจ, 2551) เป็นแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม การสนับสนุนทาง

สังคมของสมจิต หนูเจริญกุล ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อโดยวัดการสนับสนุนของผู้ป่วยจากบุคคลในสังคม 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มสมาชิกในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ 2) กลุ่มบุคคลใกล้ชิด จำนวน 5 ข้อ และ 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยดัดแปลง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สุณีย์ สุวรรณศิลป์ (2551) มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยพิจารณาข้อคำถามที่สอดคล้อง และใกล้เคียงที่สุดกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด และมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง เท่ากับ 0.95

## 5.2 ความรุนแรงของอาการ

### 5.2.1 ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ดังนี้

Leventhal & Myeyer (1980) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงและอาการแสดงของโรค เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับอาการทางพยาธิวิทยาและประสบการณ์การเกิดอาการนั้นๆ รวมทั้งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคที่เคยได้รับจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2557) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคมะเร็ง ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์อาการของผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรคมะเร็ง อาจเป็นอาการเฉพาะที่ และอาการที่เกิดการลุกลามของโรคมะเร็ง

อภิรดี ลดาวัลย์ (2548) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งที่มีค่าสูงสุด 5 อันดับแรก ที่บ่งชี้ว่าอาการนั้นๆ กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรง

บุญชอบ ชุ่มอารมณ์ (2554) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงและอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงกับอาการทางพยาธิวิทยาและประสบการณ์การเกิดอาการนั้นๆ รวมทั้งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคที่เคยได้รับจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

โดยสรุป การรับรู้ความรุนแรงของอาการ หมายถึง เป็นการรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคมะเร็ง ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งสามารถรับรู้ได้จากประสบการณ์อาการของผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็นโรคมะเร็ง และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง อาจเป็นอาการเฉพาะที่และอาการที่เกิดการลุกลามของโรคมะเร็งเกิดขึ้น ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ปวด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไอ เหนื่อย ขา และเจ็บปลายมือปลายเท้า กระวนกระวาย วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น

### 5.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ความรุนแรง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรง และผลกระทบของโรคว่าจะเกิดผลเสียต่อตนเอง จึงทำให้บุคคลปรับพฤติกรรมและส่งผลต่อความร่วมมือมากขึ้น (Becker, 1974) ความรุนแรงของอาการของโรคเมะเร็ง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของโรคเมะเร็ง และระยะของโรคเมะเร็ง ระยะของโรคเมะเร็งยิ่งสูงความรุนแรงของอาการของโรคเมะเร็งยิ่งมาก (Kumar et al., 1992) ความรุนแรงของอาการโรคเมะเร็ง เกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเข้าสู่อวัยวะต่างๆของร่างกาย เช่น ต่อมน้ำเหลือง หลอดเลือด และไปยังเนื้อเยื่อ อวัยวะส่วนอื่นๆทั่วร่างกาย ที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่ตับ สมอง กระดูกและ ไชกระดูก ส่งผลทำให้อวัยวะภายในร่างกายถูกเบียดด้วยก้อนมะเร็ง และทำหน้าที่ได้ไม่ปกติ เกิดการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆทั่วร่างกาย ความรุนแรงของอาการของโรคเมะเร็งที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง 2) ปวด 3) นอนไม่หลับ นอนหลับยาก 4) เบื่ออาหาร 5) เวียนศีรษะ (แสงระวี แทนทอง และคณะ, 2559) ความรุนแรงของอาการมาก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในด้านร่างกาย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวด นอนไม่หลับ (นงลักษณ์ กิตติรุ่งเรือง, 2535) ในด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความไม่สบายใจ วิตกกังวล หวาดกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต กลัวตาย สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ (นิตยา โรจน์ทินกร และคณะ, 2536) ดังนั้นความรุนแรงของอาการของโรคเมะเร็งมากขึ้น จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปรับพฤติกรรมต่อการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ว่าการกินยาต้านมะเร็งนั้นมีประโยชน์ เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้อาการของโรคเมะเร็งทุเลา ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หายจากการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือหายจากการเป็นโรคเมะเร็ง ไม่ทำให้เสียชีวิต และจากการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Miller et al. 1997; Nichols\_English and Poirier, 2000; Vermiere et al., 2001; WHO, 2003; Krueger et al., 2005; Osterberg and Blaschke, 2005)

### 5.2.3 เครื่องมือประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการ

1. แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งของ อภิรดี ลดาวรรษ และคณะ (2548) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการ หรือกลุ่มอาการของโรคเมะเร็ง 30 อาการ เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความผิดปกติ หรือความรู้สึกไม่สบาย โดยให้ประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ประเมินความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การประเมินความถี่แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ตั้งแต่ 0-4 คะแนน การประเมินความรุนแรงของอาการเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับคือ 0-10 คะแนนโดยคะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนนยิ่งมากยิ่งหมายถึงว่า อาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น และคะแนนสูงสุด (10 คะแนน) หมายถึง มีอาการรุนแรงมากจนทนไม่ไหว ส่วนการประเมินอาการที่รบกวนการ

ดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้กลุ่มตัวอย่าง จัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา คืออาการที่ถูกเลือกกว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันอันดับ 1 = 5 คะแนน อันดับ 2 = 4 คะแนน อันดับ 3 = 3 คะแนน อันดับ 4 = 2 คะแนน และอันดับ 5 = 1 คะแนน และอาการที่ไม่ถูกเลือกกว่ารบกวนการดำเนินชีวิต = 0 คะแนน

2. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย (Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS) เป็นแบบบันทึกอาการ สร้างโดย พอร์ทินอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์: Suwisith (2007) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง 32 อาการ ใน 4 มิติ ได้แก่ การเกิดอาการ (symptom occurrence) ความถี่ในการเกิดอาการ (symptom frequency) ความรุนแรงของอาการ (symptom severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต (symptom distress) ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การประเมินอาการในด้านความถี่และความรุนแรงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ในด้านความถี่ 1 (น้อยมาก) ถึง 4 (เกิดตลอด) การประเมินความรุนแรงของอาการ 1 (รุนแรงน้อย) ถึง 4 (รุนแรงมากที่สุด) และการประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ .8-4 โดยที่ .8 (อาการนั้นไม่ทุกข์ทรมานหรือไม่รบกวนเลย) 1.6 (เล็กน้อย) 2.4 (พอควร) 3.2 (ค่อนข้างมาก) ถึง 4 (มากที่สุด) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96 การแปลความหมายเป็นการให้คะแนนแยกเป็นมิติการเกิดอาการ มิติความบ่อย มิติความรุนแรง และมิติความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย (Memorial Symptom Assessment Scale) แปลเป็นภาษาไทยโดยนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์: Suwisith (2007) โดยเลือกมาเพียง 1 มิติของแบบประเมินอาการ คือ มิติความรุนแรงของอาการ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการของโรคมะเร็ง (Symptom severity) 33 อาการ ประเมินความรุนแรงด้วยมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยพิจารณาข้อคำถามที่สอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ศึกษา และใกล้เคียงที่สุดกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเป็นการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดและมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง เท่ากับ 0.96

### 5.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง

#### 5.3.1 ความหมายของความรุนแรงของโรคมะเร็ง ดังนี้

Alexander (1994) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง หมายถึง การจำแนกความแตกต่างของเซลล์โดยการตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ (histologic) เพื่อดูว่าเซลล์มะเร็งมีการ

เปลี่ยนแปลงไปเล็กน้อยเพียงใด ซึ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค (degree) ที่เรียกว่าเกรด (grade) แบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งเป็น 4 เกรด คือ

เกรด I หรือ Well differentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงแต่มีลักษณะเช่นเดียวกับเซลล์ปกติ

เกรด II หรือ Moderately differentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงแต่มีลักษณะบางส่วนแตกต่างกับเซลล์ปกติ

เกรด III หรือ Poorly differentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะการแบ่งตัว มีลักษณะคล้ายคลึงเซลล์ปกติเล็กน้อย

เกรด IV หรือ Undifferentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งมีลักษณะไม่เหมือนกับเซลล์ปกติ

พัสมณฑท์ คุ่มทวี (2543) และ Kumar et al. (1992) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง หมายถึง การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเข้าไปเนื้อเยื่อหรืออวัยวะอื่นของร่างกาย เรียกว่าระยะ (Staging) ซึ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งมี 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ I หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณต้นกำเนิดภายในอวัยวะหรือเนื้อเยื่อนั้น ยังไม่มีการแพร่กระจาย

ระยะที่ II หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อใกล้เคียง

ระยะที่ III หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ IV หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ

ปริยา และยุพาวรรณ (2541); Alexander (1994); Groenwald (1993); Kumar et al. (1992) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็ง หมายถึง การประเมินการดำเนินของโรคมะเร็งว่ามีความรุนแรงและลุกลามไปถึงใด โดยแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งด้วยระบบ TMN (tumor node metastasis) มี 2 ระบบคือ AJCC (American Joint Committee in Cancer) และ UICC (The Union International Center Le Cancer) โดยมีรายละเอียดดังนี้

T: ขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ

N: ขนาดและจำนวนของต่อมน้ำเหลือง

M: การแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ

โดยสรุป การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง หมายถึง เป็นการรับรู้ถึงอันตรายเกี่ยวกับโรคมะเร็ง หรือการดำเนินของโรคมะเร็งว่ามีความรุนแรงเพียงใด หรือระยะของโรคอยู่ในระยะใด ซึ่งมีผลเสียต่อร่างกาย และมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง

### 5.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคมะเร็งกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ความรุนแรง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรง และผลกระทบของโรกว่าจะเกิดผลเสียต่อตนเองจึงทำให้บุคคลปรับพฤติกรรมและส่งผลกระทบต่อความร่วมมือมากขึ้น (Becker, 1974) ความรุนแรงของโรคมะเร็ง เกิดจากเซลล์มะเร็งแบ่งตัว เติบโต นอกเหนือการควบคุมจากร่างกายสามารถเติบโตลุกลามเข้าไปในอวัยวะใกล้เคียง โดยเข้ากระแสเลือด ต่อม้นำเหลืองได้ ซึ่งเรียกว่าการลุกลามหรือแพร่กระจาย (Metastasis) การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเข้าไปในเนื้อเยื่อ หรืออวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย ทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติ ผู้ป่วยมะเร็งจะรับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกายเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ถึงโรคมะเร็งที่เป็นนั้นมีความรุนแรง ส่งผลเสียต่อตนเอง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หากไม่กินยา อาจมีความรุนแรงมากขึ้น จนถึงแก่ชีวิตได้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการปรับพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการกินยามากขึ้น โดยรับรู้และมองเห็นคุณค่าของการกินยา เชื่อว่าการกินยานั้นมีประโยชน์ ทำให้หายจากโรคมะเร็งได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และจากการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคมามาก ส่งผลทำให้เกิดความร่วมมือในการกินยาวัณโรคอย่างถูกต้องและเหมาะสม (สกวพรรณ อวิสดาถาวร, 2552) และยังพบว่าความรุนแรงและความเรื้อรังของโรคเป็นปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี (Gellad et al., 2011; Ingersoll and Cohen, 2008; Katz et al., 2007)

### 5.3.3 เครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคมะเร็ง

แบบประเมินความรุนแรงของโรคมะเร็ง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Ballamy et al. (1988) อ้างถึง แวดาว ทวีชัย (2543: 38) จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC) ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยการเปรียบเทียบกับสายตา (VAS) เชิงเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร จำนวน 1 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยบอกความรุนแรงของโรคมะเร็ง ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลข 0-10 โดย ตัวเลขน้อยที่สุด (0) หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของโรคมะเร็ง ตัวเลขยิ่งสูงความรุนแรงของโรคมะเร็งมากขึ้น และตัวเลขสูงที่สุด (10) หมายถึง ความรุนแรงของโรคมะเร็งมากที่สุด ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.89



## 5.4 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

### 5.4.1 ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ดังนี้

Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตนตามแผนการรักษามีผลดีต่อตนเอง เพื่อให้หายจากโรค การตัดสินใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบ

ข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

Rosenstock (1974) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์การรักษา หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัตินั้นๆ ในการลดภาวะเสี่ยง หรือความรุนแรงของปัญหา สุขภาพ การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัติที่มีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง (2550) กล่าวว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา หมายถึง การที่ บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อ ว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจ ที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือก ปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

โดยสรุป การรับรู้ประโยชน์การรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ว่าการปฏิบัติตนด้าน การกินยาต้านมะเร็งมีผลดีต่อตนเองเพื่อรักษาโรคมะเร็ง เพื่อควบคุมโรคมะเร็งให้มีการดำเนินของโรค ที่สงบ ไม่มีการลุกลามและกระจายไปอวัยวะอื่นๆ และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งซ้ำ การตัดสินใจ ที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น

### 5.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประโยชน์ของการรักษากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

การรับรู้ประโยชน์ คือการที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตนตามแผนการรักษามีผลดีต่อตนเอง เพื่อให้หายจากโรค การตัดสินใจที่จะปฏิบัติขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น (Becker, 1974) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งว่าการ กินยาตามแผนการรักษาของแพทย์มีผลดีต่อตนเอง จึงตัดสินใจกินยาต้านมะเร็ง โดยเล็งเห็นประโยชน์ ของการรักษา ทราบคุณค่าของยาต้านมะเร็งที่มีผลต่อการรักษา (Latif and McNicoll, 2009) ทำให้ หายจากโรคมะเร็ง ป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งซ้ำ และไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จึงส่งผลทำให้ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ได้เป็นอย่างดี และจากการศึกษาของ องค์กร ประจันเขตต์ (2555) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ สม่าเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ( $r = 0.374$ ) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามี ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาต้านฮอโมนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Grunfeld, 2005)

### 5.4.3 เครื่องมือประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

1. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาของ พรทิพร ดวงแก้ว (2538) สร้างตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเที่ยงเท่ากับ .70

2. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ของสมัยพร อาซาล (2543) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .77 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

3. แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ของสกาพรพรรณ อัสดาถาวร (2552) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .76 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

4. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาความดันโลหิตสูง ของสุมาลี วัจนากร และคณะ (2551) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.72

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์การรักษาของสกาพรพรรณ อัสดาถาวร (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มาใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และผลข้างเคียงของยามีความใกล้เคียงกัน เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นพิษต่อดับและไต เป็นต้น และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับที่ยอมรับได้

## 5.5 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

### 5.5.1 ความหมายความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ดังนี้

Horne et al. (1997) กล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา หมายถึง บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (specific beliefs) 2 ด้านคือด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (specific necessity) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา และด้านความกังวลจากการกินยา (specific concern) เป็นความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยา และมีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (general beliefs) ซึ่งมี 2 ด้านเช่นกัน คือด้านการใช้ยามากเกินไป (general overuse) เป็นความเชื่อที่ว่า ยาโดยทั่วไปนั้นถูกใช้มากเกินไปโดยแพทย์ และ

ด้านอันตรายจากการใช้ยา (general harm) ซึ่งเป็นความเชื่อว่า ยาในหลายๆไปนั้นเป็นสารพิษและเสพติดได้

Krueger et al. (2005) กล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อว่ายาไม่สามารถควบคุมและจัดการกับโรคได้ ย่อมส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง

โดยสรุป ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมาเร็งเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และการรับรู้ความกังวลเกี่ยวกับการกินยา

### 5.5.2 ความสัมพันธ์ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ และมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการกินยา (Horne, 1997) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการกินยามากกว่าอันตรายจากการกินยา จะเห็นความจำเป็นของยาในการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีความกังวลน้อยจากอันตรายจากการกินยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี (O'Carroll, Whittaker, Hamilton, Johnston, Sudlow, & Dennis, 2001) จากการศึกษาของ Rujisatian (2009) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยเบาหวาน และพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาด้านฮอร์โมนของผู้ป่วยมาเร็งเต้านม (Grunfeld et al., 2005)

### 5.5.3 ความสัมพันธ์ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ความเชื่อเกี่ยวกับยาเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความตั้งใจ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วย ส่งผลให้มีพฤติกรรมกินยาอย่างสม่ำเสมอ (Kucukarlan, 2012) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อันตรายจากการกินยามากกว่าประโยชน์จากการกินยา จึงไม่เห็นความจำเป็นของยาในการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดเป็นความกังวลกับผลข้างเคียงของยา และกังวลกับอันตรายจากการกินยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าสังคมเอเชียมีความเชื่อต่อการกินยาในทางลบ โดยเชื่อว่า ยาที่กินนั้นอันตรายและเมื่อใช้ไปในระยะยาวจะติดยาได้ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมไม่กินยา (Horne, Graupner, Frost, Weinman, Wright and Hankins, 2004) จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางลบต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด 2 (DeVries et al., 2014)

#### 5.5.4 เครื่องมือประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

1. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medicines, BMQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ฮอร์น และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557) ลักษณะคำถาม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบใหญ่ คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และด้านความกังวลกับการกินยา จำนวน 10 ข้อ และ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาทั่วไป (BMQ general) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการใช้อย่างมากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยา จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือเป็นรายด้านด้วยค่าแอลฟาของครอนบาค ดังนี้ คือด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และด้านความกังวลต่อการใช้ยา = 0.82 ด้านการใช้อย่างมากเกินไป = 0.72 และด้านอันตรายจากการใช้ยาเท่ากับ 0.74

2. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ฮอร์น และเวียนแมน (Horne & Weinman, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร (2553) และผ่านการประเมินการแปลย้อนกลับจากผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อคำถามด้านความจำเป็นของยา จำนวน 5 ข้อ โดยคะแนนสูง แปลว่า มีความเชื่อว่ายามีความจำเป็นอยู่ในระดับสูง และด้านความกังวลเกี่ยวกับการกินยา 6 ข้อ โดยคะแนนสูงแปลว่า มีความกังวลเกี่ยวกับยาที่รับประทานอยู่ในระดับสูง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยง ของเครื่องมือเท่ากับ 0.72 และ 0.80 ตามลำดับ

3. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของ คลีฟัตรา ไชยศรี และคณะ (2556) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม เป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบ รวม 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยค่อนข้างเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.75

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ และดัดแปลงแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medicines, BMQ) แปลเป็นภาษาไทยโดย ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557) ลักษณะคำถาม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบใหญ่ คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และด้านความกังวลกับการกินยา จำนวน 10 ข้อ และ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาทั่วไป (BMQ general) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านการใช้อย่างมากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยา จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งครอบคลุมทั้ง 2 ด้านมิติใหญ่ และ 4 ด้านมิติย่อย และมีผู้นำไปใช้ในงานวิจัยได้ค่าเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Marques and Pierin (2008) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ในโรงพยาบาลเอกชนเมือง Sao Paula จำนวน 61 ท่าน โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบทดสอบ (Morisky - Green Test) พบว่า ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน มีทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานดี และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 20 ปัจจัยด้านระยะเวลาการรักษายาวนาน มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < 0.05$ )

Mathes et al. (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยศึกษางานวิจัยตีพิมพ์ในฐานข้อมูล Medline and Embase เรื่อง Adherence and OACA in December 2012 โดยกำหนด Inclusion criteria ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุ  $\geq 18$  ปี เป็น malignant neoplasm 2) กินยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (Oral Anticancer Agent :OACA) 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ 4) วัดพฤติกรรมในการกินยาของผู้ป่วยเป็นเชิงปริมาณ 5) วิเคราะห์เชิงปริมาณระหว่างพฤติกรรมการใช้ยา หรือความสัมพันธ์ 6) ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือเยอรมัน พบว่า จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 22 ฉบับ งานวิจัยที่ศึกษามีระดับคุณภาพปานกลาง ปัจจัยด้าน อายุ ภาวะซึมเศร้า จำนวนเม็ดยา และปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

Lee and Jeong (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำนวน 147 คน ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประเทศเกาหลี เป็นการศึกษาค้นหาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม (social support) ภาวะซึมเศร้า (depression) การเห็นคุณค่าในตนเอง (self-efficacy) และประสบการณ์ทางอาการ (symptom experience) กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ (medication adherence) ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ =  $6.77/8$  คะแนน ( $84.6/100$ ) และปัจจัยด้านประสบการณ์ทางด้านอาการ ( $\beta = .19$ ), ด้านการตัดสินใจกินยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( $\beta = .25$ ) และด้านการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .21$ ) เป็นปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

DiMatteo et al. (2007) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์โดยศึกษาแบบ Meta-analysis วัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน กับความเชื่อด้านการรักษา และความรุนแรงของโรค ศึกษาในงานวิจัยตีพิมพ์ปี 1948 - 2005 จำนวน 116 บทความ คัดออกด้วย effects sizes เหลือ 143 มีการสุ่มตัวอย่างและทดสอบรายละเอียดของการศึกษาความรุนแรงของโรคกับผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ความรุนแรงของโรค และความเชื่อเกี่ยวกับการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมก และมีความเชื่อว่าการรักษานั้นมีประโยชน์มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี

Michio et al. (2014) ศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำนวน 172 คน ในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โอซากิ มุนิชิปอล (Ogaki Municipal Hospital) ประเทศญี่ปุ่น โดยเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยใช้มาตรวัด Likert scale และใช้ความพึงพอใจของผู้รับบริการในการวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุเฉลี่ย 66 ปี และ 73 ปี มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ดี ( $p=0.045$ ) ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการใช้ยา 131-219 วัน ร้อยละ 36 (62/172) มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ดี และร้อยละ 64 มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี (40/62) สรุป ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี ร้อยละ 87.2 (150/172) และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจถึงความจำเป็นของการใช้ยาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

Verbrugge et al. (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์ และการคงอยู่ต่อการรักษาด้วยการกินยาต้านมะเร็งชนิดเม็ด โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ตามปัจจัย 5 ด้านที่ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) กำหนด มีดังนี้ 1) ปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Grunfeld, 2005) การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ (Noens et al., 2009) การได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษา (Eliasoon et al., 2011) การลืม (Eliasoon et al., 2011; Kirk and Hudis, 2008) 2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ผลข้างเคียงของยา (Eliasoon et al., 2011; Regnier et al., 2010; Kirk and Hudis, 2008; Grunfeld et al., 2005; Atkins and Fallowfield, 2006) จำนวนเม็ดยา และระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน (Hershman et al., 2010) 3) ปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับโรค ได้แก่ ภาวะโรคร่วม

(Kimmick et al., 2009) 4) ปัจจัยด้านระบบ ได้แก่ การได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ การไม่ได้พบแพทย์เฉพาะทาง (Neugut et al., 2011) การไม่ได้มีส่วนร่วมในแผนการรักษา (Kahn et al., 2007) 5) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ (Sedjo and Devine, 2011; Neugut et al., 2011) ต้นทุนในการรักษา (Neugut et al., 2011; Streeter et al., 2011) ระดับการศึกษา (Noens et al., 2009) เป็นต้น

Abdul et al. (2014) ศึกษาพฤติกรรมกรการใช้ยา Capceitabine และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศมาเลเซีย เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross sectional study) วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรใช้ยา Capeceitabine ของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 113 คน พบว่า พฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย ร้อยละ 96.1 (SD =3.29%) เชื้อชาติมาเลเซียเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 1.3$ ; 95% confidence interval(CI); 0.21, 2.43;  $p = 0.020$ ) เพศหญิง เป็นปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ ( $\beta = 1.8$ ; 95% confidence interval (CI); 0.61, 2.99;  $p = 0.003$ ) ความพึงพอใจต่อการใช้บริการเป็นปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ ( $\beta = 0.08$ ; 95% confidence interval(CI); 0.06, 1.46;  $p = 0.035$ ) คลื่นไส้ อาเจียนเป็นปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ ( $\beta = 2.3$ ; 95% confidence interval(CI): 1.12, 3.48;  $p < 0.001$ ) และผลข้างเคียงอื่นๆเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์( $\beta = 1.45$ ; 95% confidence interval (CI): 0.24, 2.65;  $p = 0.019$ )

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นกลุ่มหนึ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องกินยาจำนวนมาก ในระยะเวลา ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ การลืมกิน ยา (Eliasoon et al., 2011; Kirk and Hudis, 2008) กินยาไม่ต่อเนื่อง (Palmieri and Barton, 2007) กินยาผิดเวลา กินยาผิดขนาด (Eliasoon et al., 2011) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้ง ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและทางด้านเศรษฐศาสตร์ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญและเกิดขึ้นทั่วโลก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยใช้แนวคิดของ ASA and ASCP (2006) เป็นกรอบแนวคิด และได้แสดงแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็ง ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

### ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

### ปัจจัยด้านสถานะผู้ป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง

### ปัจจัยด้านผู้ป่วย

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

ความเชื่อเกี่ยวกับจำเป็นต่อการกินยา

ความเชื่อเกี่ยวกับกังวลต่อการกินยา

พฤติกรรมการใช้ยาตาม  
เกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม ที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน และมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภท อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม ที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะดี
2. สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** กำหนดขนาดคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size (PASS) จากข้อมูลการศึกษาของ Rujisatein (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีขนาดความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป ( $r = .30$ ) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 111 คน และพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553) เพื่อป้องกันการสูญหายของ

ข้อมูล หรือกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 122 คน

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** เป็นการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage random sampling) จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เลือกโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิ ที่มีแผนกอายุรกรรมมะเร็งผู้ป่วยนอก เฉพาะโรคมะเร็ง และมีการส่งจ่ายยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 2559 ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ในประเภทบัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ ตามสังกัดในเขตกรุงเทพมหานครเนื่องจากโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติเข้ารับการรักษาโรค และมีผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดทั่วประเทศ จึงเป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่ มีประชากรที่หลากหลาย สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้ (อวัชชัย วรพงศธร, 2540) ดังนี้

1.1 สังกัดกระทรวงกลาโหม (3) ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

1.2 สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ (3) ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

1.3 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข(4) ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน

1.4 สังกัดกรุงเทพมหานคร (9) ได้แก่ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อกวี่ศักดิ์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลบางขุนเทียน(สามารถ ตันอริยกุล, 2556)

1.5 สำนักนายกรัฐมนตรี (1) ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

1.6 องค์การอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2. สุ่มสังกัดของโรงพยาบาลมา 3 สังกัดจาก 7 สังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ผลการสุ่มได้โรงพยาบาล 3 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลสังกัดองค์การอิสระ

3. สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดมาสังกัดละ 1 โรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) ดังนี้

3.1 สังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

3.2 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

### 3.3 สังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

4. เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) โดยคิดตามสัดส่วนของประชากรในโรงพยาบาล 3 สังกัด โดยคำนวณเป็นสูตรบัญญัติไตรยางค์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 122 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานที่มารับบริการเฉลี่ย/เดือน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	300	55
ภูมิพลอดุลยเดช	60	12
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	300	55

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยา ยาชนิดอื่นที่ใช้ในปัจจุบัน วินิจฉัยโรคมะเร็ง ระยะเวลาเจ็บป่วย ระยะเวลาการรักษา ระยะของโรค ณ เริ่มต้นการวินิจฉัย การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และการรักษาที่เคยได้รับ

2. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของสุนีย์ สุวรรณศีลศักดิ์ (2551) ซึ่งใช้แนวคิดของ ฮอโรวิทซ์ (Horowitz 1985: 202-207 อ้างถึงในจอม สุวรรณโณ 2540 : 17) พบว่า บุคคลในครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญ 6 ด้านคือ 1) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง 2) การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ 3) การจัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ 4) ช่วยเหลือด้านการเงินหรือวัสดุสิ่งของที่จำเป็น 5) แบ่งเบาภาระงานบ้านและงานอื่นๆ 6) เป็นระยะติดต่อกับชุมชน สังคมที่อยู่อาศัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วน

ประเมินค่า (Rating scale) มีให้เลือกตอบ 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับตามแนวคิดของเบสท์ (1981: 179-184) ดังนี้

สูงที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด
สูง	หมายถึง	ผู้ตอบได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ผู้ตอบได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวน้อยที่สุด

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่แสดงว่าผู้ตอบได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 5,4,3,2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากกว่าผู้ที่ได้รับคะแนนน้อย

#### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยใช้เกณฑ์การจัดระดับตามแนวคิดของเบสท์ (1981 : 179-184) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อยที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงที่สุด

**3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามประเมินการมีอาการของผู้ป่วย (Memorial Symptom Assessment Scale) สร้างโดยพอร์ทีนอยและคณะ (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดยนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์: Suwisith (2007) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการโรคมะเร็ง (Symptom severity) 33 อาการ โดยศึกษาความรุนแรงของอาการโรคมะเร็ง 3 อันดับแรกที่มีคะแนนสูงสุด และประเมินระดับความรุนแรงของอาการโรคมะเร็ง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากไม่มีอาการก็ไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่อยความรุนแรง การประเมินความรุนแรงแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ 1-4

คะแนน โดยที่คะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึง ความรุนแรงน้อย คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น และคะแนนสูงสุด (4 คะแนน) มีความรุนแรงมากที่สุด

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ประเมินความรุนแรงของอาการ โดยให้คะแนน 0-4 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่มี ความรุนแรงของอาการ คะแนนยิ่งสูง ระดับความรุนแรงของอาการสูง โดย 1 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของอาการน้อยที่สุด และ 4 คะแนน หมายถึง ความรุนแรงของอาการมากที่สุด นำคะแนนที่ได้ ในแต่ละข้อมารวมกัน และหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน

#### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แบ่งความรุนแรงของอาการออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

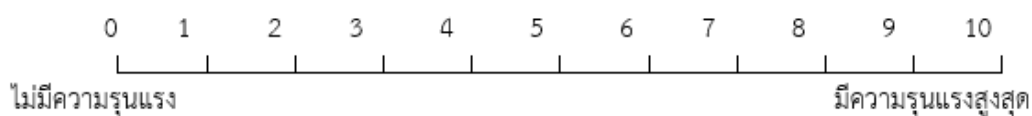
คะแนน 0	หมายถึง	ไม่มี ความรุนแรงของอาการ
คะแนน 1	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการระดับน้อย
คะแนน 2	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการระดับปานกลาง
คะแนน 3	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการระดับสูง
คะแนน 4	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการระดับสูงที่สุด

**4. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง** แบบประเมินความรุนแรงของโรคมะเร็ง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Ballamy et al. (1988) อ้างถึง แวดดาว ทวีชัย (2543: 38) จากเครื่องมือ Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC) ซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยการ เปรียบเทียบด้วยสายตา (VAS) เชิงเส้นตรงซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร จำนวน 1 ข้อ โดยให้ผู้ป่วย บอกความรุนแรงของโรคมะเร็ง ด้วยการทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลข 0-10 โดย ตัวเลขน้อยที่สุด (0) หมายถึง ไม่มี ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ตัวเลขยิ่งสูงความรุนแรงของของโรคมะเร็งมากขึ้น และ ตัวเลขสูงที่สุด (10) หมายถึง ความรุนแรงของโรคมะเร็งมากที่สุด

#### ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคมะเร็ง จากตำราและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือ
3. สร้างแบบสอบถามเพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของโรคมะเร็ง โดยรวบรวมข้อมูลจากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ เมื่อสร้างเสร็จแล้ว นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจ เพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง แล้วนำเครื่องมือที่ได้ไปตรวจสอบคุณภาพต่อไป



### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

นำคะแนนทั้งหมดมาจัดแบ่งตามช่วงคะแนน และแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความรุนแรงของโรคมะเร็ง
1-3 คะแนน	หมายถึง	ความรุนแรงของโรคมะเร็งระดับต่ำ
4-6 คะแนน	หมายถึง	ความรุนแรงของโรคมะเร็งระดับปานกลาง
7-10 คะแนน	หมายถึง	ความรุนแรงของโรคมะเร็งระดับสูง

**5. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา** ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ สกาวพรรณ อัครดาถาวร (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ โดยให้เลือกตอบเพียงคำถามเดียว ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

### เกณฑ์การให้คะแนน

โดยให้คะแนนในแต่ละข้อคำตอบ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย, 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ, 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ยหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด 4 ข้อ คะแนนรวม 1.00-5.00 คะแนน โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ของ สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ (2551) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.00 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการกินยาต้านมะเร็งสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.75 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการกินยาต้านมะเร็งปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.25 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์จากการกินยาต้านมะเร็งต่ำ

**6. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา** ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medicines, BMQ) ตามแนวคิดของฮอร์น และคณะ (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนา และคณะ (2557) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) ประกอบด้วย การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และความกังวลต่อการกินยา และ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยามากเกินไป และอันตรายจากการใช้ยา ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เฉพาะด้าน 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และความกังวลต่อการกินยา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถามในด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด และข้อคำถามด้านความกังวลต่อการกินยา จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 1 ข้อ คือข้อคำถามที่ 8

### เกณฑ์การให้คะแนน

โดยให้คะแนนในแต่ละข้อคำตอบ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย, 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ, 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังนั้นคะแนนเต็มในด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเท่ากับ 25 คะแนน และด้านความกังวลจากการกินยา เท่ากับ 25 คะแนน

#### ข้อคำถามทางลบ (ให้คะแนนกลับกัน)

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	หมายถึง	รับรู้ตามข้อนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	2 คะแนน	หมายถึง	รับรู้ตามข้อนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	หมายถึง	รับรู้ตามข้อนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	4 คะแนน	หมายถึง	รับรู้ตามข้อนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	หมายถึง	รับรู้ตามข้อนั้นน้อยที่สุด

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา นำคะแนนรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา มารวมกันหาค่าเฉลี่ยและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด มีค่าตั้งแต่ 1-5 แบ่งระดับความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	4.51-5.00	หมายถึง	มีเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาสูงที่สุด
คะแนน	3.51-4.50	หมายถึง	มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาสูง
คะแนน	2.51-3.50	หมายถึง	มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาปานกลาง
คะแนน	1.51-2.50	หมายถึง	มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาต่ำ
คะแนน	1.00-1.50	หมายถึง	มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาต่ำที่สุด

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา นำคะแนนรวมของผู้ตอบแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา มารวมกันหาค่าเฉลี่ยและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด มีค่าตั้งแต่ 1-5 แบ่งระดับความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	4.51-5.00	หมายถึง	มีความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาสูงที่สุด
คะแนน	3.51-4.50	หมายถึง	มีความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาสูง
คะแนน	2.51-3.50	หมายถึง	มีความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาปานกลาง
คะแนน	1.51-2.50	หมายถึง	มีความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาต่ำ
คะแนน	1.00-1.50	หมายถึง	มีความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาต่ำที่สุด

### 7. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยดัดแปลงจาก

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสำหรับผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ของกนก เลขา สุวรรณพงษ์ (2558) โดยใช้การสังเคราะห์ความหมาย (Concept Synthesis) ในการพัฒนา เครื่องมือ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยา (จำนวน 7 ข้อ) 2) ด้านการเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม (จำนวน 3 ข้อ) 3) ด้านการ กำกับตนเองให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (จำนวน 10 ข้อ) 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการ รักษา (จำนวน 4 ข้อ) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ จริง ค่อนข้างจริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริงเลย โดยระดับคะแนนเฉลี่ย มากที่สุด หมายถึง ผู้ป่วย มะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาระดับสูงที่สุด

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้ข้อคำถามรายด้านใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเก็บรักษายาอย่าง เหมาะสม(3 ข้อ) ด้านการกำกับตนเองในการรับประทานยา (10 ข้อ) และด้านการมีส่วนร่วมในการ



รักษา (4 ข้อ) รวมข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ สำหรับในด้านที่ 1 ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาเนื่องจากเป็นเรื่องของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งผู้วิจัยมุ่งศึกษาเฉพาะในเรื่องของพฤติกรรมของการใช้ยาตามเกณฑ์เท่านั้น

#### เกณฑ์การให้คะแนน

โดยให้คะแนนของแต่ละข้อคำตอบตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 5 คะแนน หมายถึงจริง, 4 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างจริง, 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ, 2 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างไม่จริง และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่จริงเลย

#### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้มารวมกัน และหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน	4.51-5.00	หมายถึง	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ระดับอยู่ในระดับดีที่สุด
คะแนน	3.51-4.50	หมายถึง	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับดี
คะแนน	2.51-3.50	หมายถึง	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	1.51-2.50	หมายถึง	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับไม่ดี
คะแนน	1.00-1.50	หมายถึง	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับไม่ดีที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ที่ผู้วิจัยดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของข้อความ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และการใช้ภาษา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็ง เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็ง จำนวน 1 คน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 1 คน

1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชำนาญการพิเศษและ/หรือ พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยทางด้านอายุรศาสตร์มะเร็ง จำนวน 2 คน

1.4 อาจารย์ผู้ชำนาญการด้านเครื่องมือการวิจัย จำนวน 1 คน

การพิจารณาความตรงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) และใช้ค่า CVI มากกว่า .80 (Polit and Hungler, 1999) ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- |   |         |  |
|---|---------|--|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์   |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยก็จะมี ความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์  |

#### สูตรคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

นำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ได้ค่าความตรงของเครื่องมือเท่ากับ 0.95, 1, 1, 1, 1, 1 และ 0.96 ตามลำดับ ตามลำดับ โดยค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 จากนั้นนำเครื่องมือพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ดังนี้

**1. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว** ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ทำการปรับสำนวนในข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เพื่อให้กระชับเข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทของคนไทย และตัดข้อคำถามที่ 8 ออก 1 ข้อ ข้อคำถามคือ “มีเวลาในการนั่งสมาธิพร้อมกันกับท่าน” เนื่องจากการเกิดสมาธิไม่จำเป็นต้องเป็นกิจกรรมทางศาสนาเท่านั้น

**2. แบบสอบถามแบบการรับรู้ความรุนแรงของอาการของโรคมะเร็ง** ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ทำการปรับสำนวนภาษาให้เข้าใจรายละเอียดมากขึ้น ในข้อคำถามที่ 28 จาก “น้ำหนักลด” เป็น น้ำหนักลด (5 กิโลกรัมภายใน 3 เดือน) และเพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ ในข้อ 9 โดยให้แยกอาการชา/เจ็บปลายมือ ปลายเท้าเป็นข้อคำถามอย่างละ 1 ข้อ คือ ชาปลายมือปลายเท้า 1 ข้อ และเจ็บปลายมือปลายเท้า 1 ข้อ

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ทำการปรับสำนวนในข้อความทั้งหมด 4 ข้อเพื่อให้กระชับเข้าใจง่ายและเหมาะสม

4. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ทำการปรับสำนวนในข้อความทั้งหมด 10 ข้อเพื่อให้กระชับเข้าใจง่ายและเหมาะสม

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ทำการปรับสำนวนในข้อความทั้งหมด 2 ข้อ เพื่อให้กระชับเข้าใจง่ายและเหมาะสม และตัดข้อความรายการดำเนินการกำกับตนเองในการกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ในข้อความที่ 13 ออก “แม้จะรู้สึกว่าการดีขึ้นแล้วฉันก็ยังกินยาตามที่หมอสั่งต่อไป” เหตุผล ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เพราะยาบางตัวกินเพื่อป้องกันโรคในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ เช่น กลุ่ม Hormonal therapy เป็นต้น คงเหลือข้อความทั้งหมด 17 ข้อ

## 2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำนวน 30 คน ในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบ่งเป็น ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน คำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.94, 0.92, 0.89, 0.89, 0.77 และ 0.82 ตามลำดับ โดยพิจารณาเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือมากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 (Geroge and Mallery, 2003) โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมด ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งซึ่งเป็น Visual Analog Scale ผู้วิจัยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method) เป็นการวัดกลุ่มตัวอย่างเดียวกันซ้ำกัน 2 ครั้งโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน และระยะห่างในการวัด 1 สัปดาห์ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงศ์, 2536:168) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าสัมพันธโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยพิจารณาเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) มีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 (อารีย์วรรณ อ่วมธานี,

2557) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งมีความสัมพันธ์สูง แสดงว่าเครื่องมือการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความเที่ยงสูง

**ตารางที่ 2** ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n=30)

แบบสอบถาม	ค่าดัชนีความ ตรง ตามเนื้อหา	ค่าความเที่ยง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.95	0.94
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	1	0.92
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	1	0.89
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	1	0.89
ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา	1	0.89
ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา	1	0.77
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์	0.96	0.82

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมมะเร็งทั้ง 3 โรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ ในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

## 2. ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก โดยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน ก่อนเก็บข้อมูลจริง โดยเก็บข้อมูลที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นแห่งแรก ทุกวันจันทร์ อังคาร และพฤหัสบดี เวลา 8.00-12.00น. ระหว่างวันที่ 7-30 พฤศจิกายน 2559 หลังจากนั้นเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นแห่งที่ 2 โดยเก็บทุกวันอังคาร เวลา 8.00-15.00น. ระหว่างวันที่ 1-27 ธันวาคม 2559 และเก็บที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นแห่งสุดท้ายโดยเก็บทุกวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เวลา 8.00-12.00น. ระหว่างวันที่ 13-27 ธันวาคม 2559 โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภทที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง สื่อสารภาษาไทย ที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้ป่วยมะเร็งในช่วงเช้า (8.00-12.00น.) เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยนั่งรอแพทย์ตรวจ โดยเริ่มแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยมะเร็ง โดยแจ้งว่าการศึกษาวินิจฉัยนี้จะเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุลแต่อย่างใด มีการใส่รหัสในการเก็บข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับเมื่อเลิกใช้แล้วจะถูกรวบรวมแล้วทำลายทิ้ง เมื่อผู้ป่วยมะเร็งยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจจึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 นำผู้ป่วยมะเร็งและญาติไปยังสถานที่เก็บข้อมูลที่จัดเป็นสัดส่วนและเงียบสงบ อธิบายวิธีการทำแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วน และให้ผู้ป่วยมะเร็ง ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเลือกคำตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด ในกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามผู้ป่วยมะเร็งด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 20 - 30 นาที ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยอ่านและตอบคำถามด้วยตนเอง จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 73.77 และผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามในการตอบแบบสอบถามจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 26.23

2.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด หากผู้ป่วยตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบและขอความร่วมมือให้ตอบคำถามให้ครบถ้วน เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ มีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 7 พฤศจิกายน 2559 – 27 ธันวาคม 2559 โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด จำนวน 122 ฉบับ แต่พบความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 0.81 จึงเหลือแบบสอบถามจริง 121 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.18

2.5 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 121 ชุด มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิ จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เอกสารรับรองเลขที่ 728/2016 (วันที่รับรอง 12 กันยายน 2559) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เอกสารรับรองเลขที่ 158\_2516T\_OUT488 (วันที่รับรอง 25 ตุลาคม 2559) และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (วันที่รับรอง 1 พฤศจิกายน 2559) และได้รับความเห็นชอบให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมเฉพาะโรคมะเร็งในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 121 คน

2. ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยแจ้งว่าผู้ป่วยมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ หรือสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย หรือการรับบริการแต่อย่างใด ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุลแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะถือว่าเป็นความลับ ซึ่งนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม เป็นไปในเชิงวิชาการ หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจจึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการคำนวณหาค่าทางสถิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาต้านมะเร็ง ยาชนิดอื่น การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาเจ็บป่วย ระยะเวลาการรักษา ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และการรักษาที่เคยได้รับในอดีต วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

### 2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์การรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยใช้เกณฑ์การแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Burns and Grove (2003)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10-0.29	มีความสัมพันธ์ต่ำ
0.30-0.49	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
0.50 ขึ้นไป	มีความสัมพันธ์สูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะของการลดหรือเพิ่มในทางเดียวกันหรือตามกัน

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะของการลดหรือเพิ่มในทางตรงกันข้าม

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลตติยภูมิ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา กับพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภท อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม และเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน ที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคมะเร็ง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมทั้งสิ้น จำนวน 121 คน โดยในการวิจัยผู้ป่วยมะเร็งตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 3-4

ตอนที่ 2 การศึกษาพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 5-7

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา กับพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 8-9



ตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ดัง  
แสดงผลการวิเคราะห์ที่ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิด  
รับประทาน (n = 121)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	110	91.00
ชาย	11	9.00
<b>อายุ Mean = 49 ปี , SD = 6.87</b>		
18-31 ปี	3	2.50
32-45 ปี	30	24.80
46-59 ปี	88	72.70
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	76	62.80
โสด	26	21.50
หม้าย	9	7.40
หย่า	8	6.60
แยกกันอยู่	2	1.70
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	119	98.30
คริสต์	1	0.80
อิสลาม	1	0.80
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	43	35.50
มัธยมศึกษา / ปวช	31	25.60
อนุปริญญา / ปวส	13	10.70
ปริญญาตรี	31	25.60
ปริญญาโท	2	1.70
ปริญญาเอก	1	0.87

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง	28	23.10
แม่บ้าน	28	23.10
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	27	22.30
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	24	19.80
เกษตรกรรวม	9	7.40
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	4.10
<b>รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน</b>		
ไม่มีรายได้	9	7.40
ต่ำกว่า 10,000 บาท	27	22.30
10,001-20,000 บาท	35	28.90
มากกว่า 20,001 บาท	50	41.30
<b>รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย</b>		
พอใช้	75	62
ไม่พอใช้	29	24
เหลือเก็บ	17	14
<b>โรคประจำตัวอื่นๆ</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	77	63.60
มีโรคประจำตัว 1 โรค เช่น เบาหวาน หอบหืด ไทรอยด์ ฯลฯ	33	27.20
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ฯลฯ	11	5.10
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	59	48.80
ข้าราชการ	26	21.50
ประกันสังคม	22	18.20
ชำระเงินค่ารักษาพยาบาลเอง	12	9.90
ประกันชีวิต	2	1.70

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล</b>		
เบิกได้ทั้งหมด	107	88.40
ชำระเงินค่ารักษาพยาบาลเอง	12	9.90
เบิกได้บางส่วนประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์	2	1.70

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำนวน 121 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91 โดยมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคมะเร็งคือ 49 ปี (SD = 6.87) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 62.80 นั้ถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 98.30 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.50 ประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 23.10 รายได้ทั้งหมดของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 20,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.30 อยู่ในสถานะพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 62 ผู้ป่วยมะเร็งไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.60 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 48.80 และเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 88.40

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>รูปแบบการรักษาของยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน</b>		
รักษาเป็นยาเสริมแบบ (Adjuvant therapy)	83	68.60
รักษาเป็นยาหลัก (Main therapy)	38	31.40
<b>ประเภทของยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน</b>		
<b>1. ยาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน (Oral chemotherapy)</b>	<b>20</b>	<b>16.50</b>
Capecitabine (Xeloda)	18	90.00
TS One (Tegafur + Gimeracil + Oteracil K)	2	10.00

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประเภทของยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน</b>		
<b>2. ยาออกฤทธิ์จำเพาะแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy)</b>	<b>18</b>	<b>14.90</b>
Imatinib (Glivec)	8	44.44
Gefitinib (Iressa)	5	27.78
Erlotinib (Tarceva)	2	11.11
Regorafenib (Stivarga)	2	11.11
Sorafenib (Nexavar)	1	5.56
<b>3. ยาต้านฮอร์โมน (Hormonal therapy)</b>	<b>83</b>	<b>68.60</b>
Tamoxifen	76	91.60
Letrozole	6	7.20
Nolvadex	1	1.20
<b>วินิจฉัยโรคมะเร็ง</b>	<b>121</b>	<b>100</b>
มะเร็งเต้านม (CA Breast)	95	78.50
มะเร็งปอด (CA Lung)	9	7.44
มะเร็งเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหาร (GIST)	5	4.13
มะเร็งลำไส้ใหญ่ (CA Colon)	4	3.31
มะเร็งทวารหนัก (CA Rectum)	4	3.31
มะเร็งตับ (Hepato Carcinoma)	2	1.65
มะเร็งกระเพาะอาหาร (CA Stomach)	1	0.83
มะเร็งเนื้อเยื่ออ่อน (Sarcoma)	1	0.83
<b>ระยะของโรคมะเร็ง (ระยะ)</b>		
Mean = 2.59, SD =1.078	<b>121</b>	<b>100</b>
ระยะที่ 1	17	14.05
ระยะที่ 2	49	40.50
ระยะที่ 3	27	22.31
ระยะที่ 4	28	23.14

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)</b>		
Mean =3.38, SD =3.12		
1-5 ปี	105	86.80
6-10 ปี	11	9.10
> 10 ปี	5	4.10
<b>ระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (ปี)</b>		
Mean =2.34, SD =0.95		
< 1 ปี	14	11.60
1-5 ปี	78	64.50
6-10 ปี	3	2.50
มากกว่า 10 ปี	26	21.50
<b>การรักษาที่เคยได้รับในอดีต</b>		
รักษา 1 วิธี ได้แก่ ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา	16	13.20
รักษา 2 วิธี ได้แก่ ผ่าตัดและเคมีบำบัด ผ่าตัดและรังสีรักษา เคมีบำบัดและรังสีรักษา	37	30.60
รักษา 3 วิธี ได้แก่ ผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา	65	53.70
ไม่เคยรักษาด้วยวิธีใดมาก่อน	3	2.50

**จากตารางที่ 4** ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเป็นแบบยาเสริม (Adjuvant therapy) คิดเป็นร้อยละ 68.60 โดยรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนเป็นส่วนใหญ่ (Hormonal therapy) คิดเป็นร้อยละ 68.60 ชนิดของยาต้านฮอร์โมนที่ใช้รักษา ส่วนใหญ่ใช้เป็นยา Tamoxifen คิดเป็นร้อยละ 91.60 ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 78.50 ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.80 และใช้ระยะเวลาของการรักษา 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.50 ระยะของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ ระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 40.50 การรักษาในอดีตที่ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เคยได้รับคือ การรักษา 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 53.70

ตอนที่ 2 การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งมะเร็งชนิดรับประทาน แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 5-7

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์โดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121)

พฤติกรรมการใช้ยา (รายด้าน)	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD	ระดับ
ด้านการเก็บรักษา	3-15	10-15	4.78	0.41	ดีที่สุด
ด้านการกำกับตนเอง	10-50	31-50	4.48	0.51	ดี
ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา	4-20	10-20	4.21	0.61	ดี
<b>พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์</b>	<b>17-85</b>	<b>59-85</b>	<b>4.50</b>	<b>0.36</b>	<b>ดี</b>

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานโดยรวมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.50 ( SD = 0.36 ) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ต่ำที่สุด เท่ากับ 59 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงที่สุด เท่ากับ 85 คะแนน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รายด้าน พบว่า ด้านการเก็บรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยอยู่ในระดับดีที่สุด มีค่าเฉลี่ย = 4.78 (SD = 0.41) และ ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด มีค่าเฉลี่ย = 4.21 (SD = 0.61) โดยอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121)

ระดับของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีที่สุด	51	42.10
ระดับดี	67	55.40
ระดับปานกลาง	3	2.50

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 55.40 รองลงมา คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับดีที่สุด และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.10 และ 2.50 ตามลำดับ

**ตารางที่ 7** แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121)

ปัจจัย	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD	การแปลผล
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	20-100	20-100	3.62	0.83	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	0-132	0-88	0.70	0.60	ไม่รุนแรง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	0-10	0-10	5.09	2.66	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	4-20	10-20	4.03	0.62	สูง
ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา	5-25	9-21	3.54	0.76	สูง
ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา	5-25	9-25	3.01	0.48	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้รับได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.62 (SD = 0.83) มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการในระดับไม่รุนแรง คะแนนเฉลี่ย 0.70 (SD = 0.60) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.09 (SD = 2.66) มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.03 (SD = 0.62) มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.54 (SD = 0.76) และมีความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลจากการกินยาในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.01 (SD = 0.48)

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1.แรงสนับสนุนทางสังคม	1						
2.การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	.10	1					
3.การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	.07	.34**	1				
4.การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	.02	-.11	-.09	1			
5.ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา	.13	-.02	.05	.50**	1		
6.ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา	.01	.05	-.14	-.08	-.32**	1	
7.พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์	.40**	.05	.11	.04	.24**	-.24*	1

\* p < .05, \*\* p < .01

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .40, .24$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.24, p < .05$ ) และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( $r = .05, .11, .04$  ตามลำดับ,  $p > .05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .34, p < .05$ ) ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .50, p < .05$ ) และตัวแปรความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.32, p < .05$ )



**ตารางที่ 9** แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (n = 121)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ยา	
	r	p value
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.40 <sup>**</sup>	.000
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	.05	.611
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง	.11	.214
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	.04	.643
ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา	.24 <sup>**</sup>	.007
ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา	-.24 <sup>**</sup>	.009

\* p < .05, \*\* p < .01

จากตารางที่ 9 ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .40 และ .24, p < .05) ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.24, p < .05) และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน (r = .05, .11, และ .04 ตามลำดับ, p > .05)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์การรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยากับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

2. ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม ที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน และมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกประเภท อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลามที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก

เฉพาะโรคมะเร็ง ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายชั้นตอนจากโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ เขต กรุงเทพมหานคร ที่มีคลินิกโรคมะเร็ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบบเจาะจงจากผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามาได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคมะเร็ง โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size (PASS) และเก็บข้อมูลเพิ่ม 10 % เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 122 คน

**เครื่องมือการวิจัย** ประกอบด้วย 7 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.95, 1.0, 1.0, 1.0, 1.0, 0.96 และมีค่าความสอดคล้องภายในจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94, 0.92, 0.89, 0.89, 0.89, 0.77 และ 0.82 ตามลำดับ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยให้ผู้ป่วยมะเร็งทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามผู้ป่วยมะเร็งด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 20 - 30 นาที โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 7 พฤศจิกายน 2559 - 27 ธันวาคม 2559 จำนวน 122 ฉบับ แต่พบความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 0.81 จึงเหลือแบบสอบถามจริง 121 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.18

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

## สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำนวน 121 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 46-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 72.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 49 ปี มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 62.80 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.50 ประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 23.10 รายได้ครอบครัวทั้งหมดโดยเฉลี่ย มากกว่า 20,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.30 อยู่ในสถานะพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 62 ผู้ป่วยมะเร็งไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.60 โดยใช้สิทธิการรักษาเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 48.80 และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 88.40

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ส่วนใหญ่มีรูปแบบการรักษาเป็นแบบยาเสริม คิดเป็นร้อยละ 68.60 รักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน คิดเป็นร้อยละ 68.60 ยาต้านฮอร์โมนที่ใช้รักษาส่วนใหญ่คือยา Tamoxifen คิดเป็นร้อยละ 91.60 โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 78.50 อยู่ในระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 40.50 ระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยเฉลี่ย เท่ากับ 3.38 ปี (SD = 3.12) ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 86.80 ระยะเวลาในการรักษาพบมากที่สุดคือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.50 การรักษาของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้เคยได้รับในอดีต คือการรักษา 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดเคมีบำบัด และรังสีรักษา คิดเป็นร้อยละ 53.70

3. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.50 (SD = 0.36) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รายด้าน พบว่า ด้านการเก็บรักษายา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.78 (SD = 0.41) โดยอยู่ในระดับดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการกำกับตนเองในการกินยา มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.48 (SD = 0.51) และด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา มีค่าเฉลี่ย = 4.21 (SD = 0.61) โดยอยู่ในระดับดี

4. แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .40$  และ  $.24$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.24$ ,  $p < .05$ ) อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( $r = .05$ ,  $.11$ , และ  $.04$  ตามลำดับ,  $p > .05$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอนดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานโดยรวมอยู่ในดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เท่ากับ 4.50 (SD = 0.36) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี โดยพบว่า ร้อยละ 97.50 มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับดีขึ้นไป และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รายด้าน พบว่า ด้านการเก็บรักษายามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด (Mean = 4.78, SD = 0.41) รองลงมา ได้แก่ ด้านการกำกับตนเองในการกินยา (Mean = 4.48, SD = 0.51) และด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา (Mean = 4.21, SD = 0.61) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานมีการปฏิบัติตัวในด้านการกินยาได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการเก็บรักษายา ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการรักษากับทีมผู้ดูแลสุขภาพ แม้ว่าจะมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แต่ก็อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91) โดยพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Noens et al. (2009) พบว่า เพศหญิงสามารถดูแลตนเอง และกำกับตนเองในการกินยาได้ดีกว่าเพศชาย และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 78.50) ระยะที่ 2 (ร้อยละ 40.50) ซึ่งเป็นระยะต้น มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.38 ปี และการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกือบทั้งหมด เป็นการรักษาด้วยยา Tamoxifen (ร้อยละ 91.60) โดยมีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย เท่ากับ 2.34 ปี ซึ่งเป็นการรักษาในระยะเริ่มต้นของการเป็นโรคมะเร็ง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการหายจากโรคมะเร็ง และมีชีวิตที่ยืนยาว จึงส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี และจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Lin and Winter (2008) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยยา Tamoxifen จะช่วยลดโอกาสของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมซ้ำ และลดอัตราการเสียชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 35.50) อาจเป็นข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูล การแสดงออกถึงความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมในการรักษา ประกอบกับสังคม วัฒนธรรมไทย ไม่ค่อยแสดงออกถึงความคิดเห็น เชื้อฟังผู้ใหญ่หรือผู้ที่มีวุฒิภาวะมากกว่าโดยเฉพาะแพทย์ จึงส่งผลทำให้พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษามีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kahn et al. (2007) พบว่า ระดับการศึกษาส่งผลต่อความมั่นใจในการแสดงออก และการมีส่วนร่วมในการรักษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง

เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในระดับดี อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาแบบยาเสริม ด้วยการกินยา Tamoxifen ซึ่งเป็นยาต้านฮอร์โมนที่มีการบริหารยาที่ง่าย และผลข้างเคียงน้อยกว่ายาต้านมะเร็งชนิดอื่น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Grunfeld, Hunter, Sikka and Mittal (2005) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กินยา Tamoxifen มีความเชื่อว่ายาต้านมะเร็งไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งได้ จึงหยุดยาเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ดี อันเนื่องมาจากไม่สามารถทนฤทธิ์ของผลข้างเคียงจากยา Tamoxifen ได้ และอาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ร้อนวูบวาบ (32%) เหนื่อยออกตอนกลางคืน (24%) ความจำลำบาก (22%) นอนไม่หลับ (16%) น้ำหนักลด (15%) และภาวะซึมเศร้า (15%) จากประสบการณ์อาการของผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไม่ชอบและไม่กินยา ซึ่งแตกต่างกับบริบทของประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเชื่อว่าการกินยาต้านมะเร็งนั้นมีประโยชน์ และผลข้างเคียงของยาต้านมะเร็งไม่รุนแรง โดยพบเพียงอาการข้างเคียง คือ อาการร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ปวดกระดูก เป็นต้น

**2. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ประโยชน์ของการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา และความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน**

**2.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน**

จากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .40, p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และสอดคล้องกับปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ตามแนวคิด ASA and ASCP (2006) ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ( $SD = 0.83$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 62.80) ในสังคมปัจจุบันลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น คู่สมรสส่วนใหญ่จึงเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในด้านการจัดยา กำกับการกินยา ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา รวมทั้งพาผู้ป่วยไปพบแพทย์และรับยาตามวันนัด จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมใช้ยาที่ดี (Hershman et al., 2010)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจของ ASA and ASCP (2006) ในผู้ป่วยมะเร็งที่มีสมาชิกในครอบครัวและสังคม เพื่อนสนับสนุน การได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา และการดูแลเอาใจใส่ที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี และหากสมาชิกในครอบครัวและสังคมสนับสนุน และระบบสุขภาพ ที่ดีย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดีมากขึ้น (Murray et al., 2004) จากผล การศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Larriza et al. (2006) พบว่าแรง สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ( $r=0.609$ ,  $p < .05$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย มะเร็งที่รักษาด้วยต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( $\beta = .21$ ) (Lee & Jeong, 2013)

## 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( $r = .05$ ,  $p > .05$ ) และไม่ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และไม่สอดคล้องกับปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย ตามแนวคิด ASA and ASCP (2006) ที่กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์ ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยนอก เดินทางมาตรวจ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด เป็นโรคมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 78.50) ในระยะที่ 2 (ร้อยละ 40.50) อาการของโรคมะเร็งจึงไม่ชัดเจน จึงส่งผลทำให้การรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับไม่รุนแรง (ร้อยละ 47.90) และการรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบยาเสริม โดยการกินยาต้านฮอร์โมน เพื่อยั้งการ กลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (อรุณี เดชา พันธุ์กุล และคณะ, 2554) ประกอบกับการกินยาต้านฮอร์โมน เป็นการบริหารยาที่ง่าย ผลข้างเคียง น้อยกว่ายาต้านมะเร็งชนิดอื่น ระยะเวลาการรักษาที่แน่นอน 1-5 ปี มีเป้าหมายในการรักษาที่ชัดเจน คือลดโอกาสของโรคมะเร็งกลับมาเป็นซ้ำ และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยปลอดโรคได้ (Gray, Rea, and Handley, et al., 2008) จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี แม้ความ รุนแรงของอาการจะรุนแรงหรือไม่รุนแรงก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งก็มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Noens et al. (2009) พบว่าความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง

### 2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

จากผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( $r = .11, p > .05$ ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และไม่สอดคล้องกับปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วยตามแนวคิด ASA and ASCP (2006) ที่กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 (ร้อยละ 40.50) ซึ่งเป็นระยะต้น ที่มีเซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อใกล้เคียง ไม่มีการกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นๆ (พัสมณท์ คุ่มทวี, 2543; Kumar, et al., 1992) โดยรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งที่เป็นนั้นไม่ส่งผลเสียต่อตนเอง เช่น การรักษาที่ยาวนานขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และไม่มีอาการหรือความรุนแรงของโรคมะเร็งมากขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิต และรับรู้ว่าการกินยาต้านมะเร็งนั้นทำให้หายจากการเป็นโรคมะเร็ง ไม่เกิดโรคมะเร็งซ้ำ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่เกิดภาวะดื้อยา จึงส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี แม้ว่าความรุนแรงของโรคมะเร็งจะรุนแรงหรือไม่รุนแรงก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และสูมาลี วัจนการ และคณะ (2551) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และยิ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ Horne and Weinman (1999); Vermiere et al. (2001); Horne (2007); DiMatteo (2004) พบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

### 2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( $r = .04, p > .05$ ) และไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ประโยชน์การรักษาไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ แม้ว่าคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา อยู่ในระดับสูง (Mean = 4.03, SD = 0.62) ซึ่งไม่สอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ตามแนวคิด ASA and ASCP (2006) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ผ่านการรักษาโรคมะเร็งมาแล้วในหลายวิธี โดยผู้ป่วยได้พบกับประสบการณ์ความทุกข์ยากลำบากจากกระบวนการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ที่เป็นกระบวนการรักษาที่ยากกว่าการกินยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ซึ่งเป็นการบริหารยาที่



ง่าย กินวันละ 1 เม็ด 1 เวลา และผลข้างเคียงน้อยกว่ายาต้านมะเร็งชนิดอื่น จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะรับรู้ประโยชน์ของการรักษาหรือไม่ก็ตาม ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งจะสูงหรือต่ำก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งก็มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Grunfeld et al. (2005) และการศึกษาของ Fink et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กินยาต้านฮอร์โมน (Tamoxifen) ระบุว่า การกินยาต้านฮอร์โมนไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถป้องกันโรคมะเร็งให้เกิดขึ้นได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่เกิดแรงจูงใจ และไม่เห็นประโยชน์ในการกินยา จึงหยุดยาก่อนกำหนด และส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ไม่ดี

## 2.5 ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .24, p > .05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ในการศึกษาครั้งนี้ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยมีระดับคะแนนการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.54, SD = 0.76) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วยตามแนวคิด ASA and ASCP (2006) ที่กล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะต้น การรักษาเป็นแบบยาเสริม ด้วยการกินยาต้านมะเร็ง ได้แก่ Tamoxifen ซึ่งเป็นการบริหารยาที่ง่าย ผลข้างเคียงน้อยกว่ายาต้านมะเร็งชนิดอื่น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยา จึงเล็งเห็นความจำเป็นต่อการกินยาต้านมะเร็ง โดยรับรู้ว่าการกินยาต้านมะเร็งนั้นช่วยรักษาโรคมะเร็งให้หาย ป้องกันไม่ให้โรคมะเร็งเกิดขึ้น และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตสูง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Horne and Weinman (1999) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ( $r = .21$ )

## 2.6 ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = -.24, p < .05$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ในการศึกษาว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โดยมีคะแนนการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยา อยู่ในระดับปานกลาง ( $Mean = 3.01, SD = 4.80$ ) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยด้านผู้ป่วยตามแนวคิด ASA and ASCP (2006) ที่กล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลมากเกี่ยวกับการกินยา และจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งกังวลในเรื่องผลข้างเคียงของยาต้านมะเร็งในระยะยาว ( $Mean = 3.17, SD = 1.19$ ) และกังวลว่าการกินยาต้านมะเร็งจะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด ( $Mean = 3.78, SD = 1.12$ ) จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Horne and Weinman (1999) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ( $r = -.33$ )

สรุป จากผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวซึ่งถือเป็นปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นต่อการกินยาซึ่งถือเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลต่อการกินยาซึ่งถือเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง ตามแนวคิดของ ASA and ASCP (2006) แต่ความรุนแรงของอาการ และความรุนแรงของโรค ซึ่งถือเป็นปัจจัยด้านสภาวะผู้ป่วย ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาซึ่งถือเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง นั่นคือ ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิด ASA and ASCP (2006) เพียงบางส่วนในการนำมาใช้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

### ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำให้สามารถเข้าใจถึงสภาพปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน รวมถึงทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งตระหนักถึงความสำคัญในการกินยาตรงเวลา และตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนนำมาใช้ รวมทั้งควรมีผู้ช่วยเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนา สร้างปัจจัยทำนาย และงานวิจัยระดับสูงของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

2. ควรมีการประเมินความพร้อมในการบริหารยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานของผู้ป่วย รวมถึงหาแนวทางให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับการบริหารยากับผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกเลขา สุวรรณพงษ์. (2558). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกษก่อง สีหะวงษ์. (2539). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ (2559). *บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2559*. Retrieved 14 เมษายน 2559, from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/E/086/11.PDF>.
- คลีพัตรา ไชยศรี. และคณะ (2556). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 .วารสารพยาบาล, 31(3), 67-75.*
- จอม สุวรรณโณ. (2540). *ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิรา จิตต์วิบูลย์. (2543). *การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย มะเร็งเม็ดเลือดขาว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2540). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ กิตติรุ่งเรือง. (2536). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด: การพยาบาล อายุรศาสตร์ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตีรณสาร, 165-196.

- นฤมล คมกล้า และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาของวัยรุ่นที่ติด  
เชื้อเอชไอวี/เอดส์. *วารสารเกื้อการุณย์*, 17(2), 51-65.
- นิตยา โรจน์ทินกร, นันทา เล็กสวัสดิ์, อรพรรณ คุณพันธ์ และไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร. (2536).  
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการปรับตัวใน  
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. *พยาบาลสาร*, 20, 1-10.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence).  
*วารสารไทยโภชนาการ*, 7(1), 23-39.
- นภาพร รุจิเสถียร. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการ  
กินยากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดน้ำตาลของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไออินเตอร์  
มีเดีย.
- บุญชอบ ชุ่มอารมณ์. (2554). ความสัมพันธ์ของแบบแผนความคิดต่อความเจ็บป่วยและความซึมเศร้า  
ในผู้ป่วยมะเร็งชาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญทิวา สุวิทย์ และคณะ. (2558). การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับ  
การดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 35(1), 153-163.
- เบญจมาศ สุขศรี. (2550). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)* Retrieved 19  
กุมภาพันธ์ 2560, from <https://www.gotoknow.org/posts..>
- ปรียา รอดปรีชา และยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์. (2541). การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการ  
เจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์. การพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ. กรุงเทพฯ: ยุทธินทรการ  
พิมพ์, 2(3), 155-254.
- พจนานุกรมศัพท์เภสัชศาสตร์. (2553). พจนานุกรมศัพท์. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการ  
สุขภาพ*, 4(1), 1-17.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). *โรค(Disease) อาการ(Symptom)ภาวะ(Condition)*. Retrieved 13  
กุมภาพันธ์ 2559, from <http://haamor.com/th>.
- พัสมณฑิ์ คุ่มทวี. (2543). พยาธิสรีรภาพของเนื้องอก. ใน ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิ์วิชัย,  
วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส สัพพกุล และพัสมณฑิ์ คุ่มทวี. *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*.  
กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์จำกัด, 4, 1-20.

- พรินทร์ ดวงแก้ว. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์. (2536). *เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. สงขลา: อัสลาบายด์เพรส, 168.
- เพลินจันทร์ เชษฐโชติศักดิ์ และสุวนีย์ สุญพันธ์ไว้. (2549). *Adherence*. Retrieved 5 มกราคม 2559, from [http://med.md.kku.ac.th/mdbtemplate/mytemplate/template.php?component=view\\_article&qid=234](http://med.md.kku.ac.th/mdbtemplate/mytemplate/template.php?component=view_article&qid=234).
- ภาสกร ชัยวานิชศิริ. (2557). "มะเร็งคร่าชีวิตคนไทยชั่วโมงละ 7 คน แพทย์ย้ำ เจอเร็ว รักษาได้" Retrieved 23 ตุลาคม 2558, from <http://health.kapook.com/view104949.html>.
- ภูธร แคนยุกต์. (2551). *เคมีของยา*. กรุงเทพฯ: พี.เอส.พรินท์, 347-387.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, ปาลีรัญญ์ ฐาสิริสวัสดิ์, ลลิตา เดชาวุธ. (2557). ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา: แนวคิดและความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 25(2), 95-105.
- รจนาไฉน สิงห์เรศร์. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ วนิดา รัตนานนท์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วสุ ศุภรัตน์สิทธิ. (2556). *ยาต้านมะเร็ง*. Retrieved 16 มกราคม 2559, from <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article>.
- แหวดดาว ทวีชัย. (2543). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์รังสีรักษาโรงพยาบาลวัฒโนสถ. (2559). *รังสีรักษา [แผ่นพับ]*. กรุงเทพฯ.
- ศูนย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2559). *ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัด*. Retrieved 16 มกราคม 2559, from <http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=323>.

- สมัยพร อาชาล. (2543). *ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สกาพรพรรณ อวิสเสถาถาวร. (2552). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม  
ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัด  
พิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). *HOSPITAL BASED CANCER REGISTRY*. Retrieved 10 ตุลาคม  
2558, from [http://www.nci.go.th/th/cancer\\_record/cancer\\_rec1.html](http://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html)
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2556). *การวิจัยประเด็นสุขภาพเชิงระบบ*. Retrieved 1 เมษายน  
2558, from <http://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4754>.
- สภาการพยาบาล. (2552). *ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาต่างๆ*. *ราชกิจจานุ  
เบกษา*, 126, 28-41.
- สามารถ ตันอริยกุล. (2556). *กทม.ยกระดับ "รพ.กลาง-ตากสิน-เจริญกรุง" เคี้ยวแพทย์เฉพาะทางรับ  
"เออีซี"*. Retrieved 10 พฤศจิกายน 2558, from  
[http://www.matichon.co.th/news\\_detail.php?newsid=1364206932](http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1364206932)
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. (2551). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: เมติคัลมีเดีย.
- สุนีย์ สุวรรณศิลป์ศักดิ์. (2551). *การดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของ  
โรงพยาบาลนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน  
มหาวิทยาลัยศิลปากร. *ศาลากลางนครปฐม*
- สุพัทธรา สุภาพ. (2542). *สังคมและวัฒนธรรมไทย*; คำนิยม ครอบครัวยุคใหม่ ศาสนา ประเพณี,  
กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
- สุภาพ ไบแก้ว. (2528). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการ  
รักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). *ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงบันดาลใจทางสังคมของ  
ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภัสร์ สุบงกช. (2556). *ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน*. *วารสารเวชปฏิบัติและการใช้ยา*, 29(6), 423-  
433.

- สุมาลี วัจนานกร และคณะ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวีกิจพริ้นติ้ง.
- แสงระวี แทนทอง, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2559). ประสบการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 5(1), 40-47.
- องค์อร ประจันเขตต์ (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ แผนกโรคติดเชื้อ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 65(2), 95-102.
- อภิรดี ลดาวรรษ และคณะ. (2548). *การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรรวรรณ ทรัพย์ปราโมทย์. (2554). *Tamoxifen สำหรับประชาชน*. Retrieved 23 มกราคม 2559, from, <http://www.cccthai.org/l-th/index.php/2009-06-13-08-51-38/2010-05-26-10-31-57/134-tamoxifen-.html>.
- อรุณี เตชาพันธุ์กุล และคณะ. (2554) การรักษามะเร็งเต้านมโดยใช้ยาต้านฮอร์โมน. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 29(3), 127-142.
- อาคม เขียรศิลป์. (2560). *ระบาดวิทยาของโรคมะเร็งในประเทศไทย*. Retrieved 19 กุมภาพันธ์ 2560, from, <http://www.oocities.org/suchartw/epidermiology.html>.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2557). *การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอี่ยมแข สุวรรณประเสริฐ. (2554). เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Workshop and Traineeship for Oncology Pharmacy Practitioners. ขอนแก่น.

### ภาษาอังกฤษ

- Abdul, et al., (2014). Adherence to Capecitabine Treatment and Contributing Factors among Cancer Patients in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(21), 9925-9232



- Alexander, J. (1994). Diagnosis and staging. In S. E. Otto (Ed), *Oncology Nursing*. Philadelphia: Mosby. 2, 47-56.
- American Cancer Society. (2013). *Targeted Therapy*. Retrieved November 4, 2015, from <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003024-pdf.pdf>.
- American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation. (2006). *Overview of Medication Adherence*. Retrieved January 2, 2016, from <http://www.adultmeducation.com/AboutUs.html>.
- Atkins L., and Fallowfield L. (2006). Intentional and non-intentional non-adherence to medication among breast cancer patients. *European Journal Cancer*, 42, 2271-2276.
- Avorn, J., Monette, J., Lacour, A., Bohn, R. L., Monane, M., Mogun, H., & LeLorier, J. (1998). Persistence of use of lipid-lowering medications: A cross-national study. *Journal of the American Medical Association*, 279(18), 1458-1462.
- Balkrishnan, R., and Jayawant, S. (2007). Medication adherence research in populations: measurement issues and other challenges. *Clinical Therapeutics* 29, 1180 -1183.
- Barber, N., Parsons, J., Clifford, S., Darracott, R., and Horne, R. (2004). Patients' problems with new medication for chronic conditions. *Quality Safety Health Care*, 13(3), 172-175.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspect*. New York: Harper and Row.
- Becker, M. H. (1974). *The Health belief model and personal health behavior*. Michigan: Charles B. Slack.
- Best, J. W. (1981). *Research in Education*. New Jersey : Pracice Hall, Inc.
- Brunton, S. A. (2011). Improving medication adherence in chronic disease management. *Journal of Family Practice*, 60(4 Suppl. Improving). S1-S8.
- Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindi, R., Burkholder, R., Czajkowski, S. M., et al., (2011) Medication adherence: a call for action. *American Heart Journal*, 162 ,412-424.

- Brain, et al., (2008). Neoadjuvant targeted therapy and advanced kidney cancer: observations and implications for a new treatment paradigm. *BJU International*, 102(6), 692-696.
- Brown, M. T., Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: who care. *Mayo Clinic Proc*, 86, 304 - 314.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2003). *Understanding Nursing Research. 3rd edition*. Philadelphia: Saunders.
- Byerly, M. J., Nakonnezny, P. A. and Rush, A. J. (2008). The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 100, 60-69.
- Callaghan, D. M., (2003). *Health promoting self-care behavior, self-care, self-efficacy, and elf-care agency*, *Nursing Science Quarterly*, 16, 247-254.
- Carbon, P. O., & Cleary, J. F. (1998). *Oncology disorders*. Cited in Duthie, E. & Katz, P. *Practice of Geriatrics*. WP Saunder Philadelphia.
- Cheung, N. V. (1993). *Immunotherapy*. In: Pizzo A, Poplack DG, eds. *Principles and practice of pediatric oncology. 2nd ed*. Philadelphia: JB Lippincott, 357-370.
- Chou, P. L., Lin, C. C., & Hu, L. Z. (2012). *Cancer Patients Adherence and Symptom Management: The Influence of the Patient-Physician Relationship*. Retrieved 2 January, 2016, from <http://search.proquest.com/docview/1009901566?pq-origsite=gscholar>
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38: 300-314.
- Contreras-Yanez, I., Ponce de Leon, S., Cabiedes, J., Rull-Gabayet, M., & Pascual-Ramos, V. (2010). Inadequate therapy behavior is associated to disease flares in patients with rehematoid arthritis who have achieved remission with disease-modifying antirheumatic drug. *American Journal of the Medical Sciences*, 340(4), 282-290.

- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1992). *A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework*. In P. Woog (Ed.). *The chronic illness trajectory framework* (pp. 9-28). New York: Springer Publishing Company.
- Corbin, J. M. (2001). *Introduction and overview: Chronic illness and nursing*. In R. B. Hyman & J. M. Corbin (Eds), *Chronic illness: Research and theory for nursing practice* (pp. 1-15). United states: Springer Publishing Company.
- Cramer, J. A., Roy, A., Bureel, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P, K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health, 11*(1), 44-47.
- Curtin, M., & Lubkin, I. (1988). *What is chronicity?* In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds), *Chronic illness: Impact and intervention* (4<sup>th</sup> ed., pp. 3-25X. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Darkow, T., Henk, H. J., Thomas, S. K., Feng, W., Baladi, J. F., Goldberg, G. A., Hatfield, A. & Cortes, J. (2007). Treatment interruptions and non adherence with imatinib and associated healthcare costs. *Pharmacoeconomics. 25*, 483-496.a
- Decker, V., Spoelstra, S., Miezio, E., Bremer, R., You, M., Given, C., et al., (2009). A pilot study automated voice response system and nursing intervention to monitor adherence to oral chemotherapy agents. *Cancer Nursing, 32*(6), E20-29.
- DeJong, F. A. and Verweij, J. (2003). Role of imatinib meylate (Gleevec/Glivec) in gastrointestinal stromal tumors. *Expert Rev Anticancer Ther, 3*, 757-766.
- DeVries et al., (2014). Medication beliefs, treatment complexity, and non-adherence to different drug classes in patients with type 2 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research, 76*, 134-138.
- DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., et al., (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analyssis. *Med Care, 40*, 794-811.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in Patientnts' Adherence to Medical Recommendation A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical Care, 42*, 200-209.
- DiMatteo et al., (2007). Health beliefs, disease severity, and patitent adherence: A Meta analysis. *Medial care, 45*(6), 521-528.

- Dittmer, C., Roeder, K., Hoellen, F., Salehin, D., Thill, M., & Fischer, D. (2011). Compliance to adjuvance therapy in breast cancer patients. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 32(3), 280-282.
- Doctoral, B. et al., (2014). Adherence to oral antineoplastic agents by cancer patients: definition and literature review. *European Journal of Cancer Care* 5.
- European patient forum. (2015). *Adherence to therapy* Retrieved 25 December, 2015 from <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Policy/Adherence-to-therapies-Compliance-Concordance>.
- Eliasson, I., Clifford, S., Barber, N., Marin, D. (2011). Exploring chronic myeloid leukemia patients' reasons for not adhering to the oral anticancer drug imatinib as prescribed. *Journal Leukres Research*, 35, 626-630.
- Faithfull, S., & Derry, P. (2004). Implantation of capecitabine(Xeloda) into a cancer center. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 54-62.
- Farmer, F., C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 21(6), 1074-1090.
- Fink, A. K., Gurwitz, J. Rawowski, W., et al., (2004). Patient beliefs and tamoxifen discontinuance in older women with estrogen receptor-positive breast cancer. *J Clin Oncol*, 22(16), 3309-3315.
- Foulon, V., Schoffski, P., Wolter, P. (2011). Patient adherence of oral anticancer drugs: and emerging issue in modern oncology. *Acta Clin Belg*, 66(2):85-96.
- Gadkari, A. S. & McHorney, C. A. (2012). Unintentional non adherence to chronic prescription medication: How unintentional is it really? *BMC Health Services Research*, 12, 1-12.
- Gellad, W. F., Gerard, J.L., & Marcum, Z. A. (2011) A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly; Looking beyond cost and regimen complexity, *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(1), 11-23.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* 11.0 update (4<sup>th</sup> ed.)" Boston: Allyn & Bacon.

- Gottlieb, H. (2000). Medication nonadherence: finding solutions to costly medical problem. *Drug Benefit Trends*, 12(6), 57-62.
- Gray, R. G., Rea, D. W., and Handley, K. et al., (2008). Randomized trial of 10 versus 5 years of adjuvant tomoxifen among 6934 women with estrogen receptor-positive or ER untested breast cancer priliminary results. *J Clin Onco*, 26, S155.
- Groenwald, S. L. (1993). Breast cancer. In S. L. Groenwald, M. Goodman, M. H. Frogge & C. H. Yarbro (Eds.), *Cancer nursing: Principles and practice* (3<sup>rd</sup> ed). Boston: Jones and Bartlett Publisher Inc., 903-958.
- Grunfeld, E. A., Hunter M. S., Sikka, P., Mittal, S. (2005). Adherence belief among breast cancer patients taking tomoxifen. *Patient Education Coun*, 59(1), 97-102.
- Halfdanarson, T. R., Jatoi, A. (2010). Oral cancer chemotherapy: The critical interplay between patient education and patient safety. *Curr Oncol Rep*, 12, 247-252.
- Haynes, R. B., (1979). Determinates of compliance: *The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sack, D. L. (1979). *Compliance in Health Care*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD. USA.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD000011.
- Hershman D. L., Kushi L. H., Shao T., Buno D., Kershenbaum A., Tsai W. Y., et al., (2010). Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8,769 early stage breast cancer patients. *Journal Clinical Oncology*: 28(27); 4120-4128.
- Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfield, J. S. (2009). Medication adherence Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119( 23). 3028-3035.
- Hohneker, J., Shah-Metha, S., & Brandit, P. S. (2011). Prespectives on adherence and persitence with oral medications for cancer treatment. *Journal of Oncology Practices*, 7, 65-67.

- Horne, R. (1997). *Representation of medication and treatment: Advances in theory and Measurement*. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds), *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: Harwood Academic.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 555–567.
- Horne, R., Graupner, L., Frost, S., Weinman, J., Wright, S. M., Hankins, M. (2004). Medicine in a multi-cultural society: the effect of culture background on beliefs about medications. *Soc Sci Med*, 59, 1307-1313.
- Horne, R., and Weinman, J. et al., (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. Retrieved May 3, 2017, from [http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR\\_08-1412-076\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf).
- Horne, R. (2007). Adherence to treatment. In: *Cambridge Handbook of Psychology, Health & Medicine 2<sup>nd</sup> Edition*. (Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J. et al., eds), 417-421. Cambridge: Cambridge University press.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and Concepts of Social Support. In Cohen, S. and Syme, S. L. (ed), *Social support and Health*. Orlando: Academic. 83-108.
- Hullmann, S. E., Brumley, L. D., Schwartz, L. A. (2015). Medical and psychosocial associates of non adherence in adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 32(2), 103-113.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*. 27:252.
- Ingersoll, K. S., and Cohen, J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: A review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 213-224.
- Kahn, K.L., Schneider, E. C., Malin, J. L., Adams, J. L., Epstein, A. M. (2007). Patient centered experiences in breast cancer: predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Med Care*, 45(5), 431–9.

- Kaplan, B. H., John C. C., & Grore S. (1977). *Social Support and Health*. *Med Care*, 15(5); 50-51.
- Kaplan, E., Rosen, S., Norris. D. et al., (1990). Phase II study of recombinant human interferon gamma for treatment of cutaneous T-cell lymphoma. *JNCI*, 82, 208-212.
- Katz, M. G., Jacobson, T. A., Veledar, E., & Kripalani, S. (2007). Patient literacy and question asking behavior during the medical encounter: A mixed methods analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 782-786.
- Kennard, B., Stewart, S., Olivera, R., Bawdon, R., Ailin, A., Lewis, C., et al., (2004). Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *Journal Clinical Psychology medicine. Sett.*, 11(1), 31-39. <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOCS.00000162672.21912.74>.
- Kimmick, C., Aderson, R. Camcho, F. Bhosle, M., Hwang, W. Balkrishnan, R. (2009). Adjuvant hormonal therapy use among insured. low-income women with breast cancer, *Journal Clinical Oncology*, 27(21), 3445-3451.
- Kirk, M. C., Hudis, C. A. (2008). Insight into barriers against optimal adherence oral hormonal therapy in women with breast cancer. *Clinical Breast Cancer*, 8(2), 155-161.
- Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M. E. and Jacobson, T. A. (2009). Development and Evaluation of the Adherence to Refills and Medication Scales (ARMS) among Low-Literacy Patients with Chronic Disease. *Value in Health*, 12, 118-123.
- Krueger, K. P., Felkey, B. G., Berger, B. A. (2003). Improving adherence and persistence: a review and assessment of interventions and description of steps toward a national adherence initiative. *Journal American Pharmacy Association*, 43, 668-679.
- Krueger, K. P., Berger, B. A., & Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: A comprehensive review. *Advances in Therapy*, 22(4), 313-356.
- Kumar, V., Cortran, R., & Robbins, S. L. (1992). *Basic pathology* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

- Kucukarlan, N. S. (2012). A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 8*, 371-382.
- Lahey, B., & Cohen, S. (2000). *Social support theory and measurement*. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29-52). New York: Oxford University Press.
- Larizza, M. A., Dooley, M. J., Stewart, K., Kong, C. M. (2006). Factors influencing adherence to molecular therapies in haematology-oncology outpatients. *J Pharm Pract Res, 2*, 115-118.
- Latif, S. & McNicoll, L. (2009). Medication and non adherence in the older adult. *Med Health, 92*, 418-419.
- Lebovits, A. H., Stain, J. J., Schleifer, S. J., Tanak, J. S., Bhardwaj, S., Messe, M. R. (1990). Patient non compliance with self-administered chemotherapy. *Cancer, 65*(1), 17-22.
- Lee, Y. H., & Jeong, L. S. (2013). Factors Influencing Medication Adherence to Oral Anticancer Drugs *Asian. Oncology Nursing, 13*(4), 201-209.
- Leventhal, H., & Myeyer, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In Rachman, S. (Ed). *Contributions to Medical Psychology*. New York: Pergamon, 7-20.
- Li, J. J., Westergaard, C., Ghosh, P., Colburan, N. H. (1997). Inhibitors of both nuclear factor-kappaB and activator protein-1 activation block the neoplastic transformation response. *Cancer Research, 57*, 3569-3576.
- Liechly, C., et al., (2004). Are untimed antiretroviral drug levels useful predictors of adherence behavior? *AIDS, 18*(1) 127.
- Lin, N., and Winter, E. P. (2008). Advances in adjuvant endocrine therapy for postmenopausal women. *J Clin Oncol, 26*, 798-805.
- Ma, A. M., Barone, J., Wallis, A. E., Wu, N. J. Garcia, L. B., Estabrook, A., Tartter, P. I. (2008). Noncompliance with adjuvant radiation, chemotherapy, or hormonal



- therapy in breast cancer patients, *The American Journal of Surgery*, 196(4), 500-504.
- Marques P. A. & Pierin A .M. (2008). Factors that affect cancer patient compliance to oral antineoplastic therapy. *Acta Paul Enferm*, 2, 323-329.
- Marry, B. N., Kathy, J. W., & Mary, E. R. (2014). Medication adherence part three: Strategies for improving adherence. *Journal of American Association for Nurse Practitioners*, 26, 281-287.
- Mathes, T., Antonine, S. L., Pieper, D., Eikermann, M. (2014). Adherence influencing factors in patients taking oral anticancer agents: A systematic review. *Cancer epidemiology*, 38, 214-226.
- Mayer, E. L., Partridge, A. H., Harris, L. N., Gelman, R. S., Shumer, S. T., Burstein, H. J. & Winner, E. P. (2009). Tolerability of and adherence to combination oral therapy with Gefitinib and Capecitabine in metastatic breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 117, 615-623.
- Macintosh, P. W., Pond, G. R., Pond, B. J., Leung, V., & Siu, L. L., (2007). A comparison of patient adherence and preference of packing method fo oral anticancer agents using convetional pill bottles versus daily pill boxes. *Europe Journal Cancer Care(Engl)*, 16(4), 380-386
- Marin, D., Bazeos, A., Mahon, F. X., Eliasson, L., Milojkovic, D., Bua, M., Apperley, J., Szydlo, R., Desai, R., Kozłowski, K., Paliompeis, C., Latham, V., Foroni, L., Molimard, M., Reid, A., Rezvani, K., De Lavallade, H., Guallar, C., Goldman, J., & Khorashad, J. S. (2010). Adherence is the critical factor for achieving molecular responses in patients with chronic myeloid leukaemia who achieve complete cytogenetic response on imatinib. *Journal Clinical Oncology*, 28(14). 2381--2388.
- Michio, K., et al., (2014). Oral anticancer agent medication adherence by outpatients. *Oncology letters*, 8, 2318-2324.
- Miller , H. N., Hill, M, and Kottke, T. (1997). The multi-level compliance challenge: recommendations for a call to action. *Journal American Heart Assoc*, 77, 308-314.

- Moody, M., & Jackowski, J. (2010). Are patients on oral chemotherapy in your practice setting safe? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14, 339-346.
- Moore, S. (2010). Adherence to oral therapies for cancer. Barriers and models for change. *Journal of the advanced Practitioner in Oncology*, 1, 155-164.
- Morisky, D. E., Green, L. W., and Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 24, 67-74.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., and Ward, H. (2008). Predictive validity of Medication adherence measured in an outpatient setting. *J Clin Hypertens*. 10, 348-354.
- Murray, M. D., Morrow, D. G., Weiner, M., Clark, D. O., Tu, W., Deer, M. M., Weinberger, M. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2(1), 36-43.
- Murri, R., et al., (2000). Patient-Report Nonadherence to HAART is Related to Protease Inhibitor Levels. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 24(2), 123.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*.  
 Retrieved January 16, 2016, from [www.nice.org.uk/guidance/CG76](http://www.nice.org.uk/guidance/CG76).
- National Cancer Institute. (2014). *Hospital-Based Cancer Registry Annual Report*. Bangkok: Pornsup Printing.
- National Quality Forum. (2005). *Improving use of prescription medication: a national action plan*. Washington, DC: National Quality Forum.
- Nelsson, J. L., Anderson, K., Bergkvist, A., Bjorkman, I., Brismar, A., & Moen, J. (2006). Refill adherence to repeat prescriptions of cancer drugs to ambulatory patients. *Europe Journal Cancer Care(Engl)*, 15(3), 235-23
- Neugut A. L., Subar, M. Wilde, E. T. Stratton, S., Brouse, C. H., Hillyer, G. C. et al., (2011) Association between prescription co-payment amount and

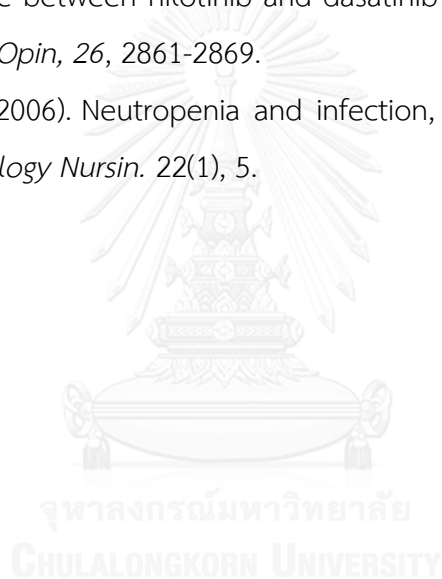
- compliance with adjuvant hormonal therapy in women with early stage breast cancer. *Journal Clinical Oncology*, 29(18), 2534-2542.
- Nichols-English G, Poirier, S. (2000). Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. Washington, DC; National Quality Forum.
- Noens, L., Van, A., De Bock, R., Verhoef, G., Zzchee, P., Berneman, Z., et al., (2009). Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study. *Blood*, 113 (22), 5401-5411.
- Oakley, C. (2010). Developing and intervention for cancer patients prescribed oral chemotherapy: a generic patient diary. *European Journal of Cancer Care*, 19, 21-28.
- O'Carroll, R., Whittaker, J., Hamilton, B., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke patients. *The Society of Behavioral Medicine*, 41, 383-390.
- O'Connor, P. J. (2006). Improving medication adherence: Challenges for physicians, payers and policy maker, *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1802-1804.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Palmieri, F. M., & Barton, D. L., (2007). Challenges of oral medications with advanced breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(4, Suppl. 2), S17-S22.
- Partridge, A. H., Avorn, J., Wang, P. S. et al., (2002). Adherence to therapy with oral antineoplastic agents, *Journal National Cancer Institute*, 94, 652-666.
- Partridge, A. H., Avorn, J., Wang, P. S., & Winner, E. P. (2003). Non adherence to adjuvant tamoxifen therapy in women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 602-606. doi:10.1200/JCO.2003.07.071.
- Partridge, A. H., Archer, L., Kornblith, A. B., Gralow, J., Grenier, D., Perez, E., Wolff, A. C., Wang, X., Kastrissios, H., Berry, D., Hudis, C., Winer, E., & Mues, H. (2010). Adherence and persistence with oral adjuvant chemotherapy in older

- women with early-stages breast cancer in CALGB 49907: adherence companion study 60104. *Journal Clinical Oncology*, 28(14), 2415-2422.
- Paul, W. (1991). Interleukin-4 : A prototypic immunoregulatory lymphokine. *Blood*, 1859-1870.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principle and methodes*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Rand, C. S., (1993). Measuring adherence with therapy for chronic disease: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *American Journal of Cardiology*, 72, 68D-74D.
- Reginer, D. V., Poison, J., Nourissat, A., Jacquin, J. P., Cuastalla, J. ., Chauvin, F. (2010). Adherence with oral chemotherapy: results from a qualitative study of the behaviour and representations of patients and oncologists . *European Journal Cancer care*, 20, 520-527.
- Reginster, J. Y. (2006). Adherence and persistence: impact on outcomes and health care resources. *Bone 38 (Suppl 2)*, S18-S21.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-334.
- Rujisatian, N. (2009). The relationship of illness representations and beliefs about medications to adherence to oral hypoglycemic medications in persons with type 2 diabetes. Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- Sanya, B. S., Lee, S., Nadia, H., ScM & Michael, J. (2011). Patient and Plan Characteristics Affecting Abandonment of Oral Oncolytic Prescriptions. *Journal of Oncology Practice*, 7(3S), 46s-51s.
- Schneider, M. et al., (2014). A Tailored Nurse Coaching Intervention for Oral Chemotherapy Adherence. *Advanced Practitioner*, 5(3), May - Jun.
- Sedjo, R. L., Devine, S. (2011). Predictors of non adherence to aromatase inhibitors among commercially insured women with breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment*, 125(1), 191-200.
- Senior, V., Marteau, T. M., & Weinman, J. (2004). Self-reported adherence to cholesterol-lowering medication in patients with familial

- hypercholesterolaemia: The role of illness perceptions. *Cardiovascular Drugs and Therapy*, 18(6), 475-481.
- Simpson, S. H., Eurich, D. T., Majumdar, S. R., Padwal, R. S., Tsuyuki, R. T., Varney, J., Johnson, J. A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 333(7557): 15 doi: 10.1136/bmj.38875.675486.55.
- Shea, S. C.. (2008). The medication interest model :An intergrative clinical interviewing approach for improving medication adherence-part 1 Clinical applications. *Professional case management*, 13(6), 305-315.
- Shi L, Liu J, Fonseca V, Walker P, Kalsekar A, Pawaskar M. (2010). Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-report questionnaires: a meta analysis, *Health Qual Life Outcomes*, 8, 99.
- Sommers, R. M., Miller, K., Berry, D. L. (2012). Feasibility pilot on medication adherence and knowledge in ambulatory patients with gastrointestinal cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), E373-E379.
- Stilley, C. S., Bender, C. M., Dubar-Jacob, J., Serika, S., & Ryan, C. M. (2010). The impact of cognitive function on medication management: Three studies. *Health Psychology*, 29(1), 50-55.
- Streeter, S. B., Schwartzberg, L., Housain, N, Johnsrud, M. (2011). Patient and plan characteristics affecting abandonment of oral oncolytic prescriptions. *Journal Oncology Practice*, 7(35), 46s-51s.
- Susan, M. S. and Tracy, G. (2014). A Tailored Nurse Coaching Intervention for oral chemotherapy adherence. *Advanced Practitioner.com*, 5(3), 163-172.
- Suwisith, N. (2007). Symptom clusters and their influences on the functional status of woman with breast cancer. *Doctoral dissertation*, Mahidol University.
- Tabor, P. A., Lopez, D. A. (2004). Comply with us: Improving medication adherence. *Journal Pharmacy Practice*, 17(3), 167-181.
- Tanikosoom, P., Aunguroch, Y., and Jitpanya, C. (2011). Factors Predicting Medication Adherence among Cardiovascular Patients in a Primary Care Setting. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 15(4), 278-287.

- Tarquinio, C., Fisher, G. N., & Gregoire, A. (2000). La compliance chez patients atteints par le VIH: validation d'une echelle francaise et mesure de variables psychosociales. *RIPS/IRSP* 13, 51-91.
- Thompson, A. M., Dewar, J., Fahey, T., & McCowan, C. (2007). *Association of poor adherence tamoxifen with risk of death from breast cancer.*[Abstract]. Retrieved October 10, 2015, from [http://www.asco.org/ASCO/abstracts+&+virtual+meeting/abstracts?&vmview=abs\\_detail\\_vies&confide=52&abstractID=40326](http://www.asco.org/ASCO/abstracts+&+virtual+meeting/abstracts?&vmview=abs_detail_vies&confide=52&abstractID=40326).
- Thiele, C. J., Helman, L. I. (1993). Differentiating agents, growth factors, and novel molecular approaches to the treatment of pediatric cancer. In: Pizzo PA, Poplack DG, eds. *Principles and practice of pediatric oncology. 2nd ed.* Philadelphia: JB Lippincott, 409-428
- Verbrugge, M., et al. (2013). Determinants and associated factors influencing medication adherence and persistence to oral anticancer drugs: A systematic review. *Journal Cancer Treatment Reviews*, 39, 610-621.
- Vermiere, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. et al. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research: a comprehensive review. *Journal Clinical Pharmacy Ther*; 26, 331-342.
- Vik, S. A., Maxwell, C. J., & Hogan, D. B. (2004). Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(2), 303-312.
- Xu, S. Yang, Y. Tao, W. Song, Y. Chen, Y. Ren, Y. et al., (2012). Tamoxifen adherence and its relationship to mortality in 116 men with breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment*, 136(2), 495-502.
- Weingart, S., Brown, E., Bach, P., Eng, K., Johnson, S., Kuzel, T., Walters, R. (2008). NCCN task force report: Oral chemotherapy. *Journal of the National Comprehensive Network*, 6(3), S1-S14.
- Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.

- World Health Organization, (1975). Requirements for adverse reaction reporting Geneva: Cited in ASHP Guideliness on adverse drugs reaction monitoring and reporting . *Am J Health-Syst Pharm*, (52), 417-419.
- World Health Organization, (2003). *Adherence to long-term therapies evidence for action*. Retrieved January 2, 2016, from [http:// www.whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf](http://www.who.int/publications/2003/9241545992.pdf).
- World Health Organization, (2015). *Cancer*. Retrieved May 5, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en>.
- WU, E. Q. et al., (2010). Retrospective real-world comparison of medical visits. Costs, and adherence between nilotinib and dasatinib in chronic myeloid leukemia. *Curr Med Res Opin*, 26, 2861-2869.
- Yarbo, C. H., et al., (2006). Neutropenia and infection, Hospitalization and Mortality *Geronto Oncology Nursin*. 22(1), 5.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและเอกสารเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน
1. รศ.นพ.วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์	แพทย์อายุรกรรมมะเร็ง ประจำโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์, เลขานุการศูนย์โรคมะเร็งครบวงจร แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และนายกมะเร็ง วิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย
2. ดร.อัครเดช เกตุฉ่ำ	ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือการวิจัย ประธานสาขาวิชาการประเมินผลและวิจัยทางการ ศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้าน สมเด็จเจ้าพระยา
3. นาวาโทหญิง ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ สู่วงอายุ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
4. คุณเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์	พยาบาลชำนาญการพิเศษ 7 และผู้เชี่ยวชาญ ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาอายุรกรรมประจำ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. คุณภรณ์ ผ่องนพคุณ	พยาบาลเฉพาะทางคลินิกโรคมะเร็ง (Clinical Nurse Specialist) ระดับ 7 โรงพยาบาลวิม โนสถ

ที่ ศธ 0512.11/ 2004



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๖๖ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โฉนดร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา นิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ แพทย์อายุรกรรมมะเร็ง  
เลขาธิการศูนย์โรคมะเร็งครบวงจร แห่งจุฬาลงกรณ์-  
มหาวิทยาลัย และนายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย  
พยาบาลชำนาญการพิเศษ 7 และผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการขั้นสูง  
สาขาอายุรกรรม
2. นางเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

เขียนลิสต์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ และนางเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิพร อนุศิลป์ โทร 02-218-1133

อาจารย์ ดร.จรรยา นิมหลวง โทร 02-218-1157

นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล โทร 089-144-2939

ที่ ศธ 0512.11/๑๐๐๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๒ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณย์ราตรีลี วานิชรัตนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ ประธานสาขาวิชาการประเมินผลและวิจัยทางการศึกษา คณะศุศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพิร ธนศิลป์ โทร 02-218-1133

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง โทร 02-218-1157

ที่อนิสิต

นางสาวบุณย์ราตรีลี วานิชรัตนกุล โทร 089-144-2939

ที่ ศธ 0512.11/ 2004



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตน์กุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาโทหญิง ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์ อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติภาระแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นาวาโทหญิง ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ โทร 02-218-1133
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง โทร 02-218-1157
ชื่อนิสิต	นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตน์กุล โทร 089-144-2939

ที่ ศธ 0512.11/ 2004



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัฒโนสถ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณฑรีราตรีลี วานิชรัตนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางภรณ์ ผ่องนพคุณ พยาบาลเฉพาะทางคลินิกโรคมะเร็ง ระดับ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

นางภรณ์ ผ่องนพคุณ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร อนุศิลป์ โทร 02-218-1133

อาจารย์ ดร.จรรยา ฉิมหลวง โทร 02-218-1157

นางสาวบุณฑรีราตรีลี วานิชรัตนกุล โทร 089-144-2939

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิเด็กกลุ่มตัวอย่าง  
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





COA No. 728/2016

IRB No. 474/59

### INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

#### Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : SELECTED FACTORS RELATED TO MEDICATION ADHERENCE OF CANCER PATIENTS RECEIVE ORAL ANTICANCER AGENTS IN TERTIARY HOSPITAL

**Study Code** : -

**Principal Investigator** : Miss Boonratree Wanichrattanukul

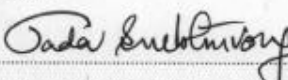
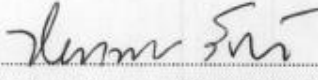
**Affiliation of PI** : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

**Review Method** : Expedited

**Continuing Report** : At least once annually or submit the final report if finished.

**Document Reviewed** :

1. Research Proposal Version 1.0 Date 2 Aug 2016
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Date 2 Aug 2016
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 2 Sep 16
4. Consent Form Version 1.0 Date 2 August 2016
5. Curriculum Vitae
6. GCP Training
7. Questionnaire

Signature:  Signature:   
 (Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) (Assistant Professor Prapapan Rajatapiti MD, PhD)

Chairperson

Member and Secretary

The Institutional Review Board

The Institutional Review Board

**Date of Approval** : September 12, 2016

**Approval Expire Date** : September 11, 2017

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)





COA No. 728/2016

IRB No. 474/59

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่ รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวบุณย์พรรัตน์ วานิชรัตนกุล

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

#### เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 1.0 Date 2 Aug 2016
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1.0 Date 2 Aug 2016
3. ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version 2.0 Date 2 Sep 16
4. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย Version 1.0 Date 2 สิงหาคม 2559
5. ประวัติผู้วิจัย
6. GCP Training
7. แบบสอบถาม

ลงนาม

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงชัชวาล สืบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 12 กันยายน 2559

วันหมดอายุ : 11 กันยายน 2560

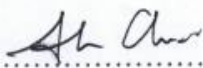
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)




*Certificate of Approval  
From  
Ethics Committee of National Cancer Institute, Thailand  
EC COA 050/ 2016*

<i>Protocol Title</i>	<i>Selected Factors Related to Medication Adherence of Cancer Patients Receive Oral Anticancer Agents in Tertiary Hospital</i>
<i>Protocol Number</i>	<i>158_2016T_OUT488</i>
<i>Principal Investigator</i>	<i>Miss Boonratree Wanichrattanakul</i>
<i>Affiliation</i>	<i>Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.</i>
<i>Research Site</i>	<i>National Cancer Institute</i>
<i>Document Approved</i>	<i>1. Research Protocol 2. Participant Information Sheet 3. Informed Consent Form 4. Questionnaire</i>
<i>Date of Approval</i>	<i>October 25, 2016</i>

*The prior mentioned documents have been reviewed and approved by  
Ethics Committee, National Cancer Institute, Thailand, based on the  
Declaration of Helsinki and Good Clinical Practice*

  
 .....  
*(Dr. Arkom Chaiwerawattana, M.D.)  
Chairman, Ethics Committee*

  
 .....  
*(Dr. Weerawut Imsamran)  
Director, National Cancer Institute*



## เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เลขที่ 050/2559

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวบุณย์ราตรีลี วานิชรัตนกุล
หน่วยงานที่สังกัด	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	158_2016T_OUT488
สถานที่ทำวิจัย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เอกสารที่รับรอง	1.แบบโครงร่างวิจัย ภาษาไทย 2.เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3.ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ 4.แบบสอบถาม
วันที่รับรอง	25 ตุลาคม 2559

คณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้พิจารณาและมีมติ รับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ.....

(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์นะ)

ประธานคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ.....

(นายวีรวุฒิ อิ่มสำราญ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

ขอรับรองว่า

**โครงการ**       ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโซเชียของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

**โดย**             นางสาวบุณรัตน์ตรีลี วานิชรัตนกุล

**สังกัด**         จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**เอกสารที่พิจารณา:**  ๑.  โครงการงานวิจัย

                          ๒.  เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียดโครงการงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่าไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

นาวาอากาศเอก



(ทวีพงษ์ ปาจรีย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

พลอากาศตรี



(สันติ ศรีเสริมโภค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

### ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

<b>ชื่อโครงการวิจัย</b>	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
<b>ผู้สนับสนุนทุนวิจัย</b>	บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
<b>ผู้วิจัย</b>	นางสาวบุณย์ราตรีส์ วานิชรัตนกุล
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>	โรงพยาบาลวัฒโนสถ 2 ซอยศูนย์วิจัย 7 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-7551058-9 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-1442939, E-mail: anneyayee@gmail.com

#### เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม ท่านสามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว หรือญาติของท่าน ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

#### เหตุผลความเป็นมา

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งพบมากเป็นอันดับต้นๆ ของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศ ด้วยวิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้มีการพัฒนาแนวทางการรักษาโรคมะเร็งใหม่ จากเดิมที่ใช้การผ่าตัด รังสีรักษา และยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับยาประเภทเดียวกันที่ให้ในรูปแบบของยาฉีด ทั้งในด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานเป็นยาที่ง่ายต่อการบริหารยา ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผลข้างเคียงมีความรุนแรงน้อย ไม่รบกวนเวลาการทำงาน การทำกิจกรรมทางสังคม ผลการรักษาเป็นที่การยอมรับ ต้นทุนการรักษาต่ำ และเป็นทางเลือกใหม่ในการรักษาให้กับผู้ป่วย

โรคมะเร็ง ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานใช้รักษามะเร็งได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของการใช้ยาประเภทนั้นๆ และสามารถรักษามะเร็งในระยะเริ่มต้น จนถึงระยะลุกลาม

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยา TAMOXIFEN ไม่สามารถรับประทานยาได้ตามที่กำหนด โดยมีอัตราการรับประทานยา TAMOXIFEN อยู่ที่ร้อยละ 20 และมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่สูงขึ้น และจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ พบปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ การลืมกิน กินยาไม่ต่อเนื่อง กินยาผิดเวลา กินยาผิดขนาด อันมีสาเหตุมาจากความซับซ้อนของสูตรยา ผลข้างเคียงของยา จำนวนเม็ดยา และระยะเวลาในการรักษา และจากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรมมะเร็งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก ฯลฯ พบว่าเป็นปัญหาจาก ผู้ป่วยลืมกินยา กินยาไม่ต่อเนื่อง กินยาไม่ตรงเวลาทุกวัน กินยาไม่ครบ หยุดกินยาเอง กินยาผิดขนาด ผิดเวลา โดยมีสาเหตุมาจากไม่ทราบสรรพคุณของยา ไม่ทราบวิธีการเก็บรักษาโดยนำยาเคมึบ่าบัดไปปะปนกับยาชนิดอื่น มีการแกะพอยล์ออกจากยาทิ้งไว้เมื่อยังไม่ถึงเวลารับประทาน ไม่ได้รับข้อมูลการประเมินตนเองภายหลังการรักษา และไม่มีส่วนร่วมในการรักษากับแพทย์และทีมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมในการใช้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการรักษาโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการ ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงของยาต้านมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์การรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เพื่อที่จะนำผลลัพธ์เหล่านี้ไปเป็นแนวทางในการจัดการบริการด้านสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานให้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์การรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำนวน 121 คน

## วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมมะเร็ง เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยและผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้ป่วย โดยเริ่มแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง โดยแจ้งว่าการศึกษาวินิจฉัยนี้จะเก็บข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุลแต่อย่างใด

และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวยินดีเข้าร่วมการวิจัยความสมัครใจจึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงที่ผู้ป่วยสะดวก คือก่อนที่ผู้ป่วยพบแพทย์ หรือหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์เสร็จแล้วตามความเหมาะสม ในบริเวณที่นั่งพักรอตรวจ ซึ่งอยู่ใกล้กับห้องตรวจและไม่มีสิ่งรบกวนผู้ป่วยขณะทำแบบสอบถาม หรือนำผู้เข้าร่วมการวิจัยไปยังสถานที่เก็บข้อมูลที่จัดเป็นสัดส่วนและเงียบสงบ และญาติผู้ดูแลสามารถเข้ามาให้การดูแลผู้ป่วยได้สะดวก

5. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการทำแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วน และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยเลือกคำตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะเป็นผู้ซักถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 20 - 30 นาที ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการประสานเรื่องลำดับคิวการตรวจรักษาของผู้เข้าร่วมการวิจัยกับพยาบาลประจำห้องตรวจ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการตรวจตามลำดับคิว หากในระหว่างที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามและถึงลำดับคิวการตรวจ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเข้ารับการตรวจได้ในทันที ภายหลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการตรวจแล้ว ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจในการทำแบบสอบถามต่อ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถถอนตัวออกจากกรวิจัย และจะไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ หรือการดูแลอื่นๆที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยควรได้รับแต่อย่างใด ผู้เข้าร่วมวิจัยจะยังคงได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน และผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์ใดๆทั้งสิ้น โดยจะเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยไว้เป็นความลับ และนำไปทำลายต่อไป

6. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด หากผู้ป่วยตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรับทราบ และขอความร่วมมือให้ตอบคำถามให้ครบถ้วน เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

7. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ จำนวน 33 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 24 ข้อ

## ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อร่างกายของท่าน แต่เสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20 - 30 นาที ระหว่างตอบแบบสอบถามอาจมีความรู้สึกอึดอัด ไม่สะดวกสบาย เป็นต้น และอาจมีข้อคำถามบางข้อที่ท่านอาจจะไม่สบายใจในการตอบ ซึ่งท่านสามารถละเว้นไม่ตอบข้อคำถามดังกล่าวได้

## อันตรายจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับอันตรายใดๆเนื่องจากการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเพียงผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น หากในระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการอ่อนล้า เหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หน้ามืด เป็นลม ฯลฯ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดพักการตอบแบบสอบถาม และสามารถติดต่อผู้วิจัย คุณบุณย์ราตรีส์ วานิชรัตน์กุล เบอร์โทรศัพท์ 089-1442939 ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อดำเนินการช่วยเหลือได้ทันที

## ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่ผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางให้กับทีมสุขภาพในการประเมิน วางแผนการพยาบาล ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาด้านมะเร็งชนิดรับประทานในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้องต่อไป

### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมการวิจัย

### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อ การดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยที่ท่านพามาตรวจแต่อย่างใด

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้ เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

### การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม และขอยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม และหากท่านเปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว สามารถส่งบันทึกขอยกเลิกการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยมาทางไปรษณีย์ ส่งถึง คุณบุณย์ราตรีส์ วานิชรัตนกุล บ้านเลขที่ 22 ซอย ประเสริฐมนูกิจ 29 แยก 7 แขวง จรเข้บัว เขตลาดพร้าว จ.กรุงเทพมหานคร 10230

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย**                      ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

**วันที่ให้คำยินยอม**                      วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย /นาง / นางสาว .....

ที่อยู่ .....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ ..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย  
(นางสาวบุณย์ราตรีส์ วานิชรัตนกุล) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

..... ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ที่ ศธ 0512.11/ 2376



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

5 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภท อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม และเข้ารับการรักษากับด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 84 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงอาการของโรคมะเร็ง แบบสอบถามความรุนแรงของโรคมะเร็ง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร 02-218-1133

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร 02-218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล โทร 089-144-2939

ที่ ศร 0512.11/ 2384



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภท อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม และเข้ารับการรักษาดูแลด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุศาสตร์โรคมะเร็ง ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 34 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงอาการของโรคมะเร็ง แบบสอบถามความรุนแรงของโรคมะเร็ง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร 02-218-1133
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร 02-218-1157
ชื่อผลิต	นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล โทร 089-144-2939

ที่ ศร 0512.11/ 2382



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๕ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา อิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตเผยแพร่ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภท อายุตั้งแต่ 18-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะเริ่มต้นจนถึงระยะลุกลาม และเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 33 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงอาการของโรคมะเร็ง แบบสอบถามความรุนแรงของโรคมะเร็ง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร 02-218-1133

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ดร. จรรยา อิมหลวง โทร 02-218-1157

ชื่อนิสิต

นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล โทร 089-144-2939





ที่ ศธ 0520.107/ ๙๕๐๙



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร  
ถนนบรมราชชนนี เขตตลิ่งชัน  
กรุงเทพฯ 10170

๙ สิงหาคม 2559

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11/2146 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2559

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวบุณฑรีรัตน์ วานิชรัตนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ" มีความประสงค์จะขอใช้เครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ของนางสาวสุนีย์ สุวรรณศีลศักดิ์ ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2551 ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ยินดีอนุญาตให้ นางสาวบุณฑรีรัตน์ วานิชรัตนกุล ใช้เครื่องมือวิจัยของนางสาวสุนีย์ สุวรรณศีลศักดิ์ (ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร) เพื่อนำไปใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตกุล สุวรรณกุลส่ง)  
รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัยฝ่ายศิลปะและการออกแบบ  
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานเลขานุการบัณฑิตวิทยาลัย ตลิ่งชัน

โทร. 0-2849-7502-3

ปณิธานบัณฑิตวิทยาลัย "มุ่งส่งเสริม สนับสนุน เพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตศึกษา"



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถนนพหลโยธินสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๕๓-๕๓๒๕ ต่อ ๓๐๙-๓๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๕๓-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๓๗.๐๒ / ๐๘๖๕๖

วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างอิง หนังสือที่ ศธ ๐๕๓๗.๐๑/๒๓๔๖ ลงวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวบุณฑรีรัตน์ วานิชรัตนกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” โดยมี รศ.ดร.สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบประเมินอาการ MSAS (Memorial Symptom Assessment Scale) ฉบับภาษาไทย

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ) โครงการร่วมระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่อง “SYMPTOM CLUSTERS AND THEIR INFLUENCES ON THE FUNCTIONAL STATUS OF THE WOMEN WITH BREAST CANCER” ซึ่งมี ศ.ดร.สมจิต หนูเจริญกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้นางสาวบุณฑรีรัตน์ วานิชรัตนกุล ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ) โครงการร่วมระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบบนฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

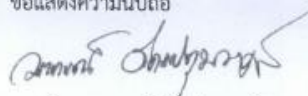
..... /๒.

- ๒ -

มหาวิทยาลัยมหิดล และขอให้ดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องวิจัยดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อย บาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด โดยส่งธนาคารดีเอสจีจ่าย ป.ณ. ศิริราช โนนาม  
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เลขที่ ๒ ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงศิริราช  
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐  
โทร. ๐-๒๕๔๙๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.



งานอำนวยการ บัณฑิตวิทยาลัย  
 วันที่ 242 วันที่ .....  
 เวลา 14.12 น. ส่งคืน 28 ก.ย. 2559

**บันทึกข้อความ**

กองกลาง สำนักงานอธิการบดี  
 (กลุ่มคณะ/วิทยาลัย)  
 เลขรับ 01083  
 วันที่ 26 ก.ค. 2559  
 เวลา 16.09 น.

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๓๒  
 ที่ ศธ ๐๕๒๗.๐๒/๒๔๗๒ วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙  
 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของนิสิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

เรียน อธิการบดี

ตามที่ นางสาวบุณฑรีราตรีส์ วานิชรัตนกุล นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ขอใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ของ นางสาวสกวพรรณ อวิธดาถาวร นิสิตระดับปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง "ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก" เพื่อให้ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เอกสารดัดแนบ) ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ ความแจ้งแล้วนั้น

ทั้งนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ได้ดำเนินการหารือเกี่ยวกับการขอใช้เครื่องมือวิจัยฯ ดังกล่าว จาก กองกฎหมาย ซึ่งชี้แจงว่าการขอใช้เครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ในเรื่องดังกล่าวต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากมหาวิทยาลัยซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ผลงานวิทยานิพนธ์นั้น

ในการนี้ เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ.๒๕๓๗ และระเบียบมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญา พ.ศ.๒๕๕๒ บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของนิสิต มหาวิทยาลัยนเรศวร ดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธ์)  
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เรียน อธิการบดี

เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์  
 ของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร

(นางสาวพิชชากร รัตนอุทัยกุล)  
 26 กรกฎาคม 59

26 ก.ค. 2559   
 รองศาสตราจารย์ ดร.สริน ว่องวิไลรัตน์  
 รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
 อธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร  
 27 ก.ค. 2559



หนังสือตอบรับการใช้ประโยชน์งานวิจัยและงานสร้างสรรค์  
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

๑. ชื่อผู้ขอใช้ / หน่วยงานที่ขอใช้ประโยชน์

นางสาวบุณรัตน์ราตรีลี วานิชรัตนกุล  
นิสิตชั้นปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐  
เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๙ ๑๔๔ ๒๙๓๙ โทรสาร .....

๒. ชื่อผลงานวิจัย / งานสร้างสรรค์

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา จากบทความวิจัย เรื่อง อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา: แนวคิดและความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา

๓. เจ้าของผลงาน

ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
ภาควิชา การพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

๔. ระบุรายละเอียดของการนำไปใช้ประโยชน์

ใช้ในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ"

ทั้งนี้ไม่อนุญาตให้นำผลงานวิจัย หรือผลงานสร้างสรรค์ดังกล่าวไปใช้ในเชิงพาณิชย์เพิ่มเติม การจะนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์นั้น จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร จากนักวิจัยและวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ก่อน

ลงชื่อ ..... ๒๕

(นางกาญจนา ร้อยนาค)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย





### แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

#### คำชี้แจง

1.แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์การรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย
1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 11 ข้อ
1.2 แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยบันทึกเอง)	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการ	จำนวน 33 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรุนแรงของโรคมะเร็ง	จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา	จำนวน 4 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	จำนวน 17 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยมะเร็ง	จำนวน 24 ข้อ
รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด	119 ข้อ

2. ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด และกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ

3. การวิเคราะห์ข้อมูลจะทำในลักษณะส่วนรวม ไม่เกิดผลเสียต่อตัวท่านแต่ประการใด หากแต่จะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านและสังคมโดยรวมต่อไป

4. ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ด้วยความตั้งใจอย่างครบถ้วน

นางสาวบุณย์ราตรีส์ วานิชรัตนกุล

นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

คำชี้แจง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

## 1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่  
 หม้าย  หย่า  แยกกันอยู่
4. ศาสนา  พุทธ  คริสต์  
 อิสลาม  อื่นๆ (ระบุ).....
5. ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา/ ปวช.  อนุปริญญา/ ปวส.  
 ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
6. อาชีพ  เกษตรกรรม  รับจ้าง  
 ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว  รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  
 แม่บ้าน  ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 อื่นๆ ระบุ .....

7. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- ไม่มีรายได้       ต่ำกว่า 5,000 บาท       5,001-10,00 บาท  
 10,001 – 15,000 บาท       15,001 – 20,000 บาท       20,001-25,000 บาท  
 มากกว่า 25,000 บาท

8. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยของท่านเป็นอย่างไร

- พอใช้       ไม่พอใช้       เหลือเก็บ

9. โรคประจำตัวอื่นๆ

- ไม่มี  
 มี ระบุ .....

10. สิทธิการรักษาพยาบาล

- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
 ประกันสังคม  
 สิทธิข้าราชการ  
 ประกันชีวิต  
 อื่นๆ ระบุ.....

11. การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

- เบิกได้ทั้งหมด  
 เบิกได้บางส่วนประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์  
 เบิกได้บางส่วนน้อยกว่า 50 เปอร์เซ็นต์  
 อื่นๆ ระบุ.....

## 2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในหน้าข้อความเพียงตัวเลือกเดียวหรือเติมคำตอบลงในช่องว่างให้ตอบตามความเป็นจริง

1. รูปแบบการรักษาของยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน
  - รักษาเป็นยาหลัก (Main therapy)
  - รักษาเป็นยาเสริมแบบ Adjuvant)
  - รักษาเป็นยาเสริมแบบ Neo Adjuvant
2. ชนิดและขนาดของยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานที่ใช้รักษา
  - ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด (ระบุชื่อยา).....
  - ยาออกฤทธิ์จำเพาะมุ่งเป้า (ระบุชื่อยา).....
  - ยาต้านฮอร์โมน (ระบุชื่อยา) .....
3. ยาชนิดอื่นที่ผู้ป่วยรับประทานในปัจจุบัน.....  
.....  
.....
4. วินิจฉัยโรคมะเร็ง .....
5. ระยะเวลาเจ็บป่วย ..... ปี
6. ระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน..... ปี
7. ระยะของโรค ณ เริ่มต้นการวินิจฉัย
  - ระยะที่ 1
  - ระยะที่ 2
  - ระยะที่ 3
  - ระยะที่ 4
8. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน.....  
.....  
.....
9. การรักษาที่เคยได้รับในอดีต.....  
.....  
.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับวิธีการปฏิบัติตนของบุคคลในครอบครัวซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง คนในครอบครัวปฏิบัติตามข้อความนี้ในระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง คนในครอบครัวปฏิบัติตามข้อความนี้ในระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง คนในครอบครัวปฏิบัติตามข้อความนี้ในระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง คนในครอบครัวปฏิบัติตามข้อความนี้ในระดับน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง คนในครอบครัวปฏิบัติตามข้อความนี้ในระดับน้อยที่สุด

ข้อที่	แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	ระดับการปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	บุคคลในครอบครัวของท่านได้มีส่วนในการกระทำต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด					
1.	ช่วยหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ท่านเป็น					
2.	เอาใจใส่ในอาการเจ็บป่วยของท่าน โดยสอบถามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับท่าน					
3.	พาท่านไปทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ไปโบสถ์ หรือไปมัสยิด เป็นต้น					
4.	คอยให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคมะเร็ง					
5.	หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับท่าน					
6.	หาเวลาว่างพาท่านไปพักผ่อน เช่น ท่องเที่ยว ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น					
7.	ดูแลและจัดยาต้านมะเร็งสำหรับท่าน					
8.	กระตุ้นเตือนคอยตรวจสอบวันนัดของท่านสม่ำเสมอ					
9.	ให้กำลังใจท่านเรื่องอาการของโรคมะเร็ง					

ข้อที่	แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	ระดับการปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
บุคคลในครอบครัวของท่านได้มีส่วนในการกระทำต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด						
10.	พูดในสิ่งที่ทำให้ท่านเกิดความสบายใจและผ่อนคลาย					
11.	พาท่านไปรับการรักษาและอยู่ร่วมด้วยระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาล					
12.	ช่วยท่านทำงานบ้านหรือลดภาระงานต่างๆของท่านภายในบ้าน					
13.	ดูแลเรื่องงานต่างๆของท่านเมื่อท่านมารักษาที่โรงพยาบาล					
14.	ดูแลจัดที่นอนและของใช้ส่วนตัวของท่านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด พร้อมใช้งาน					
15.	เตรียมอุปกรณ์สำหรับการมารับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานที่โรงพยาบาล เช่น เอกสาร ยาเดิมที่ใช้เป็นประจำ แบบบันทึกการให้ยา เป็นต้น					
16.	จัดซื้ออุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับท่านให้พร้อมอยู่เสมอ เช่น น้ำยาบ้วนปาก โลชั่นทาผิว ฯลฯ					
17.	ช่วยเหลือท่านเรื่องค่ายา / ค่ารักษา					
18.	พามาตรวจเมื่อถึงเวลานัดของโรงพยาบาล					
19.	ยินดีรับฟังปัญหาทางสุขภาพทุกเรื่องที่ท่านบอก					
20.	ใช้เวลาแก่ท่านในการระบายความรู้สึกเกี่ยวกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากการรักษา					

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงอาการของโรคมะเร็ง

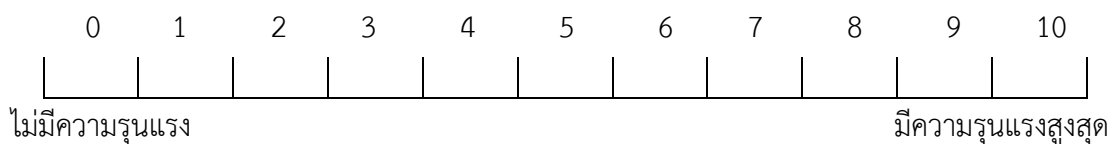
คำชี้แจง ข้อความข้างล่างนี้ เป็นรายการอาการจำนวน 33 อาการ กรุณาพิจารณาทีละอาการ หากท่านมีอาการใดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียว หากท่านไม่มีอาการ กรุณาทำเครื่องหมาย (-) ในช่อง “ไม่มีอาการ”

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการดังข้างล่างนี้หรือไม่?	ไม่มีอาการ (-)	ถ้ามีความรุนแรงอาการของโรคมะเร็ง			
		น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ(คิดช้า หลงลืมง่าย ใจไม่จรรจ่อกับสิ่งที่ทำ)					
2. ปวด					
3. อ่อนเพลีย/ เพลีย/ ไม่มีแรง					
4. ไอ					
5. รู้สึกกระวนกระวาย					
6. ปากแห้ง					
7. คลื่นไส้					
8. อาเจียน					
9. ซาปลายมือปลายเท้า					
10. เจ็บปลายมือปลายเท้า					
11. นอนไม่หลับ หรือนอนหลับยาก					
12. รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง					
13. มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ					
14. รู้สึกง่วงซึม/เซื่องซึม					
15. หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น					
16. ท้องเสีย					
17. รู้สึกเศร้าใจ					
18. เหงื่อออกผิดปกติ					
19. กังวล/กลัวใจ					

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการดังข้างล่างนี้หรือไม่?	ไม่มีอาการ (-)	ถ้ามีความรุนแรงอาการของโรคมาแรง			
		น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
20. มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ					
21. ค้นตามร่างกาย					
22. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร					
23. เวียนศีรษะ/มีนศีรษะ					
24. กลืนลำบาก					
25. หงุดหงิด/โมโหง่าย					
26. เจ็บแผลในช่องปาก					
27. ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง					
28. น้ำหนักลด (5 กิโลกรัมภายใน 3 เดือน)					
29. ผม่วง					
30. ท้องผูก					
31. บวมบริเวณแขน/ขา					
32. มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป					
33. ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (เป็นบางที่หรือทั่วร่างกาย)					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรุนแรงของโรคมะเร็ง

คำชี้แจง โปรดเครื่องหมาย ( X ) ลงบนเส้นตรงที่มีตัวเลข 0 -10 ที่ท่านรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งของท่านอยู่ในระดับใด โดยเลข 0 หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของโรค เลข 10 หมายถึง ความรุนแรงของโรคมามากที่สุด





### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์การรักษา

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีความหมายดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด  
 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านค่อนข้างมาก  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความนั้นอาจจะตรง หรือไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดเห็นของท่าน  
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

#### ท่านรับรู้ว่า

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	การกินยาต้านมะเร็ง ครบตามแผนการรักษา เป็นวิธีการรักษา โรคมะเร็งที่มี ประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง					
2.	การกินยาต้านมะเร็ง อย่างต่อเนื่องจนครบ ตามแผนการรักษาช่วย ให้ลดการดื้อยาของโรค					
3.	การกินยาต้านมะเร็ง อย่างต่อเนื่องจนครบ ตามแผนการรักษาจะ ช่วยควบคุมโรคมะเร็งได้					
4.	การกินยาต้านมะเร็ง อย่างต่อเนื่องจนครบ ตามแผนการรักษา ช่วย ป้องกันไม่ให้เกิด โรคมะเร็งซ้ำ					

### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อคำถามแต่ละข้อต่อไปี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยพิจารณาเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

- |         |                      |
|---------|----------------------|
| 5 คะแนน | เห็นด้วยอย่างยิ่ง    |
| 4 คะแนน | เห็นด้วย             |
| 3 คะแนน | ไม่แน่ใจ             |
| 2 คะแนน | ไม่เห็นด้วย          |
| 1 คะแนน | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

ประเภทของความเชื่อ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>I ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา(specific necessity)</b>					
1.สุขภาพของฉัในอนาคตจะขึ้นอยู่กับยาต้านมะเร็งที่ฉัต้องกิน					
2. สุขภาพของฉัในปัจจุบันขึ้นอยู่กับยาต้านมะเร็งที่ฉัต้องกิน					
3.หากฉัไม่ได้กินยาต้านมะเร็งชีวิตของฉัคงดำเนินต่อไปไม่ได้					
4. หากฉัไม่ได้กินยาต้านมะเร็งฉัคงจะเจ็บป่วยมากกว่านี้					
5. ยาต้านมะเร็งที่ฉักินจะช่วยป้องกันอาการของโรคมะเร็งที่เลวร้ายได้					
<b>II ด้านความกังวลจากการกินยา(specific-concern)</b>					
6.ฉักังวลใจกับการที่ต้องกินยาต้านมะเร็ง					
7. ฉักังวลใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงในระยะยาวที่เกิดจากยาต้านมะเร็งที่ฉักิน					

ประเภทของความเชื่อ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8.ฉันกังวลใจมากถ้าฉันไม่ได้ กินยาต้านมะเร็งอย่างต่อเนื่อง					
9.ยาต้านมะเร็งที่ฉันกินนั้น เป็นสิ่งที่แปลกสำหรับฉัน					
10.ยาต้านมะเร็งที่ฉันกินนั้น รบกวนชีวิตของฉัน					
<b>III ด้านการใช้ยามากเกินไป (general-overuse)</b>					
11.หมอสั่งยาต้านมะเร็งให้กับ ผู้ป่วยมากเกินไป					
12.หมอมีความเชื่อมั่นต่อการ ใช้ยาต้านมะเร็งมากเกินไป					
13.การรักษาตามวิถีธรรมชาติ มี ความปลอดภัยกว่าการใช้ยาแผน ปัจจุบัน					
<b>IV ด้านอันตรายจากการกินยา (general-harm)</b>					
14.ยาต้านมะเร็งส่วนใหญ่กินแล้ว จะเกิดการติดยาได้					
15.ยาต้านมะเร็งกินแล้วเกิด อันตรายมากกว่าประโยชน์					
16.คนที่กินยาต้านมะเร็งหาก มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นควรหยุด กินยาตามระยะเวลาที่หมอสั่ง และเมื่ออาการดีขึ้นจึงกลับมา กินยาต่อเนื่องเหมือนเดิม					
17.ยาต้านมะเร็งทุกตัวเป็น สารเคมีที่มีฤทธิ์ในการทำลาย เซลล์มะเร็งรูปแบบหนึ่ง					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิด  
รับประทาน

คำชี้แจง ข้อถามต่อไปนี้ต้องการถามข้อมูลเกี่ยวกับการกินยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน กรุณาอ่าน  
ข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

จริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านทั้งหมด
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความนั้นมีทั้งตรงและไม่ตรงกับตัวท่านอย่างละครึ่ง
ค่อนข้างไม่จริง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับตัวท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	จริง	ค่อนข้าง จริง	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง เลย
<b>ด้านการรู้เรื่องยาอย่างถูกต้อง</b>						
1	ฉันรู้สรรพคุณของยาที่หมอสั่งให้ฉันกินทุกตัว					
2.	ฉันรู้ถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่หมอสั่งให้ฉันกินทุกตัว					
3	ฉันรู้ถึงผลเสียของการที่ฉันไม่กินยาตามที่หมอสั่ง					
4	ฉันรู้วิธีการกินยาที่ถูกต้อง					
5	ฉันรู้วิธีการสังเกตอาการของตนเองหลังจากกินยา					
6	ฉันรู้วิธีการปฏิบัติตัวหากฉันเกิดอาการผิดปกติจากการกินยา					
7	ฉันรู้วิธีการเก็บรักษาอย่างถูกต้อง					
<b>ด้านการเก็บรักษาอย่างเหมาะสม</b>						
8	ฉันเก็บยาไว้ในสถานที่ปลอดภัยตามคำแนะนำของเภสัชกรอย่างเคร่งครัด					
9	ฉันเก็บยาไว้ในซองยาที่ปิดสนิท					
10	ฉันแกะเม็ดยาออกจากฟอยล์เมื่อถึงเวลากินเท่านั้น					

ข้อ	ข้อความ	จริง	ค่อนข้าง จริง	ไม่ แน่ใจ	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง เลย
<b>ด้านการกำกับตนเองในการกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง</b>						
11	ฉันตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนนำมากิน					
12	ฉันอ่านรายละเอียดบนฉลากยาก่อนใช้ยา					
13	ฉันปฏิบัติตามที่ฉลากยาระบุอย่างเคร่งครัด					
14	ฉันกินยาตรงตามเวลาที่หมอสั่ง					
15	ฉันกินยาครบทุกชนิดตามที่หมอสั่ง					
16	ฉันกินยาตามจำนวนและขนาดที่หมอสั่ง					
17	ฉันไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาหมอก่อน					
18	ฉันกินยาอย่างต่อเนื่องตามที่หมอสั่งโดยไม่หยุดยาเอง					
19	ฉันถามหมอ เภสัชกร หรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องก่อนที่จะเริ่มใช้ยา					
20	ฉันพกยาติดตัวไปด้วยเมื่อต้องออกไปนอกบ้าน					
<b>ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา</b>						
21	ฉันสังเกตอาการของตัวเองว่าดีขึ้นหรือไม่หลังจากใช้ยา					
22	หลังจากกินยาทุกครั้ง ฉันสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่ฉันกิน					
23	ฉันบอกหมอเกี่ยวกับอาการของฉันตามความเป็นจริงเพื่อปรับยาให้เหมาะกับตัวฉัน					
24	ฉันมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้การรักษาที่เหมาะสมกับตัวฉัน					



**ตารางที่ 10** แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการใช้ยา (n = 121)

	Social items	Symptom items	Disease item	Benefit items	Necessity item	CR8_Neg_Items	พฤติกรรมการใช้ยา
Social item	1	.105	.068	.017	.131	.010	.385**
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)		.251	.458	.855	.153	.917	.000
N	121	121	121	121	121	121	121
Symptom items	.105	1	.344**	-.109	-.016	.043	.047
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.251		.000	.236	.862	.642	.611
N	121	121	121	121	121	121	121
Disease item	.068	.344**	1	-.095	.050	-.143	.114
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.458	.000		.298	.589	.117	.214
N	121	121	121	121	121	121	121
Benefit items	.017	-.109	-.095	1	.498**	-.083	.043
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.855	.236	.298		.000	.363	.643
N	121	121	121	121	121	121	121
Necessity item	.131	-.016	.050	.498**	1	-.320**	.243**
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.153	.862	.589	.000		.000	.007
N	121	121	121	121	121	121	121
CR8_Neg_Items	.010	.043	-.143	-.083	-.320**	1	-.238**
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.917	.642	.117	.363	.000		.009
N	121	121	121	121	121	121	121
รวมพฤติกรรมการใช้ยา	.385**	.047	.114	.043	.243**	-.238**	1
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.000	.611	.214	.643	.007	.009	
N	121	121	121	121	121	121	121

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

**ตารางที่ 11** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วย มะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายด้านและรายข้อ ( n =121)

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยมะเร็ง	Mean/Item	SD
<b>ด้านการเก็บรักษา</b>	<b>4.78</b>	<b>0.41</b>
ฉันเก็บยาไว้ในสถานที่ปลอดภัยตามคำแนะนำของเภสัชกรอย่างเคร่งครัด	4.72	0.55
ฉันเก็บยาไว้ในซองยาที่ปิดสนิท	4.74	0.58
ฉันแกะเม็ดยาออกจากฟอยล์เมื่อถึงเวลากินเท่านั้น	4.87	0.46
<b>ด้านการกำกับตนเองในการกินยา</b>	<b>4.48</b>	<b>0.51</b>
ฉันตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนนำมากิน	3.88	1.59
ฉันอ่านรายละเอียดบนฉลากยาก่อนใช้ยา	4.21	1.32
ฉันปฏิบัติตามที่ฉลากยาระบุอย่างเคร่งครัด	4.07	1.33
ฉันกินยาตรงตามเวลาที่หมอสั่ง	3.83	1.42
ฉันกินยาครบทุกชนิดตามที่หมอสั่ง	4.75	0.58
ฉันกินยาตามจำนวนและขนาดที่หมอสั่ง	4.88	0.33
ฉันไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาหมอก่อน	4.86	0.43
ฉันกินยาอย่างต่อเนื่องตามที่หมอสั่งโดยไม่หยุดยาเอง	4.88	0.51
ฉันถามหมอ เภสัชกรหรือพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องก่อนที่จะเริ่มใช้ยา	4.66	0.82
ฉันพกยาติดตัวไปด้วยเมื่อต้องออกไปนอกบ้าน	4.79	0.69
<b>ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษา</b>	<b>4.21</b>	<b>0.61</b>
ฉันสังเกตอาการของตัวเองว่าดีขึ้นหรือไม่หลังจากใช้ยา	4.63	0.69
หลังจากกินยาทุกครั้ง ฉันสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่ฉันกิน	4.50	0.91
ฉันบอกหมอเกี่ยวกับอาการของฉันตามความเป็นจริงเพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับตัวฉัน	4.79	0.51
ฉันมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้ยารักษาที่เหมาะสมกับตัวฉัน	2.93	1.68
<b>โดยรวม</b>	<b>4.50</b>	<b>0.36</b>



**ตารางที่ 12** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	Mean/Items	SD
ช่วยหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ท่านเป็น	3.33	1.45
เอาใจใส่ในอาการเจ็บป่วยของท่านโดยสอบถามอาการข้างเคียงที่เกินขึ้นกับท่าน	4.30	0.88
พาท่านไปทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ไปโบสถ์ หรือไปมัสยิด เป็นต้น	3.59	1.10
คอยให้คำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคมะเร็ง	3.72	1.06
หมั่นสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับท่าน	3.77	1.12
หาเวลาว่างพาท่านไปพักผ่อน เช่น ท่องเที่ยว ดูหนัง ฟังเพลง	3.28	1.23
ดูแลและจัดยาต้านมะเร็งสำหรับท่าน	2.71	1.43
กระตุ้นเตือนคอยตรวจสอบวินัยของท่านสม่ำเสมอ	3.35	1.46
ให้กำลังใจท่านเรื่องอาการของโรคมะเร็ง	4.35	0.93
พูดในสิ่งที่ท่านเกิดความสบายใจและผ่อนคลาย	4.28	0.90
พาท่านไปรับการรักษาและอยู่ร่วมด้วยระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาล	3.87	1.29
ช่วยท่านทำงานบ้านหรือลดภาระงานต่างๆของท่านภายในบ้าน	3.68	1.25
ดูแลเรื่องงานต่างๆของท่านเมื่อท่านมารักษาที่โรงพยาบาล	3.66	1.24
ดูแลจัดที่นอนและของใช้ส่วนตัวของท่านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด พร้อมใช้งาน	3.07	1.38
เตรียมอุปกรณ์สำหรับการมารับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานที่โรงพยาบาล เช่น เอกสาร ยาเดิมที่ใช้เป็นประจำ แบบบันทึกการใช้ยา ฯลฯ	2.90	1.46
จัดซื้ออุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับท่านให้พร้อมอยู่เสมอ เช่น น้ำยา บ้วนปาก โลชั่นทาผิว ฯลฯ	2.96	1.47
ช่วยเหลือท่านเรื่องค่ายา / ค่ารักษา	3.67	1.48
พามาตรวจเมื่อถึงเวลานัดของโรงพยาบาล	3.48	1.47
ยินดีรับฟังปัญหาทางสุขภาพทุกเรื่องที่ท่านบอก	4.23	.96
ใช้เวลาแก่ท่านในการระบายความรู้สึกเกี่ยวกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากการรักษา	4.15	1.04
<b>โดยรวม</b>	<b>3.62</b>	<b>0.83</b>

**ตารางที่ 13** แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ (n = 121)

แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับน้อยที่สุด	2	1.7
แรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับน้อย	7	5.8
แรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับปานกลาง	37	30.6
แรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับสูง	58	47.9
แรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับสูงที่สุด	17	14
<b>โดยรวม</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**ตารางที่ 14** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ (n = 121)

อาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	SUM	Mean	SD
ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ(คิดซ้ำ หลงลืมง่าย ใจไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำ)	141	1.17	1.08
ปวด	95	0.79	0.97
อ่อนเพลีย/ เพลีย/ ไม่มีแรง	114	0.94	1.02
ไอ	62	0.51	0.84
รู้สึกกระวนกระวาย	79	0.65	0.99
ปากแห้ง	87	0.72	0.97
คลื่นไส้	61	0.50	0.85
อาเจียน	44	0.36	0.79
ชาปลายมือปลายเท้า	140	1.16	1.15
เจ็บปลายมือปลายเท้า	87	0.72	1.09
นอนไม่หลับ หรือนอนหลับยาก	168	1.39	1.29
รู้สึกอึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	102	0.84	1.05
มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	71	0.59	0.94
รู้สึกง่วงซึม/เซื่องซึม	96	0.79	0.97

ตารางที่ 14 (ต่อ)

อาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง	SUM	Mean	SD
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น	93	0.77	0.99
ท้องเสีย	47	0.39	0.74
รู้สึกเศร้าใจ	78	0.64	1.03
เหงื่อออกผิดปกติ	78	0.64	1.03
กังวล/กลัวใจ	83	0.69	0.92
มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ	45	0.37	0.78
คันตามร่างกาย	102	0.84	1.11
ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	90	0.74	1.08
เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	109	0.90	1.08
กลืนลำบาก	36	0.30	0.67
หงุดหงิด/โมโหง่าย	91	0.75	0.94
เจ็บแผลในช่องปาก	46	0.38	0.73
ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	75	0.62	1.01
น้ำหนักลด (5 กิโลกรัมภายใน 3 เดือน)	42	0.35	0.79
ผมร่วง	69	0.57	1.14
ท้องผูก	91	0.75	1.05
บวมบริเวณแขน/ขา	57	0.47	0.89
มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป	112	0.93	1.17
ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง(เป็นบางที่หรือทั่วร่างกาย)	113	0.93	1.23
<b>โดยรวม</b>		<b>0.70</b>	<b>0.60</b>

**ตารางที่ 15** แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความรุนแรงของอาการโรคมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( n = 121)

ระดับความรุนแรงของอาการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีระดับความรุนแรงของอาการ ( 0 คะแนน)	58	47.90
ความรุนแรงของอาการระดับน้อย (1 คะแนน)	44	36.40
ความรุนแรงของอาการระดับปานกลาง (2 คะแนน)	18	14.90
ความรุนแรงของอาการระดับสูง (3 คะแนน)	1	0.80
<b>โดยรวม</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**ตารางที่ 16** แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ( n = 121)

ระดับความรุนแรงของโรคมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความรุนแรงของโรคมะเร็ง ( 0 คะแนน)	10	8.30
ความรุนแรงของโรคมะเร็งระดับน้อย (1-3 คะแนน)	19	15.70
ความรุนแรงของโรคมะเร็งระดับปานกลาง (4-6 คะแนน)	62	51.20
ความรุนแรงของโรคมะเร็งระดับสูง (7-10 คะแนน)	30	24.80
<b>โดยรวม</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**ตารางที่ 17** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประโยชน์การรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121)

ประโยชน์การรักษา	Mean/Items	SD
การกินยาต้านมะเร็งครบตามแผนการรักษาเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง	4.31	0.72
การกินยาต้านมะเร็งอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาช่วยลดการดื้อยาของโรค	4.00	0.78
การกินยาต้านมะเร็งอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษาจะควบคุมโรคมะเร็งได้	4.05	0.75
การกินยาต้านมะเร็งอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งซ้ำ	3.75	0.87
<b>โดยรวม</b>	<b>4.03</b>	<b>0.62</b>

**ตารางที่ 18** แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับประโยชน์การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121)

ประโยชน์การรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ประโยชน์จากการกินยาต้านมะเร็งปานกลาง	51	42.1
การรับรู้ประโยชน์จากการกินยาต้านมะเร็งสูง	70	57.9
<b>โดยรวม</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

ตารางที่ 19 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานรายข้อ ( n = 121)

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	Mean/Items	SD	การแปลผล
<b>ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (specific necessity)</b>	<b>3.54</b>	<b>0.76</b>	<b>สูง</b>
สุขภาพของฉันในอนาคตจะขึ้นอยู่กับยาต้านมะเร็งที่ฉันต้องกิน	3.56	0.87	
สุขภาพของฉันในปัจจุบันขึ้นอยู่กับยาต้านมะเร็งที่ฉันต้องกิน	3.70	0.83	
หากฉันไม่ได้กินยาต้านมะเร็ง ชีวิตของฉันคงดำเนินต่อไปไม่ได้	3.12	1.11	
หากฉันไม่ได้กินยาต้านมะเร็งฉันคงจะเจ็บป่วยมากกว่านี้	3.48	1.01	
ยาต้านมะเร็งที่ฉันกินจะช่วยป้องกันอาการของโรคมะเร็งที่เลวร้ายได้	3.82	0.78	
<b>ด้านความกังวลจากการกินยา (specific-concern)</b>	<b>3.01</b>	<b>0.48</b>	<b>ปานกลาง</b>
ฉันกังวลใจกับการที่ต้องกินยาต้านมะเร็ง	2.60	1.18	
ฉันกังวลใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงในระยะยาวที่เกิดจากยาต้านมะเร็งที่ฉันกิน	3.17	1.19	
ฉันกังวลใจมากถ้าฉันไม่ได้กินยาต้านมะเร็งอย่างต่อเนื่อง	2.38	0.98	
ยาต้านมะเร็งที่ฉันกินนั้นเป็นสิ่งที่แปลกสำหรับฉัน	3.16	1.13	
ยาต้านมะเร็งที่ฉันกินนั้น รบกวนชีวิตของฉัน	3.78	1.12	

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวบุณย์ราตรีส์ วานิชรัตนกุล สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2535 และสำเร็จการศึกษาระดับบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปี พ.ศ. 2543 เริ่มทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ที่หอผู้ป่วยพิเศษ (หู ตา คอ จมูก) โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นระยะเวลา 3 ปี (2535-2538) ได้ย้ายมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลกรุงเทพ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านมะเร็ง (Oncology nurse) แผนกอายุรกรรมมะเร็ง (Medical Oncology Center) สังกัดโรงพยาบาลวชิรเมดิคอล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ (Bangkok Hospital Quarter) และในปี พ.ศ.2557 ได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จนถึงปัจจุบัน