

ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียด การเผชิญความเครียด ป้องัยส่วนบุคคล
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

นางสาว แสงรุ่ง สุขจิระทวี

ผู้วิจัย

ไพฑูริย์ ศิริรัตน์

อาจารย์ ธีราภรณ์ จันทร์คำ

Ph. D. (Nursing)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 1 ธันวาคม 2551

นางสาว แสงรุ่ง สุขจิระทวี

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ สุรพร ธนศิลป์

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉริยา ปทุมวัน

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ ธีรภรณ์ จันทร์ดา

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

M.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ธรรมากร จันทรดา และรองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อจรรย์ยา ปทุมวัน รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ และอาจารย์ พัทรี เจริญพร ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้ากลุ่มงานการกิจบริการวิชาการ หัวหน้ากลุ่มงานเคมีบำบัด หัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณ และศูนย์มะเร็ง ลพบุรี ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งปอดทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมในการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ต่างๆ แก่ผู้วิจัยอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในภายภาคหน้า ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบคุณกำลังใจที่ยิ่งใหญ่จากเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 13 ทุกท่าน

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์พัชรี เจริญพร หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษที่ให้โอกาสและให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัย และขอบคุณกำลังใจที่ขาดไม่ได้เสียคือเพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยพิเศษทุกท่านโดยเฉพาะคุณศิตา จันทรน้อย

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ญาติพี่น้องทุกท่านที่คอยห่วงใย ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆด้านคุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ เพื่อนร่วมวิชาชีพพยาบาลและผู้ป่วยทุกท่าน

แสงรุ่ง สุขจิระทวี

ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

(STRESS, COPING, PERSONAL FACTORS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LUNG CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY)

แสงรุ่ง สุขจิระทวี 4736904 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชีราภรณ์ จันทร์ดา, Ph.D.(Nursing), ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N.(Adult Health Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยนำทฤษฎีความเครียดการเผชิญความเครียดของ لازารัสและ โฟล์คแมน เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์หาวชิราลงกรณธัญบุรี ศูนย์มะเร็งลพบุรี จำนวน 85 ราย เก็บข้อมูลเป็นเวลา 6 เดือน ตั้งแต่กันยายน 2550 ถึง กุมภาพันธ์ 2551 โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความเครียดและแบบวัดระดับความเครียด แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดความอ่อนล้า และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง ความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดมี 2 ลักษณะ 1) ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย คือ เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด 2) ความเครียดที่มีผลกระทบด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ความรู้สึกไม่แน่นอนของการรักษา และความรู้สึกกลัวตาย และพบว่าผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดคือ ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ความอ่อนล้าของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต พบว่าระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

ผลการศึกษาเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินความเครียดและช่วยเหลือในการเผชิญความเครียดโดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความเครียด / การเผชิญความเครียด/ความอ่อนล้า / คุณภาพชีวิต/มะเร็ง/เคมีบำบัด

STRESS, COPING, PERSONAL FACTORS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LUNG CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY**SANGRUNG SUKJIRATAWEE 4736904 RAAN/M****M.N.S. (ADULT NURSING)****THESIS ADVISORS: TIRAPORN JUNDA, PhD. (Nursing), YUPAPIN SIRAPON-
NGAM, D.S.N.(Adult Health Nursing)****ABSTRACT**

This descriptive study aimed to explore the stress, stress level, coping, personal factors (age and fatigue) and quality of life of patients with lung cancer receiving chemotherapy. The Stress, Appraisal, and Coping theory (Lazarus & Folkman, 1984) was used to guide this study. Eighty-five patients with lung cancer receiving chemotherapy at the National Cancer Institute, Mahavajiralongkorn Cancer Center, and Lopburi Cancer Center in Thailand were purposively recruited. Data collection spanned a 6 month period from September 2007 to February 2008. Instruments used for screening and collecting data were as follows: A demographic questionnaire, semi-structured interviewing questions, the Jalowiec Coping Scale (JCS), the Fatigue Piper Scale, and the Quality of Life Index. The qualitative data was analyzed using content analysis. The quantitative data was analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results showed that the mean score for patients' stress were at moderate to high level. Two types of stress were occurring as a result of 1) physical changes: side effects of chemotherapy and 2) psychological changes: anxiety of side effects of chemotherapy, feeling uncertainty about the treatment, and feeling a fear of death. The effects of chemotherapy in lung cancer patients could be divided into the following 4 areas: physical, psychological, economic and social. All three coping subscales; confrontive, emotive, and palliative were used. Confrontive was most generally used to deal with the stress. The patients had moderate levels of fatigue and moderate levels of quality of life. There was no correlation between the stress level, coping, personal factors (age, fatigue) and quality of life of patients with lung cancer.

This study provides information for nurses as key persons to assess the stress of patients and help them find effective ways of coping by giving them clear and appropriate information for improving their quality of life.

**KEY WORDS: STRESS/ COPING /FATIGUE/ QUALITY OF LIFE / CANCER/
CHEMOTHERAPY****157 pp.**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
คำถามการวิจัย	9
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
ตัวแปรที่ศึกษา	10
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
มะเร็งปอดและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	12
ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งปอด	24
ความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอด	29
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด	31
ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด	34
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด	54
ส่วนที่ 2 ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด	59
ส่วนที่ 3 ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความอ่อนล้า และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด	68
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และ ปัจจัยส่วนบุคคล(อายุ ความอ่อนล้า) ของผู้ป่วยมะเร็ง ปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด	71
ส่วนที่ 5 ความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และ ปัจจัยส่วนบุคคล(อายุ ความอ่อนล้า) ในการทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด	73
บทที่ 5 การอภิปรายผล	74
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	88
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	93
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	111
รายการอ้างอิง	129
ภาคผนวก	144
ประวัติผู้วิจัย	157

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N= 85)	54
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่รับการวินิจฉัยชนิดของมะเร็งระยะการ 56แพร่กระจาย (N=85)	56
3 จำนวนและร้อยละชนิดยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งปอด (N=85)	58
4 จำนวนและร้อยละของจำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ (N = 85)	59
5 จำนวนและร้อยละของความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N=85)	64
6 จำนวนและร้อยละผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N=85)	68
7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญเครียดรายด้าน และโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง (Raw score) (N=85)	69
8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดรายด้านเมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) (N=85)	69
9 การเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด 5 อันดับแรกเรียงตาม (N= 85)	70
10 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความอ่อนล้า (N=85)	71
11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าทดสอบการแจกแจงปกติของ ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดโดยรวม อายุ ความอ่อนล้าโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้สถิติทดสอบ Komogorovsminov (N=85)	72
12 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (N=85)	72

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ในปัจจุบันโรคมะเร็งนับว่ามีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขของเกือบทุกประเทศ เพราะมีอัตราการป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นมาโดยตลอดเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2000 มีจำนวนประชากรที่เป็นมะเร็งมากกว่า 1.2 ล้านราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 550,000 ราย และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950-1995 มีอัตราการเพิ่มขึ้นของมะเร็งทุกชนิดคิดเป็นร้อยละ 55 ซึ่งพบมะเร็งปอดประมาณ 1 ใน 4 (U.S. National Cancer Institute, 2005) และพบผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ประมาณ 213,380 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 จากการวินิจฉัยมะเร็งทุกชนิด และพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งปอดประมาณ 160,390 ราย คิดเป็นร้อยละ 29 จากมะเร็งทุกชนิด (American Cancer Society, 2007) สำหรับในประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 เป็นต้นมา พบว่าสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งทุกชนิดเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ และพบว่าสาเหตุการตายจากมะเร็งปอดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543-2548 มีอัตราเพิ่มขึ้นตลอด ซึ่งในปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีอัตราการตาย 12.8 ต่อประชากรแสนคน และการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปอดในประเทศไทยเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งตับและมะเร็งเต้านม (สถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2549) ส่วนในสถาบันมะเร็งแห่งชาตินั้น พบผู้ป่วยมะเร็งปอดในเพศชายเป็นอันดับที่ 1 และในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 4 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้หรือรายได้ลดลง อาจต้องออกจากงานส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคมและประเทศตามมา (Tulman, Fawcett & McEvay, 1991: 254; เบญจวรรณ กำธรวัชร, 2544: 21-50) จะเห็นได้ว่ามะเร็งปอดเป็นโรคที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและการตายทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย รวมทั้งส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศ

ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีอาการและอาการแสดงคือ ไอ ไอเป็นเลือด น้ำหนักตัวลด หอบเหนื่อย ต่อมน้ำเหลืองโต แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับการตรวจมักมีอาการมากแล้วหรืออยู่ใน

ระยะลุกลาม เนื่องจากมะเร็งปอดไม่มีอาการแสดงที่มีความจำเพาะที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ในระยะแรกจึงทำให้ยากต่อการรักษา (พิทยาภูมิ ภัทรนุชาพร, 2544:111; วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542: 23-29) เป็นผลให้ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 เสียชีวิตจากมะเร็งปอดภายใน เวลา 1-2 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) การรักษามะเร็งปอดมีทั้งการผ่าตัดการใช้รังสีรักษาและเคมีบำบัดหรือใช้หลายวิธีร่วมกันขึ้นอยู่กับชนิดของโรคและระยะของโรค (พิทยาภูมิ ภัทรนุชาพร, 2544: 111) ปัจจุบันการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาตินั้น ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 37 รองลงมาคือการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 19 การรักษาด้วยการฉายรังสีร้อยละ 13 การรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 6.6 และอื่นๆร้อยละ 24.4 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) เคมีบำบัดจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาร่วมกับการผ่าตัดหรือฉายแสงในการช่วยบรรเทาอาการต่างๆ เช่น อาการไอ ไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อยหรืออาการอื่นๆที่เกิดจากการแพร่กระจายของโรค ซึ่งการที่สามารถบรรเทาอาการทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตหรืออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Engelking, 1987: 1438-1440)

การรักษาต่างๆนอกจากช่วยผู้ป่วยแล้วอาจมีผลกระทบทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลายด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ด้านร่างกายผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยาเคมีบำบัด คือ ผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในปาก ท้องเสีย กระดูกหักทำให้เกิดอาการช้ำ อ่อนเพลีย เม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำอาจทำให้เลือดออกผิดปกติ อาการนอนไม่หลับและน้ำหนักลด เป็นต้น และในระหว่างให้ยาเคมีอาจเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดหากน้ำยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือด (Coons, et al.,1987; Lerman, et al.,1990; Mc Daneil, Rhode & Hanson, 1995 อ้างใน นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2543: 2) นอกจากนี้ความอ่อนล้ายังเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งจากพยาธิสภาพและวิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้าได้ (สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ, 2548: 224; Ream & Richardson, 1999) มีการศึกษาพบว่าเคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้าร้อยละ 80-99 (Barnett, 2001: 791) ซึ่งความอ่อนล้าจะมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด (สิรินุช บุรณะเรืองโรจน์ และคณะ, 2549) หากมีความอ่อนล้าในระดับรุนแรงจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันได้ (Donovan & Ward, 2005) เช่นการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีพร ชนศิลป์ และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (Thanasilp & Kongsaktrakul, 2005) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตและภาวะ

การทำหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัว และประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดได้ร้อยละ 36 และหากผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดมาก จะทำให้มีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจมากขึ้นด้วย (Ahlberg, et al., 2004; Kuo & Ma, 2002) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ย่อมมีผลกระทบต่อรายได้สภาพเศรษฐกิจ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆ ในระหว่างการรักษา (สุริย์พร กฤษเจริญ, 2537; นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2545: 4) อาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผิดนัดหรือเลื่อนเวลาการมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป (อรัญ สอนใจยุทธ, 2539) ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิต

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตรวมทั้งอาการไม่สุขสบายจากพยาธิสภาพ และจากการได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ผู้ป่วยมะเร็งปอดอาจจะแสดงพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ (coping resources) ที่มีอยู่ ผู้ป่วยที่เผชิญความเครียดได้ดี คือผู้ที่สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการศึกษาของโคกาศและคณะ (Kyngas, et al., 2001) ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องกลวิธีในการเผชิญปัญหา และแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 14 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยมีแหล่งประโยชน์คือครอบครัว เพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพ มีความเชื่อว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ ความเชื่อในพระเจ้า และความปรารถนาที่จะต่อสู้กับโรค ในการศึกษาครั้งนี้สถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญคือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดซึ่งผู้ป่วยพยายามดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยการประเมินจากปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ ในศึกษานี้ปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ และความอ่อนล้า ซึ่งผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นจะทำให้มีประสบการณ์มากขึ้น และสามารถนำประสบการณ์มาแก้ปัญหาได้ดีขึ้น (Anderson, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของเอดลันด์และสเนด (Edlund & Sneed, 1989) โดยการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจำนวน 133 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี เกิดความตึงเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และพบว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่า ทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดีและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Padilla & Grant, 1985) แต่จากการศึกษาของโบคซุกและคณะ (Bozcuk, et al., 2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก [Non – Small Cell Lung Cancer (NSCLC)] ระยะลุกลามที่ได้รับการบำบัด จำนวน 50 ราย พบว่า

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่มีอายุน่าจะจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ส่วนจากการศึกษาของโฮเลนและคณะ (Hollen, et al., 1999) ศึกษาอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะที่ 3 และ 4 จำนวน 673 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่าอายุที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้วิจัยอยากศึกษาตัวแปรเกี่ยวกับอายุในกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งปอดด้วย ส่วนความอ่อนล้าเป็นภาวะสุขภาพและพลังงานของผู้ป่วย เมื่อเกิดความอ่อนล้าย่อมทำให้ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นลดลง (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงพยายามจัดการความเครียดโดยการดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ ผลลัพธ์ของการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และวิธีการการเผชิญปัญหาต่างๆจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการปรับตัวซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:112; Lazarus & Folkman, 1984:183-206)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ผู้ป่วยจึงประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียด จากการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียด ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Ali & Khalil, 1991, Halstead & Fernler, 1993, Perry, 1990, Uacheng, 1997) พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดผสมผสานกัน แต่สัดส่วนในการใช้ไม่เท่ากัน ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับตัวแปรอื่น ๆ มีดังนี้ การศึกษาการเผชิญความเครียดกับอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ในไทเป (Kuo & Ma, et al., 2002) การศึกษาความหวังและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Yanmei, 1998) และการศึกษาความสัมพันธ์ในการให้ความหมายของความเจ็บป่วย การช่วยเหลือทางสังคม การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดและสมาชิกในครอบครัว (Downe-Wambolt, 2005) หรือมีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตกับตัวแปรอื่น ๆ ดังนี้ การศึกษาคุณภาพชีวิตและการให้ความหมายของความเจ็บป่วยของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปอด (Sama, et al., 2005) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Bozcuk, et al., 2006) และการศึกษาของโฮเลนและคณะ (Hollen, et al., 1999) ได้ศึกษาข้อมูลมาตรฐานและแนวโน้มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กที่อยู่ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความทุกข์ทรมานจากการได้รับการวินิจฉัย กลัวการตรวจวินิจฉัย ทุกข์ทรมานจากการรักษา วิดกกังวล กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวมะเร็งลุกลาม และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าค่าพื้นฐาน แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ศึกษาในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี (หทัยรัตน์ จรัสอุไร, 2538; สุภาพ อารีเอื้อ, 2540; สุมลทา กบิลพัตร, 2541) พบว่ามีใช้การเผชิญความเครียดผสมผสานกัน แต่สัดส่วนในแต่ละด้านแตกต่างกัน การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Thanasit & Kongsaktrakul, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ (2543) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางส่วนการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่ามีเพียงการศึกษาของ อรทัย สนใจยุทธ (2539) ศึกษาเกี่ยวกับผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 60 รายโดยเน้นรูปแบบการให้การพยาบาลพบว่าหลังเข้าโปรแกรมผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง การศึกษาของ ทิพมาศ ชินวงศ์ (2540) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้การเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 10 ราย เป็นการศึกษาถึงภาพรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่พยายามเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดโดยการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต พบว่าการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นการรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานและไม่แน่นอนใน 4 ลักษณะคือ 1) เป็นโรคไม่ธรรมดา 2) เคมีบำบัดเป็นความหวัง 3) มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน 4) มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน 5) ปรับใจสั่งเสียญาติ และการศึกษาของเซียโอลิน (Xiaoline, 2002) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 89 ราย จาก 3 โรงพยาบาล ในกรุงเทพฯ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทยมีค่าต่ำกว่าค่าที่อ้างอิงไว้คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ยกเว้นด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมะเร็งปอดเพศชายมีอาการทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพน้อยกว่าเพศหญิง สถานภาพคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าสถานภาพโสด ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก และวิธีการรักษามีผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา จากการทบทวนงานวิจัยพบที่ยังไม่มีการศึกษาถึงความเครียดการเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด เช่นเดียวกับในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดต้องประสบกับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ประกอบกับจากผลการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจะเสียชีวิตภายใน 1-2 ปีก็ตาม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัย

ส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งศึกษาความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้าในการทำนายคุณภาพชีวิต ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ ตลอดจนส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกันและเกิดขึ้นตลอดเวลาประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญคือ ความเครียด (stress) การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) และการเผชิญปัญหา (coping)

ความเครียด (stress) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกันและเกิดขึ้นตลอดเวลา บุคคลจะประเมินตัดสินสถานการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Lazarus & Folkman, 1984:19) การประเมินการตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่ามีความเครียดหรือไม่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:107, Lazarus & Folkman, 1984:31-37) ประกอบด้วย การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของบุคคล บุคคลได้ประเมินออกมา 3 ลักษณะคือ ประเมินว่าไม่กระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง (irrelevant) ประเมินว่ามีผลดีต่อตนเอง (benign positive) และประเมินว่าเป็นความเครียด (stressful) การรับรู้ต่อภาวะเครียด มี 3 ลักษณะคือ 1) รับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดความสูญเสีย (harm and loss) 2) รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในปัจจุบันหรืออนาคต (threat or anticipate threat) 3) รับรู้ว่าการณ์นั้นแม้ว่าจะอันตรายแต่เป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินตัดสินของบุคคล ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล (personal factor) ซึ่งได้แก่ข้อผูกพัน (commitment) ระหว่างบุคคลกับเหตุการณ์นั้น เหตุการณ์ใดมีความผูกพันหรือสำคัญต่อบุคคลมาก บุคคลจะประเมินตัดสินว่าเครียดมากและความเชื่อ (beliefs) ของบุคคลต่อความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้มากน้อยเพียงไร ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมได้ บุคคลก็จะรู้สึกว่าเป็นเหตุการณ์ที่ท้าทาย 2) ปัจจัยด้าน

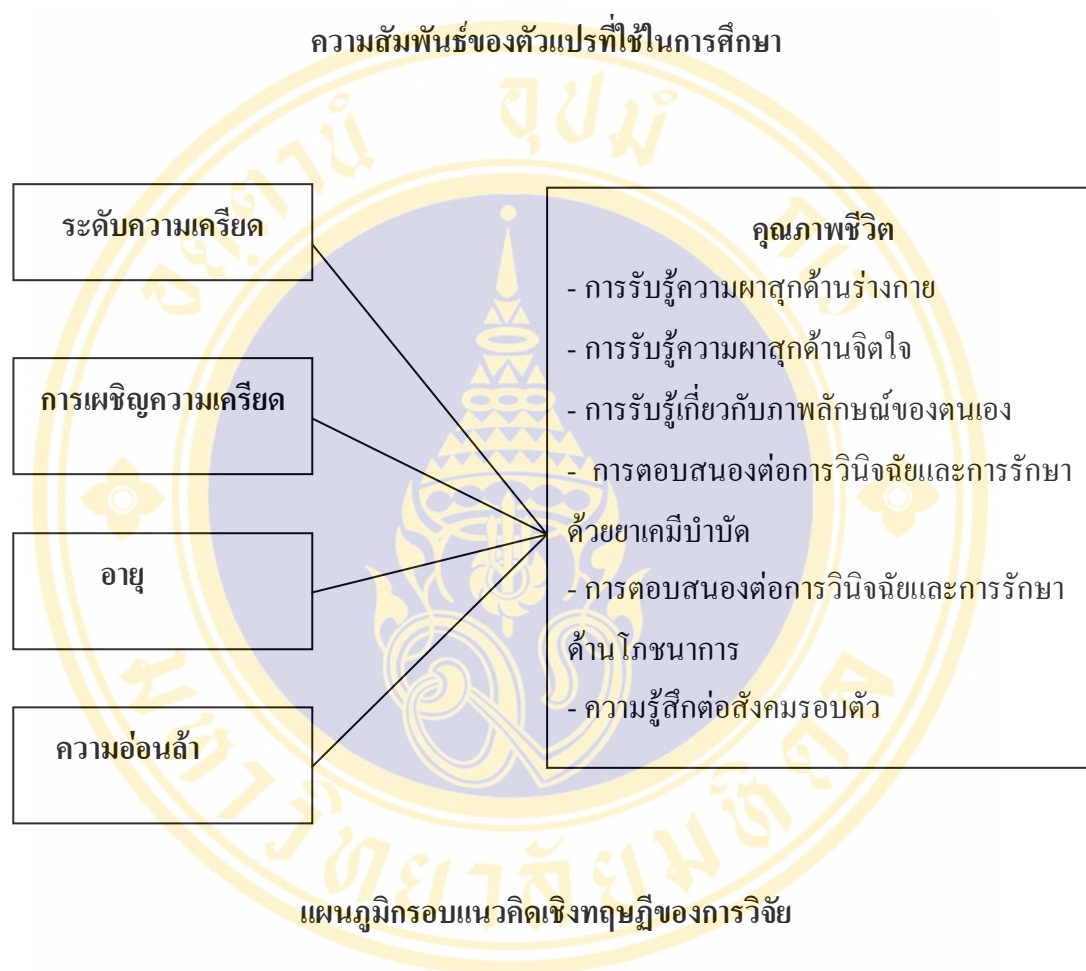
สถานการณ์ (situation factors) ได้แก่ 1) ความใหม่ของสถานการณ์ (novelty) 2) ความสามารถทำนาย (predictability) 3) ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) 4) สถานการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือยาวนาน (temporal factors) และ 5) ความคลุมเครือของสถานการณ์ (ambiguity) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:108; Lazarus & Folkman, 1984:55-116)

การเผชิญความเครียด (coping) เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดของบุคคลที่จะจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา วิธีการกระทำและความนึกคิดขึ้นอยู่กับบริบท มี 2 ลักษณะคือ การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นวิธีการตอบสนองต่อความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้ไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญและกำลังใจ และการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดโดยการเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น จัดการกับแหล่งของความเครียด บุคคลสามารถใช้ทั้ง 2 ลักษณะร่วมกัน การเผชิญความเครียด (coping model) มี 5 วิธี คือ การแสวงหาข้อมูล การกระทำโดยตรง การหยุดการกระทำ การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้กลไกทางจิต บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับความรู้สึกไม่แน่ใจหรือคลุมเครือความรุนแรงของความรู้สึกถูกคุกคาม การมีข้อขัดแย้งและความรู้สึกหมกหมุ่นทางช่วยเหลือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:108-111; Lazarus & Folkman, 1984:148-154)

เมื่อผู้ป่วยเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) ว่าสถานการณ์นั้นเครียดหรือไม่ เมื่อประเมินว่าเป็นความเครียดก็จะพยายามจัดการความเครียดโดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีมาใช้อย่างเต็มที่ จากการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียด ส่งผลลัพธ์ของการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องพิจารณาความสัมพันธ์ทั้ง 3 ด้านคือการทำหน้าที่ทางสังคม (social function) มีขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพที่ดี (somatic health) ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:112; Lazarus & Folkman, 1984:183-206) สอดคล้องกับความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งคัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ของพาดิตลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อความผาสุกความพึงพอใจในชีวิต ทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน ในการศึกษาครั้งนี้จะสามารถอธิบายความเครียดในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมะเร็งปอดกับสิ่งแวดล้อมคือ สถานการณ์ในการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยประเมินว่าการได้รับยาเคมีบำบัดนั้น มีการใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง โดยประเมินจากปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) อันมีผล

ต่อสวัสดิภาพของตนเอง และผู้ป่วยมีวิธีในการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ผลของการประเมินตัดสินใจ และการเผชิญความเครียดจะเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว ซึ่งสะท้อนอยู่ในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยแสดงในรูปที่ 1



คำถามในการวิจัย

1. ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีระดับความเครียดระดับใด
3. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการเผชิญความเครียดแบบใด
4. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความอ่อนล้าระดับใด
5. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
6. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร

7. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษา

1. ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรับเคมีบำบัด
4. ความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานของการวิจัย

ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารอรับการตรวจหรือรอรับยาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัดและหอผู้ป่วยในชาย และหญิง ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาจักรีรังสรรค์บุรี จังหวัดปทุมธานี ศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีจำนวน 85 ราย ทำการศึกษาตั้งแต่เดือน กันยายน 2550 ถึง กุมภาพันธ์ 2551

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ในการประเมินความเครียด การส่งเสริมกลวิธีในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆต่อไป

ตัวแปรที่ศึกษา

ความเครียด การเผชิญความเครียด คุณภาพชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า)

นิยามตัวแปร

ความเครียด หมายถึง การประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถประเมินสถานการณ์ได้ (Lazarus & Folkman, 1984) จากแบบวัดความเครียดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดนึกย้อนถึงสถานการณ์ตั้งแต่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจนถึง ณ ปัจจุบันวันที่มารับการตรวจหรือมารับยาเคมีบำบัด ซึ่งทำการประเมินความเครียดใน 2 ลักษณะ คือ ประเมินสถานการณ์ความเครียดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ความเครียดเป็นคำถามปลายเปิด และประเมินระดับความเครียดของสถานการณ์ด้วยแบบวัดระดับความเครียดเป็น Visual Analog Scale

การเผชิญความเครียด หมายถึง แนวทางในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆที่กำลังเผชิญอยู่ (Lazarus & Folkman, 1984) วัดโดยแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา สุทยากร (2531) ประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม (Padilla & Grant, 1985) ประเมินโดย แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) แปลมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

1) ความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถประกอบอาชีพได้ และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

2) ความผาสุกด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตทั้งการดำเนินชีวิตโดยทั่วไป และเมื่อได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังได้รับยาเคมีบำบัด

3) การรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงการยอมรับสภาพร่างกายของตนเอง และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้

4) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอด และตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดรวมถึงการอยู่ร่วมกับอาการแสดงต่างๆของตน หลังได้รับยาเคมีบำบัดได้

5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนา หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกลอยลาง รับประทานอาหารของผู้ป่วยมะเร็งปอด หลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

6) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังได้รับเคมีบำบัดถึง ปฏิกริยาจากบุคคลในสังคมที่มีต่อตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะและคุณสมบัติของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งสวัสดิภาพของตน ในการศึกษาครั้งนี้คือ อายุ และความอ่อนล้า

อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยนับเป็นจำนวนเต็มเป็นปีเมื่อครบรอบวันเกิดที่ผ่านมาในปี ปัจจุบันที่ตอบแบบสอบถาม หากเกินวันเกิดมาแล้ว 6 เดือนนับเป็นจำนวนเต็ม 1 ปี

ความอ่อนล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดว่าเกิดภาวะผิดปกติ หรือร่างกายรู้สึก เหนื่อยมากจนทำกิจกรรมได้ลดลงก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Piper, 1986) ประเมินจากการใช้แบบวัดความอ่อนล้า ซึ่งปีयरอน ปฤษณานุรังษี (Pitsanapanurungsie, 2000) ได้แปลจาก The Revised Piper Fatigue Scale (PFS) ของไปเปอร์และคณะ (Piper, et al., 1998)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งศึกษาความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. มะเร็งปอดและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอด
3. ความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอด
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
5. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

มะเร็งปอดและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

มะเร็งปอด หมายถึง ภาวะที่ปอดเป็นก้อนเนื้อเอกซนิกร้ายแรง(malignant)และมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วที่มักเกิดขึ้นกับเยื่อหลอดลมปอดหรือเนื้อเยื่อปอด (bronchial epithelium) ซึ่งเรียกว่า bronchogenic carcinoma (กีสานต์ สีตลารมณ, 2541; Ingel, 2000)

อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งปอดและความรุนแรง

มะเร็งปอดเป็นโรคที่พบบ่อยทั่วโลกในสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ประมาณ 213,380 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 จากการวินิจฉัยมะเร็งทุกชนิด (American Cancer Society, 2007) สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2543- 2548 พบว่ามะเร็งปอดมีอัตราเพิ่มขึ้นตลอด ซึ่งในปี 2549 พบมะเร็งปอดในประเทศไทยเป็นอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งตับและมะเร็งเต้านม สำหรับข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบมะเร็งปอดในเพศชายเป็นอันดับที่ 1 และเพศหญิงเป็นอันดับที่ 4

(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 จะเสียชีวิตภายใน 1-2 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอดเชื่อว่ามียปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง เช่น การสูบบุหรี่ สิ่งแวดล้อม พันธุกรรม เป็นต้น

การสูบบุหรี่มีหลักฐานสนับสนุนว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 85 เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็งหลายชนิด เช่น Poly Aromatic Hydrocarbons, Nitroamine สารเหล่านี้จะทำให้เกิด DNA Adduct และ Mutation (กษานต์ สีตลารมณ, 2541: 234-235; อากุม เชียร์ศิลป์, 2542: 10-17) และจากการศึกษาของเกรซ (Garces, et al., 2004) ได้ศึกษาเรื่องการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจำนวน 1,506 ราย ระหว่างปี ค.ศ.1999-2000 พบว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 24 สอดคล้องกับการศึกษาของซาร์นา (Sarna, et al., 2005) ได้ศึกษาผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปอดจำนวน 217 ราย พบว่ามีประวัติเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 87 ซึ่งยังคงสูบบุหรี่ขณะได้รับการวินิจฉัยถึงร้อยละ 99 จะเห็นได้ว่าบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปอด

ด้านสิ่งแวดล้อม เน้นเรื่องมลภาวะกับอาชีพ โดยเน้นอาชีพที่สัมผัสกับมลภาวะจากสิ่งแวดล้อม เช่น การทำเหมืองแร่ใยหิน (asbestos) ทำเหมืองแร่ มีโอกาสสัมผัสสารก่อมะเร็งโดยตรง สารโลหะหนักต่างๆ เช่น โครเมียม โคบอลต์ เงิน เหล็กกล้า เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด (กษานต์ สีตลารมณ, 2541: 234-235; อากุม เชียร์ศิลป์, 2542: 10-17) จากการศึกษาของคาโปราโซ และคณะ (Coporoso, et al., 1989) ได้ศึกษาเรื่องอาชีพกับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอดในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 245 ราย พบว่าผู้ป่วยชายที่มีอาชีพสัมผัสกับสารก่อมะเร็งเช่น asbestos มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดมะเร็งปอด

พันธุกรรม (genetic) บุคคลที่มีประวัติในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งปอด เนื่องจากการ Metabolite ของสารก่อมะเร็งที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปอดจะถูกควบคุมขบวนการของยีนสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม (อากุม เชียร์ศิลป์, 2542: 10-17)

สรุปได้ว่าสาเหตุของการเกิดมะเร็งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการทั้งด้านภายใน (พันธุกรรม) และภายนอก (การสูบบุหรี่และสิ่งแวดล้อม) จากการศึกษาของลัม (Lam, 2005) ศึกษาสิ่งแวดล้อมและพันธุกรรมของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปอดในเอเชีย พบว่าปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เป็นมะเร็งปอดคือ การสูบบุหรี่ อาจจะไม่ได้สูบเองแต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสามีสูบบุหรี่ มลภาวะเป็นพิษ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเรื้อรังซึ่งพบในผู้หญิงไทยในภาคเหนือ และ

ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงของผู้หญิงจีนในชนบทคือ ควันจากน้ำมันในขณะปรุงอาหารร่วมกับอุณหภูมิที่สูงของกระทะกับการใช้ถ่าน สอดคล้องกับการศึกษาของออสัน (Osann,1991) ได้ศึกษาการสูบบุหรี่ ประวัติครอบครัวที่เป็นมะเร็ง และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปอด พบว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่ มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบและถุงลมโป่งพอง มีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นด้วย

พยาธิสภาพของโรคมะเร็งปอด

มะเร็งปอดมักจะเริ่มเป็นที่เยื่อหุ้มหลอดลมขนาดใหญ่ที่บริเวณขั้วปอดก่อน ต่อจากนั้นจะลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง และการลุกลามไปยังหลอดลมหรือส่วนอื่นของเนื้อปอดโดยตรงหรือโดยทางระบบน้ำเหลือง อาจมีการลุกลามทางระบบไหลเวียนเลือดและไปยังอวัยวะที่อยู่ไกลออกไปเช่น ตับ สมองเป็นต้น (ปริยา รอดชีพ, 2541: 202)

การแบ่งกลุ่มของมะเร็งปอด

การจำแนกมะเร็งปอดทางคลินิก เพื่อการรักษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก [Non – Small Cell Lung Cancer (NSCLC)] ซึ่งพบมากร้อยละ 75-80 (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2542: 199) และชนิดเซลล์เล็ก [Small Cell Lung Cancer (SCLC)] พบร้อยละ 20-25 (อาคม เขียรศิลป์, 2542: 6-7; พิทยาภูมิ ภัทรนุชพร และคณะ, 2544: 111) ทั้ง 2 ชนิดมีการตอบสนองการรักษาเพียง บรรเทาอาการและการยืดชีวิตเท่านั้น ผลการรักษาจึงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค แพทย์จะทำการแบ่งระยะ (stages) เป็นตัวกำหนดในการรักษาโดยพิจารณาจากตำแหน่งและขนาดของก้อนมะเร็ง(primary tumor,T)การแพร่ขยายของเซลล์สู่ต่อมน้ำเหลือง(regional node, N) การแพร่กระจายเข้าสู่อวัยวะข้างเคียงอื่นๆ (metastasis, M) เรียกระบบนี้ว่า TNM ซึ่งมีความแม่นยำในการพยากรณ์โรคและการรักษาที่ถูกต้องโดยแบ่งได้ดังนี้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2542:113)

International Lung Cancer Staging System (ISS) (อ้างในสุมิตรา ทองประเสริฐ, 2542: 115 –123) ได้แบ่งระยะของมะเร็งปอด Non–Small Cell ตามระบบTNM ดังนี้

ก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (primary tumor,T)

Tx = ไม่พบรอยโรค จากการตรวจด้วยการเอ็กซเรย์ปอด หรือ bronchoscope แต่อาจพบเซลล์มะเร็งจากการตรวจเสมหะหรือการตรวจน้ำจากการทำ bronchial washing

Tis = ตรวจพบเซลล์มะเร็งหลังทำ bronchoscope แต่ไม่พบร่องรอยของก้อนมะเร็ง (carcinoma in situ)

T0 = ตรวจไม่พบก้อนมะเร็งชนิด Non-Small Cell ในปอด

T1 = ก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่า 3 เซนติเมตร อยู่ภายในกลีบหนึ่งของปอด

T2 = ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร เซลล์มะเร็งอาจแพร่กระจายเข้าสู่ visceral pleura อาจมี atelectasis หรือ obstructive pneumonitis จำกัดเฉพาะกลีบใด กลีบหนึ่ง ไม่ลุกลามทำให้ปอดซีกนั้นแฟบทั้งข้าง

T3 = ก้อนขนาดใดก็ได้ กระจายเข้าสู่อวัยวะข้างเคียงโดยตรง เช่น สู่ผนังทรวงอก บริเวณกระบังลม เยื่อหุ้มหัวใจ หรือกระจายเข้าไปใน main bronchus โดยมีระยะห่างจาก carina น้อยกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่กระจายเข้าสู่ carina อาจทำให้ปอดทั้งข้างแฟบหรือมี obstructive pneumonitis

T4 = ก้อนขนาดใดก็ได้ กระจายเข้าสู่ mediastinum หัวใจ หลอดเลือดใหญ่ หลอดลมใหญ่ หลอดอาหาร กระดูกไขสันหลังและ carina มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจ โดยที่น้ำนั้นจะต้องมีเซลล์มะเร็งอยู่ด้วย มีก้อนมะเร็งหลายๆก้อนในปอดข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง การแพร่กระจายเข้าต่อมน้ำเหลือง (Nodal Involvement, N)

N0 = ไม่พบการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง

N1 = เซลล์มะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลอดลมหรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณซั้วปอดข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง

N2 = เซลล์มะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Mediastinum ข้างเดียวกับรอยโรค

N3 = เซลล์มะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ Mediastinum หรือซั้วปอดด้านตรงข้ามกับรอยโรคต่อมน้ำเหลืองเหนือไหปลาร้าทั้งข้างเดียวและด้านตรงข้ามกับรอยโรคและด้านตรงข้ามรวมถึง scalene lymph nodes

การแพร่กระจายของก้อนมะเร็งสู่อวัยวะอื่น (metastasis, M)

Mx = มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆแต่ไม่สามารถประเมินได้

M0 = ไม่มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ

M1 = มีการแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆหรือการแพร่กระจายสู่ superclavicular lymph nodes ข้างเดียว

การนำลักษณะของ TNM มาสรุปเป็นระยะของมะเร็งปอด Non-small cell ตาม ISS 1997 (อ้างใน สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2542: 199) ดังต่อไปนี้

Stage IA = T1N0 M0

Stage IB = T2N0M0

Stage IIA = T1N1M0

Stage IIB = T2N1M0 หรือ T3N0M0

Stage IIIA = T3N1M0 หรือ T1-3 N2M0

Stage IIIB = Any T N3M0 หรือ T4 Any NM0

Stage IV = Any T Any N M1

สำหรับชนิดเซลล์เล็ก (SCLC) การแบ่งระยะของโรคได้ดังต่อไปนี้ (อาคม เขียรศิลป์, 2538: 2; พิทยภูมิ ภัทรนุชาพรและคณะ, 2544: 121)

1. Limited disease (LD) คือ มีโรครอยอยู่ที่ปอดข้างใดข้างหนึ่ง และต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกันซึ่งต่อมน้ำเหลืองนี้รวมถึง Medistinum, Contralateral hilar และ Ipsilateral Supraclavicular และสามารถฉายรังสีครอบคลุมโรคได้โดยให้ Field เดียวในปริมาณที่ไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง

2. Extensive disease (ED) คือ มีรอยโรคลุกลามกว้างกว่าขอบเขตของการฉายรังสีจะครอบคลุมได้มีรอยโรคมกกว่า Limited disease (LD) โดยมีการลุกลามไปสมอง ตับ กระดูก อวัยวะในช่องท้องและเนื้อเยื่อต่างๆ และกระจายไปต่อมน้ำเหลือง

มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (SCLC) กับชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (NSCLC) มีความแตกต่างกัน คือ มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กมีการแพร่กระจายตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่พบ และความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตใน ระยะสั้นๆ (2-3 เดือน) สาเหตุการตายของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กเกิดจากการกระจายของมะเร็งสู่อวัยวะอื่น (สุมิตรา ประเสริฐ, 2542: 237-257)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของมะเร็งปอดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของมะเร็ง และการแพร่กระจายของมะเร็ง แบ่งอาการเป็น 3 ชนิด ได้แก่ การที่เกิดจากก้อนโดยตรง (local-regional symptoms) อาการที่เกิดจากการมีการแพร่กระจายของมะเร็งนอกทรวงอก (symptoms due to extrathoracic involvement) และอาการในระบบอื่นๆ ที่เกิดจากและ/ หรือไม่ได้เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง (วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542; Patel & Jett, 1996)

1. อาการจากก้อนมะเร็งโดยตรง ที่พบบ่อย ได้แก่ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ ไอเป็นเลือดหรือมีเลือดปน เจ็บหน้าอก น้ำหนักลด ส่วนอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งไปกดหรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียงแต่อยู่ในทรวงอก จะขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนเช่น ถ้าก้อนมะเร็งกดเส้นประสาทหลอดลม (laryngeal nerve) จะทำให้เกิดเสียงแหบ หากกดเส้นประสาทกระบังลม

(phrenic nerve) จะทำให้กระบังลมเป็นอัมพาตซึ่งจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย เป็นต้น (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542; ญัฐวรราช วิฑูรย์, 2548: 118-119; Patel & Jett, 1996; Ingle, 2000)

2. อาการที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งนอกทรวงอก อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มะเร็งแพร่กระจายไปถึง ที่พบได้บ่อยได้แก่การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง จะก่อให้เกิดอาการต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้าหรือคอโตขึ้น คลำพบก้อนแข็งไม่เจ็บ การแพร่กระจายไปยังกระดูกทำให้เกิดอาการปวดกระดูกและอาจเกิดอาการซีดได้ มะเร็งแพร่ไปยังสมอง จะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ชัก สับสน เดินเซ และบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังตับจะทำให้ตับโตปวดท้อง ตัวและตาเหลือง และหากมะเร็งยังแพร่กระจายไปยังต่อมหมวกไต จะทำให้เกิดอาการของต่อมหมวกไตทำงานผิดปกติ (adrenal insufficiency) (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542; พิทยภูมิ ภัทรนุภาพร, 2544; Patel & Jett, 1996; Ingle, 2000)

3. อาการในระบบอื่นๆ ที่เกิดจากและ/หรือไม่ได้เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด ซีด เป็นต้น อาการในระบบอื่นที่ไม่ได้เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งพบได้ร้อยละ 10 (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542) เกิดจากการสร้างฮอร์โมนนอกแหล่ง (ectopic hormone production) หรือจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเซลล์มะเร็งและภูมิคุ้มกันที่สร้างขึ้นไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อปกติของร่างกายทำให้เกิดอาการคล้ายออโตอิมมูน (autoimmune) ในระบบต่างๆ ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นก่อน หรือขณะ หรือหลังการตรวจพบมะเร็งปอดได้ โดยเฉพาะมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก สามารถผลิตฮอร์โมนนอกแหล่งได้หลายชนิด ที่พบบ่อยมีดังนี้ หากมีคอร์ติโคโทรฟิน รีลีสซิงฮอร์โมน (corticotrophin releasing hormone [CRH]) ในระดับสูงจะทำให้เกิดอาการคุซซิงซินโดรม (Cushing's syndrome) แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กจะเสียชีวิตในเวลาอันสั้นจึงไม่เกิดอาการมูนเฟส (Moon face) บัฟฟาโลฮัมพ์ (buffalo hump) (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542; Patel & Jett, 1996; Ingle, 2000)

จากการศึกษาของโฮเลนและคณะ (Hollen, et al., 1999) ศึกษาอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะที่ 3 และ 4 จำนวน 673 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ส่วนใหญ่มาด้วยอาการแสดงที่พบคือ หายใจลำบาก ไอ ปวด รับประทานอาหารไม่ได้ และไอเป็นเลือดร้อยละ 87, 86, 81, 75, 41 ตามลำดับ และพบว่าร้อยละ 81 มีอาการแสดงมากกว่า 3 อย่างร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโมฮานและคณะ (Mohan, et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่มีอาการแสดงคือ ไอ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก และไอเป็นเลือดร้อยละ 83, 72, 66, 43 ตามลำดับ

สรุปอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการหายใจ ความไม่สบายซึ่งเป็นอาการที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบกับผู้ป่วยจำนวนมากมักมาพบแพทย์เมื่อโรคลุกลามไปมากแล้ว ดังนั้นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการจึงเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด

การรักษามะเร็งปอดด้วยเคมีบำบัด

การรักษามะเร็งปอดด้วยยาเคมีบำบัดไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ ยาเคมีบำบัดมีบทบาทเพื่อช่วยบรรเทาอาการ หรือเพื่อยืดการรอดชีวิตของผู้ป่วย 1, 2 และ 5 ปี รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามชนิดของเซลล์คือ

1. การรักษามะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (NSCLC) เคมีบำบัดมีบทบาทในการรักษา มะเร็งปอดชนิด Non-small cell ในระยะที่ผ่าตัดไม่ได้ ได้แก่ ระยะ III และระยะ IV และกลุ่ม IIIb ที่มีน้ำในช่องปอด หรือมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้า ยาเคมีบำบัดมีผลต่อผู้ป่วยในแง่ระงับอาการทุกข์ทรมานจากโรคและช่วยยืดชีวิต ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาอาจเป็นเพียงยาตัวเดียว (single agent chemotherapy) หรือใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (combination chemotherapy) และมีพัฒนายาเคมีบำบัดชนิดใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

(สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2542:199-225; กสานครี สัตตารมณ, 2541:138-249)

ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งปอดที่ไม่ใช่เซลล์ตัวเล็กชนิดยาตัวเดียว (single agent chemotherapy) ได้แก่ ยาซิสพลาติน (Cisplatin) ไอฟอสฟาไมด์ (Ifosfamide) ไมโตไมซิน (Mitomycin) ไวนอร์ลิบีน (Vinorelbine) เจมไซตาบิน (Gemcitabine) เป็นต้น การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (combination chemotherapy) ได้แก่ การใช้ยาซิสพลาติน (Cisplatin) หรือ คาร์โบพลาติน (Carboplatin) ร่วมกับยาเคมีบำบัดชนิดอื่น เช่น อีโทโปไซด์ (Etoposide) ไวนอร์ลิบีน (Vinorelbine) ไมโตไมซิน (Mitomycin) พาคลิแทกเซล (Paclitaxel) ด็อกซีแทกเซล (Docetaxel) ไวนอร์ลิบีน (Vinorelbine) เจมไซตาบิน (Gemcitabine) เออิริเทคัม (Iritacam) ไอฟอสฟาไมด์ (Ifosfamide) (กนกพร ใจสอาดพรและคณะ, 2548: 41)

สรุปปัจจุบันการรักษามะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (NSCLC) ส่วนใหญ่จะใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (combination chemotherapy) โดยยาซิสพลาติน (Cisplatin) หรือ คาร์โบพลาติน (Carboplatin) เป็นหลัก เพราะผลจากการรักษามีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้ยาตัวเดียว (single agent chemotherapy) การเลือกใช้ยาแพทย์พิจารณาจากยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาเซลล์มะเร็งชนิดนั้นๆ ผลข้างเคียงของยาที่นำมาใช้ร่วมกันจะไม่ซ้ำกันและกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2542: 199 - 240)

2. การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (SCLC) จะมีการตอบสนองที่ดีต่อยาเคมีบำบัดยาเคมีบำบัดแต่ละระยะเวลาในการตอบสนองต่อการรักษาไม่นาน ส่วนใหญ่โรคจะกลับเป็นใหม่ และคือต่อยาหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบเดิม (กนกพร ใจสอาดพร, 2548:51) ยาเคมีบำบัดที่ใช้ได้แก่ ไนโตรเจนมัสตาส (Nitrogenmustard) ด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin) เมโทเทกเซก (Methotrexate) ไอฟอสฟาไมด์ (Ifosfamide) อีโทโปไซด์ (Etoposide) ทีนิโปไซด์ (Teniposide) วินดีซิน

(Vindesine) ไนโตรซอเรีย (Nitrosoureas) ซีสพลาติน (Cisplatin) และคาร์โบพลาติน (Carboplatin) การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กด้วยยากกลุ่ม (combination chemotherapy) ให้ผลการรักษาดีกว่าการใช้ยาชนิดเดี่ยว (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2542: 237-257)

ตัวอย่างสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก ได้แก่ สูตรที่ 1 ไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) ร่วมกับด็อกโซรูบิซิน และวินคริสติน (Vincristine) (CAV) สูตรที่ 2 ซีสพลาติน (Cisplatin) ร่วมกับอีโทโปไซด์ (Etoposide) (PE) สูตรที่ 3 ไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) ร่วมกับอีโทโปไซด์ (Etoposide) และวินคริสติน (Vincristine) (CEV) หรือใช้ไซโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) ร่วมกับด็อกโซรูบิซิน และวินคริสติน (Vincristine) ทุก 3 สัปดาห์ร่วมกับซีสพลาติน (Cisplatin) ร่วมกับอีโทโปไซด์ (Etoposide) (CAV/PE) (กนกพร ใจสภาพร และคณะ, 2548: 53)

ในการรักษาจากการที่จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคแทบจะไม่มีเลยจึงพบว่าผู้ป่วยที่มีรอยโรคลุกลาม Extensive disease (ED) มีโอกาสที่จะมีชีวิตรอดเกิน 2 ปี เพียงร้อยละ 2 ส่วนผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่มีการลุกลามไม่มาก Limited disease (LD) มีโอกาสรอดชีวิตถึง 5 ปี น้อยกว่าร้อยละ 15-20 (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2542: 237-257)

สรุปการควบคุมโรคต้องพึ่งยาเคมีบำบัดแต่จากความซับซ้อนของสูตรยาและวิธีการรักษาทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงต่างๆ ที่เป็นปัญหาอย่างเฉียบพลันและรุนแรง และรวมทั้งความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

โรคมะเร็งปอดและยาเคมีบำบัดทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายต่อผู้ป่วยโดยอาการทางด้านร่างกายที่พบบ่อยได้แก่ อาการไอ ไอเป็นเลือดหรือมีเลือดปน หายใจเหนื่อยหอบปวด (วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542; Hollen, et al., 1999; Mohan, et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบความอ่อนล้า (Sama, 1993) และประสบการณ์ความไม่สบายมากกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ (Cooley, 2000; Sama & Brecht, 1997) จากการศึกษาของกูและมา (Kuo & Ma, 2002) ได้ศึกษาถึงความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและกลยุทธ์ในการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) จำนวน 73 ราย พบว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการระหว่างการรับการรักษา ซึ่งอาการที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก และอาการไอ นอกจากนี้ซาร์นา (Sama, 1994) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดเพศหญิงอยู่ในระยะลุกลาม จำนวน 60 ราย พบว่า การทำหน้าที่ทางร่างกายถูกรบกวนเนื่องจากร่างกายอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถทำงานบ้านได้ และรบกวนการทำงานประจำ รวมทั้งรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน

การรักษาจะเร่งปอดโดยการให้ยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อร่างกายหลายระบบ ดังนี้

1. ระบบทางเดินอาหาร

1.1 อาการคลื่นไส้อาเจียนสาเหตุเกิดจากยาเคมีบำบัดไปกระตุ้นเคโมรีเซพเตอร์ทริกเกอร์โซน (chemoreceptor trigger zone) แล้วส่งกระแสประสาทต่อไปยังศูนย์การควบคุมการอาเจียน (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547: 210-213; Camp-Sorrell, 2000: 447) อาการคลื่นไส้อาเจียนสามารถแบ่งได้ดังนี้ (ชวนพิศ นรเดชาพันธ์, 2547: 210-213; Eckert, 2001:1554, Ezzone, 2000: 295-310, Camp-Sorrell, 2000: 457)

1.1.1 อาการคลื่นไส้อาเจียนแบบเฉียบพลัน (acute nausea and vomiting)

เกิดขึ้นภายใน 1-2 นาทีถึง 1-2 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ต้องได้รับการแก้ไขภายใน 2 ชั่วโมง ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการอาเจียนรุนแรงได้แก่ ซิสพลาติน (Cisplatin) ในขนาดสูงมากกว่า 50 มิลลิกรัมต่อตารางเมตร

1.1.2 อาการคลื่นไส้อาเจียนแบบล่าช้า (delay nausea and vomiting) อาการคลื่นไส้อาเจียนอาจคงอยู่ไม่หายไปหรืออาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดแล้ว 24 ชั่วโมง

1.1.3 อาการคลื่นไส้อาเจียนแบบคาดคะเนล่วงหน้า (anticipatory nausea and vomiting) เป็นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนที่จะได้รับยาเคมีบำบัดหรือมีสิ่งเร้ามากระตุ้นหรือสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยนึกถึงการให้ยาเคมีบำบัด

1.2 เยื่อช่องปากอักเสบ ยาเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์ ทำให้เกิดการรบกวนการสังเคราะห์ DNA, RNA หรือ โปรตีนจึงทำให้เซลล์ใหม่ลดลงเซลล์เก่าโดนทำลายไปแต่ไม่มีเซลล์ใหม่ทดแทนจึงทำให้เกิดการทำลายเยื่อช่องปากทำให้เกิดแผล และเกิดติดเชื้อขึ้น อาการจะเกิดขึ้นวันที่ 5-7 หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด (Faber, 2003: 311, Otto, 2001: 605) อาการและอาการแสดงคือ มีอาการอักเสบเป็นแผลในเยื่อช่องปากเจ็บปวดมีการติดเชื้อหรือมีเลือดออก (Camp-Sorrell, 2000: 459) ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบได้บ่อยคือ กลุ่ม Antimetabolites ได้แก่ 5 เอฟ ยู (5-Fluorouracil) เมทโทเทกเซส (Methotrexate) และยาในกลุ่ม เทกซีน (Taxanes) และความรุนแรงจะสูงขึ้นเมื่อให้ในขนาดสูง (The British Columbia Cancer Agency, 2005; Wilkes & Ades, 2004)

1.3 ท้องเสีย หมายถึง การถ่ายเหลวมากกว่า 3-4 ครั้งต่อวัน อาการท้องเสียชนิดเฉียบพลันจะพบได้ใน 24-48 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัด และชนิดเรื้อรังจะมีอาการนานถึง 2-3 สัปดาห์ (Engelking, 2004) เกิดจากยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการระคายเคืองที่เยื่อทางเดินอาหารทำให้กระบวนการย่อยและการดูดซึมลดลง จึงเกิดอาการท้องเสีย ยาเคมีบำบัดที่ก่อให้เกิดอาการนี้ เช่น 5 เอฟ ยู (5-Fluorouracil) และซิสพลาติน (Cisplatin) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: Camp-Sorrell & Hawkin, 2000: 335)

1.4 ท้องผูก หมายถึง การถ่ายอุจจาระลำบาก อุจจาระแข็งและต้องออกแรงเบ่ง ซึ่งอาจมีอาการปวดแน่นท้องร่วมด้วย (ชวนพิศ นรเดชนนท์, 2547: 229; Camp- Sorrell & Hawkin, 2000: 335) ท้องผูกเป็นผลจากการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ดื่มน้ำน้อย การทำกิจกรรมลดลงขาดการออกกำลังกาย การได้รับยาแก้ปวด หรือยาเคมีบำบัดจำพวกวินคริสติน (Vincristine) วินบลาสติน (Vinblastine) ไวนอร์ลิบิน (Vinorelbine) โดยยาจะไปมีผลต่อระบบประสาทที่ไปเลี้ยงทางเดินอาหารทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้เกิดท้องผูก นอกจากนี้การท้องผูกยังกระตุ้นอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเหนื่อย (Camp-Sorrell & Hawkin, 2000: 334-335)

2. ระบบไขกระดูก ยาเคมีบำบัดจะไปกดการทำงานของไขกระดูกทำให้เม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงต่ำ และเกร็ดเลือดต่ำหลังได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 7-14 วันเรียกว่าช่วง Nadir ถ้าผลเม็ดเลือดแดงต่ำผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนล้า ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ ตรวจพบ ค่า Hemotocrit และ Hemoglobin ลดลง ผลเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) ถ้าตรวจพบ Neutrophils น้อยกว่า 1,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรเป็นผลที่ค่อนข้างรุนแรงผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทางช่องปาก ระบบสืบพันธุ์และทวารหนัก ส่วนปัญหาเกร็ดเลือดต่ำนั้น (thrombocytopenia) ถ้าเกร็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่ายแล้วหยุดยาก (ชวนพิศ นรเดชนนท์, 2547: 239; สมจิต หนูเจริญกุล, 2545: 265) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งปอดที่กดไขกระดูกมากที่สุดได้แก่ พาคลิแทกเซล (Paclitaxel) ไวนอร์ลิบิน (Vinorelbine) เจมไซตาบิน (Gemcitabine) คาร์โบพลาติน (Carboplatin) ซิสพลาติน (Cisplatin) (Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001)

3. ระบบการไหลเวียนและหลอดเลือด ยาเคมีบำบัดจะทำให้ผนังหลอดเลือดดำอักเสบได้ง่ายและมีลิ่มเลือดอุดตันได้บ่อย นอกจากนี้อาจเกิดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้ เป็นผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดพิษต่อหัวใจที่สำคัญคือ ด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin) (Camp-Sorrell, 2000; wilkes, 2001) นอกจากนี้อาจเกิดปอดเป็นพังพืด (pulmonary fibrosis) ซึ่งเกิดจากที่ผู้ป่วยได้รับยาบลิโอมัยซิน (Bleomycin) (Camp-Sorrell, 2000; Otto, 2001; Wilkes, 2001) พาคลิแทกเซล (Paclitaxel) ไวนอร์ลิบิน (Vinorelbine) และเจมไซตาบิน (Gemcitabine) (Camp-Sorrell, 2000; Otto, 2001)

4. ระบบผิวหนังและผม ยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง คือ มีผิวหนังแห้งคัน แพ้แสงง่าย อาจมีผื่นและเป็นสิ่วได้รวมทั้งเล็บจะมีสีคล้ำและยังทำให้เกิดผมร่วงได้โดย จะเกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัด 2-3 สัปดาห์ แต่ผมที่ร่วงนั้นมักเป็นชั่วคราวผมจะขึ้นใหม่ภายหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัดครบแล้วประมาณ 4-6 สัปดาห์ (Camp-Surrell, 2000: 467-471) ยาเคมีบำบัดที่มีผลข้างเคียงต่อผิวหนัง เช่น 5-ฟลูออไรอูราซิล (5-Fluorouracil) เมทโทเทร็กเสต (Methotrexate) (Mc Donald 1992 cited in Porock, 2002) และแทกซีน (Taxanes) เช่น ด็อกซีแทกเซล (Docetaxel) และเพกซิแทกเซล (Paclitaxel) กลุ่มนี้มี

อุบัติการณ์ในการเกิดผลข้างเคียงต่อผิวหนังสูงถึงร้อยละ 81 และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเล็บ (nail) ร้อยละ 41 ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจะเริ่มจากไม่ปรากฏอาการจนสามารถมองเห็นอาการเด่นชัดเมื่อผิวหนังแห้งเป็นขุย ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใน 3-5 สัปดาห์ (Payne, James, & Weiss, 2006)

5. ระบบประสาทยาจำพวกแพลตตินัม (Platinol) วินคาอัลคาลอยด์ (Vincal Alkaloids) และ เทกซีน (Taxanes) จะทำให้เกิดอาการชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเสียการทรงตัว เนื่องจากมีผลต่อระบบประสาท ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันและความไม่สุขสบายจากการเจ็บปวดได้ (Armstrong, Almadrones & Gilbrt, 2005: 305-311) ยาเคมีบำบัดที่มีผลข้างเคียงนี้ ได้แก่ ซิสพลาติน (Cisplatin) จะพบอุบัติการณ์ร้อยละ 49-100 (Hausheer, et al., 2006; Hol & Bar, 1995) โดยจะพบหลังจากให้ยาปริมาณมากกว่า 300 มก./ตร.ม. และยาคาร์โบพลาติน (Carboplatin) มีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 4-13 จากรายงานการศึกษาจะพบว่าพิษต่อระบบประสาทน้อยกว่าซิสพลาติน (Cisplatin) แต่เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความรุนแรงของยาทั้ง 2 ชนิดค่อนข้างใกล้เคียงกัน (Cavalett, et al., 1998 cited in Hausheer, et al., 2006)

6. ระบบไต เคมีบำบัดส่วนใหญ่มีพิษต่อไตโดยตรงโดยการทำลายเซลล์เนื้อเยื่อของไต ส่วนพิษต่อไตทางอ้อมเกิดจากการตกผลึกของกรดในท่อไต เนื่องจากเซลล์มะเร็งถูกทำลายด้วยเคมีบำบัดอย่างรวดเร็วทำให้มีระดับกรดยูริกในกระแสเลือดสูงขึ้น และเกิดกรดยูริกตกผลึกในท่อไต ซึ่งสาเหตุดังกล่าวอาจทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันหรือไตวายเรื้อรังได้ (Camp-Sorrell, 2000; Wilkes, 2001) ยาเคมีบำบัดซิสพลาติน (Cisplatin) จะเกิดพิษต่อไตได้เร็วที่สุดในเวลา 48-72 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา (De Jonge-Maja & Verweij, 2006)

7. ตับ ยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะเผาผลาญที่ตับจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตับอาจทำให้เกิดตับอักเสบหรือพังผืด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการแต่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจการทำงานของตับ (ชวนพิศ นรเดชนนท์, 2547:250)

8. อาการแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การแพ้ยา (vascular and hypersensitivity reactions) ที่รุนแรงที่สุดคือ การเกิดอาการแพ้ยาแบบ anaphylaxis ยาที่จะทำให้เกิดภาวะนี้ได้แก่ ไซโคลฟอสฟามายด์ (cyclophosphamide) ด็อกโซรูบิซิน (doxorubicin) และซิสพลาติน (cisplatin) ขนาดสูง เมทโทเทกเซส (methotrexate) และบิโอมัยซิน (bleomycin) อาจทำให้เกิดกลุ่มอาการของปฏิกิริยาการแพ้ (anaphylactic reaction) และ/หรือมีไข้ขึ้นได้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536)

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้แก่ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กัดการทำงานของไขกระดูก ผมร่วง เกิดปฏิกิริยาการแพ้ยา อาจทำให้เกิดพิษต่อไต หรือผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการชาปลายมือปลายเท้า ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาต่างๆ และจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งปอดเกิดขึ้นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวชีวิตถูกคุกคามด้วยความตาย ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต ความรู้สึกคลุมเครือไม่สุขสบาย และความรู้สึกไม่พอใจก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวชีวิตอยู่ในอันตราย ความวิตกกังวล และมีความเครียดมากในระยะแรกๆ ต่อมาในช่วงการรักษา อาการทางกายที่เป็นผลจากเคมีบำบัดเกิดร่วมซึ่งนำมาสู่ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ (Gobel, 2004; Mc Corkle & Quint-Benolie, 1983) ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจแสดงออกโดยร่างกายมีความอ่อนล้าไม่มีชีวิตชีวา ความสับสนในจิตใจ และอาการซึมเศร้า และพบว่าความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความวิตกกังวลและความซึมเศร้ารวมทั้งรู้สึกอายและโกรธที่ตนเองสูญบุหรีเป็นระยะเวลานานทำให้เป็นมะเร็งปอดและต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวด้วย (Kuo & Ma, 2002) และจากการศึกษาของซาร์นา (Sarna, et al., 2005) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและการให้ความหมายการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอดเพศหญิงจำนวน 217 ราย พบว่าได้รับความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ คือ ได้รับความทุกข์ทรมานจากการได้รับการวินิจฉัย ความกลัวการกระจายของโรค กลัวการตรวจวินิจฉัย กลัวการรักษา กลัวการกลับเป็นซ้ำ มีความวิตกกังวล และกลัวว่าจะเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่นอีก สอดคล้องกับการศึกษาของโฮปวูดและสตีเฟนส์ (Hopwood & Stephens, 1995) ที่ได้ศึกษาอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก จำนวน 509 ราย และชนิดเซลล์เล็กจำนวน 232 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจที่พบบ่อยได้แก่ ความหวัง และความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรกจะมีความก้าวร้าว ซึมเศร้า และกลัวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดซึ่งทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ (Dikken & Stephens, 1995)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะได้รับผลกระทบด้านจิตใจตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัย คือ มีความรู้สึกชีวิตถูกคุกคามด้วยความตาย มีความไม่แน่นอนในชีวิต มีความวิตกกังวล มีความเครียดเกิดขึ้น และเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อด้านจิตใจมากขึ้นด้วย

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

จากผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งปอดและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในด้านต่างๆ ส่งผลต่อสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การมีเพศสัมพันธ์ลดลง การมีภาระด้านการเงินในการรักษาเพิ่มขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแยกตัวเองออกจากสังคม (Sarna, et al., 2005) และ

จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยผมร่วงซึ่งส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน หรือแยกตัวออกจากสังคม (Mc Gravey, et al., 2001) และจากการศึกษาของซาร์นา (Sarna, 1994) ที่พบว่าผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปอดมีพลังงานลดลงถึงร้อยละ 59 ส่วนปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรงและพบได้บ่อยคือ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานเล็กๆน้อยๆได้ถึงร้อยละ 33 ไม่สามารถทำงานได้เหมือนปกติร้อยละ 27 สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑา แห่งทรัพยากรเจริญ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 23 ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือเช่น มารดาหรือบุตร ในการดูแลกิจวัตรประจำวันหากต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนานจะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและอาจทำให้ผู้ดูแลต่งงานได้จึงส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติตามมา (Buchwald, et al., 1996)

สรุปได้ว่าผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดจะมีผลกระทบกับผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคมด้วย ดังเช่นการศึกษาของเบเนดิกท์ (Benedict, 1988: 38) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 30 ราย พบว่ามีความทุกข์ทรมานใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีความปวด ความอ่อนล้า คลื่นไส้ อาเจียน ไอ ผอมลง 2) ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ความวิตกกังวลกลัวว่าจะไร้ความสามารถในการทำงาน ซึมเศร้า กลัวการกลับเป็นซ้ำ รู้สึกหมดพลัง รู้สึกกลัวความตาย รู้สึกโกรธ รู้สึกผิด และวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา และ 3) ความทุกข์ทรมานด้านปฏิสัมพันธ์ เช่นการมีปัญหาเกี่ยวกับการงาน ปัญหาเกี่ยวกับคู่ชีวิต ปัญหาเกี่ยวกับร่างกาย ปัญหาการเงิน ปัญหาเกี่ยวกับลูก ปัญหาเกี่ยวกับพยาบาล มีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารการ ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ

จากการได้รับยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านร่างกายที่มีต่อระบบต่างๆ ด้าน จิตใจผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัว สูญเสียภาพลักษณ์ การแยกตัวออกจากสังคม และด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยต้องมียาจ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น อาจถูกออกจากงานซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัว ผลกระทบดังกล่าวหากไม่ได้รับการแก้ไขหรือมีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมากขึ้นผู้ป่วยจะรู้สึกมีความไม่แน่นอนในชีวิตทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและมีความเครียดตามมา

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984:19; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:106 -108) กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มโนคติหลักของทฤษฎีคือ

ความเครียด การประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียดหมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนและบุคคลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเกินกำลัง โดยกระบวนการประเมินตัดสิน จากการประเมินเหตุการณ์ว่าเครียดหรือไม่ ซึ่งการประเมินตัดสินแบ่งออกเป็น 1) การประเมินปฐมภูมิ เป็นการประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าไม่มีความสำคัญ และมีความรุนแรงต่อตนเอง มีผลในทางที่ดีต่อตนเอง หรือเป็นความเครียด การประเมินว่าเป็นความเครียดสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ อันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม และเป็นสิ่งทำลาย 2) การประเมินทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การประเมินตัดสินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ข้อผูกพัน ความเชื่อของบุคคล และสติปัญญาของบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ลักษณะของสถานการณ์ ความรุนแรงของสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984:31-37; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:106-108)

ได้มีผู้ที่ศึกษาความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอาทิ เช่น จากการศึกษาของศรีสุดา รัศมีพงศ์ (2539) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความเครียดตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นก่อนที่จะรับรู้ว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และเครียดจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ส่วนสุภาพ อารีเอื้อ (2540) ได้ศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุ ข้อเข้าเสื่อมจำนวน 140 ราย พบว่าความเครียดเกิดจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากข้อจำกัดหรือปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกาย การดำรงบทบาท การทำหน้าที่ในสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน และความปวด และจากการศึกษาของ หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์ (2544) ได้ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด ผู้ป่วยที่ได้รับการดิงถ่วงกระดูก จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดิงถ่วงกระดูกมีความเครียดโดยรวมมากโดยสถานการณ์ด้านการรักษาที่ได้รับเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด

ส่วนการศึกษาความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่า บุคคลที่รับรู้ว่าเป็นมะเร็งจะเกิดความรู้สึกเครียดและมองว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิต (Gree, 1982) ได้มีผู้ที่ศึกษาไว้จำนวนมาก อาทิเช่น การศึกษาของคอรส์ (Krause, 1991) ได้ศึกษาการเผชิญกับโรคมะเร็งในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจำนวน 43 ราย พบว่ารู้สึกช็อกร้อยละ 68 และส่วนใหญ่จะใช้กลไกทางจิตด้วยการปฏิเสธหรือปฏิเสธที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ นอกจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะก่อให้เกิดความเครียดแล้ว พยาธิสภาพของโรค วิธีการรักษา และผลข้างเคียงของการรักษา ก็ทำให้เกิดความเครียดได้ จากการศึกษาของอลิและคาลิล (Ali & Khalil, 1991) ศึกษาเรื่อง

ความเครียด กลวิธีในการเผชิญความเครียด และประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมจำนวน 6 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมจะเครียดเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการรักษามากที่สุด รองลงมาความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ความหวังในการรักษาให้หาย การลุกลามของโรค ความปวดตามลำดับ ส่วนการศึกษาของเยน (Yen, et al., 2006) ได้ศึกษา เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมกับผู้หญิง ที่เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา ที่อยู่ระหว่างการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 97 ราย โดยเป็นมะเร็ง เต้านมจำนวน 73 ราย เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาจำนวน 24 ราย พบว่าในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นมะเร็ง เต้านมมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้หญิงที่เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา โดยมีความเครียดเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพ ครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของฟองักค์ตร์ พิตยพันธุ์ (2542) ได้ศึกษาสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่าง เข้ารับรังสีรักษาจำนวน 60 ราย พบว่า สถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การเป็น โรคมะเร็ง บทบาทที่เปลี่ยนไป อาการไม่สบาย การใส่แร่ ค่ารักษาและการเดินทาง

นอกจากนี้ยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียด จากการศึกษานี้ของเอ็ดลันด์และสเนด (Edlund & Sneed, 1989) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 133 ราย พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี เกิดความเครียดมากกว่า ผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี ซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด และจากการศึกษาของ เอลิและคาลิล (Ali & Khalil, 1991) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยอายุน้อย จึงทำให้สามารถจัดการความเครียดได้ เมื่อมีอายุมากขึ้นผ่านภาวะวิกฤตมามากจะทำให้มี ประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการคิดไตร่ตรอง และสามารถเลือกวิธีการ ในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ดังนั้นเมื่อมีอายุที่มากขึ้นต้องประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด บุคคลสามารถใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถลดความเครียด ได้ (Burke & Flaherty, 1993)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อมีความเจ็บป่วยบุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง มีการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ก่อนข้างเหมือนกัน โดยความเครียดของผู้ป่วยเป็นผลจากการประเมินตัดสินใจของผู้ป่วย ต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัย ความทุกข์ทรมานจากโรค วิธีการรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา ว่าสถานการณ์นั้นจะมีผลต่อสวัสดิภาพของตนและพยายามใช้แหล่ง ประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น เพื่อคงไว้ซึ่งสวัสดิภาพและความผาสุก ของตนไว้

การเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามใช้ทั้งความคิดและการกระทำในการจัดการกับความเครียด ความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ (Lazarus & Folkman, 1984: 134; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 109) การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตามความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม การเผชิญความเครียดของบุคคลมี 2 ลักษณะคือ การมุ่งแก้ปัญหา เป็นการเผชิญความเครียดโดยจัดการที่ตัวปัญหามุ่งแก้ปัญหา หรือปรับสิ่งแวดล้อม การมุ่งจัดการกับอารมณ์เป็นการปรับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองเพื่อลดอารมณ์ตึงเครียดไม่ให้ทำลายขวัญและกำลังใจ ในการเผชิญความเครียดบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ลักษณะร่วมกันและไม่สามารถบอกได้ว่าการเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน เพราะจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้นๆบุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียดมากกว่า 1 วิธีในเวลาเดียวกัน หรือเมื่อเผชิญกับความเครียดที่เหมือนกัน แต่ในเวลาหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกันก็อาจใช้การเผชิญความเครียดที่ต่างกัน ต่อมาจาโลวicz (Jalowicz, 1988: 287-308) ได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive) เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยพยายามคิดหาวิธีการแก้ปัญหา 2) การแสดงออกทางอารมณ์ (emotive) เป็นวิธีการแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกที่เป็นทุกข์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือระบายอารมณ์ เช่นระบายความเครียดไปสู่ผู้อื่น การโทษหรือตำหนิผู้อื่น 3) การบรรเทาความรู้สึกเครียด (palliative) เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์หรือแก้ปัญหาทางอ้อม เพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นน้อยลง เช่นปลอบใจตนเอง หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้นหรือยอมรับสถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในประเทศทางตะวันตก บุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดผสมผสานกัน แต่สัดส่วนในการใช้ไม่เท่ากันอาทิเช่น การศึกษาของเพอร์รี่ (Perry, 1990) ศึกษาเรื่องความโดดเดี่ยวและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ที่บ้านในรัฐอิลลินอยส์ สหรัฐอเมริกาจำนวน 41 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ซึ่งต่างกับการศึกษาของเฮลสเตรดและเฟอร์เลอร์ (Halstead & Fernler, 1993) ได้ศึกษากลวิธีในการเผชิญความเครียดในผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งในเมริแลนด์ จำนวน 128 รายโดยพบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการมองโลกในแง่ดีมากที่สุด ส่วนการศึกษาของดาวน์แวมโบลต์ บัทเลอร์และเคาเตอร์ (Downe – Wambolt, 2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ในการให้ความหมายของความเจ็บป่วย การช่วยเหลือทางสังคม การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดและสมาชิกในครอบครัว ในประเทศแคนาดา จำนวน 85 ราย พบว่ากลวิธีที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวใช้มากที่สุดในการเผชิญความเครียดคือ การมองโลกในแง่ดี

ส่วนการศึกษาในประเทศทางด้านตะวันออกผู้ป่วยก็มีการเผชิญความเครียดผสมผสานกัน คล้ายกับทางตะวันตกแต่วิธีการอาจต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่น การมองโลกในแง่ดี การใช้ระบบสนับสนุน การพึ่งพาตนเอง การเผชิญหน้ากับปัญหา การทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น การแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึก การปล่อยไปตามโชคชะตา และการหลีกเลี่ยงปัญหา แต่สัดส่วนในการใช้ไม่เท่ากัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักใช้การเผชิญความเครียดแบบการมองโลกในแง่ดี เช่นงานวิจัยในประเทศจีน ดั้งนี้การศึกษาของ ยูเฉิน (Uacheng, 1997) ศึกษาการเผชิญความเครียดของสตรีจีนที่เป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 50 ราย พบว่าการเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดคือ การคิดมองโลกในแง่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเมย์เฟิน (Meifen, 1997) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 81 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดที่หลากหลายในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดคือการคิดมองโลกในแง่ดี ตามด้วยการเผชิญหน้ากับปัญหา และจากการศึกษาของเยียนเหมย (Yanmei, 1998) ได้ศึกษาความหวังและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 58 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านผสมผสานกัน แต่ที่ใช้มากที่สุดคือการมองโลกในแง่ดี การโทษตนเองและการเผชิญหน้ากับปัญหาตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกับศึกษาของคุอและมา (Kuo & Ma, et al., 2002) ที่ศึกษาการเผชิญความเครียดกับอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ในไทเป จำนวน 73 ราย พบว่าจะใช้ทั้งวิธีการมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งจัดการกับอารมณ์ ถ้ามีอาการไม่สบายมากก็จะใช้การเผชิญความเครียดด้วยวิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์มากขึ้น

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดผสมผสานกัน แต่สัดส่วนในแต่ละด้านของการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน โดยใช้การเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด (หทัยรัตน์ จรัสสุไร, 2538; สุภาพ อารีเอื้อ, 2540; สุมลทา กบิลพัตร, 2541) ส่วนการศึกษาของหทัยรัตน์บำเพ็ญแพทย์ (2544) ได้ศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการดิงถ่วงกระดูก พบว่าใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านผสมผสานกันแต่ด้านที่ใช้มากที่สุดคือด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด แต่การศึกษาของไสว นรสาร (2540) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รอผ่าตัดจำนวน 110 ราย พบว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญหน้ากับปัญหาในลักษณะของการจัดการกับอารมณ์มากกว่า และอุไร นิโรชนันท์และคณะ (2545) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในการศึกษาเชิงคุณภาพของ

ทิพมาศ ชินวงศ์ (2540) ได้ศึกษาการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยจำนวน 10 ราย พบว่าการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยการดูแลเยียวยาตนเองตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตมี 5 ลักษณะคือ 1) ประคับประคองความแข็งแรงของร่างกาย 2) ผ่อนคลายความทุกข์ใจ 3) ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล 4) วางแผนจัดการชีวิตและมรดก และ 5) ปรับใจสั่งเสียญาติ

สรุปจากการทบทวนงานวรรณกรรมทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านผสมผสานกัน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การแสดงออกทางอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด แต่สัดส่วนของแต่ละด้านจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญ ซึ่งถ้าเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ จะใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่า ส่วนสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จะใช้การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากกว่า ซึ่งนอกจากนี้ การเลือกใช้การเผชิญความเครียดยังขึ้นอยู่กับการนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้เพื่อจัดการกับความเครียด

ความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอด

จากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งและการรักษาที่มักทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความอ่อนล้าได้ ทุกช่วงของการดำเนินโรค ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 80-100 มีความอ่อนล้า (Irvine, et al., 1994:68; Ream & Richardson, 1999) จากการศึกษาของเบชและคณะ (Blesch, et al., 1991 อ้างใน พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล, 2545) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 99 มีความอ่อนล้า สอดคล้องกับการศึกษาของซาร์นา (Sama, 1998) ได้ศึกษาการประเมินอาการไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะลุกลาม จำนวน 48 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่าอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบายมากที่สุดคือ ความอ่อนล้า

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปในเรื่องความหมายของความอ่อนล้า แต่ได้มีความพยายามในการให้ความหมายของความอ่อนล้า อาทิเช่น ไพเปอร์และคณะ (Piper, et al., 1987) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ซึ่งมีอิทธิพลมาจากการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายที่มีระยะเวลา และความรุนแรงแตกต่างกัน สามารถรับรู้ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยได้ 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ส่วนอริสต้า (Aristars, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ความรู้สึกหมดกำลังและขาดพลังงาน

อันเป็นผลมาจากการเผชิญความเครียดที่ยาวนาน ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต พิกเคด-ฮอลลีย์ (Pickard-Holley, 1991: 14) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลรับรู้ว่ามีชีวิตไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงโดยมีสาเหตุมาจากพลังงานลดลง

สำหรับในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคำว่าความอ่อนล้าถูกนำมาเขียนในภาษาที่แตกต่างกัน ดังเช่น ภาวะอ่อนเปลี้ย (เพ็ญมล กุลสุ, 2544) ความเหนื่อยล้า (บุญมี แพ้งสกุล, 2545; วาทีนี ศรีไทย, 2548) และความอ่อนล้า (เอมอร แซ่จิ๋ว, 2544; Pritsanapanurungsie, 2000) แต่ในส่วนของความหมายจะใกล้เคียงกันและใช้เครื่องมือในการวัดความอ่อนล้าในผู้ป่วยของไปเปอร์และคณะ เช่นเดียวกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า ความอ่อนล้า และได้สรุปว่าความอ่อนล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียขาดพลังงานจนหมดแรง และอาจมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสติปัญญาไปด้วย

สาเหตุของความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีความเป็นไปได้อย่างมากที่ความเครียดระดับสูงและยาวนานในผู้ป่วยมะเร็งทำให้ต้องใช้พลังงานมาก (Richardson, et al., 1998) ความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเป็นความทุกข์ทรมานที่ซ่อนอยู่ในความเจ็บป่วย (Miller & Kearney, 2002) โดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ปฏิกริยาด้านจิตใจเมื่อรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ความเครียดต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัด ปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดเรื้อรัง (Winningham, et al., 1994) สอดคล้องกับการศึกษาไรวิน (Irvine, 1994) ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย และทุกข์ทรมานทางอารมณ์ซึ่งประกอบไปด้วย ความวิตกกังวล ภาวะสับสน ความซึมเศร้า และความโกรธเป็นต้น และการศึกษาของแอนน์ (Anne, 1997) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ความอ่อนล้า ขณะได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 127 ราย ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความอ่อนล้าคือ รู้สึกเหนื่อย มีผลต่อความผาสุก เกิดจากโรค การรักษาและจากยา มีผลต่อการทำกิจกรรม มีผลต่ออารมณ์ มีความรู้สึกกังวลกับความอ่อนล้ามากที่สุด

นอกจากนี้ปีวรรณ ปฤษณภาณุรังษี (Pritsanapanurungsie, 2000) ได้ศึกษาแบบแผนของความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย พบว่า ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยจะเกิดความอ่อนล้าในระดับปานกลาง และจะเพิ่มสูงขึ้นในวันที่ 4 หลังจากนั้นจะลดลงถึงวันที่ 7 และจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งในวันที่ 8 สูงสุดในวันที่ 9 แล้วจะค่อยๆลดลง ซึ่งความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจะสอดคล้องกับการได้รับยาเคมี

บَابัด สอดคล้องกับการศึกษาของพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การอาการอ่อนล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 54 รายและมะเร็งเต้านม 66 ราย พบว่าประสบการณ์การอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาของสิรินุช บุรณะเรืองโรจน์และคณะ (2549) ได้ศึกษาประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดจำนวน 100 ราย พบว่า ประสบการณ์อาการอ่อนล้าเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับการรักษาโดยมีความรุนแรงสูงสุดในช่วง 24-72 ชั่วโมงภายหลังได้รับการรักษาและมีคะแนนเฉลี่ยอาการอ่อนล้าสูงสุดภายหลังได้รับการรักษา 1 สัปดาห์ วิธีจัดการกับอาการอ่อนล้าที่ผู้ป่วยปฏิบัติ คือ การนอนหลับพักผ่อนเพิ่มขึ้น ร้องลงมา คือ การออกกำลังกาย

สรุปความอ่อนล้าจะเกิดขึ้นตลอดเวลาในระหว่างการรักษา ลักษณะความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่สูงขึ้นและลดต่ำลงตลอดระยะเวลาการรักษาด้วยเคมีบำบัด และลักษณะการเกิดขึ้นมีแบบแผนไม่แน่นอน อาจแตกต่างกันไปตามชนิดของโรค ระยะของการรักษาและชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ นอกจากนี้ความอ่อนล้ายังทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล กลัวว่าโรคจะรุนแรงขึ้น มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ความหวังในชีวิตลดลง บางครั้งไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป (Vogelzang, et al., 1997) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Irvine, et al., 1994: 368; Nail, 2000: 375)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความอ่อนล้าจากพยาธิสภาพและวิธีการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อด้านร่างกายเท่านั้นแต่ยังรวมถึงด้านจิตใจ ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพและพลังงานของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นน้อยลงกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี (Lazarus & Folkman, 1984) หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น (Aristars, 1987:25) พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรค และผลข้างเคียงของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งต่างมุ่งให้ชีวิตประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนเองปรารถนา รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำมนุษย์ไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ได้อย่างมีคุณภาพ สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยก็ปรารถนาให้ชีวิตของตนสามารถ

ดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข รวมถึงเป้าหมายในด้านการรักษาพยาบาลก็เช่นกัน ไม่ได้มุ่งแต่เพียงการให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเรื้อรังให้ดีขึ้น โดยให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) จึงทำให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพให้ความสนใจเกี่ยวกับแนวคิดของคุณภาพชีวิตมากขึ้น (Ferrans, 2000; Zhan, 1992) โดยในปัจจุบันได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในความหมายที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของผู้ที่ศึกษา เช่น พาดิลลาและคณะ (Padilla, et al., 1983: 177) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเน้นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต ที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคมส่วนเฟอรัราน (Ferrans, 1990: 15) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกปกติสุข (sense of well being) ของบุคคลซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ และซ่าน (Zhan, 1992: 797) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความพึงพอใจ จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล และพบว่าคุณภาพชีวิตจะมีความหมายที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สถานภาพในสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล (Ferrans, 1990; Zhan, 1992)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างและแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญแตกต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคล ซึ่งได้มีผู้เสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตไว้ต่าง ๆ กัน พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ 1) การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย 2) การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ 3) การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง 4) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้วยโภชนาการ 6) ความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวของผู้ป่วย ส่วนเฟอรัรานส์ (Ferrans, 1990) เสนอว่าคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพความเจ็บป่วย ความเครียด ความต้องการในการประกอบกิจกรรมต่างๆ 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นด้านที่เกี่ยวกับภาวะทางการเงิน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การสนับสนุนจากสังคม การศึกษาและอาชีพ 3) ด้านภาวะจิตใจและวิญญาณ เกี่ยวกับความสุข ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง ความเชื่อและจุดมุ่งหมายในชีวิต 4) ด้านครอบครัว ได้แก่ สุขภาพในครอบครัวและภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ซ่าน (Zhan, 1992) ได้ทำการศึกษารวบรวมแนวคิดจากนักวิจัยหลายท่านและสรุปว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึก

พึงพอใจในชีวิตในด้านต่างๆ ไปและการดำเนินชีวิต 2) ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง 3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกายเกี่ยวกับสุขภาพ 4) ด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษารายได้

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ซึ่งในปัจจุบันสามารถประเมินได้หลายแนวทางดังนี้

แฟรงค์-สตรอมเบิร์ก (Frank-Stromberg, 1984) ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1. เชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยบุคคลอื่น ผลที่ได้เป็นตัวเลข
2. เชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวของบุคคลนั่นเอง ผลที่ได้เป็นตัวเลข
3. เชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวของบุคคลเอง ผลที่ได้เป็นการบรรยาย

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษาและหน้าที่ด้านร่างกาย
2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจ ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียว แล้วสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่งถือว่าการประเมินที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Andrew & Withey, 1976; Cantrill, 1963 cited in as

Hanucharurnkul, 1988: 34-35) แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดเนื่องจากการวัดคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียวอาจทำให้ไม่ครอบคลุมจึงไม่นิยมนำไปใช้

2. การประเมินโดยมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่งซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่าจะประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ตามสภาพความเป็นจริงกว่าการประเมินเพียงมิติเดียว (Ferrans & Power, 1992; Padilla & Grant, 1985; Zhan, 1992)

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไป แต่อาจจะแตกต่างกันในส่วนที่เป็นผลมาจากตัวโรค และการรักษาซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างมาก ในการศึกษาที่ผู้วิจัยได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) และแบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) มาดัดแปลงเพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง มีองค์ประกอบ คือ การรับรู้ถึงความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ ด้วยเคมีบำบัด การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ด้านโภชนาการ การรับรู้ถึงภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว และสามารถวัดผลลัพธ์ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lasarus & Folkman, 1984) ทั้ง 3 ด้านคือการทำหน้าที่ทางสังคม (social function) มีขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพที่ดี (somatic health)

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การศึกษาของเยน (Yen, et al., 2006) ได้ศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมกับผู้หญิงที่เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา ที่อยู่ระหว่างการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 97 ราย เป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 73 ราย เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาจำนวน 24 รายโดยใช้แนวทางการประเมินชีวิตของ The World Health Organization Questionnaire on Quality of Life: Short Form (WHOQOL-BREF) พบว่าในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตต่ำ ทั้งด้านร่างกายต่ำ และด้านจิตใจ และมีความเครียดสูง ส่วนอาการซึมเศร้าเท่านั้นทั้ง 2 กลุ่ม และความเครียดจากปัญหาสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้าน

ร่างกาย ด้านจิตใจและสังคมในกลุ่มผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านมได้ (bata = -.20, t = -2.16, p = .042; Bata = -.29, t = -2.27, P = .034; bata = -.21, t = -2.55, P = .019) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพาพร วงศ์หงส์กุลและคณะ (2546) ได้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินภาวะเครียด การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมจำนวน 150 รายโดยใช้แนวทางการประเมินชีวิตของเฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) พบว่าระยะเวลาในการรอดชีวิต ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินภาวะเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 21.8 ส่วนการศึกษาของเมย์เฟิน (Meifen, 1997) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 81 ราย จากโรงพยาบาลในสังกัดของมหาวิทยาลัยซุนยัตเซน เมืองกวางโจวประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยใช้แนวทางการประเมินชีวิตของเฟอร์เรลล์ คาวัว ไคห์ ลัยและ กุลาเซคาแรม (Ferrell, Dow, ly, Leigh, & Gulasekaram, 1995) พบว่ารูปแบบการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 จากการศึกษาของปราณี เสนีย์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนือตนเองพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายจำนวน 100 ราย โดยใช้แนวทางการประเมินชีวิตของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) พบว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย ($r = .246, p < .01$) และพฤติกรรมเผชิญความเครียดมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($\beta = .300, p < .01$)

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ อายุพบว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดีและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Padilla & Grant, 1985) การศึกษาของเซียโอลิน (Xiaoline, 2002) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดจาก 3 โรงพยาบาล ในกรุงเทพฯจำนวน 89 รายโดยใช้เครื่องมือEuropean Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C3) และQuality of Life Questionnaire Lung Cancer (QLQ-LC13) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆแต่ยกเว้นด้านอารมณ์อาจเป็นเพราะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี แต่จากการศึกษาของโบคซัคและคณะ (Bozcuk, et al., 2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 50 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า จากการศึกษานี้ของซาร์นา (Sarna, et al., 2005) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและการให้ความหมายของความเจ็บป่วยของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปอดจำนวน 217 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกับการให้

ความหมายของความเจ็บป่วยในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตและสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 37 แต่จากการศึกษาของโฮเลนและคณะ (Hollen, et al., 1999) ศึกษาอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะที่ 3 และ 4 จำนวน 673 ราย ที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่าอายุที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดี้ และคณะ (2543) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 80 ราย ซึ่งพอจะสรุปได้ว่าอายุที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน พบว่าจากการศึกษางานวิจัยต่างๆอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ผลการวิจัยมีความแตกต่างกันจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาอายุของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ความอ่อนล้าเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญอีกตัวแปรหนึ่ง เกี่ยวกับด้านภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคลที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น คนที่มีสุขภาพดีจะมีพลังในการจัดการกับความเครียดได้มากกว่าคนที่เจ็บป่วย (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมีผลต่อการจัดการกับความเครียดและคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของกิบสันและคณะ (Gibson, et al., 2005) ได้ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งในวัยรุ่นที่กำลังได้รับการรักษาจำนวน 8 ราย อายุ 16-19 ปี พบว่าจะเกิดความอ่อนล้าจากพยาธิสภาพและการรักษา ความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม และจากการศึกษาอัลเบอร์ก (Ahlberg, et al., 2004) ศึกษาความอ่อนล้า ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมดลูกรักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความอ่อนล้าต่ำจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดี สอดคล้องกับการศึกษาของไบร์และคณะ (Byar, et al., 2006) ได้ศึกษาอาการต่างๆความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่บำบัดจำนวน 25 ราย พบว่าระดับความอ่อนล้าอยู่ระดับปานกลางในระหว่างการรักษาและจะค่อยๆลดลง ความอ่อนล้ายังมีความสัมพันธ์ทางร่างกายและจิตใจ และยังพบว่าระดับความอ่อนล้าที่สูงจะทำให้คุณภาพชีวิตยิ่งต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนจากการศึกษาของโบคซัคและคณะ (Bozcuk, et al., 2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 50 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีความอ่อนล้ามากขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัดชุดที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลายชุดจะทำให้เกิดผลข้างเคียงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดน้อยชุดกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา แห่งทรัพย์สินเจริญ (2539) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเคมีบำบัดหลายชุดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดน้อยชุดความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากยาเคมีบำบัดทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (นันทา เล็กสวัสดี้ และคณะ, 2543: 8)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะได้รับความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ ต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่อาจก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียด ส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์นั้นๆ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) รวมถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จะช่วยให้มีความเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากความเจ็บป่วยและการรักษา การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาถึงความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งศึกษาความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประชากรเป้าหมายและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกเคมีบำบัดและผู้ป่วยในหอผู้ป่วยชายหญิงสถาบันมะเร็งแห่งชาติและเครือข่ายในภาคกลาง คือ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบ (Purposive sampling) จำนวน 85 รายโดยคำนวณจากสูตรการหาจำนวนตัวอย่างได้จากหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ ถดถอย (Polit & Beck, 2003)

$$\text{สูตรการคำนวณ Effect size } Y = \frac{R^2}{1 - R^2}$$

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะพบว่าค่า R อยู่ในระดับปานกลางเพราะฉะนั้น $R = .13$

(มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; Thanasilp & Kongsaktrakul, 2005; Sammarco; 2003)

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร } Y &= \frac{.13^2}{1 - .13^2} \\ &= .149 \end{aligned}$$

สูตรการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง $N = L + K + 1$
 $\frac{\overline{Y}}{}$

จากสูตร N = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
 L = จากตารางแสดงค่าและ Power
 K = จำนวนตัวแปรอิสระ
 Y = การประมาณค่าของ Effect size

แทนค่าได้ดังนี้คือ Power .80 และ $\alpha = .05$, $L=11.94$, $Y= .149$, $K=4$

$$N = 11.94 + 4 + 1$$

$$\frac{\quad}{.149}$$

$$= 85$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 85 ราย

การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่มารอรับการตรวจติดตาม หรือมารอรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป กรณีจบการรักษาต้องไม่เกิน 3 สัปดาห์หลังจากได้รับยาครั้งสุดท้าย
3. ผู้ป่วยที่มีความเครียดจากสถานการณ์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยตอบคำถามคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ถามว่า” คุณมีความเครียด/ทุกข์ใจ /กังวลใจในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดบ้างหรือไม่” โดยตอบว่า “มี”
4. สามารถอ่านหนังสือและสื่อภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
5. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

สถานที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุขที่รับรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งหรือกลุ่มอาการอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์หาวชิราลงกรณ วิทยุบุรีจังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในภาคกลางทั้ง 3 แห่ง เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ยกเว้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่มีการให้บริการเพิ่มนอกเวลาในวันจันทร์ถึงศุกร์เวลา 16.30-20.00 น. และในวันเสาร์เวลา 07.00 - 12.00 น. ระบบบริการผู้ป่วยแต่ละแห่งใช้ระบบเดียวกัน แต่อาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละที่

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร เป็นสถานบริการสาธารณสุข ขนาด 200 เตียง ในปัจจุบันรับผู้ป่วยได้ 200 เตียง มีผู้ป่วยนอกแผนกเคมีบำบัดมาใช้บริการเฉลี่ยวันละ 100 ราย ซึ่งการเก็บข้อมูลครั้งนี้จะเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัดและผู้ป่วยใน

2. ศูนย์หาวชิราลงกรณวิทยุบุรี มีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดปทุมธานีเป็นสถานบริการสาธารณสุข ขนาด 400 เตียง ในปัจจุบันรับผู้ป่วยได้ 116 เตียงมีผู้ป่วยนอกแผนกเคมีบำบัดมาใช้บริการเฉลี่ยวันละ 40 ราย ซึ่งการเก็บข้อมูลครั้งนี้จะเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัดและผู้ป่วยใน

3. ศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีมีที่ตั้งอยู่ในจังหวัดลพบุรีเป็นสถานบริการสาธารณสุข ขนาด 200 เตียง ในปัจจุบันรับผู้ป่วยได้ 130 เตียง มีผู้ป่วยนอกแผนกเคมีบำบัดมาใช้บริการเฉลี่ยวันละ 120 ราย ซึ่งการเก็บข้อมูลครั้งนี้จะเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัดและผู้ป่วยใน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (ภาคผนวก ก) เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยในกรณีที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป และคำถามคัดกรองผู้ป่วยว่ามีความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองความสามารถในการรับรู้ปกติของผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อเข้าร่วมการวิจัยได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยไอแซคส์และอักษตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Issaacs & Kennine, 1973) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนชื่อของสี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน ค่าคะแนนรวมเท่ากับ 0-40 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status) จึงเข้าร่วมวิจัยได้

1.2. คำถามสำหรับคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด เป็นข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ที่ใช้สอบถามความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด ถ้าตอบว่ามีความเครียดจึงเข้าร่วมวิจัยได้

คุณภาพของเครื่องมือ

ไอแซคส์ และเคนนีย์ (Issaacs & Kennine, 1973) ได้นำแบบทดสอบหมวดหมู่ไปใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองเสื่อมจำนวน 189 ราย กลุ่มอายุ 65- 74 ปี, 75- 84 ปี และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 35, 89 และ 65 ราย ตามลำดับ พบว่ามีความสอดคล้องอย่างมากกับการวินิจฉัยทางคลินิก ผู้ที่มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ทั้ง 146 ราย ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเลย ส่วนผู้สูงอายุที่มีคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน จำนวน 22 ราย เป็นผู้ที่อาการสมองเสื่อม 20 ราย คิดสุราและมีอาการพูดเพ้อเจ้อ 1 ราย มีอาการอัมพาตทางด้านซ้าย 1 ราย ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 15-24 คะแนน จำนวน 21 ราย เป็นผู้ที่สมองเสื่อม 6 ราย ที่เหลือเป็นผู้ที่มีความหวาดระแวง วิดกกังวลมีภาวะซึมเศร้าหรือมีพยาธิสภาพทางร่างกาย ได้แก่ หัวใจล้มเหลว ต่อมายาส์ (Hays, 1984) พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุได้นำแบบทดสอบนี้ไปใช้ในผู้สูงอายุมากกว่า 100 ราย พบว่าผู้ที่ได้คะแนนมากจะได้คะแนนมากในทุกหมวด และผู้ที่ได้คะแนนน้อยก็จะได้คะแนนน้อยในทุกหมวดเช่นกัน ซึ่งแสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถประเมินสมรรถภาพสมองได้จริง คะแนนที่สูงหรือต่ำไม่ได้เกิดจากความใส่ใจเป็นพิเศษหรือไม่ใส่ใจของผู้สูงอายุต่อเรื่องนั้นๆ แบบทดสอบนี้จึงเป็นวิธีการที่ดีในการคัดกรองผู้สูงอายุ ที่สามารถใช้ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล นอกจากเป็นเครื่องมือที่มีความตรงดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้สูงอายุใช้เวลาทำแบบทดสอบสั้นๆ ไม่เกิน 5 นาที โดยอรุณี นาคะพงศ์ (2539) ได้นำไปใช้ทดสอบผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 131 ราย พบว่าใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 2-5 นาที สุมนา แสนมาโนช (2541) ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักจำนวน 40 ราย ใช้เวลาประมาณ 2 ถึง 5 นาที การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 26 ราย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 35 – 40 คะแนน และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 2 ถึง 5 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความเครียดและระดับความเครียด แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดความอ่อนล้า และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ข้อมูลส่วนตัว ที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวเป็นต้น ข้อมูลส่วนที่ 2 ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง เป็นข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียน ได้แก่ วันที่ได้รับการวินิจฉัย ชนิดของมะเร็งปอด ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับเป็นต้น

2.2 แบบสัมภาษณ์ความเครียดและระดับความเครียด ใช้สัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เกิดขึ้นในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดบรรยายสถานการณ์ที่ประเมินว่าเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลโดยการบันทึกเทปประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด 3 คำถาม ใช้สัมภาษณ์ความเครียด ทุกข์ใจ หรือกังวลในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียดเป็นการประเมินระดับความเครียดโดยจากสถานการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดบรรยายโดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดอยู่ในระดับใด การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale ใช้เป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดทราบว่าด้านซ้ายมือสุดของเส้นตรง หมายความว่า มีระดับความเครียดน้อยที่สุดเป็น 1 คะแนน ส่วนด้านขวาสุดมีความเครียดมากที่สุดเป็น 100 คะแนน และให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดทำเครื่องหมาย “ | ” ลงไปตัดที่เส้นวัดระดับความเครียดในตำแหน่งที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดประเมินว่าเป็นระดับความเครียดของตน เมื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดประเมินเสร็จ ผู้วิจัยวัดความยาวจากจุดซ้ายสุดถึงจุดตัดบนเส้นวัดระดับความเครียด โดยใช้หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร ความยาวที่วัดได้หมายถึง ระดับความเครียดของผู้ป่วย 1 คะแนน หมายถึง เครียดน้อยที่สุดและ 100 คะแนนหมายถึง เครียดมากที่สุด คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ระดับความเครียดยิ่งมาก การแปลคะแนนโดยการนำคะแนนมาแบ่งเป็น 3 ระดับเท่าๆ กันดังนี้

ระดับความเครียดเล็กน้อย หมายถึง ค่าคะแนน 1-33

ระดับความเครียดปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนน 34-67

ระดับความเครียดมาก หมายถึง ค่าคะแนน 68-100

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ความเครียดและระดับความเครียด ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและชัดเจนของข้อคำถามแล้วนำมาปรับปรุง

2.3 แบบวัดการเผชิญความเครียดโดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jolowiec Coping Scale) ของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) เครื่องมือนี้สร้างขึ้นครั้งแรกเมื่อปีค.ศ. 1977 โดยใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัส ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ ลักษณะการเผชิญความเครียด 2 ด้าน คือด้านมุ่งแก้ปัญหา และด้านจัดการกับอารมณ์ ต่อมาในปี ค.ศ.1987 จาโลวีกได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่ โดยลดจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามเหลือ 36 ข้อ แบ่งออก 3 ด้านคือ

ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 2,5,11,15,16,17,22,27,28,29,31,32,34

ด้านจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,6,9,12,13,19,21,23,24

ด้านบรรเทาความเครียด 14 ข้อ ได้แก่ข้อ 3,4,7,8,10,14,18,20,25,26,30,33,35,36

การตอบแบบสอบถามผู้ตอบจะเป็นผู้ประเมินตนเองว่าเคยใช้วิธีการเหล่านั้นหรือไม่ ข้อความแต่ละข้อมีคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ คือ ไม่ได้ใช้ = 1 คะแนน ใช้บ้าง = 2 คะแนน ใช้เป็นบางครั้ง = 3 คะแนน ใช้บ่อยๆ = 4 คะแนน และใช้ตลอดเวลา = 5 คะแนน แบบวัดนี้มีการนำไปใช้กันมากในทางคลินิกกันอย่างแพร่หลาย การคำนวณและแปลผลคะแนน ทำได้ 2 วิธีคือ การคำนวณคะแนนดิบ (raw score) และคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) คะแนนดิบคำนวณจากการรวมคะแนนที่ได้จากคะแนนแต่ละข้อ ดังนั้นคะแนนการรวมของแบบสอบถามทั้งหมด (36 ข้อ) มีค่าระหว่าง 36 – 180 คะแนน แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้าน คือด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (13 ข้อ) ระหว่าง 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ (9 ข้อ) ระหว่าง 9-46 คะแนน และด้านการบรรเทาความเครียด (14 ข้อ) ระหว่าง 14-70 คะแนน ซึ่งคะแนนที่ได้บ่งบอกถึงความพยายามที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน ไม่เท่ากันอาจทำให้เกิดอคติในการแปลผลได้ เพื่อลดอคตินี้ไวทาลิโนและคณะ (Vitaliano, et al., 1987 อ้างใน ยูพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2540: 9) ได้เสนอวิธีการคำนวณสัมพัทธ์ (relative score) เปรียบเทียบสัดส่วนของการเผชิญความเครียดโดยนำคะแนนที่ได้รายข้อรวมกันหารด้วยข้อคำถามของด้านนั้นได้เป็นค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน นำค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยจาก ทุกด้าน จะได้คะแนนสัมพัทธ์ (relative score) ซึ่งบอกถึงสัดส่วนของการใช้การเผชิญความเครียดแต่ละด้าน เมื่อเทียบกับการใช้การเผชิญความเครียดจากทุกด้าน การคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Vitaliano, et al., 1987 อ้างใน ยูพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ, 2540)

$$CF = \frac{ME_{CF}}{ME_{CF} + ME_{EM} + ME_{PA}}$$

เมื่อ	CF	=	คะแนนสัมพัทธ์ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
	ME _{CF}	=	ค่าเฉลี่ยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
	ME _{EM}	=	ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการกับอารมณ์
	ME _{PA}	=	ค่าเฉลี่ยด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

คะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดแต่ละด้านจึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก แสดงถึงผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

สรุปว่าความแตกต่างของการแปลผลทั้งสองวิธีคือ คะแนนจริงจะบอกถึงความพยายามในการใช้การเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน ส่วนคะแนนสัมพัทธ์บอกถึงสัดส่วนของการเผชิญความเครียดแต่ละด้าน เมื่อเทียบกับการเผชิญปัญหาที่ใช้จากทุกด้าน

คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (content validity) จาโลวีก (Jalowiec, 1988: 287-308) ได้รวบรวมวิธีการเผชิญความเครียดแบบอื่นๆ จากคำถามปลายเปิดนอกจากวิธีการเผชิญความเครียดแบบเดิมเพื่อนำไปใช้กับการศึกษาในกลุ่มต่างๆ ระหว่างการพัฒนาเครื่องมือ และได้นำแบบวัดมาหาความตรงตามโครงสร้างอีกครั้ง โดยนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1,400 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วย 790 ราย พยาบาล 353 ราย ญาติผู้ป่วย 133 ราย และนักศึกษา 124 ราย วิเคราะห์ปัจจัยด้วยวิธีทางสถิติขั้นสูง (LISREL Confirmatory Analysis) แบบวัดการเผชิญความเครียด 40 ข้อ นั้น มี 4 ข้อที่น้ำหนักไม่ตกอยู่ในวิธีการเผชิญความเครียดด้านใดเลย จาโลวีก (Jalowiec, 1988) จึงตัดข้อเหล่านั้นออก จึงเหลือวิธีการเผชิญความเครียด 36 ข้อ และได้มีการปรับข้อความเพื่อความกระชับและเหมาะสม

ความเที่ยง (reliability) ต่อมาจาโลวีก (Jalowiec, 1988) ได้หาความเที่ยงของแบบวัดที่ปรับปรุงแล้ว โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยรวมเท่ากับ .95 และรายด้าน โดยรายด้านคือการเผชิญหน้ากับปัญหาเท่ากับ .85 การจัดการกับอารมณ์เท่ากับ .70 และด้านการบรรเทาความเครียดเท่ากับ .75

สำหรับในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก (1979) ซึ่งมี 40 ข้อแปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศ 2 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของภาษาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันจำนวน 30 ราย และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาได้เท่ากับ .88 ส่วนสุภาพ อารีเอื้อ (2540) นำแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก (1988) ซึ่งมี 36 ข้อแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลง แล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา และความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญภาษาและทฤษฎีการพยาบาล 2 ท่าน แล้วปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาโดยรวมเท่ากับ .73 และจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาโดยรวมเท่ากับ .61 ไสว นรสาร (2540) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รอผ่าตัด จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาโดยรวมเท่ากับ .82 ยุพาพิน ศิริโพธิ์งามและคณะ (2540) นำไปใช้กับพยาบาลจบใหม่จำนวน 66 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาโดยรวมเท่ากับ .79 หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2541) ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่มีก้อนที่เต้านมและรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาโดยรวมเท่ากับ .74 และสมฤดี สิทธิมงคล (2541) ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาโดยรวมเท่ากับ .83

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยเครื่องมือแบบวัดการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยเห็นว่าเครื่องมือนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มที่จะศึกษา จึงได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา .87 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาโดยรวม เท่ากับ .77

2.4 แบบวัดความอ่อนล้า (The Revised Piper Fatigue Scale , PFS) แบบวัดความอ่อนล้าสร้างขึ้นโดยไปเปอร์และคณะ (Piper, et al., 1989) ประกอบด้วย 41 ข้อคำถามและได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามในปีค.ศ.1998 เนื่องจากจำนวนข้อคำถามเดิมมีจำนวนมากเกินไปจนข้อคำถามเหลือเพียง 22 ข้อ ซึ่งปิยวรรณ ปฤษณภาณรังษี (Pritsanapanurungsie, 2000) ได้นำมาแปลและดัดแปลงในคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1-6) ด้านการรับรู้ความหมาย จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 7-11) ด้านความรู้สึกลึก จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 12-16) ด้านสติปัญญา/อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 17- 22) ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) ตั้งแต่ 0-10 โดย “0” หมายถึง ไม่มีความรู้สึกต่ออาการนั้นเลย ตั้งแต่ “1” ขึ้นไปหมายถึง ความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ และ “10” หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด

การประเมินระดับความอ่อนล้าทำโดยนำคะแนนรวมของแบบวัดความอ่อนล้าทั้งหมด 22 ข้อ คือ 220 คะแนน จากนั้นแบ่งคะแนนความอ่อนล้าเป็น 4 ระดับดังต่อไปนี้

ไม่มีความอ่อนล้า	หมายถึง ค่าคะแนน	0
ระดับความอ่อนล้าเล็กน้อย	หมายถึง ค่าคะแนน	1-73
ระดับความอ่อนล้าปานกลาง	หมายถึง ค่าคะแนน	74 – 147
ระดับความอ่อนล้ามาก	หมายถึง ค่าคะแนน	148 – 220

การคิดคะแนนรายด้านโดยการรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมดในแต่ละด้านโดยมีการแบ่งคะแนนรายด้านดังนี้

ไม่มีความอ่อนล้า	หมายถึง ค่าคะแนน	0
ระดับความอ่อนล้าเล็กน้อย	หมายถึง ค่าคะแนน	1-20
ระดับความอ่อนล้าปานกลาง	หมายถึง ค่าคะแนน	21 – 40
ระดับความอ่อนล้ามาก	หมายถึง ค่าคะแนน	41 – 60

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความอ่อนล้าโดยไปเปอร์และคณะ (Piper, et al., 1989) ได้นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 382 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอันดับโดยรวมเท่ากับ .97 ค่าความเที่ยงรายด้านอยู่ในช่วง .87-.98 ความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ในประเทศไทย ปิยวรรณ ปฤษฎานุกรงษ์ (2000) ได้นำแบบวัดความอ่อนล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper, et al., 1998) มาแปลได้ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและได้นำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีจำนวน 10 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอันดับโดยรวมเท่ากับ .97-.99 และค่าความเชื่อเที่ยงรายด้านอยู่ในช่วง .88-.99 เมื่อนำมาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอันดับโดยรวมเท่ากับ .96-.99 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือรายด้านอยู่ในช่วง .88-.99 ต่อมา เอมอร แซ่จิ๋ว (2001) ได้ศึกษาความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาได้นำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอันดับโดยรวมเท่ากับ .96-.98 ค่าความเที่ยงรายด้านอยู่ในช่วง .8 -.97 เพ็ญกมล กุลสุ (2544) ได้ศึกษาภาวะอ่อนเพลียในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมี ได้นำไปหาความตรงตามเนื้อกับผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จำนวน 12 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมเท่ากับ .94 ค่าความเที่ยงรายด้านอยู่ในช่วง .75-.96 อกันตริ กองทอง (2544) ได้ศึกษาความอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีจำนวน 10 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมเท่ากับ .96 ส่วนค่าความเที่ยงรายด้านอยู่ในช่วง .88-.96 และปทุม สร้อยวงศ์ (2546) ได้นำไปศึกษาความอ่อนล้าในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้นำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมเท่ากับ .98 ค่าความเที่ยงรายด้านอยู่ในช่วง .96-.98

สรุปจากการทบทวนงานวิจัย แบบวัดความอ่อนล้าเป็นการประเมินความอ่อนล้าจากหลายสาเหตุและครอบคลุมหลายมิติ และเป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ได้ข้อมูลตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย แบบวัดความอ่อนล้านี้นำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษา ผู้วิจัยเห็นว่ามีเหมาะสมกับกลุ่มที่ศึกษา จึงนำแบบวัดความอ่อนล้ามาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการนำไปหาความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 20 ราย หลังจากนั้นจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมได้เท่ากับ .85 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมและรายด้าน เท่ากับ .87,.81,.87,.87 และ .82 ตามลำดับ

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ได้ดัดแปลงมาใช้ในงานวิจัยผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ คำถามด้านบวก 14 ข้อ (ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18) คำถามด้านลบ 5 ข้อ (ข้อ 3, 4, 13, 16, 19) เป็นมาตราส่วนประมาณเชิงเส้นตรง 10 เซนติเมตร (Linear Analog Scale) โดยให้ผู้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายกากบาทลงบนส่วนของเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุดในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและเพิ่มข้อคำถาม เป็น 20 ข้อ ตามแนวคิดพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) โดยเพิ่มข้อคำถามข้อที่ 20 เป็นข้อคำถามด้านลบในเรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียนระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อให้เหมาะสมกับ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งข้อคำถามด้านบวกประกอบด้วย(ข้อ1,2,5,6,7,8,9,10,11,12,15,16,17,18,19) ข้อคำถามด้านลบประกอบด้วย (ข้อ 3,4,13,14,20)

ตรงตำแหน่ง 0 หรือจุด 0 หมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีที่สุด

ตำแหน่งปลาย หรือจุด 10 หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

การคิดคะแนนนั้น ได้กลับค่าคะแนนจากคำถามด้านลบ ก่อนนำมารวมกับค่าคะแนนจากคำถามด้านบวกจะได้คะแนนอยู่ระหว่าง 0-200 คะแนน โดยมีการแบ่งระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ดังนี้

ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ หมายถึง ค่าคะแนน 0-66

ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนน > 66-133

ระดับคุณภาพชีวิตสูง หมายถึง ค่าคะแนน >133-200

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้พัฒนามาจากบรรณิวัตคุณภาพชีวิตที่ พาดิลาและคณะ ได้สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1983 (Padilla, et al., 1983) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ความตรงในการจำแนก (discriminant validity) และความตรงตามสภาพ (concurrent validity) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (alpha coefficient) ของความสอดคล้องภายในเท่ากับ .88 (Padilla, et al., 1983)

ความเที่ยงของเครื่องมือ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ได้นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 142 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา .75 บุญขึ้น อิ่มมาก (2537) ได้นำไปศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้ยาเคมีบำบัดจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา .88 และ ปราณี เสนีย์ (2539) ได้นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา .74

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยแบบวัดคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัด ผู้วิจัยเห็นว่าเครื่องมือนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาและตรงกับนิยามของคุณภาพชีวิตที่จะศึกษา ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือนี้มาดัดแปลงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มที่ศึกษา โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำไปหาความตรงของเครื่องมือได้เท่ากับ .85 และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา .7 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาเท่ากับ.83

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาค จังหวัดลพบุรี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ และลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลทุกราย ข้อมูลทั้งหมดจะ ถูกเก็บไว้เป็นความลับ ในระหว่างสัมภาษณ์หากผู้ร่วมวิจัยมีความไม่สบายใจหรืออยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมให้สัมภาษณ์ ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรับการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี เพื่อแจ้งไปยังแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัดและหอผู้ป่วยในชายและหญิง ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าพยาบาลแผนกเคมีบำบัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 ท่านเป็นพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน 10 ปี เคยมีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ด้วยวิธีการใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชี้แจงถึงเกณฑ์ในการประเมินและใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยสาธิตการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาแนวทางและขั้นตอนในการเก็บข้อมูลและคอยให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลในระยะแรกเมื่อเกิดปัญหา

2. ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลที่ศูนย์มหาวชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี โดยมีรายละเอียด

2.1 ตรวจสอบทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งปอด ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัดจากสมุดลงทะเบียนประวัติ และคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ กรณีที่ผู้ป่วยมา

นอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยตามไปเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยซึ่งจะเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงก่อนได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อลดปัจจัยแทรกซ้อนของตัวแปร เช่น อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับขณะนั้น

2.2 ผู้วิจัยพบกับผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้ในวันที่นัดตรวจหรือวันที่นัดให้ยาเคมีบำบัด แนะนำตัวกับผู้ป่วย และสอบถามผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้คัดเลือกไว้ ด้วยคำถามคัดกรองว่ามีความเครียดหรือไม่เพียง 1 ข้อ ถ้าผู้ป่วยตอบว่า “มี” จะเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการขั้นตอนต่อไป โดยบอกวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยก่อนการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะมีการระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่ของผู้ป่วย และในการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด รวมทั้งมีสิทธิที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาในขณะที่เก็บข้อมูลโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และทบทวนการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสนใจและคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ไม่รบกวนการเข้าตรวจของผู้ป่วย

2.3 เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) และผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยไปที่ห้องที่จัดเตรียมไว้ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความสงบเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิ

2.4 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความเครียดเป็นอันดับแรก และให้ผู้ผู้ป่วยประเมินระดับความเครียดเหล่านั้นในภาพรวมแล้วหลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามการเผชิญความเครียดโดยในขณะตอบให้ระลึกว่าเป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่บรรยายมาในตอนต้นเท่านั้น ต่อด้วยแบบวัดความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด แบบวัดคุณภาพชีวิต และตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 45-60 นาที เฉลี่ย 50 นาที

2.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามและเติมข้อมูลในส่วนที่เป็นของผู้วิจัย และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามของการวิจัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยนำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2. ข้อมูลความเครียดและระดับความเครียด แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ความเครียด นำมาวิเคราะห์เนื้อหา จัดแยกเข้าหมวดหมู่และวิเคราะห์ โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ) ระดับความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

การวิเคราะห์เนื้อหา เป็นการพยายามบรรยายเนื้อหาของข้อความโดยใช้เชิงปริมาณอย่างเป็นระบบและเน้นสภาพวัตถุพิสัย คือ การบรรยายในเนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ พิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่อคติ หรือความรู้สึกรู้สึกของตนเองเข้าไปเกี่ยวข้อง ไม่เน้นการตีความที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง สิ่งที่สำคัญในการวิเคราะห์มี 3 ประการ คือ มีความเป็นระบบ มีความเป็นสภาพวัตถุพิสัย และอิงตามกรอบแนวคิดทฤษฎี (สุภาภรณ์ จันทวานิช, 2542: 9) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิด ในการวิเคราะห์เนื้อหาโดยมีขั้นตอนวิเคราะห์ดังนี้

- 1) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงไว้นำมาถอดเทปทุกถ้อยคำหลังการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมที่สังเกตได้ ในขณะที่สัมภาษณ์
- 2) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจพิจารณาเนื้อหา คำพูด ลักษณะการบรรยาย และพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะบรรยายสถานการณ์ที่เผชิญ เพื่อแยกว่าผู้ป่วยประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่าเป็นความเครียดหรือไม่
- 3) แยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นความเครียดโดยให้มีความชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วนำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
- 4) นำข้อมูลที่แยกประเภท และจัดหมวดหมู่เรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความตรงของการวิเคราะห์จากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ซึ่งมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์เนื้อหา

3. คะแนนการเผชิญความเครียด

การคำนวณค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนจริง (raw score) และคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) โดยการคำนวณหาคะแนนสัมพัทธ์ได้จากการหาสัดส่วน (proportion) ของค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน เช่นถ้าต้องการหาคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวนได้จากสูตร ดังนี้ (Vitaliano, et al., 1987 อ้างใน ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคณะ, 2540)

$$CF = \frac{ME_{CF}}{ME_{CF} + ME_{EM} + ME_{PA}}$$

เมื่อ CF = คะแนนสัมพัทธ์ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ME_{CF} = ค่าเฉลี่ยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ME_{EM} = ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการกับอารมณ์

ME_{PA} = ค่าเฉลี่ยด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

4. คะแนนความอ่อนล้าวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

5. คะแนนคุณภาพชีวิตวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

6. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษาคือระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิต

7. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เป็นการจัดลำดับตัวแปรอิสระเข้าสมการโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระที่มีค่ามากที่สุดเข้าสมการเป็นตัวแรก (ปาริชาติ กุซ, 2548) ซึ่งต้องผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547; 455- 478)

7.1 มีการกระจายแบบปกติ (normality) ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov

7.2 ตัวแปรอิสระตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เป็นเชิงเส้นตรง (linear relationship)

7.3 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity)

7.4 ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กัน (multicollinearity) ในระดับสูงไม่เกิน.65

7.5 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน

โดยทดสอบ Durbin - Watson

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาถึงความเครียด ระดับความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และความสามารถในการทำนายของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 5 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 2 ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 5 ความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2550 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2551 เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด และหอผู้ป่วยในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาชิราลงกรณธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี จากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมด 122 ราย มีจำนวน 27 ราย ที่ตอบว่าไม่มีความเครียด ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่รับเข้าไว้ในการวิจัยรวม 85 ราย จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 60 ราย ศูนย์มหาชิราลงกรณ ธัญบุรีจังหวัดปทุมธานี จำนวน 2 ราย และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรีจำนวน 23 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวน 26 ราย ผู้สูงอายุทั้งหมดได้ผ่านการทดสอบการรับรู้โดยทำแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) ได้คะแนนมากกว่า 25 คะแนนทุกราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเครียดและระดับความเครียดช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยผู้วิจัยเป็นลำดับแรก จากนั้นตอบแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด แบบวัด

ความอ่อนล้า แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลตามลำดับ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามและสัมภาษณ์ประมาณ 45- 60 นาที เฉลี่ย 50 นาที

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 85 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 54.69 ปี (SD=11.23) ส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 81.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.6 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 45.9 และความพอเพียงของรายได้ส่วนใหญ่พอใช้ร้อยละ 64.7 มีรายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มขณะรักษาต่อเดือนไม่เกิน 2,000 บาท ร้อยละ 53 ส่วนใหญ่มีวิธีการเสียค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 62.4 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 64.7 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวพบร้อยละ 35.3 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N= 85)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
18 - 40 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	11	12.94
41 - 60 ปี (วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง)	48	56.47
60 ปีขึ้นไป (วัยสูงอายุ)	26	30.6
(ค่าพิสัย = 20-82 ปี ค่าเฉลี่ย= 54.69 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.23)		
เพศ		
หญิง	48	54.5
ชาย	37	45.5
สถานภาพ		
โสด	7	7.5
คู่	70	81.2
หม้าย/หย่า/แยก	8	11.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N= 85) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา(ต่อ)		
ไม่ได้รับการศึกษา	3	3.5
ประถมศึกษา	43	50.6
มัธยมศึกษา	20	23.5
อนุปริญญา	9	10.6
ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	10	11.8
รายได้/ เดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	39	45.9
5,001 – 10,000	8	9.4
10,001- 15,000	13	15.3
15,001 –20,000	7	8.2
มากกว่า 20,000	18	21.2
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	55	64.7
ไม่เพียงพอ	27	31.8
เหลือเก็บ	3	3.5
รายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มขณะรักษา/เดือน		
0-2,000	45	27.1
2,001- 4,000	25	5.9
4,001- 6,000	12	4.7
6,001- 8,000	3	3.5
(ค่า พิสัย = 400-8,000 ค่าเฉลี่ย= 2,655.29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1,847.75)		
วิธีการเสียค่ารักษาพยาบาล		
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด	23	27.1
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	5	5.9
ประกันสังคม	4	4.7
บัตรประกันสุขภาพ	53	62.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N= 85) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	55	64.7
มี	30	35.3
โรคหัวใจ	2	6.7
โรคเบาหวาน	1	3.3
โรคความดันโลหิตสูง	18	60
โรคอื่นๆ		

หมายเหตุ อาจมีผู้ป่วยมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 85 รายนี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ร้อยละ 95.3 ซึ่งพบว่า อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 65.45 ระยะที่ 4 ร้อยละ 34.57 เป็นมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (SCLC) ร้อยละ 4.7 ซึ่งมีรอยโรคระยะแพร่กระจาย (Extensive disease) คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงวันที่เก็บข้อมูลส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 62.4 ดังตารางแสดงที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่รับการวินิจฉัยชนิดของมะเร็งระยะการแพร่กระจาย (N=85)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชนิดของมะเร็งปอด		
เซลล์เล็ก (SCLC)	4	4.7
ระยะจำกัด (Limit disease)	0	0
ระยะแพร่กระจาย (Extensive disease)	4	100
ไม่ใช่เซลล์เล็ก (NSCLC)	81	95.3
ระยะ III	53	65.43
ระยะ IV	28	34.57

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาที่รับการวินิจฉัย ชนิดของมะเร็ง ระยะการแพร่กระจาย (N=85) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย		
< 6 เดือน	53	62.4
> 6 เดือน – 1 ปี	22	25.9
> 1 ปี – 2 ปี	8	9.4
> 2 ปี	2	2.4

ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งปอดพบว่า ส่วนใหญ่เป็นสูตรซิสพลาตินร่วมกับยาชนิดอื่นร้อยละ 69.4 ได้แก่ ซิสพลาตินร่วมกับอิโทโทไพไซด์ร้อยละ 44.7 ซิสพลาตินร่วมกับเอมเอ็มซี และวินบลาสติน ร้อยละ 10.6 และซิสพลาตินร่วมกับชนิดอื่นๆอีกร้อยละ 14.1 ดัง ตารางที่ 3

ส่วนสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับยาชนิดอื่นมีร้อยละ 22.4 ได้แก่ คาร์โบพลาตินร่วมกับอิโทโทไพไซด์ ร้อยละ 8.2 คาร์โบพลาตินร่วมกับเทคซอลร้อยละ 7.1 คาร์โบพลาตินร่วมกับแอนซาเทคร้อยละ 5.9 คาร์โบพลาตินร่วมกับนาเวลีนร้อยละ 1.2 และยาเคมีบำบัดที่ใช้ชนิดเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 8.2 ดังตารางที่ 3

นอกจากนี้ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับก่อนชุดปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 13 ราย เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว แต่ปัจจุบันได้รับยาเคมีชนิดใหม่เนื่องจากการไม่มีการตอบสนองในการรักษา ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาตินร่วมกับยาเคมีชนิดอื่นร้อยละ 46.15 ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดเดี่ยวร้อยละ 38.46 และได้รับยาเคมีบำบัดซิสพลาตินร่วมกับยาเคมีบำบัดชนิดอื่นร้อยละ 15.39 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละชนิดยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งปอด (N=85)

ชนิดยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งปอด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ยาเคมีบำบัดที่ได้รับชุดปัจจุบัน		
Cisplatin combination	59	69.4
Cisplatin with Etoposide	38	44.7
Cisplatin with MMC and Vinblastin	9	10.6
Cisplatin with Navelbine	7	8.2
Cisplatin with Taxotere	4	4.7
Cisplatin with ADM	1	1.2
Carboplatin combination	19	22.4
Carboplatin with Etoposide	7	8.2
Carboplatin with Taxol	6	7.1
Carboplatin with Anzatax	5	5.9
Carboplatin with Navelbine	1	1.2
Single agent	7	8.2
ชนิดยาเคมีบำบัดที่ได้รับก่อนชุดปัจจุบัน (n = 13)		
Carboplatin combination	6	46.15
Cisplatin combination	2	15.39
Single Agent	5	38.46

MMC= Mitomicin C

ADM = Adriamycin (Doxorubicin)

จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับพบว่าส่วนใหญ่เป็นชุดที่ 1 ร้อยละ 49.4 ชุดที่ 2 ร้อยละ 28.2 ชุดที่ 3 ร้อยละ 8.2 ชุดที่ 4 ร้อยละ 5.9 ชุดที่ 5 ร้อยละ 3.5 ดังตารางแสดงที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของจำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ (N = 85)

จำนวนชุดของยาเคมีบำบัด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชุดที่ 1	42	49.4
ชุดที่ 2	24	28.2
ชุดที่ 3	7	8.2
ชุดที่ 4	5	5.9
ชุดที่ 5	3	3.5
ชุดที่ 6	3	3.5
ชุดที่ 10	1	1.2

ส่วนที่ 2 ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 85 ราย โดยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดระลึกถึงและบรรยายถึงความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด และผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัดตั้งแต่การได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจนถึง ณ ปัจจุบันวันที่มารับการตรวจ หรือรอรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป ผู้วิจัยได้นำคำบรรยายมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดกลุ่มสาระที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละประเด็น นอกจากนี้ยังเสนอผลการวิจัยในลักษณะความถี่และร้อยละในแต่ละประเด็นซึ่งผู้วิจัยรวบรวมจากคำพูดที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดบรรยายในการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดนำเสนอ ดังนี้

1. ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด
2. ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด

1. ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งปอดเกี่ยวกับความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดรับรู้ว่าการได้รับยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดเกิดความเครียด กังวลใจ ทุกข์ใจ ซึ่งสามารถแบ่งสถานการณ์ความเครียดได้ 2 ประเภท ได้แก่ 1) ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย 2) ความเครียดที่เป็นผลกระทบด้านจิตใจ

1.1. ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุดโดยมีอาการต่างๆ ดังนี้คือ อาการต่อระบบทางเดินอาหาร (เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน) อ่อนเพลียไม่มีแรง นอนไม่หลับ ผลเลือดต่ำกว่าปกติซึ่งทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ เหนื่อย และผมร่วง อาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีตัวอย่างดังต่อไปนี้

อาการต่อระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะเกิดอาการต่อระบบทางเดินอาหาร(เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน) พบร้อยละ 5.88 ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่า

“เครียดกับอาการแพ้ต่าง ๆ จากการให้ยาเคมี เวลาให้ยามันมีอาการไม่สุขสบาย เนื้อตัวอ่อนแรง เพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นความทุกข์ทรมานมากเลย อยากให้ มันหาย” (ผู้ป่วยรายที่ 78)

อ่อนเพลียไม่มีแรง ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะเกิดอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง พบร้อยละ 7.06 ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่า

“พอมานอนให้ยาที่ไรจะมีอาการทานอาหารไม่ได้นอนไม่หลับต้องขอยานอนหลับหมดทุกคืน ไม่มีแรงอ่อนเพลียมาก แขนขาอ่อนแรง” (ผู้ป่วยรายที่ 7)

นอนไม่หลับ โดยพบว่าการได้รับยาเคมีบำบัดนั้นผู้ป่วยมะเร็งปอดจะเกิดอาการนอนไม่หลับ อาจเป็นเพราะมีความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ หรือมีความไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาเคมีจนทำให้นอนไม่หลับ พบร้อยละ 5.88 ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่า

“นอนไม่หลับทั้งๆที่กังวลนอนพยายามทำใจ ช่มใจให้หลับก็นอนไม่หลับเลยต้องขอยานอนหลับ หลังกินยาถึงจะหลับได้” (ผู้ป่วยรายที่ 8)

ผลเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะเกิดผลเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ พบร้อยละ 1.17 ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่า

“เครียดมากช่วงให้เคมีตอนอยู่โรงพยาบาลไม่เป็นไร พอกลับไปบ้านแล้วนอนชม อยู่ 3 วัน แล้วก็เริ่มดีขึ้น แต่ผมมีไข้ต่อพอนั้นมีไข้แล้วมันไม่สบายตัว ก็เจ็บหน้าอกบ้าง เหนื่อยหอบบ้าง เพราะผมให้เค โคมแล้วเกร็ดเลือดต่ำ มาที่วันนี้ก็ให้เลือดไป 2 ถุง เพราะเวลาเกร็ดเลือดต่ำมันก็ทนไม่ค่อยไหว ก่อนข้างจะทรมาณเหนื่อย” (ผู้ป่วยรายที่ 62)

เหนื่อย เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมักเกิดอาการไม่สุขสบาย เช่น มีอาการอาเจียนมาก นอนไม่หลับ หรือ รับประทานอาหารไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดรู้สึกเหนื่อย ร่างกายไม่แข็งแรง พบร้อยละ 1.17 ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่า

“เครียดเวลาให้ยาแล้วร่างกายไม่แข็งแรง มันเหนื่อย และก็เพลีย นอนไม่หลับ อยากหลับ บางครั้งมันก็ไม่หลับ เมื่อก่อนนอนตั้งแต่หัวค่ำตื่นสว่าง แต่เวลาให้ยามันนอนไม่หลับไม่รู้ว่ามันเป็นยังไง เพราะเป็นอย่างนี้ก็เครียด คิดว่าจะทำอย่างไรดีกับตัวเอง ทานข้าวก็ไม่ลง หงุดหงิดในหัวใจ” (ผู้ป่วยรายที่ 80)

ผมร่วง ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะเกิดผมร่วงพบร้อยละ 1.17 ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่า

“เครียดเวลาให้ยาจะมีอาการแพ้ต่าง ๆ เช่น ผมร่วง อาเจียน ไม่อยากให้มันเกิดขึ้นกับเรา บางคนเขาบอกว่ามันแรงมากอาจทำให้ช็อกไปเลย ยิ่งกลัวใหญ่เลย” (ผู้ป่วยรายที่ 75)

จากความเครียดที่ผู้ป่วยบรรยายจะเห็นได้ว่า การได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ล้วนเป็นความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานร่างกายที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ซึ่งความทุกข์ทรมานดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด หากอาการดังกล่าวไม่ทุเลาเบาบางลงอาจก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจตามด้วย

1.2. ความเครียดที่เป็นผลกระทบด้านจิตใจ

นอกจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจะมีผลต่อร่างกายทำให้ไม่สบายและทุกข์ทรมานแล้วยังมีผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษา และความรู้สึกกลัวตาย ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าก่อให้เกิดความเครียดซึ่งมีตัวอย่างดังต่อไปนี้

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยจึงประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียด ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่า

“กลัวว่าจะรับยาไม่ได้ เพราะมีญาติเสียชีวิตจากการให้ยา คือ เกิดเป็นแผลในปาก แล้วไม่ได้บอกใครทำให้คิดเชื่อและเสียชีวิต พอรู้ว่าตัวเองจะต้องให้เคมีจึงทำให้กลัวยาเคมีแรก ๆ หลังให้ยา ทานอาหารได้ เป็นที่ปอดเหมือนมีก้อนจุกที่อก จุก นอนไม่หลับ ถ่ายไม่ออก เครียด หงุดหงิดอยากตาย” (ผู้ป่วยรายที่ 16)

“ตอนแรกหมอบอกตกใจ ร้องไห้ เสียใจมากทำไมถึงต้องเกิดกับเราด้วย และยังให้ยาเคมีก็กลัว ในความรู้สึกคิดว่ามันน่ากลัว แล้วกลัวว่าจะแพ้ยาและมีอาการต่าง ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 74)

ความรู้สึกไม่แน่นอนของการรักษา ร้อยละ 33.82 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษาไม่แน่ใจว่าในการรักษาจะสามารถทำให้ตนเองมีชีวิตอยู่ได้นานเพียงใด การรักษาสิ้นสุดเมื่อใดผู้ป่วยมักเกิดคำถามขึ้นในใจตลอดเวลาของการรักษา ถึงแม้ว่าแพทย์จะบอกถึงการพยากรณ์ของโรคแล้วก็ตามผู้ป่วยยังแอบมีความหวังเล็กๆในการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความรู้สึกไม่แน่นอนของการรักษาร้อยละ 33.82 จึงทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียดดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่า

“คิดว่าถ้าเราให้ยาไม่ต่อเนื่องมันจะหายหรือเปล่า หรือว่าจะหยุดการรักษาเพราะไม่แน่ใจว่าจะหายหรือเปล่า เพราะแพทย์บอกว่าเป็นระยะสุดท้ายแล้ว บางทีมันก็ท้อนะ กลัวการรักษาว่าจะได้ผลจริงหรือ” (ผู้ป่วยรายที่ 26)

“เครียดเกี่ยวกับการรักษาว่าจะทำให้ก้อนมะเร็งมันจะยุบไหม ถ้าไม่ยุบแล้วจะมีอาการอย่างไรต่อไปคิดไปเรื่อย ๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 47)

ความรู้สึกกลัวตาย ร้อยละ 5.88 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความวิตกกังวลกลัวว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเป็นมะเร็งปอดถึงอย่างไรก็ต้องตาย ส่วนใหญ่ยังทำใจกับการจากไปไม่ได้ หรือยังไม่อยากจากไปก่อนวัยอันควร จึงทำให้ประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียด

“กลัวตาย กลัวรักษาไม่หายเพราะว่ายังไม่อยากจาก โลกนี้ไป อยากอยู่กับภรรยาเป็นห่วงเขามาก” (ผู้ป่วยรายที่ 83)

“ยาเคมีบำบัดครั้งแรกก็ไม่ว่ามันจะมีอะไรเกิดขึ้น พอผ่านไปชุดแรกก็สบายใจไม่มีอะไรเกิดขึ้น แต่รู้สึกเบื่ออาหาร ชุดแรกกลัวว่าอายุสั้น มันจะทำให้สุขภาพไม่ดีไปเรื่อย ๆ สุขภาพจะทรุดลงเรื่อย ๆ เมื่อได้รับยาเคมี อาจจะผมร่วง ผมร่วง ผิวเหลือง ไม่มีเลือด” (ผู้ป่วยรายที่ 64)

จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยบรรยายมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคการรักษา ความไม่แน่นอนในชีวิตกลัวการจากไปก่อนวัยอันควร และความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแล้วหรือยังไม่เคยเกิดโดยได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นแล้วประเมินสถานการณ์นั้นๆ ว่าก่อให้เกิดความเครียด

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดบรรยายถึงความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัดทุกรายแล้ว สามารถนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ ดังตารางแสดงที่ 5 โดยพบว่า ความเครียดที่เป็นผลกระทบด้านจิตใจมากที่สุด โดยพบความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดถึงร้อยละ 68.21 รองลงมา คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนของการรักษาร้อยละ 38.82 ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ร้อยละ 25.86 และความรู้สึกกลัวตายร้อยละ 5.88 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N=85)

ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอด	ความถี่	ร้อยละ
ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย		
เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด		
- ระบบทางเดินอาหาร(เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน)	8	9.41
- อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	6	7.06
- นอนไม่หลับ	5	5.88
- ผลเลือดต่ำกว่าปกติ	1	1.17
- เหนื่อย	1	1.17
- ผอมร่วง	1	1.17
ความเครียดที่เป็นผลกระทบด้านจิตใจ		
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด	58	68.21
ความรู้สึกล้มเหลวของการรักษา	33	38.82
ความรู้สึกล้มเหลว	6	5.88
หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีความเครียดมากกว่า 1 สถานการณ์		

2. ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด จึงได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้บรรยายไว้ และนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และผลกระทบด้านสังคม

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ นอนไม่หลับ ร้อยละ 37.65ร่างกายทรุดลง/อ่อนเพลีย ร้อยละ9.41 และรับประทานอาหารไม่ได้ร้อยละ 3.53 ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่า

“เครียดในวันก่อนที่จะมารับยาจะทำให้เราหงุดหงิด กลัวในการรักษาจะทำให้อ่อนแรง กลัวว่าจะแพ้ เครียดมากปวดศีรษะ นอนไม่หลับเลย” (ผู้ป่วยรายที่ 21)

“ฉันคิดว่าทำให้ร่างกายทรุดลง อาจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม” (ผู้ป่วยรายที่ 82)

“มันทำให้ทานอาหารไม่ได้ ทำให้มีอาการอ่อนเพลียหรือร่างกายทรุดลงได้” (ผู้ป่วยรายที่ 63)

จากการบรรยายของผู้ป่วยมะเร็งปอดจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบด้านร่างกาย ระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือบรรเทาอาการลงได้ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานมากขึ้น หรืออาจเกิดการเบื่อหน่ายและท้อแท้ในการมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป

2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ เป็นห่วงครอบครัวร้อยละ 49.41 เมื่อการเข้ารับการรักษาท้อแท้งกับชีวิต ร้อยละ 7.05 และกลัวเป็นภาระร้อยละ 2.35 ผู้ป่วยคิดว่าตัวเองเป็นภาระกับครอบครัว ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าต่อไปนี้

“เป็นห่วงครอบครัวอยากมีชีวิตอยู่กับครอบครัวนานๆ ปกติครอบครัวอบอุ่นมีพ่อ และ ลูกอีก 2 คน คนโตเพิ่งจบ คนเล็กอยู่ชั้นมัธยม และมีกิจกรรมร่วมกันเสมอ ถ้าเราจากเขาไปพวกเขาจะเป็นอย่างไรก็ไม่รู้” (ผู้ป่วยรายที่ 82)

“เมื่อการเข้าออกโรงพยาบาลเรื่อย ๆ เบื่อชีวิตแบบนี้เมื่อไรจะไม่ต้องมีชีวิตอย่างนี้ ยากให้จบการรักษาเร็วๆ” (ผู้ป่วยรายที่ 55)

“มาอยู่โรงพยาบาลก็เบื่อเพราะไม่ได้ใช้ชีวิตตามปกติ แต่ก็ต้องมารักษาเพราะว่าอยากหาย มาอยู่โรงพยาบาลไม่ได้ช่วยแม่ขายของเลยสงสารแม่ด้วย อยากกลับไปช่วยแม่ขายของเพื่อแบ่งเบาภาระของแม่” (ผู้ป่วยรายที่ 77)

จากการที่ผู้ป่วยบรรยายจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านจิตใจ เป็นห่วงครอบครัว กลัวเป็นภาระ เมื่อการเข้ารับการรักษาท้อแท้งในชีวิต เพราะโรคมะเร็งต้องมีการรักษาที่ยาวนาน และต้องเข้ารับการตรวจรักษาบ่อยครั้ง อาจทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้

2.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยได้กล่าวถึงโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องจึงทำให้ต้องมาพบแพทย์บ่อยครั้ง ในการมาแต่ละครั้งต้องเสียค่าเดินทาง ค่าอาหาร ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะใช้สิทธิในการเบิกประกันสังคม บัตรสุขภาพถ้วนหน้า หรือเบิกจ่ายตรงกับรัฐบาล ค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากนี้ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง ประกอบกับผู้ป่วยบางคนเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ก็มีแต่รายจ่ายไม่มีรายรับ บางคนอาชีพรับจ้างพอเจ็บป่วยต้องหยุดงานจึงทำให้รายได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ คือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 2.35 ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 5.88 ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าต่อไปนี้

“คิดว่าตัวเองเป็นภาระของครอบครัวเพราะเราเคยหาเงินได้เดือนละหลายหมื่น พอป่วยปั๊บ ไม่มีรายได้ให้ที่บ้านเราเป็นคนหารายได้หลัก และทุกวันนี้ก็ใช้เงินที่เก็บอยู่ มันมีแต่อกไม่มีเข้า จึงทำให้เราเครียด การเดินทางมาหาหมอแต่ละครั้งก็ใช้เงิน ค่าใช้จ่ายในบ้านประจำก็มีอยู่แล้ว” (ผู้ป่วยรายที่ 77)

“เครียดเรื่องค่าใช้จ่ายของครอบครัวค่ะ ไหนจะค่ารักษาถึงแม้ว่าจะรักษาบัตรทอง แต่ก็ต้องกินต้องใช้ มาป่วยงานก็ไม่ได้ทำจะสงสารลูก” (ผู้ป่วยรายที่ 74)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไม่เพียงแต่ได้รับผลกระทบเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของตัวเองเท่านั้น แต่ยังมีผลถึงค่าใช้จ่ายในครอบครัวทั้งหมด ถ้าเป็นครอบครัวที่มีฐานะยากจน หรือมีรายได้น้อยจะทำให้ได้รับผลกระทบมากขึ้น

2.4 ผลกระทบทางด้านสังคม

ร้อยละ 5.88 ของผู้ป่วยระบุถึงเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปเคยทำงานได้ก็ทำไม่ได้ไม่เต็มที่ หรือไม่เต็มความสามารถเหมือนเดิมจึงทำให้มีผลกระทบกับหน้าที่การงาน โดยพบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบเรื่องงาน ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยเล่าต่อไปนี้

“เรื่องเงินทองของครอบครัวตั้งแต่ไม่สบายก็มีแต่รายจ่าย ทำให้เงินที่ใช้กับครอบครัวก็น้อยลง เรื่องสามมีมีผู้หญิงใหม่” (ผู้ป่วยรายที่ 10)

“เครียดเรื่องงาน เพราะว่าเป็นหน่วยงาน กลัวว่าจะทำได้ไม่เหมือนที่เราเคยทำ และเรื่อง
ทางบ้าน เป็นห่วงพวกเค้า” (ผู้ป่วยรายที่ 25)

“ที่เราเป็นโรคนี้เนี่ยะ เวลาที่จะให้ครอบครัวน้อยลง ก็ต้องแจกแรงงานไปให้ลูกน้องบ้าง”
(ผู้ป่วยรายที่ 79)

จะเห็นว่าเมื่อเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่การงาน การทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ
และเมื่อเจ็บป่วยนานรับการรักษาที่ยาวนาน นั้นหมายถึงอาจต้องพิจารณาออกจากงานซึ่งเกี่ยวพัน
กันถึงค่าใช้จ่ายต่างๆด้วยหากไม่ได้รับการแก้ไขช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบมากขึ้น

เมื่อวิเคราะห์สิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้บรรยายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมี
บำบัด พบว่า ด้านร่างกายผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับมากที่สุดร้อยละ 37.65 ร่างกายทรุดลง/
อ่อนเพลีย 9.41 และรับประทานอาหารไม่ได้ร้อยละ 3.35 ด้านจิตใจโดยพบว่าเป็นห่วงทางบ้าน/
ครอบครัวและลูกมากที่สุด ร้อยละ 49.41 เมื่อการเข้ารับการรักษา/ต่อสู้กับชีวิต ร้อยละ 7.05 และ
กลัวเป็นภาระร้อยละ 2.35 ด้านเศรษฐกิจพบว่าได้รับผลกระทบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวร้อย
ละ 7.05 และ ค่ารักษาพยาบาล 2.35 ด้านสังคมพบว่าเป็นห่วงงานร้อยละ 5.88 ดังแสดงตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N=85)

ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด	ความถี่	ร้อยละ
ด้านร่างกาย		
นอนไม่หลับ	32	37.65
ร่างกายทรุดลง/อ่อนเพลีย	8	9.41
รับประทานอาหารไม่ได้	3	3.53
ด้านจิตใจ		
เป็นห่วงทางบ้าน/ครอบครัวและลูก	42	49.41
เบื่อการเข้ารับการรักษาท้อแท้กับชีวิต	6	7.05
กลัวเป็นภาระ	2	2.35
ด้านเศรษฐกิจ		
ค่าใช้จ่ายในครอบครัว	6	7.05
ค่ารักษาพยาบาล	2	2.35
ด้านสังคม		
เป็นห่วงงาน	5	5.88

หมายเหตุ ผู้ป่วย 1 ราย อาจได้รับผลกระทบมากกว่า 1 ด้าน

ส่วนที่ 3 ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ระดับความเครียด

การศึกษารั้งนี้วัดระดับความเครียดหลังจากผู้ป่วยมะเร็งปอดให้สัมภาษณ์ความเครียดในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบวัดระดับความเครียด เกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale มีคะแนนตั้งแต่เครียดน้อยที่สุด 1 คะแนน ถึงเครียดมากที่สุด 100 คะแนน พบว่าระดับคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 64.88 (SD 19.27, พิสัย 20-100) มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

การเผชิญความเครียด

คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 52-139 จากคะแนนที่เป็นไปได้ 36-180 ค่าเฉลี่ย 118.58 คะแนน (SD= 12.29) เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดใน 3 ด้าน ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีคะแนนอยู่ระหว่าง 17- 61 ค่าเฉลี่ย 50.65 คะแนน (SD= 7.15) ด้านการจัดการกับอารมณ์มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11-28 ค่าเฉลี่ย 19.51คะแนน (SD=3.53) ด้านการบรรเทาความเครียดมีคะแนนอยู่ระหว่าง 23-59 ค่าเฉลี่ย 48.42 คะแนน (SD= 5.82) และเมื่อพิจารณาคะแนนของค่าที่เป็นไปได้และค่าคะแนนจริงพบว่า คะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นจริงสูงกว่าคะแนนต่ำสุดของที่เป็นไปได้ของการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยทุกรายในงานวิจัยนี้ได้ใช้การเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้านดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญเครียดรายด้านและโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง (Raw score) (N=85)

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนรวม	36-180	52-139	118.58	12.29
การเผชิญหน้ากับปัญหา	13- 65	17-61	50.65	7.15
การบรรเทาความเครียด	14-70	23-59	48.42	5.82
การจัดการกับอารมณ์	9- 45	11-28	19.51	3.53

เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งแสดงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดรายด้านเมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) (N=85)

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเผชิญหน้ากับปัญหา	0.14-0.51	0.43	0.06
การบรรเทาความเครียด	0.19- 0.50	0.41	0.05
การจัดการกับอารมณ์	0.09- 0.24	0.16	0.03

เมื่อพิจารณาถึงวิธีการเผชิญความเครียดรายข้อพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่าร้อยละ 54.1 ที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากที่สุดใน 5 อันดับแรกเป็นด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 2 ข้อ ได้แก่ พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นคนที่เคยได้รับเคมีบำบัด แสวงหาความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน และด้านการบรรเทาความเครียด 3 ข้อ ได้แก่ สวดมนต์ ภาวนา ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย, ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง พยายามทำใจยอมรับการรักษา, ยอมรับสถานการณ์แม้ไม่เป็นไปตามคาดหวัง ส่วนผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดน้อยกว่าร้อยละ 20.5 5 ที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดน้อยที่สุดใน 5 อันดับอันดับสุดท้าย คือ ด้านการจัดการกับอารมณ์ 3 ข้อ ได้แก่ รับประทานอาหาร สูดบุหรื หรือเคี้ยวหมากฝรั่งมากขึ้น, ดำเนินคิดอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา, โกรธ สาปแช่ง สบถสาบาน ด้านการบรรเทาความเครียด 1 ข้อ ได้แก่ มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 1 ข้อ ได้แก่ ระบายความเครียดโดยการออกแรงหรือออกกำลังกาย ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเผชิญความเครียดที่ใช้มากที่สุดและน้อยที่สุด 5 อันดับแรกเรียงตาม (N= 85)

ลำดับ	วิธีการเผชิญความเครียด	ร้อยละ	* ด้าน
5 อันดับแรกของการเผชิญความเครียดที่มีผู้ใช้มากที่สุด			
1	พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นคนที่เคยได้รับเคมีบำบัด	72.9	Con
2	แสวงหาความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน	63.5	Con
3	สวดมนต์ ภาวนา ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย	56.5	Pal
4	ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง พยายามทำใจยอมรับการรักษา	55.3	Pal
5	ยอมรับสถานการณ์แม้ไม่เป็นไปตามคาดหวัง	54.1	Pal
5 อันดับสุดท้ายของวิธีการเผชิญความเครียดที่มีใช้น้อยที่สุด			
1	รับประทานอาหาร สูดบุหรื หรือเคี้ยวหมากฝรั่งมากขึ้น	8.2	Emo
2	ดำเนินคิดอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	8.2	Emo
3	โกรธ สาปแช่ง สบถสาบาน	16.3	Emo
4	มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	18.1	Pal
5	ระบายความเครียดโดยการออกแรงหรือออกกำลังกาย	20.5	Con

* Con = ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา, Emo= ด้านการจัดการกับอารมณ์, Pal=ด้านการบรรเทาความเครียด

ความอ่อนล้า

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความอ่อนล้าโดยรวมเท่ากับ 107.73 คืออยู่ในระดับปานกลาง (SD= 24.39) เมื่อพิจารณาความอ่อนล้ารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของความอ่อนล้าด้านการรับรู้ความหมายเท่ากับ 42.15 (SD=8.33) มีค่าความอ่อนล้าอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยของความอ่อนล้าด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงและด้านความรู้สึกเท่ากับ 28.79, 21.78 (SD=10.19, 8.44) ซึ่งมีค่าความอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความอ่อนล้าด้านสติปัญญา/อารมณ์เท่ากับ 15.01 (SD=8.68) มีค่าความอ่อนล้าเล็กน้อยดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความอ่อนล้า (N=85)

คะแนนความอ่อนล้า	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความอ่อนล้า
โดยรวม	107.73	24.39	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง	28.79	10.19	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความหมาย	42.15	8.33	มาก
ด้านความรู้สึก	21.78	8.44	ปานกลาง
ด้านสติปัญญา/อารมณ์	15.01	8.68	เล็กน้อย

คุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 121.76 (SD= 26.44) โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 41 ถึง 194 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 200 คะแนนซึ่งมีค่าอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล(อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 6 ความความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล(อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร เนื่องจากตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้ง 5 ตัวมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ค่า significance ของ Komogorov-Smirnov (K-S) > .05 คือเท่ากับ .054 - .941 ดังตารางที่ 11 จึงหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson

Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาพบว่าระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .085, -.007, -.079$ และ $-.130$ ตามลำดับ $P > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าทดสอบการแจกแจงปกติของ ระดับความเครียด การเผชิญความเครียดโดยรวม อายุ ความอ่อนล้าโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการบำบัดโดยใช้สถิติทดสอบ Komogorovsminov (N=85)

ตัวแปร	Min-Max		Mean	SD	K-S	Sig2tail
	Possible	Actual				
1.ระดับความเครียด	1-100	20-100	64.88	19.72	1.345	.054
2.การเผชิญความเครียดโดยรวม	36-180	52-139	118.58	12.39	.885	.413
3.อายุ	18 ปีขึ้นไป	20-82	54.69	11.23	.823	.507
4.ความอ่อนล้าโดยรวม	0-220	38-170	107.72	24.39	.530	.098
5.คุณภาพชีวิต	0-200	41-194	121.76	26.43	1.228	.941

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (N=85)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.ระดับความเครียด	1.00				
2.การเผชิญความเครียดโดยรวม	.165	1.00			
3.อายุ	-.048	-.023	1.00		
4.ความอ่อนล้าโดยรวม	.102	.178	-.060	1.00	
5.คุณภาพชีวิต	.085	-.007	-.079	-.130	1.00

ส่วนที่ 5 ความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากคำถามการวิจัยข้อที่ 7 ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้หรือไม่ แต่เนื่องจากผลการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่สามารถนำเข้าสู่สมการในการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression) ได้

ข้อสังเกตจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

เนื่องจากผลการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามไม่มีความสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม โดยนำข้อมูลดิบของจำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับมาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด จำนวน 42 ราย กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด จำนวน 43 ราย และนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยของระดับความเครียด คะแนนความอ่อนล้า และคะแนนคุณภาพชีวิต มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนระดับความเครียด พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด มีระดับความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด มีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 65.23 (SD = 18.64) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด มีคะแนนความเครียดเฉลี่ย 61.74 (SD = 18.06)

คะแนนความอ่อนล้า พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด มีความอ่อนล้าต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด มีคะแนนความอ่อนล้าเฉลี่ย 105.76 (SD = 22.88) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด มีคะแนนความอ่อนล้าเฉลี่ย 114.81 (SD = 21.48)

คะแนนคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด มีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 124.12 (SD = 25.67) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 113.62 (SD = 29.54)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ประเด็นที่นำมาอภิปรายในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ความเครียดจากได้รับยาเคมีบำบัด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ความสัมพันธ์และความสามารถของตัวแปรในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.5 สอดคล้องกับการศึกษาของบีชและคณะ (Beach, Siebeneck, Buderer & Ferner, 2001) แต่แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (อรัญ สุนใจยุทธ, 2539; พวงทิพย์ รัตนะรัต, 2541; Varinthon, 2006; Hollen, 1999; Xiaolin, 2002; Downe – Wambolt, 2005; Brozcuk, et al., 2006) อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้มีการคัดกรองผู้ป่วยในการเข้ากลุ่ม โดยผู้ป่วยต้องมีความเครียดในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดและพบว่าผู้หญิงจะมีความเครียดและผ่านเกณฑ์มากกว่าเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 20- 82 ปี ($M=54.69$, $SD= 11.23$) ซึ่งร้อยละ 50 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 41- 60 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ และทักษะชีวิตในการจัดการกับปัญหาต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งปอดพบมากในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Varinthon, 2006; Hollen, 1999; Brozcuk, et al., 2006) กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 81.2 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นงเยาว์ กันทะมูล, 2546; รุจิรัตน์ ผัดวัน, 2549; Varinthon, 2006; Xiaolin, 2002; Shell, et al., 2008) การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่แสดงถึงว่าผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ในชีวิต

ด้านการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.6 สอดคล้องกับผลการวิจัยของนงเยาว์ กันทะมูล (2546) รุจิรัตน์ ผัดวัน (2549) และวรินทร์ จันทรมณี (Varinthon, 2006) รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท สอดคล้องกับการวิจัยของรุจิรัตน์ ผัดวัน

(2549) ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่พอใช้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของวรินทร์ จันทรมณี (Varinthon, 2006) รายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มขณะรักษา/เดือนส่วนใหญ่จ่ายเพิ่ม ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อเดือน ส่วนใหญ่เสียค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ และผู้ป่วยสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ สำหรับในประเทศไทยค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้สิทธิในเบิกของทางราชการ บัตรประกันสังคมสำหรับผู้ที่ทำงานบริษัท และสำหรับผู้ที่มิรายได้น้อยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ซึ่งสอดคล้องคล้อยกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Varinthon, 2006) และโรคประจำตัวส่วนใหญ่พบว่าไม่มีโรคประจำตัว ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่จะพบโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก(NSCLC) มากกว่ามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (SCLC) และพบในระยะของโรคที่ลุกลามระยะของโรคที่พบ ในระยะ 3 และ 4 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (นงเยาว์ กันทะมุล, 2546; รุจิรัตน์ ผิดวัน, 2549; Hollen, 1999; Xiaolin, 2002) พบว่ามะเร็งปอดในระยะแรกๆจะไม่พบอาการแสดง พบอาการแสดงของโรคในระยะที่มีการลุกลาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมาพบแพทย์ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ซึ่งการรักษาทำได้เพียงบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากตัวโรค และเพียงยืดชีวิตเท่านั้น และพบว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงวันเก็บข้อมูลส่วนใหญ่น้อยกว่า 6 เดือน

ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษามะเร็งปอดส่วนใหญ่ใช้สูตรซิสพลาตินร่วมกับยาชนิดอื่น เช่น ซิสพลาตินร่วมกับอีโทโปไซด์ ส่วนสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับยาชนิดอื่นส่วนใหญ่เป็นสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับอีโทโปไซด์ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของรุจิรัตน์ ผิดวัน (2549) และวรินทร์ จันทรมณี (Varinthon, 2006) ส่วนใหญ่มีการใช้คาร์โบพลาตินร่วมกับยาชนิดอื่น ส่วนชนิดของยาเคมีที่เคยได้รับก่อนชุดปัจจุบันเนื่องจากการไม่มีการตอบสนองต่อการรักษา จากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 13 ราย พบว่าส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัด สูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับยาชนิดอื่นจำนวน 6 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของวรินทร์ จันทรมณี (Varinthon, 2006)

จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับซึ่งในการศึกษานี้ได้มีการกำหนดว่าผู้ป่วยต้องได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อยหนึ่งครั้ง พบว่าส่วนใหญ่ได้รับเป็นชุดที่ 1 จำนวน 42 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของหวัง เยียนเหมย (1998) ที่พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัดชุดที่ 1 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของอรัญ สنجายุทธ (2539) ที่พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัดชุดที่ 2

สรุป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 85 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 41-59 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้น้อยกว่า 5,000 ต่อเดือน มีความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่พอใช้ ค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตร

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยน้อยกว่า 6 เดือน ชนิดของมะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (NSCLC) ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษา ส่วนใหญ่ใช้ซิสพลาตินร่วมกับอีโทปอไซค์ ชนิดของยาเคมี ที่เคยได้รับก่อนชุดปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับยาชนิดอื่น และ จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับชุดปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับเป็นชุดที่ 1

ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การศึกษาครั้งนี้ประเมินสถานการณ์ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง พบว่าความเครียด ที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ 1) ความเครียดที่เกิดจากการ เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย คือ เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อย นอนไม่หลับเป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดเกิดความ ทุกข์ทรมาน และมองว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนเองจึงทำให้ประเมิน สถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด 2) ความเครียดที่เป็นผลกระทบด้านจิตใจ คือความ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ความรู้สึกไม่แน่นอนของการรักษา และ ความรู้สึกกลัวตายเป็นต้น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดเมื่อให้นึกย้อนไปตั้งแต่ ได้รับยาเคมีบำบัดจนถึงปัจจุบัน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความวิตกกังวลในช่วงได้รับยาเคมีบำบัด ในชุดแรก ซึ่งไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน อาจมีความวิตกกังวลในความไม่รู้หรือการได้รับ ข้อมูลไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นรวมทั้งไม่ทราบการ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (อรทัย สนใจยุทธ, 2539) “ยาเคมีบำบัดครั้งแรกก็ไม่รู้ว่ามันจะมีอะไรเกิดขึ้น พอผ่านไปชุดแรกก็สบายใจไม่มีอะไรเกิดขึ้น แต่รู้สึกว่่าเบื่ออาหาร ชุดแรกกลัวว่าอายุสั้น มันจะทำให้สุขภาพไม่ดีไปเรื่อย ๆ สุขภาพจะทรุดลงเรื่อย ๆ เมื่อได้รับยาเคมี อาจจะพอมลง ผมร่วง ผิวเหลือง ไม่มีเลือดแต่ก็ไม่มีอาการอย่างทีคิดก็สบายใจขึ้น” (ผู้ป่วยรายที่ 64) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไม่เคยมี ประสบการณ์มาก่อน จึงทำให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984:19; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:106 -108) กล่าวไว้ว่าปัจจัยในสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็น ความเครียดและคุกคาม คือ ความใหม่ของสถานการณ์ (novelty) หรือสถานการณ์ที่บุคคลไม่เคย ประสบมาก่อน ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องกับปัจจัยด้านสถานการณ์ที่ทฤษฎีกล่าวไว้

ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ชุดที่ 2 เป็นต้นไป จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากขึ้นร่างกายทรุดโทรม บางครั้งเกิดความไม่แน่ใจว่าผลของการรักษาจะเป็นอย่างไร จึงทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของคูและมาและอัลเบอร์กและคณะ (Ahlberg, et al., 2004; Kou & Ma, 2002) ที่พบว่าถ้าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดมากจะทำให้มีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจมากขึ้นด้วย “คิดว่าถ้าเราทำไม่ต่อเนื่องมันจะหายหรือเปล่า หรือว่าจะหยุดการรักษาเพราะไม่แน่ใจว่าจะหายหรือเปล่า เพราะแพทย์บอกว่าเป็นระยะสุดท้ายแล้ว บางทีมันก็ท้อนะ กลัวการรักษาว่าจะได้ผลจริงหรือเปล่า” (ผู้ป่วยรายที่ 26) “เครียดกลัวว่าผลเลือดจะไม่ผ่านเกณฑ์ทำให้ต้องยืดระยะเวลาในการรักษาต่อไปอีก คืออยากจบการรักษาเร็วๆนะ ตอนให้ยาเคมีก็พยายามดูแลตัวเองอย่างดี และก็พยายามบำรุงร่างกายให้แข็งแรงเพื่อจะได้รับการยาต่อเนื่อง” (ผู้ป่วยรายที่ 82) จะเห็นได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในชีวิตไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในชีวิตบ้าง ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการรักษาและอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984:19; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:106 -108) กล่าวไว้ว่าปัจจัยในสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดและคุกคาม คือความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องกับปัจจัยด้านสถานการณ์ที่ทฤษฎีดังกล่าว และพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวตาย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดรู้สึกว่าเป็นอันตราย คุกคามชีวิต และอาจสูญเสียโดยการจากไปก่อนเวลาอันควร หรือต้องจากบุคคลอันเป็นที่รักไปจึงทำให้ประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียด

ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด คือ ผลกระทบด้านร่างกายผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกร่างกายอ่อนเพลีย และรับประทานอาหารไม่ได้ ผลกระทบด้านจิตใจผู้ป่วยรู้สึกเป็นห่วงครอบครัว เบื่อหน่ายท้อแท้ในชีวิต และกลัวเป็นภาระกับครอบครัว ด้านเศรษฐกิจผู้ป่วยจะเป็นห่วงเงินทองของครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล ด้านสังคมผู้ป่วยเป็นห่วงงาน สอดคล้องกับการศึกษาของซาร์นา (Sarna, et al., 2005) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การมีภาระด้านการเงินในการรักษา ครอบคลุมการทำงานของผู้ป่วย และผู้ป่วยรู้สึกแยกตัวเองออกจากสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของเบเนดิกต์ (Benedict, 1988: 38) พบว่ามีความทุกข์ทรมานด้านปฏิสัมพันธ์ เช่นการมีปัญหาเกี่ยวกับการงาน ปัญหาเกี่ยวกับคู่ชีวิต ปัญหาเกี่ยวกับร่างกาย ปัญหาการเงิน ปัญหาเกี่ยวกับลูก ปัญหาเกี่ยวกับพยาบาล มีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมั่นคงในชีวิต เกิดความไม่แน่นอนในชีวิต ได้แก่ อาจออกจากงานเนื่องจากการเจ็บป่วยและการรักษา

ที่ยาวนาน หรือไม่มีเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ไม่มีเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว ผลกระทบเหล่านี้ นับว่าเป็นความเครียดผู้ป่วยจะประเมินว่าเป็นอันตราย และสูญเสียความมั่นคงในชีวิต

ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เกิดจากสถานการณ์ ความเครียดในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด การศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดที่ผู้ป่วยประเมินคือ 64.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23.35) อาจเป็นเพราะการรับรู้โรคมะเร็งปอด และวิธีการรักษาทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจจึงทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพมาส ชินวงศ์ (2540) ที่พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นการรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานและไม่แน่นอนมี 4 ลักษณะ คือ เป็นโรคไม่ธรรมดา เคมีบำบัดเป็นความหวัง มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน และมีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของเอลิและคาลิล (Ali & Khalil, 1991) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมจะมีระดับความเครียดสูงมากเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษา และสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวคือ การตัดสินใจระดับความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ การที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง นอกจากนี้โรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนาน มีลักษณะการดำเนินโรคและวิธีการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้อย่างเต็มที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกล้มเหลวในชีวิตได้สูง และผู้ป่วยที่เกิดความรู้สึกล้มเหลวจะพยายามเผชิญปัญหาทั้งในรูปแบบของการกระทำและการปรับอารมณ์ ถ้ามีการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพก็ทำให้เกิดความรู้สึกล้มเหลวและก่อให้เกิดความเครียดได้ (McGee, 1993: 440)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่อาจส่งผลให้ระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ได้แก่ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งผู้หญิงจะให้ความสำคัญกับสถานการณ์ความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย ส่วนผู้ชายให้ความสำคัญกับสถานการณ์ความเครียดเกี่ยวกับงานมากกว่าผู้หญิง (Folkman & Lazarus, 1980 cited in as Sirapo-ngam, 1994: 21) จึงทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ส่วนอายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เมื่อมีอายุที่มากขึ้นผ่านภาวะวิกฤตมาจะทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น

มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการคิดไตร่ตรอง และสามารถเลือกวิธีการในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น ดังนั้นเมื่อต้องประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จะสามารถใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถลดความเครียดได้ (Burke & Flaherty, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของเอลิและคาลิล (Ali & Khalil, 1991) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีการเลือกใช่วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยอายุมากจึงทำให้สามารถจัดการความเครียดได้ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีการประเมินระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อาจเป็นเพราะอยู่ในวัยที่มีหน้าที่การงานมั่นคง หรือเป็นหัวหน้าครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและต้องรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจมีผลต่อหน้าที่การงาน และครอบครัวจึงประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียด

รายได้ของผู้ป่วย ฐานะเศรษฐกิจเป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ ที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด เนื่องจากเป็นปัจจัยในการดำรงชีวิต ในด้านการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคลในสังคมปัจจุบันซึ่งได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย การสันทนาการ การใช้แหล่งบริการทางสังคม ตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆในระหว่างที่เจ็บป่วยบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีรายได้สูง มีสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย ย่อมมีทางเลือกและความพร้อมที่เผชิญปัญหามากกว่าบุคคลซึ่งขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก (Folkman & Lazarus, 1984) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท แต่ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ มีรายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มขณะรักษาส่วนใหญ่ไม่เกิน 2,000 บาท และค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ หรือเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด แต่ในการรักษาโรคมะเร็งต้องมีการรักษาที่ยาวนานผู้ป่วยมารักษาอย่างต่อเนื่องทุก 3-4 สัปดาห์ ต้องมาพบแพทย์หลายครั้ง ในการมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายสำหรับอาหาร ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเองจึงอาจทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดระดับปานกลางถึงสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์ (2544) ที่ศึกษาความเครียดการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการดิงถ่วงกระดูก ที่พบว่า แม้จะไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง แต่เมื่อเจ็บป่วยจะมีค่าใช้จ่ายอื่นๆที่จำเป็นร่วมด้วย จึงมีผลกระทบต่อนตนเองและครอบครัว มีการเพิ่มรายจ่ายทำให้คิดว่าเป็นภาระของครอบครัว จึงประเมินสถานการณ์ว่าทำให้เกิดความเครียด

การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดพิจารณาจากคะแนนจริงอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 118.58$, $SD = 12.29$) เมื่อพิจารณาค่าต่ำสุดของค่าพิสัยที่เป็นจริงของการเผชิญความเครียดในแต่ละด้าน (ตารางที่ 7) พบว่ามีค่าคะแนนสูงกว่าคะแนนต่ำสุดของที่เป็นไปได้ของแบบวัดในทุกๆ ด้าน แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984: 157) บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ผสมผสานกันมากขึ้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เผชิญ และเมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งแสดงถึงสัดส่วนของการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดรายด้าน (ตารางที่ 8) พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดเลือกใช้มากที่สุดคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ($M = 0.43$, $SD = 0.06$) รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความเครียด ($M = 0.41$, $SD = 0.05$) และด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นด้านที่เลือกใช้น้อยที่สุด ($M = 0.16$, $SD = 0.03$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาโดยพบว่า การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีที่ผู้ป่วยเลือกใช้มากที่สุด (Perry, 1990; หทัยรัตน์ จรัสสุไร, 2538; สุภาพ อารีเอื้อ, 2540; สมลทากบิลพัตร, 2541) อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมุ่งเน้นที่การเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด เนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผลเล็ดดำ เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยแสวงหาข้อมูลและวิธีการต่างๆ ในการดูแลตนเอง หาอาหารที่มีประโยชน์เพื่อทำให้ตนเองแข็งแรง และสามารถรับยาเคมีได้อย่างต่อเนื่องทุกครั้ง ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาในประเทศจีนที่มีการศึกษาความเครียดการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ที่พบว่ามีวิธีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียด (Uacheng, 1997; Meifen, 1997; Yanmei, 1998) อาจเป็นเพราะสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจึงทำให้กระบวนการคิดการประเมินสถานการณ์ที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวคือ การเลือกใช้การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนของบุคคลที่จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับบริบททั้งภายในบุคคลและบริบทของสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ถึงอย่างไรก็ตามการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาวิธีใดก็เพื่อที่จะทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีในการเผชิญต่อความเครียดระยะนั้นๆ (Lazarus & Folkman, 1984)

นอกจากผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านแล้ว เมื่อพิจารณาถึงวิธีการเผชิญความเครียดรายข้อ พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดจำนวนมากกว่าร้อยละ 54.1 ที่ผู้ป่วยใช้จริง

5 อันดับแรก เป็นด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 2 ข้อ ได้แก่ พุดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นคนที่เคยได้รับเคมีบำบัด แสวงหาความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อนซึ่งเป็นการที่ผู้ป่วยพยายามที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ เท่าที่จะทำได้ และเมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในความเจ็บป่วยและการรักษา ผู้ป่วยจึงใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนด้วยการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ซึ่งในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะได้รับผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการต่างๆ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจึงทำให้ผู้ป่วยแสวงหาความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อน เพื่อควบคุมหรือบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ที่คุกคาม และด้านการบรรเทาความเครียด 3 ข้อ ได้แก่ สวดมนต์ ภาวนา ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย, ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง พยายามทำใจยอมรับการรักษา, ยอมรับสถานการณ์แม้ไม่เป็นไปตามคาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ (2540) และหทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์ (2544) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้วิธีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เมื่อไม่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในการได้รับยาเคมีบำบัด จึงสนับสนุนกับการประเมินสถานการณ์โดยรวมของผู้ป่วย ซึ่งประเมินว่าทำให้เกิดความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง นอกจากนี้การแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจด้วยการสวดมนต์ การยอมรับการวินิจฉัย การยอมรับสถานการณ์ตามความเป็นจริงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทิพมาส ชินวงศ์ (2540) พบว่า การเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยการดูแลเยียวยาตนเองตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตมี 5 ลักษณะคือ 1) ปรารถนาจะประคับประคองความแข็งแรงของร่างกาย 2) ปล่อยคลายความทุกข์ใจ 3) ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล 4) วางแผนจัดการชีวิตและมรดก และ 5) ปรับใจสั่งเสียญาติ

ส่วนการเผชิญความเครียดจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 20.5 ที่ผู้ป่วยใช้จริงน้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย คือ ด้านการจัดการกับอารมณ์ มี 3 ข้อ ได้แก่ รับประทานอาหาร สุนัขหรือสัตว์เลี้ยงมากฟุ้งมากขึ้น, ดำเนินคนอื่นว่าซึ่งเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา, โกรธ สาปแช่ง สบถสาบาน และด้านการบรรเทาความเครียด 1 ข้อ ได้แก่ มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 1 ข้อ ได้แก่ ระบายความเครียดโดยการออกแรงหรือออกกำลังกาย โดยในการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้น้อยที่สุดในด้านการจัดการกับอารมณ์ 3 ข้อ พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของหวาง ชู่เฉิง (1997) ศึกษาในสตรีจีนที่เป็นมะเร็งที่อวัยวะสืบพันธุ์ และ สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ศึกษาในผู้หญิงสูงอายุเชื้อเขมร ถึงแม้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคที่แตกต่างกันแต่เป็นโรคเรื้อรังและมีการรักษาที่ยาวนานจึงทำให้มีวิธีการเผชิญความเครียดที่คล้ายคลึงกันได้ หากนำข้อมูลดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแล ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย

ความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความอ่อนล้า เป็นภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคลที่สามารถนำมาใช้หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งสวัสดิภาพของบุคคลนั้น คนที่มีสุขภาพดีหรือแข็งแรงจะมีพลังเต็มเปี่ยมในการจัดการกับปัญหาได้มากกว่าคนที่เจ็บป่วย (Lazarus & Folkman, 1984) กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีความอ่อนล้าในระดับปานกลาง (พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547; Pritsanapanurungsie, 2000; Varinthon, 2006, 2543; Byar, et al., 2006) อาจเป็นเพราะในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวนหนึ่งชุด ซึ่งทำให้อาการและอาการข้างเคียงต่างๆยังพบน้อย ผู้ป่วยจึงประเมินความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินุช บุรณะเรืองโรจน์และคณะ (2549) ที่พบว่าประสบการณ์อาการอ่อนล้าเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด และเมื่อพิจารณาความอ่อนล้าเป็นรายด้าน พบว่าด้านการรับรู้ความหมายมีความอ่อนล้าอยู่ในระดับมาก ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง และด้านความรู้สึกมีความอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลาง และด้านสติปัญญา/อารมณ์มีความอ่อนล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย แสดงว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าร่างกายอ่อนล้ามาก หรืออาจมีผลต่อร่างกายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดมีค่าอยู่ระหว่าง 41 ถึง 194 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 200 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 121.76 คะแนน (SD=26.44) แสดงว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งต่างกับการศึกษาของเซียโอลิน (Xiaoline, 2002) และซาร์นา (Sarna, et al., 2005) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่พบว่าคุณภาพชีวิตลดลง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาสซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว เมื่อผู้ป่วยประเมินสถานการณ์การได้รับยาเคมีบำบัดนั้นว่าเป็นความเครียด มีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีการต่างๆ ตามปัจจัยและแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล ผลลัพธ์ของการปรับตัวมี 3 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจและภาวะสุขภาพ การที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดประเมินคุณภาพชีวิตว่าอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความหวังในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาสุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และอำไพ จารุวัชรพานิษฐกุล (2541) พบว่าผู้ป่วย

มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกรายมีความหวังในชีวิตโดยส่วนใหญ่หวังว่าตนเองจะหายจากโรคเพื่อมีชีวิตอยู่ดูแลบุตรหลานและ/หรือบุพการีได้ต่อไป หรือให้ยาแล้วอาการที่ทุกข์ทรมานดีขึ้น เช่น อาการเหนื่อยล้าลดลงหรือประสบการณ์ในการเป็นมะเร็งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตให้คิดในแง่บวก (Sarna, et al., 2002) ดังตัวอย่างที่มองในด้านบวก “เคยคิดกลัวว่าจะไม่หายเหนื่อยขนาดเวลาเดิน ไม่ได้ออกกำลังกายเลยยังเหนื่อยแต่พอให้ยาเคมีแล้วหายเหนื่อยดีขึ้น เดิมกลัวว่าจะทำงานไม่ได้ เพราะแต่ก่อนเคยทำงานได้” (ผู้ป่วยรายที่ 70) “ยาเคมีบำบัดครั้งแรกก็ไม่ว่ามันจะมีอะไรเกิดขึ้น พอผ่านไปชุดแรกก็สบายใจไม่มีอะไรเกิดขึ้น แต่รู้สึกว่าการที่อาหารชุดแรกกลัวว่าอายุสั้น มันจะทำให้สุขภาพไม่ดีไปเรื่อย ๆ สุขภาพจะทรุดลงเรื่อยๆ เมื่อได้รับยาเคมีอาจจะพอมลง ผมร่วง ผิวเหลือง ไม่มีเลือดแต่ก็ไม่มีอาการอย่างที่เกิดขึ้น ” (ผู้ป่วยรายที่ 64) จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรงขึ้นอาการของโรคทุเลาลงร่วมกับอาการทางกายอย่างอื่นไม่มาก เช่น อ่อนเพลีย จึงทำให้รู้สึกมีความหวังในการรักษา ประกอบกับการคิดมองโลกในแง่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปลอดภัยประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .085, -.007, -.079$ และ $-.130$ ตามลำดับ $p > .05$) ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ใน การวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ตัวแปรทั้ง 4 ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรพบว่า ความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ในขณะที่คุณภาพชีวิตมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเยน (Yen, et al., 2006) ได้ศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมกับผู้หญิงที่เนื้องอกชนิดธรรมดา พบว่าในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตต่ำทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ และมีความเครียดสูง ในกลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความเครียดปานกลางถึงสูงแต่ประเมินคุณภาพชีวิตปานกลาง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความหวังว่าการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น ซึ่งประมาณร้อยละ 71 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดอยู่อย่างมีความหวัง (Sarna, et al., 2002) อาจเป็นเพราะในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดซึ่งให้ผู้ป่วยนึกย้อนถึงตั้งแต่ได้รับยาเคมีบำบัดจนถึงปัจจุบัน อาจทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นความเครียดในระดับปานกลางถึงสูงตามแนวคิดความเครียดของลาซารัส

และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวคือ การตัดสินใจระดับความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับประสบการณ์กับเหตุการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ การที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง แต่ปัจจุบันหลังจากได้รับยาไปแล้วอาการทุกข์ทรมานจากตัวโรคดีขึ้น จึงทำให้ประเมินคุณภาพชีวิตว่าอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าจะได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีก็ตาม

การเผชิญความเครียดในการศึกษานี้ใช้คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมไม่ได้แยกรายด้านโดยมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 118.58$, $SD = 12.29$) จากคะแนนที่เป็นไปได้ 36 ถึง 180 คะแนน ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากการใช้วิธีการเผชิญความเครียดเล็กน้อยไม่มีผลกับคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้น แต่ขึ้นอยู่กับประสิทธิผลของการใช้วิธีการเหล่านั้น ซึ่งอาจแตกต่างกันตามลักษณะของความเครียด ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านต่างๆ หรือปัจจัยส่วนบุคคล และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เป็นต้น เช่น การศึกษาของเมย์เฟน (Meifen, 1997) ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของเฟอร์เรลล์ ดาวว์ โลห์ ลัยและกูลาเซคารัม (Ferrell, Dow, Ly, Leigh, & Gulasekaram, 1995) จำนวน 81 ราย จากโรงพยาบาลในสังกัดของมหาวิทยาลัยซุนยัตเซน เมืองกวางโจวประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่ารูปแบบการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี เสนีย์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหนือตนเองพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย โดยใช้แนวทางการประเมินชีวิตของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) จำนวน 100 ราย พบว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย ($r = .246$, $p < .01$) และพฤติกรรมเผชิญความเครียดมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($\beta = .300$, $p < .01$)

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณาถึงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโมฮานและคณะ (Mohan, et al., 2006) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ จำนวน 76 รายพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาโฮเลนและคณะ (Hollen, et al., 1999) ศึกษาอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะที่ 3 และ 4 จำนวน 673 รายที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่าอายุที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 80 ราย พบว่าอายุที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน แต่มีการศึกษาที่แตกต่างกันจากการศึกษาของโบคซึกและคณะ (Bozcuk, et al., 2006) ได้ศึกษาคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 50 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของซาร์นา (Sarna, et al., 2005) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและการให้ความหมายของความเจ็บป่วยของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปอดจำนวน 217 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกับการให้ความหมายของความเจ็บป่วยในด้านลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต จากผลการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดีและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Padilla & Grant, 1985) ประกอบการที่ได้รับยาแล้วผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคดีขึ้น ถึงแม้ว่าจะได้รับผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัดก็ตาม จึงทำให้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางด้วย

ความอ่อนล้า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประเมินว่าอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด อาการและอาการข้างเคียงต่างๆยังพบน้อย ผู้ป่วยจึงประเมินความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินุชบุรณะเรื่องโรจน์และคณะ (2549) ที่พบว่าประสบการณ์อาการอ่อนล้าเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด ความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าย่อมนเพลียหรือมีผลต่อร่างกายเพียงเล็กน้อย ประกอบกับการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวได้ดี เป็นผู้ป่วยที่มาจากบ้านเพื่อมารอรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไปหรือเป็นผู้ป่วยนอกที่มาตรวจติดตามผลเลือดเท่านั้น จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนของผลการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่าผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องดูแลตัวเองให้แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อที่จะสามารถรับยาเคมีบำบัดได้ทุกครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังตัวอย่าง “เครียดกลัวว่าผลเลือดจะไม่ผ่านเกณฑ์ทำให้ต้องยืดระยะเวลาในการรักษาต่อไปอีก ก็อยากจบการรักษาเร็วๆคะ ตอนให้ยาเคมีก็พยายามดูแลตัวเองอย่างดีและ ก็พยายาม บำรุงร่างกายให้แข็งแรงเพื่อจะได้รับยาต่อเนื่อง” (ผู้ป่วยรายที่ 82) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งปอดถึงผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับมากกว่าความอ่อนล้า ซึ่งพบว่ามีการศึกษาที่แตกต่างกันเช่นการศึกษาอัลเบอร์ก (Ahlberg, et al., 2004) ศึกษาความอ่อนล้า ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมดลูกรักษาด้วยรังสีรักษาจำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความอ่อนล้าต่ำจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดี สอดคล้องกับการศึกษาของไบร์และคณะ (Byar, et al., 2006) ได้ศึกษาอาการต่างๆความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 25 ราย พบว่า ระดับความอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลางในระหว่างการรักษาและจะค่อยๆลดลง ความอ่อนล้ายังมีความสัมพันธ์ทางร่างกายและจิตใจ และยังพบว่าระดับ

ความอ่อนล้ายิ่งสูงจะทำให้คุณภาพชีวิตยิ่งต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของฟอกและไลออน (Fox & Lyon, 2006) โดยศึกษากลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 51 ราย พบว่าความอ่อนล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.38, p < 0.001$)

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่แสดงถึงว่าผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเมื่อเกิดปัญหาต่างๆในชีวิต ซึ่งผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสจะมีผู้ให้กำลังใจ ปลอบโยนและให้คำปรึกษา ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ ความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยลดความเครียด เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่งเสริมให้รู้จักคิดและแก้ไขปัญหาได้ดี มีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิต (Hanucharunrukul, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของภัสพร ขำวิชา กาญจนาศิริเจริญวงศ์ และกาญจน์ องค์กรานนท์ (2543) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 80 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์โดยเฉพาะด้านด้านครอบครัวที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกลยุทธในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดจำนวน 150 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด ($r = .201, p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับปัจจัยอื่นๆสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ ดังเช่นการศึกษาของวนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 130 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษา รายได้ของครอบครัว สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สุริพร ธนศิลป์และพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล Thanasilp & Kongsaktrakul (2005) การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดจำนวน 120 ราย พบว่าภาวะการทำหน้าที่ การสนับสนุนจากครอบครัว และประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดได้ร้อยละ 36 จึงเป็นเหตุผลให้กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 แหล่ง คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี จังหวัดปทุมธานี ศูนย์มะเร็งภูมิภาค จังหวัดลพบุรี มีลักษณะพิเศษที่มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจที่ดีช่วยส่งเสริมการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น คือ มีศูนย์มิตรภาพบำบัดซึ่งมี

กิจกรรมสหนาการ โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม และ มีการเชิญวิทยากรด้านต่างๆ มาให้ความรู้และสาธิตในกิจกรรมต่างๆ เช่น การโปกผ้าในผู้ป่วยที่ผมหงอก การอบรมการแต่งหน้าให้กับผู้ป่วย และมีการบรรยายการให้ความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง มีหน่วยให้คำปรึกษา มีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินคุณภาพชีวิตว่าอยู่ในระดับปานกลางได้

เนื่องจากตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กันในเรื่องต้น จึงไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ความสามารถในการทำนาย ดังนั้นสมมุติฐานที่ว่า ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ จึงไม่สามารถทดสอบได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด มีระดับความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด อาจเป็นเพราะการให้ผู้ปวยนึกย้อนถึงความเครียดตั้งแต่การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จึงทำให้ผู้ป่วยประเมินว่ามีความเครียดมาก เพราะเป็นความรู้สึกถึงการให้ยาครั้งแรก ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนจึงประเมินว่าเครียด ส่วนคะแนนความอ่อนล้าพบว่าผู้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 ชุดมีระดับความอ่อนล้าต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด อาจเป็นเพราะมีอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วย และคะแนนของคุณภาพชีวิตพบว่าในกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ชุด มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด แสดงถึงผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายน้อยจึงประเมินคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 1 ชุด จึงเป็นเหตุผลในการช่วยสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่ประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งศึกษาถึงระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ในการทำนายคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นกรอบแนวคิด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกเคมีบำบัดและผู้ป่วยในหอผู้ป่วยชายและหญิงสถาบันมะเร็งแห่งชาติและเครือข่ายในภาคกลาง คือ ศูนย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จัหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือน กันยายน 2550 ถึงกุมภาพันธ์ 2551 จำนวน 85 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยทุกราย และมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่มารอรับการตรวจติดตาม หรือมารอรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป กรณีจบการรักษาต้องไม่เกิน 3 สัปดาห์หลังจากได้รับยาครั้งสุดท้าย
3. ผู้ป่วยที่มีความเครียดจากสถานการณ์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยตอบคำถามคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ถามว่า” คุณมีความเครียด/ทุกข์ใจ /กังวลใจในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดบ้างหรือไม่” โดยตอบว่า “มี”
4. สามารถอ่านหนังสือและสื่อภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
5. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) (Isaacs & Akhtar, 1972 cited in Issaacs & Kennine, 1973) สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และคำถามสำหรับคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด เป็นข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คัดกรองผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด เป็นข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ทำวิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

2.2 แบบสัมภาษณ์ความเครียดและระดับความเครียด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

2.3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด (The Jolowiec Coping Scale) (Jalowiec, 1988) ผู้วิจัยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 20 ราย และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .87 และ .77 ตามลำดับ

2.4 แบบสอบถามความอ่อนล้า The Revised Piper Fatigue Scale (PFS) แบบประเมินความอ่อนล้าสร้างขึ้นโดยไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1989) ซึ่งปิยวรรณ ปฤษณภาณุรังษี (Pritsanapanurungrungsie, 2000) นำมาแปลและดัดแปลงในคำถาม 22 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านการรับรู้ความหมาย ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญา อารมณ์ ผู้วิจัยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 20 ราย และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .85 และ .87 ตามลำดับ

2.5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharukul, 1988) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและเพิ่มข้อคำถามเป็น 20 ข้อ ตามแนวคิดพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) โดยเพิ่มข้อคำถามข้อที่ 20 ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มที่ศึกษา ผู้วิจัยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 20 ราย และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .7 และ .83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนความเครียดนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาค้นพบว่า

1. ความเครียดของผู้ป่วยมี 2 ลักษณะ คือ 1) ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ได้แก่ เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และ 2) ความเครียดที่เป็นผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ความรู้สึกไม่แน่นอนของการรักษา ความรู้สึก กลัวตาย และผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม จากแบบวัดระดับความเครียด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง ($M = 64.88, SD = 19.27$)

2. ผู้ป่วยทุกรายใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุดใกล้เคียงกับด้านบรรเทาความเครียด และใช้ด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ($M = 0.43, SD = 0.06, M = 0.41, SD = 0.03, M = 0.16, SD = 0.03$ ตามลำดับ)

3. ผู้ป่วยมีความอ่อนล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 107.73, SD = 24.39$) เมื่อแยกเป็นรายด้าน คือ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านการรับรู้ความหมาย ด้านความรู้สึก ด้านสติปัญญา/อารมณ์ ($M = 28.79, SD = 10.19, M = 42.15, SD = 8.33, M = 21.78, SD = 8.44, M = 15.01, SD = 8.68$)

4. ด้านคุณภาพชีวิตพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่สามารถนำมาทำนายคุณภาพชีวิตได้ ($M = 121.76, SD = 26.44$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณธนบุรี จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงผู้ป่วยมะเร็งที่ไปรับการรักษาที่อื่นๆ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน

2. การให้ผู้ปวยนึกถึงสถานการณ์ตั้งแต่การได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจนถึงปัจจุบัน อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่มาเกี่ยวข้องได้

3. ในการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนาน เพราะแบบสอบถามมีปริมาณมากทำให้ผู้ป่วยเกิดความล่าช้าในการตอบ ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งที่ไม่รู้และความวิตกกังวลกับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือการรับรู้ในสิ่งที่ไม่ถูกต้องแล้วนำมาประเมินว่าเป็นความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองได้ถูกต้อง และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ข้อมูลที่ได้จากสถานการณ์ความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยอาจมีการจัดทำรูปแบบการให้ความรู้และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต และจัดทำคู่มือการปฏิบัติตนขณะให้ยาเคมีบำบัดสำหรับญาติและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย
2. การประเมินความเครียด ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ควรมีการประเมินทุกระยะ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ซึ่งการประเมินจะช่วยเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหา

ด้านการศึกษาพยาบาล

ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปอด สามารถนำมาเป็นเนื้อหาบรรยายในการฝึกอบรมระยะสั้นให้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติในคลินิกที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด ทั้งนี้เพื่อให้ตระหนักถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อวางแผนในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยให้เหมาะสมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

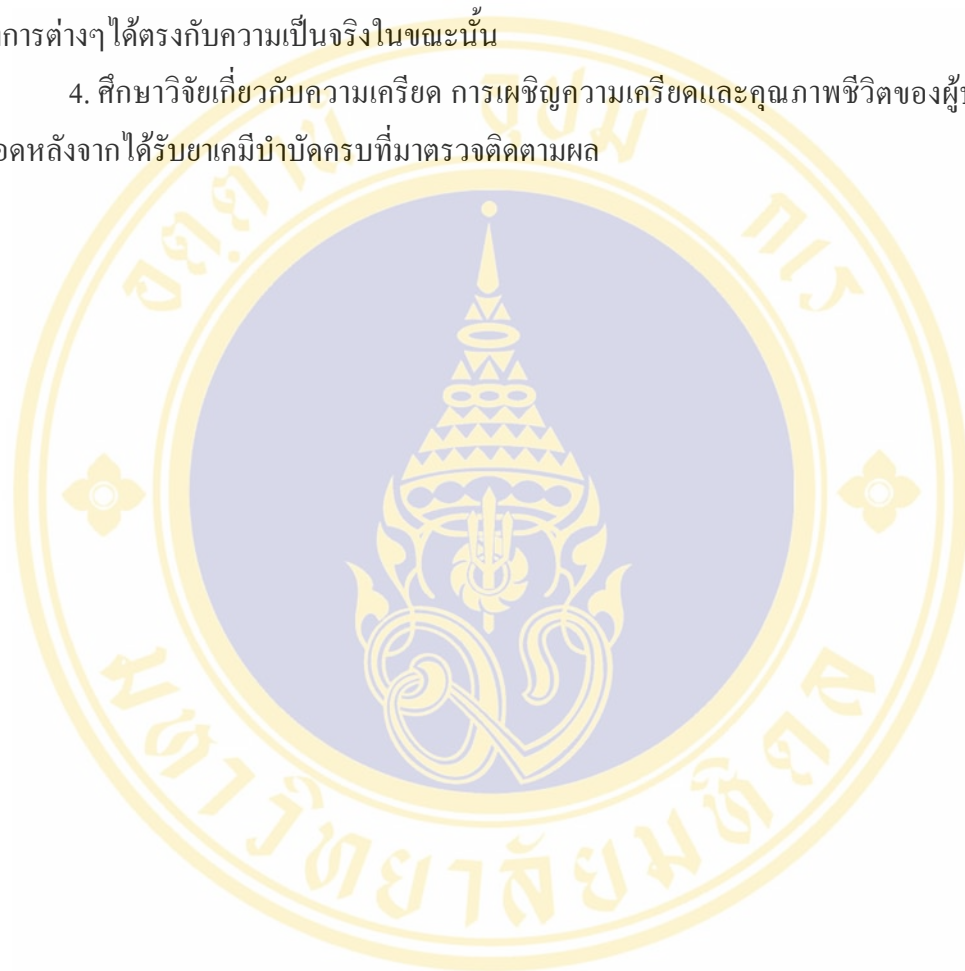
ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผลการศึกษาสามารถนำไปอ้างอิงกับผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยทั่วไปได้

2. ศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลกับความเครียด การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิต เช่น ความหวัง ความไม่แน่นอน ความเข้มแข็งอดทน ความทุกข์ทรมานจากอาการ หรือการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นต้น

3. ศึกษาความเครียด การเผชิญ และอาการต่างๆ ในขณะที่รับยาเคมีบำบัด 1-2 วันเพื่อประเมินอาการต่างๆ ได้ตรงกับความเป็นจริงในขณะนั้น

4. ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครบที่มาตรวจติดตามผล



ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

(STRESS, COPING, PERSONAL FACTORS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LUNG CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY)

แสงรุ่ง สุจริระทวี 4736904 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชีราภรณ์ จันทร์ดา Ph.D. (Nursing), ยูพาณิ ศิริโพธิ์งาม D.S.N; (Adult Health Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ในปัจจุบันโรคมะเร็งนับว่ามีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขของเกือบทุกประเทศ เพราะมีอัตราการป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น โดยตลอดซึ่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งทุกชนิดเป็นอันดับที่ 1 ของประเทศ และพบว่าสาเหตุการตายจากมะเร็งปอดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543-2548 มีอัตราเพิ่มขึ้นมาตลอดซึ่งในปี พ.ศ.2549 พบว่ามีอัตราการตาย 12.8 ต่อประชากรแสนคน และการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปอดในประเทศไทยเป็นอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งตับและมะเร็งเต้านม (สถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2549) ส่วนในสถาบันมะเร็งแห่งชาตินั้น พบผู้ป่วยมะเร็งปอดในเพศชายเป็นอันดับที่ 1 และในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 4 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้หรือรายได้ลดลง อาจต้องออกจากงานส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคมและประเทศตามมา (Tulman, Fawcett and McEvay, 1991: 254; เบญจวรรณ กำรวัชร, 2544: 21-50) จะเห็นได้ว่ามะเร็งปอดเป็นโรคที่มีความสำคัญมาก

เนื่องจากเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและการตายทั้งในต่างประเทศ และประเทศไทยรวมทั้งส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศ

ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีการแสดงอาการและอาการแสดง คือ ไอ ไอเป็นเลือด น้ำหนักตัวลด หอบเหนื่อย ต่อม่าน้ำเหลืองโต แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการตรวจมักมีอาการมาแล้วหรืออยู่ในระยะลุกลาม เนื่องจากมะเร็งปอดไม่มีอาการแสดงที่มีความจำเพาะที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ในระยะแรกจึงทำให้ยากต่อการรักษา (พิทยาภูมิ ภัทรนุชาพร, 2544:111; วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542: 23-29) เป็นผลให้ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 เสียชีวิตจากมะเร็งปอดภายใน เวลา 1-2 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดมีทั้งการผ่าตัดการใช้รังสีรักษาและเคมีบำบัดหรือใช้หลายวิธีร่วมกันขึ้นอยู่กับชนิดของโรคและระยะของโรค (พิทยาภูมิ ภัทรนุชาพร, 2544:111) ปัจจุบันการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาตินั้น ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 37 รองลงมาคือการรักษาแบบประคับประคองร้อยละ 19 การรักษาด้วยการฉายรังสีรักษาร้อยละ 13 การรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 6.6 และอื่นๆร้อยละ 24.4 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) เคมีบำบัดมีบทบาทสำคัญในการรักษา ร่วมกับการผ่าตัดหรือฉายแสง ในการช่วยบรรเทาอาการต่างๆ เช่น อาการไอ ไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อยหรืออาการอื่นๆ ที่เกิดจากการแพร่กระจายของโรคซึ่ง สามารถบรรเทาอาการทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Engelking, 1987: 1438-1440)

การรักษาต่างๆนอกจากช่วยผู้ป่วยแล้วยังมีผลกระทบทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลายด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ เศรษฐกิจและด้านสังคม ด้านร่างกายผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยาเคมีบำบัด คือ ผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในปาก ท้องเสีย ระบบไขกระดูกทำให้เกิดอาการซีด อ่อนเพลีย เม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำอาจทำให้เลือดออกผิดปกติ อาการนอนไม่หลับและน้ำหนักลด เป็นต้น และในระหว่างให้ยาเคมีอาจเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดหากน้ำยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือด (Coons, et al.,1987; Lerman, et al.,1990; Mc Daneil, Rhode & Hanson, 1995 อ้างใน นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2543: 2) นอกจากนี้ความอ่อนล้ายังเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งจากตัวโรคและวิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้า (สุชีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ, 2548: 224; Ream & Richardson, 1999) และผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้าร้อยละ 80-99 (Barnett, 2001: 791) ความอ่อนล้าจะมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด (สิรินุช บุรณะเรืองโรจน์ และคณะ, 2549) หากมีความอ่อนล้าในระดับรุนแรงจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันได้ (Donovan&Ward,2500) และพบว่าถ้าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดมากจะทำให้มีความ

ทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจมากขึ้นด้วย (Kuo & Ma, 2002; Ahlberg et al., 2004) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อรายได้สภาพเศรษฐกิจและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆในระหว่างการรักษา (สุริย์พร กฤษเจริญ, 2537; นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2545: 4) อาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผิดนัด หรือเลื่อนเวลาการมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป (อรทัย สันใจยุทธ, 2539) ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิต

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตรวมทั้งอาการไม่สุขสบายจากพยาธิสภาพและการได้รับการรักษาเคมีบำบัดที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ผู้ป่วยมะเร็งปอดอาจจะแสดงพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ (coping resources) ที่มีอยู่ ผู้ป่วยที่เผชิญความเครียดได้ดี คือผู้ที่สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ ในการศึกษาครั้งนี้สถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญคือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดซึ่งผู้ป่วยพยายามดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยการประเมินจากปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ ในศึกษานี้ปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ และความอ่อนล้า ซึ่งผู้ป่วยที่อายุมากขึ้นจะทำให้มีประสบการณ์มากขึ้น และสามารถนำประสบการณ์มาแก้ปัญหาได้ดีขึ้น (Anderson, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็ดลันด์และสเนด (Edlund & Sneed, 1989) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจำนวน 133 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี เกิดความตึงเครียดมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และพบว่าบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดีและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Padilla & Grant, 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดต้องประสบกับความทุกข์ทรมานทางร่างกายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ประกอบกับจากผลการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจะเสียชีวิตภายใน 1-2 ปีก็ตาม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดและส่งในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึง ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งศึกษาความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้าในการทำนาย

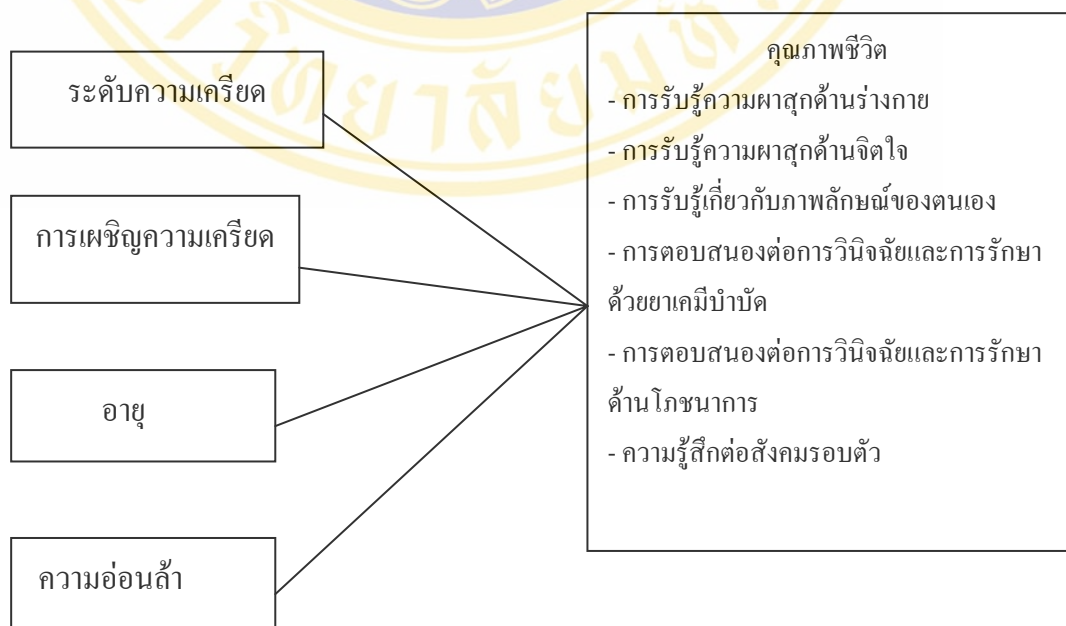
คุณภาพชีวิต ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ ตลอดจนส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกันและเกิดขึ้นตลอดเวลาประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ คือ ความเครียด (stress) การประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) และการเผชิญปัญหา (coping) ซึ่งความเครียด (stress) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลซึ่งกันและกันและเกิดขึ้นตลอดเวลา บุคคลประเมินตัดสินสถานการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง (Lazarus & Folkman, 1984:19) การประเมินการตัดสิน (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการความรู้สึกก็นึกคิดที่บุคคลใช้ในการตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมว่ามีความเครียดหรือไม่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:107, Lazarus & Folkman, 1984:31-37) ประกอบด้วย การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) และการประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) การประเมินว่าเครียดมี 3 ลักษณะคือ 1) รับรู้ว่าเป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดความสูญเสีย (harm and loss) 2) รับรู้ว่าคุณภาพต่อชีวิตในปัจจุบันหรืออนาคต (threat or anticipate threat) 3) รับรู้ว่าการณ์นั้นแม้ว่าจะอันตรายแต่เป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) การประเมินชนิดทุติยภูมิ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ รวมทั้งประเมินถึงผลที่จะเกิดตามมาว่าจะเป็นเช่นไร ในสถานการณ์หนึ่งๆบุคคลอาจจะประเมินทั้งชนิดปฐมภูมิและชนิดทุติยภูมิไปพร้อมๆกันทันทีที่เผชิญกับเหตุการณ์ การประเมินตัดสินสถานการณ์ว่าเครียดหรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใดรุนแรงมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับ 1) ปัจจัยด้านบุคคล (personal factor) ซึ่งได้แก่ข้อผูกพัน (commitment) ความเชื่อ (beliefs) 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) ได้แก่ความใหม่ของสถานการณ์ (novelty) ความสามารถทำนาย (predictability) ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) สถานการณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวหรือยาวนาน (temporal factors) และความคลุมเครือของสถานการณ์ (ambiguity) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:108; Lazarus & Folkman, 1984:55-116)

การเผชิญความเครียด (coping) เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดของบุคคลที่จะจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มี 2 ลักษณะการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) และการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) การเผชิญความเครียด (coping model) มี 5 วิธี คือ การแสวงหาข้อมูล การกระทำโดยตรง การหยุดการกระทำ การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทาง

สังคม และการใช้กลไกทางจิต บุคคลสามารถเลือกใช้ชีวิตขึ้นอยู่กับความรู้สึกไม่แน่ใจหรือคลุมเครือ ความรุนแรงของความรู้สึกถูกคุกคาม การมีข้อขัดแย้งและความรู้สึกหมกหมุ่นทางช่วยเหลือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:108-111; Lazarus & Folkman, 1984:148-154) จากการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียด ส่งผลต่อการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องพิจารณาความสัมพันธ์ทั้ง 3 ด้าน คือการทำหน้าที่ทางสังคม (social function) มีขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพที่ดี (somatic health) ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:112; Lazarus & Folkman, 1984:183-206) ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ซึ่งคัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ต่อความผาสุกความพึงพอใจในชีวิต ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

จากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน ในการศึกษาครั้งนี้จะสามารถอธิบายความเครียดในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมะเร็งปอดกับสิ่งแวดล้อม คือ สถานการณ์ในการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยประเมินว่าสถานการณ์การได้รับยาเคมีบำบัดนั้นว่ามีการใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง อันมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และผู้ป่วยมีวิธีการในการเผชิญที่แตกต่างกัน ผลของการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียดที่ใช้จะมีผลต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวซึ่งสะท้อนอยู่ในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยแสดงในรูปที่ 1



กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการวิจัย

คำถามในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีระดับความเครียดระดับใด
3. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการเผชิญความเครียดแบบใด
4. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความอ่อนล้าระดับใด
5. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร
6. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
7. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรับเคมีบำบัด
4. ความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณก่อน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ .05 ($P < .05$)

4. ข้อมูลความเครียด นำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งมีลักษณะ 3 ประการ คือ มีความเป็นระบบ มีความเป็นสภาพวัตถุวิสัย และอิงกรอบแนวคิดทฤษฎี (สุภางค์ จันทวานิช, 2542: 9)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกเคมีบำบัดและผู้ป่วยในหอผู้ป่วยชายหญิงสถาบันมะเร็งแห่งชาติและเครือข่ายในภาคกลาง คือ ศูนย์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี ที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อเข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้ป่วยเขียนชื่อของ สี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-40 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ

คำถามสำหรับคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความเครียดจากการได้รับยาเคมีบำบัด เป็นข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ที่ใช้สอบถามความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้ที่ตอบว่ามีความเครียดจะถูกเชิญเข้าร่วมการวิจัย

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว เป็นต้น ข้อมูลส่วนที่ 2 ผู้ทำวิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล เป็นข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียน ได้แก่ วันที่ได้รับการวินิจฉัยชนิดของมะเร็งปอดชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ เป็นต้น

2.2 แบบสัมภาษณ์ความเครียดและระดับความเครียด ใช้สัมภาษณ์ความเครียดและระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เกิดขึ้นในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดบรรยายสถานการณ์ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่

ประเมินว่าเป็นความเครียดที่เกิดขึ้น ในช่วงที่ได้รับเคมีมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลโดยการบันทึกเทปประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด 3 คำถาม ใช้สัมภาษณ์สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดทุกข้อใจ หรือกังวลในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียดเป็นการประเมินระดับความเครียดโดยรวมจากสถานการณ์ว่าอยู่ในระดับใด โดยใช้ Visual Analog Scale 1-100 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ระดับความเครียดของผู้ป่วยยิ่งมากขึ้น

2.3 แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jolowiec Coping Scale) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของจาโลวีก (Jalowiec, 1988) มาใช้ นิตยา สุทธยากร (2531) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยข้อความใช้วัดวิธีการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญปัญหา 13 ข้อ ด้านการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ และด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่ได้ใช้พฤติกรรมนั้นเลยจนถึง 5 ใช้พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง การแปลผลคะแนนทำได้ 2 วิธี คือ 1) การคำนวณคะแนนจริง (raw score) คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆ มาก และ 2) การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก แสดงถึงผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .77

2.4 แบบวัดความอ่อนล้า The Revised Piper Fatigue Scale (PFS) แบบประเมินความอ่อนล้าสร้างขึ้นโดยไปเปอร์และคณะ (Piper, et al., 1989) ประกอบด้วย 41 ข้อคำถามและได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามในปีค.ศ.1998 เนื่องจากจำนวนข้อคำถามเดิมมีจำนวนมากเกินไปจนข้อคำถามเหลือเพียง 22 ข้อ ซึ่งปิยวรรณ ปฤษณานุรังษี (Pritsanapanurungsie, 2000) นำมาแปลและดัดแปลงในคำถาม 22 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านการรับรู้ความหมาย ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญา/อารมณ์ นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาโดยรวมเท่ากับ .85

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ได้ดัดแปลงมาใช้ในงานวิจัยผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ คำถามด้านบวก 14 ข้อ คำถามด้านลบ 5 ข้อ ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงและเพิ่มข้อคำถามเป็น 20 ข้อ ตามแนวคิดพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) โดยเพิ่มข้อคำถามข้อที่ 20 เป็นข้อคำถามด้านลบ ในเรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียนระหว่างการรักษาที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมี

บำบัด ผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากนั้นนำไปหาความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .85 และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 85 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมนเท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกรายชื่อผู้ที่เป็นมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปจากทะเบียนประวัติ ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) โดยให้ตอบแบบสอบถามหมวดหมู่ก่อน
2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่มารับการตรวจติดตาม หรือมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป กรณีจบการรักษาต้องไม่เกิน 3 สัปดาห์หลังจากได้รับยาครั้งสุดท้าย
3. ผู้ป่วยที่มีความเครียดจากสถานการณ์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยตอบคำถามคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ถามว่า” คุณมีความเครียด/ทุกข์ใจ /กังวลใจในช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัดบ้างหรือไม่” โดยตอบว่า “มี”
4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นอันดับแรก และให้ผู้ป่วยประเมินระดับความเครียดของสถานการณ์เหล่านั้นในภาพรวมแล้วหลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามการเผชิญ โดยในขณะที่ตอบให้ระลึกว่าเป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่บรรยายมาในตอนต้นเท่านั้น ต่อด้วยแบบวัดความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด แบบวัดคุณภาพชีวิต และตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 45-60 นาที เฉลี่ย 50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียด อายุ ความอ่อนล้า กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณก่อน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ .05 ($P < .05$)

4. ข้อมูลสถานการณ์ความเครียด นำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งมีลักษณะ 3 ประการ คือ 1. มีความเป็นระบบ 2. มีความเป็นสภาพวัตถุวิสัย และ 3. อิงกรอบแนวคิดทฤษฎี (สุภาวศ์ จันทรวานิช, 2542: 9)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 85 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) อายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 40 – 59 ปี (ร้อยละ 58.8) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.2) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.6) รายได้น้อยกว่า 5,000 ต่อเดือน (ร้อยละ 45.9) มีความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่พอใช้ (ร้อยละ 64.7) ค่ารักษาพยาบาลสามารถเบิกค่ารักษาจากสวัสดิการต่างๆ ได้ โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 21.2) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.7) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 62.4) ชนิดของมะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) (ร้อยละ 94.3) ส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 3 (ร้อยละ 65.43) และระยะที่ 4 (ร้อยละ 34.57) ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษา ส่วนใหญ่ใช้ซิสพลาตินร่วมกับยาชนิดอื่น (ร้อยละ 69.4) ซึ่งจำนวนชุดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับชุดปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นชุดที่ 1 (ร้อยละ 49.4)

ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 85 ราย พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุดโดยมีอาการต่างๆ ดังนี้คือ อาการต่อระบบทางเดินอาหาร (เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน) ร้อยละ 9.41 อ่อนเพลียไม่มีแรงร้อยละ 7.06 นอนไม่หลับร้อยละ 5.88 ผลเลือดต่ำกว่าปกติซึ่งทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ พบร้อยละ 1.17 เหนื่อยร้อยละ 1.17 และผมร่วงร้อยละ 1.17 ตามลำดับ อาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายจิตใจ จึงทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าก่อให้เกิดความเครียด

2. ความเครียดที่มีผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมากที่สุดพบร้อยละ 68.21 ความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษาร้อยละ 33.82 และความรู้สึกกลัวตาย ร้อยละ 5.88 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในเรื่องต่อไปนี้เป็น คือ เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน) กลัวแพ้ยาและอาการข้างเคียง เกี่ยวกับผลเสียคิดว่าผลเสียไม่ดีปกติกัวเสียภาพลักษณ์ กลัวโรคประจำตัวกำเริบ กลัวยาออกนอกเส้นเลือด กลัวเหนื่อย และกลัวไตอักเสบ ผู้ป่วยจึงประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าก่อให้เกิดความเครียด

ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด

1. ผลกระทบด้านร่างกาย คือ นอนไม่หลับร้อยละ 37.65 ร่างกายทรุดลง/อ่อนเพลียร้อยละ 9.41 และรับประทานอาหารไม่ได้ร้อยละ 3.53 เมื่อผู้ป่วยต้องมาเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย มีแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปแบบแผนการนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลง ต้องถูกรบกวนด้วยกิจกรรมการพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีอาการข้างเคียงในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายต่างๆ

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ เป็นห่วงครอบครัว ร้อยละ 49.41 เมื่อการเข้ารับการรักษาท้อแท้กับชีวิต ร้อยละ 7.05 และกลัวเป็นภาระ ร้อยละ 2.35 ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจะมีการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อเนื่องติดต่อกันหลายครั้งและต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย และคิดว่าตนเองเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดย่อมมีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยรับรู้ถึงการสูญเสียกลัว อันตรายเป็นกลัวจากบุคคลอันเป็นที่รักจึงทำให้ได้รับผลกระทบในครอบครัว นอกจากนี้มีผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพของชีวิตคู่ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีการเจ็บป่วย

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ คือ เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 2.35 ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 5.88 โรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องจึงทำให้ต้องมาพบแพทย์บ่อยครั้ง ในการมาแต่ละครั้งต้องเสียค่าเดินทาง ค่าอาหาร ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะใช้สิทธิการเบิกประกันสังคม บัตรสุขภาพถ้วนหน้า หรือเบิกจ่ายตรงกับรัฐบาล ค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากนี้ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง ประกอบกับผู้ป่วยบางคนเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ก็มีแต่รายจ่ายไม่มีรายรับ บางคนอาจจำเป็นต้องหยุดงานจึงทำให้รายได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

4. ผลกระทบทางด้านสังคม เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นทำให้บทบาทหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปเคยทำงานได้ก็ทำงานได้ไม่เต็มที่ หรือไม่เต็มความสามารถเหมือนเดิมจึงทำให้มีผลกระทบกับหน้าที่การงาน โดยพบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบเรื่องห่วงงานร้อยละ 5.88

ระดับความเครียด

การศึกษาครั้งนี้วัดระดับความเครียดหลังจากผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ความเครียดในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบวัดระดับความเครียด เกณฑ์การให้คะแนนเป็น Visual Analog Scale มีคะแนนตั้งแต่เครียดน้อยที่สุด 1 คะแนน ถึงเครียดมากที่สุด 100 คะแนน พบว่าระดับคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 64.88 (SD 19.27, พิสัย 20-100)

การเผชิญความเครียด

คะแนนของการเผชิญความเครียดอยู่ระหว่าง 52-139 จากคะแนนที่เป็นไปได้ 36-180 ค่าเฉลี่ย 118.58 คะแนน (SD= 12.29) เมื่อพิจารณาการเผชิญความเครียดใน 3 ด้าน ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีคะแนนอยู่ระหว่าง 17- 61 ค่าเฉลี่ย 50.65 คะแนน (SD=7.15) ด้านการจัดการกับอารมณ์มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11- 28 ค่าเฉลี่ย 19.51คะแนน (SD=3.53) ด้านการบรรเทาความเครียดมีคะแนนอยู่ระหว่าง 23-59 ค่าเฉลี่ย 48.42 คะแนน (SD= 5.82) และเมื่อพิจารณาคะแนนของค่าที่เป็นไปได้และค่าคะแนนจริงพบว่า คะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นจริงสูงกว่าคะแนนต่ำสุดของค่าที่เป็นไปได้ของการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านจึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยทุกรายในงานวิจัยนี้ได้ใช้การเผชิญความเครียดร่วมกันทั้ง 3 ด้านดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญเครียดรายด้านและโดยรวมเมื่อคิดจากคะแนนจริง (Raw score) (N=85)

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้	ค่าพิสัยจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คะแนนรวม	36-180	52-139	118.58	12.29
การเผชิญหน้ากับปัญหา	13- 65	17-61	50.65	7.15
การบรรเทาความเครียด	14-70	23-59	48.42	5.82
การจัดการกับอารมณ์	9- 45	11-28	19.51	3.53

เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ซึ่งแสดงสัดส่วนของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับดังตารางที่ 10

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเผชิญความเครียดรายด้านเมื่อคิดจากคะแนนสัมพัทธ์ (Relative score) (N=85)

วิธีการเผชิญความเครียด	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การเผชิญหน้ากับปัญหา	0.14-0.51	0.43	0.06
การบรรเทาความเครียด	0.19- 0.50	0.41	0.05
การจัดการกับอารมณ์	0.09- 0.24	0.16	0.03

ความอ่อนล้า

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความอ่อนล้าโดยรวมเท่ากับ 107.73 คืออยู่ในระดับปานกลาง (SD= 24.39) เมื่อพิจารณาความอ่อนล้ารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของความอ่อนล้าด้านการรับรู้ความหมายเท่ากับ 42.15 (SD=8.33) มีค่าความอ่อนล้ามาก ค่าเฉลี่ยของความอ่อนล้าด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง และด้านความรู้สึกเท่ากับ 28.79, 21.78 (SD=10.19, 8.44) มีค่าความอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของความอ่อนล้าด้านสติปัญญา/อารมณ์เท่ากับ 15.01 (SD=8.68) มีค่าความอ่อนล้าเล็กน้อยดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความอ่อนล้า (N=85)

คะแนนความอ่อนล้า	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความอ่อนล้า
โดยรวม	107.73	24.39	ปานกลาง
ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง	28.79	10.19	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความหมาย	42.15	8.33	มาก
ด้านความรู้สึก	21.78	8.44	ปานกลาง
ด้านสติปัญญา/อารมณ์	15.01	8.68	เล็กน้อย

คุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 121.76 (SD= 26.44) โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 41 ถึง 194 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 200 คะแนนซึ่งมีค่าอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษา พบว่าระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .085, -.007, -.079$ และ $-.130$ ตามลำดับ $P > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของระดับความเครียด การเผชิญ ความเครียด อายุ ความอ่อนล้า และคุณภาพชีวิตวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (N=85)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.ระดับความเครียด	1.00				
2.การเผชิญความเครียดโดยรวม	.165	1.00			
3.อายุ	-.048	-.023	1.00		
4.ความอ่อนล้าโดยรวม	.102	.178	-.060	1.00	
5.คุณภาพชีวิต	.085	-.007	-.079	-0.130	1.00

ความสามารถของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

แต่เนื่องจากผลการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่สามารถนำเข้าสู่สมการในการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression) ได้

การอภิปรายผล

การศึกษากครั้งนี้ พบว่าความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ 1) ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย คือ เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยนอนไม่หลับ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมาน และมองว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนเองจึงทำให้ประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความเครียด 2) ความเครียดที่เป็นผลกระทบด้านจิตใจ คือความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ความรู้สึกไม่แน่นอนของการรักษา และความรู้สึกกลัวตาย เป็นต้น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่ามีความวิตกกังวลในการได้รับยาเคมีบำบัดในชุดแรก ซึ่งไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อนอาจมีความวิตกกังวลในความไม่รู้หรือการได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นรวมทั้งไม่ทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนจึงทำให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984:19; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:106 -108) กล่าวว่าปัจจัยในสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดและคุกคาม คือ ความใหม่ของสถานการณ์ (novelty) หรือสถานการณ์ที่บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องกับปัจจัยด้านสถานการณ์ที่ทฤษฎีกล่าวไว้ ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ชุดที่ 2 เป็นต้นไป จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด กล่าวว่าจะได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้นร่างกายทรุดโทรม บางครั้งเกิดความไม่แน่ใจว่าผลของการรักษาจะเป็นอย่างไร จึงทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียด จะเห็นได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในชีวิตไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นในชีวิตบ้าง ไม่แน่ใจเกี่ยวกับการรักษาและอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984:19; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544:106 -108) กล่าวว่าปัจจัยในสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดและคุกคาม คือความไม่แน่นอนของสถานการณ์ (event uncertainty) ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสอดคล้องกับปัจจัยด้านสถานการณ์ที่ทฤษฎีดังกล่าว และพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจและกลัวตาย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดรับรู้สักรว่าเป็นอันตราย คุกคามชีวิต และอาจสูญเสียโดยการจากไปก่อนเวลาอันควรหรือ ต้องจากบุคคลอันเป็นที่รักไปจึงทำให้ประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียด

ผลกระทบที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอด คือ ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับ รู้สึกร่างกายทรุดลงอ่อนเพลีย และรับประทานอาหารไม่ได้ ผลกระทบด้านจิตใจผู้ป่วยรู้สึกเป็นห่วงครอบครัว เบื่อหน่ายท้อแท้ในชีวิต และกลัวเป็นภาระกับครอบครัว

ด้านเศรษฐกิจผู้ป่วยจะเป็นห่วงเงินทองของครอบครัวและค่ารักษาพยาบาล ด้านสังคมผู้ป่วยเป็นห่วงงาน ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมั่นคงในชีวิต เกิดความไม่แน่นอนในชีวิตได้แก่อาจออกจากงานจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่ยาวนาน หรือไม่มีเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ไม่มีเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว ผลกระทบเหล่านี้ล้วนเป็นความเครียด ผู้ป่วยจะประเมินว่าเป็นอันตราย และสูญเสียความมั่นคงในชีวิตระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เกิดจากสถานการณ์ ความเครียดในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด การศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อาจเป็นเพราะการรับรู้โรคมะเร็งปอดและวิธีการรักษาทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจึงทำให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด เมื่อเกิดปัญหาผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด ซึ่งสอดคล้องสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984:157) บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ผสมผสานกันมากขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เผชิญ โดยสัดส่วนการเลือกใช้ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์

ความอ่อนล้า เป็นภาวะสุขภาพและพลังงานของบุคคลที่สามารถนำมาใช้หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งสวัสดิภาพของบุคคลนั้น คนที่มีสุขภาพดีหรือแข็งแรงจะมีพลังเต็มเปี่ยมในการจัดการกับปัญหาได้มากกว่าคนที่เจ็บป่วย (Lazarus & Folkman, 1984) กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดชุดจำนวนหนึ่งชุด อาการและอาการข้างเคียงต่างๆยังพบน้อย ผู้ป่วยจึงประเมินความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาความอ่อนล้าเป็นรายด้าน พบว่าความอ่อนล้าด้านการรับรู้ความหมาย มีค่าความอ่อนล้าอยู่ในระดับมาก ความอ่อนล้าด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง และด้านความรู้สึกละเลยค่าความอ่อนล้าอยู่ในระดับปานกลาง ความอ่อนล้าด้านสติปัญญา/อารมณ์ อยู่ในระดับเล็กน้อย แสดงว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกละเลยร่างกายอ่อนล้าหรืออาจมีผลต่อร่างกายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวคิดสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว เมื่อผู้ป่วยประเมินสถานการณ์การได้รับยาเคมีบำบัดนั้นว่าเป็นความเครียด มีการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยใช้วิธีการต่างๆ ตามปัจจัยและแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล ผลลัพธ์ของการปรับตัวมี 3 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจและภาวะสุขภาพ การที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดประเมินคุณภาพชีวิตว่าอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมี

ความหวังในการรักษา หรือให้ยาแล้วอาการที่ทุกข์ทรมานดีขึ้น เช่น อาการเหนื่อยลดลงหรือประสบการณ์ในการเป็นมะเร็งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตให้คิดในแง่บวก (Sarna, et al., 2002) จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรงขึ้นอาการของโรคทุเลาลง จึงทำให้รู้สึกมีความหวังในการรักษา ประกอบกับการคิดมองโลกในแง่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปรพบว่า ความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงในขณะที่คุณภาพชีวิตมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเยน (Yen, et al., 2006) ได้ศึกษาเปรียบเทียบอาการซึมเศร้า ความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมกับผู้หญิงที่เนื้องอกชนิดธรรมดา พบว่าในกลุ่มผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตต่ำทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ และมีความเครียดสูงอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความหวังว่าการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น หรืออาจเป็นเพราะในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดซึ่งให้ผู้ป่วยนึกย้อนถึงตั้งแต่ได้รับยาเคมีบำบัดจนถึงปัจจุบัน อาจทำให้ผู้ป่วยประเมินว่าเครียดสูง ตามแนวคิดความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวคือ การตัดสินระดับความรุนแรงของความเครียดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ไม่เคยประสบมาก่อน ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ การที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง แต่ปัจจุบันหลังจากได้รับยาไปแล้วอาการทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพดีขึ้นจึงทำให้ประเมินคุณภาพชีวิตว่าอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าจะได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดตามในเรื่องการเผชิญความเครียดในการศึกษานี้ใช้คะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวมไม่ได้แยกรายด้านโดยมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากการใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากน้อยไม่มีผลกับคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้น แต่ขึ้นอยู่กับประสิทธิผลของการใช้วิธีการเหล่านั้น ซึ่งอาจแตกต่างกันตามลักษณะของความเครียด ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านต่างๆ หรือปัจจัยส่วนบุคคล และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโมฮานและคณะ (Mohan, et al., 2006) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ จำนวน 76 รายพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่มีการศึกษาที่แตกต่างกันโดยการศึกษาของโบซซูกและคณะ (Bozcuk, et al., 2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (NSCLC) ระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 50 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ

กว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดีและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Padilla & Grant, 1985) จึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางด้วย และความอ่อนล้ากลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วหนึ่งชุดอาการ และอาการข้างเคียงต่างๆยังพบน้อย ผู้ป่วยจึงประเมินความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง ประกอบกับการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวได้ดี เป็นผู้ป่วยที่มาจากบ้านเพื่อมารอรับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไปหรือเป็นผู้ป่วยนอกที่มาตรวจติดตามผลเลือดเท่านั้น จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนของผลการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่าผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องดูแลตัวเองให้แข็งแรงอยู่เสมอเพื่อที่จะสามารถรับยาเคมีบำบัดได้ทุกครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ตัวแปรอิสระไม่อาจเข้าสมการเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตได้

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้แม้ไม่พบความสัมพันธ์ของระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) กับคุณภาพชีวิตแต่ผลการศึกษาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังแสดงให้เห็นถึงผลกระทบ และการมีความเครียดที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด เพราะฉะนั้นบุคคลากรในทีมสุขภาพควรมีการประเมินความเครียดทุกระยะ พร้อมกับสนับสนุนการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งให้ดีขึ้นในทุกมิติ

STRESS, COPING, PERSONAL FACTORS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LUNG CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY

SANGRUNG SUKJIRATAWEE 4736904 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TIRAPORN JUNDA, Ph.D.(Nursing)
YUPAPIN SIRAPO-

NGAM, D.S.N.(Adult Health Nursing)

EXTENDED SUMMARY**Introduction**

Cancer is a major disease and public health problem faced by nearly every country worldwide because illness and mortality rates associated with cancer are constantly rising. In Thailand, cancer was found to be the country's number 1 cause of death in 2004, and it was found that deaths from lung cancer steadily increased from 2001 to 2006. In 2006, the death rate for lung cancer was 12.8 people in every one hundred thousand people, and lung cancer ranked as the number-three killer after liver and breast cancers (Ministry of Public Health, 2006). According to the statistics of National Cancer Institute, lung cancer ranked first among cancer-related mortalities in male patients and fourth in female patients (National Cancer Institute, 2007). In addition, lung cancer costs patients money for treatment while inhibiting physical function and further leading to inability to work, reduced capability and reduced income. Eventually, lung cancer patients may have to quit working, thus leading to nationwide economic and social problems (Tulman, Fawcett and McEvay, 1991: 254; Benjawan Kamthornwatchara, B.E. 2544: 21-50). Thus, it can be seen that lung cancer is extremely significant because it is the cause of illness and death both domestically and internationally, and it affects the national economy.

The symptoms of lung cancer are coughing with or without blood, weight loss, panting and fatigue, and enlarged lymph glands. Most lung cancer patients come for examinations when the disease is already advanced because there are no specific

symptoms for lung cancer to help with early diagnosis, thus making it difficult to treat the disease during the initial stages (Pittayapoom Pattaranuthaporn, B.E. 2544: 111; Wisit Udompanich, B.E. 2542: 23-29) and resulting in the deaths of 90% of all lung cancer patients within 1-2 years (National Cancer Institute, 2005). Treatment employs radiation and chemotherapy, or a combination of treatment methods depending upon the types and stages of the disease (Pittayapoom Pattaranuthaporn, B.E. 2544: 111). In current treatment at the National Cancer Institute, chemotherapy accounts for 37 % of all treatment methods while palliative accounts for 19 %, treatment of radiation accounts for 13%, treatment of surgery accounts for 6.6% and other forms of treatment at 24.4 % (National Cancer Institute, 2007). Thus chemotherapy plays an important role in treating the illness along with surgery or radiation to ease various symptoms such as coughing with or without blood, chest pain, panting and fatigue, or other symptoms resulting from the metastasis of the disease. These treatments improve both quality of life and survival rates in this group of patients (Engelking, 1987: 1438-1440).

Apart from helping patients, various treatments also have negative effects on several areas of patients' quality of life in terms of physical, mental, social and economical aspects. The physical side effects frequently encountered with chemotherapy are the impact on; the digestive system which cause nausea and vomiting, loss of appetite, sores in the mouth and diarrhea, the hemopoietic system, resulting in paleness, weakness, low white blood cell counts, risk for infection, low blood platelet counts, potential abnormal bleeding, insomnia and loss of weight. Furthermore, chemotherapy may result in damages to tissues in the area of injection if the chemicals leak from the blood vessels (Coons, et al., 1987; Lerman, et al., 1990; Mc Daneil, Rhode & Hanson, 1995 as cited in Nanta Leksawad and colleagues, B.E. 2543: 2). Fatigue was also one of the symptoms most frequently encountered in cancer patients and stemmed from the debilitating effects of both the disease and treatment methods (Sutira Jakkul Leungjareun, B.E. 2548: 224; Ream & Richardson, 1999) in addition to the side effects of receiving chemotherapy which fatigue approximately 80-99% of cancer patients (Barnett, 2001: 791). Fatigue will increase depending upon the number of chemotherapy treatments received (Siriboon Buranareungroj and colleagues, B.E. 2549). If fatigue is at a severe level, it will effect the emotions and may disturb daily living (Donovan & Ward, 2500). Furthermore, it has

been found that patients who suffer severe complications of chemotherapy will also experience increased emotional suffering (Ahlberg, et al., 2004; Kuo & Ma, 2002). Moreover, cancer and chemotherapy treatment affect income, financial status and quality of life for both patients and families where in patients with low incomes experience increased anxiety about treatment costs and various costs incurred by treatment (Suriporn Gritsajareun, B.E. 2537; Nanta Leksawat and colleagues, B.E. 2545: 4). This set of circumstances may cause patients to refuse treatment, miss appointments or reschedule the subsequently chemotherapy treatments (Orathai Sonjaiyut, B.E. 2539) and thereby affecting the survival rates and quality of life.

Illness with lung cancer constitutes a current and future life-threatening condition in the lives of lung cancer patients while causing patients to feeling uncertain about their lives due to the symptoms of discomfort as a result of the pathology of lung cancer and chemotherapy treatment which affects daily routines. Thus, patients experience stress, and lung cancer patients may exhibit differing behavior as they confront this stress, depending upon existing coping resources. Patients who cope with stress well are people who are able to implement their existing coping resources. In this study, the situations faced by patients are treatment by means of chemotherapy which results in both physical and mental life-threatening circumstances. Patients experience stress wherein they attempt to draw upon their coping resources to manage various situations by assessments of personal and situational factors. In this study, the personal factors were age and fatigue where in older patients will have more experience and ability to use their experience for better problem-solving (Anderson, 1995). This finding concurred with the findings of a study by Edlund and Sneed (1989) who interviewed 133 cancer patients with their first diagnosis, finding that patients under 50 years of age experienced more stress and tension than patients aged over 50 years of age, further finding that older people had better life quality than younger people because increased age means more life experience which enables older people to adjust and cope with changes in their lives effectively with positive perceptions of quality of life (Padilla & Grant, 1985).

From the literature review, it was found that cancer patients who undergo chemotherapy are faced with physical suffering which greatly affects the patients' s quality of life. Furthermore, research findings in groups of cancer patients have

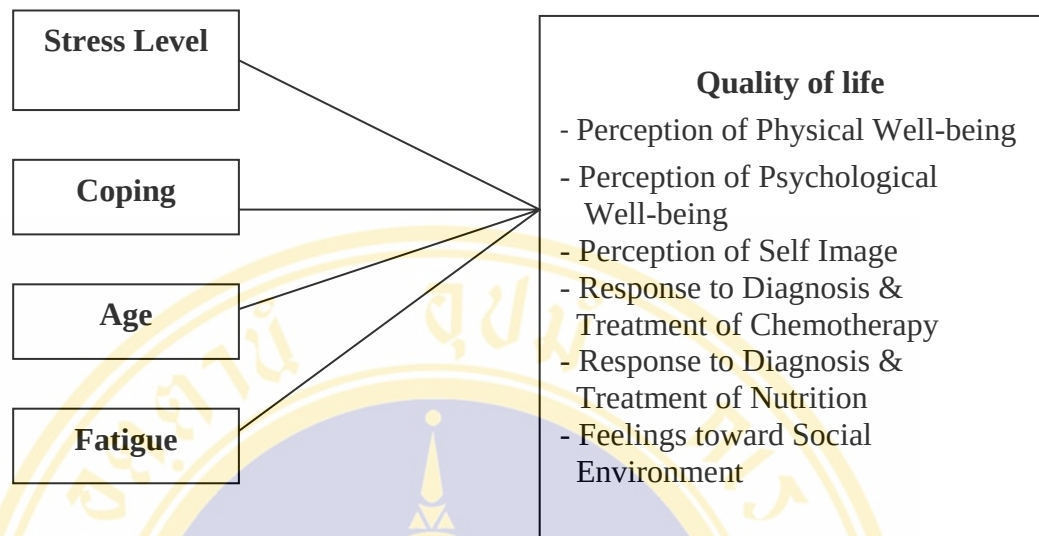
reported quality of life to be at low to moderate levels. This researcher, therefore, has gained an interest in exploring the quality of life of patients with lung cancer, regardless of the fact that lung cancer patients may lose their lives within 1-2 years (National Cancer Institute, 2005), in order to assess quality of life during the remaining lives of lung cancer patients and to promote further of quality of life. Therefore, the researcher would like to explore the stress levels, stress coping, personal factors (age and fatigue) and the quality of life of patients with lung cancer who receiving chemotherapy while studying ability of stress levels, stress coping, age, fatigue in predicting quality of life. The findings yielded by this research will be a guideline for effective evaluation and planning for providing assistance to lung cancer patients who receiving chemotherapy in order to help patients lead their lives as normally as possible and to promote improved quality of life for lung cancer patients receiving chemotherapy.

This study employed Lazarus & Folkman's theory on stress, appraisal and coping (Lazarus & Folkman, 1984), which is a theory with concepts about interactions between individuals and environments wherein each influences the other in an ongoing process. The key concepts are stress, cognitive appraisal and coping. Stress is the interaction between individuals and the environment wherein each constantly influences the other. Individuals evaluate and decide a situation if it affects personal welfare and either fully use or over use sources of personal benefit (Lazarus & Folkman, 1984:19). Cognitive appraisal is a process of consciousness used by individuals in deciding whether there is stress in the relationship between the individual and the environment (Somjit Hanujareunkul, B.E.2544:107, Lazarus & Folkman, 1984:31-37) and consists of primary appraisal and secondary appraisal. There are 3 types of stress appraisals: 1) perception that stress is harmful or will result in loss; 2) perception of life-threatening or anticipated threat; 3) perception that an incidence is challenging, even though it may be dangerous. Secondary appraisal is an assessment of benefit sources and choices for managing a particular event while also assessing the potential effects. In a given situation, individuals may practice both primary and secondary appraisal at the same time as they are faced with an incident. The assessments of whether or not a situation is stressful, what kind of stress is

involved and how severe the stress will depend upon 1) personal factors i.e. commitment and beliefs; 2) situation factors i.e. novelty, predictability, event uncertainty, temporal factors and ambiguity (Somjit Hanucharunkul, B.E. 2544: 108; Lazarus & Folkman, 1984:55-116).

Coping with stress is a person's attempt, in both thought and action, to deal with stress by utilizing more than common resources and represents a constantly changing process. Coping can be characterized as emotion-focused coping or problem-focused coping and there are 5 methods or coping models, namely, data-seeking, direct action, discontinuation of action, seeking social help or support, and the utilization of mental mechanisms. The method selected depends on an individual's feelings of uncertainty or vagueness, the severity of threat and the existence of conflict and hopelessness (Somjit Hanucharunkul, B.E.2544: 108-111; Lazarus & Folkman, 1984:148-154). For the assessment and coping with stress to result in effective adjustment, 3 aspects must be considered as indicators of quality of life, namely, social function, morale and somatic health (Somjit Hanucharunkul, B.E.2544: 112; Lazarus & Folkman, 1984:183-206). This finding was in agreement with the meaning of quality of life for cancer patients set forth by Somjit Hanucharunkul (Hanucharunkul, 1988) which was modified from the Cancer Patient Quality of Life Model by Padilla & Grant (Padilla & Grant, 1985) consisting of perceived physical and emotional well-being, perceived self image, response to diagnosis and treatment of chemotherapy, response to diagnosis and treatment refer to nutrition, and feelings toward the surrounding society.

Lazarus and Folkman's theory on stress, appraisal and coping, enabled this research to explain stress in the form of interpersonal relationships between individuals, in this case lung cancer patients, and the environment, the circumstances associated with receiving chemotherapy, which have mutual impact upon each other. Stress occurs when the patients assess that the situation of receiving chemotherapy requires full use of resources, or overuse of resources, which affects the patient's welfare and wherein every patient has different coping methods. The results of the assessment and stress coping utilized will affect the outcome of the adjustment reflected in the patient's quality of life, as shown in Figure 1.



Conceptual Framework of the Study

The Research Questions comprised the following:

1. What are stress among lung cancer patients receiving chemotherapy?
2. What are the levels of stress for lung cancer patients receiving chemotherapy?
3. How do lung cancer patients receiving chemotherapy cope with stress?
4. What are the level of fatigue for lung cancer patients receiving chemotherapy?
5. What is the quality of life for lung cancer patients receiving chemotherapy?
6. What are the relationships among stress levels, coping, age, fatigue and quality of life for lung cancer patients receiving chemotherapy?
7. Can level of stress, coping, age and fatigue predict quality of life for lung cancer patients receiving chemotherapy?

Research Design

This descriptive study aimed to explore the stress situations, stress level, coping, personal factors and quality of life of patients with lung cancer .The population for this study comprised of patients with lung cancer who were recruited at the Chemotherapy Department of the out-patient building and patients in the Men's and Women's Patient Wards of the National Cancer Institute and the network in the

central region (Mahawachiralongkorn Thanyaburi, Pathumthani and the Regional Cancer Center, Lopburi) who had undergone chemotherapy at least one course.

The study sample was selected by mean of purposive sampling. The total number of subject in the study was 85 patients with lung cancer receiving chemotherapy.

Research Instruments

The research instruments employed in this research consisted of the following:

1. Screening Instruments

The set test was used to screen for normal cognitive status of patients over 60 years of age for participation in the research.

The question for screening lung cancer patients with stress from chemotherapy comprised 1 question used to survey lung cancer patients' stress from receiving chemotherapy where in the respondent who answered that he/she experienced stress would be invited to participate in the research.

2. Data collection instruments

2.1 The questionnaire on demographic data was divided into 2 sections. The first section involved the patients' demographic data such as sex, age, level of education, marital status, family income, etc. and the second section was completed by the researcher with data from medical records such as date of diagnosis, types of cancer, types of chemotherapy received, number of chemotherapy treatments to be received, etc.

2.2 The semi-structured interviewing question. This was developed by researcher. It was compose of two parts. Part I involved 2 open-ended questions interviewing about situations that created suffering or anxiety during chemotherapy. Part II was a visual analog scale ranging from one as the least stress to 100 as most stress. It was used to means overall stress level of stress situation.

2.3 The Jalowiec Coping Scale (JCS) was used to evaluate the coping of lung cancer patients receiving chemotherapy. In this study, the researcher utilized Jalowiec's instrument (Jalowiec, 1988) which was translated into Thai by Nittaya Suthayakarn (B.E.2531) and submitted to the examination of a panel of 5 experts.

The instrument consisted of 36 items used to measure coping methods and divided into 3 dimensions as follows: 13 items on problem coping, 14 items on stress relief, and 9 items on managing emotions. The answers were graded on a 5-level likert scale wherein 1 equaled no practice of the behavior at all and 5 equaled practicing the behavior nearly all of the time. The scores were interpreted by 2 methods: 1) the calculation of the raw scores i.e. the higher the score, the more stress coping methods the patient possessed and 2) the calculation of relative scores i.e. the higher the score for any dimension meant that the patient coped with stress on that side when compared to other dimensions. In this research, the researcher used the stress assessment questionnaire on 85 patients, resulting in a value for Cronbach's alpha coefficient equaling .77.

2.4 The questionnaire on fatigue, or the Revised Piper Fatigue Scale (PFS) was created by Piper and colleagues (Piper et al., 1989) and consisted of 41 questions that had been revised in 1998 because there were too many questions in the original questionnaire. The questions were reduced to 22 questions and translated by Pritsanapanurangsie (2000) who modified the 22 questions and divided them into 4 aspects, namely, behaviors/severity, affective meaning, sensory perception, and cognitive/ mood. In this research, the researcher used the questionnaire on fatigue assessment questionnaire on 85 patients, resulting in a value for Cronbach's alpha coefficient equaling .87.

2.5 The quality of life questionnaire of Padilla and Grant (1985), which was translated into Thai by Somjit Hanucharunjul (1988), was modified for implementation in the research of lung cancer patients in Thailand and consists of 19 questions classified into 14 positive items, 5 negative questions. In this study, the researcher modified and increased the number of questions to 20 items according to the concept of Padilla and Grant (1985) by increasing the 20th question, which is a negative question on the topic of nausea and vomiting while receiving chemotherapy in order to be suitable for lung cancer patients who were receiving chemotherapy. The researcher then submitted the modified instrument to the examination of a panel of qualified experts who examine it for content validity. Content validity was then calculated at .85, after which the instrument was submitted to trial implementation

with 85 members of the sample group studied wherein Cronbach's alpha coefficient was calculated to be .83

Data collection

1. The researcher selected names from the list of people with lung cancer receiving treatment with chemotherapy and aged 18 years or more from the records were aware that they had lung cancer. The Patients aged over 60 years had to be tested for cognitive status by completing multiple-category questionnaires.

2. Lung cancer patients who had received at least one chemotherapy treatment or lung cancer patients who had finished all chemotherapy sessions within no more than two weeks prior to the study were recruited for participation in the research.

3. The patients appraised the stress associated with the situation of receiving chemotherapy (From the researcher's interviewed).

4. The researcher interviewed the patients about situations that caused stress at the first rank and had the patients evaluate the stress levels of those situations in overall terms. Then let the patients completed the coping questionnaire. While answering, the patient had to remember that coping involves only the methods used in coping in the situations described. This was followed by the assessment form on fatigue while receiving chemotherapy and the quality of life assessment form and the demographic data questionnaire, all of which required an approximate time period of 50 minutes.

Data analysis

1. The demographic data of cancer patients, stress levels, coping, fatigue and qualities of life were evaluated by descriptive statistics (frequency, percentage, mean value, range and standard deviation values).

2. The relationships between, stress level, stress coping, age, fatigue and quality of life of lung cancer patients receiving chemotherapy were evaluated by the analysis of Pearson's product-moment correlation coefficient.

3. The factors predicting the quality of life of lung cancer patients receiving chemotherapy were evaluated by stepwise multi regression analysis, before which the

researcher tested the basic agreements of stepwise multi regression analysis. In this study, the researcher designated the significance level at .05 ($P < .05$).

4. The data about stress was submitted to content analysis in terms of the following 3 characteristics: methodology, subjectivity and reference to the theoretical/conceptual framework (Supang Jantarawanit, BE. 2542).

Research results

The Demographic Data and the Clinical Data

The majority of eighty-five of patients with lung cancer were female 54.5%, an average of their age was 54.9 years ($SD = 11.23$, Range = 20-82). They had individual income less than 5,000 baht (45.9 %), and most of them finish primary school 50.6%. They had sufficiency income with no saving money 64.7%. Most of them are healthy 64.7%. All of them could reimburse the cost of care. They had been diagnosis for less than 6 month (62.4 %), The majority of lung cancer were non-small cell lung cancer (NSCLC), Most of patients were in stage 3 (65.43 %) and stage 4 (34.57%). Most of them had been treated with Cisplatin combination regimen 69.4%. The majority of patients were received chemotherapy of one cycle.

Stress of lung cancer patients receiving chemotherapy

From the stressful situations of 85 lung cancer patients receiving chemotherapy, it was found that the stressful situations associated with chemotherapy could be divided into the following 2 main types:

1. The stress occurring as a result of physical changes - it was found that lung cancer patients receiving chemotherapy experienced side-effects from chemotherapy wherein the following symptoms were more frequently encountered: gastro-intestinal symptoms (loss of appetite, nausea, vomiting) at 9.41%, fatigue at 7.06%, insomnia at 5.88%, low white blood cell counts that put the patients at increased risk for complications at 1.17%; exhaustion at 1.17% and hair loss at 1.17%. The aforementioned symptoms may have caused both physical and psychological discomforts thus the patients evaluated them as causing stress.

2. The stress that affected patients psychologically - it was found that 68.21% of the patients suffered anxiety about the side effects of chemotherapy while 33.82%

felt uncertain about the treatment and 5.88% were feeling fear to death. Patients had anxiety about the side effects of the chemotherapy in terms of the following topics: gastro-intestinal systems (loss of appetite, nausea, vomiting), fear of drug rejection and side effects, fear that the blood test results would not be normal, fear of image loss, fear of drugs, fear of chronic illnesses, fear that the chemical would leak outside the blood vessels, fear of fatigue and fear of kidney infection. Therefore, the patients evaluated the aforementioned situations as causing stress.

Effects of chemotherapy in lung cancer patients

The effects of chemotherapy in lung cancer patients could be divided into the following 4 areas:

1. Physical effects: Most patients indicate that they are faced with an unfamiliar environment, changed in daily routine, altered sleep patterns and disturbance from nursing activities. Patients also experienced side effects from chemotherapy, which resulted in numerous discomforts. It has been found that lung cancer patients experienced the following physical side-effects: insomnia (37.65%), weakened state (9.41%) and loss of appetite (3.53%).

2. Psychological effects: It was found that 49.41 patients worried about their families, 7.05% were bored of receiving treatment/despaired about life and 2.35% feared that they were a burden. Lung cancer patients experienced numerous and continual chemo-therapies requiring long-term treatments which may cause the patients to feel despair and think that they are a burden to their families.

3. Economic effects: It was found that 2.35% of which was related to treatment costs and 5.88% of which was related to family costs. Cancer is a disease that requires long-term and continual treatment. Therefore, patients have to see their doctors more frequently. In each time they come for a doctor's visit, they will incur additional travel and food costs, even though most patients will exercise their rights for reimbursement through social insurance, universal coverage cards or direct reimbursement from the government.

4. Social effects: It was found that 5.88% of the patients suffered anxiety due to the occupational effects of their illness. Illness seemed to alter patients social roles and duties as patients who worked were unable to fully perform their jobs with their former capabilities; thus the occupations of the patients were affected.

Stress level

The level of stress was measured by interviewing the subjects and by using visual analog scale. The patients with lung cancer described their feeling of receiving chemotherapy at the middle level ($M = 64.88$, $SD = 19.27$, $Range = 20-100$)

Coping strategies

Prior to the analysis on raw score and relative scores of JCS, the mean raw score of total scale was 118.58, with the subscales of confrontive coping = 50.65, palliative coping = 48.42, and emotion coping = 19.51 (Table 1). Regarding minimum actual score in all three coping strategies was higher than possible score which indicate that the patients with lung cancer used a combination of three coping subscales. According to coping relative score; the most coping strategies used by patients with lung cancer were confrontive coping, follow by palliative and emotional coping respectively. (Table 2.).

Table1. The range mean and standard deviation of raw score of patients with lung cancer coping strategies (N=85)

Coping strategies	Min- Max		M	SD
	Possible score	Actual score		
Total	36 - 180	52 - 139	118.58	12.29
Confrontive coping	13 - 65	17 - 61	50.65	7.15
Palliative coping	14 - 70	23 - 59	48.42	5.82
Emotion coping	9 - 45	11 - 28	19.51	3.53

Table2. The range mean and standard deviation of relative score of patients with lung cancer coping strategies (N= 85)

Coping strategies	Min-Max	M	SD
Confrontive coping	0.14 - 0.51	0.43	0.06
Palliative coping	0.19 - 0.50	0.41	0.05
Emotion coping	0.09 - 0.24	0.16	0.03

Over all fatigue by patients with lung cancer was rate as being at moderate level ($M=107.73$, $SD= 24.39$). However, response to affective meaning were rate the highest mean score of fatigue ($M = 42.15$, $SD 8.33$), Behavior/severity ($M = 28.79$, $SD = 10.19$), sensory perception ($M = 21.78$, $SD=8.44$) cognitive/mood ($M = 15.01$, $SD = 8.68$), respectively.

Table3. Mean and standard deviation of fatigue experience category by behavior /severity, affective meaning, sensory perception and cognitive/mood (N=85)

Statement	Mean	SD	Level of fatigue
Total	107.73	24.39	moderate
Behavior/severity	28.79	10.19	moderate
Affective meaning	42.15	8.33	High
Sensory perception	21.78	8.44	moderate
Cognitive/mood	15.01	8.68	low

Quality of life and other variable

The study revealed that quality of life score was moderate, range from 41 to 194 from possible score 0-200 ($M = 121.76$, $SD= 26.44$) .As data included in table 4, using Pearson's product moment correlation, the result showed that there was no correlation of the level of stress ($r = .058$, $p = .441$) coping ($r = -.007$, $p = .952$), Age ($r = -.061$, $p = .580$) Fatigue ($r = -.130$, $p = .234$) and quality of life at statistically level. According to no correlation of all variable, multiple regression analysis was not generated.

Table4. Relationship between stress level coping age fatigue and quality of life of patients with lung cancer receiving chemotherapy.(N=85)

Variables	1	2	3	4	5
1. stress level	1.00				
2. Coping total	.165	1.00			
3. Age	-.048	-.023	1.00		
4. Fatigue total	.102	.178	-.060	1.00	
5. Quality of life	.085	-.007	-.079	-.130	1.00

Discussion of the findings

From this study, it was found that the stress of patients receiving chemotherapy could be divided into the following 2 main types: 1) stress occurring as a result of physical changes in the form of nausea, vomiting, loss of appetite, fatigue and insomnia, which caused the patients to suffer and view the situations threatening their health condition. Therefore, they evaluated the aforementioned situations as being stressful; 2) stress occurring as a result of psychological factors i.e. anxiety about the side effects of chemotherapy, feelings of uncertainty about the treatment and concern about the fear of death. With regard to overall anxiety in lung cancer patients, it was found that they were anxious about receiving their first chemotherapy because they had never undergone such treatment before and may have had concerns about the unknown or receiving insufficiency information about chemotherapy and potential side effects while remaining ignorant of correct protocol. It was evident that the patients were stressed by what they had never before experienced. This finding concurred with the stress, appraisal and coping theory of Lazarus and Folkman (Lazarus & Folkman, 1984: 19; Somjit Hanujareunkul, B.E.2544: 106-108) which stated that the factors in a given situation that made individuals evaluate that situation as stressful and threatening was the novelty of the situation, or a situation that the person had never been faced with before. Therefore, these research findings concurred with the situational factors set forth by the theory.

The patients who received chemotherapy for the second time worried about the side effects of the chemical therapy, feared that they would suffer more and that their physical conditions would worsen. In addition, they sometimes continued to experience uncertainty regarding treatment outcomes. Therefore, the patients assessed the situation as being stressful. It was evident that the patients were uneasy about uncertain situations in life and the patients did not know what would happen in their lives, which left them hesitant about the treatment and the physical side effects of chemotherapy. This finding was also concurrent with the stress, appraisal and coping theory of Lazarus and Folkman (Lazarus & Folkman, 1984: 19; Somjit Hanujareunkul, B.E. 2544: 106-108) which stated that the situational factor causing individuals to evaluate the situation as stressful and threatening was uncertainty. Therefore, the findings of this research were in agreement with the situational factor according to the theory and it was found that patients suffered anxiety and fear of death in which lung cancer patients appraised the event (chemotherapy) as dangerous, life-threatening and potentially resulting in premature loss of life, or having to part with loved ones; therefore, they evaluated the situation as stressful.

The effects occurring as a result of chemotherapy in lung cancer patients included physical effects wherein patients suffered insomnia, worsened conditions, fatigue and loss of appetite. In the area of mental effects, the patients felt anxiety about their families, despair about life and fear that they were a burden upon their families. In the area of economics, patients worried about the family's money and treatment costs. Socially, the patients were concerned about their occupations. The aforementioned effects caused patients lose life stability, and suffer uncertainty in life e.g. some had to leave work because of their illnesses and long-term treatment or did not have enough money to pay family expenses or treatments. These effects were stressful in that patients had to evaluate them as dangers contributing to loss of life stability.

The stress levels of lung cancer patients in this study were caused by situations and tension while receiving chemotherapy. In this study, the stress of lung cancer patients receiving chemotherapy was found to be at moderate to high levels. This finding may have been due to the patients' perception that lung cancer and lung cancer treatment methods are painful; therefore, patients appraised the situation of

lung cancer treatment as being stressful. When problems occurred, lung cancer patients had to use stress coping methods in 3 areas which: confronting problems, managing emotions and reducing stress. This finding was in agreement with the stress, appraisal and coping theory of Lazarus and Folkman (Lazarus & Folkman, 1984: 157) which stated that individuals will cope with stress both in terms of both determination to solve problems and emotional management, more or less, depending upon the stressful situation they are faced with and the ratio of most often choosing to confront the problem, followed by stress relief and emotional management.

Fatigue is a health condition and depletes the energy of an individual that could be used as support for the individual to deal with stressful situations in order to maintain personal welfare. Healthy or strong individuals, therefore, will have more energy to manage problems than ill individuals (Lazarus & Folkman, 1984). The stress of the sample group in this study was evaluated at a moderate level. This may have been due to the fact that most of the group members studied comprised patients that had already received only one set of chemotherapy, so the symptoms and side-effects are minimal. Therefore, the patients evaluated their fatigue at a moderate level. Furthermore, when fatigue was considered in term of various aspects, it was found that only area of affective meaning was at high level. The aspects of behavior/severity, sensory perception were at a moderate level. Only the area of cognitive was at minimal level, thus showing that patients did not feel that they suffered fatigue or that the physical side-effects of the treatment may have been minimal.

The patients' possession of good quality of life according to the concept was in agreement with the stress, appraisal and coping theory of Lazarus and Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) and the result of adaptation. When patients evaluated the situation of receiving chemotherapy as being stressful, they coped with stress by various methods according to the factors and existing support sources of each individual. The results of the adaptation are viewed in 3 areas i.e. performance of social duties, morale and health condition. The reason that the lung cancer patients evaluated their quality of life at a moderate level may have been because the patients had hope in the treatment or when they received treatment, the symptoms they suffered had improved e.g. they were less tired or their experience in having cancer

made positive life changes (Sarna, et al., 2002). It is evident, therefore, that patients have hope in treatment as they grow stronger and symptoms decrease in severity. Furthermore, positive outlooks made lung cancer patients evaluate quality of life at a moderate level. From the evaluation of Pearson's product-moment correlation coefficient, it was found that the level of stress, coping, personal resources (age, fatigue) were not related to quality of life, which contradicted the research hypothesis. When each variable was considered, stress was found to be at a moderate to high level while quality of life had scores at a moderate level, which also contradicted the study of Yen and colleagues (Yen, et al., 2006) which compared the depressive symptoms, stress and quality of life of female patients with breast cancer and women with common tumors wherein it was found in the sample group of breast cancer patients that quality of life was low in terms of physical and psychological aspects and that stress levels were high. This finding may have been due to the patients' hope that the treatment would make them better and could reduce the suffering from the disease, or it may have been due to the interview with patients about the stressful situations that made patients review from the time they first received chemotherapy to the present. Thus, the patients were compelled to evaluate their stress as high according to the stress, appraisal and coping theory of Lazarus and Folkman (Lazarus & Folkman, 1984), which stated that the decision about the severity of stress depends upon confrontations with new events never before faced, or event novelty. The fact that patients could not predict the incident caused this study to find that the sample group had stress at moderate to high levels. In the present, however, after they had already received the medication, the suffering from the disease had alleviated and caused the patients to evaluate quality of life at a moderate level, even though they had suffered the side effects of chemotherapy. On the topic of coping with stress, this study employed the overall scores of stress coping by not dividing into areas with scores at a moderate level, which was not found related to quality of life. The finding may have been due to the use of stress coping, which has no effect on quality of life, but depends upon effectiveness use of coping methods, which may differ according to the characteristics of stress, the sample group, the selection of various areas of stress coping methods or in terms of personal factors and the existing benefit sources.

Furthermore, personal factors (age, fatigue) had no relationship with quality of life, which was in agreement with the study of Mohan and colleagues (Mohan, et al., 2006), who studied the quality of life of 76 lung cancer patients who were re-examined, and found that age was not related to quality of life. There was, however, another study, the study of Bozcuk and colleagues (Bozcuk, et al., 2006) that explored the quality of life of 50 NSCLC lung cancer patients in the metastasis phase who were receiving chemotherapy wherein it was found that age had a negative relationship with quality of life in that older patients had lower quality of life than younger patients. This may have been due to the fact that most of the group members studied were middle-aged adults. Older ages will have more life experience which enables them to adapt and face changes in life with better perception of quality of life (Padilla & Grant, 1985). Therefore, the patients in this group evaluated their quality of life at a moderate level while the sample group also evaluated fatigue at a moderate level. This may have been due to the fact that most of the group that was studied had already received one set of chemotherapy and the symptoms and side effects are not overly severe; therefore, the patients evaluated the fatigue at a moderate level. Furthermore, in this study, most of the patients helped themselves well because they were patients who came from their homes to receive subsequent sets of chemotherapy or were out-patients who came to follow-up on blood test results. Therefore, the supporting data of this study found that the patients also evaluated quality of life at a moderate level, perhaps because the lung cancer patients always had to take care of themselves in order to be able to receive every chemotherapy treatment according to the doctor's treatment plans.

Summary

Although this study found no relationships between stress levels, coping, personal factors (age, fatigue) and quality of life, the study results showed the effects and stress associated with chemotherapy. Therefore, healthcare teams should perform stress evaluations at every phase and appropriately promote coping methods in order to promote every aspect of the quality of life of cancer patients.

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549*. กรุงเทพมหานคร:กระทรวง สาธารณสุข.
- กนกพร ใจแก้ว. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเอง
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กนกพร ใจสถาพรและคณะ. (2548). แนวทางการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
ปอดชนิด Non- Small Cell Lung Cancer (NSCLC). ใน *อาคม เขียรศิลป์ และคณะ
(บรรณาธิการ), แนวทางการรักษาพยาบาล โรคมะเร็งปอด ปี 2547-2548* (หน้า31-46).
กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- _____. (2548). แนวทางการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด
ชนิด Small Cell Lung Cancer (SCLC). ใน *อาคม เขียรศิลป์ และคณะ (บรรณาธิการ),
แนวทางการรักษาพยาบาล โรคมะเร็งปอด ปี 2547-2548* (หน้า51-57).
กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- กसानดี สิตลารมณ. (2541). Non-Small Cell Lung Cancer. ใน *วรชัย รัตนธนาธร (บรรณาธิการ),
ตำราการรักษาโรคมะเร็งTextbook of medication oncology 2* (หน้า 374-398).
กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิงจำกัด.
- กนธิ์ สังขวาลี. (2541). Cancer survivors. ใน *กนธิ์ สังขวาลี (บรรณาธิการ), Simplified
Gynecologic Oncology* (หน้า 241-246). กรุงเทพฯ: หน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยาของสูตินรี
เวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์. (2547). การพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของยาเคมี
บำบัด. *เคมีบำบัด: หลักการพยาบาล* (หน้า180-255). กรุงเทพมหานคร:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐวรณ วิฑูรย์. (2548). โรคมะเร็งปอด ภัยร้ายลมหายใจ. *รู้ทันมะเร็งปอด*. (หน้า 109-118).
กรุงเทพมหานคร: บริษัทเฮลท์ซีไลฟ์สโตร์.

ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, นิตยา เดชะพรหม, ลัดดาวัลย์ ภูมิวิชชเวช และสมาพร เกิดแสง. (2546).

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินภาวะเครียด การเผชิญปัญหา และ
คุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม. เชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิพมาส ชินวงศ์. (2540). การรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็ง
ปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงเยาว์ กันทะมูล. (2546). ความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นันทา เล็กสวัสดิ์และคณะ. (2543). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ที่ได้รับเคมีบำบัด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา สุทธยากร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความ
มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางกายพยาบาลศาสตร์. โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญขึ้น อิ่มมาก. (2537). การศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่
ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจวรรณ กำธรวัชร. (2544). มะเร็งต้องสู้. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์จำกัด.

บุญมี แพร้งสกุล. (2545). ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่อง
ไตเทียม วิทยานิพนธ์ปริญญา. คณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุร
ศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปาริชาติ กุช. (2548). โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพในการใช้ SPSS. เอกสาร
ประกอบการสอนนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประทุม สร้อยวงค์ และคณะ. (2539). แบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน ปฏิกิริยาที่
เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. รามาธิบดี
พยาบาลสาร, 2(1), 5- 19.

- ปราณี กาญจนวรงค์. (2539). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี เสนีย์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหน็ดเหนื่อยพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีชา รอดปรีชา. (2541). มะเร็งปอด. ในคณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง
สาธารณสุขการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3 (หน้า 201-213) พิมพ์ครั้งที่ 2
นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สบข.
- พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งประสบการณ์การ
อาการอ่อนล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการอ่อนล้า การสนับสนุนจากครอบครัว
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- พิทยภูมิ ภัทรนุชาพรและคณะ. (2544). Lung Cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล,
ประมุข พรหมรัตนพงศ์, ชนวิรัตน์ เทศะวิบูล (บรรณาธิการ), *Manual of Radiation
Oncology*. (หน้า 109-132). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญกมล กุลสุ. (2544). *ภาวะความอ่อนเปลี้ยในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวระหว่างได้รับการ
รักษาด้วยยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการ
พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์. (2542). *กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญ
ความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระหว่างการเข้ารับรังสี
รักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑา แห่งทรัพย์. (2540). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัด.*
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). การสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่และญาติ ใน สฤกพรรณ วิไลลักษณ์
(บรรณาธิการ), *มะเร็งรังไข่* (หน้า 124-138). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์
จำกัด.

- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สายพร รัตนเรืองวัฒนา, และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2540). ความเครียด และการเผชิญความเครียดของพยาบาลจบใหม่ระหว่างการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิภาวดี. ราชบัณฑิตยสาร, 3(1), 5-20.
- รุจิรัตน์ ผัดวัน. (2549). ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการ รักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา รัตนานนท์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วาทีณี ศรีไทย. (2548). ผลของการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทยต่อความเหนื่อยล้าใน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. (2542). อาการและอาการแสดงของมะเร็งปอด. ในสุมิตรา ทองประเสริฐ และสาวิตรี เมาศิคุลไพโรจน์ (บรรณาธิการ), มะเร็งปอด (หน้า 29-47) เชียงใหม่: หจก. ชนบรรณการพิมพ์.
- วรวรรณ เหนือคลอง. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ปากมดลูกขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2547). สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งปี 2547. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2548). มะเร็งปอด. Retrieved December, 22, 2005, From <http://www.nci.go.th/knowledge/pod.htm>.
- สฤกพรณ วิไลลักษณ์. (2548). หลักการใช้ยาเคมีบำบัด (Principle of Chemotherapy) (หน้า 139- 169) กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

- สิรินุช บุรณะเรืองโรจน์และคณะ. (2549). ประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารสภาการพยาบาล*. 21(3), 47-61.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, และอำไพ จารุวัชรกุล. (2541). รายงานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่ได้รับยาเคมีบำบัด. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษาคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ. (2548). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ (Role of Nurse in Ovarian Cancer Patient Care) ใน *สฤพรพรรณ วิลัดักษณ์(บรรณาธิการ), มะเร็งรังไข่* (หน้า 213-231). กรุงเทพมหานคร ฯ ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด.
- สุภาวค์ จันทวานิช. (2542). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้หญิงสูงอายุโรคข้อ* สมิตรา ทองเข้าล้อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมิตรา ทองประเสริฐ. (2536). *การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด*. เชียงใหม่ : ห้างหุ้นส่วน จำกัด ธนบรรณการพิมพ์.
- _____. (2542). การรักษา มะเร็งปอดชนิด non-small cell ด้วยยาเคมีบำบัด Non-small cell lung cancer chemotherapy. ในสมิตรา ทองประเสริฐ และสาวิตรี เม้าพิกุล ไพโรจน์ (บรรณาธิการ), *มะเร็งปอด* (หน้า 199- 235). เชียงใหม่: หจก. ธนบรรณการพิมพ์.
- . _____. (2542). การแบ่งระยะของมะเร็งปอดและปัจจัยในการพยากรณ์โรค. ในสมิตรา ทองประเสริฐ และสาวิตรี เม้าพิกุล ไพโรจน์ (บรรณาธิการ), *มะเร็งปอด*. (หน้า 113-146) เชียงใหม่: หจก. ธนบรรณการพิมพ์.
- สุรีย์พร กฤษเจริญและคณะ. (2537). การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 14 (1), 30-46.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในสมจิต หนูเจริญกุล(บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1* (หน้า 256-279) พิมพ์ครั้งที่ 13 (หน้า 256-279). กรุงเทพมหานคร: วิ. เจ. พรินติ้ง .
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง :ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 6 (หน้า106 - 112) กรุงเทพฯ :วิ. เจ. พรินติ้ง.
- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล* ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ไสว นรสาร. (2540). *ความรู้สึกลึกไม่แน่นอน การประเมินตัดสินใจ และการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่รอผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ จรัสอุไร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์. (2544). *ความเครียด การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับการดื่กล่วงกระดูก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2541). *ความเครียด การเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภินันท์ กองทอง. (2544). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรทัย สนใจยุทธ. (2539). *ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาคม เขียรศิลป์. (2542). *ระบาศวิตาของมะเร็งในสุเมิตรา ทองประเสริฐ และสาวิตรี เมหาพิกุลไพโรจน์ (บรรณาธิการ), มะเร็งปอด (หน้า 1-28) เชียงใหม่: หจก.ชนบรรณาการพิมพ์.*
- อาคม เขียรศิลป์. (2538). Lung cancer. ในวรชัย รัตนธรร (บรรณาธิการ), *ตำราการรักษาโรคมะเร็ง Textbook of medication oncology* (หน้า 257-279) กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิงจำกัด.
- เอมอร แซ่จิ้ว. (2544). *ความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Anderson, K. (1995). The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 547-556.
- Anne, D. K., Messias, H. , Yeager, K., A., Dibble, S. L., & Dodd, M. (1997). Patients' perspective of fatigue while undergoing chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 42 (1), 43-47.
- Ahlberg, K., Ekman, T., Wallgren, A., & Gaston-Johansson, F. (2004). Fatigue, psychological distress, coping and quality of life in patients with uterine cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 2, 205-213.
- Aristars, J. (1987). Fatigue in the cancer patient. *Oncology Nursing Forum*, 14 (6), 25-30.
- Ali, N. S., & Khalil, H. Z. (1991). Identification of stressors, level of stress, coping strategies, and coping effectiveness among Egyptian mastectomy patients. *Cancer Nursing*, 14, 232-239.
- American Cancer Society. (2007). *Cancer Facts and Figures 2007*. American Cancer Society, Atlanta, GA: Author.
- Armstrong, T., Almadrones, L. & Gillbert, M. R. (2005). Chemotherapy-Induce peripheral neuropathy. *Oncology Nursing Forum*, 32, 305-311.
- Barsevick, A. M., Much, J. K. (2004). Depression. In Yarbro, C. H, Frogge, M .H., Goodman M. (Eds.) , *Cancer Symptom Management* (3rd ed, pp.668- 692). Bonton: Jones and Bartlett.
- Benedict, S. (1988). The suffering associated with lung cancer. *Cancer Nursing*, 12, 34-40.
- Biddle, B. T., & Martin, M. M. (1987). Qauality, confirmation, credibility and structuralequation modeling. *Child Development*, 6, 4-17.
- Bozcuk, H., Dalmis, B., Samur, M., Ozdogan, M., Artac, M., & Savas., B. (2006). Quality of life in patients with advance non- small cell lung cancer. *Cancer Nursing*, 29, 104-109.
- Burk, M., & Flaherty, M. J. (1993). Coping strategies and health status of woman. *Journal of Advance Nursing*, 18, 7-13.
- Byar, K. L., Berger, A. M., Bakken, S. L, & Cetak, M. A. (2006). Impact of adjuvant breastcancer chemotherapy on fatigue other symptoms and quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 1, E18-E26.
- Camp-Sorrell, D. & Hawkin, R. (2000). Constipation and Diarrhea. In B. M.

- Nevidjon & Sower, K.W. (Eds.), *A nurse 'guide to cancer care* (3rd ed, pp. 334-343). New york: Philadelphia.Camp-Sorrell, D. (2000). Chemotherapy: Toxicity management. In C.H Yarbrow M.H, Frogge,M. Goodman., & L.S Groenwald (Eds.), *Cancer nursing:Principles and practice* (5th ed, pp.444-486). Boston: Jones and Bartlett. Function.
- Caporaso, N., Hayes, B. R., Dosemeci, M., Hoover, R., Ayesh, R., Hetzel, M., & Idle, J.(1989).Lung cancer risk, occupation exposure, and the debrisoquine metabolic phenotype.*Cancer Research*, 49,3675- 3679.
- Cooley, M. E. (200). Symptom in adult with lung cancer . A systematic reseach review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19, 137-153.
- Dagnelie, P. C, Pijls- Johannesma, M. C. G., Lambin, P., Beijer, S., Ruyscher, D. D. & Kempen, G.I.J.M. (2007). Impact of fatigue on overall quality of life in lung and breast cancer patients selected for high-dose radiotherapy. *European Society for Medical Oncology*. Retrieved May 25, 2007 from <http://annonc.oxfordjournals.org/ogi/content/abstract/mdm057v1>.
- De Jonge-maja, J.A. & Verweij, J. (2006). Renal toxicities of chemotherapy. *Seminars in Oncology*, 33(1), 68-73.
- Dikken, C., & Sitzia, J. (1988). Patients' experiences of chemotherapy: Side- effect associatedWith 5- fluorouracil + folinic in the treatment of colorectal. *Journal of ClinicalNursing* 7, 371-379.
- Donovan, H. S., & Ward, S. (2005). Representation of fatigue in women receiving chemotherapy for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*,1, 113-116.
- Dom-Wamboldt, B., Butler, L., & Coulter, L. (2005). The relationship between meaning of illness social support coping strategies and quality of life for lung cancer patients and their family merber. *Cancer Nursing*, 2, 111-119.
- Eckert, R. M. (2001). Understanding anticipatory nausea. *Oncology Nursing Forum*, 28, 1553-1558.
- Engelking, C. (1994). New approaches: innovation in cancer prevention diagnosis, treatmentand support. *Oncology Nursing*, 21(1), 62-71.
- Engelking, C. (2004). Diarrhea. In C.H. Yarbrow, M.H. Frogge, & M. Goodman (Eds.), *Cancer Symptom Management* (3rd ed, pp. 528- 550). Boston: Jones and Bartlett.

- Ezzone, S. A . (2000). Nausea and vomiting. In B. M. Nevidjon & Sower, K.W. (Eds.), *A nurse 'guide to cancer care* (3rd ed, pp. 295-310). New york: Philadelphia.
- Faber, M. R.V. (2000). Mucositis in Cancer Patients. In B. M. Nevidjon & Sower, K.W. (Eds.), *A nurse 'guide to cancer care* (3rd ed, pp.311-317). New york: Philadelphia.
- Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: Conceptual issues, *Seminars in Oncology*, 6, 248-254.
- Ferrans, C., & Powers M. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing and Health*.15, 29-38.
- Ferrell, B. R. (1996). The quality of life: 1,525 voices of cancer. *Oncology Nursing Nursing*, 23,907-916.
- Ferrell, B.R., Dow, K.W., Leigh, S., Ly, & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*,22, 915-922.
- Fox, W. & Lyon, E. D. (2006). Symptom cluters and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33,931-936.
- Frank- Stromberg, M. (1984). Selection and instument to measure quality of life. *Oncology Nursing Forum*,11, 88-91.
- Garces, I. Y., Parkinson, J., Zhao., X., Wampfler, A.J., Ebbert, O. J. & Sloan, A. J. (2004).The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer Diagnosis. *Chest*, 6, 1733-1740.
- Gibson, F., Mulhall, A. B., Pichardson, A., Edwards, J. L., Ream, E., & Sepion, B. J. (2005).A phenomenologic study of fatigue in adolescents receiving treatment for cancer. *Oncology Nursing Forum*, 3, 650-660.
- Gobel , B. H. (2004). Anxiety. In C. H. Yarbrow M.H. Frogge & M. Goodman(Eds.), *Cancer symptom management* (3rd ed , pp.651-664). Bonton: Jones and Bartlett.
- Gree, S. S. (1982). Psychological concomitans of cancer current state of research. *Psycho Med*, 12, 563-573.
- Hausheer, F.H., Schilsky, R.L., Bain, S., Berghorn, E.J., & Lieberman, F. (2006). Diagnosis, management and evaluation of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Seminars in Oncology*, 33(1), 15-49.

- Halstead, M. T. & Fernsler, J. I. (1993). Coping strategies of long- term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 17, 94- 100.
- Hanucharurnkul, S. (1988). *Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Doctoral' s Dissertation in philosophy, Wayne State University.
- Hays, A. (1984). The set test to screen mental status quickly. *Geriatric Nursing*, 5 (2), 96-97.
- Hol, E.M., & Bar, P.R. (1995). Cisplatin neuropathy. *Neurology*, 45 (3), 596.
- Hollen, P. J., Gralla, R .J., Kris, M. G., Eberly, S. W. & Cox, C. (1999). Normative data and trend in quality of life from the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS). *Support Care Cancer*, 7, 140-148.
- Hopwood, P., & Stephens, R. J. (2000). Depression in patient with lung cancer: Prevalance and Risk factor derived from quality of life data. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 839-903.
- Ingle, R. J. (2000). Lung cancer. In C. H. Yarbrow, M. H. Frogge, M. Goodman, & S. Groenwald (Eds.), *Cancer nursing: Principles and practice* (5th ed., pp. 1298- 1328). United States of America: Jones and Bartlett.
- Irvine, D., Vincent, L., Grahdon, J. E., Bubela, N., Thompson, L. (1994). The prevalence And correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. *Cancer Nursing*, 17, 367-378.
- Isaacs, B. & Kennie, A.T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123, 467-470.
- Jolowice, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jolowice Coping Scale. In C.F. Waltz & O.L. Strickland. (Eds.) *Measurement of nursing outcomes volume one: Measurement client outcomes* (pp. 287-308), New York: Springer Publishing.
- Jolowice, A., & Power, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research*, 30(1), 10-15.
- Kirsch, S. & Shell, J. A. (2001). Psychosocial issues outcome and quality of life. In S.E Otto (Eds.), *Oncology Nursing* (4th ed pp. 948- 972) St.Louis: Mosby.
- Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it Patients' experiences. *Cancer Nursing*, 14(5), 240-245.

- Kyngas, H., Lapan, K. K., Mikkonen, R., Nousiainen, E. M., Ryttilähti, R., Seppanen, P et al. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10, 6-11.
- Kuo, T.T., Ma, F.C. (2002). Symptom distress and coping strategies in patients with non-Small cell lung cancer. *Cancer Nursing*, 25, 309-317.
- Lam, W. K. (2005). Lung cancer in Asian women-the environment and genes. *Respirology*, 10, 408-417.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- McCorkle, R., & Quint- Benoliel, J. (1983). Symptom distress, current concerns, and mood disturbance after diagnosis of life threatening disease. *Social Science in Medicine*, 17, 431-438.
- McGarvey, E., Baum, L. D., Pinkerton, R. C., & Roger, L. M. (2001). Psychological sequelae and alopecia among woman with cancer. *Cancer Practice*, 9, 238-289.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 18, 32-38.
- Meifen, Z. (1997). *Coping styles and quality of life of breast cancer patients receiving Chemotherapy*. A thesis of the requirements for degree of master (Nursing). In The Graduate School of Chiangmai University.
- Miller, M. & Kearney, N. (2002). Institution management of cancer- related fatigue: a comparison of clinical specialties. *Europeal Journal of Oncology Nursing*, 6 (1), 45-53.
- Mohan, A., Mohan, C., Bhutani, M., Pathak, A. K, Pal, H., Das, C., et al. (2006). Quality of Life newly diagnosed patients with lung cancer in a developing country: Is it important?. *European Journal of Cancer Care*, 15, 293-298.
- Morrow, G. R., Andrews, P. L., Hickok, J. T. (2000). Fatigue associate with cancer and its treatment . *Support Care Cancer*, 5, 389-399.
- Nail, L. M. (2000). Fatigue. In C. H. Yarbrow, M. H. Frogge & M Goodman (Eds.), *Cancer symptom management* (3rd ed, pp.47-56), Bonton: Jones and Bartlett.
- Osann, E. K. (1991). Lung cancer in woman : the importance of smoking, family history of Cancer. *Cancer Research*, 51, 4893-4897.
- Otto, S.E. (2001). Chemotherapy. In S.E. Otto (Ed.), *Oncology nursing* (4th ed., pp. 638-683). Philadelphia: Mosby.

- Padilla, G.V., Presant, C., Grant, M. M., Metter, G., Lipsett., J., & Heide, F. (1983). Quality of Life index for patients with cancer. *Research in Nursing and Health*, 3, 117- 126.
- Padilla, G. V, & Grant, M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advanced in Nursing Science*, 8, 45-60.
- Patel, M. A., & Jett, R., J. (1996). Clinical presentation and staging of lung cancer, In J.Aisner,R. Arriagade, R. M. Green, N. Martini, & C. M. Perry (Eds.), *Comprehensive textbook of thoracic oncology* (pp293-318). Maryland: Williams & Wilkins.
- Payne, A.S., James, W.D., & Weiss, R.B. (2006). Dermatologic toxicity of chemotherapeutic agent. *Seminars in Oncology*, 33(1), 86-97.
- Perry, G.R. (1990). Loneliness and coping among tertiary-level adult cancer patients In the home. *Cancer Nursing*, 13, 293-302.
- Pickard-Holley, S. (1991). Fatigue in Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 14 (1), 13-19.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patient: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, 25, 308 -320.
- Piper, B. F. (1989). Fatigue : Current bases for practice. In S. C. Funk, L. A. Copp & R. A. Wiese (eds), *Management of pain fatigue and nausea* (PP.187-198). New york: Springer.
- Piper, B. F., Dibble, S.L., & Dodd, M.J. (1998). The revise Piper fatigue scale: Psychometric evaluation in womem with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25, 677-684.
- Pritsanapanurungsie Piyawan. (2000). *Pattern of fatigue , related patients receiving chemotherapy*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2003). Analyzing quantitative data: multivariate statistics, In D.Polit & C.T. Beck (Eds.), *Nursing research: Principles and method* (7th ed, pp.512-545). Philadelphia: Lippincott .

- Porock, D., Nikoletti, S., & Cameron, F. (2004). The relationship between factors that impair wound healing: severity of acute radiation skin mucosal toxicities in head and neck cancer. *Cancer Nursing*, 27(1), 71- 78.
- Ream, E., & Richardson, A. (1999). From theory to practice : Desingning intervention to reduce fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26, 1295-1303.
- Richardson, A., Ream, E., & Wilson-Barnett, J.(1998). Fatigue in patient receiving chemotherapy: Patterns of change. *Cancer Nursing*, 21, 17-30.
- Sarna, L. (1993). Fluctuation in physical function: Adult with non-small cell lung cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 714-724.
- Sarna, L. (1994). Functional status in women with lung cancer. *Cancer Nursing* 17, 87-93.
- Sarna, L., & Brecht, M. L. (1997). Dimension of symptom distress in woman with advance Lung cancer: A factor analysis. *Heart and Lung*, 26, 23-30
- Sarna, L., Brown, J. K., Cooley, M. E., Williams., R. D., Chernecky, C., Padilla, G., & Danao, L.,L. (2005). Quality of life of and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32 , E9- E19.
- Sarna, L., Padilla, G., Holmes., C., Tashkin, D., Brecht, L. M. , & Evangelista, L. (2002). Quality of life of long-term survivors of non-small- cell lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 20, 2920-2929.
- Shiba, G.H. (1999). Nasopharyngeal cancer. In C. Miaskowski & P. Buchsel (Eds.) *Oncology nursing: Assessment and clinical care* (pp. 1145-1167). St. Louis: Mosby.
- Short, F. P., & Mallonee, L. E. (2006). Income disparities in the quality of life of cancer survivors. *Medical Care*, 44 (1), 16-23.
- Sirapo-ngam, Y. (1994). *Stress, caregiving demands, and coping of spousal caregivers of Parkinson's patients*. Doctoral dissertation. Birmingham: The University of Alabama.
- Sureepron Thanasilp, and Phichayada Kongsaktrakul. (2005). *Factors predicting quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy*. Thai Journal Nursing Reacher. 9 (4), 306-314.
- The British Columbia Cancer Agency. (2005). Cancer management guideline. Retrieved March 27, 2006 from The BC Cancer Agency Web site:

<http://www.bccancer.bc.ca/treatment/Nutrition/NutritionalChallengesduringCancerTreatment%20mouth.htm>. Tulman, L., Fawcett, J., & McEvoy, M.D. (1991).

Development of the inventory of function

status cancer. *Cancer Nursing*, 14 (5): 254-260.

U.S. National Cancer Institute. (2005). Manipulates Cancer Statistics. Retrieved July 9, 2005, from <http://preventcancer.com/losing/nci/manipulates.htm>.

Varinthon Jantaramanee. (2006). *Experience of fatigue, management strategies, and well-being in advanced lung cancer patients receiving palliative chemotherapy*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Vogelzang, N. J., Breitbart, W., Cella, D., Curt, G.A., Groopman, J. E., Horning, S. L., et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: Results of a tripart assessment survey. *Seminars in Hematology*, 34, 4-12.

Weisman, A. D. (1979). *Coping with cancer*. New York: Mc Graw-Hill.

Winningham, M. L., Nail, L. M., & Burke, M. B. (1994). Fatigue and the cancer experience of knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 21, 23-34.

Wilkes, G.M. (2001). Potential toxicities and nursing management. In M. Barton-Burke, G.M.

Wilkes, K. Ingwersen (Eds.), *Cancer chemotherapy :A nursing process approach* (3rd ed, pp. 89- 185). Sudbury: Jones and Bartlett.

Wilkes, G.M., & Ades, T.B. (2004). *Consumers guide to cancer drugs* (2nd ed). Sudbury: Jones and Bartlett.

Xiaolin, C. (2002). *Quality of life of the lung cancer patients in three hospitals in Bangkok, Thailand*. A thesis of the requirements for degree of master (Nursing). In the Graduate Studies of Mahidol University.

Yanmei, W. (1998). *Open and coping styles in lung cancer patients receiving chemotherapy*. A thesis of the requirements for degree of master (Nursing). In The Graduate School of Chiangmai University.

- Yen, J.Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Yang, M.F., Wu, C. Y., Juan, C.H., & Huu, M. F. (2006). Quality of life depress and stress in breast cancer women out patients receiving activeTherapy in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurociences*, 60,147-153.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.





ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบหมวดหมู่
2. แบบสอบถามส่วนบุคคล (ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2)
3. แบบสัมภาษณ์ความเครียดและวัดระดับความเครียด
4. แบบสอบถามการเผชิญความเครียด
5. แบบสอบถามความอ่อนล้า
6. แบบวัดคุณภาพชีวิต

1. แบบทดสอบหมวดหมู่

โปรดเติมชื่อของผลไม้ สัตว์ สี และจังหวัด ลงในช่องว่างต่อไปนี้

ผลไม้	1 _____	6 _____	สัตว์	1 _____	6 _____
	2 _____	7 _____		2 _____	7 _____
	3 _____	8 _____		3 _____	8 _____
	4 _____	9 _____		4 _____	9 _____
	5 _____	10 _____		5 _____	10 _____

สี	1 _____	6 _____	จังหวัด	1 _____	6 _____
	2 _____	7 _____		2 _____	7 _____
	3 _____	8 _____		3 _____	8 _____
	4 _____	9 _____		4 _____	9 _____
	5 _____	10 _____		5 _____	10 _____

คะแนนรวม _____

ที่ 2 แบบสอบถามส่วนบุคคล (ส่วนที่ 1)

รหัส.....

เลขประจำตัวผู้ป่วย.....

สถานที่เก็บข้อมูล.....

วัน/เดือน/ปี.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง [] หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี.....เดือน

2. เพศ [] ชาย [] หญิง

3. สถานภาพ [] โสด [] คู่ [] หม้าย [] หย่า / แยก

4. ระดับการศึกษา

[] ไม่ได้เรียน

[] ประถมศึกษา

[] มัธยมศึกษาตอนต้น

[] มัธยมศึกษาตอนปลาย

[] อนุปริญญา

[] ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

5. รายได้ของท่านต่อเดือน

[] 0- 5,000 บาท

[] 5,001- 10,000 บาท

[] 10,001- 15,000 บาท

[] 15,000 – 20,000 บาท

[] มากกว่า 20,000 บาท

[] อื่นๆ ระบุ.....

6. ความเพียงพอของรายได้

[] เพียงพอ

[] ไม่เพียงพอ

[] เหลือใช้

7. รายจ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มขณะรักษาต่อเดือนประมาณ.....บาท

8. วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล

[] เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด

[] จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

[] ประกันสังคม

[] บัตรประกันสุขภาพ

[] อื่นๆ ระบุ.....

9. ประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ

[] ไม่มี

[] โรคความดันโลหิตสูง

[] โรคเบาหวาน

[] โรคหัวใจ

[] โรคไต

[] อื่นๆ ระบุ.....

ชุดที่ 2 แบบสอบถามส่วนบุคคล (ส่วนที่ 2) สำหรับผู้วิจัย จากเวชระเบียน

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดเมื่อ.....
2. ชนิดของมะเร็งปอด ☐ (NCSLC) ☐ (SCLC) Stage.....
3. ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน
 - ☐ Cisplatin combination with.....
 - ☐ Carboplatin combination with.....
 - ☐ Single agent.....
 - ☐ Others.....
4. จำนวนชุด (cycles) ของยาเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน.....
5. ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับก่อนชุดปัจจุบัน.....
 - ☐ Cisplatin combination with.....
 - ☐ Carboplatin combination with.....
 - ☐ Single agent.....
 - ☐ Others.....

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเครียดและวัดระดับความเครียด (โดยผู้วิจัย)

คำชี้แจง ขอให้คุณนึกย้อนถึงความรู้สึกตั้งแต่คุณเริ่มรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจนถึงปัจจุบันนี้
กรุณาช่วยเล่าให้ฟังตามความรู้สึกของคุณ

1. ช่วงที่คุณได้รับยาเคมีบำบัด คุณมีความเครียดหรือทุกข์ใจเกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง
 - จากความเครียดหรือทุกข์ใจที่คุณกล่าวมา คุณคิดว่าเรื่องอะไรที่ทำให้เครียดมากที่สุด
2. การได้รับยาเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อชีวิตคุณอย่างไร

แบบวัดระดับความเครียด

จากที่เล่าเกี่ยวกับความเครียดหรือทุกข์ใจที่เกิดขึ้นตั้งแต่คุณเริ่มรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จนถึงปัจจุบันขณะนี้ โดยภาพรวมแล้วคุณบอกได้ไหมว่า คุณเครียดมากน้อยแค่ไหน โดยทำเครื่องหมาย | ลงบนเส้นคะแนนข้างล่างนี้ เส้นตรงนี้แทนความรู้สึกรของคุณโดยระดับเครียดน้อยที่สุดเท่ากับ 1 ทางซ้ายมือถึงระดับเครียดมากที่สุดเท่ากับ 100 ทางขวามือ



รหัส.....

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในช่วงที่หายเคมีบำบัด

คำชี้แจง ขอให้คุณนึกย้อนถึงความรู้สึกตั้งแต่คุณเริ่มรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจนถึงปัจจุบันนี้ว่าคุณใช้วิธีการใดบ้างในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด ที่คุณเล่าไว้ข้างต้นและใช้วิธีนั้นๆ บ่อยแค่ไหน กรุณาตอบตามความเป็นจริงกับตัวคุณมากที่สุดโดยใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับวิธีการที่คุณใช้

- ไม่ได้ใช้ (1) หมายถึง ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลยเมื่อมีอาการเครียดเกิดขึ้น
 ใช้นานๆ ครั้ง (2) หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นนานๆ ครั้ง
 ใช้เป็นบางครั้ง (3) หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นน้อยกว่าครึ่งหนึ่งเมื่อมีความเครียดที่เกิดขึ้น
 ใช้บ่อยๆ (4) หมายถึง ท่านใช้วิธีนั้นมากกว่าครึ่งหนึ่งเมื่อมีความเครียดที่เกิดขึ้น
 ใช้ทุกครั้ง (5) หมายถึง ท่านใช้วิธีการนั้นทุกครั้งที่มีความเครียดเกิดขึ้น

ท่านใช้วิธีการต่อไปนี้มากน้อยเพียงใดเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัด	ไม่ได้ใช้	ใช้นานๆ ครั้ง	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้บ่อยๆ	ใช้ทุกครั้ง
	1	2	3	4	5
1.กังวลใจ					
2.ระบายความเครียดโดยการออกกำลังกาย					
3.มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น					
.....					
.....					
.....					
33.นอน ตื่นขึ้นอะไรๆจะดีกว่านี้					
34.ตั้งเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจน เพื่อแก้ปัญหา					
35.บอกตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลย ทุกสิ่งทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น”					
36.ยอมรับสถานการณ์แม้ไม่เป็นไปตามคาดหวัง					

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความอ่อนล้า

แนวทางในการตอบคำถาม : ในแต่ละข้อคำถามต่อไปนี้ให้วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกอ่อนล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้มากที่สุด

1) ในขณะนี้ ท่านรู้สึกทุกข์ทรมานจากความอ่อนล้ามากน้อยเพียงใด

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ไม่รู้สึกทุกข์

รู้สึกทุกข์ทรมาน

ทรมานเลย

มากที่สุด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

22) ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

สามารถคิดได้อย่าง

ไม่สามารถคิดได้

กระจำเจ้ง

อย่างกระจำเจ้ง

รหัส.....

ชุดที่ 6 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

กรุณาอ่านข้อความและตอบคำถามโดยทำเครื่องหมายกากบาท(X) ลงบนส่วนของเส้นตรงที่ท่านคิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด(X) โดยข้อความแต่ละข้อความต่อไปนี้เป็นการบรรยายเกี่ยวกับชีวิตและความเป็นอยู่ของท่าน ด้านล่างของแต่ละข้อความจะมีเส้นตรงพร้อมคะแนนกำกับอยู่ในช่วง 0- 10 คะแนน ซึ่งคะแนน 0 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของคุณน้อยที่สุด และคะแนน 10 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด

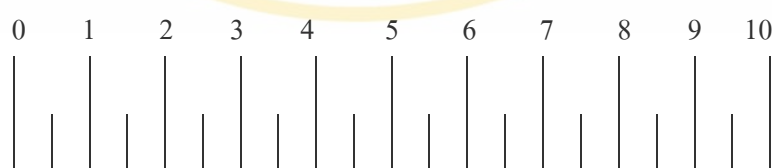
1. ท่านมีกำลังวังชาเพียงใด



ไม่มีเลย

มีเต็มที่

20.ท่านมีอาการคลื่นไส้อาเจียนเพียงใด



ไม่มีเลย

มีมากที่สุด

ภาคผนวก ข



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด
Stress, Coping, Personal Factors and Quality of Life of Patients with Lung
Cancer Receiving Chemotherapy.

ชื่อผู้วิจัย นางสาวแสงรุ่ง สุขจิระทวี, ดร.ธิดาภรณ์ จันทร์ดา, รศ.ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มหาวชิราลงกรณธัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี และศูนย์มะเร็งภูมิภาคจังหวัดลพบุรี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
นางสาวแสงรุ่ง สุขจิระทวี
พยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยพิเศษ กลุ่มงานบริการผู้ป่วยใน
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข

ที่อยู่ปัจจุบัน 268 /1 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ ที่ทำงาน : 02-3547025 ต่อ 2832-2833 โทรสาร 02-354-7046
มือถือ : 084-0991971

E-mail address: g4736904@student.mahidol.ac.th

rungrainbw_1971@yahoo.co.th

ผู้สนับสนุนการวิจัย

ความเป็นมาของโครงการ

โรคมะเร็งนับว่ามีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขของเกือบทุกประเทศ เพราะมีอัตราการป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นในประเทศไทยในปี พ.ศ.2547 พบว่าสาเหตุการตายจากโรคมะเร็งทุกชนิดเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ และพบว่าสาเหตุการตายจากมะเร็งปอดตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2547 มีอัตราเพิ่มขึ้นตลอดซึ่งในปี พ.ศ.2547 พบว่ามีอัตราการตาย 12.2 ต่อประชากรแสนคน และสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปอดในประเทศไทยเป็นอันดับที่3 รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งตับ) สถิติกระทรวงสาธารณสุข, 2547(ส่วนในสถาบันมะเร็งแห่งชาตินั้นพบผู้ป่วยมะเร็งปอดในเพศชายเป็นอันดับที่ 1 และในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 3) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2547(นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดรายได้หรือรายได้ลดลง อาจต้องออกจากงาน ส่งผลต่อเศรษฐกิจสังคมและประเทศตามมา ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงคือ ไอ ไอเป็นเลือด น้ำหนักตัวลด หอบเหนื่อย ต่อม่าน้ำเหลืองโต แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับการตรวจมักมีอาการมาแล้วหรืออยู่ในระยะลุกลาม เนื่องจากมะเร็งปอดไม่มีอาการแสดงที่มีความจำเพาะที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ในระยะแรกจึงทำให้ยากต่อการรักษาเป็นผลให้ผู้ป่วยประมาณร้อยละ90 เสียชีวิตจากมะเร็งปอดภายใน เวลา 1-2 ปี) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549 (การรักษาต่างๆมีผลกระทบทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลายด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านร่างกายผลข้างเคียงที่พบคือ ระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในปาก ท้องเสีย ระบบไขกระดูกทำให้เกิดอาการซีด อ่อนเพลีย เม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำอาจทำให้เลือดออกผิดปกติ อาการนอนไม่หลับและน้ำหนักลด เป็นต้น และในระหว่างให้ยาเคมีอาจเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดหากน้ำยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือด นอกจากนี้ความอ่อนล้ายังเป็นอาการที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งจากตัวโรคและวิธีการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้าและผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้าร้อยละ80-99 และการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อรายได้สภาพเศรษฐกิจและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่ายต่างๆในระหว่างการรักษา (สุริย์พร กฤษเจริญ, 2537; นันทา เล็กสวัสดิ์ และคณะ, 2545: 4) จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคมะเร็งอาจก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป้าหมายของการรักษาไม่ใช่ให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียวแต่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ในสภาพปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต) กนธีร์ สังขวาสิ, 2541 (ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึง ความเครียด การเผชิญความเครียด แหล่งประโชชน์ส่วนบุคคล) อายุ ความอ่อนล้า(และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขเท่าที่จะทำได้ ตลอดจนส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนล้า) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว และเต็มใจ (informed consent form) และผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยไปที่ห้องที่จัด เตรียมไว้ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและความสงบเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิ และในการเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นอันดับแรก และให้ผู้ผู้ป่วยประเมินระดับความเครียดของสถานการณ์เหล่านั้นในภาพรวมแล้ว หลังจากนั้นให้ทำแบบสอบถามการเผชิญโดยในขณะที่ตอบให้ระลึกว่าเป็นวิธีที่ใช้ในการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่บรรยายมาในตอนต้นเท่านั้น ต่อด้วยแบบวัดความอ่อนล้าที่เกิดขึ้นในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด แบบวัดคุณภาพชีวิต และตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-40 นาที

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาทางการแพทย์เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการประเมินสถานการณ์ความเครียด การส่งเสริมกลวิธีในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงใดๆ ที่ท่านจะได้รับและไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ในแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ - นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และจากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และใช้สำหรับการวิจัย โดยเฉพาะผลการศึกษานำออกเผยแพร่ในภาพรวม โดยไม่มีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับตัวบุคคลแต่อย่างใด

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวแสงรุ่ง สุขจิระทวี, ดร.ธิดารัตน์ จันทร์ดา, รศ.ดร.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบ รายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้ว อย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และ ข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถ ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุป ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณี จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยง ที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือ ยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลาย นิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. โสภณ แสงอ่อน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ พัทรี เจริญพร

หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาว แสงรุ้ง สุขจิระทวี
วันเดือนปีเกิด	15 สิงหาคม 2514
สถานที่เกิด	กรุงเทพฯ
ประวัติการศึกษา	2534-2536 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีธัญญา ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น 2536-2538 มหาวิทยาลัยรามคำแหง ศึกษาศาสตรบัณฑิตเอกสาขาศึกษา 2541-2543 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต 2547-2551 มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)
สถานที่ทำงาน	2536-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 กลุ่มภารกิจบริการวิชาการผู้ป่วยใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ทำงาน	หอผู้ป่วยพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรศัพท์ 02-3547025 ต่อ 2832-33 ที่บ้าน: 1561/2 ถนนริมทางรถไฟ ตลาดพลู ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 E-mail: rungrainbow_1971@yahoo.co.th