

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่
ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่
ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

รติรส แมลงภูทอง

น.ต.หญิง รติรส แมลงภูทอง

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล

รองศาสตราจารย์ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวรรณ ศรียุคศุทธ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวรรณ ศรียุคศุทธ

D.N.S.

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

นาย นพดล โสภารัตนาไพศาล

นาย นพดล โสภารัตนาไพศาล

พบ., ว.ว. อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริหมงคล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริหมงคล

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสบการณ์การมีอากร กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่
ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

..... รศ.ดร. แฉะเมธาทิ

น.ต.หญิง รติรส แฉะเมธาทิ
ผู้วิจัย

..... อ. นงนุช

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริขันธ์
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ศ.ดร. ธีรพร ธีรชิต

รองศาสตราจารย์ ธีรพร ธีรชิต
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... อ.ดร. นงนุช

รองศาสตราจารย์ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... นพ. นพดล ไสภรัตน์ไพศาล

นาย นพดล ไสภรัตน์ไพศาล
พบ., ว.ว. อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... อ.ดร. อรวรรณ ศรีบุญทด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรวรรณ ศรีบุญทด
D.N.S.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... อ.ดร. นพดล

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
พบ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

..... อ.ดร. นงนุช

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก
รองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงศ์ถาวรกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร. อรวรรณ ศรีบุญคศุทธ และนายแพทย์นพดล โสภารัตนาไพศาล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์
ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางถ่ายทอดความรู้และให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการทำ
วิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาจากอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ
โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล และรองศาสตราจารย์ ดร.สุรี
พร ธนศิลป์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาใช้เวลาอันมีค่าในการ
ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และขอกราบพระคุณ
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง และให้ข้อเสนอแนะต่างๆอันเป็น
ประโยชน์เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลตลอดจนเจ้าหน้าที่
ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล
และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่นอกจากจะให้ความร่วมมือใน
การตอบแบบสอบถามแล้วยังได้ให้แง่คิด มุมมองและความเข้าใจในอีกด้านหนึ่งของโรคมะเร็งปอด

ขอกราบขอบพระคุณเจ้ากรมแพทย์ทหารเรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและ
ผู้บังคับบัญชาทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วน ขอขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่
และเพื่อนนักศึกษาทุกท่านที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเองและให้กำลังใจมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ที่คอยเป็นกำลังใจและห่วงใยเสมอมา
ขอบคุณคุณวรพงศ์ สมจิตต์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้านกำลังใจ กำลังใจ และกำลัง
ทรัพย์ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีความพร้อมจนกระทั่งการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ตลอดจน
ขอบคุณทุกท่านที่มีไถ่เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ด้วย คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ขอ
มอบแด่ บุพการี คณาจารย์และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทุกท่าน

น.ต.หญิง รติรส แมลงภูทอง

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

(SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT STRATEGIES AND FUNCTIONAL STATUS IN ADVANCED LUNG CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY)

น.ต.หญิง รติรส แผลงภูทอง 4936729 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: คณิงนิง พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (Nursing), อรวรรณ ศรียุคศุทธ D.S.N., นพดล ไสภารัตนาไพศาล พบ.,ว.ว.อาชีวศาสตร์มะเร็งวิทยา

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการของคอดด์และคณะ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช หรือที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 88 ราย เก็บข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย 3) ภาวะการทำหน้าที่ และ 4) กลวิธีจัดการกับอาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ไอ ปากแห้ง ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ปวด รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก การรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง และท้องผูก อาการเสียงแหบ เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุดตามลำดับได้แก่ อาเจียน หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และเสียงแหบ กลุ่มตัวอย่างจัดการกับอาการ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก และปวด โดยวิธีนั่ง/นอนพัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน อาหาร รับประทานยาบรรเทา นั้งสมาธิ/สวดมนต์ และรับประทานยาบรรเทาปวด ตามลำดับ ในส่วนผลลัพธ์ของอาการและการจัดการกับอาการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะการทำหน้าที่เฉลี่ย 47.93 (S.D.=8.40, Max=64 ,Min=26) ในด้านความสัมพันธ์ของอาการและภาวะการทำหน้าที่พบว่า ประสบการณ์การมีอาการปวด อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น กังวล/กลุ่มใจ และไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ($r = -.38, p < .01, r = -.30, r = -.34, r = -.23, r = -.31$, และ $r = -.34, p < .05$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาคือ พยาบาลควรตระหนักในเรื่องประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการและการจัดการกับอาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามเพื่อส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคตควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของแต่ละกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์การมีอาการ/ กลวิธีจัดการ/ ภาวะการทำหน้าที่/ มะเร็งปอดระยะลุกลาม/ ยาเคมีบำบัด

SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT STRATEGIES AND FUNCTIONAL STATUS IN ADVANCED LUNG CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY
LCDr.RATIROS MALANGPOOTHONG 4936729 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, RN., PH.D. (NURSING), AURAWAMON SRIYUKTASUTH, RN., D.S.N., NOPADOL SOPARATTANAPASARN, M.D.

ABSTRACT

This descriptive correlational study aimed to explore the symptom experiences, management strategies and functional status of advanced lung cancer patients receiving chemotherapy. With the Symptom Management Model of Dodd and colleagues (2001) as a conceptual framework for research, the sample included 88 patients with advanced Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC) at the Medical Department of Somdejprapinklao Hospital and the Out-Patient Department of the Chemotherapy and Blood Transfusion Unit of Siriraj Hospital. Data were collected using questionnaires on demographic characteristics, the Memorial Symptom Assessment Scale, management strategies, and the Thai-Modified Function Living Index Cancer. Descriptive statistics by frequency, percentage, mean, standard deviation, and test for relationship by Spearman Correlation were used for data analysis.

The findings revealed that the most frequently occurring symptoms experienced by the sample were shortness of breath, cough, dry mouth, lack of appetite, lack of energy, pain, feeling drowsy, sleeping difficulty, changes in food taste, and constipation. Hoarseness of voice was rated by participants as the most severe symptom, whereas vomiting was rated as the most distressful symptom. The most common symptom management strategies employed by participants to manage the top five common symptoms (shortness of breath, lack of appetite, constipation, sleeping difficulty, and pain) were sitting down and napping, changing eating behaviors, using laxative drug, meditation and praying, and using analgesic drugs in this order. The mean of functional status of subjects was 47.93 (S.D. =8.40). Pain, lack of energy, sleeping difficulty, shortness of breath, worrying, and lack of appetite were significantly negatively correlated with functional status ($r=-.38$, $p<.01$, $r=-.30$, $r=-.34$, $r=-.23$, $r=-.31$, and $r=-.34$, $p<.05$ respectively).

Based on the study's findings, the recommendations are that health care providers should pay more attention to multiple concurrent symptoms faced by advanced lung cancer patients and help them manage these symptoms properly in order to enhance their functional status. Exploring symptoms as clusters to determine the relationships and synergistic effects among the symptoms in lung cancer patients is recommended for further research.

KEY WORDS: SYMPTOM EXPERIENCES/ MANAGEMENT STRATEGIES/
FUNCTIONAL STATUS/ ADVANCED LUNG CANCER/
CHEMOTHERAPY

146 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ(ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ(ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามคำศัพท์	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
โรคมะเร็งปอด	12
ชนิด และการแบ่งระยะของโรค	12
อาการและอาการแสดง	14
การรักษา มะเร็งปอดด้วยยาเคมีบำบัดและผลข้างเคียง	18
ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด	20
กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็ง	27
ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	31
ความหมายและแนวคิดของภาวะการทำหน้าที่	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่	35
สรุป	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
สถานที่เก็บข้อมูล	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	45
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย	47
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	64
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	80
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	84
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	99
รายการอ้างอิง	114
ภาคผนวก	126
ประวัติผู้วิจัย	146

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอด NSCLC ตามระบบ TNM	13
2. ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในโรคมะเร็งปอดและผลข้างเคียง	19
3. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	48
4. จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย	50
5. ประสบการณ์การมีอาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด	52
6. ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของอาการที่พบจำแนกตามความถี่	54
7. ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของอาการที่พบจำแนกตามความรุนแรง	56
8. ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของอาการที่พบ จำแนกตามระดับความทุกข์ทรมาน/การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน	58
9. จำนวนและร้อยละของกลวิธีจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับของกลุ่มตัวอย่าง	60
10. ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะการทำหน้าที่ จำแนกรายข้อ	62
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด	63

สารบัญภาพ

ภาพที่

1. กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของโควิด และคณะ
2. กรอบแนวคิดการวิจัย

หน้า

6

8



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับโลกรวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของประเทศต่างๆทั่วโลก ในค.ศ.2002 มีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทั่วโลกประมาณ 10.9 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 6.7 ล้านคน โดยพบว่าโรคมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก (Parkin, Bray, Ferlay, & Pisani, 2005) สำหรับในประเทศไทยอัตราป่วยและตายจากโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2536 อัตราตายจากโรคมะเร็ง เท่ากับ 45.0 รายต่อประชากร 100,000 คน และใน พ.ศ. 2542 โรคมะเร็งกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 คือ 58.6 รายต่อประชากร 100,000 คน และในปี พ.ศ. 2548 อัตราตายจากโรคมะเร็งเท่ากับ 81.4 รายต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) และมีแนวโน้มของปัญหาทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะโรคมะเร็งปอดที่พบเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็งตับ คิดเป็น 12.9 รายต่อประชากร 100,000 คน เนื่องจากธรรมชาติอันซับซ้อนของมะเร็งปอดทำให้วินิจฉัยโรคได้ช้า ระยะแรกมักจะไม่มีอาการ เมื่อเริ่มมีอาการ โรคก็ลุกลามไปมาก มากกว่าสองในสามของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เมื่อโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม การรักษามักได้ผลเพียงเพื่อบรรเทาอาการและชะลอการลุกลามของโรคเท่านั้น อัตราการรอดชีวิต 1 ปีของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ 35 (Raez & Lilenbaum, 2006)

โรคมะเร็งปอดจำแนกอาการทางคลินิกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ชนิดเซลล์เล็ก (Small Cell Lung Cancer) และ ชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก (Non-Small Cell Lung Cancer) ซึ่งพบได้มกร้อยละ 75- 80 ขณะที่ชนิดเซลล์เล็กพบเพียงร้อยละ 20 - 25 (สุมิตรา ทองประเสริฐ และ สาวิตรี เมาพิกุลไพโรจน์, 2542; Devita, Hellman, & Rosenberg, 2001) แนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอดมีทั้งการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา และการใช้ยาเคมีบำบัด ขึ้นอยู่กับชนิด ระยะของโรค อายุ และสภาพร่างกายของผู้ป่วย (ธีระ ลิ้มศิลา, 2540) ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการรักษาร่วมกัน ซึ่งยาเคมีบำบัดจะมีบทบาทมากในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามในการช่วยบรรเทาอาการของโรค (วิมล สุขถมยา, 2542) และช่วยให้อายุยืนยาวนานขึ้น แต่ก็มีผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับอาการและความทุกข์ทรมานมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะเริ่มต้นและผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ

(Cooley, 2000; Hopwood & Stephens, 1995) เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นหลายอาการร่วมกัน (Degner & Sloan, 1995) ทั้งเกิดจากผลการดำเนินของโรคเช่น เหนื่อยล้า ไอเป็นเลือด ไอ หอบเหนื่อย เสี่ยงหอบ ความอยากอาหารลดลง ความเจ็บปวด นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ไข้ อ่อนเพลีย กลืนลำบาก (Cooley, Short, & Moriarty, 2003; Lutz et al., 2001; กริธา ธรรมคำภีร์, 2550; สุมิตรา ทองประเสริฐ และ สาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์, 2542) และผลข้างเคียงจากการรักษาโดยเฉพาะจากยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของยาที่ค่อนข้างรุนแรง ทำให้ไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น อาการเหนื่อยล้า เจ็บปวด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่าง น้ำหนักลด ท้องเสีย ติดเชื้อได้ง่าย ซีด เลือดออกผิดปกติ ช่องปากอักเสบเป็นแผล นอนไม่หลับ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และหมดหวัง (Cooley, 2000; Cooley et al., 2003; Lobchuk, Kristjanson, Degner, Blood, & Sloan, 1997; Lutz et al., 2001; Yoder, 2006) ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะมีการเกิดขึ้นหลายอาการ เฉลี่ย 13 อาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิฟท์และคณะ (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004) ที่ศึกษาอาการในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งปอดจำนวน 220 รายในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยระยะลุกลามร้อยละ 62 ผู้ป่วยแต่ละคนมีจำนวนอาการตั้งแต่ 1-27 อาการ เฉลี่ย 11 อาการ อาการที่เกิดบ่อยตามลำดับได้แก่ อาการเหนื่อยล้า การปัสสาวะในช่วงกลางคืน ไอ เจ็บปวด หายใจลำบาก และอาการที่มีความรุนแรงตามลำดับ เช่น ความสนใจทางเพศลดลง คลื่นไส้ มีปัญหาการนอนหลับ ความเจ็บปวด อาการเหนื่อยล้า ความดีและความรุนแรงของอาการเหล่านี้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นความทุกข์ทรมานตลอดระยะเวลาที่มีอาการ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ถูกจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถทำหน้าที่และบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและยังส่งผลย้อนกลับทำให้อาการทางด้านร่างกายทรุดลงอีกด้วย (Kuo & Ma, 2002)

ภาวะการทำหน้าที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตและมีบทบาทมากในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกวินิจฉัยเพื่อช่วยกำหนดการรักษาที่เหมาะสม ติดตามการตอบสนองต่อการรักษา การพยากรณ์โรค (Prognosis) ทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Allard, Dionne, & Potvin, 1995) และการลุกลามของโรค ดังการศึกษาของ ซาร์นา (Sarna, 1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามมีการลดลงของภาวะการทำหน้าที่ทั้งระหว่างและหลังการรักษา และระดับภาวะการทำหน้าที่จะไม่กลับมาเท่าระดับเดิมก่อนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรม และนอนพักมากขึ้นซึ่งมะเร็งปอดและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบอย่างมากต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวทำให้เกิดประสบการณ์ในการมีอาการต่างๆ และหากอาการที่

เกิดขึ้นมีหลายอาการหรืออาการนั้นมีความรุนแรงหรือรบกวนการดำเนินชีวิตมากจะยิ่งส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่มากยิ่งขึ้น (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, & Given, 2001) จากการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในระดับต่ำ โดยภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากนี้พบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับภาวะการทำหน้าที่ สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ (Ahlberg, Ekman, & Gaston-Johansson, 2005; Barsevic, Dudley, & Beck, 2006; Okuyama et al., 2001; Warne, 2002) ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ ความปวด อาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ลดลง (Ahlberg et al., 2005; Barsevic et al., 2006; Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b; Fox, Lyon, & Farace, 2007; Schuit et al., 1998; Tanaka, Akechi, Okuyama, Nishiwaki, & Uchitomi, 2002) เช่นเดียวกับ การศึกษาของลีและคณะ (Lee, Dibble, Pickett, & Luce, 2005) ที่พบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดถึงร้อยละ 72.3 และ 76.7 ในการได้รับยาครั้งที่ 1 และ 2 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมีความต้องการชั่วโมงในการนอนพักมากขึ้น ทำให้เวลาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ซาร์นา (Sarna, 1994) ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งปอดมีการลดลงของพลังงานโดยไม่สามารถทำงานเล็กน้อยๆ ได้ถึงร้อยละ 33 และ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอยู่ในระยะที่รุนแรงมาก ทำให้ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยและหากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยนาน อาจทำให้ผู้ดูแลตกรงาน ครอบครัวยากจนได้ เกิดปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่มารับการรักษาตามนัด หรือปฏิเสธการรักษา ทำให้มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น และอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยได้ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย

ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ประกอบด้วย 3 มิติหลักคือ ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งประสิทธิภาพการมีอาการครอบคลุมในทั้ง 3 มิติได้แก่ การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) โดยในแนวคิดของดอดด์และคณะ (2001a) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง บุคคลนั้นก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงนั่นเอง หากภาวะการทำหน้าที่ลดลงจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จากภาวะความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับ

อาการและปัญหาจากอาการต่าง ๆ มากมายตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามหากลวิธีจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง โดยมุ่งเน้นที่การควบคุมหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดปัญหา เพื่อคงภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายตามปกติ เช่น การศึกษาของ อภิรดี ลดาจารย์ (2547) ศึกษาการจัดการอาการกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคมะเร็งวิธีที่ผู้ป่วยใช้เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ใช้น้ำเย็นประคบหรือยาสมุนไพร ใช้วิธีการผ่อนคลาย ซึ่งเมื่ออาการต่างๆลดลงจะส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ ลดภาระของผู้ดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

แม้ว่าในปัจจุบันได้มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะต่ออาการเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาสืบเนื่องจากการรักษา แต่การตัดสินใจที่จะจัดกิจกรรมการพยาบาลใดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยต้องขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยรวมทั้งความต้องการในการเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตนเองเป็นสำคัญ การศึกษาอาการหลายอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มีจำนวนอาการและความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้นและวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจึงเป็นความรู้ที่จำเป็น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับอาการจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมีน้อยมาก และส่วนมากเป็นการศึกษาอาการและกลวิธีจัดการอาการเพียงอาการเดียว เช่น การศึกษาของ วรินทร์ จันทรมณี (Jantaramanee, 2006) ที่ศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า กลวิธีจัดการกับอาการ และความผาสุกในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทา และการศึกษาของ พิษมุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนการศึกษาอาการของโรคมะเร็งที่มากกว่า 1 อาการยังมีน้อยมาก เช่นการศึกษาของ อภิรดี ลดาจารย์ (2547) ศึกษาอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ แต่อย่างไรก็ดีเป็นการศึกษาอาการผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดรวมกัน ยังไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดในภาพรวมได้ ส่วนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดในต่างประเทศยังไม่ครอบคลุมในเรื่องวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึง ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเลือกศึกษาในกลุ่ม

Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC) เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรคมะเร็งปอดในประเทศไทยและผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาขณะที่โรคอยู่ในระยะลุกลาม ผลการศึกษาที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการพัฒนาการดูแลและจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อลดความรุนแรงและการรบกวนจากอาการ และส่งเสริมความเข้าใจถึงภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามเพื่อช่วยให้พยาบาลและแพทย์ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และสามารถวางแผนการพยาบาลด้านอื่นๆต่อไปได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) อะไรบ้างที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีกลวิธีจัดการ(symptom management strategies) กับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับอย่างไร
3. ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ของผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร
4. อาการใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ของผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

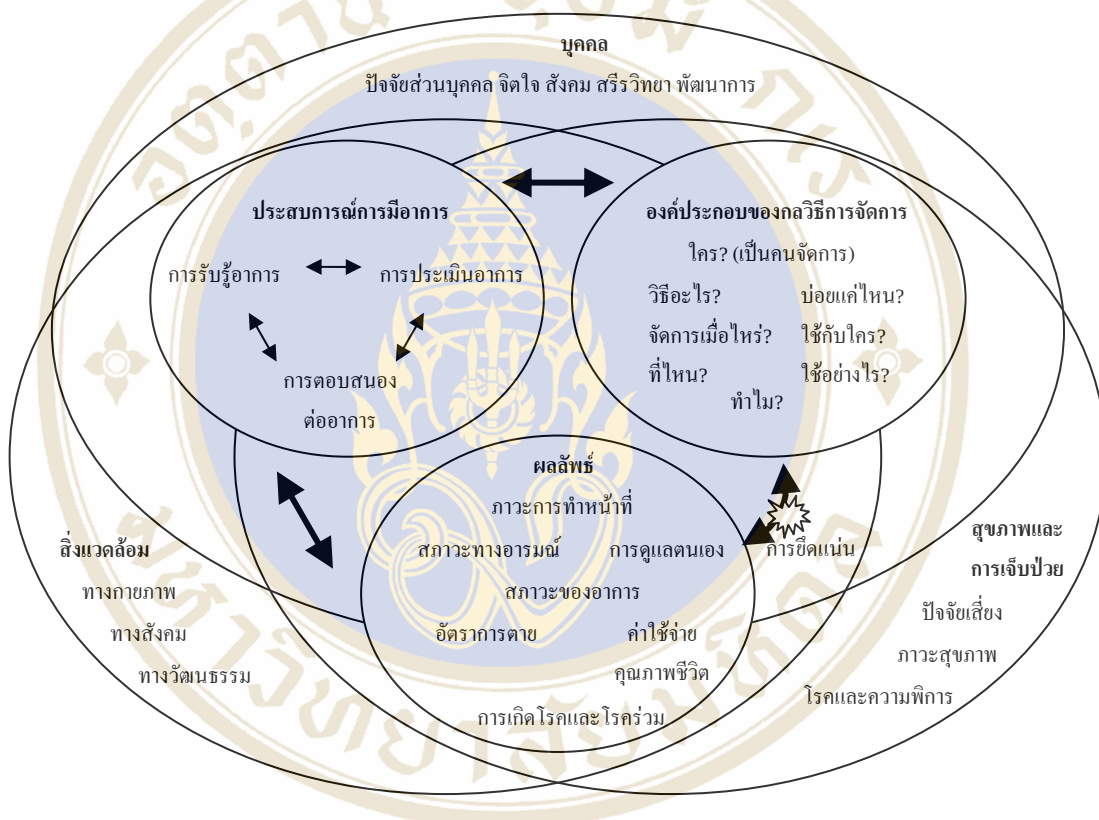
1. ศึกษาประสบการณ์การมีอาการต่างๆที่เกิดในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ศึกษากลวิธีจัดการกับอาการต่างๆด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานงานวิจัย

ประสบการณ์การมีอาการ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ คอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001a) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งกล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) กลวิธีจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcomes) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีจัดการอาการดังรูปที่ 1



รูปที่ 1. The Revised Symptom Management Conceptual Model (Dodd et al., 2001a)

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่ออาการที่ตนเผชิญอยู่ ประกอบด้วย 3 มิติได้แก่ 1) การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม 2) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ ตำแหน่ง ความบ่อย และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ 3) การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) หมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม รวมทั้งพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาการรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดในทั้ง 3 มิติ

2. กลวิธีจัดการอาการ (Symptom management strategies) เป็นเป้าหมายในการจัดการกับอาการ เพื่อชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยการใช้องค์ประกอบในการจัดการอาการประกอบด้วย ใครเป็นคนจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น จัดการกับใคร วิธีการจัดการที่ใช้คืออะไร จัดการเมื่อไหร่ ที่ไหน ทำไมต้องใช้ ใช้อย่างไร และใช้บ่อยแค่ไหน โดยการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยใช้จัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อาการแรก

3. ผลลัพธ์ (Outcomes) การรับรู้ผลลัพธ์ของการจัดการอาการขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการอาการของแต่ละบุคคล ผลลัพธ์เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการในแนวคิดของคอดด์และคณะ (2001a) ครอบคลุมใน 8 ด้านได้แก่ 1) สภาพอาการ (Symptom status) 2) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 3) สภาพอารมณ์ (Emotional status) 4) การดูแลตนเอง (Self-care) 5) อัตราตาย (Mortality) 6) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (Costs) 7) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และ 8) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity & co - morbidity) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาผลลัพธ์ในด้านภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากภาวะการทำหน้าที่เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการประเมินการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลและยังเป็นเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย นอกจากนี้การประเมินภาวะการทำหน้าที่จะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแต่ละคน โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพบว่าส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงตลอดการรักษา ซึ่งอาการต่างๆที่เกิดขึ้นทั้งจากการดำเนินของโรคมะเร็งและจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม หากพยาบาลมีความรู้และเข้าใจถึงภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยแล้วจะสามารถให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนตามความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆตามบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม

จากกรอบแนวคิดของ คอดด์ และคณะ (2001a) ดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับอาการต่างๆทั้งจากโรคและการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อคงภาวะการทำหน้าที่ ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีวิธีการแก้ไขอาการที่เฉพาะและแตกต่างกันออกไป แม้ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายหรือพฤติกรรม มีการประเมินให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรครวมทั้งการประเมินผลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีการจัดการกับอาการเพื่อคงภาวะการทำหน้าที่ จากการรับรู้และการจัดการอาการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย หากบุคลากรทางสุขภาพมีความรู้และทักษะในการประเมินปัญหาผู้ป่วยที่สอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้ป่วย การจัดการอาการจะมีประสิทธิภาพสูงส่งเสริมคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (ดัดแปลงจากคอดด์และคณะ, 2001a)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามชนิด NSCLC ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และหน่วยให้ยาเคมีบำบัด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2551 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551

นิยามคำศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดชนิด Non-Small Cell Lung Cancer ตั้งแต่ระยะ 3B ขึ้นไป และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ประสบการณ์การมีอาการ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการรับรู้หรือรู้สึกว่าร่างกายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม ทั้งที่เกิดจากการดำเนินของโรค และจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ซึ่งจะประเมินในด้านการมีอาการ ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิต ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale ของพอร์ทีนอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นางลัดกษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ประกอบด้วยหัวข้อ

ประสบการณ์การมีอาการในมิติความถี่ของอาการ หมายถึง อาการนั้นๆที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าเกิดขึ้นบ่อย

ประสบการณ์การมีอาการในมิติความรุนแรงของอาการ หมายถึง อาการนั้นๆที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรง

ประสบการณ์การมีอาการในมิติความทุกข์ทรมาน หมายถึง อาการนั้นๆที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

กลวิธีจัดการ หมายถึง วิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามใช้เพื่อบรรเทาอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้คำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ของ ชิปปเปอร์และคณะ (Schipper, Clinch, McMurray, & Levitt, 1984) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ (Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, & Thaikla, 2005) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ครอบคลุมในด้านร่างกาย จิตใจ และการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้าแก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาล หรือบุคคลอื่นที่มีความสนใจเกี่ยวกับการรับรู้อาการ และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2. ข้อมูลและความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการดูแล และจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อลดความรุนแรงของอาการ รวมทั้งอาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

3. ข้อมูลที่ได้อาจใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์ ในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับแต่ละอาการต่อไป



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษา ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีจัดการ และ ภาวะการทำหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ โดยได้รวบรวมเนื้อหาเป็นลำดับดังนี้

1. โรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม
 - 1.1 ชนิดและการแบ่งระยะของโรค
 - 1.2 อาการและอาการแสดง
 - 1.3 การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและผลข้างเคียง
2. ประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. กลวิธีจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็ง
4. ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม
 - 4.1 ความหมายและแนวคิดของภาวะการทำหน้าที่
 - 4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่

สรุป

1. โรคมะเร็งปอด

มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2543 พบผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 22 ล้านคน เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 10.1 ล้านคน และเป็นมะเร็งปอด 1.2 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.1 ล้านคน อุบัติการณ์การเกิดของโรคมะเร็งแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550) การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งปอด การสูบบุหรี่จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด 16 เท่า โอกาสเกิดมะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กับปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวันและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ รวมทั้งความเสี่ยงทางพันธุกรรม และการสัมผัสกับสารก่อโรคมะเร็งจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม เช่น asbestos, silica, fiber, organic compound, คาร์บอนจากการเผาไหม้เชื้อเพลิง, มลภาวะทางอากาศ เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอดทั้งสิ้น (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550; สมเกียรติ วงษ์ทิม และ วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542) ซึ่งข้อมูลในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 75 ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเมื่อโรครอยู่ในระยะลุกลาม

1.1 ชนิดของมะเร็งปอด

มะเร็งปอดแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามลักษณะทางพยาธิวิทยา คือ มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small Cell Lung Cancer) พบร้อยละ 20 - 25 และ ชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (Non-Small Cell Lung Cancer) ซึ่งพบได้มากกว่าถึงร้อยละ 75- 80 (สุมิตรา ทองประเสริฐและสาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2542; Devita, Hellman, & Rosenberg, 2001) มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กแบ่งเป็นชนิดต่างๆตามพยาธิสภาพที่สำคัญดังนี้ (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550)

Squamous cell carcinoma พบประมาณ 45 % (Yoder, 2006) เป็นมะเร็งเยื่อหุ้มผิวของหลอดลมที่มี intercellular bridge และมีการสร้าง keratin มะเร็งชนิดนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับการสูบบุหรี่ ตำแหน่งที่เกิดก้อนมะเร็งพบบ่อยที่สุดบริเวณหลอดลมใหญ่ส่วนต้น ก้อนมะเร็งมีทั้งแบบที่ขึ้นเป็นก้อนเข้าไปอุดตันท่อลมและแบบที่ลงลึกขยายเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบข้าง เนื้อมะเร็งมักมีสีขาวและอาจจะปะปนด้วยสีดำของ carbon pigment

Adenocarcinoma พบประมาณ 40 % (Yoder, 2006) เป็นมะเร็งของปอดที่เซลล์มีการจัดเรียงตัวเป็น gland หรือมีการสร้างสาร mucin มะเร็งปอดชนิดนี้มีชนิดย่อยที่เป็นที่รู้จักกันดีคือ bronchioloalveolar carcinoma การเกิดมะเร็งชนิดนี้สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่แต่น้อยกว่าชนิด squamous cell carcinoma นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับแผลที่เกิดขึ้นมาก่อน ตำแหน่งที่เกิดก้อนมะเร็งส่วนใหญ่พบบริเวณส่วนกลางหรือส่วนชายปอด ผู้ป่วยจึงมักถูกตรวจพบเมื่อก่อนมีขนาดใหญ่และโรคลุกลามไปแล้ว

Large cell carcinoma พบประมาณ 10 % (Yoder, 2006) เป็นมะเร็งชนิดที่เซลล์มีขนาดใหญ่และไม่มีการพัฒนาการรูปร่างไปเหมือนกับเซลล์ชนิดอื่น การวินิจฉัยจึงต้องทำหลังจากการตรวจสอบแล้วว่าไม่มีลักษณะของเซลล์มะเร็งชนิดอื่น การเกิดมะเร็งสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ตำแหน่งที่เกิดส่วนใหญ่พบเกิดที่ส่วนกลางหรือชายปอดแล้วมักลุกลามไปยังเยื่อหุ้มปอด ผนังหน้าอกและรอบข้างตัวก่อนมะเร็งมีสีขาวปนชมพูและพบเนื้อเยื่อตายตรงส่วนกลางก่อนได้บ่อย

การแบ่งระยะโรคมะเร็งปอด (Staging system)

การแบ่งระยะของ NSCLC ได้แบ่งตาม TNM classification ของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) (อ้างใน อากม เชียรศิลป์, ศุภพร แสงกระจ่าง, อากม ชัยวีระวัฒน์ และธีรวิทย์ คุหะเปรมะ, 2548) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามหมายถึงผู้ป่วยในระยะ IIIB ขึ้นไปดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอด NSCLC ตามระบบ TNM

ระยะที่	TNM subset	ระยะที่	TNM subset
0	Carcinoma in situ	IIIB	T4, N0, M0
IA	T1, N0, M0		T4, N1, M0
IB	T2, N0, M0		T4, N2, M0
IIA	T1, N1, M0		T1, N3, M0
IIB	T2, N1, M0 T3, N0, M0		T2, N3, M0 T3, N3, M0
IIIA	T1, N2, M0 T2, N2, M0 T3, N1, M0 T3, N2, M0	IV	Any T, Any N, M1

Primary tumor (T): ขนาดของมะเร็งปฐมภูมิ

Tx ไม่สามารถบอกถึงขนาดมะเร็งได้ หรือตรวจพบเซลล์มะเร็งในเสมหะ หรือในสิ่งคัดหลั่งจากหลอดลม โดยที่ภาพของปอดปกติ

T₀ ตรวจไม่พบก้อนมะเร็ง

T_{is} มะเร็งระยะเริ่มแรก (carcinoma in situ)

T₁ มะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 3 ซม. อยู่บริเวณรอบปอดหรืออยู่ภายในเยื่อหุ้มปอด โดยที่ส่องกล้องตรวจไม่พบการแพร่กระจายไปบริเวณที่ติดกับหลอดลมใหญ่ (lobar bronchus)

T₂ มะเร็งมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 3 ซม. หรือมีการแพร่กระจายไปเยื่อหุ้ม

ปอดรวมทั้งอาจมีการอุดกั้นของหลอดลมทำให้ปอดแฟบหรือปอดอักเสบ

T₃ มะเร็งมีขนาดใดก็ได้มีการแพร่กระจายไปยังผนังทรวงอก กระบังลม เยื่อหุ้มปอด หรือเยื่อหุ้มหัวใจ

T₄ มะเร็งมีขนาดใดก็ได้มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ห่างไกลออกไปดังนี้
มีติแอสติคัล (mediastinal) หัวใจ หลอดเลือดใหญ่ หลอดลมใหญ่ หลอดอาหาร
กระดูกสันหลัง หรือพบเซลล์มะเร็งในน้ำในช่องเยื่อปอด

Regional lymph nodes (N): ขนาดและจำนวนของต่อมน้ำเหลือง

N_x ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N₀ ไม่พบการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

N₁ แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลอดลม และ/หรือกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณซัฟปอดข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง

N₂ แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณมีติแอสติคัลข้างเดียวกับก้อนมะเร็ง และ/หรือต่อมน้ำเหลืองซัฟคารินอล (subcarinal)

N₃ แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณมีติแอสติคัล และ/หรือซัฟปอดด้านตรงข้ามกับก้อนมะเร็ง ต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้าทั้งข้างเดียวและด้านตรงข้ามกับก้อนมะเร็ง

Distant metastasis (M): การแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่อวัยวะอื่นๆ

M_x ไม่สามารถบอกได้ว่ามะเร็งมีการแพร่กระจาย

M₀ ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็ง

M₁ มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ

1.2 อาการและอาการแสดง

มะเร็งปอดในระยะเริ่มแรกมักจะไม่มีอาการแต่อาจตรวจพบได้โดยบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในการตรวจร่างกายประจำปีโดยไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีอาการส่วนมากจะเป็นระยะที่โรคลุกลามไปแล้ว อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเกิดได้จากหลายสาเหตุได้แก่ อาการจากมะเร็งปอดโดยตรง อาการจากก้อนมะเร็งไปกดหรือแพร่กระจายภายในปอด อาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น และกลุ่มอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของมะเร็งปอด (paraneoplastic syndrome) ซึ่งทำให้เกิดอาการต่างๆดังนี้ (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550)

อาการไอ พบได้มากกว่า 65% (Deesomchok, Dechayonbancha, & Thongprasert, 2005; Houlihan, Inzeo, Joyce, & Tyson, 2004; Thammakumpee, 2004; Yoder, 2006) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งปอด สาเหตุของอาการไอพบว่ามีมากกว่าร้อยละ

50 เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ก้อนเนื้อในหลอดลม ปอดอักเสบ เนื่องจากการอุดกั้นหลอดลม มะเร็งลุกลามเข้าในเนื้อปอดหรือเกิดจากน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น (สมเกียรติ วงษ์ทิม และ วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542)

อาการไอเป็นเลือด พบได้ 6-35% (Deesomchok et al., 2005; Houlihan et al., 2004; Thammakumpee, 2004; Yoder, 2006) ปริมาณเลือดที่ออกในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันมาก ส่วนมากแล้วจะเป็นเสมหะปนเลือดจนถึงเป็นเลือดสดๆ ผู้ป่วยมักจะมีประวัติไอเป็นเลือดเล็กน้อยปนเสมหะเป็นๆหายๆหลายสัปดาห์ มีน้อยรายที่จะเป็น massive hemoptysis ซึ่งเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีหลอดเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมาก เมื่อมีแผลแตกทำให้เลือดออก (สมเกียรติ วงษ์ทิม และ วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542)

อาการเจ็บหน้าอก พบได้ 28-51% (Gift et al., 2004) ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บตื้อๆ หรือเจ็บแปลบๆ สาเหตุของอาการเจ็บหน้าอกในมะเร็งปอดอาจเกิดจากการกระจายของมะเร็งเข้าสู่เยื่อหุ้มปอด กระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองในมิดิแอสติเนียม (mediastinum) หรือกระจายไปที่กระดูก เช่น กระดูกซี่โครง หรือกระดูกสันหลัง รวมทั้งกระจายลุกลามกดเส้นประสาทหรือกระจายเข้าไปในกระบังลมทำให้มีอาการปวดร้าวไปตาม phrenic nerve และร้าว (refer pain) ไปปวดที่หัวไหล่ได้ (สมเกียรติ วงษ์ทิมและวิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542)

อาการหอบเหนื่อย พบได้ตั้งแต่ 55-87% (Deesomchok et al., 2005; Dudgeon, Kristlanson, Sloan, Lertzman, & Clement, 2001; Smith et al., 2001; Tanaka et al., 2002; Thammakumpee, 2004) โดยเฉพาะระยะลุกลามอาการหอบเหนื่อยจะมีความรุนแรงขึ้น อาการหอบเหนื่อยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปอดอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุเช่น ปอดอักเสบ ไอเป็นเลือด และมีการอุดตัน หลอดลมเกร็งตัว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอด (Pulmonary embolism) ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ สูญเสียเนื้อปอดจากการลุกลามของมะเร็ง ปอดแฟบหรือมีหลอดลมอุดกั้น มีการแพร่กระจายของมะเร็งเข้าทางเดินน้ำเหลืองในปอด (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550; Beckles et al., 2003) อาการ cachexia ซีด electrolyte ผิดปกติ (สุดสวาท เลหาวินิจ, 2542)

อาการเสียงแหบ สาเหตุของเสียงแหบเกือบทั้งหมดเกิดจากพยาธิสภาพที่ recurrent laryngeal nerve ทำให้เกิด left vocal cord paralysis การที่ recurrent laryngeal nerve พาดผ่านด้านใต้ของ aortic arch ทำให้เสี่ยงต่อการถูกกดทับโดยก้อนเนื้อหรือต่อมน้ำเหลืองที่โตบริเวณ aorto-pulmonary window ผู้ป่วยจึงมีอาการเสียงแหบ (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550)

อาการกลืนลำบาก ส่วนมากเกิดจากมะเร็งปอดบริเวณ left main bronchus ซึ่งมีหลอดอาหารผ่านอยู่ด้านหลัง ก้อนมีขนาดโตขึ้นกดหลอดอาหาร (สมเกียรติ วงษ์ทิม และ วิศิษฐ์

อุดมพาณิชย์, 2542) หรือจากการอุดกั้นของหลอดอาหารจากการที่มีต่อมน้ำเหลืองขนาดใหญ่โตมากที่เมดิแอสติเนียม (mediastinum) สาเหตุอีกประการหนึ่งของการกลืนลำบากคือการเกิด recurrent laryngeal nerve paralysis ทำให้กลไกการกลืนผิดปกติไป (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550)

ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) การเกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดจากมะเร็งเกิดจากระบบระบายน้ำเหลืองจากช่องเยื่อหุ้มปอดถูกอุดกั้น ซึ่งการอุดกั้นนี้อาจเกิดจากเนื้อมะเร็งอุดกั้นรูเปิดรับระบายของระบบน้ำเหลืองที่ผนังเยื่อหุ้มปอดชั้นนอก อุดกั้นที่ต่อมน้ำเหลืองในช่องเมดิแอสติเนียม (mediastinum) และอุดกั้นที่หลอดน้ำเหลืองเอง เมื่อมะเร็งแพร่กระจายมายังเยื่อหุ้มปอด เซลล์มะเร็งอาจกระจายบนผนังเยื่อหุ้มปอดหรือแทรกเข้าสู่ชั้นใต้ผนังเยื่อหุ้มปอด ยกเว้นบางครั้งที่มีมะเร็งชนิดอะดีโนที่อยู่ใกล้ผนังเยื่อหุ้มปอด โดยการแทรกเข้าหลอดเลือดแดงปัลโมนารีย์ (pulmonary artery) และหลุดลอยตามกระแสเลือดมาที่ผนังเยื่อหุ้มปอดชั้นใน และลามสู่ผนังเยื่อหุ้มปอดชั้นนอก เมื่อเซลล์มะเร็งทวีจำนวนมากขึ้นปริมาณน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดจึงมากขึ้น

ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) มักเกิดจากมะเร็งแพร่กระจายไปที่เยื่อหุ้มหัวใจ จากมะเร็งปอดส่วนล่างลุกลามเข้าไปโดยตรงทำให้มีอากาเร้น้อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอกตรงกลาง (สมเกียรติ วงษ์ทิมและวิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542) มีการคั่งของน้ำที่ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ผลจากการมีน้ำคั่งในช่องเยื่อหุ้มหัวใจทำให้เกิด cardiac tamponade และ cardiac output ลดลง ความดันในหลอดเลือดดำอื่นๆสูงขึ้น (สุมิตรา ทองประเสริฐ และ สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2542)

การอุดตันของเส้นเลือดดำใหญ่ (superior vena cava syndrome) เกิดจากการที่ superior vena cava ถูกกดจากมะเร็งหรือเกิดการอุดกั้นจากเนื้องอกลุกลามมาจากปอดกลีบขวาบน อาการที่ตรวจพบคือผู้ป่วยจะมีหน้าบวมและแดง ที่คอและหน้าอกจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดดำ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับเส้นเลือดถูกกดทับมากน้อยเพียงใด การเกิดที่รวดเร็วจะมีอาการมากต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือผู้ป่วยจะมีอาการหมดสติหรือเสียชีวิตได้ แต่ส่วนมากแล้วการเกิดจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก บวมที่หน้า คอ แขน และหน้าอก หน้าอาจมีสีคล้ำ กลืนอาหารลำบาก เส้นเลือดดำบริเวณลำคอและหน้าอกโป่งพอง (สุมิตรา ทองประเสริฐ และ สาวิตรี เมาศิกุลไพโรจน์, 2542)

อาการเบื่ออาหาร/น้ำหนักลด (anorexia/weight loss) พบประมาณ 50-60% (Deesomchok et al., 2005; Thammakumpee, 2004) เชื่อว่าเกิดจากมะเร็งมีการกระตุ้นการหลั่งสาร Tumor Necrosis Factor (TNF), cytokine และ hormone ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงแล้วยังพบว่า metabolism ของร่างกายยังเปลี่ยนแปลงไปโดยมีการใช้พลังงานมากขึ้น กล่าวคือ มีการเพิ่มขึ้นของ resting energy expenditure จึงทำให้พลังงานที่สะสมไว้ในร่างกาย

สูญเสียไปมาก ทำให้น้ำหนักลด ร่างกายผอมลงมากและเป็นหนึ่งในหลายๆสาเหตุที่ทำให้เกิด cancer cachexia (สุตสวาท เลหาวิณี, 2542) ซึ่งคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนแรง โดยทั่วไปแล้ว cancer cachexia จะใช้ในผู้ป่วยที่น้ำหนักลดลงจากค่าปกติมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 2-6 เดือน น้ำหนักที่ลดลงในผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดมาจาก metabolic syndrome ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งหรือเป็นผลมาจากตัวโรคโดยตรง เช่น การกลืนลำบาก การอาเจียน (กริธา ธรรมกัมภีร์, 2550)

อาการไข้ กลไกการเกิดไข้อาจเกิดจาก tumor necrosis factor (TNF) ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นสารก่อไข้ (pyrogen) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของศูนย์การควบคุมอุณหภูมิ (สมเกียรติ วงษ์ทิม และ วิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542)

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจมีอาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นได้ อวัยวะที่พบว่ามะเร็งกระจายไปบ่อยได้แก่ สมอง กระดูก ตับ (กริธา ธรรมกัมภีร์, 2550)

อาการจากการแพร่กระจายไปยังสมอง มะเร็งปอดเป็นต้นเหตุของมะเร็งที่มีการลุกลามไปที่สมองได้บ่อยที่สุด อาการและอาการแสดงมีความหลากหลายมากขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มะเร็งลุกลามไป อาการบวมของสมองและ/หรือมีเลือดออกในก้อนเนื้อหรือไม่ ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่ อาการชัก สับสน เดินเซ มองเห็นภาพไม่ชัดหรือเห็นภาพซ้อน กรณีที่มีการลุกลามไปที่ leptomeninge อาจจะมีอัมพาตของ cranial nerve ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปวดศีรษะตลอด

อาการจากการแพร่กระจายไปยังกระดูก พบว่ามะเร็งปอดสามารถแพร่กระจายไปยังกระดูกได้ทุกส่วนของร่างกาย แต่กระดูก axial และ proximal long bone เป็นตำแหน่งที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการปวดตามกระดูกหรือมีกระดูกหักจากพยาธิสภาพ

อาการที่มะเร็งลุกลามไปที่ตับ adrenal gland และต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง พบว่ามะเร็งปอดจะลุกลามไปที่ตับได้ปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด แน่นท้อง บริเวณยอดอก คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยที่มีมะเร็งก้อนขนาดใหญ่มากจะมีอาการเจ็บที่ชายโครงขวาได้ มะเร็งที่ลุกลามมาที่ตับบ่งบอกว่าการพยากรณ์โรคแย่มาก มะเร็งที่ลุกลามไปที่ adrenal gland และต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องมักจะไม่มีอาการ ในกรณีที่มะเร็งก้อนเนื้อที่ adrenal gland ขนาดใหญ่ อาจจะทำให้มีอาการปวดได้

Pancoast syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากมะเร็งที่ส่วนยอดของปอด มีการลุกลามไปยังบริเวณข้างเคียง ทำให้เกิดอาการปวดที่ไหล่และหน้าอกส่วนบน อาการที่พบร่วม คือ Horner's syndrome, brachial plexopathy, และ reflex sympathetic dystrophy อาการเจ็บหน้าอกเกิดจากมะเร็งลุกลามไปที่ผนังทรวงอกโดยตรง หรือกระดูกซี่โครงซี่ที่ 1 และ 2 บางราย

ลุกลามไปที่ transverse process และ body ของกระดูกสันหลังส่วนคอทำให้เกิดการกดไขสันหลัง สำหรับ Horner's syndrome เกิดจากพยาธิสภาพที่ superior cervical ganglion ผู้ป่วยจะมีอาการ หนังตาตกข้างเดียว (ipsilateral ptosis) ม่านตาข้างเดียวกันหรือเล็กลง หน้าซีกเดียวกันไม่มีเหงื่อ ซึ่งเกิดกับใบหน้าที่มีพยาธิสภาพ ในกรณีมี superior sympathetic chain ถูกทำลายจะส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติที่คุมแขนเสียไป ทำให้เกิด reflex sympathetic dystrophy อาการแสดงคือ จะมีอาการเจ็บและบวมที่แขนข้างที่มีพยาธิสภาพเนื่องจากขาด vascular tone regulation ในกรณีเกิดพยาธิสภาพที่ brachial plexus จะทำให้ปวดแขนอย่างรุนแรง

นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจจะมาพบแพทย์ด้วยกลุ่มอาการที่เรียกว่า paraneoplastic syndrome ซึ่งเป็นผลทางอ้อมของเซลล์มะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งปอดประมาณร้อยละ 10-20 จะมีอาการ paraneoplastic syndrome อาการแสดงมักจะไม่ใช่เฉพาะเจาะจง สาเหตุหลักเนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการสร้างฮอร์โมนนอกแหล่ง (ectopic hormone production) หรือจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเซลล์มะเร็งแล้วภูมิคุ้มกันที่สร้างขึ้นไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย ทำให้เกิดอาการคล้ายโรค autoimmune ในระบบต่างๆ ของร่างกายเช่น Corticotropin releasing hormone, Antidiuretic hormone, Tumor associated hypercalcemia (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542)

1.3 การรักษามะเร็งปอดด้วยยาเคมีบำบัดและผลข้างเคียง

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิด NSCLC ได้ก้าวหน้าไปมาก โดยในระยะที่ 1 และ 2 สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีการหลักคือการผ่าตัด ส่วนระยะที่ 3 และ 4 จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่วนมากเป็นการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะให้ผลดีโดยช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นเฉพาะในผู้ป่วยที่มีสภาวะทางร่างกาย (Performance status) ดีเท่านั้น โดยในการให้ยาเคมีบำบัดแพทย์จะเลือกผู้ป่วยที่มี Performance status 0-1

Performance status โดยทั่วไปแล้วมักจะแบ่งตาม Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) ได้เป็นลำดับได้ดังนี้

0 = สภาพร่างกายปกติ

1 = มีอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติแต่การทํากิจวัตรประจำวันยังเป็นปกติอยู่

2 = มีอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติทำให้การทํากิจวัตรประจำวันลดลง แต่ยังนั่งหรือนอนพักน้อยกว่าร้อยละ 50 ของชั่วโมงทำงาน

3 = มีอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติมากต้องนั่งหรือนอนพักมากกว่าร้อยละ 50 ของชั่วโมงทำงาน

4 = ต้องนอนพักตลอดเวลา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (bedridden)

ซึ่งยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติเด่นคือการไปขัดขวาง ทำลายการทำงานของเอนไซม์หรือสารซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้าง DNA ของเซลล์ เซลล์มะเร็งมีคุณสมบัติในการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว มีการสังเคราะห์ DNA เกือบตลอดเวลา ดังนั้นเซลล์มะเร็งจึงถูกทำลายได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับเซลล์ปกติในร่างกาย จึงอาจได้ผลในการช่วยบรรเทาอาการจากโรค ช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Raez & Lilenbuam, 2006) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีการทุกข์ทรมานจากตัวโรคมะเร็งเอง และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (สุตสวาท เลาหวินิจ, 2542; Doorenbos, Given, Given, & Verbitsky, 2006) ซึ่งยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดที่ใช้รักษาโรคมะเร็งปอดทำให้เกิดอาการข้างเคียงรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันตามกลไกการออกฤทธิ์หรือตามลักษณะโครงสร้างของยาดังนี้ (Spira & Ettinger, 2004)

ตารางที่ 2 ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามและผลข้างเคียง

ชื่อยา	ชนิดการออกฤทธิ์	ผลข้างเคียง
Cisplatin	Atypical alkylator	คลื่นไส้และอาเจียน ปิษต่อไต ปิษต่อหู ผลต่อระบบประสาท กดไขกระดูก ความไม่สมดุลของเกลือแร่
Carboplatin	Atypical alkylator	กดไขกระดูก คลื่นไส้และอาเจียน ปิษต่อระบบประสาท และไต
Etoposide	Topoisomerase inhibitor	กดไขกระดูก คลื่นไส้และอาเจียน ช่องปากอักเสบ และท้องเสีย
Gemcitabine	Antimetabolite	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย บวม และกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (influenza-like-syndrome)
Topotecan	Topoisomerase inhibitor	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และปวดศีรษะ
Irinotecan	Topoisomerase inhibitor	กดไขกระดูก ท้องเสีย คลื่นไส้ และอาเจียน
Paclitaxel	Microtubule inhibitor	กดไขกระดูก เชื้อบูช่องปากอักเสบ ชาปลายประสาท ปฏิกิริยาการแพ้ยา (Hypersensitivity reaction) คลื่นไส้และอาเจียน

ตารางที่ 2 ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามและผลข้างเคียง (ต่อ)

ชื่อยา	ชนิดการออกฤทธิ์	ผลข้างเคียง
Docetaxel	Microtubule inhibitor	กดไขกระดูก การบวมก้ำของน้ำ ท้องเสีย เชื้อบูชองปากอักเสบ คลื่นไส้และอาเจียน
Vinorelbine	Microtubule inhibitor	กดไขกระดูก คลื่นไส้ และอาเจียน
Vincristine	Microtubule inhibitor	พิษต่อระบบประสาท และท้องผูก
Doxorubicin	Antracyclin antibiotic	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ ท้องเสีย และชองปากอักเสบ
Cyclophosphamide	Alkylating agent	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน และ เลือดออกในกระเพาะปัสสาวะ
Ifosfamide	Alkylating agent	กดไขกระดูก คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออกในกระเพาะปัสสาวะ พิษต่อระบบประสาทและไต

2. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)

อาการ (symptom) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ได้เอง (subjective) ต่อความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจของตนเองซึ่งผู้อื่นไม่สามารถบอกแทนได้ นิยามของคำว่าประสบการณ์หรืออาการ ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของแต่ละบุคคลในด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ การรับรู้ หรือการเจ็บป่วย (Dodd et al., 2001a; Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe 1997) ซึ่งจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละแนวคิด (concept) เช่น เล่นซ์และคณะ (Lenz et al., 1997) พัฒนาคฤษฎีอาการที่ไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms [TOUS]) โดยกล่าวว่า อาการ คือ อาการแสดงต่างๆซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงจากการทำหน้าที่ปกติของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้หลายๆอาการ หรือเกิดเพียงอาการเดียวก็ได้ แต่เมื่อเกิดอาการหนึ่งขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่นตามมา และอาการเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล ซึ่งประสบการณ์แต่ละอาการจะประกอบด้วยหลายมิติ คือ ความรุนแรง (intensity) ช่วงเวลา (duration) ระดับความทุกข์ทรมาน (level of distress) และคุณภาพ (quality) ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสถานการณ์ ส่วนผลลัพธ์หรือสภาวะของร่างกาย (performance) เป็นผลลัพธ์หรือผลของอาการที่ประสบซึ่งประกอบด้วยด้านการทำหน้าที่ (functional performance) และด้านการรู้คิด (cognitive activities) โดยสรุปทฤษฎีอาการที่ไม่พึงประสงค์เน้นในการอธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็น

เพียง 1 อาการหรือมากกว่า และอาการแสดงนั้นมีผลต่อหน้าตาอย่างไร

สำหรับแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) ซึ่งนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดทางทฤษฎีในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อมาจากแนวคิดการจัดการอาการของลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994) ซึ่งกล่าวว่า อาการเป็นประสบการณ์การรับรู้และตระหนักรู้ของบุคคลโดยการประเมินความหมายของอาการ (จากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม) และการตอบสนองต่ออาการ (ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรม) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพมากกว่าพวกที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz et al., 1997)

2.1 ประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด

โรคมะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบรุนแรง และมีอัตราการตายที่สูง ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การมีอาการมากกว่า 1 อาการ และมีระดับความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ และเพศ ระยะของโรคมะเร็ง และชนิดของการรักษา

ดอดด์และคณะ (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b) ได้ศึกษากลุ่มอาการและผลกระทบของกลุ่มอาการต่อภาวะการทำหน้าที่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และอื่นๆ จำนวน 93 คน เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต และแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ของ Karnofsky Performance Scale (KPS) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้า ($X = 6.83$) และปัญหาการนอนหลับสูง ($X = 7.25$) และอาการปวดพบในระดับต่ำ ($X = 2.94$) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะการทำหน้าที่ในระดับสูง ($X = 84.84$) โดยลดลงเล็กน้อยเมื่อได้รับการรักษาเสร็จ ($X = 82.66$) และพบว่าอายุ, ความเจ็บปวด, และอาการเหนื่อยล้า สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของภาวะการทำหน้าที่ได้ 11.8% 10.7% และ 7.3% ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ดีเป็นการศึกษาอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดรวมกัน อาจไม่สามารถบอกภาพรวมของผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ชัดเจน

การศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยใช้กรอบแนวคิดอื่นๆ เช่น การศึกษาของกิฟต์และคณะ (Gift, Stommel, Jablonski, & Given, 2003) โดยการใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเดิม (secondary analysis) และใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (TOUS) ของเลนซ์และคณะ (Lenz et al., 1997) อาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยและยังคงอยู่หลังได้รับการรักษา 6 เดือน ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และการรับรสเปลี่ยนแปลง หลังจากนั้นกิฟต์และคณะ (Gift et al., 2004) ได้ทำการศึกษาใน

เชิงวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ศึกษาอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 220 คน โดยใช้ทฤษฎีTOUS ของเลนซ์และคณะ (Lenz et al., 1997) ประเมินประสบการณ์การมีอาการโดยใช้แบบประเมิน Physical Symptom Experience ผลการศึกษาอาการที่พบบ่อยมากกว่า 50% ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ปัสสาวะตอนกลางคืน ไอ ปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ความอยากอาหารลดลง และอาการที่ผู้ป่วยระบุว่ามีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ ขาดความสนใจทางเพศ คลื่นไส้ มีปัญหาการนอนหลับ เหนื่อยล้า และปวด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนของอาการมากขึ้นจะส่งผลให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้นตามไปด้วย จากการศึกษาของชานและคณะ (Chan, Richardson, & Richardson, 2005) เรื่องประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามจำนวน 27 คน ประเมินอาการเหล่านี้โดยใช้ Visual Analogue Scale ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (TOUS) ของเลนซ์และคณะ (Lenz et al., 1997) พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์หลายอาการร่วมกันและอาการทั้ง 3 อาการมีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของกลุ่มอาการซึมเศร้า เหนื่อยล้า และความปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดของ ฟ็อกและไลออน (Fox & Lyon, 2006) โดยใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (TOUS) ของเลนซ์และคณะ ซึ่งรายงานความชุกของอาการซึมเศร้า 98% อาการเหนื่อยล้า 100 % อาการปวด 65 % ความรุนแรงของอาการเหล่านี้ยังเพิ่มขึ้นในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด นอกจากนี้พบว่าอาการเหนื่อยล้าและอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามนี้ได้ร้อยละ 29

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของคนอื่นๆที่ผลการศึกษาสอดคล้องกัน เช่นงานของ ทิชเชลแมนและคณะ (Tishelman, Degner, & Mueller, 2000) พบว่าอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดในสวีเดนเกิดความทุกข์ทรมานได้แก่ อาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ การหายใจ ลักษณะทั่วไป (appearance) ความอยากอาหาร และความปวด แต่อาการที่ผู้ป่วยระบุความรุนแรงและให้ความสำคัญได้แก่ การหายใจ ความปวด นอนไม่หลับ และไอ เช่นเดียวกับการศึกษาของลูทซ์และคณะ (Lutz et al., 2001) คูลีย์และคณะ (Cooley et al., 2003) ส่วนการศึกษาของทานากะและคณะ (Tanaka et al., 2002) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาการเหนื่อยล้า และผู้ป่วยประเมินว่าส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยหนึ่งด้าน และระดับความรุนแรงของอาการยังมีผลต่อกิจวัตรประจำวันด้วยเช่นกัน ส่วนความปวดพบว่ามีอิทธิพลกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยร้อยละ 41 และอาการหายใจลำบาก มีอิทธิพลกับภาวะการทำหน้าที่ในเรื่องการเดินและการทำงานถึงร้อยละ 55 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดในเกาหลี อาการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามรับรู้ว่ามีความรุนแรง

มากที่สุด ได้แก่ ความอยากอาหารลดลง อาการเหนื่อยล้า ไอ และอาการปวดบอຍ สามีลดลงตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของวังและคณะ (Wang et al., 2006) ที่ศึกษาอาการและความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามชนิด NSCLC ที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง จำนวน 64 คน อาการที่พบ เช่น อาการเหนื่อยล้า ซึมเศร้า ความอยากอาหารลดลง อาการปวด ปัญหาความจำ เป็นต้น และพบว่า ก่อนได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า เจ็บปวด นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อยู่ในระดับปานกลาง แต่ความรุนแรงของอาการเหล่านี้จะเพิ่มสูงขึ้นในระหว่างได้รับการรักษาและความรุนแรงมากที่สุดเมื่อสิ้นสุดการรักษา

การศึกษาดังกล่าวมาข้างต้นนี้ล้วนเป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับการศึกษา มะเร็งปอดระยะลุกลามในประเทศไทยยังมีน้อย โดยเฉพาะการศึกษาประสบการณ์การมีอาการโดยใช้กรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) เท่าที่ผู้วิจัยสืบค้นพบเพียง 2-3 เรื่องดังนี้

อภิรดี ลดาวัลย์ (2547) ศึกษาประสบการณ์อาการที่พบบอຍของผู้ป่วยโรคมะเร็งภาคใต้ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามะเร็งที่ศีรษะและลำคอ มะเร็งปอด มะเร็งตับ และในผู้ป่วยเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งศีรษะและลำคอ และในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ภายใต้กรอบแนวคิดการดำเนินโรคของการเจ็บป่วยเรื้อรังของคอร์บินและสตราสส์ (Corbin & Strauss, 1992) และแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 354 ราย โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการหรือกลุ่มอาการของโรคมะเร็ง 30 อาการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ความผิดปกติ หรือความรู้สึกไม่สบาย โดยให้ประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ความถี่ ความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง อาการของโรคมะเร็งที่พบส่วนใหญ่ใน 5 อันดับแรกไม่ต่างกันในแต่ละระยะความรุนแรงของโรคและระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง ซึ่งได้แก่ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) อาการริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) อาการเพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 4) อาการเบื่ออาหาร และ 5) อาการเบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ อย่างไรก็ตาม การศึกษาอาการในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดรวมกันร่วมกับผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวนหนึ่งด้วย จึงเป็นอาการของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในลักษณะภาพรวม อาจไม่สามารถสะท้อนภาพของอาการที่พบบอຍของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ชัดเจน

วรินทร์ จันทรมณี (Jantaramanee, 2006) ศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า กลวิธีจัดการกับอาการ และความผาสุกทางจิตอารมณ์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมี

บำบัด โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ(Dodd et al., 2001a) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน เก็บข้อมูลโดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) กลวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ผลการบรรเทาและแหล่งที่มาของข้อมูลในการจัดการอาการเหนื่อยล้า และความพึงพอใจทางจิตอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง กลวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การนอนหลับหรือนั่งพัก และมีความพึงพอใจทางจิตอารมณ์ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าจากทีมสุขภาพ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า และระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปอดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความพึงพอใจทางจิตอารมณ์

เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ศึกษาประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะการทำหน้าที่ ในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 120 คน โดยใช้กรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยและโดยพยาบาล แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยและโดยพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับน้อย ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะการทำหน้าที่ ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีภาวะการทำหน้าที่น้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญ ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญ และกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าโดยผู้ป่วยและโดยพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดในต่างประเทศได้มีการศึกษาค่อนข้างมาก และมีความก้าวหน้าของการศึกษาไปในเชิงความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการ (Symptom cluster) แต่เนื่องจากประสบการณ์การมีอาการเป็นกระบวนการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไปตามสังคมและวัฒนธรรม จึงยังไม่สามารถสรุปหรือยืนยันได้ว่า อาการอะไรบ้างที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด สำหรับการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทยยังมีผู้ศึกษาน้อยและเป็นการศึกษาเพียง 1 อาการเท่านั้น แต่ในสภาวะความเป็นจริงผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามมักต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงหลายอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันทั้งที่เกิดจากการดำเนินโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ดังนั้นการศึกษาอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญในขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัด จึงเป็นความรู้ที่จำเป็นที่พยาบาลควรรู้และเข้าใจเพื่อให้การพยาบาลกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.2 แบบประเมินประสิทธิผลการมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอด

การประเมินประสิทธิผลการมีอาการมีความสำคัญ เนื่องจากอาการมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ ภาวะการทำงานที่ คุณภาพชีวิต ความทุกข์ทรมานและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย การประเมินที่ดีจะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการกับอาการ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามจะมีอาการเกิดขึ้นร่วมกันหลายอาการ โดยส่วนใหญ่มีอาการเฉลี่ยถึง 13 อาการ/คน (Kirkova et al., 2006) นอกจากนี้ประสิทธิผลการมีอาการประกอบด้วยหลายมิติ เช่น ระยะเวลา (duration) ความถี่ (frequency) ความรุนแรง (severity) และความทุกข์ทรมาน/การรบกวนชีวิต (distress) เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการจึงควรมีความครอบคลุม ถูกต้อง และน่าเชื่อถือโดยมีค่าความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ (Reliability & validity) อยู่ในระดับที่ยอมรับเป็นมาตรฐานมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (Burns & Grove, 1997 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) รวมทั้งไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป จากการทบทวนวรรณกรรมมีเครื่องมือจำนวนมากที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินประสิทธิผลการมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม เช่น

1. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) สร้างโดยบรูเราและคณะ (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ประกอบด้วยมิติ การมีอาการ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน ประเมินอาการที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมี 9 ข้อ ได้แก่ ความเจ็บปวด การทำกิจกรรม อาการคลื่นไส้ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความง่วงเหงาหาวนอน ความอยากอาหาร ความผาสุก และการหายใจสั้น ลักษณะคำตอบเป็น Visual analogue scale (VAS) ประเมินโดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงยาว 10 ซม. ด้านซ้ายสุดไม่มีอาการ ด้านขวาสุดมีอาการมากที่สุด ได้มีการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ค่าความตรงภายในโดยใช้วิธีวัดซ้ำ (test-retest) และความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .70 (Davison, Jhangri, & Johnson, 2006) สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปสมอง 170 คน ได้ค่าความเที่ยงภายในแอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.61-0.74 (Chow, Fan, Hadi, Wong, Kirou-Mauro, & Filipczak, 2008)

2. M. D. Anderson Symptom Inventory (MDASI) สร้างโดย Department of Symptom Research at The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการ 13 อาการที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ความปวด อาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาการเศร้า ความง่วงนอน ความอยากอาหาร การหายใจสั้น อาเจียน รบกวนการนอน

หลัก ความทุกข์ทรมาน ปากแห้ง ชา/เจ็บแปลบ มีปัญหาความจำ และผลกระทบของอาการต่อกิจวัตรประจำวันใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา จำนวน 19 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข Numeric Rating Scale (NRS) มีค่าตั้งแต่ 0 (ไม่มีอาการ) ถึง 10 (มีอาการมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้) โดยไอวาโนวาและคณะ (Ivanova et al., 2005) นำไปทดสอบหาความตรงและความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 226 คน ความตรงเหมือน (Convergent Validity) เปรียบเทียบกับแบบประเมินภาวะสุขภาพ (SF-36) ได้ค่าความตรงในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ เท่ากับ -0.66, -0.75 และ -0.76 ตามลำดับ ความเที่ยงภายในด้านความรุนแรงของอาการทั่วไป อาการจากการรักษา และด้านอารมณ์ ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.80, 0.68 และ 0.90 ตามลำดับ

3. Rotterdam Symptom Checklist (RSC) สร้างโดยดีฮาสและคณะ (De Haes, Van Knippenberg, & Neijt, 1990 cited in Stein et al., 2003) เพื่อประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (อาการนั้นไม่ส่งผลเลย จนถึงอาการนั้นส่งผลกระทบมากที่สุด) มีทั้งหมด 31 ข้อ ประเมินในด้าน ร่างกาย (Physical symptoms), ด้านจิตใจ (psychological symptoms), และการรบกวนกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) นำไปหาค่าความเที่ยงกับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 1,005 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach 0.88 และค่าความตรงโดยเปรียบเทียบกับแบบประเมินภาวะสุขภาพ (SF-36) เท่ากับ -0.59 ถึง -0.61 (ค่าเป็นลบเนื่องจากสเกลที่วัดเป็นด้านตรงข้ามกัน) (Stein et al., 2003)

4. Lung Cancer Symptom Scale (LCSS) สร้างโดยฮอลเลนและคณะ (Hollen, Gralla, Kris, Potanovich, 1993) เพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทั้งในด้านร่างกายและการทำหน้าที่ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ 6 อาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปอดและผลกระทบของอาการในด้านความทุกข์ทรมาน ภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตโดยรวม เครื่องมือประกอบด้วย 2 แบบ

1.) สำหรับผู้ป่วย มี 9 ข้อ ประกอบด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปอด 6 ข้อ (ความอยากอาหาร ไอ หอบเหนื่อย เหนื่อยล้า ไอเป็นเลือด และความปวด) วัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 100 มม. (VAS) และอีก 3 ข้อประเมินเกี่ยวกับการทำกิจกรรม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และคุณภาพชีวิตโดยรวม

2.) สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ เป็นการสังเกตความรุนแรงของอาการ 6 อาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลักษณะการตอบเป็น 5 ระดับ (100=ไม่มี, 75=เล็กน้อย, 50=ปานกลาง, 25=เห็นได้ชัด 0=รุนแรง) เครื่องมือนี้ได้ถูกนำไปหาความเที่ยงกับผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด NSCLC จำนวน 68 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.89 (Hollen, Gralla, Kris, McCoy, Donaldson, & Moinpour, 2005)

5. Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) สร้างโดยพอร์ทีนอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) เป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลามทั้งจากการดำเนินโรคและการรักษา คำถามประกอบด้วยอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ทั้งอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ มีหลายมิติได้แก่ การมีอาการ (Occurrence) ความถี่ (Frequency) ความรุนแรง (Severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ (Distress) ให้ประเมินว่ามีอาการที่ระบุหรือไม่ ถ้าตอบว่ามีให้ผู้ป่วย ประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากไม่มีอาการก็ไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน การประเมินความถี่แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (น้อยมาก บางครั้ง บ่อยครั้ง เกิดตลอด) การประเมินความรุนแรงของอาการ เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 (ความรุนแรงน้อย) ถึง 4 คะแนน (มีความรุนแรงมากที่สุด) การประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 (อาการนั้นไม่รบกวนผู้ป่วยเลย) ถึง 4 (รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด) เครื่องมือถูกนำไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆรวม 246 คน ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) แต่ละหมวดย่อย ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และดัชนีความทุกข์ทรมานโดยรวมเท่ากับ 0.83 0.88 และ 0.58 ตามลำดับ (Portenoy et al., 1994) และค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0.78-0.87 (Lobchuk, 2002; Trammer et al., 2003 cited in Suwisith, 2007) สำหรับการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย นางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 352 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha ในมิติการเกิดอาการ (Occurrence) ความถี่ (Frequency) ความรุนแรง (Severity) การรบกวนการดำเนินชีวิต (Distress) และโดยรวม เท่ากับ 0.89, 0.89, 0.91, 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ

จากการทบทวนการใช้เครื่องมือประเมินประสบการณ์การมีอาการดังกล่าวข้างต้น แต่ละเครื่องมือก็ประกอบด้วยอาการและองค์ประกอบที่แตกต่างกันไป นอกจากวิธีการเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้แล้วนั้น เครื่องมือที่ดีต้องประกอบด้วยอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย และครอบคลุมกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะเลือกประเมินโดยใช้แบบประเมิน MSAS เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดอาการทั้งจากการดำเนินโรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วยอาการของโรคมะเร็งทั้งอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งครอบคลุมกับมิติต่างๆของประสบการณ์การมีอาการตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยศึกษา

3. กลวิธีจัดการอาการ (Symptom management strategies)

กลวิธีจัดการอาการเป็นวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้นมีเป้าหมายเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยอาจมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง (self care) โดยการใช้ยา (biomedical) หรือการ

อาศัยบุคลากรทางการแพทย์ กลวิธีจัดการกับอาการเกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย (Dodd et al., 2001a) ในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังการดำเนินของโรคและผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาส่งผลให้เกิดอาการต่างๆตามมา ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องพยายามหาวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อจัดการอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้มีอาการทุเลาลง ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมทางสังคม ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล ลดภาระการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบกลวิธีจัดการอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามหรือแม้แต่ในระยะแรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงรวบรวมจากกลวิธีจัดการอาการที่พบบ่อยที่ผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ ใช้จัดการอาการที่เกิดขึ้นที่ได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

อาการปวด เป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และเป็นอาการที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ประสิทธิภาพการจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีด้วยกันหลายวิธีทั้งการใช้ยาและการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ เช่นการศึกษาของปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์ (2543) ศึกษาประสิทธิภาพความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการจัดการความปวดใน 8 ลักษณะคือ (1) สรรหาทำที่ดีไม่ทิวความปวด (2) บีบนวดให้ปวดลดลง (3) ใช้ความร้อนประคบช่วยให้คลายปวด (4) มุ่งการรักษาตำราหลวง (5) พึ่งพาภูมิปัญญาชาวบ้าน (6) ใช้หลักศาสนาพาใจให้สงบ (7) เบี่ยงเบนจิตใจให้อยู่ไกลความปวด (8) ผีการผ่อนคลายให้ปวดลดลง ส่วนการศึกษาของผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) ศึกษาประสิทธิภาพความปวดและวิธีการจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 80 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้ยาแก้ปวดร่วมกับวิธีอื่นๆที่ไม่ใช่ยาแก้ปวด คือ การนวด ร้อยละ 58.84 รองลงมาคือ การทำสมาธิ ร้อยละ 19.20 การสวดมนต์ ร้อยละ 17.74 การใช้ความร้อน ร้อยละ 16.13 และการดูโทรทัศน์ ร้อยละ 12.90 นอกจากนี้ นางฤดี พรหมเถาว์ (2545) ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งจำนวน 15 คน พบว่าระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับฟังดนตรีลดลงมากกว่าเมื่อเป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ฟังดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดและเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรังอยู่นาน จึงเป็นเหตุให้เกิดการจัดการกับอาการด้วยวิธีการต่างๆกัน เช่นการศึกษาของ อุสาห์ รุจิระวิโรจน์ (Rujiraviroj, 2000) วิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้บ่อยได้แก่ ทำความสะอาดปากด้วยน้ำเกลือหรือน้ำอุ่น รับประทานอาหารเหลวรสหวาน เช่น ขนมหวาน, น้ำฝรั่ง, นมสด, และนมถั่วเหลือง ลดการทำกิจกรรม ดื่มน้ำ

เครื่องดื่มอุ่นๆ หรือดื่มครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว เช่น น้ำส้ม, โยเกิร์ต, และส้ม และใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจเช่น ฟังดนตรี, ดูโทรทัศน์, สวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช ประดับทอง (2545) ศึกษาวิธีการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด วิธีการจัดการโดยไม่ใช้ยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การหยุดรับประทาน อาหารขณะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน การนอนพักบนเตียงที่สงบ การหลีกเลี่ยงอาหารมัน การรักษา ความสะอาดของช่องปากและฟัน และการพยายามอยู่นิ่งๆลดการเคลื่อนไหว ส่วนการศึกษาของ จันทรา จิตต์วิบูลย์ (2543) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษา ของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยมีการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนด้วยการรับประทานยาที่ใช้ ทางนมปึง บัวยเค็มหรือบัวหวาน ผลไม้จำพวกส้ม กล้วยหรือผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว นอกจากนี้ยังมีวิธี ในการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียนด้วยวิธีอื่นๆเช่น นุชบา สมใจวงษ์ (2544) ศึกษาผลของการสร้าง จินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า การสร้างจินต ภาพสามารถลดความถี่ ระยะเวลาและความทุกข์ทรมานของอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนได้ ส่วนการศึกษาการนวดกดจุดสะท้อนที่มีต่ออาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียน ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ เคมีบำบัดของ ภัททิยา ชัยนาคิน (Chainakin, 2006) สามารถลดอาการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาการเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่ามีอาการเหนื่อยล้าได้ทุกช่วงของการดำเนิน โรค โดยเฉพาะในช่วงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะพบอาการเหนื่อยล้า 70% - 100% (Ahlberj, Ekman, Gastan-Johnansson, & Mock, 2003) มีการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาถึง วิธีการที่ผู้ป่วยใช้บรรเทาอาการเหนื่อยล้า การศึกษาของ เออร์วินและคณะ (Irvine, Vincent, Graydon, & Bubela, 1998) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการเหนื่อยล้า วิธีการที่ใช้บ่อย ที่สุด คือนั่งและนอนพัก วิธีที่ใช้น้อยที่สุด คือ ออกกำลังกาย ส่วนวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการ บรรเทาอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ การนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรินทร์ จันทรมณี (jantaramanee, 2006) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อ บรรเทาอาการเหนื่อยล้า กลวิธีจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การนอนหลับหรือนั่ง พักซึ่งบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้มากที่สุด การทำงานอดิเรกและการคิดทางบวกบรรเทาอาการ เหนื่อยล้าได้ระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาประสบการณ์และการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดของ สิริสุข บุณณะเรืองโรจน์ (Buranaruangrote, 2006) วิธีการจัดการที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ นอนหลับมากขึ้น รองลงมา ได้แก่ ออกกำลังกาย ใช้เทคนิคผ่อนคลาย และรับประทานอาหารมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษา ของพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็ง

ปอดใช้มากที่สุด คือ พุดคุยกับคนรู้ใจ และพยายามไปในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ส่วนวิธีการที่ใช้้น้อยที่สุดคือ อบสมุนไพร/นวดประคบด้วยสมุนไพร

อาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด ผู้ป่วยมะเร็งจะมีอาการเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้ลดลง เนื่องจากการมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก มีการรับรสเปลี่ยนไปโดยจะไวต่อรสขมมากขึ้นและรับรสเค็มและหวานได้ลดลง จากการศึกษาของ อรุณี หล่อนิล (Lonil, 2004) ในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ลดอาการเบื่ออาหาร คือ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ รับประทานอาหารโปรตีนสูง เช่น ไข่, ปลา แปรงฟันก่อน-หลังรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น กะหล่ำ เครื่องดื่มผสมโซดา รับประทานอาหารว่างที่มีโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตสูงระหว่างมื้อเล็กๆ และรับประทานอาหารร่วมกับเพื่อนและครอบครัวในสถานที่สบายๆ บรรยากาศที่ชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษกร แสงแก้ว (Sangkaew, 2006) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วิธีการจัดการกับอาการเบื่ออาหารใช้วิธีการผ่อนคลายและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน

อาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งมีลักษณะอาการและกลไกการเกิดใกล้เคียงกับอาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด เช่น แครีรี-โคลแมน และ แจนสัน-เบียร์กคลี (Carrieri-Kohlman & Janson-Bjerklie, 1986b อ้างใน สินีนาฏ ป้อมเย็น 2547) ได้ศึกษาทฤษฎีที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับความรู้สึกหายใจลำบากในผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก จำนวน 68 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดที่มีการอุดกั้น 27 ราย โรคหอบหืด 23 ราย โรคปอดที่มีความผิดปกติเนื่องจากการจำกัดการขยายตัวของปอด 13 รายและกลุ่มโรคหลอดเลือด 5 ราย พบว่า กลวิธีที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก มีดังนี้ เปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหว อยู่นิ่งๆหรือเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ การนั่งบนเก้าอี้แล้วโน้มตัวมาข้างหน้า มีการหายใจโดยการห่อปากหรือการหายใจโดยใช้กระบังลม (pursed lip or diaphragmatic breathing) การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่มารบกวนหรือสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก การปรับการใช้ยาด้วยตนเองเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก การลดความตึงเครียด โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การนั่งอยู่ในที่เงียบสงบ สวดมนต์และนั่งสมาธิ การเบี่ยงเบนความสนใจเช่น เล่นกับเด็ก ดูโทรทัศน์ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาฏ ป้อมเย็น (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองใช้วิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากมากที่สุด 3

อันดับแรกคือ การหายใจโดยการห่อปาก (ได้ผลทุกครั้งร้อยละ 73.33) การใช้ยาพ่นสูดขยายหลอดลม (ได้ผลทุกครั้งร้อยละ 80) และการหายใจโดยการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม (ได้ผลทุกครั้งร้อยละ 73.33) เช่นเดียวกับการศึกษาของคนอื่นๆพบว่าเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541; สิรินาถ มีเจริญ, 2541; Miyahara et al., 2000)

อาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยมะเร็งมีวิธีการจัดการอาการนอนไม่หลับค่อนข้างคล้ายกัน เช่น การศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดใช้วิธีผ่อนคลาย/สวดมนต์/ทำสมาธิมากที่สุด รองลงมาได้แก่ อ่านหนังสือ/ดูโทรทัศน์ ออกกำลังกาย ไม่นอนกลางวัน และรับประทานยานอนหลับ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ ชุณหสวัสดิกุล (2543) พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการทำสมาธิในขณะที่มีอาการปวดเพื่อช่วยให้หลับได้ นอกจากนี้การศึกษาของเดคเกอร์และคณะ (Decker, Cliner-Elsen, & Gallagher, 1992 cited in Berger et al., 2002) แสดงให้เห็นว่าการเดินออกกำลังกาย การฝึกผ่อนคลายและการจินตนาการจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดให้ดีขึ้น

อาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่นความกลัว ความวิตกกังวล และซึมเศร้า จากการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัดที่มีอาการซึมเศร้าใช้วิธีพูดคุยกับคนรู้ใจ ออกกำลังกาย หากิจกรรมทำให้ง่วง และรับประทานยาต้านซึมเศร้า ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริย์พร กฤษเจริญ (2537) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษามีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการแยกตัวอยู่คนเดียว ผู้ป่วยจึงพยายามทำกิจกรรมให้เหมือนปกติหรือมากกว่าปกติ เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมนอกจากจะได้รับความสบายใจแล้ว ผู้ป่วยยังรู้สึกว่ามีความสามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้ และการศึกษาของโกเบล (Gobel, 2004 cited in Sangkaew, 2006) พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยลดอาการซึมเศร้า และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา การศึกษากลวิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นการศึกษาอาการที่พบบ่อยเพียงไม่กี่อาการ โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในภาพรวม แต่การศึกษาการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามมีน้อยมากเพียง 1 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาอาการเหนื่อยล้าเพียงอาการเดียว ส่วนอาการที่สำคัญของมะเร็งปอด เช่น ไอ หอบเหนื่อย ยังไม่มีการศึกษา

4. ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ภาวะการทำหน้าที่เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งในการพยากรณ์โรค การประเมินและติดตามการตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Allard, Dionne, & Potvin, 1995;

Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, & Thaikla, 2005) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) โดยมีแนวคิดที่ว่าภาวะการทำหน้าที่เป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่เกิดจากผลลัพธ์ประสพการณ์ของการมีอาการและการจัดการกับอาการ มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อภาวะการทำหน้าที่โดยใช้คำต่างๆ เช่น กิจกรรม (activities/task) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความหมายหรือนิยามของภาวะการทำหน้าที่แม้ว่ามีการใช้คำที่หลากหลายแตกต่างกันออกไป แต่ส่วนใหญ่จะมีความหมายใกล้เคียงและสอดคล้องกัน ตามทฤษฎีและมุมมองของแต่ละบุคคลดังนี้

4.1 ความหมายและแนวคิดของภาวะการทำหน้าที่

Functional status เป็นคำที่มาจากคำว่า Function ซึ่งหมายถึง หน้าที่ ความสามารถในการทำหน้าที่ การทำงาน และคำว่า status หมายถึง ภาวะหรือฐานะ (Summers & Holmes, 2004) เมื่อนำมารวมกันได้ความหมายว่า ภาวะการทำหน้าที่ ตามคำจำกัดความของราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้กล่าวว่า คำว่า สภาวะ มีความหมายเท่ากับ สภาพ และ มีความหมายเท่ากับคำว่า “ภาวะ” โดยให้ความหมาย คือลักษณะในตัวเอง และให้ความหมายของคำว่า “หน้าที่” หมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบ เมื่อนำคำว่าภาวะการทำหน้าที่มารวมกันจะหมายถึง กิจที่ต้องทำด้วยความรับผิดชอบของตนเอง

แคทซ์และสตรอด (Katz & Stroud, 1989) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ว่าหมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว เข้าห้องน้ำ เคลื่อนย้าย การขับถ่าย การรับประทานอาหาร สอดคล้องกับฮาวลีย์ (Hawley, 2001 cited in Wang, 2004) ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ และคูเลย์ (Cooley, 1998) ได้กล่าวว่า ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการดำรงบทบาทในชีวิตแบ่งได้ 2 อย่างคือ 1.) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างง่ายๆ เช่นการอาบน้ำแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเดิน 2.) การปฏิบัติบทบาททั้งภายในบ้านและนอกบ้านได้ เช่นการทำความสะอาด การทำอาหาร ซัของ และการทำงาน

เซลลา (Cella, 1994) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ เช่นเดียวกับ ซาร์นา (Sarna, 1993) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรที่หลากหลายเมื่อมีสุขภาพที่ดี และแอรอนสัน (Aronson, 1990 cited in Almadrones, McGuire, Walczak, Florio, & Tain, 2004) กล่าวว่า

ว่า ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่หลากหลาย ซึ่งเป็นปกติสำหรับคนส่วนใหญ่

เกรธ (Keith, 1994 cited in Wang, 2004) ภาวะการทำหน้าที่ คือ หน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หน้าที่ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การควบคุมกิจกรรม และความแข็งแรงของร่างกาย หน้าที่ทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ด้านความรู้สึกและการรับรู้ และหน้าที่ทางด้านสังคม ประกอบด้วย การควบคุมบทบาทหน้าที่หรือกิจกรรม ความเสมอภาคทางสังคม การติดต่อและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ซึ่งเป็นในแนวทางเดียวกับนิยามภาวะการทำหน้าที่ของ ลอเรน และคณะ (Lareau et al., 1996 cited in Norweg, Whiteson, demetis, & Rey, 2006) คือ ความสามารถของแต่ละคนที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับหน้าที่ด้านจิตใจ สังคมและร่างกาย และหวัง (Wang, 2004) ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง การกระทำไม่ว่าของบุคคลใดที่เกี่ยวกับความคาดหวังปกติทางธรรมชาติ โครงสร้าง และสภาวะของแต่ละบุคคล

แนวคิดของภาวะการทำหน้าที่ถูกมองว่าครอบคลุมในหลายมิติ (Multidimension) เช่น ไลดี (Leidy, 1994) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ลักษณะแนวคิดที่มีหลายมิติ ที่มีลักษณะเป็นความสามารถของบุคคลที่จะกระทำเพื่อสิ่งที่จำเป็นต่อชีวิต คือเป็นความสามารถในการทำกิจกรรมที่บุคคลทำในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานความสำเร็จในหน้าที่ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก ภาวะการทำหน้าที่ประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) คือ ศักยภาพสูงสุดของบุคคลในการที่จะกระทำกิจกรรมตามปกติของชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อปฏิบัติบทบาทปกติที่เคยทำเป็นประจำให้สำเร็จ และเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก

2) การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) หมายถึง กิจกรรมทางกาย จิตใจ สังคม อาชีพ และจิตวิญญาณซึ่งบุคคลจะทำจริงในชีวิตปกติของเขา เพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน (เป็นกิจกรรมที่เขาต้องการและอยากจะทำ จะไม่รวมถึงการรับรู้และอารมณ์) ประกอบด้วย กิจวัตรประจำวัน (ADL = Activity of Daily Living) และกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง (IADL = Instrumental Activity of Daily Living) กิจกรรมต่างๆยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและการเจริญเติบโตของบุคคลรวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและครอบครัว และกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่นการทำสมาธิและการประกอบพิธีการทางศาสนา

3) พลังงานสำรองด้านหน้าที่ (Functional Reserve) คือ ความแตกต่างระหว่างศักยภาพในการทำหน้าที่ได้สูงสุด (Functional Capacity) กับการปฏิบัติจริงในหน้าที่ (Functional Performance) โดยทั่วไปคนเราจะไม่ต้องใช้ศักยภาพเต็มที่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การจัดการเรื่องการเงิน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุจะมีพลังงาน

สำรองน้อยกว่าคนหนุ่มสาว

4) การนำศักยภาพหน้าที่ออกมาใช้ (Functional Capacity Utilization) คือ ศักยภาพหน้าที่หรือความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional potential) จะถูกใช้ในระดับต่างๆของการกระทำ

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดของทัลแมนและคณะ (Tulman, Fawcett, & McEvoy, 1991) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง แนวคิดที่มีหลายมิติที่รวมถึงการปฏิบัติเป็นประจำเกี่ยวกับครอบครัว สังคมและชุมชน การดูแลตนเอง และการประกอบอาชีพการงาน

แนวคิดของชิปเปอร์และคณะ (Schipper, Clinch, McMurray, & Levitt, 1984 cited in Schipper & Levitt, 1985) กล่าวว่า การประเมินภาวะการทำหน้าที่จากคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งจากการตอบสนองต่อโรคและการรักษา ซึ่งครอบคลุมถึงการทำหน้าที่ทางร่างกาย/การประกอบอาชีพ (physical/ occupational function) ภาวะจิตใจ (psychological state) การเข้าสังคม (sociability) และความไม่สบายทางด้านร่างกาย (somatic discomfort) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ เป็น Visual Analogue Scale (VAS) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลย้อนกลับ (Back translation) ครบถ้วนตามกระบวนการแล้วโดยสุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ (Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, & Thaikla, 2005) และได้มีการปรับลักษณะคำตอบให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ คือ แย่ (bad) ปานกลาง (intermediate) ดี (good) ดีมาก (very good) ค่าคะแนนรวมมากหมายถึง ภาวะการทำหน้าที่ที่ดี นำไปหาค่าความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามชนิด NSCLC จำนวน 36 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

การประเมินภาวะการทำหน้าที่ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาในการศึกษาครั้งนี้คือแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ของชิปเปอร์และคณะ (Schipper et al., 1984) เนื่องจากสามารถวัดการตอบสนองในด้านภาวะการทำหน้าที่ทั้งจากการดำเนินของโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบสอบถามประเมินเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันในด้านต่างๆ ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหาและความมั่นใจในแผนการรักษา นอกจากนี้แบบสอบถามยังมีข้อดีคือ ผู้ป่วยสามารถตอบแบบสอบถามได้เสร็จสมบูรณ์ในเวลาไม่เกิน 10 นาที จึงไม่น่าที่จะรบกวนหรือเกิดผลกระทบทางลบใดๆต่อผู้ป่วย (Schipper et al., 1984 cited in McDowell & Newell, 1996)

และจากการทบทวนวรรณกรรมโดยสรุปเกี่ยวกับแนวคิดและความหมายของภาวะการทำหน้าที่ หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน

4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆรวมกันดังนี้

1. **ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience)** อาการมีผลทั้งโดยตรงต่อภาวะการทำหน้าที่และโดยอ้อมต่อจิตใจของผู้ป่วย โดยพบว่าหากผู้ป่วยเผชิญกับอาการต่างๆหลายอาการ (จำนวนอาการ) และอาการเหล่านี้มีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็ง ดังการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่า อาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับภาวะการทำหน้าที่ สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ผ่านมา (Ahlberg, Ekman, & Gaston-Johansson, 2005; Barsevic, Dudley, & Beck, 2006; Okuyama et al., 2001; Warne, 2002) ส่วนอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ ความปวด อาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ลดลง (Ahlberg et al., 2005; Barsevic et al., 2006; Dodd et al., 2001b; Fox et al., 2007; Lee et al., 2005; Sarna, 1993; Schuit et al., 1998; Tanaka et al., 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่ออาการเหล่านี้มีความรุนแรงของอาการมากขึ้น จะส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง โดยเฉพาะหากผู้ป่วยมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ จะส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของชางและคณะ (Chang, Hwang, Feureman, & Kosmisis, 2000) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เผชิญกับอาการต่างๆหลายอาการ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและการทำหน้าที่ต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กิฟเวนและคณะ (Given et al., 2000) ผู้ป่วยที่มีอาการตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไป จะมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนอาการน้อยกว่า

2. **ชนิดของการรักษา (Type of cancer treatment)** วิธีการรักษาเช่นการให้ยาเคมีบำบัดก่อให้เกิดผลข้างเคียงของการรักษาทำให้เกิดอาการแตกต่างกันไปส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิด ขนาดและระยะเวลาที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากการศึกษาของ จอร์ดฮอยและคณะ (Jordhoy et al., 2001) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร มะเร็งปอด มะเร็งเต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง มะเร็งต่อมลูกหมากและอวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย และมะเร็งชนิดอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในระยะลุกลาม การศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าและมีจำนวนอาการมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิฟเวนและคณะ (Given et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเคมีบำบัด ยกเว้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเท่านั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ เซียวหลิน (Xiaolin, 2002) พบว่า

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีภาวะการทำหน้าที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ชัดแจ้งกับการศึกษาของซาร์นา (Sarna, 1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีภาวะการทำหน้าที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามอาการ

3. ระยะของโรค (stage of disease) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ เมื่อความรุนแรงของโรคมักขึ้นจะส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ดังการศึกษาของ เซียวหลิน (Xiaolin, 2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 4 มีภาวะการทำหน้าที่ทางกายต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 2 และ 3 และยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีการแพร่กระจาย (Metastasis) จะมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าทุกระยะ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชูทและคณะ (Schuit et al., 1998) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะมีอาการเกิดขึ้นร่วมกันหลายอาการทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของจอร์คฮอยและคณะ (Jordhoy et al., 2001) พบว่าผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตจะมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกเป็นเวลา 91-120 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ชนิดของโรคมะเร็ง (Type of cancer) จากการศึกษาของดูเรนบอส (Doorenbos et al., 2006) พบว่าชนิดของโรคมะเร็งมีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ โดยผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมจะมีภาวะการทำหน้าที่ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ เคิร์ตซ์ และคณะ (Kurtz et al., 1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จอร์คฮอยและคณะ (Jordhoy et al., 2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และมะเร็งต่อมลูกหมาก/อวัยวะสืบพันธุ์เพศชายมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ กิฟเวน และคณะ (Given, Given, Stommel, & Kozachik, 2000) ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีอาการต่างๆเกิดขึ้นหลายอาการก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบในด้านภาวะการทำหน้าที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่นเดียวกับการศึกษาในไทยของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีภาวะการทำหน้าที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

5.1 อายุ (age) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการ ทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุที่มากขึ้นส่งผลให้เกิดอาการต่างๆตามอายุที่มากขึ้น ผู้ป่วยที่อายุมากจึงมีระดับการพึ่งพาสูง ดังการศึกษาของจอร์คฮอยและคณะ (Jordhoy et al., 2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากมีภาวะการทำหน้าที่ทางสังคมและอารมณ์สูงกว่า แต่มีภาวะการทำหน้าที่ทางกายต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กิฟเวน และคณะ (Given et

al., 2000) พบว่าอายุที่มากขึ้นทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง และการศึกษาของเคิร์ทซ์และคณะ (Kurtz et al., 1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยกว่าจะสูญเสียภาวะการทำหน้าที่มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของเซียวหลิน (Xiaolin, 2002) ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอายุน้อยกว่ามีภาวะการทำหน้าที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย

5.2 เพศ (Gender) ส่วนใหญ่เพศหญิงจะมีความสามารถทางร่างกายต่ำกว่าเพศชาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเพศชายมีภาวะการทำหน้าที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง (Given et al., 2000; Jordhoy et al., 2001; Xiaolin, 2002)

5.3 การมีโรคร่วม (Comorbidity) โรคร่วมมีผลโดยตรงต่อภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายโดยทำให้เกิดอาการต่างๆมากขึ้น จากการศึกษาของกิฟเวน และคณะ (Given et al., 2000) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีโรคร่วมหลายโรคจะมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายต่ำ และหากโรคร่วมนั้นมีความรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ โรคร่วมที่พบว่ามีผลรุนแรงได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคข้ออักเสบ สอดคล้องกับการศึกษาของเคิร์ทซ์ และ คณะ (Kurtz et al., 1999) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีโรคร่วมหลายๆ โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบจะทำให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสามารถเป็นตัวทำนายทางสถิติของภาวะการทำหน้าที่ได้อีกด้วย

5.4 รายได้ (Income) การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีรายได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมหรือดำรงชีวิตตามความต้องการที่วางไว้ได้ จากการศึกษาของซาร์นา (Sarna, 1994) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีรายได้ต่ำจะมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเซียวหลิน (Xiaolin, 2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีรายได้สูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายสูงกว่า

5.5 การศึกษา (Educational background) เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้ดีกว่าผู้มีรายได้น้อย ดังการศึกษาของเซียวหลิน (Xiaolin, 2002) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีการศึกษาสูงมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายสูง ชัดแจ้งกับการศึกษาของจอร์ดฮอยและคณะ (Jordhoy et al., 2001) ไม่พบความแตกต่างในเรื่องการศึกษากับภาวะการทำหน้าที่ทางกายของผู้ป่วยมะเร็ง

5.6 สถานภาพสมรส (Marital status) เป็นแหล่งประโยชน์และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการทำหน้าที่ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยคู่สมรสจะเป็นผู้คอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ ก่อให้เกิดกำลังใจ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ จากการศึกษาของเซียวหลิน (Xiaolin, 2002) ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีคู่สมรมีภาวะการทำหน้าที่ทางกายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้แต่งงาน อย่างไรก็ตาม

สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) และจอร์คฮอยและคณะ (Jordhoy et al., 2001) ซึ่งไม่พบความแตกต่างในเรื่องสถานภาพสมรสกับภาวะการทำหน้าที่ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดและเต้านมระหว่างรับยาเคมีบำบัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ ทั้งจากปัจจัยส่วนบุคคล โรคมะเร็ง การรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ ซึ่งมีการศึกษาจำนวนมากพบว่า ประสบการณ์การมีอาการต่างๆที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะการทำหน้าที่โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งในภาพรวม และในกลุ่มมะเร็งเต้านม แต่การศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอด และอาการที่ส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดมีน้อยมาก จึงเป็นความสำคัญที่พยาบาลจะต้องมีความรู้และความเข้าใจเนื่องจากภาวะการทำหน้าที่ที่ดีเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทั้งในการประเมิน ติดตาม การตอบสนองต่อการรักษา และการพยากรณ์โรค ตลอดจนเพื่อการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแต่ละคนต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามจะมีประสบการณ์การมีอาการต่างๆมากมายทั้งจากการดำเนินของโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อภาวะการทำหน้าที่ทั้งในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการทำบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล อาการต่างๆที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรม รูปแบบการดำเนินชีวิต (life style) หรือหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ทำให้อาการมีความรุนแรงขึ้น รวมถึงอาจต้องหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ซึ่งนำไปสู่การแยกตัวทางสังคมและสภาพร่างกาย จิตใจให้แย่ลง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการศึกษาอาการในรูปของประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามเป็นการศึกษาในต่างประเทศแต่ประสบการณ์เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยในส่วนนี้ยังมีผู้ศึกษาน้อยและเป็นงานที่ศึกษาเพียง 1 อาการเท่านั้น ส่วนกลวิธีจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาหรือควบคุมอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยยังมีน้อยมาก และเป็นการศึกษาเพียงอาการเหนื่อยล้าเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) เนื่องจากครอบคลุมมิติประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ ในด้านภาวะการทำหน้าที่ซึ่งเป็น 1 ใน 8 ผลลัพธ์ของแนวคิดนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้น กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดปฐมภูมิ (Primary lung cancer) ชนิด Non Small Cell Lung Cancer ตั้งแต่ระยะ 3B ขึ้นไป ระดับPerformance status 0-1 ที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช หรือที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

Exclusion Criteria

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การฉายรังสี

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ Power analysis โดยการใช้ตารางของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 ขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ปานกลาง (medium effect size) .30 ซึ่งมาจากการทบทวนงานวิจัยที่มีรูปแบบคล้ายกับงานวิจัยนี้ ที่มีขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ประมาณ .30-.80 (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004, Jantaramanee, 2006) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน

สถานที่เก็บข้อมูล

ในการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล 2 แห่งได้แก่ (1) หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 2,249 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด 6,377 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 520 คน (Siriraj Cancer Center, 2006) ทำการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ เวลา 11.00 ถึง 16.00 และวันอังคาร ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. และ (2) หน่วยให้ยาเคมีบำบัด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 500 เตียง มีผู้ป่วยมะเร็งปอด 98 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 20 คน (สถิติอายุรกรรม, 2549) ทำการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ เวลา 08.00 น. ถึง 10.30 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยมี 4 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล บุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระยะเวลาในการเดินทางมารับการรักษา ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคร่วม (ถ้ามี) ระยะของโรค สูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัด ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

2. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย (Memorial Symptom Assessment Scale [MSAS]) สร้างโดยพอร์ทีนอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) เป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามชนิดต่างๆเช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ในหลายมิติได้แก่ การเกิดอาการ (Symptom occurrence) ความถี่ในการเกิดอาการ (Frequency) ความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) และความรู้สึกรบกวน/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ (Symptom distress) ได้มีการนำ MSAS ไปใช้ในหลายการศึกษามีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) แต่ละหมวดย่อย ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และดัชนีความทุกข์ทรมานโดยรวมเท่ากับ 0.83 0.88 และ 0.58 ตามลำดับ ซึ่งค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0.78-0.87 (Lobchuk, 2002; Trammer et al., 2003 cited in Suwisith, 2007) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการแล้วโดยนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) นำไปศึกษาในกลุ่ม

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในมิติการมีอาการ ความถี่ ความรุนแรง และความรู้สึกรบกวนรำคาญ/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ เท่ากับ 0.89, 0.89, 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ

ในมิติการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกรบกวนรำคาญ/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ จะประเมินทั้ง 32 อาการ สำหรับมิติความถี่ในการเกิดอาการ จะประเมินเพียง 24 อาการแรก พอร์ทินอยและคณะได้พัฒนา MSAS โดยละเว้นการประเมินความถี่ 8 อาการ ได้แก่ เจ็บปาก/ในช่องปาก ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง น้ำหนักลด ผมห่นร่วง ท้องผูก บวมบริเวณแขน/ขา มองตนเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง เนื่องจากอาการเหล่านี้จะคงอยู่เป็นเวลานานและรูปแบบการเกิดที่ไม่สามารถประเมินได้ในช่วงระยะเวลาอันสั้น (1 สัปดาห์) ดังนั้น ความถี่ในการเกิดอาการทั้ง 8 อาการจึงไม่นำมาประเมินในการศึกษาครั้งนี้

การตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ความผิดปกติหรือความรู้สึกไม่สบาย โดยให้ประเมินว่ามีอาการที่ระบุหรือไม่ ถ้าตอบว่ามีให้ผู้ป่วย ประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรง และความรู้สึกรบกวนรำคาญ/รบกวนการดำเนินชีวิตในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากไม่มีอาการก็ไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกรบกวนรำคาญ/รบกวนการดำเนินชีวิต แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

น้อยมาก	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นระหว่าง 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นทุกวันไม่เกินกว่าวันละ 1 ครั้ง
เกิดตลอด	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลาอาการยังคงมีอยู่ ไม่เคยหายขาดเลย

โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาแบบสอบถามในแต่ละข้อดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
น้อยมาก	1
บางครั้ง	2
บ่อยครั้ง	3
เกิดตลอด	4

การประเมินความรุนแรงของอาการ เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1-4 คะแนน โดยที่คะแนนน้อยที่สุด (1 คะแนน) หมายถึงมีความรุนแรงน้อย คะแนนยิ่งมากหมายถึงว่าอาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น และคะแนนสูงสุด (4 คะแนน) มีความรุนแรงมากที่สุด

การประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการ หรือ อาการที่รบกวนผู้ป่วยในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือไม่รบกวนผู้ป่วยเลย คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีระดับความทุกข์ทรมานหรือรบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน) โดยมีวิธีการคำนวณคะแนนความทุกข์ทรมาน ดังนี้ (Portenoy et al., 1994 cited in Suwisith, 2007)

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ไม่เลย	0.8
เล็กน้อย	1.6
พอควร	2.4
ค่อนข้างมาก	3.2
มาก	4

3. แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ (Thai-Modified Function Living Index Cancer version 2[T-FLIC 2]) สร้างโดยชิปเปอร์และคณะ (Schipper, Clinch, McMurray, & Levitt, 1984) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ เป็นการประเมินความผาสุกด้านร่างกาย สภาพจิตใจ และการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม ลักษณะการตอบเป็น Visual Analogue Scale (VAS) โดยได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลย้อนกลับตามกระบวนการแล้วโดยสุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ (Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, & Thaikla, 2005) และได้มีการปรับลักษณะคำตอบให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ คือ แย่มาก (bad) ปานกลาง (intermediate) ดี (good) ดีมาก (very good) นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 66 คะแนน ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง ภาวะการทำหน้าที่ดี

4. แบบสัมภาษณ์กลวิธีจัดการกับอาการโดยตัวผู้ป่วย (Self-management strategies by patient) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามใช้เพื่อบรรเทาอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันกับผู้ป่วยมากที่สุด 5 อาการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าค่าเฉลี่ยอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตผู้ป่วยแต่ละราย ~

5-6 อาการ (Schuit et al., 1998; Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004) และผลลัพธ์ของกลวิธีจัดการกับอาการนั้นๆ

อาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันกับผู้ป่วยมากที่สุด 5 อาการ ผู้วิจัยนำมาจากคะแนนสูงสุด 5 อาการในมิติอาการที่รบกวนผู้ป่วยแต่ละรายจากแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการที่ผู้ป่วยประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ในส่วน of เครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจำนวน 2 ชุดคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์กลวิธีจัดการกับอาการ นำไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคกระเพาะและลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการจัดการกับอาการ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในหน่วยเคมีบำบัด 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แนะนำให้ปรับลักษณะคำถามในกลวิธีจัดการกับอาการ โดยควรมีแนวคำถามที่จะถามคำถามกับผู้ป่วย

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการแล้วจำนวน 2 ชุดคือ แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการและแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85 เท่ากัน และการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 88 รายได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการและแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ เท่ากับ 0.91 และ 0.86 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อขอรับการพิจารณาเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แพทย์ และหัวหน้าหน่วยเคมีบำบัดและให้เลอดตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช และหน่วยให้ยาเคมีบำบัด แผนก

อายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและการเข้าถึงแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มารับเคมีบำบัดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3.2 ในขณะที่ผู้ป่วยรอคิวให้ยาเคมีบำบัด แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย

3.3 หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองให้เป็นที่เข้าใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1) ให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 1 และตอบแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ และแบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ตามลำดับ

2) ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้ตอบแล้วมาจัดเรียงลำดับคะแนน โดยนำ 5 อาการที่มีคะแนนสูงสุดในมิติของการรบกวนการดำเนินชีวิต เพื่อสัมภาษณ์กลวิธีจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้/มีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามในแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ จำนวนทั้งสิ้น 42 คน

3.4 เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง หากพบว่าข้อมูลที่ได้รับไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วนและผู้ป่วยยังยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย จะเก็บข้อมูลเพิ่มโดยนำแบบสอบถามชุดเดิมให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

3.5 หลังจากเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้แก่ โรคประจำตัว สูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ของการได้รับยาเคมีบำบัดจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

4. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาให้รหัสคะแนน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมของการวิจัย โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การตอบแบบสอบถาม ดังนั้นไม่มีความเสี่ยงที่อันตรายร้ายแรง แต่อาจจะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเสียเวลาบ้างหรืออาจเกิดความเครียดจากส่วนใดส่วนหนึ่งของแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะมีการระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้ป่วย การนำข้อมูลไปอภิปรายและเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น ผู้ป่วยได้รับการชี้แจงอย่างชัดเจนว่าตนเองมีสิทธิอย่างสมบูรณ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่ร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องตอบคำถามใดๆ การยุติการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

ในกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติมีการเปลี่ยนแปลงอาการมากขณะเก็บข้อมูล ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์ทันที และให้การพยาบาลเพื่อจัดการกับอาการนั้น หากเกินความสามารถของผู้วิจัย ติดต่อประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในขณะนั้นทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนประสิทธิผลการมีอาการในแต่ละมิติทั้ง 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้ต่อความถี่ของอาการ(Frequency) ความรุนแรงของอาการ (Severity) และการรบกวน/ทุกข์ทรมานจากอาการ (Distress) และคะแนนประสิทธิผลการมีอาการโดยรวม วิเคราะห์โดยหาความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรวบรวมคำตอบนำมาหาค่าความถี่ และร้อยละ
4. วิเคราะห์ภาวะการทำหน้าที่ ด้วยการหา ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์แต่ละประสิทธิผลการมีอาการต่างๆ (โดยนำคะแนนในทุกมิติของอาการ ได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตของแต่ละอาการมารวมกันและหาค่าเฉลี่ย) กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Correlation)

ในเบื้องต้นผู้วิจัยวางแผนจะใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์แต่ละประสบการณ์การมีอากรต่างๆ กับ ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด แต่เนื่องจากข้อตกลงเบื้องต้นของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันที่มีเงื่อนไข คือ 1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีค่าต่อเนื่องคือมีค่าในมาตรวัดช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา 2) ตัวแปร 2 ตัวมีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น และ 3) ตัวแปรแต่ละตัวต้องมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Munro, 2001) จากการทดสอบการแจกแจงประชากรด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าตัวแปรภาวะการทำหน้าที่ไม่ได้มีการแจกแจงแบบโค้งปกติตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนแทนเพื่อหาความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอากร กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอากร กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย มะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 88 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายเป็นลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง
2. ประสบการณ์การมีอากร กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอากร และภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 32-84 ปี อายุเฉลี่ย 61.34 ปี (S.D. =12.27) โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-75 ปี (ร้อยละ 52.3) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.1) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.3) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.5) รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 22.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพทั้งก่อนและหลังการเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 47.7 และ 75 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,137.50 บาท (S.D. = 40,865.33) โดยส่วนใหญ่มิรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 56.8) และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ เท่ากันกับกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่ามีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คือร้อยละ 36.4 สำหรับวิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 60.2 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 98.9 และมีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมารักษาที่โรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 89.8 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30-45	10	11.4
46-59	24	27.3
60-75	46	52.3
> 75	8	9.1
(Mean= 61.34, S.D.= 12.27 Max = 84 Min= 32)		
เพศ		
ชาย	52	59.1
หญิง	36	40.9
สถานภาพสมรส		
โสด	9	10.2
คู่	61	69.3
หม้าย/หย่า/แยก	18	20.5
ศาสนา		
พุทธ	88	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	4.5
ประถมศึกษา	33	37.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	5.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	14	15.9
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	8	9.1
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	20	22.7
สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.5
อาชีพก่อนการเจ็บป่วย		
เกษียณอายุ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	42	47.7
ธุรกิจ/ค้าขาย	17	19.3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	15.9
รับจ้าง	12	13.6
เกษตรกร	3	3.4
อาชีพหลังการเจ็บป่วย		
เกษียณอายุ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	66	75.0
ธุรกิจ/ค้าขาย	7	8.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	11.4
รับจ้าง	5	5.7
เกษตรกร	0	0.0
รายได้/เดือน (บาท)		
≤ 15,000	38	43.2
> 15,000	50	56.8
(Mean= 31,137.50, S.D.= 40,865.33, Max = 250,000, Min = 0)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	32	36.4
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	32	36.4
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	12	13.6
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	12	13.6
วิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล		
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	53	60.2
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	19.3
เสียค่ารักษาเอง	10	11.4
สิทธิประกันสังคม	7	8.0
ประกันชีวิต/สวัสดิการบริษัท	1	1.1

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=88) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	87	98.9
อยู่คนเดียว	1	1.1
ผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาล		
มี	79	89.8
ไม่มี	9	10.2

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดมีระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อยู่ในระยะที่ 4 และระยะที่ 3b คิดเป็นร้อยละ 79.5 และ 20.5 ตามลำดับ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรค (ตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม) ไม่เกิน 3 เดือน ร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ 2 (ร้อยละ 53.4) ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Carboplatin และ Gemcitabine ร้อยละ 43.2 และได้รับยาเคมีบำบัดครั้งสุดท้ายนานกว่า 14 วัน คิดเป็นร้อยละ 55.7 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.73 รองลงมา โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง เท่ากับร้อยละ 6 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (N=88)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะความรุนแรงของโรค		
ระยะที่ 3b	18	20.5
ระยะที่ 4	70	79.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค (วัน)		
≤ 90	44	50
91-180	15	17
> 180	29	33

(Mean= 225.08, S.D.= 340.19, Max = 2004, Min = 11)

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย(N=88) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด		
1 ครั้ง	47	53.4
2 ครั้ง	8	9.1
3 ครั้ง	7	8.0
4 ครั้ง	1	1.1
5 ครั้ง	6	6.8
6 ครั้งขึ้นไป	19	21.6
ครั้งสุดท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด (วัน)		
≤ 7	15	17
8-14	24	27.3
> 14	49	55.7
(Mean= 17.82, S.D.= 7.34, Max = 41, Min = 6)		
ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้ในปัจจุบัน		
Carboplatin & Gemcitabine	38	43.2
Carboplatin & Paclitaxel	13	14.8
Carboplatin & Doxetaxel	8	9.1
Carboplatin & Etoposide	2	2.3
Single Agent	16	18.2
Others	11	12.5
ยาเคมีบำบัดที่ได้รับก่อนชุดปัจจุบัน		
Carboplatin & Gemcitabine	10	11.4
Carboplatin & Paclitaxel	4	4.5
Carboplatin & Doxetaxel	1	1.1
Carboplatin & Etoposide	1	1.1
Single Agent	4	4.5
Others	5	5.7

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย(N=88) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคร่วม	57	64.8
มีโรคร่วม	31	35.2
ความดันโลหิตสูง	20	22.73
เบาหวาน	6	6.82
ไขมันในเลือดสูง	6	6.82
ต่อมลูกหมากโต	5	5.68
ถุงลมโป่งพอง	3	3.41
หัวใจ	2	2.27
ข้อเข่าและกระดูก	1	1.14
อื่นๆ	3	3.41

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการวิเคราะห์อาการที่พบบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการจำนวน 3-23 อาการ เฉลี่ย 10.35 อาการ (S.D. = 3.75) ค่ามัธยฐาน = 10 และฐานนิยม = 10 อาการที่พบบ่อยมากที่สุด คือ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (ร้อยละ 76.1) รองลงมาได้แก่ ไอ (ร้อยละ 67.0) ปากแห้ง (ร้อยละ 59.1) ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร (ร้อยละ 56.8) อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 55.7) ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ เสียเหง้า (ร้อยละ 8) กลืนลำบาก (ร้อยละ 4.5) บวมบริเวณแขน/ขา (ร้อยละ 2.3) ส่วนอาการที่ไม่พบเลย ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ (ร้อยละ 0) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประสิทธิภาพการมีอาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประสิทธิภาพการมีอาการ	จำนวน	ร้อยละ
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น	67	76.10
ไอ	59	67.00
ปากแห้ง	52	59.10
ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	50	56.80

ตารางที่ 5 ประสิทธิภาพการมีอาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
(ต่อ)

ประสิทธิภาพการมีอาการ	จำนวน	ร้อยละ
อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง	49	55.70
ปวด	46	52.30
รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม	46	52.30
นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก	45	51.10
ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	43	48.90
ท้องผูก	41	46.60
หงุดหงิด/โมโหง่าย	32	36.40
เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	30	34.10
ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า	29	33.00
กังวล/กลัวใจ	29	33.00
คันตามร่างกาย	29	33.00
ผมร่วง	28	31.80
รู้สึกอึดอัด/อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	27	30.70
มองดูตนเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป	27	30.70
คลื่นไส้	25	28.40
มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	24	27.30
น้ำหนักลด	21	23.90
ผิวหนัง/เล็บเปลี่ยนแปลง	20	22.70
ขาดสมาธิ/มีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ	19	21.60
รู้สึกเศร้าใจ	13	14.80
ท้องเสีย	11	12.50
เหงื่อออกผิดปกติ	11	12.50
เจ็บปาก/ในช่องปาก	9	10.20
รู้สึกกระวนกระวาย	8	9.10
อาเจียน	8	9.10
เสียงแหบ	7	8.00

ตารางที่ 5 ประสิทธิภาพการมีอาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด (ต่อ)

ประสิทธิภาพการมีอาการ	จำนวน	ร้อยละ
กลืนลำบาก	4	4.50
บวมบริเวณแขน/ขา	2	2.30
มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ	0	0.00

เมื่อวิเคราะห์ความถี่ของอาการในจำนวน 24 อาการของ MSAS ที่เกิดบ่อยมากที่สุด ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ (mean= 2.83, S.D. = 0.82) รองลงมาได้แก่ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร (mean= 2.72, S.D. = 0.78) ปากแห้ง (mean= 2.67, S.D. = 0.92) ตามลำดับ อาการที่เกิดน้อยที่สุด ได้แก่ ท้องเสีย (mean= 1.64, S.D. = 0.67) และเมื่อวิเคราะห์ความถี่ในการเกิดอาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความถี่ในการเกิดอาการ อยู่ในระดับ “บางครั้ง” ยกเว้น อาการมีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร และปากแห้ง ที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ในระดับ “บ่อยครั้ง” ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของอาการที่พบจำแนกตามความถี่

อาการ	ส่วน		ความถี่ในการเกิดอาการ (%)			
	ค่าเฉลี่ย	เบี่ยงเบนมาตรฐาน	น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด
มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่าย	2.83	0.82	4.17	29.17	45.83	20.83
ปัสสาวะผิดปกติ						
ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	2.72	0.78	2.00	42.00	38.00	18.00
ปากแห้ง	2.67	0.92	9.62	34.62	34.62	21.15
ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า	2.59	1.05	17.24	31.03	27.59	24.14
ปวด	2.52	1.01	15.22	39.13	23.91	21.74
รู้สึกอึดอัด/อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	2.37	0.74	3.70	66.67	18.52	11.11
คันตามร่างกาย	2.34	0.94	13.79	55.17	13.79	17.24
อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง	2.33	0.90	14.29	53.06	18.37	14.29
นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก	2.29	0.69	8.89	57.78	28.89	4.44

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของอาการที่พบจำแนกตามความถี่ (ต่อ)

อาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความถี่ในการเกิดอาการ (%)			
			น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด
รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม	2.26	0.77	10.87	60.87	19.57	8.70
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น	2.16	0.62	10.45	64.18	23.88	1.49
ขาดสมาธิ/มีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ	2.11	0.57	10.53	68.42	21.05	0.00
ไอ	2.10	0.99	30.51	42.37	13.56	13.56
คลื่นไส้	2.04	0.89	28.00	48.00	16.00	8.00
เหงื่อออกผิดปกติ	2.00	0.89	27.27	54.55	9.09	9.09
หงุดหงิด/โมโหง่าย	1.97	0.54	15.63	71.88	12.50	0.00
เวียนศีรษะ/มีนศีรษะ	1.90	0.84	33.33	50.00	10.00	6.67
กังวล/กลัวหัวใจ	1.90	0.56	20.69	68.97	10.34	0.00
อาเจียน	1.88	0.99	37.50	50.00	0.00	12.50
รู้สึกเศร้าใจ	1.85	0.38	15.38	84.62	0.00	0.00
รู้สึกกระวนกระวาย	1.75	0.71	37.50	50.00	12.50	0.00
กลืนลำบาก	1.75	0.50	25.00	75.00	0.00	0.00
ท้องเสีย	1.64	0.67	45.45	45.45	9.09	0.00

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการมีอาการในแง่ของความรุนแรง พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงมากที่สุดในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ เสียเหงับ (mean= 2.14, S.D. = 0.90) รองลงมา ได้แก่ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร (mean= 1.84, S.D. = 0.51) หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (mean= 1.82, S.D. = 0.63) ตามลำดับ ส่วนอาการที่มีความรุนแรงน้อยที่สุด ได้แก่ ขาดสมาธิ/มีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ (mean= 1.11, S.D. = 0.32) และความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ถึงปานกลาง อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีความรุนแรงมาก และมากที่สุด มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 3.13 - 42.86 และร้อยละ 4.00-12.50 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของอาการที่พบจำแนกตามความรุนแรง

อาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความรุนแรงในการเกิดอาการ (%)			
			น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
เสียงแหบ (อื่นๆ)	2.14	0.90	28.57	28.57	42.86	0.00
ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	1.84	0.51	22.00	72.00	6.00	0.00
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น	1.82	0.63	29.85	58.21	11.94	0.00
อาเจียน	1.75	1.16	62.50	12.50	12.50	12.50
นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก	1.71	0.69	42.22	44.44	13.33	0.00
คันตามร่างกาย	1.69	0.93	58.62	17.24	20.69	3.45
ปวด	1.67	0.76	50.00	32.61	17.39	0.00
มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ	1.67	0.56	37.50	58.33	4.17	0.00
ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	1.65	0.65	44.19	46.51	9.30	0.00
ผมร่วง	1.64	0.73	50.00	35.71	14.29	0.00
มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป	1.63	0.63	44.44	48.15	7.41	0.00
ท้องผูก	1.61	0.59	43.90	51.22	4.88	0.00
คลื่นไส้	1.56	0.87	64.00	20.00	12.00	4.00
อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง	1.53	0.68	57.14	32.65	10.20	0.00
ปากแห้ง	1.52	0.70	59.62	28.85	11.54	0.00
รู้สึกอึดอัด/อึดอัดเหมือนมีลมในท้อง	1.52	0.64	55.56	37.04	7.41	0.00
กลืนลำบาก	1.50	0.58	50.00	50.00	0.00	0.00
บวมบริเวณแขน/ขา	1.50	0.71	50.00	50.00	0.00	0.00
ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง	1.50	0.61	55.00	40.00	5.00	0.00
รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม	1.48	0.66	60.87	2.17	28.26	8.70
รู้สึกเศร้าใจ	1.46	0.52	53.85	46.15	0.00	0.00
เจ็บปาก/ในช่องปาก	1.44	0.73	66.67	22.22	11.11	0.00

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของอาการที่พบจำแนกตามความรุนแรง (ต่อ)

อาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความรุนแรงในการเกิดอาการ (%)			
			น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
น้ำหนักลด	1.43	0.68	66.67	23.81	9.52	0.00
รู้สึกกระวนกระวาย	1.38	0.74	75.00	12.50	12.50	0.00
เหงื่อออกผิดปกติ	1.36	0.92	81.82	9.09	0.00	9.09
ไอ	1.36	0.61	71.19	22.03	6.78	0.00
กังวล/กลัวใจ	1.31	0.47	68.97	31.03	0.00	0.00
ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า	1.28	0.59	79.31	13.79	6.90	0.00
ท้องเสีย	1.27	0.47	72.73	27.27	0.00	0.00
เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	1.27	0.52	76.67	20.00	3.33	0.00
หงุดหงิด/โมโหง่าย	1.25	0.51	78.13	18.75	3.13	0.00
ขาดสมาธิ/มีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ	1.11	0.32	89.47	10.53	0.00	0.00

ผลการวิเคราะห์ระดับความทุกข์ทรมาน/การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า อาเจียน (mean= 2.00, S.D. = 1.35) เป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นอันดับ 1 รองลงมาได้แก่ หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (mean= 1.95, S.D. = 0.86) เสียเหงา (mean= 1.83, S.D. = 1.20) ตามลำดับ ส่วนอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันน้อยที่สุด ได้แก่ ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (mean= 0.92, S.D. = 0.29) และจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามส่วนใหญ่ที่ได้รับการบำบัดรักษา มีความทุกข์ทรมาน/การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจากอาการในระดับน้อย จนถึงไม่ทุกข์ทรมานหรือไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันเลย สำหรับความทุกข์ทรมานของอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับค่อนข้างมาก และมาก มีค่าตั้งแต่ร้อยละ 2.44 - 13.04 และ ร้อยละ 1.69 - 25.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของอาการที่พบจำแนกตามระดับความทุกข์
ทรมาน/การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

อาการ	ระดับความทุกข์ทรมาน / การรบกวน ชีวิตประจำวัน (%)						
	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ชีวิตประจำวัน (%)				
			ไม่ เลย	เล็กน้อย	พอ ควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
อาเจียน	2.00	1.35	37.50	25.00	12.50	0.00	25.00
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น	1.95	0.86	23.88	25.37	38.81	7.46	4.48
เสียงแหบ (อื่นๆ)	1.83	1.20	42.86	14.29	28.57	0.00	14.29
นอนไม่หลับหรือ นอนหลับยาก	1.80	0.95	35.56	22.22	31.11	4.44	6.67
คลื่นไส้	1.70	1.02	44.00	20.00	24.00	4.00	8.00
ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร	1.70	0.73	30.00	34.00	30.00	6.00	0.00
ปวด	1.69	0.94	43.48	19.57	21.74	13.04	2.17
ท้องผูก	1.68	0.73	26.83	43.90	24.39	2.44	2.44
คันตามร่างกาย	1.60	1.11	55.17	17.24	10.34	6.90	10.34
บวมบริเวณแขน/ขา	1.60	0.00	0.00	100.0	0.00	0.00	0.00
มีปัญหาเวลาขับปัสสาวะ/ถ่าย							
ปัสสาวะผิดปกติ	1.53	0.78	37.50	41.67	16.67	0.00	4.17
ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง	1.43	0.64	44.19	32.56	23.26	0.00	0.00
เจ็บปาก/ในช่องปาก	1.42	0.78	44.44	44.44	0.00	11.11	0.00
กลืนลำบาก	1.40	0.40	25.00	75.00	0.00	0.00	0.00
รู้สึกอึดอัด/อึดอัด							
เหมือนมีลมในท้อง	1.36	0.58	44.44	40.74	14.81	0.00	0.00
ไอ	1.36	0.83	61.02	18.64	11.86	6.78	1.69
เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	1.25	0.62	56.67	33.33	6.67	3.33	0.00
กังวล/กลัวใจ	1.24	0.46	48.28	48.28	3.45	0.00	0.00
เหงื่อออกผิดปกติ	1.24	0.97	72.73	18.18	0.00	0.00	9.09

**ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของอาการที่พบจำแนกตามระดับความทุกข์
ทรมาน/การรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (ต่อ)**

อาการ	ระดับความทุกข์ทรมาน / การรบกวน ชีวิตประจำวัน (%)						
	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ชีวิตประจำวัน (%)				
			ไม่ เลย	เล็กน้อย	พอ ควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
ชา/เจ็บแปลบปลายมือ/ ปลายเท้า	1.21	0.66	65.52	20.69	10.34	3.45	0.00
อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง	1.21	0.70	67.35	18.37	12.24	0.00	2.04
รู้สึกเศร้าใจ	1.17	0.53	61.54	30.77	7.69	0.00	0.00
ท้องเสีย	1.16	0.55	63.64	27.27	9.09	0.00	0.00
ปากแห้ง	1.12	0.62	71.15	21.15	5.77	0.00	1.92
มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม							
หรือเปลี่ยนแปลงไป	1.10	0.50	70.37	22.22	7.41	0.00	0.00
รู้สึกกระวนกระวาย	1.10	0.60	75.00	12.50	12.50	0.00	0.00
รู้สึกง่วงนอน/เชื่องซึม	1.01	0.46	80.43	13.04	6.52	0.00	0.00
น้ำหนักลด	0.99	0.56	85.71	9.52	0.00	4.76	0.00
หงุดหงิด/โมโหง่าย	0.98	0.39	81.25	15.63	3.13	0.00	0.00
ผมร่วง	0.97	0.45	85.71	7.14	7.14	0.00	0.00
ขาดสมาธิ/มีความลำบากใน							
การรวบรวมสมาธิ	0.93	0.30	84.21	15.79	0.00	0.00	0.00
ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง	0.92	0.29	85.00	15.00	0.00	0.00	0.00

กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ในการวิเคราะห์กลวิธีจัดการกับอาการทำโดย นำข้อมูลจากแบบสอบถามการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต 5 อันดับแรกของผู้ป่วยแต่ละราย นำมาวิเคราะห์ร่วมกัน หลังจากนั้นเลือกอาการ 5 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 88 ราย เลือก นำมาเสนอกลวิธีจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

1. หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 75) รองลงมา หายใจเข้า-ออก ช้าและลึก (ร้อยละ 12.5) และดมออกซิเจน/พ่นยาร้อยละ 10.42) โดยที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งประเมินว่าอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นหายไป

2. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 84.85) รองลงมา ได้แก่ รับประทานยากระตุ้นความอยากอาหาร (ร้อยละ 9.09) ไม่ได้ทำอะไร/ปล่อยให้อาการหายไปเอง (ร้อยละ 6.06) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าอาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหารดีขึ้น

3. ท้องผูก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดยการรับประทานยาระบาย (ร้อยละ 51.61) รองลงมา ได้แก่ การรับประทานผัก/ผลไม้ (ร้อยละ 38.1) และการดื่มน้ำมากๆ (ร้อยละ 9.68) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าอาการท้องผูกหายไป

4. นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับอาการแตกต่างกันไป ได้แก่ การนั่งสมาธิ/สวดมนต์ (ร้อยละ 39.29) พยายามฝึนนอนหลับ (ร้อยละ 35.71) อ่านหนังสือ/ดูทีวี/ฟังเพลง (ร้อยละ 14.29) รับประทานยานอนหลับ (ร้อยละ 7.14) รอให้่วงก่อนจึงเข้านอน (ร้อยละ 3.57) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าเมื่อปฏิบัติตามวิธีการเหล่านี้แล้วสามารถนอนหลับได้ มีเพียงกลุ่มตัวอย่างที่ พยายามฝึนนอนหลับเท่านั้นที่เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40) ประเมินว่าอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยากนั้นคงเดิม/ไม่ดีขึ้น

5. ปวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการ โดยการรับประทานยาบรรเทาปวด (ร้อยละ 68) รองลงมาจัดการโดยการใช้ยาทาลดปวด/เมื่อย, ยาหม่อง (ร้อยละ 16) และนอนพัก (ร้อยละ 8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าเมื่อปฏิบัติตามวิธีการเหล่านี้แล้วอาการปวดหายไป ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลวิธีจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับของกลุ่มตัวอย่าง

กลวิธีจัดการอาการ	จำนวน	ร้อยละ	ผลลัพธ์ของกลวิธีจัดการ (%)		
			หาย	ทุเลา	คงเดิม/ ไม่ดีขึ้น
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (n=48)					
นั่ง/นอนพัก	36	75.00	52.78	47.22	0.00
หายใจเข้า-ออก ช้าและลึก	6	12.50	66.67	33.33	0.00

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลวิธีจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

กลวิธีจัดการอาการ	จำนวน	ร้อยละ	ผลลัพธ์ของกลวิธีจัดการ (%)		
			หาย	ทุเลา	คงเดิม/ ไม่ดีขึ้น
ดมออกซิเจน/พ่นยา	5	10.42	60.00	40.00	0.00
ดมยาดม/ยาหอม	1	2.08	100.00	0.00	0.00
ไม่ยอมอาหาร/เบื่ออาหาร (n=33)					
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกร	28	84.85	14.29	75	10.71
รับประทานอาหาร					
รับประทานยากระตุ้นความอยาก	3	9.09	33.33	33.33	33.33
อาหาร					
ไม่ได้ทำอะไร/ปล่อยให้อาการ	2	6.06	50.00	0.00	50.00
หายไปเอง					
ท้องผูก (n=31)					
รับประทานยาระบาย	16	51.61	87.50	12.50	0.00
รับประทานผัก/ผลไม้	12	38.71	58.33	33.33	8.33
ดื่มน้ำมากๆ	3	9.68	33.33	33.33	33.33
นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (n=28)					
นั่งสมาธิ/สวดมนต์	11	39.29	72.73	27.27	0.00
พยายามฝึนนอนหลับ	10	35.71	20.00	40.00	40.00
อ่านหนังสือ/ดูทีวี/ฟังเพลง	4	14.29	25.00	50.00	25.00
รับประทานยานอนหลับ	2	7.14	100.00	0.00	0.00
รอให้่วงก่อนจึงเข้านอน	1	3.57	100.00	0.00	0.00
ปวด (n=25)					
รับประทานยาบรรเทาปวด	17	68.00	76.47	23.53	0.00
ใช้ยาทาลดปวด/เมื่อย, ยาหม่อง	4	16.00	50.00	50.00	0.00
นอนพัก	2	8.00	50.00	50.00	0.00
ประคบด้วยความเย็น	1	4.00	0.00	100.00	0.00
นวด/ลูบ	1	4.00	0.00	100.00	0.00

ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.93 (S.D. = 8.40) (คะแนนสูงสุด 64 และคะแนนต่ำสุด 26) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การทำกิจกรรมในเวลาว่าง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 (S.D. = 0.46) รองลงมา ได้แก่ การเผชิญความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (S.D. = 0.45) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การใช้เวลากับเพื่อน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.34 (S.D. = 1.00) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะการทำหน้าที่จำแนกรายข้อ

ข้อที่	ภาวะการทำหน้าที่	mean	S.D.
4	การทำกิจกรรมในเวลาว่าง	2.80	0.46
2	การเผชิญความเครียด	2.73	0.45
18	ความกลัวเรื่องอนาคต	2.59	0.66
9	ความรู้สึกท้อแท้ หดหู่กำลังใจ	2.58	0.50
17	จำนวนครั้งการคลีนไส้	2.53	0.68
21	ความเชื่อมั่นในการรักษา	2.53	0.66
5	ผลของอาการคลีนไส้ต่อการทำกิจกรรม	2.48	0.73
10	ความพึงพอใจในงานที่ทำ	2.36	0.73
3	ความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	2.31	0.65
7	การประกอบอาหารหรือทำงานบ้าน	2.30	0.71
15	ความสามารถในการทำงานบ้าน	2.30	0.80
1	ความซึมเศร้า	2.28	0.52
8	ความยุ่งยากของครอบครัวจากโรคมะเร็ง	2.28	0.74
12	ความรู้สึกเป็นสาเหตุความยุ่งยากต่อครอบครัว	2.27	0.81
14	ความยากลำบากในการดำเนินชีวิต	2.14	0.80
13	การรบกวนการทำกิจกรรมจากอาการเจ็บปวด	2.09	0.85
11	ความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิต	1.83	0.90
6	ความรู้สึกวันนี้	1.72	0.68
20	อาการปวดจากโรคมะเร็ง	1.67	0.66
16	การใช้เวลากับครอบครัว	1.43	1.14

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะการทำหน้าที่จำแนกรายข้อ (ต่อ)

ข้อที่	ภาวะการทำหน้าที่	mean	S.D.
22	ความรู้สึกในวันนี้	1.38	0.70
19	การใช้เวลากับเพื่อน	1.34	1.00

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ประสบการณ์การมีอาการปวด มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.385$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับ ประสบการณ์การมีอาการ อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น กังวล/กลัวใจ และ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.302, -.341, -.231, -.315$ และ $-.347$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ตัวแปร	ภาวะการทำหน้าที่
ปวด (n= 46)	-.385**
อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (n= 49)	-.302*
นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก (n= 45)	-.341*
หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (n= 67)	-.231*
กังวล/กลัวใจ (n= 29)	-.315*
ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร (n= 50)	-.347*

**p<.01

*p<.05

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ (ร้อยละ 52.3) มีอายุ 60-75 ปี อายุเฉลี่ย 61.34 ปี (S.D. =12.27) เป็นเพศชายร้อยละ 59.1 (ดังตารางที่ 2) สอดคล้องกับผลการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 55 ปี และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Jantaramanee, 2006; Xiaolin, 2002) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.3) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.9) อาศัยอยู่กับครอบครัว อธิบายได้ว่าการอยู่ร่วมกับคู่สมรส และญาติพี่น้อง เป็นผลมาจากประเพณีและวัฒนธรรมไทย สำหรับระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 37.5) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการศึกษาในภาคบังคับคือระดับชั้นประถมศึกษา ส่วนในด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกษียณอายุหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 75) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยเกษียณอายุ ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 56.8) และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 72.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชำระค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 60.2)

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.4) ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 ครั้ง โดยยาเคมีบำบัดที่ได้รับส่วนใหญ่คือ Carboplatin และ Gemcitabine (ร้อยละ 43.2) ซึ่งเป็นยาเคมีบำบัดสูตรแรก (first-line chemotherapy) ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอด (กริชา ธรรมคำภีร์, 2550) ยาเคมีบำบัดสูตรนี้จะให้ทุก 21 วัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาครั้งสุดท้ายเกินกว่า 14 วัน (ร้อยละ 55.7) และครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน (ร้อยละ 50) เฉลี่ย 225 วัน (S.D. = 340.19) ร้อยละ 22.73 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม คือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 6 เท่ากัน)

ประสบการณ์การมีอาการ

จากการประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างประสบกับอาการต่างๆตั้งแต่ 3-23 อาการ เฉลี่ย 10.35 อาการ ผู้วิจัยพิจารณานำเสนออาการที่มีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ร้อยละ 40-50 ขึ้นไปรายงานว่าได้ประสบกับอาการดังกล่าว ซึ่งโดยทั่วไปได้รับการยอมรับว่าเป็นจำนวนที่สูงพอที่ใช้เป็นข้อมูลทางคลินิกเกี่ยวกับอาการสำคัญที่อาจจะเกิดในผู้ป่วยอื่นๆที่เป็นโรคเดียวกันได้ (Pongthavornkamol, 2000) อาการข้างเคียงจากการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญ ได้แก่ หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (ร้อยละ 76.1) รองลงมาได้แก่ ไอ (ร้อยละ 67.0) ปากแห้ง (ร้อยละ 59.1) ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร (ร้อยละ 56.8) อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 55.7) ปวด (ร้อยละ 52.3) รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม (ร้อยละ 52.3) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (ร้อยละ 51.1) ลิ้นรับรสชาติเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 48.9) ท้องผูก (ร้อยละ 46.6) สำหรับอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ เสียเหงื่อ รองลงมาได้แก่ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น อาเจียน และนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ตามลำดับ ในขณะที่อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด ได้แก่ อาเจียน หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น เสียเหงื่อ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก และคลื่นไส้ ตามลำดับ อาการต่างๆดังที่กล่าวมาในการศึกษครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิฟท์และคณะ (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004) ซึ่งศึกษาอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดจำนวน 220 คน อาการที่พบบ่อย ได้แก่ เหนื่อยล้า ลูกปัสสาวะกลางคืน ไอ ปวด หายใจลำบาก อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร ปากแห้ง นอนหลับยาก น้ำหนักลด เช่นเดียวกับการศึกษาของลูทซ์และคณะ (Lutz et al., 2001) ศึกษาอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 60 คน ได้แก่ เหนื่อยล้า ไอ หอบเหนื่อย ไม่อยากอาหาร เจ็บ/ปวดหน้าอก และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ อรรถวุฒิ ดิสมโชค และคณะ (Deesomchok, Dechayonbancha, & Thongprasert, 2005) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไอ และน้ำหนักลด และการศึกษาของกรีทา ธรรมคัมภีร์ (Thammakumpee, 2004) อาการที่พบประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด NSCLC ได้แก่ ไอ น้ำหนักลด และหอบเหนื่อย

จากผลการศึกษาแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการในมิติต่างๆแตกต่างกันไป เช่นเดียวกับผลการศึกษาของนางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ประสบการณ์การมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดมาก อาจไม่ใช่อาการที่มีความรุนแรงหรือรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างก็ได้ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) ที่กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการมีหลายมิติ (Multidimension) ดังนั้นประสบการณ์การมีอาการที่รายงานการเกิดมาก

อาจไม่ใช่อาการที่มีความถี่ ความรุนแรง หรือรบกวนการดำเนินชีวิต

1. หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น เป็นประสบการณ์การมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดสูงเป็นอันดับ1 (ร้อยละ76.1) อาการหอบเหนื่อยเป็นอาการที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยมะเร็งปอด และพบได้บ่อยมากขึ้นในผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะแพร่กระจาย อาการเกิดขึ้นได้จากการที่มะเร็งลุกลามไปที่ทางเดินหายใจโดยตรง ผลจากเนื้อปอดถูกทำลายจากยาเคมีบำบัด หรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งปอดเอง เช่น ภาวะ Pleural effusion (Yoder, 2006) ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 4 (ร้อยละ 79.5) จึงเป็นเหตุผลอธิบายการเกิดอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้นมากเป็นอันดับที่1ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น เป็นอาการที่พบบ่อยและพบมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามถึงร้อยละ 55-87 (Deesomchok et al., 2005; Dudgeon, Kristlanson, Sloan, Lertzman, & Clement, 2001; Smith et al., 2001; Tanaka et al., 2002; Thammakumpee, 2004)

2. ไอ ในการศึกษานี้มีอาการไอถูกพบมากถึงร้อยละ 67 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา อาการไอเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยพบได้ถึงร้อยละ 50-77 (Deesomchok, Dechayonbancha, & Thongprasert, 2005; Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004; Houlihan, Inzeo, Joyce, & Tyson, 2004; Lutz et al., 2001; Thammakumpee, 2004; Yoder, 2006) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งมีการลุกลามไปอวัยวะอื่น หรือปอดกลีบอื่นข้างเดียวกันหรือคนละข้าง หรือเกิดจากน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด รวมทั้งขนาดของก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้นไปอุดกั้นหลอดลม

3. ปากแห้ง เป็นอาการที่พบได้บ่อยเป็นลำดับที่3 โดยพบมากถึงร้อยละ 59.1 อาการปากแห้งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง อาจเกิดขึ้นได้จากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการได้รับยาแก้อาเจียน ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการปากแห้งร้อยละ 49-69 (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004; Sangkaew, 2006) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเบื่ออาหาร และการรับรสอาหารเปลี่ยน รวมทั้งส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การพูด การกลืน เนื่องจากผู้ป่วยต้องจิบน้ำบ่อยขึ้นในระหว่างมื้ออาหารเพื่อช่วยในการเคี้ยวและการกลืน ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง (Maher, 2004)

4. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร เป็นประสบการณ์การมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดอาการร้อยละ 56.8 สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านมา พบอาการเบื่ออาหารร้อยละ 50-65 (Deesomchok, Dechayonbancha, & Thongprasert, 2005; Lutz et al., 2001; Thammakumpee, 2004) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ต่อมรับรสเสียไป

ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไวต่อรสขม ขณะที่ความรู้สึกต่อรสเค็มและรสหวานลดลง และลิ้นชา รวมทั้งการได้กลิ่นอาหารเสียไป ทำให้ความอยากอาหารลดลง นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากการที่มะเร็งมีการหลั่งสาร Tumor Necrosis Factor (TNF), cytokine ชนิดต่างๆ และ hormone ทำให้เบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยลง รวมทั้งจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงส่งผลให้การย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารลดลง

5. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ร้อยละ 55.7 อาการที่เกิดขึ้นนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษา ขนาด และระยะความรุนแรงของโรค อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร่างกายจะมีการหลั่งสาร Tumor Necrosis Factor (TNF) ออกมาส่งเสริมให้ร่างกายมีการใช้โปรตีนมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งยังต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคและการรักษาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด ร่างกายจะมีการเผาผลาญสูงขึ้น มีการสลายตัวของไขมันและกรดอะมิโนออกจากกล้ามเนื้อมากขึ้น ขณะเดียวกันจะมีการยับยั้งการหลั่งอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่พาคาร์โบไฮเดรตเข้าสู่เซลล์เพื่อสังเคราะห์เป็นไกลโคเจน เมื่อร่างกายเกิดภาวะเครียดเป็นระยะเวลานานร่างกายจะนำพลังงานที่สะสมมาใช้ทำให้เกิดภาวะพร่องพลังงาน อันจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ อีกทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งมีผลในการทำลายเซลล์ต่างๆ ร่างกายจึงจำเป็นต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น เพื่อมาใช้ซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ เป็นผลให้ร่างกายมีพลังงานลดลงและเกิดความเหนื่อยล้าตามมาได้ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการเบื่ออาหารเป็นหนึ่งในหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารที่จะนำมาใช้ซ่อมแซมเซลล์เป็นผลให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าได้ (สุดสาทิ เลหาวิณี, 2542)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดรายงาน ประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ร้อยละ 79-100 (Fox & Lyon, 2006; Gift, Stommel, Jablonski, & Given, 2003; Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004; Lutz et al., 2001; Okuyama et al., 2001; Tanaka et al., 2002) อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ใน 4-5 วันแรกหลังได้รับการรักษาและจะลดลงภายใน 15 วัน (Hartvig, Aulin, Hugerth, Wallenberg, & Wagenius, 2006) แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 15 วัน (ตั้งแต่วันที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงวันที่ทำแบบสอบถาม) ซึ่งยาเคมีบำบัดที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาสูตร Carboplatin และ Gemcitabine ซึ่งเป็นยาที่มีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยน้อยกว่ายาเคมีบำบัดในอดีต รวมทั้งการได้รับยา

ป้องกันอาการต่างๆที่มีประสิทธิภาพ เช่น ยาแก้อื่นไส้ อาเจียน (Ondansetron) ยากระตุ้นความอยากอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 98.9) และมีผู้ดูแลเมื่อมาโรงพยาบาล (ร้อยละ 89.8) ซึ่งเพียงใจ คาโลปการ และชนกพร จิตปัญญา (2546) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเกิดความเหนื่อยล้าได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย รวมทั้งกลวิธีจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยนำมาใช้ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ที่เกิดขึ้น จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีประสบการณ์อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ค่อนข้างน้อยกว่าผลการศึกษาที่ผ่านมา

6. ปวด อาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ในการศึกษาคั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวด ร้อยละ 52.3 สาเหตุของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเกิดได้จากหลายสาเหตุ ร่วมกัน โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 70-90 จะมีอาการปวดเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม (กรีธา ธรรม คัมภีร์, 2550) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระยะความรุนแรงของโรค (stage) อยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีการลุกลามและทำลายหรือกดเบียดอวัยวะข้างเคียง เช่น เส้นประสาทที่รับรู้ความเจ็บปวดโดยตรงหรือเกิดอาการปวดที่เป็นผลมาจากการรักษาเช่น ยาเคมีบำบัด (อาคม เขียร ศิลป์, ศุภิพร แสงกระจ่าง, อาคม ชัยวิระวัฒน์ และธีรวิฑู ภูหะเปรมะ, 2548) พบได้ร้อยละ 19 (สถาพร ลีลานันท์กิจ, 2537 อ้างใน อภิรติ ดดาวรรษ์, 2547) นอกจากนี้อาการปวดยังส่งผลกระทบต่อ การทำหน้าที่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Tanaka, Akechi, Okuyama, Nishiwaki, & Uchitomi, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของดอดด์และคณะ (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b) พบว่าอาการปวดสามารถทำนายภาวะการทำหน้าที่ได้ร้อยละ 10.7

7. รู้สึกอ่อน/เหนื่อย/เซื่องซึม ผลการศึกษาในคั้งนี้ความรู้สึกรู้สึกอ่อน/เหนื่อย/เซื่องซึม เป็นประสบการณ์การมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ร้อยละ 52.3 อธิบายได้ว่าจากพยาธิสภาพของ โรคมะเร็งปอดที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ทำให้ระดับออกซิเจนที่มีอยู่ในร่างกายไม่เพียงพอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกอ่อน/เหนื่อย/เซื่องซึม สำหรับในด้านการรักษา ยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์ในการลดการทำงานของไขกระดูก ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอจึงเกิดความรู้สึกอ่อน/เหนื่อย/เซื่องซึม และหากผู้ป่วยมีความรู้สึกรู้สึกอ่อน/เหนื่อย/เซื่องซึม ในระดับรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน (Wang et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 352 ราย พบว่า ระดับความรุนแรงของอาการ รู้สึกรู้สึกอ่อน/เหนื่อย/เซื่องซึม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -0.163$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8. นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก เป็นประสบการณ์มีอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานถึงร้อยละ 51.1 อาการที่เกิดขึ้นนี้อาจมีสาเหตุมาจากทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ทางด้านร่างกาย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการที่เกิดขึ้นหลายอาการ เช่น อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อาการปวด อาการไอ ความวิตกกังวล เป็นต้น (ตามตารางที่ 4) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยมะเร็งปอด (Vena, Parker, Allen, Bliwise, Jain, & Kimble, 2006) รวมทั้งยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ว่าความปวดรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย (Mills & Graci, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ เช่น รูปแบบการนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Vena et al., 2006; Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b)

9. ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง เป็นอาการที่พบในกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.9) ที่รับรู้ว่าการรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งมีสาเหตุทั้งจากโรคมะเร็งเองและจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และนำไปสู่อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และภาวะทุพโภชนาการ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงในการรับรสหวาน เค็ม และขม และบางครั้งผู้ป่วยจะรับรสคล้ายเหมือนมีโลหะในปาก (Cunningham, 2004)

10. ท้องผูก เป็นประสบการณ์การมีอาการที่พบในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 46.6 อาการท้องผูกของกลุ่มตัวอย่างที่พบ อาจเกิดจากโรคมะเร็งโดยเฉพาะในระยะที่โรคมมีการลุกลาม เช่น มะเร็งปอดที่มีการแพร่กระจายไปกดเบียดไขสันหลัง รวมทั้งผลจากยา opioids, narcotic หรือแม้แต่ยาเคมีบำบัด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่โรคมอยู่ในระยะที่ 4 (ร้อยละ 79.5) และมีอาการปวดถึงร้อยละ 52.30 ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับยาบรรเทาปวดและเกิดอาการท้องผูกได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังประสบกับอาการ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ร้อยละ 56.80 จึงอาจเป็นสาเหตุให้รับประทานอาหารโดยเฉพาะผัก ผลไม้ลดลง อันเป็นสาเหตุไปสู่อาการท้องผูกได้

สำหรับอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ เสี่ยงแพบรลงมาได้แก่ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น อาเจียน และนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของกิฟท์และคณะ (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004) ประสบการณ์การมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งปอดรายงานว่ามีความรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ ขาดความสนใจทางเพศ อาเจียน นอนหลับยาก ปวด เหนื่อยล้า หายใจลำบาก ตามลำดับ

ประสบการณ์การมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความทุกข์ทรมานหรือรบกวนชีวิตมากที่สุด ได้แก่ อาเจียน หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น เสี่ยงแพบรลงได้ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก และคลื่นไส้ ตามลำดับ ผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านมา (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004; Oh, 2004)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการรับรู้อาการมีความแตกต่างกันในมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน/การรบกวนชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับผล

การศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ นางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) และในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกของ บัวหลวง ลำแดงฤทธิ์ (Sumdaengrit, 2008) พบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดมาก อาจไม่จำเป็นต้องเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่ ความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมาน/การรบกวนชีวิตประจำวันก็ได้ และเป็นไปตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งการรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน

กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายกลวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอาการที่ทุกข์ทรมาน/รบกวนชีวิตกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 5 อาการ ดังนี้

1. หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการกับอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น โดยการนั่ง/นอนพักมากที่สุด (ร้อยละ 75) และใช้วิธีการดมยาดม/ยาหอม น้อยที่สุด (ร้อยละ 2.08) อธิบายได้ว่า การมีกิจกรรม เช่น การเดิน การแต่งตัว การเคลื่อนไหวเร็วๆ แม้แต่การพูดคุย เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก ผู้ป่วยจึงมีกลวิธีการจัดการโดยการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นด้วยวิธีการสงวนพลังงาน รวมถึงการจำกัดกิจกรรมโดยการงีบหลับ นั่งพัก เพื่อลดอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (Lai, Chan, & Lopez, 2007; Jantarakupt, & Porock, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ แครรี่-โคลแมน และ แจนสัน-เบียร์คเคิลี (Carrieri-Kohlman & Janson-Bjerklie, 1986b อ้างใน สินีนาฏ ป้อมเย็น 2547) กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างโรคปอดใช้จัดการอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น ได้แก่ การเปลี่ยนท่า (ร้อยละ 70) เคลื่อนไหวช้าลง (ร้อยละ 63) เช่นเดียวกับการศึกษาของมยุรี บุญทัต (Boontad, 2004) ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกลวิธีการจัดการกับอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น โดย การนอนพัก ซึ่งการนอนพักไม่ใช่เพียงการนอนเฉยๆเท่านั้นแต่ยังช่วยให้ร่างกายสงบ ปราศจากความกังวล เกิดการผ่อนคลาย รู้สึกสบาย (Hart et al., 1990 อ้างใน Boontad, 2004) นอกจากนี้วิธีการนั่ง/นอนพักเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย จึงอาจเป็นเหตุผลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีนี้ สำหรับวิธีการดมยาดม/ยาหอม เป็นกลวิธีการที่ใช้ น้อยที่สุด อธิบายได้ว่า ในวัฒนธรรมไทยมีความเชื่อว่ายาแผนโบราณจะช่วยแก้ไขอาการต่างๆ ได้ และช่วยให้รู้สึกสดชื่น นอกจากนี้ยังใช้ได้ง่าย ราคาไม่แพง (Sangkaew, 2006) แต่เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคในระยะลุกลามวิธีนี้จึงบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้น้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่เลือกใช้กลวิธีนี้

2. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการกับอาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหารโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 84.85) และใช้วิธี

ไม่ได้ทำอะไร/ปล่อยให้อาการหายไปเองน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.06) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 6 ครั้ง ดังนั้นเมื่อใช้วิธีการปล่อยให้อาการหายไปเอง อาการจึงมักไม่หาย เนื่องจากอาการเบื่ออาหารเกิดมากที่สุดในวันที่ 6-10 ของการให้ยาเคมีบำบัดและอาการจะลดลงจนไม่มีเลยในระยะ 1 เดือนหลังให้ยา (Lonil, 2004) โดยพบว่า ใน 2 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีนี้ ประเมินการจัดการด้วยวิธีนี้ ผลลัพธ์คงเดิม/ไม่ดีขึ้น ส่วนวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น งดรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ เพิ่มการรับประทานอาหารผัก ผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้รสเปรี้ยว รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย พยายามฝืนรับประทานอาหาร เป็นต้น เป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้มาก และประเมินว่าอาการไม่ยอมกินอาหาร/เบื่ออาหารดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี หล่อนิล (Lonil, 2004) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการเบื่ออาหาร มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารพวกผัก ผลไม้มากขึ้น โดยเฉพาะผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และพยายามฝืนรับประทานอาหาร ดื่มน้ำมากขึ้น เป็นต้น เพื่อคงไว้ซึ่งพลังงานให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อนำมาใช้ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย

3. ท้องผูก กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดยการรับประทานยาระบายมากที่สุด (ร้อยละ 51.61) อาจเนื่องมาจากประสิทธิภาพของการรักษาแผนปัจจุบันสามารถช่วยรักษาผู้ป่วยจำนวนมากให้พ้นจากอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ดังนั้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้น ผู้ป่วยจึงมักมองระบบการแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีความน่าเชื่อถือในประสิทธิภาพการรักษาให้หายจากความเจ็บป่วยหรือพ้นจากความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น (อภิรดี สดาวรย์, 2547) ส่วนวิธีการดื่มน้ำมากๆ เป็นกลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด (ร้อยละ 9.68) อาจเนื่องมาจากว่า พยาธิสภาพของโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีอาการ เช่น อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น ปวด จึงทำให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลง การดื่มน้ำมากๆ เพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถลดอาการท้องผูกได้ ดังการประเมินผลลัพธ์ในการจัดการด้วยวิธีนี้มีผู้ป่วยเพียง 1 คนเท่านั้นที่ประเมินว่าอาการท้องผูกหายไป

4. นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีจัดการกับอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก โดยใช้วิธีการนั่งสมาธิ/สวดมนต์มากที่สุด (ร้อยละ 39.29) สอดคล้องกับการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้วิธีการสวดมนต์/ทำสมาธิมากที่สุด เพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับ อาจเนื่องมาจากการทำสมาธิ/สวดมนต์ เป็นวิธีการที่ทำให้จิตใจสงบ ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย เช่นเดียวกับการศึกษาของปิยวรรณ ปฤษฎานานุรังษี (Pritsanapanurungsie, 2000) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยากใช้วิธีการสวดมนต์ (ร้อยละ 89.2) และทำสมาธิ (ร้อยละ 37.9) เพื่อให้ร่างกายผ่อนคลายและช่วยให้

ผู้ป่วยหลับได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล (2543) พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการทำสมาธิในขณะที่ตนเองมีอาการปวดจนนอนไม่หลับ หลังทำสมาธิอาการปวดลดลง ช่วยให้หลับได้ ส่วนวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด คือการรอให้่วงก่อนจึงเข้านอน (ร้อยละ 3.57) อาจเนื่องมาจากเป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างได้ลองปฏิบัติแล้วแต่ไม่ได้ผล กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจึงไม่เลือกวิธีนี้ รวมทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการเฉลี่ย 10 อาการ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างจึงต้องพยายามแก้ไขจัดการอาการเหล่านั้นด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น รับประทานยา หรือการผ่อนคลาย

5. ปวด กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการรับประทานยาแก้ปวดในการจัดการความปวดมากที่สุด (ร้อยละ 68) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาการปวดถึงร้อยละ 52.3 สอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร แสงแก้ว (Sangkaew, 2006) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้วิธีรับประทานยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 53.4) เช่นเดียวกับการศึกษาของผ่องรัตน์ รัตนไทย (2540) ศึกษาประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการความปวด พบว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาแก้ปวดร่วมกับวิธีอื่นที่ไม่ใช่ยาแก้ปวดมากที่สุด เช่น การนวด เช่นเดียวกับการศึกษาของอภิรดี ลดาจารย์ (2547) ศึกษาวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีจัดการความปวดโดยการรับประทานยาแก้ปวด และอาจเนื่องมาจากว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งมะเร็งปอดมักแพร่กระจายไปที่กระดูกได้บ่อยถึงร้อยละ 20-40 (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550) การรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดที่สำคัญคือการให้ยาแก้ปวด (อาคม เขียรศิลป์, ศุทธิพร แสงกระจ่าง, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และธีรวุฒิ คุหะเปรมะ, 2548) ดังการประเมินผลลัพธ์การจัดการของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการรับประทานยาแก้ปวด พบว่า ร้อยละ 72.73 อาการปวดหายไป ส่วนกลวิธีจัดการอาการปวดโดยการประคบด้วยความเย็นและวิธีการนวด/ถู เป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด คือร้อยละ 4 เท่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้วิธีการนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดน้อยที่สุด เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้มะเร็งมีการแพร่กระจายและกลัวว่ากระดูกจะหักได้ รวมทั้งอาจเนื่องจากเหตุผลเกี่ยวกับระยะที่ 4 ที่โรคมะเร็งแพร่กระจาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เลือกใช้วิธีการจัดการอาการด้วยการประคบด้วยความเย็นและวิธีการนวด/ถู

ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่าภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.93 (จากค่าคะแนน 0-66) คิดเป็นร้อยละ 72.62 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.40 ค่าสูงสุดเท่ากับ 64 และค่าต่ำสุดเท่ากับ 26 โดยมีการแจกแจงของข้อมูลลักษณะเบ้ซ้าย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะการทำหน้าที่ก่อนไปทางด้านสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

เช่นเดียวกับการศึกษาของสุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ (Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, & Thaikla, 2005) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของยา Docetaxel ในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด Non-Small Cell Lung Cancer โดยการประเมินคุณภาพชีวิตใช้ The Thai-Modified Function Living Index Cancer version 2 (T-FLIC 2) ประเมินคุณภาพชีวิตก่อนให้ยาเคมีบำบัดและหลังได้รับยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 ซึ่งคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นตลอดจนจบการรักษา โดยผู้วิจัยนำคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 มาเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ครั้ง (ร้อยละ 53.4) คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 45.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.9 ค่าสูงสุดเท่ากับ 64 และค่าต่ำสุดเท่ากับ 22 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ปัจจุบันการรักษามะเร็งมีความก้าวหน้ามากขึ้น เช่น การเลือกใช้ยาเคมีบำบัด การให้การพยาบาล เป็นต้น มีการใช้ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันและลดการเกิดอาการ โดยการสอนการปฏิบัติตนเองล่วงหน้า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น การรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งการมียาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญคือ การพิจารณาและเตรียมการของแพทย์ในการให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยที่มีความพร้อมของร่างกาย (performance status) ซึ่งช่วยส่งผลดีกับภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เมื่อพิจารณาภาวะการทำหน้าที่ในรายชื่อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ข้อแรกได้แก่ การทำกิจกรรมในเวลาว่าง การเผชิญความเครียด และความกลัวเรื่องอนาคต อธิบายได้ว่า ผลของประสบการณ์การมีอาการทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน เป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างลดลง แต่เนื่องจากการทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสืออ่านเล่น เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ใช้พลังงานไม่มาก และรบกวนหรือพึ่งพาผู้อื่นน้อย จึงพบว่าเป็นข้อที่มีคะแนนสูงสุด ในข้อการเผชิญความเครียดและความกลัวเรื่องอนาคต อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ซึ่งผู้ป่วยอาจเชื่อในกฎแห่งกรรม การเกิด แก่ เจ็บ และตาย รวมทั้ง การขอพร ความคุ้มครองจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวในชีวิต ดังเช่น การศึกษาของสุริย์พร กฤษเจริญ (2537) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจะพยายามทำจิตใจให้เข้มแข็งและมีอารมณ์มั่นคง โดยทำจิตใจให้สงบไม่คิดมาก โดยการบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สวดภาวนา ทำบุญให้ทาน เพื่อให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ

ช่วย เช่น ให้อาหารทุกวันขอให้หาย ทำบุญสะเดาะเคราะห์ ให้พระรดน้ำมนต์ ทำบุญตักบาตร เป็นต้น วิธีการดังกล่าวทำแล้วช่วยให้สบายใจและคิดว่าต้องหาย จึงอาจทำให้คะแนนในข้อกล่าวเรื่องอนาคตอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของทิพมาส ชินวงศ์ (2540) ศึกษาการรับรู้และการเผชิญปัญหาต่อการได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งปอดแบบสัมผัสภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยได้พยายามเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดโดย 1) ปรึกษาประคองความแข็งแรงของร่างกาย 2) ผ่อนคลายความทุกข์ใจ 3) ตั้งจิตสร้างสมบุญกุศล 4) วางแผนจัดการชีวิตและมรดก 5) ปรับใจสิ่งเสียญาติ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย เช่น ภาวะเศรษฐกิจอาการของโรค และอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือและกำลังใจ เป็นต้น อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ศึกษาครั้งนี้ไม่แสดงว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจ โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งระบุว่ามียาได้มากกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 56.8) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) ประเมินว่ารายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายโดยไม่มีหนี้สิน จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเผชิญกับความเครียด ความกลัว ที่เกิดขึ้นได้ จึงอาจทำให้คะแนนในข้อการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า หากผู้ป่วยมะเร็งได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสำคัญกับครอบครัว พร้อมทั้งจะต่อสู้กับโรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพได้ ทำให้ความเครียดของผู้ป่วยลดลง ซึ่งการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 69.3) เมื่อต้องเดินทางมารับการรักษาคนในครอบครัวมาเป็นเพื่อนถึงร้อยละ 89.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับมาก และจากการศึกษาของนิตยา คงชุม (2539) พบว่าคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย ซึ่งการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนจากครอบครัว โดยพบถึงร้อยละ 78.2 และสามารถทำนายการปรับตัวทางจิตสังคมได้ ร้อยละ 22 เนื่องมาจากได้รับความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน การให้ข้อมูลคำแนะนำ สิ่งของและความเอาใจใส่ และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะการทำหน้าที่

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การใช้เวลากับเพื่อน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.34 จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยกล่าวว่าไม่อยากออกไปหาเพื่อนหรือร่วมกิจกรรมสังสรรค์ เนื่องจากรู้สึกอายนที่ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป และไม่ต้องบอกใครว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็ง รวมทั้งกลัวการติดเชื้อ เพราะระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดร่างกายจะมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ จันท์พวง (2534) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าร้อยละ 54 ไม่ต้องการไปร่วมงานหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น อย่างไรก็ดีไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งในข้อการพบปะสมาคมกับญาติพี่น้อง มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของพิชญดา ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งปอด และมะเร็งเต้านมร่วมกัน จำนวนร้อยละ 45 และ 55 ตามลำดับ โดยไม่ได้วิเคราะห์คะแนนแยกกลุ่มกัน ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีภาวะการทำหน้าที่น้อยกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก (Doorenbos et al., 2006; Given, Given, Stommel, & Kozachik, 2000; Jordhoy, Fayers, Loge, Saltnes, Ahlner-Elmqvist, & Kaasa, 2001; Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, & Given, 1999) รวมทั้งผลการศึกษาของพิชญดาซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีภาวะการทำหน้าที่น้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในการศึกษาครั้งนี้ของผู้วิจัยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม จึงอาจทำให้คะแนนภาวะการทำหน้าที่ในด้านการใช้เวลากับเพื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้น้อยกว่าการศึกษาของพิชญดา

นอกจากนี้อาจเนื่องจากวัฒนธรรมไทยที่มีการช่วยเหลือกันของสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 61.4) จึงอาจส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ แม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้ก็ตามที เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดได้พักผ่อนนั่นเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และภาวะการทำหน้าที่ ผลการศึกษาอาการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่มีดังนี้

1. **อาการปวด** มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.385$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากอาการปวดที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ไม่สุขสบายในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ รวมทั้งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอาการปวดส่งผลกระทบต่ออาการมีกิจกรรม (Deimling, Bowman, & Wagner, 2007; Dodd et al., 2001b; Suwisith, 2007) ยิ่งอาการปวดมีความรุนแรงมากขึ้นเท่าใดก็ยิ่งส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่มากขึ้น (Tanaka et al., 2002) โดยอาการปวดสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงภาวะการทำหน้าที่ได้ถึง 10.7% (Dodd et al., 2001b) นอกจากนี้มีหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาการปวดมีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง วิดกกังวล ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; Dodd et al., 2001b; Fox & Lyon, 2006) หากอาการใดมีความรุนแรงจะส่งผลให้อาการรุนแรงตามไปด้วย ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Tanaka et al., 2002)

2. อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.302$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Ahlberg, Ekman, & Gaston-Johansson, 2005; Barsevic, Dudley, & Beck, 2006; Okuyama et al., 2001; Warne, 2002) และการศึกษาในไทยของพิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) พบว่าประสบการณ์การมีอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.430, p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย หดแรงแรง เหนื่อยหน่าย ไม่มีชีวิตชีวา ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ คือการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, & Given, 1999; Sarna, 1993; Tanaka et al., 2002) โดยอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง รบกวนภาวะการทำหน้าที่ในด้านใดด้านหนึ่งถึง 51.3% (Okuyama et al., 2001) และสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงภาวะการทำหน้าที่ได้ 7.3% (Dodd et al., 2001b) และหากอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากจะยิ่งส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง (Tanaka et al., 2002)

3. อาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.341$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.0320$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากในขณะที่หลับกล่อมเนื้อทุกส่วนจะคลายตัว อวัยวะต่างๆ ได้พักผ่อนจากการทำกิจกรรมมีการใช้พลังงานลดลง หากผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีกิจวัตรและกิจกรรมในด้านต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติเช่น การดูแลบ้าน การทำงาน และการเข้าสังคม เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาระหว่างวันในการนอนหลับ (Mills & Graci, 2004) ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามอีกด้วย (Vena, Parker, Allen, Bliwise, Jain, & Kimble, 2006) อย่างไรก็ตามผลการศึกษารังนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดอดด์และคณะ (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b) ที่พบว่าอาการนอนไม่หลับไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็ง อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

4. อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.231$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นเกิดจากความไม่สมดุลของความต้องการและการใช้ออกซิเจน จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ลดลงคือมีกิจกรรมต่างๆ ลดลง ดังการศึกษาของไลและคณะ (Lai, Chan, & Lopez, 2007) ศึกษาอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นส่งผลกระทบ

ต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ผู้ป่วยต้องเคลื่อนไหวช้าลง ต้องอยู่กับบ้านทำให้ไม่สามารถทำงานได้ ด้านจิตใจ ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นตัวปัญหาทำให้ครอบครัวลำบาก และด้านสังคม เป็นผลมาจากการต้องอยู่แต่บ้าน เพราะไม่มีแรงออกไปข้างนอก และการพูดคุยทำให้เหนื่อยมากขึ้น ดังนั้นการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนจึงถูกจำกัด เช่นเดียวกับการศึกษาของทานากะและคณะ (Tanaka et al., 2002) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามพบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55) มีอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และอาการที่เกิดขึ้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในด้านการเดินและการทำงานถึงร้อยละ 30 และหากอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้นมีความรุนแรงมากขึ้น จะยิ่งส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงตามไปด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -0.246$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. อาการกังวล/กลุ้มใจ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.315$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และคณะ (2549) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรบกวนต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อธิบายได้ว่าการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดและกังวล/กลุ้มใจ และหากอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการแก้ไขอาจเกิดอาการอื่นตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้องผูก เป็นต้น (Gobel, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan, Richardson, & Richardson, (2005) พบว่าอาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า/ไม่มีแรง และอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และหากอาการใดมีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้อีกอาการรุนแรงตามไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการกังวล/กลุ้มใจ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ($r = -0.288$, $p < .01$)

6. อาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.347$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าอาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหารจะนำไปสู่การรับประทานอาหารน้อยลง น้ำหนักลด เกิดภาวะทุพโภชนาการ ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น และอาจต้องเลื่อนการรับยาเคมีบำบัดออกไป ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายและอัตราการรอดชีวิต นอกจากนี้อาจส่งผลให้เกิดอาการอื่นตามมาเช่น อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ง่วงนอน/เซื่องซึม และท้องผูก เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ (Cunningham, 2004) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยมีอาการที่เกิดขึ้น

พร้อมกันหลายอาการและอาการนั้นมีความรุนแรงจะส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ต่ำลงมากยิ่งขึ้น (Chang, Hwang, Feureman, & Kosmisis, 2000; Given et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการไม่ย่อยอาหาร/เบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -0.342$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นเป็นไปตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001a) โดยผลลัพธ์คือภาวะการทำหน้าที่เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการกับอาการ ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเหล่านี้มากทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรง หรือการรบกวนชีวิต จะส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง ส่งผลต่อการงานและอาชีพ และอาจส่งผลต่อเศรษฐกิจและประเทศชาติ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพอีกด้วย และหากผู้ป่วยเผชิญกับอาการต่างๆหลายอาการ (จำนวนอาการ) และอาการเหล่านี้มีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการต่างๆเหล่านี้มักไม่เกิดเพียงอาการเดียวแต่จะเกิดหลายอาการในช่วงเวลาเดียวกันหรือที่เรียกว่า “กลุ่มอาการ” (symptom cluster) เช่น อาการปวดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการนอนไม่หลับ (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; Susan, William, & Andrea, 2005) อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548; Ahlberg, Ekman, & Gaston-Johansson, 2005; Barsevic, Dudley, & Beck, 2006; Chan, Richardson, & Richardson, 2005; Fox & Lyon, 2006) อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการปวดและอาการหอบเหนื่อย (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b; Fox & Lyon, 2006) ซึ่งหากอาการเหล่านี้มีความรุนแรงและสัมพันธ์กันมาก จะยิ่งส่งผลให้อีกอาการรุนแรงมากขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นตัวทำนายการดำเนินโรคและความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b) จากความสัมพันธ์ของอาการและกลุ่มอาการดังที่กล่าวมา พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รูปแบบการพยาบาล (Intervention) ที่นำมาใช้ต้องออกแบบให้สัมพันธ์กับการนำไปใช้แก้ไขอาการ การพยาบาลบางอย่างที่นำมาใช้อาจส่งผลให้อีกอาการเกิดความรุนแรง เช่นการใช้ยาบรรเทาปวดชนิด opioid อาจส่งผลให้อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรงและท้องผูกรุนแรงขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องพิจารณาเลือกการพยาบาลให้เหมาะสมกับกลุ่มอาการ

ผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนแบบจำลองการจัดการกับอาการของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001a) กล่าวถึงมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์การมีอาการ

ประกอบด้วยมิติ การรับรู้อาการ (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) ซึ่งมีความสัมพันธ์กันสองทางในทั้ง 3 มิติ กลวิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Symptom outcome) คือภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) เนื่องจากสามารถอธิบายประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าเกิดขึ้นมาก อาจไม่ใช่อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ในด้านความถี่ ความรุนแรง หรือการรบกวนชีวิตมากก็ได้ ซึ่งอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นอันดับ 1 คือ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น รองลงมาได้แก่ ไอ ปากแห้ง ตามลำดับ แต่อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ตามระดับความรุนแรง ได้แก่ เสียเหงื่อ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตามลำดับ และอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ตามการรบกวนชีวิต ได้แก่ อาเจียน หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น เสียเหงื่อ ตามลำดับ สำหรับกลวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเลือกใช้นั้นเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยประเมินว่ามีประสิทธิภาพสามารถบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งกลวิธีที่ใช้นั้นมีความแตกต่างกันไปตามภูมิหลังขององค์ประกอบของแต่ละบุคคลไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ รวมทั้งการรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน รวมทั้งผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ในด้านภาวะการทำหน้าที่ จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอาการปวด อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก กังวล/กลัว และไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวมากขึ้น จะยิ่งส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการกับอาการโดยผู้ป่วย และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 88 ราย และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน- ตุลาคม พ.ศ.2551

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดปฐมภูมิชนิด Non Small Cell Lung Cancer ตั้งแต่ระยะ 3B ขึ้นไประดับ Performance status 0-1 ที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช หรือที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ทั้งนี้ต้องไม่ได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีอื่นาร่วมด้วย เช่น การฉายรังสี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 4 ชุด ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม 2) แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย 3) แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ และ 4) แบบสัมภาษณ์กลวิธีจัดการกับอาการโดยตัวผู้ป่วย ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย และแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ เท่ากับ .85 เท่ากัน และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 และ .86 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปSPSS/Windows (Statistical Package of Social Science/Windows) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่

ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยมีดังนี้

1. อาการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องเผชิญระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด โดยการรายงานของผู้ป่วยจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งขึ้นไป ได้แก่ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น (ร้อยละ 76.1) ไอ (ร้อยละ 67) ปากแห้ง (ร้อยละ 59.1) ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร (ร้อยละ 56.8) อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง (ร้อยละ 55.7) ปวด รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม (ร้อยละ 52.3) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (ร้อยละ 51.1) กินรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 48.9) และท้องผูก (ร้อยละ 46.6)

2. กลวิธีจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยรับรู้รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับ ประกอบด้วยอาการต่างๆต่อไปนี้ ซึ่งรวมทั้งกลวิธีจัดการกับอาการดังกล่าว

1) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 75)

2) ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร (ร้อยละ 84.85) เช่น เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้รสเปรี้ยว รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และพยายามฝืนรับประทานอาหาร เป็นต้น

3) ท้องผูก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดยการรับประทานยาระบาย (ร้อยละ 51.61)

4) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการโดยการนั่งสมาธิ/สวดมนต์ (ร้อยละ 39.29) และรองลงมาได้แก่ พยายามนอนหลับ (ร้อยละ 35.71)

5) ปวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดยการรับประทานยาบรรเทาปวด (ร้อยละ 68)

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดประเมินว่าเมื่อใช้กลวิธีจัดการกับอาการดังที่กล่าวมาแล้ว อาการ 5 อาการดังกล่าวข้างต้นหายไปหรือทุเลาลง

3. ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) เป็นผลลัพธ์ของอาการและการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดรับรู้และประเมิน ซึ่งพบว่าภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.93 (S.D. = 8.40) คะแนนสูงสุด 64 และคะแนนต่ำสุด 26 (คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 66 คะแนน) ค่าคะแนนรวมมากหมายถึง ภาวะการทำหน้าที่ดี ซึ่งค่านี้ใกล้เคียงกับการศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด NSCLC ของสุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ (Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, & Thaikla, 2005)

4.อาการที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ของผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้แก่ อาการปวด ($r=-.385$) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ($r=-.302$) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ($r=-.341$) หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ($r=-.231$) กังวล/กลัวใจ ($r=-.315$) และไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ($r=-.347$)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า อาการที่ผู้ป่วยรับรู้และรายงานการเกิดอาการ อาจไม่ใช่อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ารุนแรงหรือทุกข์ทรมาน/รบกวนชีวิต ดังนั้น พยาบาลจึงไม่เพียงแต่เข้าใจอาการ ความเจ็บป่วย และการดูแลรักษาเท่านั้น แต่พยาบาลยังต้องมีความเข้าใจองค์ประกอบของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งก่อให้เกิดการรับรู้อาการในมิติต่างๆ ที่แตกต่างกัน เพราะหากอาการหลายอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการดูแลจัดการแก้ไขและยังคงอยู่กับผู้ป่วยเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและทีมสุขภาพทั้งในด้านคุณภาพการบริการ ค่าใช้จ่าย ภาวะการทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลจากการวิจัยพบว่า อาการปวด อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น กังวล/กลัวใจ และไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการเหล่านี้ รวมทั้งวิธีการจัดการเมื่อมีอาการเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงประสบการณ์การมีอาการในมิติต่างๆ และวิธีการจัดการกับอาการตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามมีประสบการณ์การมีอาการหลายอาการในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พยาบาลจึงควรเรียนรู้และเข้าใจในการเลือกใช้เครื่องมือประเมินอาการ และควรประเมินอาการทั้งก่อน ขณะ และหลังได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อช่วยในการให้คำแนะนำต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมทุกอาการยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่ในระดับต่ำในเรื่อง การใช้เวลากับเพื่อนและครอบครัว และความรู้สึกในวันนี้ ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการแก้ไขและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนและครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีกำลังใจและมั่นใจในการรักษามากขึ้น

ด้านการศึกษา

อาจนำผลการศึกษาค้างนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเพื่อเตรียมให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลให้คำแนะนำหรือความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการต่างๆที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและกลวิธีจัดการกับอาการ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ด้านการวิจัย

การศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยประเมินประสบการณ์การมีอาการใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการในช่วง 3-7 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การมีอาการน้อยหรือมากกว่างานวิจัยที่ผ่านมา จึงควรมีการศึกษาประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดในเชิงการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study)

ผลการวิจัยในครั้งนี้นำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการศึกษาวิจัยในเรื่องการพัฒนาแบบแผนการดูแลจัดการอาการในโรคมะเร็งด้วยตนเอง

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์การมีอาการต่างๆ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองโดยใช้รูปแบบกิจกรรมการพยาบาล (Intervention) เพื่อลดอาการที่สัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในทางลบ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีภาวะการทำหน้าที่สูงกว่าเดิม

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามมีประสบการณ์การมีอาการหลายอาการในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จึงควรมีการศึกษาในเชิงกลุ่มอาการ (symptom cluster) ที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งปอดต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากร เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience Sampling) และจำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย รวมทั้งการเก็บข้อมูลประสบการณ์การมีอาการและภาวะการทำหน้าที่เพียงครั้งเดียว จึงอาจยังมองรูปแบบ (pattern) การเกิดอาการแต่ละอาการและภาวะการทำหน้าที่ไม่ชัดเจน

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

(SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT STRATEGIES AND FUNCTIONAL STATUS IN ADVANCED LUNG CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY)

น.ต.หญิง รติรส แผลงภูทอง 4936729 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (Nursing),
อรวรรณ ศรีบุญทดุทธ D.S.N., นพดล โสภารัตนาไพศาล พบ.,ว.ว.อาชีวศตวรรษะเร็งวิทยา

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็งตับ คิดเป็น 12.9 รายต่อประชากร 100,000 คน เนื่องจากระบบชาติอันซับซ้อนของมะเร็งปอดทำให้วินิจฉัยโรคได้ช้าระยะแรกมักจะไม่มีอาการ เมื่อเริ่มมีอาการโรคก็ลุกลามไปมาก มากกว่าสองในสามของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เมื่อโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม การรักษาได้ผลเพียงเพื่อบรรเทาอาการและชะลอการลุกลามของโรคเท่านั้น อัตราการรอดชีวิต 1 ปีของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ 35 (Raez & Lilenbaum, 2006) ยาเคมีบำบัดมีบทบาทมากในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามในการช่วยบรรเทาอาการของโรค (วิมล สุขธมยา, 2542) และช่วยให้อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ก็มีผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับอาการและความทุกข์ทรมานมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะเริ่มต้นและผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ (Cooley, 2000; Hopwood & Stephens, 1995) เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นหลายอาการร่วมกันทั้งจากผลการดำเนินของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาเช่น เหนื่อยล้า ไอ ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย เสี่ยงแพบ ความอยากอาหารลดลง ความเจ็บปวด นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ไข้ อ่อนเพลีย กลืนลำบาก ผอมร่าง คัดเชื้อได้ง่าย ซีด วิตกกังวล ซึมเศร้าและหมดหวัง (Cooley, 2000; Cooley, Short, & Moriarty, 2003; Lobchuk, Kristjanson, Degner, Blood, & Sloan, 1997; Lutz et al., 2001; Yoder, 2006) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ถูกจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถทำหน้าที่และบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและยังส่งผลย้อนกลับทำให้อาการทางด้านร่างกายทรุดลงอีกด้วย (Kuo & Ma, 2002)

ภาวะการทำหน้าที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตและมีบทบาทมากในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกวินิจฉัยเพื่อช่วยกำหนดการรักษาที่เหมาะสม ติดตามการตอบสนองต่อการรักษา การพยากรณ์โรค (Prognosis) ทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Allard, Dionne, & Potvin, 1995) และการลุกลามของโรค ดังการศึกษาของ ซาร์นา (Sarna, 1993) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามมีการลดลงของภาวะการทำหน้าที่ทั้งระหว่างและหลังการรักษา และระดับภาวะการทำหน้าที่จะไม่กลับมาเท่าระดับเดิมก่อนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรม และนอนพักมากขึ้นซึ่งมะเร็งปอดและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้เกิดประสบการณ์ในการมีอาการต่างๆ และหากอาการที่เกิดขึ้นมีหลายอาการหรืออาการนั้นมีความรุนแรงหรือรบกวนการดำเนินชีวิตมากจะยิ่งส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่มากยิ่งขึ้น (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, & Given, 2001) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก นอนไม่หลับ ความปวด อาการซึมเศร้า และวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับภาวะการทำหน้าที่ (พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547; Ahlberg, Ekman, & Gaston-Johansson, 2005; Barsevic, Dudley, & Beck, 2006; Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b; Fox, Lyon, & Farace, 2007; Okuyama et al., 2001; Schuit et al., 1998; Tanaka, Akechi, Okuyama, Nishiwaki, & Uchitomi, 2002; Warne, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาของลีและคณะ (Lee, Dibble, Pickett, & Luce, 2005) ที่พบว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดถึงร้อยละ 72.3 และ 76.7 ในการได้รับยาครั้งที่ 1 และ 2 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยมีความต้องการชั่วโมงในการนอนพักมากขึ้น ทำให้เวลาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ ซาร์นา (Sarna, 1994) ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งปอดไม่สามารถทำงานเล็กๆน้อยๆได้ถึงร้อยละ 33 และ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอยู่ในระยะที่รุนแรงมาก ทำให้ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยและหากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยนาน อาจทำให้ผู้ดูแลต้องาน ครอบครัวขาดรายได้ เกิดปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่มารับการรักษาตามนัด หรือปฏิเสธการรักษา ทำให้มีการลุกลามของโรคมามากขึ้น และอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยได้ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย

ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) ได้พัฒนาแบบจำลองการจัดการกับอาการ

(Symptom Management Model) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งประสบการณ์การมีอาการครอบคลุมในทั้ง 3 มิติได้แก่ การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ โดยในแนวคิดของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001a) ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง บุคคลนั้น ก็จะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ทำให้มีการตอบสนองต่ออาการมากขึ้น เมื่ออาการรุนแรงขึ้นย่อมทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงนั่นเอง หากภาวะการทำหน้าที่ลดลงจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จากภาวะความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงพยายามหากกลวิธีจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง โดยมุ่งเน้นที่การควบคุม หรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดปัญหา เพื่อภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายตามปกติ แม้ว่าในปัจจุบันได้มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการต่างๆที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ได้รับยาเคมีบำบัดและมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะต่ออาการเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการ แต่การตัดสินใจที่จะจัดกิจกรรมการพยาบาลใดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยควรขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย รวมทั้งความต้องการในการเลือกวิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับตนเองเป็นสำคัญ การศึกษาประสบการณ์อาการหลายๆอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มีจำนวนอาการและความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้นและวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยจึงเป็นความรู้ที่จำเป็น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับประสบการณ์อาการจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมีน้อยมาก และส่วนมากเป็นการศึกษาอาการและกลวิธีจัดการอาการเพียงอาการเดียว ส่วนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดในต่างประเทศยังไม่ครอบคลุมในเรื่องวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ผลการศึกษาที่ได้อาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการพัฒนาการดูแลและจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม เพื่อลดความรุนแรงและการรบกวนจากอาการ และส่งเสริมความเข้าใจถึงภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามเพื่อช่วยให้พยาบาลและแพทย์ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน และสามารถวางแผนการพยาบาลด้านอื่นๆต่อไปได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาประสบการณ์การมีอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ศึกษากลวิธีจัดการกับอาการต่างๆด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. ศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 88 คน ที่มารับบริการ ณ หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ดึงผู้ป่วยนอกชั้น 7 งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช หรือหน่วยให้ยาเคมีบำบัด แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2551

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ลักษณะที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การฉายรังสี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม

2. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วย (Memorial Symptom Assessment Scale) สร้างโดยพอร์ทินอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ในหลายมิติได้แก่ การเกิดอาการ (Symptom occurrence) ความถี่ในการเกิดอาการ (Frequency) ความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ (Symptom distress) การประเมินความถี่และความรุนแรง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ในด้านความถี่ 1 (น้อยมาก) ถึง 4 (เกิดตลอด) และความรุนแรง 1 (รุนแรงน้อย) ถึง 4 (รุนแรงมากที่สุด) ตามลำดับ สำหรับการประเมินอาการที่รบกวนผู้ป่วย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่รบกวน

ผู้ป่วยเลย คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีการรบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน) เครื่องมือได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) ค่าความเชื่อมั่นคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวม เท่ากับ 0.91

3. แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ (Thai-Modified Function Living Index Cancer version 2[T-FLIC 2]) สร้างโดยชิปเปอร์และคณะ (Schipper, Clinch, McMurray, & Levitt, 1984) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ เป็นการประเมินความผาสุกด้านร่างกาย สภาพจิตใจ และการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคม ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ (Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, & Thaikla, 2005) แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ คือ แย่มาก (bad) ปานกลาง (intermediate) ดี (good) ดีมาก (very good) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

4. แบบสัมภาษณ์กลวิธีจัดการกับอาการโดยตัวผู้ป่วย (Self-management strategies by patient) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a) เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามใช้เพื่อบรรเทาอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันกับผู้ป่วยมากที่สุด 5 อาการ และผลลัพธ์ของกลวิธีจัดการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มารับเคมีบำบัดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ในขณะที่ผู้ป่วยรอคิวให้ยาเคมีบำบัด แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย

2.3 หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ

2.4 หลังจากเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและความเจ็บป่วยจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะมีการระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้ป่วย การนำข้อมูลไปอภิปรายและเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น ผู้ป่วยได้รับการชี้แจงอย่างชัดเจนว่าตนเองมีสิทธิอย่างสมบูรณ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่ร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องตอบคำถามใดๆ การยุติการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ
2. คะแนนประสิทธิภาพการมีอาหารในแต่ละมิติทั้ง 3 มิติ และคะแนนประสิทธิภาพการมีอาหารโดยรวม วิเคราะห์โดยหาความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลในเรื่องกลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็ง โดยรวบรวมคำตอบนำมาหาความถี่ และร้อยละ
4. วิเคราะห์ภาวะการทำหน้าที่ด้วยการหา ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์แต่ละประสิทธิภาพการมีอาหารต่างๆ กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุ 32-84 ปี อายุเฉลี่ย 61.34 ปี (S.D. =12.27) โดยพบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-75 ปี (ร้อยละ 52.3) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.1) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.3) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.5) รองลงมาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 22.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพทั้งก่อนและหลังการเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ 47.7 และ 75 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,137.50 บาท (S.D. = 40,865.33)

สำหรับวิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิเบิกข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 60.2) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 98.9)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดมีระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อยู่ใน ระยะที่ 4 และระยะที่ 3b คิดเป็นร้อยละ 79.5 และ 20.5 ตามลำดับ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรค (ตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม) ไม่เกิน 3 เดือน (ร้อยละ 50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 ครั้ง (ร้อยละ 53.4) และส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Carboplatin และ Gemcitabine (ร้อยละ 43.2)

1. ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างประสบกับอาการต่างๆ ตั้งแต่ 3- 23 อาการ เฉลี่ย 10.35 อาการ อาการที่พบบ่อยได้แก่ หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (ร้อยละ 76.1) รองลงมาได้แก่ ไอ (ร้อยละ 67.0) ปากแห้ง (ร้อยละ 59.1) ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร (ร้อยละ 56.8) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง (ร้อยละ 55.7) ปวด (ร้อยละ 52.3) รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม (ร้อยละ 52.3) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (ร้อยละ 51.1) ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 48.9) ท้องผูก (ร้อยละ 46.6)

2. กลวิธีจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอาการที่ทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 5 อาการ ดังนี้

1) อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการ โดยการนั่งหรือนอนพัก (ร้อยละ 75)

2) ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร (ร้อยละ 84.85) เช่น เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และพยายามฝึกฝนรับประทานอาหาร เป็นต้น

3) ท้องผูก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดยการรับประทานยาระบาย (ร้อยละ 51.61)

4) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการโดย การนั่งสมาธิ/สวดมนต์ (ร้อยละ 39.29) และรองลงมาได้แก่ พยายามนอนหลับ (ร้อยละ 35.71)

5) ปวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดยการรับประทานยาบรรเทาปวด (ร้อยละ 68)

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดประเมินว่าเมื่อใช้กลวิธีจัดการกับอาการดังที่กล่าวมาแล้ว 5 อาการดังกล่าวข้างต้นหายไปหรือทุเลาลง

3. ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional status) พบว่าภาวะการทำหน้าที่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.93 (S.D. = 8.40) จากค่าคะแนน 0-66

คะแนนสูงสุด 64 และคะแนนต่ำสุด 26

4. ประสิทธิภาพการที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้แก่ อาการปวด ($r = -0.38$) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ($r = -0.30$) นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ($r = -0.34$) หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น ($r = -0.23$) กังวล/กลัวใจ ($r = -0.31$) และไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ($r = -0.34$)

การอภิปรายผล

ประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพบได้ตั้งแต่ 3-23 อาการ เฉลี่ย 10.35 อาการ ผู้วิจัยนำเสนออาการที่มีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ร้อยละ 40-50 ขึ้นไปรายงานว่าได้ประสบกับอาการดังกล่าว ได้แก่

1. หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (ร้อยละ 76.1) อาการเกิดขึ้นได้จากการที่มะเร็งลุกลามไปที่ทางเดินหายใจโดยตรง หรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งปอดเอง เช่น ภาวะ Pleural effusion (Yoder, 2006) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 4 (ร้อยละ 79.5) จึงเป็นเหตุผลอธิบายการเกิดอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้นมากเป็นอันดับที่ 1 ได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น เป็นอาการที่พบบ่อยและพบมากยิ่งขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม (Deesomchok et al., 2005; Dudgeon, Kristlanson, Sloan, Lertzman, & Clement, 2001; Smith et al., 2001; Tanaka et al., 2002; Thammakumpee, 2004)

2. ไอ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Deesomchok, Dechayonbancha, & Thongprasert, 2005; Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004; Houlihan, Inzeo, Joyce, & Tyson, 2004; Lutz et al., 2001; Thammakumpee, 2004; Yoder, 2006) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งมีการลุกลามไปอวัยวะอื่น หรือปอดกลีบอื่นข้างเดียวกันหรือคนละข้าง หรือเกิดจากน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด รวมทั้งขนาดของก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้นไปอุดกั้นหลอดลม

3. ปากแห้ง เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง อาจเกิดขึ้นได้จากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการได้รับยาแก้อาเจียน ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการปากแห้งร้อยละ 49-69 (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004; Sangkaew, 2006) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเบื่ออาหาร และการรับรสอาหารเปลี่ยน

4. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร อาจเป็นผลมาจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ต้องรับรสเสียไป ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไวต่อรสขม ขณะที่ความรู้สึกต่อรสเค็มและรสหวานลดลง และ

ลิ้นชา รวมทั้งการได้กลิ่นอาหารเสียไป ทำให้ความอยากอาหารลดลง นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากการที่มะเร็งมีการหลั่งสาร Tumor Necrosis Factor (TNF), cytokine ชนิดต่างๆ และ hormone ทำให้เบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านมา พบอาการเบื่ออาหารร้อยละ 50-65 (Deesomchok, Dechayonbancha, & Thongprasert, 2005; Lutz et al., 2001; Thammakumpee, 2004)

5. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร่างกายจะมีการหลั่งสาร Tumor Necrosis Factor (TNF) ออกมาส่งเสริมให้ร่างกายมีการใช้โปรตีนมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งยังต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคและการรักษาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด เมื่อร่างกายเกิดภาวะเครียดเป็นระยะเวลานานร่างกายจะนำพลังงานที่สะสมมาใช้ทำให้เกิดภาวะพร่องพลังงาน อันจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ อีกทั้งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีผลในการทำลายเซลล์ต่างๆ เป็นผลให้ร่างกายมีพลังงานลดลงและเกิดความเหนื่อยล้าตามมาได้ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) และพบว่าอาการเบื่ออาหารเป็นหนึ่งในหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้อาการขาดสารอาหารที่จะนำมาใช้ซ่อมแซมเซลล์ เป็นผลให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าได้ (สุคสาวาท เลหาวิณี, 2542)

6. ปวด สาเหตุของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งเกิดได้จากหลายสาเหตุร่วมกัน โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 70-90 จะมีความปวดเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระยะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ก้อนมะเร็งมีการลุกลามและทำลายหรือกดเบียดอวัยวะข้างเคียง เช่น เส้นประสาทที่รับรู้ความเจ็บปวดโดยตรงหรือเกิดอาการปวดที่เป็นผลมาจากการรักษาเช่น ยาเคมีบำบัด (อาคม เขียรศิลป์, ศุทธิพร แสงกระจ่าง, อาคม ชัยวีระวัฒน์ และธีรวิทย์ คุหะเปรมะ, 2548) พบได้ร้อยละ 19 (สถาพร ลีลำนันทกิจ, 2537 อ้างใน อภิรดี ติลดาจารย์, 2547)

7. รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม อธิบายได้ว่าจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งปอดที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ ทำให้ระดับออกซิเจนที่มีอยู่ในร่างกายไม่เพียงพอ สำหรับในด้านการรักษา ยาเคมีบำบัดมีฤทธิ์ในการลดการทำงานของไขกระดูก ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม

8. นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก อาจมีสาเหตุมาจากทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ทางด้านร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเกิดขึ้นหลายอาการ เช่น อาการหายใจไม่อิ่ม อาการปวด อาการไอ วิดกกังวล เป็นต้น ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งปอด (Vena, Parker, Allen, Bliwise, Jain, & Kimble, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ

เช่น รูปแบบการนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก (Vena et al., 2006; Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b)

9. ลิ่นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งมีสาเหตุทั้งจากโรคมะเร็งเองและจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และนำไปสู่อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และภาวะทุพโภชนาการ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงในการรับรสหวาน เค็ม และขม และบางครั้งผู้ป่วยจะรับรสคล้ายเหมือนมีโลหะในปาก (Cunningham, 2004)

10. ท้องผูก อาจเกิดจากโรคมะเร็งโดยเฉพาะในระยะที่โรคมะเร็งมีการลุกลาม รวมทั้งผลจากยา opioids, narcotic หรือแม้แต่ยาเคมีบำบัด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอาการปวดถึงร้อยละ 52.30 ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับยาบรรเทาปวดและเกิดอาการท้องผูกได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังประสบกับอาการไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ร้อยละ 56.80 จึงอาจเป็นสาเหตุให้รับประทานอาหารโดยเฉพาะผัก ผลไม้ลดลง อันเป็นสาเหตุไปสู่อาการท้องผูกได้

อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ เสียเหงื่อ รongลงมา ได้แก่ ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น อาเจียน และนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของกิฟท์และคณะ (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004) ประสิทธิภาพการมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งปอดรายงานว่ามีความรุนแรงมากที่สุด ได้แก่ ขาดความสนใจทางเพศ อาเจียน นอนหลับยาก ปวด เหนื่อยล้า หายใจลำบาก ตามลำดับ

ประสิทธิภาพการมีอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด ได้แก่ อาเจียน หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น เสียเหงื่อ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก และคลื่นไส้ ตามลำดับ ผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านมา (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004; Oh, 2004)

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการรับรู้อาการมีความแตกต่างกันในมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน/การรบกวนชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของ นางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) และในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกของ บัวหลวง ลำแดงฤทธิ์ (Sumdaengrit, 2008) ด้วยเครื่องมือเดียวกัน พบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดมาก อาจไม่จำเป็นต้องเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่ ความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมาน/การรบกวนชีวิตประจำวันก็ได้ และเป็นไปตามแบบจำลองการจัดการกับอาการของคอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001a)

กลวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1. หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการโดยการนั่ง/นอนพักมากที่สุด และใช้วิธีการดมยาดม/ยาหอม น้อยที่สุด อธิบายได้ว่า การมีกิจกรรม เช่น การเดิน การแต่งตัวหรือ แม้แต่การพูดคุย เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก ผู้ป่วยจึงมีกลวิธีการจัดการโดยการหลีกเลี่ยงสิ่ง กระตุ้นด้วยวิธีการสงวนพลังงาน รวมถึงการจำกัดกิจกรรมโดยการงีบหลับ นิ่งพัก เพื่อลดอาการ หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น (Lai, Chan, & Lopez, 2007; Jantarakupt, & Porock, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของแครี่-โคลแมน และ เจนสัน-เบียร์คลี (Carrieri-Kohlman & Janson-Bjerklie, 1986b อ้างใน สินีนาฏ ป้อมเย็น 2547) กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างโรคปอดใช้จัดการ อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้าลง (ร้อยละ 63) เช่นเดียวกับการศึกษาของ มยุรี บุญทัด (Boontad, 2004) ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกลวิธีการจัดการกับอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น โดย การนอนพัก ซึ่งการนอนพักยังช่วยให้ร่างกายสงบ เกิดการผ่อนคลาย (Hart et al., 1990 อ้างใน Boontad, 2004) เป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย สำหรับวิธีการดมยาดม/ ยาหอม เป็นกลวิธีการที่ใช้้น้อยที่สุด อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเชื่อว่าทำให้รู้สึกสดชื่น นอกจากนี้ยัง ใช้ได้ง่าย ราคาไม่แพง (Sangkaew, 2006) แต่เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคในระยะลุกลามวิธีนี้จึง บรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้น้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่เลือกใช้กลวิธีนี้

2. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร กลุ่มตัวอย่างใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ รับประทานอาหารมากที่สุด และวิธีไม่ได้ทำอะไร/ปล่อยให้อาการหายไปเองน้อยที่สุด โดยพบว่า 1 ใน 2 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีนี้ประเมินการจัดการด้วยวิธีนี้ ผลลัพธ์คงเดิม/ไม่ดีขึ้น ส่วนวิธีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า เป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้มากและประเมินว่าอาการดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี หล่อนิล (Lonil, 2004) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการเบื่ออาหาร มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า เช่น รับประทานอาหารเช้าพวกผัก ผลไม้มากขึ้น รับประทานอาหารเช้าอ่อน ย่อยง่าย และพยายามฝืน รับประทานอาหารเช้า เพื่อคงไว้ซึ่งพลังงานให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และนำมาใช้ ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

3. ท้องผูก กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีการจัดการกับอาการโดยการรับประทานยาระบายมากที่สุด อาจเนื่องมาจากประสิทธิภาพของการรักษาแผนปัจจุบันสามารถช่วยรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก ให้พ้นจากอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน (อภิรดี ตาควรรษ์, 2547) ส่วนวิธีการดื่มน้ำมากๆเป็น กลวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากว่า พยาธิสภาพของโรคและการรักษาด้วยยาเคมี บำบัดทำให้ผู้ป่วยมีอาการ เช่น อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น ปวด จึงทำให้ผู้ป่วยมี การเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่างๆน้อยลง การดื่มน้ำมากๆเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถ

ลดอาการท้องผูกได้

4. นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างใช้กลวิธีจัดการกับอาการโดยใช้วิธีการนั่งสมาธิ/สวดมนต์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) และ ปิยวรรณ ปฤษณพานูรังษี (Pritsanapanurungsie, 2000) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้วิธีการสวดมนต์/ทำสมาธิมากที่สุด อาจเนื่องมาจากการทำสมาธิ/สวดมนต์ เป็นวิธีการที่ทำให้จิตใจสงบ ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย และช่วยให้ผู้ป่วยหลับได้ ส่วนวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด คือการรื้อฟื้นวังก่อนจึงเข้านอน อาจเนื่องมาจากเป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างได้ลองปฏิบัติแล้วแต่ไม่ได้ผล กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจึงไม่เลือกวิธีนี้ รวมทั้งการที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการเฉลี่ย 10 อาการ ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก กลุ่มตัวอย่างจึงต้องพยายามแก้ไขจัดการอาการเหล่านั้นด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น รับประทานยา หรือการผ่อนคลาย

5. ปวด กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการรับประทานยาแก้ปวดมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของบุญกร แสงแก้ว (Sangkaew, 2006) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้วิธีรับประทานยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 53.4) เช่นเดียวกับการศึกษาของอภิรดี ทดววรรณ (2547) ศึกษาวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการรับประทานยาแก้ปวด และอาจเนื่องมาจากว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งมะเร็งปอดมักแพร่กระจายไปที่กระดูกได้บ่อยถึงร้อยละ 20-40 (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550) การรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดที่สำคัญคือการให้ยาแก้ปวด (อาคม เขียรศิลป์, ศุภพร แสงกระจ่าง, อาคม ชัยวิระวัฒน์ และธีรวุฒิ กูหะเปรมะ, 2548) ส่วนกลวิธีจัดการอาการปวดโดยการประคบด้วยความเย็นและวิธีการนวด/ลูบ เป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของมาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้วิธีการนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดน้อยที่สุด เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้มะเร็งมีการแพร่กระจายและกลัวว่ากระดูกจะหักได้

ภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่าภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.93 (จากค่าคะแนน 0-66) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.40 ค่าสูงสุดเท่ากับ 64 และค่าต่ำสุดเท่ากับ 26 สอดคล้องกับการศึกษาของสุมิตรรา ทองประเสริฐ และคณะ (Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, & Thaikla, 2005) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด NSCLC คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 45.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.9 ค่าสูงสุดเท่ากับ 64 และค่าต่ำสุดเท่ากับ 22 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ปัจจุบันการรักษาพยาบาล

มีความก้าวหน้ามาก มีการใช้ผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันและลดการเกิดอาการ รวมทั้งการมียาใหม่ๆที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญ คือ การพิจารณาและเตรียมการของแพทย์ในการให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยที่มีความพร้อมของร่างกาย (performance status) ซึ่งช่วยส่งผลดีกับภาวะการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาอาการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่มีดังนี้

1. **อาการปวด** มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.385, p < .01$) เนื่องจากอาการปวดที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ไม่สบายในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ รวมทั้งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอาการปวดส่งผลกระทบต่อการใช้กิจกรรม (Deimling, Bowman, & Wagner, 2007; Dodd et al., 2001b; Suwisith, 2007) ยิ่งอาการปวดมีความรุนแรงมากขึ้นเท่าใดก็ยิ่งส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่มากขึ้น (Tanaka et al., 2002) โดยอาการปวดสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงภาวะการทำหน้าที่ได้ถึง 10.7% (Dodd et al., 2001b)

2. **อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง** มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.302, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547; Ahlberg, Ekman, & Gaston-Johansson, 2005; Barsevic, Dudley, & Beck, 2006; Okuyama et al., 2001; Warne, 2002) อธิบายได้ว่าอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย หดแรงแทนเหนื่อยหน่าย ไม่มีชีวิตชีวา ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่คือการทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, & Given, 1999; Sarna, 1993; Tanaka et al., 2002) โดยอาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงภาวะการทำหน้าที่ได้ 7.3% (Dodd et al., 2001b)

3. **อาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก** มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.341, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของนางลัทธณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) เนื่องจากในขณะที่หลับกล้ามเนื้อทุกส่วนจะคลายตัว อวัยวะต่างๆได้พักผ่อนจากการทำกิจกรรมมีการใช้พลังงานลดลง หากผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ/นอนหลับยาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีกิจวัตรและกิจกรรมในด้านต่างๆตามบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ เช่น การดูแลบ้าน การทำงาน และการเข้าสังคม เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาระหว่างวันในการนอนหลับ (Mills & Graci, 2004)

ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามอีกด้วย (Vena, Parker, Allen, Bliwise, Jain, & Kimble, 2006)

4. อาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.231, p < .05$) เนื่องจากความไม่สมดุลของความต้องการและการใช้ออกซิเจน จึงทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ลดลง คือมีกิจกรรมต่างๆลดลง ผู้ป่วยต้องเคลื่อนไหวช้าลงต้องอยู่กับบ้านทำให้ไม่สามารถทำงานได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นตัวแทนปัญหาทำให้ครอบครัวลำบาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Lai, Chan, & Lopez, 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาของทานากะและคณะ (Tanaka et al., 2002) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55) มีอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และอาการที่เกิดขึ้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และหากอาการมีรุนแรงมากขึ้น จะยิ่งส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ลดลงตามไปด้วย

5. อาการกังวล/กลุ้มใจ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.315, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ คินีนิจ พงศ์ถาวรกมล และคณะ (2549) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรบกวนต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด อธิบายได้ว่าการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเครียดและกังวล/กลุ้มใจ และหากอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการแก้ไขอาจเกิดอาการอื่นตามมา เช่น ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ท้องผูก เป็นต้น (Gobel, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการกังวล/กลุ้มใจ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($r = -0.288, p < .01$)

6. อาการไม่ยอมอาหาร/เบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -.347, p < .05$) อธิบายได้ว่าอาการไม่ยอมอาหาร/เบื่ออาหารจะนำไปสู่การรับประทานอาหารน้อยลง น้ำหนักลด เกิดภาวะทุพโภชนาการ และอาจต้องเลื่อนการรับยาเคมีบำบัดออกไป ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายและอัตราการรอดชีวิต นอกจากนี้อาจส่งผลให้เกิดอาการอื่นตามมาเช่น อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น และท้องผูก เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ (Cunningham, 2004) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการและอาการนั้นมีความรุนแรงจะส่งผลให้ภาวะการทำหน้าที่ต่ำลงมากยิ่งขึ้น (Chang, Hwang, Feureman, & Kosmisis, 2000; Given et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการไม่ยอมอาหาร/เบื่ออาหาร มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะการทำหน้าที่ ($r = -0.342, p < .01$)

สรุป

จากผลการศึกษาประสพการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการและภาวะการทำหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การมีอาการกับภาวะการทำหน้าที่ สนับสนุนแบบจำลอง การจัดการกับอาการของคอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001a) โดยอาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมิน ว่าเกิดขึ้นมาก อาจไม่ใช่อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ในด้านความถี่ ความรุนแรง หรือการรบกวนชีวิต มากก็ได้ ซึ่งอาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเกิดขึ้นมากเป็นอันดับ1 คือ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น รองลงมาได้แก่ ไอ ปากแห้ง ตามลำดับ แต่อาการที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ตามระดับความรุนแรง ได้แก่ เสียเหงะ ไม่อยากอาการ/เบื่ออาการ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น ตามลำดับ และอาการที่กลุ่มตัวอย่าง รับรู้ตามการรบกวนชีวิต ได้แก่ อาเจียน หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น เสียเหงะ ตามลำดับ สำหรับกลวิธี จัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเลือกใช้นั้นเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยประเมินว่ามีประสิทธิภาพสามารถบรรเทา อาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งกลวิธีที่ใช้นั้นมีความแตกต่างกันไปตามภูมิหลังขององค์ประกอบของแต่ละ บุคคลไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านบุคคล องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย หรือ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสพการณ์การมีอาการ รวมทั้ง การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ในด้านผลลัพธ์คือภาวะการ ทำหน้าที่เป็นผลที่เกิดจากประสพการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการกับอาการ ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ อาการเหล่านี้มากทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรง หรือการรบกวนชีวิต จะส่งผลให้ภาวะการทำ หน้าที่ลดลง

ข้อจำกัดการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากร เนื่องจากการเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience Sampling) และจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างค่อนข้างน้อย รวมทั้งการเก็บข้อมูลประสพการณ์การมีอาการและภาวะการทำหน้าที่ เพียงครั้งเดียว จึงอาจยังมองรูปแบบ (pattern) การเกิดอาการแต่ละอาการและภาวะการทำหน้าที่ไม่ ชัดเจน

SYMPTOM EXPERIENCES, MANAGEMENT STRATEGIES AND
FUNCTIONAL STATUS IN ADVANCED LUNG CANCER PATIENTS
RECEIVING CHEMOTHERAPY

LCDr.RATIRO MALANGPOOTHONG 4936729 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KANAUNG NIT

PONGTHAVORNKAMOL, RN., PH.D. (NURSING), AURAWAMON

SRIYUKTASUTH, RN., D.S.N., NOPADOL SOPARATTANAPAISARN, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and significance of the study

Lung cancer is the second leading cause of death after liver cancer and the death rate per 100,000 was 12.9. Due to its complicated symptoms, lung cancer is very difficult to detect early. In the early stage, the patients may show no symptoms; unfortunately, when the symptoms occur, the disease is too far progressed. More than two out of three patients have lung cancer in the advanced stage when they first see the doctor. The treatments only alleviate symptoms and delay a progression of the disease. Therefore, the survival rate of patients with lung cancer in the advanced stage is only 35% (Raez & Lilenbaum, 2006).

Chemotherapy is a significant treatment that helps patients with lung cancer in the advanced stage alleviate their symptoms, live longer, and have a better quality of life (Sokthomaya, 1999). However, it has side effects in both short and long terms. From previous studies, patients with lung cancer in the advanced stage confronted greater symptoms and suffering than patients with lung cancer in the early stage and patients with other types of cancer (Cooley, 2000; Hopwood & Stephens, 1995). Symptoms of lung cancer are resulted from the progression of the disease and side effects of medications, such as fatigue, cough, hemoptysis, dyspnea, hoarseness of voice, lack of appetite, pain, sleeping difficulty, nausea, vomiting, weight loss, fever, lack of energy, dysphagia, hair loss, having a high risk of infection, anemia,

anxiety, depression, and hopelessness (Cooley, 2000; Cooley, Short, & Moriarty, 2003; Lobchuk, Kristjanson, Degner, Blood, & Sloan, 1997; Lutz et al., 2001; Yoder, 2006). These symptoms affect patients' quality of life in all aspects (physical, psychological, social, and spiritual) and the capability to perform their activities of daily living (ADL). The patients may be limited in their activities and not be able to maintain their roles and work as usual. As a result, they experience greater suffering and their symptoms can be worse (Kuo & Ma, 2002).

Functional status is a significant component of quality of life and plays an important role in assessing the patients when they are first diagnosed with lung cancer, monitoring responses of the patients to medical treatments, and predicting prognosis, survival rates (Allard, Dionne, & Potvin, 1995), and progression of the disease. Sarna (1993) found that the patients with lung cancer in the advanced stage had diminished functional statuses both during and after receiving chemotherapy, and it couldn't be the same as before. This caused the patients to limit their activities and attain more periods of rest. Lung cancer and chemotherapy had a dramatic effect on functional status in both the short and long terms, and caused the patients to experience symptoms. Various symptoms, and the severity or exacerbation of symptoms can affect the functional status of the patients (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, & Given, 2001). From previous studies, it was found that fatigue, dyspnea, sleeping difficulty, pain, depression, and anxiety had a negative relationship with functional status (Kongsaktrakul, 2004; Ahlberg, Ekman, & Gaston-Johansson, 2005; Barsevic, Dudley, & Beck, 2006; Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b; Fox, Lyon, & Farace, 2007; Okuyama et al., 2001; Schuit et al., 1998; Tanaka, Akechi, Okuyama, Nishiwaki, & Uchitomi, 2002; Warne, 2002). These findings correspond with the study of Lee, Dibble, Pickett, and Luce (2005) which found that nausea and vomiting affected daily activities of patients with breast cancer who received the first and second doses of chemotherapy (72.3% and 76.7%, respectively), and the patients needed to rest more; therefore, time and capability to perform daily activities declined. Moreover, Sarna (1994) found that 33% of female patients with lung cancer couldn't perform minor tasks and one out of three had great limitations in their activities; therefore, they were dependent on caregivers. If the patients need such care for long time, their families may encounter economic problems. This may affect the patients'

compliance to medical treatments. As a result, the disease can be far more progressed and may harm the patients' lives. Moreover, it can also affect economic and social aspects of the countries.

Dodd et al. (2001a) developed a symptom management model which consists of three concepts: symptom experiences, symptom management strategies, and outcomes. Symptom experiences consist of three dimensions: perception of symptoms, evaluation of symptoms, and response to symptoms. Dodd and other believed that if a person perceives a symptom as life-threatening, he/she will perceive a greater severity of the symptom and have more response to it. When the symptom becomes more severe, functional status declines and results in a decrease in self-care abilities. Due to the conditions of the disease and its effects, the patients try to find management strategies in order to control and reduce the symptoms, and to maintain functional abilities. Even though recently there have been many studies related to symptom experiences of cancer patients who receive chemotherapy and nursing guidelines for preventing and reducing symptom experiences in these patients have been developed, nursing care is not quite fully effective yet. It should emphasize more on the perception of severity of the symptoms, the impact of symptoms on the patients, and the needs of the patients to choose proper symptom management strategies for themselves. Moreover, there is limited research concerning the symptom experiences of advanced lung cancer patients who have varying and severe symptoms. Few studies in Thailand have been conducted in the aspects of symptom experiences and side effects of medications in these patients. In other countries, the studies in these patients have not yet completely focused on symptom management strategies. Therefore, the results of this study will be very useful for nurses and other professionals in healthcare teams in developing effective care and symptom management for patients with lung cancer in the advanced stage in order to reduce the severity and distress of the disease. Moreover, this study will promote the understanding of nurses concerning the functional status of these patients. Therefore, they are able to provide effective care that responds to the needs of these patients. Finally, quality of life of the patients and their families can be improved.

Purposes of the study

1. To study symptom experiences among advanced NSCLC patients receiving chemotherapy.
2. To study symptom management strategies among advanced NSCLC patients receiving chemotherapy.
3. To study functional status among advanced NSCLC patients receiving chemotherapy.
4. To study the relationships between symptom experiences and functional status among advanced NSCLC patients receiving chemotherapy.

Research design

This descriptive correlation research aimed to study symptom experiences, symptom management strategies, functional status, and the relationships between symptom experiences and functional status of advanced NSCLC patients receiving chemotherapy

Population and sampling

The populations of this study was 88 patients with lung cancer in the advanced stage who received chemotherapy at the Chemotherapy and Blood transfusion Unit, seventh floor, outpatient Department, Siriraj Hospital, and the clinic of Chemotherapy, Department of Medicine, Somdejprapinklao Hospital. The data were obtained between June and October 2008.

Inclusion criteria

1. Were receiving chemotherapy and had chemotherapy at least once
2. Were in a good consciousness and able to give information
3. Were able to communicate in Thai and willing to participate in this study

Exclusion criteria

The patients who received other types of treatment, such as radiation.

Instruments

1. A demographic data form and treatments of the advanced NSCLC patients.

2. The Memorial Symptom Assessment Scale developed by Portenoy et al. (1994). It is a questionnaire consisted of 32 items related to symptoms of cancer and many other dimensions, such as symptom occurrence, frequency, symptom severity, and symptom distress. The assessments of frequency and symptom severity are based on a 4-rating scale. Scores on frequency range from 1 (rarely) to 4 (almost constantly) and scores on symptom severity range from 1 (mild) to 4 (very severe). Symptom distress is measured by a 5-rating scale (0-4), which 0 means the symptom doesn't disturb the patients at all and 4 means the symptom most disturbs the patients. This instrument was translated in Thai by Suwisith (2007), and the Cronbach's coefficient alpha is used and the reliability equals 0.91.

3. The Thai-Modified Function Living Index Cancer version 2 [T-FLIC 2] is a questionnaire used to assess functional status of the patients with lung cancer in the advanced stage. It consists of 22 items which assess physical and psychological well-being of the patients, and the interaction within patients' family and community. The instrument was developed by Schipper, Clinch, McMurray, and Levitt (1984) and translated into Thai by Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, and Thaikla (2005). The patients' functional status is measured by a 4-rating scale, consisting of bad, intermediate, good, and very good. Based on Cronbach's coefficient alpha, the reliability of this questionnaire equals 0.86.

4. Symptom management strategies by patients developed by the researcher based on the framework of Dodd et al. (2001). It is an open-ended questionnaire asking the patients with lung cancer in the advanced stage about their effective self-management strategies which are used for relieving the top-five symptoms that cause suffering and disturb their daily activities, and the outcomes.

Data collection procedure

The process of data collection is as follows:

1. The researcher submitted a proposal to the ethical committee on research involving health subjects of Siriraj Hospital and Somdejprapinklao Hospital.
2. The researcher asked staff at the medical record and statistic division of the two hospitals for a name list of patients with lung cancer in the advanced stage who met the study's eligibility criteria.

3. While the patients were waiting for chemotherapy, the researcher introduced herself to them, developed a relationship with them, informed them about the objectives and significance of the study, and invited them to participate in the study on a voluntary basis.

4. When the patients were willing to participate in the study, the researcher asked them to sign a consent form, explained them how to answer the questionnaires, and asked them to answer the questionnaires which took about 30-40 minutes.

In case that the subjects couldn't read or write and had a vision problem the researcher read questions to them and asked them to answer. Then, the researcher wrote the answers in the questionnaires for the patients.

Protection of human subjects

The information obtained from the subjects was kept confidentially through coding numbers, not identifying subject's name and address, and presenting data as a whole. Subjects were clearly informed about their right. For example, they have a right to participate or not to participate in this study. They had a right to stop their participation any time they wanted, and it would not affect their medical treatments. Moreover, they had a right to ask questions that were related to this study any time.

Data analysis

The data were analyzed using a computer program as follows:

1. The demographic data and information related to patients' illness were analyzed for the frequency and percentage distributions findings.
2. Scores on the memorial symptom assessment scale were analyzed by frequency, mean, and standard deviation distributions.
3. The data concerning self-management strategies were analyzed by frequency and percentage distributions.
4. Scores on the T-FLIC 2 were analyzed by mean and standard deviation distributions. The highest and lowest scores were identified.
5. The relationships between symptom experiences and functional status were analyzed by Spearman's rank-order correlation.

Results of the study

The subjects were aged between 32 and 84 years old and an average age was 61.34 (SD=12.27). Half of them were aged between 60 and 75 years old (52.3%). Most of them were males (59.1%) and married (69.3%), had no job before and after having the disease (47.7% and 75%, respectively), used government medical coverage (60.2%), and lived with their family (98.9%). All subjects were Buddhist (100%). For education, 37.5% of the subjects had a primary school and 22.7% of them had a bachelor degree. The monthly average income was 31,137.50 baht (SD=40,865.33).

Most of the subjects had cancer stage 3b and 4 (20.5% and 79.5%, respectively), 53.4% of them received chemotherapy once and 43.2% of patients received Carboplatin and Gemcitabine. Half of them were diagnosed lung cancer no less than three months (50%).

Within one week, the subjects experienced 3-23 symptoms, with an average of 10.35. Symptom experiences consisted of shortness of breath (76.1%), cough (67.0%), dry mouth (59.1%), lack of appetite (56.8%), lack of energy (55.7%), pain (52.3%), feeling drowsy (52.3%), sleeping difficulty (51.1%), changes in food taste (48.9%), and constipation (46.6%).

Five-top symptoms and self- management strategies were as follows:

1. Shortness of breath. Most of the subjects managed this symptom by sitting or resting (75%).
2. Lack of appetite. Most of the subjects managed this symptom by changing their eating pattern (84.85%), such as increasing vegetables and fruits, eating soft diet, and trying to eat.
3. Constipation. Most of the subjects managed this symptom by taking laxatives (51.61%).
4. Sleeping difficulty. Most of the subjects managed this symptom by meditation and praying (39.29%), and trying to sleep (35.71%).
5. Pain. Most of the subjects managed this symptom by taking pain-killing medications (68%).

Almost all of the subjects stated that after using these five self-management strategies, the symptoms were lessened or disappeared.

For functional status, an average score was 47.93 (SD=8.40) (total score 0-66), with the highest score of 64 and the lowest score of 26.

Symptom experiences that had a negative relationship with functional status were pain ($r = -.38$), lack of energy ($r = -.30$), sleeping difficulty ($r = -.34$), shortness of breath ($r = -.23$), anxiety ($r = -.31$), and lack of appetite ($r = -.34$).

Discussion

There were 3-23 symptom experiences in one week (with the average of 10.35) by the advanced NSCLC patients who received chemotherapy. The followings are symptom experiences reported by 40-50% of the subjects:

1. Shortness of breath (76.1%) was the most significant symptom that was experienced by the subjects. This symptom was resulted from a direct invasion of cancer to the respiratory system or from the complications of lung cancer, such as pleural effusion (Yoder, 2006). In this study, most of the subjects had lung cancer stage 4 (79.5%); therefore, they were more vulnerable to have shortness of breath. This finding corresponds with previous studies which found that shortness of breath was a common symptom in advanced lung cancer patients (Deesomchok et al., 2005; Dudgeon, Kristlanson, Sloan, Lertzman, & Clement, 2001; Smith et al., 2001; Tanaka et al., 2002; Thammakumpee, 2004).

2. Cough is a common symptom of patients with lung cancer (Deesomchok, Dechayonbancha, & Thongprasert, 2005; Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004; Houlihan, Inzeo, Joyce, & Tyson, 2004; Lutz et al., 2001; Thammakumpee, 2004; Yoder, 2006). As most of the subjects had lung cancer stage 4, the cancer cells may affect other organs, other lobes of the lung in the same side or the opposite side, and induce complications, such as pleural effusion and the occlusion of cancer in the trachea.

3. Dry mouth is also a common symptom of patients with cancer. It may be resulted from chemotherapy and vomiting-reducing medications. This finding corresponds with previous studies which found that 49-69% of patients with lung cancer who received chemotherapy had dry mouth (Gift, Jablonski, Stommel, & Given, 2004; Sangkaew, 2006) which consequently caused lack of appetite and changes in food taste.

4. Lack of appetite may be resulted from chemotherapy which causes the taste buds to lose its function. The patients are more sensitive to bitter taste but have difficulty detecting salty and sweet tastes. They may have numbness of their tongue and lose the ability to smell food; as a result, the sense of eating declines. Moreover, lack of appetite may be resulted from a tumor necrosis factor (TNF), which is excreted by the cancer cells, cytokine, and hormones. This finding corresponds with previous studies which found that 50-65% of patients with lung cancer had lack of appetite (Deesomchok, Dechayonbancha, & Thongprasert, 2005; Lutz et al., 2001; Thammakumpee, 2004).

5. Lack of energy may be resulted from the tumor necrosis factor (TNF) which stimulates the body to use more protein. Moreover, cancer patients are confronted with pathology of the disease and long-term treatments; as a result they develop stress. A long period of stress makes the body use reserved energy; consequently, lack of energy occurs. Furthermore, chemotherapy destroys the body cells which results in a decline of energy and fatigue (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987). Lawhawinit (1999) found that lack of appetite was one of the factors that caused lack of energy in cancer patients because the body had inadequate nutrients to repair cells.

6. Pain is resulted from various factors. About 70-90% of cancer patients developed pain when the disease was in an advanced stage (Tummakumpee, 2007). In this study, almost of the subjects had cancer stage 4 which can invade, destroy, and press adjacent organs and directly affect the pain receptors. Moreover, pain may be caused by chemotherapy (Cheansil, Sangkrajang, Chaiweerawattana, & Kuhapamma, 2005) which was found about 19% of the patients (Leelanantakit, 1994 cited in Ladawan, 2004).

7. Feeling drowsy may be resulted from an inadequacy of oxygen in the body because the pathology of cancer can affect the respiratory system. Moreover, chemotherapy affects the bone marrow's function, resulting in a decreased production of red blood cells. Inadequate red blood cells cause the tissues to have lack of oxygen supply; as a result, the patients may feel sleepy and drowsy.

8. Sleeping difficulty may be resulted from both physical and mental problems. In this study, the subjects had various symptoms, such as shortness of breath, pain, cough, and anxiety which could affect their sleep (Vena, Parker, Allen,

Bliwise, Jain, & Kimble, 2006). Moreover, other factors, such as patterns of sleeping and changes in medical treatment may affect the patients' sleep as well (Vena et al., 2006; Dodd, Miaskowski, & Paul, 2001b).

9. Changes in food taste are common in patients with cancer and resulted from both cancer and chemotherapy. It leads to lack of appetite, weight loss, and malnutrition. The patients may have changes in sweet, salty, and sour tastes, and may feel like there is a metal in their mouth (Cunningham, 2004).

10. Constipation may be resulted from cancer (especially in the advanced stage), and the effects of opioids, narcotic, and chemotherapy. About 52.3% of the subjects received pain-killing medications to reduce their pain; as a result, constipation may occur. Moreover, 56.8% of the subjects had lack of appetite, resulting in inadequate consumption of vegetables and fruits. This may cause them to have constipation.

Moreover, it was found that symptom experiences that had most severity were hoarseness of voice, followed by lack of appetite, shortness of breath, vomiting, and sleeping difficulty. The finding corresponds with the study of Gift, Jablonski, Stommel, and Given (2004) which found that symptom experiences that had most severity were lack of sexual interest, vomiting, sleeping difficulty, pain, fatigue, and dyspnea, respectively.

Symptom experiences that caused most distress were vomiting, shortness of breath, hoarseness of voice, sleeping difficulty, and nausea, respectively.

The results of this study showed that the perceptions of symptoms were different in the aspects of frequency, severity, and distress. This finding corresponds with the recent studies on the breast cancer by Suwisith (2007) and on cervical cancer by Sumdaengrit (2008) found that the symptoms that occurred most may not be the ones that the patients perceived in dimension of frequency, severity, and distress. This result supports the Revised Symptom Management Model developed by Dodd and colleagues (2001).

Symptom management strategies of patients with lung cancer in the advanced stage who received chemotherapy

1. Shortness of breath. When this symptom occurred, the management strategy that was most used was sitting or lying down, and the one that was least used was smelling menthol. The explanation of this finding is that other activities such as walking, dressing, and talking use energy. Therefore the patients avoided those activities in order to save their energy. As a result they limited other activities by taking a nap and sitting instead (Lai, Chan & Lopez, 2007; Jantarakupt & Porock, 2005). This finding corresponds with the study of Carrieri-Kohlman and Janson-Bjerklie (1986) cited in Pomyen (2004) which found that a symptom management strategy that the patients with lung disease most used to reduce shortness of breath was moving slow (63%). Boontad (2004) found that a symptom management strategy that the patients with HIV/AIDS most used to reduce shortness of breath was taking a rest, which helped the body to be relaxed (Hart et al., 1990 cited in Boontad, 2004). Moreover, it was easy to perform and had no cost. However, the smelling menthol strategies was least used in this study because it had less effect on the patients (even though it was easy to use and not expensive) (Sangkaew, 2006).

2. Lack of appetite. A symptom management strategy that was most used by the subjects was changing their eating pattern and the one that was least used was doing nothing. It was found that lack of appetite decreased after the patients changed their eating pattern. However, one out of two patients who used the latter strategy had the same level of symptom or worse. This finding corresponds with the study of Lonil (2004) which found that patients with large intestine and colon cancer who received chemotherapy and had lack of appetite changed their eating pattern to eating more vegetables and fruits, eating soft diet, and trying to eat. This strategy helped them to save energy so that they could have adequate energy to supply needs of the body and repair cells.

3. Constipation. A symptom management strategy that most of the subjects used to reduce constipation was taking laxatives. The explanation of this finding is that modern medications, such as laxatives can work effectively to reduce the problem that causes discomfort to the patients (Ladawan, 2004). Drinking water was the least used by the subjects. The reason is that pathology of the disease and

chemotherapy may lead to fatigue, shortness of breath, and pain. The patients may not want to move or perform activities. Moreover, drinking water alone cannot reduce constipation.

4. Sleeping difficulty. A symptom management strategy that was most used by the subjects was meditation and praying. This finding corresponds with the studies of Wongpomchai (2005) and Pritsanapanurungsie (2000) which were conducted in patients with breast cancer. The reason is that meditation and praying help the patients to control their minds, relax, and sleep. Waiting until feeling sleepy was least used in this study. The reason is that the patients may have tried it before but it was not effective. Moreover, the patients had many symptoms (an average number of symptoms were 10) that can affect their sleep; therefore, they used sleeping pills and relaxation to reduce this symptom.

5. Pain. A symptom management strategy that was most used by the subjects was taking pain-killing medications. This finding corresponds with the study of Sangkaew (2006) which found that 53.4% of the patients with breast cancer used pain-killing medications to reduce their pain, and the study of Ladawan (2004). The explanation of this finding is that almost of the subjects had lung cancer stage 4 which could invade the bones (20-40%) (Thummakumpee, 2007). To reduce pain effectively, pain-killing medications should be considered (Cheansil, Sangkajang, Chaiweerawattana, Kuhapeamma, 2005). Cold compression and massage was least used in this study. This finding corresponds with the study of Wongpomchai (2005) which found that breast cancer patients least used of this strategy because they were afraid that the cancer may be spread and their bones may be broken.

Functional status of patients with lung cancer in the advanced stage who received chemotherapy

It was found that the average score on functional status of advanced NSCLC patients who received chemotherapy was 47.93 (range of scores 0-66), SD=8.40. The highest score was 64 and the lowest score was 26. The result of this study corresponds with the study of Thongprasert, Intarapak, Saengsawang, and Thaikla (2005) which found that after the patients with lung cancer type NSCLC received the first chemotherapy, their average score on quality of life was 45.7,

SD=9.9. The highest score was 64 and the lowest score was 22. The explanation of this result is that recently medical technology has been very advanced, a number of studies and other empirical research in this area have been conducted, and effective medications have been produced. Moreover, the patients and their families have been prepared to prevent and reduce their symptoms. Furthermore, the consideration and preparation of the doctors before giving chemotherapy to their patients help improve their functional status and quality of life.

The relationships between symptom experiences and functional status of the patients with lung cancer in the advanced stage who received chemotherapy

From the results of this study, the relationships between symptom experiences and functional status of the patients with lung cancer in the advanced stage who received chemotherapy were the following:

1. **Pain** had a negative relationship with functional status ($r=-.385$, $p<.01$) because it causes suffering and discomfort in movement, and decreases capabilities to perform activities and function. The result of this study corresponds with previous studies which found that pain had an effect on the patients' abilities (Deimling, Bowman, & Wagner, 2007; Dodd et al., 2001b; Suwisith, 2007). The more severe the pain is the lower the functional status will be (Tanaka et al., 2002). Moreover, pain can predict a change in functional status about 10.7% (Dodd et al., 2001b).

2. **Lack of energy** had a negative relationship with functional status ($r=-.302$, $p<.05$). This result corresponds with previous studies (Kongsaktrakul, 2004; Ahlberg, Ekman, & Gaston-Johansson, 2005; Barsevic, Dudley, & Beck, 2006; Okuyama et al., 2001; Warne, 2002). The explanation of this result is that lack of energy causes the patients to have discomfort, fatigue, boredom, and a decrease in self-care ability (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given, & Given, 1999; Sarna, 1993; Tanaka et al., 2002). Moreover, lack of energy can predict a change in functional status about 7.3% (Dodd et al., 2001b).

3. **Sleeping difficulty** had a negative relationship with functional status ($r=-.341$, $p<.05$). This result corresponds with the study of Suwisith (2007). The explanation of this result is that when the patients sleep, all muscles are relaxed and the body's organs rest in order to regain their strength. However, when the patients

cannot sleep and have a difficulty in sleeping, they cannot maintain their daily activities as usual because they need to sleep during the day time (Mills & Graci, 2004). Many studies also support that sleeping difficulty can affect functional status, mental health, and quality of life of the patients with lung cancer in the advanced stage (Vena, Parker, Allen, Bliwise, Jain, & Kimble, 2006).

4. Shortness of breath had a negative relationship with functional status ($r=-.231$, $p<.05$). A decrease in functional status is resulted from the imbalance of oxygen supply and demand. The patients cannot perform their activities as usual, move more slowly than usual, have to stay home, and cannot go to work. As a result, they feel worthless because they cause troubles to their family members. Moreover, the patients's quality of life can also be affected (Lai, Chan, & Lopez, 2007). This result corresponds with the study by Tanaka and colleagues (2002) found that 55% of advanced lung cancer patients have shortness of breath which disturb on daily activity. The more severe the shortness of breath had a limited to perform activities and their functional status can be very low.

5. Anxiety had a negative relationship with functional status ($r=-.315$, $p<.05$). This result corresponds with previous studies. For example, a study of Suwisith (2007) showed that anxiety had a negative relationship with functional status in patient with breast cancer ($r=-.288$, $p<.01$). Moreover, Pongthawornkamol et al. (2006) found that anxiety had a positive relationship with the disturbance of daily activities of the patients both before and after operation. The explanation of this result is that the diagnosis of cancer and side effects of medications cause the patients to have anxiety and stress. If anxiety cannot be solved, other symptoms, such as depression, sleeping difficulty, and constipation can occur (Gobel, 2004).

6. Lack of appetite had a negative relationship with functional status ($r=-0.347$, $p<.05$). The explanation of this result is that lack of appetite causes the patients to eat less than usual. As a result, they lose their weight, have malnutrition, and delay receiving chemotherapy. Moreover, medical expenses and survival rates can be affected. Other symptoms, such as lack of energy, shortness of breath, and constipation may occur later, and can cause the patients not to be able to perform their activities as usual (Cunningham, 2004). Especially, when the patients have many

symptoms occur at the same time and the symptoms are very severe, their functional status can be very low (Chang, Hwang, Feureman, & Kosmisis, 2000; Given et al., 2000). This result corresponds with the study of Suwisith (2007) which found that the severity of the lack of appetite had a negative relationship with functional status ($r=-0.342, p<.01$).

Conclusion

The results of this study support the Symptom Management Model developed by Dodd et al. (2001a). Moreover, it was found that the symptoms that occurred most may not be the ones that the patients perceived in the aspects of frequency, severity, and distress. The symptoms that occurred most were shortness of breath, followed by cough and dry mouth, respectively. However, the symptoms that the patients perceived as most severe were hoarseness of voice, lack of appetite, and shortness of breath, respectively. The symptoms that the patients perceived as most distressing were vomiting, shortness of breath, and hoarseness of voice, respectively. Symptom management strategies which were performed by the patients were evaluated as effective strategies. However, they varied in relation to each person, health status, illness conditions, and environment. These factors also affected perceptions, assessment, and responses to symptoms of the patients. The outcome of symptom management was functional status which resulted from symptom experiences and symptom management strategies. If the patients have greater perceptions of their symptoms in the aspects of frequency, severity, and distress, their functional status will diminish.

Limitations of the study

The results of this study may not be generalized to the population group because the researcher used the method of convenience sampling to obtain the subjects. Moreover, the data on symptom experiences and functional status were collected only one time; therefore, the pattern of these variables may not be absolutely clear.

รายการอ้างอิง

- กริธา ธรรมคำกิริ. (2550). มะเร็งปอดชนิดปอดภูมิ. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (บรรณาธิการ),
ตำราโรคระบบการหายใจ. หน้า 535. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- กริธา ธรรมคำกิริ. (บรรณาธิการ). (2550). มะเร็งปอด: *Textbook of lung cancer*. สงขลา:
ซานเมืองการพิมพ์.
- คณินิจ พงศ์ถาวรกมล, สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และ จิราภรณ์ มนนานนท์. (2549). การตอบสนองทางจิต
อารมณ์และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัด. *วารสารพยาบาล
ศาสตร์*, 24(1), 44-56.
- จันทิรา จิตต์วิบูลย์. (2543). การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย
มะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2541). ผลของการใช้อีเอ็มจีไบโอฟีดแบค ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
แบบโพเกรสซีฟต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุม
อาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและ
สมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎี
บัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระ ลิมศิลา. (2540). รวบรวมบทความประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอด. กรุงเทพฯ:
ซานพิมพ์.
- นาถฤดี พรหมเถาว์. (2545). ผลของคนตรีต่อความเจ็บปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา คงชุม. (2539). บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและ
การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรจบ ชุนทสวัสดิกุล. (2543). คู่มือการนอนไม่หลับรักษาด้วยธรรมชาติบำบัด. กรุงเทพฯ:
รวมทรัพย์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ
อินเตอร์มีเดีย.
- บุษบา สมใจวงศ์. (2544). ผลของการสร้างจินตภาพต่อการคลื่นไส้ ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วย

มะเร็งในเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์. (2543). *ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง
อวัยวะสืบพันธุ์สตรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พ่องรัตน์ รัตนไทย. (2540). *ประสบการณ์ความปวดและวิธีการจัดการความปวดในผู้ป่วย
โรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมี
อาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว
กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพียงใจ คาโลปการ และชนกพร จิตปัญญา. (2546). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย
มะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*,
15(3), 59-83.

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ
การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2544). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ.2542*. กรุงเทพฯ: นามมี
บุคลิกทัศน์.

วิมล สุขถมยา. (2542). *รังสีรักษาในมะเร็งปอด*. ใน *สมิตรา ทองประเสริฐ และ ศาวิตรี เมาพิกุล
ไพโรจน์*. (บรรณาธิการ), *มะเร็งปอด*. หน้า 180. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

วิไลลักษณ์ จันทรพวง. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส
กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมเกียรติ วงษ์ทิม และวิศิษฐ์ อุดมพานิชย์. (2542). *มะเร็งปอด*. ใน *สมเกียรติ วงษ์ทิม และวิทยา
ศรีดามา* (บรรณาธิการ), *โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม* (หน้า 188-204). กรุงเทพฯ: ยูนิตี
พับลิเคชั่น.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สถิติสาธารณสุข*. Retrieved
August 16, 2007 from <http://203.157.19.191/Death.html>

สินีนากู ป้อมเย็น. (2547). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อ*

- คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิรินาถ มีเจริญ. (2541). ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมิตรา ทองประเสริฐ และ สาวิตรี เม้าพิกุลไพโรจน์. (บรรณาธิการ). (2542). มะเร็งปอด. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- สุดสวาท เลหาวิณี. (2542). การรักษามะเร็งปอดแบบประคับประคอง. ในสมิตรา ทองประเสริฐ และสาวิตรี เม้าพิกุลไพโรจน์. (บรรณาธิการ), มะเร็งปอด. หน้า 287-324. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- สุริย์พร กฤษเจริญ. (2537). การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14(1), 30-47.
- อภิรดี ลดาวัลย์. (2547). การสำรวจอาการที่บ่งบอกและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรนุช ประดับทอง. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาคม เขียวศิลป์, สุทธิพร แสงกระจ่าง, อาคม ชัยวิระวัฒน์, และธีรวิทย์ คุหะเปรมะ. (2548). แนวทางการรักษาพยาบาลโรคมะเร็งปอดปี2547-2548. กรุงเทพฯ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- Ahlberg, K., Ekman, T., & Gaston-Johansson, F. (2005). Fatigue, Psychological distress, coping resources, and functional status during radiotherapy for uterine cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 633-640.
- Ahlberg, K., Ekman, T., Gaston-Johansson, F., & Mock, V. (2003). Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *Lancet*, 362, 640-650.
- Allard, P., Dionne, A., & Potvin, D. (1995). Factors associated with length of survival among 1081 terminally ill cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 11(3), 20- 24.
- Almadrones, L., McGuire, B. D., Walczak, R. J., Florio, M. C., & Tain, C. (2004). Psychometric evaluation of two scales assessing functional status and

- peripheral neuropathy associated with chemotherapy for ovarian cancer: A gynecologic oncology group study. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 615-623.
- Barsevic, M. A., Dudley, N. W., & Beck, L. S. (2006). Cancer-related fatigue, depressive symptoms, and functional status. *Nursing Research*, 55(5), 366-372.
- Berger, A. M., VonEssen, S., kuhn, B. R., Piper, B. F., Farr, L., Agrawal, S., et al. (2002). Feasibility of asleep intervention during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 29 (10), 1431-1441.
- Boontad, M. (2004). *Symptom experiences, management strategies and symptom outcomes as perceived by persons with HIV/AIDS*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmser, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*, 7, 6-9.
- Buranaruangrote, S. (2006). *Experience and self management for fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9, 186-192.
- Chainakin, P. (2006). *Effects of hand reflexology on nausea, retching and vomiting in cancer patients receiving chemotherapy*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Chan, C. W. H., Richardson, A., & Richardson, J. (2005). A study to assess the existence of the symptom cluster of breathlessness, fatigue and anxiety in patients with advance lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, 325-333.
- Chang, V. T., Hwang, S. S., Feureman, M., & Kasmisis, B. S. (2000). Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a Veteran's Affairs medical center. *Cancer*, 88, 1175-1183.
- Chow, E., Fan, G., Hadi, S., Wong, J., Kirou-Mauro, A., & Filipczak, L. (2008). Symptom clusters in cancer patients with brain metastases.

- Clinical Oncology*, 20, 76-82.
- Cooley, M. E. (1998). Quality of life in person with non-small cell lung cancer: A concept analysis. *Cancer Nursing*, 21(3), 151-161.
- Cooley, M. E. (2000). Symptoms in adults with lung cancer: a systematic research review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(2), 137-153.
- Cooley, M. E., Short, T. H., & Moriarty, H. J. (2003). Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 12, 694-708.
- Cunningham, R. S. (2004). The anorexia-cachexia syndrome. In C.H. Yabro, M.H. Frogge & M. Goodman (Eds.) *Cancer Symptom Management* (3rd ed.) (pp.137-167). Canada: John and Bartlett Publishers.
- Davison, S. N., Jhangri, G. S., & Johnson, J. A. (2006). Longitudinal validation of a modified Edmonton symptom assessment system (ESAS) in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 21, 3189-3195.
- Deesomchok, A., Dechayonbancha, N., & Thongprasert, S. (2005). Lung cancer in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital: Comparison of the clinical manifestations between the young and old age groups. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(9), 1236-1241.
- Deimling, G. T., Bowman, K. F., & Wagner, L. J. (2007). The effects of cancer-related pain and fatigue on functioning of older adult, long-term cancer survivors. *Cancer Nursing*, 30(6), 421-433.
- Degner, L.F., & Sloan, J. A. (1995). Symptom distress in newly diagnosed ambulatory cancer patients and as a predictor of survival in lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10, 423-431.
- Devita, V. J., Hellman, S., & Rosenberg, S. A. (2001). *Cancer principles and practice of oncology* (6th ed). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Dodd, M. J., Janson, S., Facione, J., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001a). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001b). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28 (3), 465-470.

- Doorenbos, A., Given, B., Given, C., & Verbitsky, N. (2006). Physical functioning effect of behavioral intervention for symptoms among individuals with cancer. *Nursing Research*, 55(3), 161-171.
- Dudgeon, D. J., Kristlanson, L., Sloan, J. A., Lertzman, M., & Clement, K. (2001). Dyspnea in cancer patients: Prevalence and associated factors. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(2), 95-102.
- Fox, S., & Lyon, D. E. (2006). Symptom cluster and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33 (5), 931-936.
- Fox, S., Lyon, D., & Farace, E. (2007). Symptom clusters in patients with high-grade glioma. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 61-67.
- Gift, A. G., Jablonski, A., Stommel, M., & Given, C. W. (2004). Symptom clusters in elderly patients with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 203-210.
- Gift, A. G., Stommel, M., Jablonski, A., & Given, W. (2003). A cluster of symptoms overtime in patients with lung cancer. *Nursing Research*, 52(6), 393-400.
- Given, C.W., Given, B., Azzouz, F. Stommel, M. & Kozachik, S. (2000). Comparison of changes in physical functioning of elderly patients with new diagnoses of cancer. *Medical Care*, 38(5), 482-493.
- Gobel, B. H. (2004). Anxiety. In C.H. Yabro, M.H. Frogge & M. Goodman (Eds.) *Cancer Symptom Management* (3rd ed.) (pp.651-664). Canada: John and Bartlett Publishers.
- Hartvig, P., Aulin, J., Hugerth, M., Wallenberg, S., & Wagenius, G. (2006). Fatigue in cancer patients treated with cytotoxic drugs. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 12(3), 155-164.
- Hollen, P. J., Gralla, R. J., Kris, M. G., McCoy, S., Donaldson, G. W., & Moinpour, C. M. (2005). A comparison of visual analogue and numerical rating scale formats for the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS): Does format affect patient ratings of symptoms and quality of life? *Quality of Life Research*, 14(3), 837-847.
- Hopwood, P., & Stephen, R. J. (1995). Symptom at presentation for treatment in patients with lung cancer: Implications for the evaluation palliative treatment. *British Journal of Cancer*, 71(3), 633-636.

- Houlihan, N. G., Inzeo, D., Joyce, M., & Tyson, L. B. (2004). Symptom management of lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(6), 645-652.
- Irvine, D. M., Vincent, L., Graydon, J. E., & Bubela, N. (1998). Fatigue in woman with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*, 21(2), 127-135.
- Ivanova, M. O., Ionova, T. I., Kalyadina, S. A., Uspenskaya, O. S., Kishtovich, A. V., Guo, H., et al. (2005). Cancer-Related Symptom Assessment in Russia: Validation and Utility of the Russian M. D. Anderson Symptom Inventory. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(5), 443-452.
- Jantarakupt, P., & Porock, D. (2005). Dyspnea management in lung cancer: Applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 785-795.
- Jantaramanee, V. (2006). *Experience of fatigue, management strategies, and well-being in advanced lung cancer patients receiving palliative chemotherapy*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Jordhoy, M. S., Fayers, P., Loge, J. H., Saltnes, T., Ahlner-Elmqvist, M., & Kaasa, S. (2001). Quality of life in advanced cancer patients: the impact of sociodemographic and medical characteristics. *British Journal of Cancer*, 85(10), 1478-1485.
- Junda, T. (2004). Our family's experience: a study of Thai families living with woman in the early stages of breast cancer. *Thai Journal of Nursing*, 8(4), 260-275.
- Katz, S. & Stroud, M. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 267-271.
- Kirkova, J., Davis, M. P., Walsh, D., Tiernan, E., O'Leary, N., LeGrand, S. B., et al. (2006). Cancer symptom assessment instrument: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 24(9), 1459-1473.
- Kuo, T. T., & Ma, F. C. (2002). Symptom distress and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer. *Cancer Nursing*, 25(4), 309-317.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Stommel, M., Given, C. W., & Given, B. (1999). The influence of symptom, age, comorbidity and cancer site on physical

- functioning and mental health of geriatric women patients. *Women & Health*, 29(3), 1-12.
- Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Stommel, M., Given, C. W., & Given, B. (2001). Physical functioning and depression among older person with cancer. *Cancer Practice*, 9(1), 11-18.
- Lai, Y. L., Chan, C. W. H., & Lopez, V. (2007). Perceptions of dyspnea and helpful interventions during the advanced stage of lung cancer. *Cancer Nursing*, 30(2), E1-E8.
- Lee, J., Dibble, S. L., Pickett, M., & Luce, J. (2005). Chemotherapy-induced nausea/vomiting and functional status in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 28(4), 249-255.
- Leidy, N. K. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. *Nursing Research*, 43(4), 196-202.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Lobchuk, M. M., Kristjanson, L., Degner, L., Blood, P., & Sloan, J. A. (1997). Perception of symptom distress in lung cancer patients: I. congruence between patients and primary family caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(3), 136-146.
- Lonil, A. (2004). *Effects of anorexia and anorexia management of patients and families on nutritional status in colorectal cancer patients receiving chemotherapy*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Lutz, S., Norrell, R., Bertucio, C., Kachnic, L., Johnson, C., Arthur, D., et al. (2001). Symptom frequency and severity in patients with metastatic or locally recurrent lung cancer: A prospective study using the lung cancer symptom scale in community hospital. *Journal of Palliative Medicine*, 4(2), 157-165.
- Maher, K. (2004) Xerostomia. In C.H. Yabro, M.H. Frogge & M. Goodman (Eds.) *Cancer Symptom Management* (3rd ed.) (pp.215-230). Canada: John

- and Bartlett Publishers.
- Mills, M., & Graci, G. M. (2004). Sleep disturbances. In C.H. Yabro, M.H. Frogge & M. Goodman (Eds.) *Cancer Symptom Management* (3rd ed.) (pp.111-134). Canada: John and Bartlett Publishers.
- Miyahara, N., Eda, R., Takeyama, H., Kunichika, N., Moriyama, M., Aoe, K., et al. (2000). Effects of short term pulmonary rehabilitation on exercise capacity and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *ACTA Medicine Okayama*, 54, 179-184.
- Munro, B.H. (2001). *Statistical methods for health care research*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Norweg, A. M., Whiteson, J., Demetis, S., & Rey, M. (2006). A new functional status outcome measure of dyspnea and anxiety for adults with lung disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 26, 395-404.
- Okuyama, T., Tanaka, K., Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Nishiwaki, Y., et al. (2001). Fatigue in ambulatory patients with advanced lung cancer: prevalence, correlated factors, and screening. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(1), 554-564.
- Parkin, D. M., Bray, F., Ferlay, J., & Pisani, P. (2005). Global cancer statistics, 2002. *CA A Cancer Journal for Clinicians*. 55(2), 74-108.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, 14(6), 17-23.
- Polit, D.F., & Hungler, B. (1999). *Nursing research: Principle and methods*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pongthavornkamol, K. (2000). *Coping with side effects and emotional distress among Thai cancer patients receiving radiation*. Unpublished doctor of philosophy, University of Rochester.
- Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30(9), 1326-36.
- Pritsanapanurungsie, P. (2000). *Patterns of fatigue, related factors, and self-care*

actions among breast cancer patients receiving chemotherapy.

Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Raez, L. E., & Lilenbaum, R. (2006). New developments in chemotherapy for advance non-small cell lung cancer. *Current Opinion in Oncology*, 18(2), 156-161.

Ries, L. A. (1994). Influence of extent of disease, histology and demographic factors on lung cancer survival in the Seer population-based data. *Seminar Surgical Oncology*, 10, 21-30.

Rujiraviroj, U. (2000). *Symptom management of nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.

Sangkaew, B. (2006) *A survey of symptom experience, symptom management, and symptom management outcomes in persons living with breast cancer in the central part of Thailand*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.

Sarna, L. (1993). Fluctuation in physical function: Adults 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(2), 87-93.

Schuit, W. K., Sleijfer, D. T., Meijler, W. J., Otter, R., Fons, J. S., Bergh, C. M., et al. (1998). Symptoms and functional status of patients with disseminated cancer visiting outpatient departments. *Journal of Pain and Symptom Management*, 16(5), 290-297.

Schipper, H., & Levitt, M. (1985). Measuring quality of life: Risks and benefits. *Cancer Treatment Reports*, 69(10), 1115-1123.

Siriraj Cancer Center. (2006). Tumour register Siriraj cancer center statistical report year 2006. Bangkok: Faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol University.

Smith, E. L., Hann, D. M., Ahles, T. A., Furstenberg, C. T., Mitchell, T. A., Meyer, L., et al. (2001). Dyspnea, anxiety, body consciousness and quality of life in patients with lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21, 323-329.

Spira, A., & Ettinger, D. S. (2004). Multidisciplinary management of lung cancer.

- The New England Journal of Medicine*, 350(4), 379-392.
- Stein, K. D., Denniston, M., Baker, F., Dent, M., Hann, D. M., Bushhouse, S., et al. (2003). Validation of a modified Rotterdam Symptom Checklist for use with cancer patients in the United States. . *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(5), 975-989.
- Sumdaengrit, B. (2008). *The symptom experience and self care in Thai woman with cervical cancer receiving treatment*. Unpublished doctoral dissertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Summers, E., & Holmes, A. (2004). *Collins English Dictionary & Thesaurus* (3rd). Glasgow, England: HarperCollins.
- Susan, L. B., William, N. D., & Andrea, B. (2005). Pain, sleep disturbance, and fatigue in patients with cancer; Using a mediation model to test a symptom cluster. *Oncology Nursing Forum*, 32(3), E48-E55.
- Suwisith, N. (2007). *Symptom clusters and their influences on the functional status of woman with breast cancer*. Unpublished doctoral dissertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2002). Impact of dyspnea, pain, and fatigue on daily life activities in ambulatory patients with advance lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 417-423.
- Thammakumpee, K. (2004). Clinical manifestation and survival of patients with non-small cell lung cancer. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 87(5), 503-507.
- Thongprasert, S., Intarapak, S., Saengsawang, P., & Thaikla, K. (2005). Reliability of the Thai-modified function living index cancer questionnaire version 2 (T-FLIC 2) for the evaluation of quality of life in non-small cell lung cancer patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(12), 1809-1815.
- Tishelman, C., Degner, L. F., & Mueller, B. (2000). Measuring symptom distress in patients with lung cancer. *Cancer Nursing*, 23(2), 82-90.
- Tulman, L., Fawcett, J., & McEvoy, M. D. (1991). Development of the inventory of functional status-cancer. *Cancer Nursing*, 14(5), 254-260.

- Vena, C., Parker, K. P., Allen, R., Bliwise, D. L., Jain, S., & Kimble, L. (2006). Sleep-wake disturbances and quality of life in patients with advanced lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 761-769.
- Wang, T. J. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 457-462.
- Wang, S. X., Fairclough, D. L., Liao, Z., Komaki, R., Chang, J. Y., Mobley, G. M., et al. (2006). Longitudinal study of the relationship between chemoradiation therapy for non-small-cell lung cancer and patient symptoms, *Journal of Clinical Oncology*, 24(27), 4485-4491.
- Warne, P. C. (2002). *Cancer-related fatigue and functional status in men and women receiving chemotherapy for the treatment of lung or colon cancer*. Unpublished master's thesis, Texas Tech University Health Sciences Center, USA.
- Xiaolin, C. (2002). *Quality of life of the lung cancer patients in three hospitals in Bangkok, Thailand*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Yoder, L. H. (2006). An overview of lung cancer symptoms, pathophysiology, and treatment. *Medsurg Nursing*, 15(4), 231-234.



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. น.อ. น.พ.จตุรงค์ ตันติมงคลสุข
อายุรแพทย์ด้านมะเร็ง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์
รองคณบดีฝ่ายบริหาร อาจารย์ประจำภาคการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จงจิต เสน่หา
อาจารย์ประจำภาคการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. น.ส.ศศิโส เกตุไฉน
พยาบาลวิชาชีพ แผนกเคมีบำบัดและให้เลือด ดิกรู้ป่วยนอกชั้น 7 คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
5. น.ส. จิตภา ดำนวิริยะกุล
พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยรังสีรักษา งานการพยาบาลรังสีรักษาโรงพยาบาลราชวิถี

ภาคผนวก ข

เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

เอกสารหมายเลข 3 ก

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ(ภาษาไทย) ประสพการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่
ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ชื่อผู้วิจัย น.ต.หญิง รติรส แมลงภูทอง
สถานที่วิจัย หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 081-4209355
ผู้ให้ทุน ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม วิธีจัดการกับอาการ และการทำหน้าที่ของร่างกาย และความสัมพันธ์ของอาการที่เกิดขึ้นกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ นำข้อมูลไปใช้วางแผนการพยาบาลในการดูแล และจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความรุนแรงของอาการ และอาจใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดคนอื่นๆต่อไปในอนาคต

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดซึ่งอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยเคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยในขณะนี้ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การฉายรังสี

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 88 คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ 32 ข้อ แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ 22 ข้อและแบบสัมภาษณ์วิธีการจัดการกับอาการ 5 ข้อ โดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการสัมภาษณ์และทำแบบสอบถาม เพราะฉะนั้นความเสี่ยงร้ายแรงอาจจะ ไม่มี แต่อาจจะส่งผลให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเสียเวลาในการให้ข้อมูลประมาณ 30-40 นาที หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดอาการผิดปกติขึ้นไม่ว่าจากการวิจัยหรือไม่ก็ตามจะได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินอาการและรับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

แก้ไขครั้งที่ 1 (10 มี.ย. 2551)



รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

รหัสโครงการ 05512551 ECU

วันที่รับรอง 12 มี.ย. 2551

ชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วย จากการวิจัย คือ น.ศ.หญิง รติรส แผลงภูทอง

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้รับไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอำนวยการ ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช เบอร์โทร. (02)419-6405-6 FAX (02)419-6405

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ...../วันที่.....
(.....)



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ 25512551 EC 4
วันที่รับรอง 12 ต.ย. 2551

เอกสารหมายเลข 3 ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพการมีอากร กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ น.ต.หญิง รติรส แผลงภูทอง โทรศัพท์ 081-4209355 ได้ 24 ชม.

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้แทน ได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอำนวยการ ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร (02)419-6405-6

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทน โดยชอบธรรม/ วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....

(.....)

แก้ไขครั้งที่ 1 (10 มี.ย. 2551)



รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันที่โครงการ 955 2551 EC4

วันที่รับรอง 1 2 มี.ย. 2551

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือ ไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ.....

จึงได้ลงลายมือชื่อ ไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน/ วันที่.....
(.....)



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่โครงการ 2561/2551 EC4

วันที่รับรอง 12 มี.ย. 2551

100-2/44

คณะพยาบาลศาสตร์
เลขรับ 0035
วันที่ 10 ต.ค. 2551
เวลา



ที่ ศร.0515(0ร).24/ ๐๘๘

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่ 50000

7 มกราคม 2551

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล

ตามที่ท่านประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ได้ขออนุญาตให้นักศึกษาใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิจัย คือ "Thai-Modified Function Living Index Cancer Questionnaire Version 2" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง ความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม The-Modified Function Living Index Cancer Version 2 (T-FLIC2) ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด ชนิด Non-Small Cell

ดิฉันศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุมิตรา ทองประเสริฐ หัวหน้าหน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่ขัดข้องและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าวได้

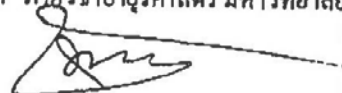
จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

 ทอประเสริฐ (สุวิฐ)

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุมิตรา ทองประเสริฐ)

หัวหน้าหน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



(รองศาสตราจารย์วิระศักดิ์ นพารวงศ์)

หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์

หน่วยมะเร็งวิทยา

โทร. 053-945480

โทรสาร. 053-215600

- ทพ

- สำนักงานหอผู้ป่วยใน
หอผู้ป่วยใน ๒๘, ๒๙

๕ สกสว-

11 ม.ค. 51



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อาคารรัษฎังแวดล้อม ชั้น 3 2 ถนนพรมานน

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร.0-2411-2002 โทรสาร 0-2419-9484

ที่ ศร 0517.02 (ศร)/ 1017

วันที่ ๕ เมษายน 2551

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ด้วย น.ต. หญิง รติรส แผลงภูทอง นักศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การมีอากร กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด” อยู่ในความควบคุมของ รศ.ดร.กนิงนิ พงศ์ถาวรกุล ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็ง ปอดระยะลุกลามที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับยาเคมีบำบัดที่หน่วยปฏิบัติการโลหิตวิทยา (ให้ยาเคมีบำบัด) โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยใช้วิธีส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2551 จนกว่าจะแล้วเสร็จ

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบ การทำวิทยานิพนธ์ ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.กนิงนิ พงศ์ถาวรกุล

โทรศัพท์ 081-297-7487



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อาคารรัษฎาสถิตเวชศาสตร์ ชั้น 3 2 ถนนพหลโยธิน

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร.0-2411-2002 โทรสาร 0-2419-9484

ที่ ศธ 0517.02 (ศร)/ 10/8

วันที่ 21 เมษายน 2551

เรื่อง ขออนุญาตให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย น.ต. หญิง รติรส แผลงภู่อทอง นักศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การมีอาการกลวิจิตร และการทำหน้าตาในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด” อยู่ในความควบคุมของ รศ.ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ดึกผู้ป่วยนอก ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธีสังเกตแบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2551 จนกว่าจะแล้วเสร็จ

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

นพ.จ. ๑๑

(ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล

โทรศัพท์ 081-297-7487



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

ที่ ศร 0517.07/ 9888

วันที่ ๒๕ มิถุนายน 2551

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นาวาตรีหญิงรติรส แผลงภูทอง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ดึกผู้ป่วยนอก ชั้น 7 ด้วยวิธีการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ จำนวน 88 ราย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิจัย เรื่อง “ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด” ความละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินดียินยอมให้ นาวาตรีหญิงรติรส แผลงภูทอง เข้าเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2551 ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์อนุพันธ์ ตันตวงศ์)

รองคณบดี ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

แบบเอกสารที่ RF 13-1

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

กรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.

RLM 036/51

ชื่อโครงการ	ประสบการณ์มีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	น.ต.หญิง รติรส แมลงภูทอง /ป.โท ม.มหิดล / กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP038/51
สถานที่ทำวิจัย	รพ.สมเด็จพระปิยะเกล้า
เอกสารที่รับรอง	☒ โครงการวิจัย ☐ โครงการวิจัยที่ขออนุมัติแก้ไขเพิ่มเติม ☒ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ☒ เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ☐ อื่นๆ.....
รับรองโดย	คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.
วันที่รับรอง	11 ส.ค.51
วันหมดอายุ	10 ธ.ค.51

ลงนาม พล.ร.ต.

(พลเรือตรี เด่นเดชา ปะทุมเพชร)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.

11 ส.ค. 51



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รองคณบดีฝ่ายวิจัย ตึกอำนวยการ ชั้น ๖
โทร.๐๒๔๑๕ ๖๔๐๕-๖

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๗/ ๔๔๓๘

วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๑

เรื่อง ส่งเอกสารรับรองและเอกสารที่เกี่ยวข้องสำหรับโครงการวิจัย

เรียน นาวาตรีหญิงศิริศร เมลงกูทอง

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยของท่าน เรื่อง “ประสบการณ์การมีอากร กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด” รหัสโครงการ 255/2551(EC4) ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2551 ดิฉันจึงขอส่งเอกสารรับรอง, Certificate of Approval (COA), และเอกสารแนบอื่นๆ รวมจำนวน 15 แผ่นมายังท่าน

ขอให้ท่านใช้สำเนาเอกสารที่ประทับตรารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน แล้วท่านนั้นในการดำเนินการวิจัย และหากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการหรือเอกสารใดๆ ก็ตามจะต้องได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และใช้เอกสารที่ได้รับการประทับตรารับรองล่าสุดเท่านั้น (ยกเว้นในกรณีจำเป็นต้องกระทำเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย) เพื่อเป็นการยืนยันความมั่นใจแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยว่าจะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์และสวัสดิภาพในการเข้าร่วมการวิจัย ตามหลักสากลในด้านจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขออำนวยการให้ท่านประสบความสำเร็จในการดำเนินการวิจัย สมความมุ่งหมายเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยา เลิศอรรมณมณี)

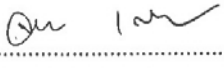
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย		หมายเลข <u>Si 285/2008</u>
ชื่อโครงการภาษาไทย : ประสบการณ์การมีอาการ กลวิจจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด		
รหัสโครงการ	: 255/2551(BC4)	
หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด :	นางวราตรีหญิงรติรส แผลงภูทอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
สถานที่ทำวิจัย	: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	
เอกสารที่รับรอง :	1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับวันที่ 10 มิถุนายน 2551 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับวันที่ 10 มิถุนายน 2551 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับวันที่ 10 มิถุนายน 2551 4. แบบสอบถาม ฉบับวันที่ 10 มิถุนายน 2551	
วันที่รับรอง	: 12 มิถุนายน 2551	
วันหมดอายุ	: 11 มิถุนายน 2552	
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).		
ลงนาม		17 มิถุนายน 2551
	(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงรติรส แผลงภูทอง) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	วันที่
ลงนาม		20 มิถุนายน 2551
	(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์) คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	วันที่

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

คำชี้แจง : ขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ หน้าข้อความหรือเติม
คำลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลตามความเป็นจริง

1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. ท่านนับถือศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม
☐ อื่นๆ ระบุ

4. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่ (แต่งงานหรืออยู่ด้วยกัน) ☐ หม้าย/หย่า/แยก

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมต้น
☐ มัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ☐ อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ อื่นๆ ระบุ

6. อาชีพก่อนการเจ็บป่วย

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง ☐ ธุรกิจ/ค้าขาย
☐ เกษตรกรรม ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ อื่นๆ ระบุ

อาชีพปัจจุบัน

☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง ☐ ธุรกิจ/ค้าขาย
☐ เกษตรกรรม ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ อื่นๆ ระบุ

7. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท

8. ความเพียงพอของรายได้

☐ เพียงพอและมีเหลือเก็บ ☐ เพียงพอไม่เหลือเก็บ
☐ ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ☐ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

9. การชำระค่ารักษาพยาบาล

- ☐ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ เสียค่ารักษาเอง ☐ ประกันสังคม
☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันชีวิต ☐ อื่นๆ ระบุ

10. ลักษณะการอยู่อาศัย

- ☐ อยู่คนเดียว ☐ อยู่กับครอบครัว (สามี/ภรรยา/บุตร/บิดา/มารดา)
☐ อยู่กับญาติ ☐ อยู่กับเพื่อน ☐ อื่นๆ ระบุ

11. บุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือท่าน เมื่อเดินทางมารับการตรวจรักษา

- ☐ ไม่มี ☐ มี/เกี่ยวข้องเป็น

12. ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษาครั้งนี้

- ☐ น้อยกว่า 3 ชั่วโมง ☐ 3-5 ชั่วโมง
☐ มากกว่า 5 ชั่วโมง โปรดระบุ ชั่วโมง

2 : ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (สำหรับผู้วิจัย)

1. โรคประจำตัวอื่นๆ

- ☐ เบาหวาน ☐ หอบหืด ☐ โรคความดันโลหิตสูง
☐ โรคถุงลมโป่งพอง ☐ โรคไต ☐ อื่นๆ ระบุ

2. การรักษาหรือยาที่ได้รับในปัจจุบัน

3. ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดเมื่อ เดือน พ.ศ.

4. Stage

- ☐ 3B ☐ 4

5. วันที่เริ่มการรักษา เดือน พ.ศ.

6. ครั้งนี้เป็นครั้งที่

7. ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน

.....

ยาเคมีบำบัดที่เคยได้รับก่อนชุดปัจจุบัน
ครั้งที่ 1

" 2

" 3

" 4

" 5

☐ cisplatin ☐ carboplatin

☐ docetaxel ☐ paclitaxle

☐ gemcitabine ☐ vinorelbin

☐ etoposide ☐ irinotecan

☐ อื่นๆ

Targeted therapy

☐ iressa® (gefitinib)

☐ tarceva® (erlotinib)

แบบบันทึกอาการ

วิธีการกรอกข้อมูล : ข้อความข้างล่างนี้ เป็นรายการอาการจำนวน 32 อาการ กรุณาพิจารณาเพื่ออาการ หากท่านมีอาการได้ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ตรงตัวเลขในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการหรืออาการบรรเทาจนมากเพียงใดที่กำหนดให้ **ให้กรอกข้อมูล** หากท่าน **ไม่**มีอาการได้ กรุณาทำเพียงเครื่องหมาย (-) ในช่อง “ไม่มีอาการ” และไม่ต้องระบุค่าตอบในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจ

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังข้างล่างนี้หรือไม่?	ไม่มีอาการ (-)	ถ้ามี				ถ้ามี				อาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน/ทุกข์ใจหรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
		ท่านเกิดอาการบ่อยเพียงใด				อาการมีรุนแรงมากเพียงใด								
		น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้างมาก	มาก
1. ขาดสมาธิหรือมีความลำบากในการรวบรวมสมาธิ (คิดช้า หลงลืมง่าย ใจไม่จดจ่อกับสิ่งที่ทำ)		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. ปวด		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. ไอ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. รู้สึกกระวนกระวาย		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. ปากแห้ง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. คลื่นไส้		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. รู้สึกง่วงนอน/เซื่องซึม		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. ขาดสมาธิหรือความสนใจ/เบื่อหน่าย		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมี อาการดังข้างล่างนี้หรือไม่?	ไม่มี อาการ (-)	ถ้ามี				ถ้ามี				อาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน/ทุกข์ใจ หรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
		บ่อย มาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิด ตลอด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้าง มาก	มาก
10. นอนไม่หลับ หรือนอนหลับ ยาก		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. รู้สึกวิตกกังวล/วิตกกังวลเหมือนมีลม ในท้อง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. มีปัญหาเวลาขับถ่าย ปัสสาวะผิดปกติ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. อารมณ์		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. หายใจไม่เต็ม/หายใจสั้น		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. ท้องเสีย		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. รู้สึกสับสน		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. เหนื่อย/เหนื่อยผิดปกติ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. กังวล/กลัว		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. มีปัญหาเกี่ยวกับความต้องการ ทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. ต้นตอร่างกาย		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมี อาการดังข้างล่างนี้หรือไม่ ?	ไม่มี อาการ (-)	ถ้ามี				ถ้ามี				ถ้ามี				ถ้ามี ถ้ามี
		ท่านเกิดอาการบ่อยเพียงใด				อาการมีรุนแรงมากเพียงใด				อาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน/ทุกข์ใจ หรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
		น้อย มาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิด ตลอด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้าง มาก	
21. ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. เวียนศีรษะ/เป็นศีรษะ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. กลืนลำบาก		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. หงุดหงิด/โมโหง่าย		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25. เหนื่อย/ในช่องปาก		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
26. ลิ้นรับรสชาติเปลี่ยนแปลง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
27. น้ำหนักลด		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
28. ผมร่วง		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29. ท้องผูก		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
30. บวมบริเวณแขน/ขา		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
31. มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม หรือเปลี่ยนแปลงไป		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32. ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (อาจเป็นบางที่หรือทั่วร่างกาย)		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33. อื่นๆ ระบุ		1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4

แบบสัมภาษณ์กลวิธีจัดการกับอาการ

คำชี้แจง : ให้อ่านช่วยเล่าวิธีการจัดการกับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน (โดยผู้วิจัยนำอาการมาเรียงตามลำดับตามที่ผู้ป่วยระบุในแบบประเมินอาการว่ารบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อาการ)

แนวคำถามในแต่ละข้อ

- 1.ท่านมีวิธีการจัดการกับอาการนั้นอย่างไรบ้าง โดยเป็นวิธีการที่ท่านเคยปฏิบัติหรือปฏิบัติในปัจจุบัน
- 2.ผลลัพธ์ของวิธีการนั้นเป็นอย่างไร
- 3.หากท่านมีวิธีการจัดการหลายวิธีให้ระบุวิธีที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

อาการที่ 1.

วิธีการจัดการกับอาการ

.....

ผลลัพธ์.....

อาการที่ 2.

วิธีการจัดการกับอาการ

.....

ผลลัพธ์.....

อาการที่ 3.

วิธีการจัดการกับอาการ

.....

ผลลัพธ์.....

อาการที่ 4.

วิธีการจัดการกับอาการ

.....

ผลลัพธ์.....

อาการที่ 5.

วิธีการจัดการกับอาการ

.....

ผลลัพธ์.....

แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่

คำชี้แจง : แบบประเมินชุดนี้ต้องการทราบภาวะการทำหน้าที่ของท่าน โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ โดยอ่านข้อความแล้ว ทำเครื่องหมายวงกลม ☐ ล้อมรอบตัวเลขหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. คนส่วนมากมักมีความรู้สึกซึมเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิดกับโรค สำหรับท่านมีความรู้สึกเหล่านี้บ่อยแค่ไหน

(0) ตลอดเวลา

(1) เกือบตลอดเวลา

(2) นานๆ ครั้ง

(3) ไม่เคยเลย

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกอย่างไร

(0) ไม่สบายเลย

(1) สบายดี

(2) สบายมาก

(3) สบายมากที่สุด

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สกุล	น.ต.หญิงรติรส แผลงภูทอง
วัน เดือน ปีเกิด	5 ตุลาคม พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พ.ศ. 2541 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552
ทุนวิจัย	ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ โทรศัพท์ 081-420 9355 E-mail: rati24@gmail.com