

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

นางสาวขวัญจิรา ถนอมจิตต์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH
LUNG CANCER

Miss Kwanjira Tanomjit

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยมะเร็งปอด

โดย

นางสาววิญจิรา ถนนอมจิตต์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด.
(SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH
LUNG CANCER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร. สุวีพร ชนศิลป์, 211 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งปอด จำนวน 193 คนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89, .92, .71, .83, .94 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=73.01$, $SD=15.44$)
2. ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวม ความต้องการการดูแลสนับสนุนด้านร่างกาย ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความปวดและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 43 ($R^2 = .43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....
ปีการศึกษา.....2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377554836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : QUALITY OF LIFE / PAIN / FATIGUE / DYSPNEA / ANXIETY / DEPRESSION / SUPPORTIVE CARE NEEDS / LUNG CANCER PATIENTS

KWANJIRA TANOMJIT : SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LUNG CANCER. ADVISOR : ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 211 pp.

The purposes of this study were to examine the relationships and predictors between type of lung cancer, pain, fatigue, dyspnea, anxiety, depression, supportive care needs and quality of life of lung cancer patients. Participants included 193 lung cancer patients from three hospitals in Bangkok . Data were collected by using seven instruments: Demographic data form, EORTC QLQ C-30 Questionnaire, Brief Pain Inventory, Fatigue Appraisal, Cancer Dyspnea Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale and The Supportive Care Needs Survey -Short Form 34. All instruments were tested for content validity and reliability. Cronbach’s alpha coefficients for the scales were .89, .92, .71, .83, .94 and .92, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson’s product moment correlation coefficient, Eta Correlation Coefficient and Stepwise multiple regressions. The research results were as follows:

1. Quality of Life of lung cancer patients was at the High level (\bar{X} =73.01, SD =15.44)

2. Type of lung cancer, fatigue, dyspnea, anxiety, depression and supportive care needs, supportive care needs of physical and daily living needs, supportive care needs of psychologic needs and supportive care needs of sexuality needs were significantly related to quality of life of lung cancer but pain, supportive care needs of health system and information needs and supportive care needs of patients care and support needs were not significantly related to quality of life of lung cancer patients.

3.The depression (β =-.52), dyspnea (β =-.28), fatigue(β =-.30), and supportive care needs (β =-.14)($P < .05$) were the significant predictors and together accounting for 43 percent of the variance to quality of life of lung cancer patients($R^2 = .43$; $p < .05$).

Field of Study : Nursing Science.....Student’s Signature.....

Academic Year : 2011.....Advisor’s Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร
ชนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ Dr. Violeta Lopez ที่ได้ให้คำปรึกษาและแนวทางที่เป็น
ประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงมา
 ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์
และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ
ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่
ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมถึงเจ้าหน้าที่และ
บุคลากรของ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ
โรงพยาบาลตำรวจ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและดำเนินความสะดวกในทุก ๆ ด้านในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ที่ขาดไม่ได้ที่ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณอย่างสูงคือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดทุก
ท่านที่กรุณาสละ เวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ ขอขอบคุณเพื่อนร่วม
รุ่นทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องและเป็นอีกแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการทำ
วิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สำเร็จ

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ແ່မ်ซິ้น บุญยชาติ ผู้เป็นทุกสิ่งทุกอย่างของ
ผู้วิจัยที่คอยให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่าน
ที่มีได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	7
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
1.5 สมมติฐานการวิจัย.....	11
1.6 ขอบเขตของการวิจัย.....	11
1.7 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
1.8 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	14
บทที่ 2 ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด.....	17
2.2 ผู้ป่วยมะเร็งปอดและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดในปัจจุบัน.....	26
2.3 บทบาทของพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	29
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	32
2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบ สนับสนุน กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง.....	43
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	79
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	83

	หน้า
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	84
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	84
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	85
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	99
3.4 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	100
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	103
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	123
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	124
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	125
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	139
รายการอ้างอิง.....	121
ภาคผนวก.....	138
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	139
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	141
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและ เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง.....	151
ภาคผนวก ง จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ วิจัย และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บ ข้อมูลวิจัย.....	176
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	196

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงวิธีการให้คะแนนในการคิดคำนวณคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิต.....	80
2 แสดงเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิต.....	80
3 แสดงค่าความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม.....	80
4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งปอดจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพการอยู่อาศัย ระยะของโรค ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดที่เป็น ชนิดของการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย.....	90
5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	95
6 แสดงจำนวนและ ร้อยละ ของความปวด.....	98
7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อาการปวดของผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	99
8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	100
9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	101
10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของ ผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	102
11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ ผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	103
12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอดกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	105
13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจ ลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับ คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด.....	105
14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการ ถดถอย ค่าอำนาจการพยากรณ์ (R ²) ค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น(R ² Change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดเมื่อใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) ..	109
15 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนน มาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ พยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปร โดย ใช้วิธีขั้นตอน(Stepwise).....	110

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	77

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ซึ่งพบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในช่วง พ.ศ. 2547 – 2552 พบอัตราการตายคิดเป็น 81.30, 81.40, 83.10, 84.90, 87.60 และ 88.34 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม ซึ่งพบเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย ร้อยละ 23.6 และอันดับ 4 ในเพศหญิงร้อยละ 7.10 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) จากการเก็บรวบรวมสถิติพบว่าสาเหตุการตายจากมะเร็งปอดมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในปี 2551 พบว่ามีอัตราการตายถึง 8,565 คนต่อประชากร 100,000 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงานสูงถึง 3,130 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จากการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2554 พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมดเป็นชนิดที่ไม่ใช่เซลล์เล็ก Non - small cell lung cancer (NSCLC) และผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกเพียงร้อยละ 0.25 เท่านั้น ที่มาพบแพทย์ ซึ่งในจำนวนนี้มีโอกาสหายเพียงร้อยละ 30 ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะที่ 4 สูงถึงร้อยละ 53.20 เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดภายใน 1-2 ปี (Bonomi et al., 1990) ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีพยากรณ์ของโรคที่แย่มากและอัตราการรอดชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับการรักษาในระยะแรกซึ่งมีโอกาสหายได้ โรคมะเร็งปอดและการรักษาส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านเศรษฐกิจอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และยังคงเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ครอบครัวมีภาระหนักมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว (ฉันทญา ตรีภูริเดชและนารี ชื่นคล้าย, 2555)

ดังนั้นเมื่อคุณภาพชีวิตต่ำลงในผู้ป่วยมะเร็งปอดย่อมส่งผลให้การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการในมิติต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ย่อมส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ท้อแท้และสิ้นหวัง (Zebrack, 2001) ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตจึงถูกนำมาใช้ในการพยากรณ์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยหลายโรครวมถึงผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งจากการศึกษาของ Movsas et al.(2009) พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มี

คุณภาพชีวิตต่ำร้อยละ 70 มีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีคุณภาพชีวิตสูง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการตอบสนองตามมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตแล้ว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีศักยภาพ และมักจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่คุณภาพชีวิตต่ำ (พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร, 2553)

เมื่อก้าวถึงคุณภาพชีวิต พบว่ามีลักษณะเป็นนามธรรมและมีความหมายที่กว้าง การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจหมายถึงความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติ หรืออาจใช้ความหมายเดียวกับความผาสุกก็ได้ ซึ่งสามารถอธิบายผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ 5 ด้าน คือ หน้าที่ทางด้านร่างกาย หน้าที่ทางด้านบทบาท หน้าที่ด้านการรับรู้ หน้าที่ด้านอารมณ์ และหน้าที่ด้านสังคม (Aronson, 1988) ซึ่งจากการศึกษา Tanaka et al. (2002) และ Coups et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้นเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งจากตัวโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางการแพทย์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดการเป็นโรคมะเร็งปอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ryan (1996) พบว่า การรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งอาจเพิ่มความทุกข์ทรมานทางอาการของผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายการลดลงของคุณภาพชีวิตผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ การรับรู้ อารมณ์ และสังคมตามแนวคิดของ Aronson (1988) พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นอาการทางกายหรือจิตใจ ส่งผลต่อการลดลงของการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งสิ้น และมีผลต่อการดำเนินชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงจากอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด ถึงร้อยละ 50 -87 (Dudgeon et al., 2001; Smith et al., 2001; Chan et al., 2007; Henoch et al., 2007) และตัวเลขนี้จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง (Dudgeon, 1998) สำหรับการลดลงของการทำหน้าที่ด้านอารมณ์พบว่า ความวิตกกังวลเป็นอาการทางจิตใจที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 84 จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องเผชิญโรคที่มีความก้าวหน้าอย่างรุนแรงและรวดเร็ว (Montazeri et al, 1998) เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้า ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 33 มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ก่อนการรักษาและยังคงอยู่ตลอดการเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 50 และจะเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือข้อจำกัดในการการทำงาน (Hopwood and Stephens, 2000) สำหรับการลดลงของการทำหน้าที่ด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะมีปฏิกิริยาทางจิตสังคมต่อการเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยเข้าสู่ขั้นตอนของปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรม (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2554) ซึ่ง

ในแต่ละระยษณั้ในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เท่ากัน ซึ่งจากการศึกษาของ Vos et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่มีพฤติกรรมที่เรียกว่าการปฏิเสธ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการแยกตัวออกจากสังคมและมีการทำหน้าที่ทางด้านสังคมไม่ดี ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยวและหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตัวเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นและอนาคตที่ยังมาไม่ถึง รวมถึงการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งจากการศึกษาของ McManus (2003) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดภายหลังการผ่าตัดเนื้อร้ายและปอดบางส่วนออกไปพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการเข้าร่วมสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ (Mardal et al., 2003) ซึ่งอาจจะเกิดจากการถูกจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่างที่มีผลต่อการทำหน้าที่เกี่ยวกับการหายใจ จะเห็นได้ว่าการลดลงของการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งปอดถึงร้อยละ 55 (Tanaka et al., 2002) เมื่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงมีรายงานถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Hopwood and Stephens , 2000) และสอดคล้องกับหลายการศึกษา พบว่า การทำหน้าที่ทางด้านอารมณ์ที่ผิดปกตินั้นส่งผลกระทบต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Sarna et al., 2005; Fow and Lyon, 2006; Henoeh, 2007; Rolke et al., 2008, Lopez et al., 2010) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mohan et al. (2007) พบว่า การทำหน้าที่ทางร่างกาย บทบาทและกระบวนการคิดรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งปอด($p < 0.05$)

นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการมากมายทั้งจากโรคและการรักษาไม่ว่าจะเป็น อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการท้องผูก หรือปัญหาทางการเงิน อาการและปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ ซึ่งจากการศึกษาของ Sarna (1993) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับ ความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งปอด พบว่า ความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ พบว่า ความทุกข์ทรมานทางอาการสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตร้อยละ 53 ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mohan et al. (2007) ศึกษาผลกระทบของพื้นฐานทางคลินิกและอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า อาการที่สะสมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะหายใจลำบากมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ (Heedman and Strang, 2002) ซึ่งบุคคลที่เป็นโรคมะเร็งปอดกล่าวถึง ภาวะหายใจลำบาก

ว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัวและมีการจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงาน (Brown et al., 1986; O'Driscoll et al., 1999) ซึ่งภาวะหายใจลำบาก เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวกับประสบการณ์ความไม่สุขสบายและความยากลำบากในการหายใจ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ และส่งผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตอย่างมาก (Bonnichon, 2008; Rosenbaum, 2006) จากการศึกษาของ Smith (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหายใจลำบากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ภาวะหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต สำหรับความปวด พบว่า ความปวดเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา สำหรับการศึกษาค้นคว้าของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความปวดร้อยละ 40 ซึ่งอาการปวดนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งปอด ร้อยละ 27 และเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย ๆ ของชีวิต ร้อยละ 76 ซึ่งจากการศึกษาของ Hsu et al. (2003) พบว่า อาการปวดจากโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong and Fielding (2007) ที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชาวจีนจำนวน 1,202 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการปวดส่งผลกระทบต่อคุณภาพอย่างมาก รวมถึงความเหนื่อยล้า ซึ่งจากการศึกษาอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดของ Genc and Tan (2011) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องประสบกับความเหนื่อยล้ามากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chan et al. (2007) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจะมีความเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 93 ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความเหนื่อยล้าที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 99.50 คือ การได้รับยาเคมีบำบัด (สาคร หับเจริญและชลธิชา ปาน โป, 2554) การได้รับยาเคมีบำบัดยังส่งผลให้เกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นนี้เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sarna, 1993) สำหรับการศึกษานี้ของ Vena et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดถูกรบกวนการนอนหลับจากภาวะหายใจลำบาก 10 ปี สภาวะบ่อยในช่วงกลางคืน หรือถูกทำให้ตื่น ซึ่งการรบกวนการหลับคืนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าจากผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการและได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้น

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดในปัจจุบันเริ่มให้ความสนใจและกล่าวถึงการให้การพยาบาลแบบองค์รวมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนมีการนำศาสตร์อื่น ๆ เข้ามาสอดแทรกในการปฏิบัติดูแลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็ง

ปอดสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2555) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลเป็นคนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์และเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด (Bischoff et al., 2009) แต่ในความเป็นจริงประเทศไทยยังประสบกับปัญหาความคลาดเคลื่อนพยาบาลในปัจจุบัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะงานพยาบาลเป็นงานบริการทางสุขภาพที่ต้องดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย บาดเจ็บ ให้ฟื้นคืนอันตรายจนเข้าสู่สภาวะปกติ โดยมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การทำงานต้องใช้ทั้งความรู้ความสามารถ ทักษะ ความรับผิดชอบและความอดทนกับบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชั้นและทุกสังคม โดยเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งจากตัวโรคและการรักษา การที่ต้องพบกับบุคคลหลายประเภท หลายอารมณ์ทั้งของผู้ป่วยและญาติ นับเป็นการระอันทหนักหน่วง (ทัศนา บุญทอง, 2533 อ้างถึงใน ชะไมพร ธรรมวาที, 2541) และเมื่อพยาบาลขาดแคลนทำให้พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมากตลอดระยะเวลาการทำงาน ต้องทำงานหนักแข่งขันกับเวลาอาจส่งผลให้เกิดความเครียด การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่กระตือรือร้น ละเลยผู้ป่วย คุณภาพของงานและการบริการย่อมลดลง มีผลทำให้ประสิทธิภาพของงานลดลง (Maslach, 1982 อ้างถึงใน ชะไมพร ธรรมวาที, 2541) ซึ่งปัญหาที่พบในการพยาบาลในปัจจุบัน พบว่า ถึงแม้ว่าพยาบาลจะให้การดูแลด้านจิตสังคมเพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดแต่ทางกายแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุม (บุญวาทิ และจรัสศรี, 2540 อ้างถึงในจันทร์ทิรา เจริญชัย, 2555) สอดคล้องกับ กฤษณา แสงดี (2555) ที่กล่าวว่า ประเด็นปัญหาในปัจจุบันที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังคือ ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ประกอบกับจำนวนพยาบาลที่ขาดแคลน การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมุ่งประเด็นไปที่ด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ และบางครั้งการดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปในรูปแบบทำเป็นประจำ (Routine) จึงอาจมองข้ามความต้องการของผู้ป่วยไป จึงส่งผลให้การดูแลสนับสนุนอาจไม่ครอบคลุมทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจากการศึกษาของรุจิรัตน์ ผัดวัน (2551) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 88 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอด มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสูงที่สุดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและการช่วยเหลือ และด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งความต้องการที่เกิดขึ้นนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตนมีความต้องการย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต เกิดความทุกข์ทรมานไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เกิดความไม่พึงพอใจและ

การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันมุ่งเน้นแต่การดูแลด้านร่างกาย มากกว่าด้านจิตใจ และบางครั้งบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ได้สะท้อนให้เห็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยเฉพาะความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ หรือความต้องการด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการดูแลไม่ครบทุกด้าน ทำให้ไม่เกิดการดูแลที่เป็นแบบองค์รวม (รุจิรัตน์ ผัดวัน, 2551) ดังนั้นการประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นและสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการและเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Bonevski et al., 2000)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความทุกข์ทรมานทั้งจากทางอาการ การรักษา และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่มาก ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ ส่งผลกระทบถึงความสามารถในการประกอบอาชีพ ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคม และประเทศตามมา นั่นคือการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในทุกด้านที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้น (Tulman, Fawcett and McEvay, 1991; World Cancer Congress, 2006; Sama and Brecht, 1997 cited in Fan et al., 2007; Coups et al., 2009) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้นยังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Sama et al., 2005; Akin et al., 2010; Cai et al., 2011; Xioline, 2002) ดังนั้นการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นั้นจะต้องดูแลตั้งแต่การป้องกัน การคัด้นหามะเร็งปอดในระยะเริ่มแรก เมื่อได้รับการวินิจฉัย พยาบาลจะต้องดูแลเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งการดูแลนี้ต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หาแนวปฏิบัติการพยาบาลและทำวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและสร้างองค์ความรู้ใหม่ และนำไปสู่การปฏิบัติการในคลินิกเพื่อให้ได้การบริการที่ดีที่สุด ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (อุบล จ้วงพานิช, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งหลายงานแต่ไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ทั้งหมดเนื่องจากความแตกต่างของตำแหน่งของโรค การรักษา และในหลายการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งปอดวิจัยผู้ใหญ่พบว่ามีความทุกข์ทรมานในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่ง

เสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ (Cooley, 2000) สำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดมีเพียงเล็กน้อย มีเพียงการศึกษาของ Xioline (2002) ที่เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดและการศึกษาของนงลักษณ์ สรรสมและสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวนเพียงเล็กน้อยและไม่ได้แยกระดับคุณภาพชีวิตตามชนิดของโรคมะเร็งไว้ จึงไม่สามารถนำมาอ้างอิงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ทั้งหมด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิต ระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รวมถึงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ในบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการแพทย์ของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถเผชิญกับโรคที่เป็นและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำถามการวิจัย

- 1.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอย่างไร
- 2.ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอย่างไร
- 3.ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดหรือไม่ อย่างไร
- 4.ปัจจัยที่ศึกษาเหล่านี้ (ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม)ปัจจัยใดบ้างที่มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของมะเร็งปอด อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
2. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
4. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิต มีลักษณะเป็นนามธรรมและมีความหมายที่กว้าง การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจหมายถึง ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติ หรืออาจใช้ความหมายเดียวกับความผาสุกก็ได้ (Aronson, 1988) ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Aronson (1988) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย การแสดงออกตามหน้าที่ คือ หน้าที่ทางด้านร่างกาย หน้าที่ทางด้านบทบาท หน้าที่ด้านการรับรู้ หน้าที่ด้านอารมณ์และหน้าที่ด้านสังคม การรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการและปัญหาจากการรักษาโรคมะเร็ง รวมถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมซึ่งเป็นการรับรู้ประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้การทบทวนงานวิจัยของ Lopez et al.(2010) ส่วนหนึ่งและเพิ่มเติมการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งจากการศึกษาของ Lopez et al.(2010) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 130 คน ซึ่งประกอบด้วย การทำหน้าที่ของปอด ภาวะหายใจลำบาก ความวิตกกังวล และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยดังกล่าว ยกเว้น การทำหน้าที่ของปอด เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดของ Lopez et al. (2010) พบว่าการศึกษาการทำหน้าที่ของปอดส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง

และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งงานวิจัยที่ได้ไม่สามารถนำมาอ้างอิงในผู้ป่วยมะเร็งปอดได้เนื่องจากความแตกต่างของพยาธิสภาพของโรค ซึ่งสำหรับตัวแปรที่ผู้วิจัยคัดสรรมาใช้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปอดแต่ละชนิดจะมีการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษาแตกต่างกันด้วย จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของ Xioline (2002) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก ดังนั้นชนิดของเซลล์มะเร็งปอดน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

อาการปวด เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับอันตรายทั้งจากตัวโรคและการรักษาซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดรู้สึกไม่สุขสบายอย่างมาก สำหรับการศึกษาค้นคว้าของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการปวดร้อยละ 40 ซึ่งอาการปวดนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 27 และเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย ๆ ของชีวิตสูงถึง ร้อยละ 76 ซึ่งสาเหตุหลักของอาการปวดในมะเร็งร้อยละ 73 เกิดจากตัวโรคมะเร็งและร้อยละ 11 จากการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งตำแหน่งของอาการปวดที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ เจ็บหน้าอก (ร้อยละ 25) และหลังส่วนเอว (Mercadante, Armata, and Salvaggio, 1994; Tanaka et al., 2002; Potter and Higginson, 2004) จึงมีรายงานว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการปวดมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Wang et al., 1999; Ferrell, 1999; Anie, Steptoe, and Bevan, 2002; Hsu et al., 2003; Wong and Fielding 2007) ดังนั้นความปวดน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

ความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องเผชิญผลกระทบที่เกิดจากโรค และผลข้างเคียงจากการรักษาอย่างมากมาย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา อาจใช้วิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน จึงมีรายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องประสบกับความเหนื่อยล้ามากที่สุด (Genc and Tan, 2011) ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด (Visser and Smets, 1998; Fox and Lyon, 2006) ดังนั้นความเหนื่อยล้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

อาการหายใจลำบาก เป็นปัจจัยของผลกระทบทางอาการด้านร่างกายซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 50 - 87 (Dudgeon et al., 2001; Smith et al., 2001; Chan et al., 2007; Henoch et al., 2007) ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากจึงมีรายงานถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Hopwood

and Stephens, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดของ smith et al. (2001) และ Lopez et al. (2010) พบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นอาการหายใจลำบากจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลในด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาของ Kuo and Ma (2002) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีความวิตกกังวลและกลัว ตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดของ Montazeri et al. (1998) ที่พบว่า ความวิตกกังวลเป็นอาการทางจิตใจที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยมะเร็งปอดสูงถึงร้อยละ 84 จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องเผชิญโรคที่มีความก้าวหน้าอย่างรุนแรงและรวดเร็ว และผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความวิตกกังวลมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ดังนั้น ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่มักเกิดควบคู่กับความวิตกกังวล การศึกษาจำนวนมากในผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังจากการได้รับการวินิจฉัยไม่นาน ในอัตราสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hyodo et al., 1999; Hopwood and Stephens, 2000) ซึ่งจากการศึกษาของ Berard, Boermeester, and Viljoen (1998) พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอด มีรายงานการเกิดมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหดหู่ สิ้นหวังเมื่อภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากยิ่งขึ้นจะส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะซึมเศร้ามีรายงานถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sarna et al., 2005; Fow and Lyon, 2006) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เป็นความปรารถนาของบุคคลที่จะได้รับการดูแลแบบสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา (Bonevski et al., 2000) ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องประสบกับอาการทุกข์ทรมานตลอดการเป็นโรคมะเร็ง (Tanaka et al., 2002; Fow and Lyon, 2006; Coups et al., 2009) จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลเกิดความไม่สมดุล (สุชา จันทรเฒ, 2538)และมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นด้านด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและช่วยเหลือ ด้านเพศสัมพันธ์ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Bonevski et al, 2000) ซึ่งความต้องการนี้เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่จะได้รับการตอบสนองจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวหรือเพื่อน (Centre for Health Research &

Psycho-Oncology, 2003) จากรายงานการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดยังมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับสูงในทุกด้าน (รุจิรัตน์ ศักดิ์วัน, 2551) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Lopez et al., 2010; Uchida et al., 2010) ดังนั้นความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานได้ดังนี้

1. มะเร็งปอดชนิด Non small cell lung cancer มีค่าเฉลี่ยมากกว่า มะเร็งปอดชนิด Small cell lung cancer และชนิดของเซลล์มะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

2. อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3. ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของชนิดของเซลล์มะเร็งปอด อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดทุกระยะ ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 3 แห่ง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวแปรที่ศึกษา

ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งปอด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีเนื้องอกชนิดร้ายแรงเกิดขึ้นที่ปอดทั้งชนิดเซลล์เล็กและไม่ใช้เซลล์เล็ก ซึ่งก่อนเนื้องอกนี้มีการเจริญเติบโตผิดปกติ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด หมายถึง ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติ หรืออาจใช้ความหมายเดียวกับความผาสุกก็ได้ อธิบายผ่านความสามารถในการกระทำหน้าที่ 5 ด้าน คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ และการทำหน้าที่ด้านสังคม (Aaronson, 1988) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC QLQ-C30) ของ EORTC (Aaronson et al., 1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย Silapakit et al. (2006) คัดคะแนนเฉพาะด้านการทำหน้าที่ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่สูง

ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด หมายถึง ชนิดเซลล์มะเร็งที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งต่าง ๆ ของปอด ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ เป็น 2 ชนิด คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่ใช่เซลล์เล็ก (Non - small cell lung cancer ; NSCLC) และมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer; SCLC)

อาการปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายจากเนื้อเยื่อถูกทำลายเนื่องจากตัวโรคและการรักษา ซึ่งเป็นการรับรู้ความรุนแรงของความปวด โดยใช้แบบประเมินอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Brief Pain Inventory; BPI; shortform) ของ Cleeland and Ryan (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย พงศ์การดี เจาทะเกษตริน (2009) ซึ่งใช้เฉพาะส่วนที่เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการปวดคะแนนรวมมาก หมายถึง มีระดับความปวดในระดับสูง

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย หดท้อ ล้า ไม่สุขสบาย อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยมีสาเหตุจากทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถบรรเทาอาการด้วยการนอนหลับพักผ่อนได้ ส่งผลให้บุคคลทำกิจกรรมลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Fatigue Appraisal ของ Lareau, Meek and Roos (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และคณะ (inprocess) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับสูง

อาการหายใจลำบาก หมายถึง ภาวะซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามหรือใช้แรงในการหายใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สบายของผู้ป่วยมะเร็งปอดต่อความยากลำบากในการหายใจ เพื่อเอาอากาศเข้าสู่ร่างกาย ผ่านการรับรู้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกไม่สบาย โดยใช้แบบประเมินอาการหายใจลำบาก The Cancer Dyspnea Scale (CDS) ของ Tanaka et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และคณะ (inprocess) คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบากในระดับสูง

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รู้สึกตึงเครียด มีความไม่สบาย รู้สึกหวาดกลัวและหวาดหวั่นกับเหตุการณ์ หรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นขณะนั้น รวมถึงความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยจากที่ไม่ทราบว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งปอดในอนาคตทั้งที่เกิดจากตัวโรคและผลกระทบจากการรักษา โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ (2539) เฉพาะส่วนความวิตกกังวลคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ซึ่งนำไปสู่ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกาย และ/หรือ พฤติกรรม เช่น มีอารมณ์โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต รู้สึกว่าความสุขในชีวิตหายไป พฤติกรรมร้ายแรงหรือสนุกสนานลดน้อยลง รวมถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาที่มีต่อตัวเองด้วย โดยใช้ประเมินจากแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ (2539) เฉพาะส่วนภาวะซึมเศร้าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความปรารถนาของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่จะได้รับการดูแลแบบสนับสนุนในเรื่องต่าง ๆ จากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล รวมถึง ครอบครัว บิดา มารดา สามี ภรรยา ลูก-หลานญาติพี่น้องหรือเพื่อน ซึ่งครอบคลุมในมิติต่อไปนี้

1.ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ (Psychologic needs) เป็นการรับรู้ความต้องการการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในด้านอารมณ์ความรู้สึก และความสามารถทักษะในการเผชิญปัญหา

2.ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (Health system and information needs) เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ในเรื่องของระบบของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการบริหารจัดการกับความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษา เพื่อที่จะทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ผลข้างเคียงของการรักษา ความต้องการเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การรักษาและการดูแลเมื่อมาตรวจตามนัด

3.ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (Physical and daily living needs) เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นและการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

4.ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย (Patient care and support needs) เป็นการรับรู้ความไวจากทีมสุขภาพในการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการให้ทางเลือกในการรักษา

5.ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (Sexuality needs) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพและการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์ภาพทางเพศ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ โดยใช้แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน Supportive Care Needs Survey, Short Form 34 ที่พัฒนาจาก SCNS-LF 56 โดย Boyes , Girgis, and Lecathelinais (2009) แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และคณะ (inprocess) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับสูง

ประโยชน์ที่ได้รับ

- 1.เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
- 2.สามารถนำเอาความรู้ที่ได้มาช่วยในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข โดยเน้นการลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดด้านลบและเพิ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งเรื้อรัง อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระที่สำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้อรัง
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้อรัง
 - 1.2 ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังในปัจจุบัน
 - 1.3 บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต
 - 2.4 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
 - 2.5 บทบาทพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
 - 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งเรื้อรังกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
 - 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
 - 3.2.1 ความหมายของความปวด
 - 3.2.2 องค์ประกอบของความปวด
 - 3.2.3 แบบประเมินความปวด
 - 3.2.4 ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
 - 3.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
 - 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรัง
 - 3.3.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า
 - 3.3.2 องค์ประกอบของความเหนื่อยล้า
 - 3.3.3 แบบประเมินภาวะความเหนื่อยล้า

- 3.3.4 ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอด
- 3.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด
- 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
 - 3.4.1 ความหมายของอาการหายใจลำบาก (Dyspnea)
 - 3.4.2 องค์ประกอบของอาการหายใจลำบาก
 - 3.4.3 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก
 - 3.2.4 อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด
 - 3.4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
- 3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
 - 3.5.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 3.5.3 แบบประเมินความวิตกกังวล
 - 3.5.4 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปอด
 - 3.5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
- 3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
 - 3.6.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 3.6.2 องค์ประกอบของภาวะซึมเศร้า
 - 3.6.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 3.6.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปอด
 - 3.6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด
- 3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
 - 3.7.1 ความหมายของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
 - 3.7.2 องค์ประกอบของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
 - 3.7.3 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
 - 3.7.4 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งปอด
 - 3.7.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
- 4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 5.กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด

มะเร็งปอด เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของมวลมนุษยโลก โดยไม่เลือกหรือจำกัดเพศ เชื้อชาติและภาษา เพียงแต่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับจำนวนของอุบัติการณ์เท่านั้น หลายประเทศ พบ โรคมะเร็งที่ปอดมากที่สุดในบรรดาโรคมะเร็งชนิดต่างๆ และพบว่า มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการเป็นมะเร็งที่ปอดนั้นตรวจพบได้ยาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไปพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตภายในระยะเวลาอันสั้น มะเร็งปอดเป็นโรคร้ายชนิดหนึ่ง ที่เซลล์เยื่อหุ้มหลอดลมปอดได้รับการระคายเคืองมาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ทำให้เกิดการกลายพันธุ์เป็นเซลล์มะเร็ง (กสถานดี สีสถาวรณ, 2541; อาคม เขียรศิลป์, 2542) ได้มีผู้ให้ความหมายของโรคมะเร็งปอดไว้ดังนี้

Ingle (2000) ได้ให้ความหมายของมะเร็งปอด หมายถึง ภาวะที่มีก้อนเนื้อออกซนิคร้ายแรงเกิดขึ้นที่ปอด มักเกิดขึ้นกับเยื่อหุ้มหลอดลมปอด ซึ่งก้อนเนื้อนี้มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว

WHO (2006) กล่าวว่า มะเร็งปอดเป็นโรคที่เซลล์ในเนื้อเยื่อของปอดมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วโดยไม่มีการควบคุม หากไม่ได้รับการรักษาเซลล์ผิดปกติจะสามารถแพร่กระจายออกจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อบริเวณข้างเคียงและส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

วิสุทธิ ล้าเลิศชน (2552) กล่าวว่า มะเร็งปอด คือ การที่เซลล์เยื่อหุ้มหลอดลมปอดได้รับการระคายเคืองมาเป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ทำให้เกิดการกลายพันธุ์เป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งมีทั้งชนิดเซลล์เล็กและไม่ใช่เซลล์เล็ก อาจเกิดในบริเวณหลอดลมใหญ่ใกล้ขั้วปอดหรืออาจเกิดในหลอดลมแขนงเล็ก ๆ ส่วนปลายที่ไกลออกไปจากขั้วปอด

สามารถสรุป ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีเนื้อออกซนิคร้ายแรงเกิดขึ้นที่ปอด ซึ่งก้อนเนื้อนี้มีการเจริญเติบโตผิดปกติ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาก้อนเนื้อที่ผิดปกติจะสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ และทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เป็นอันตรายต่อชีวิตได้

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด

เมื่อพิจารณาจากรายงานการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญทางระบาดวิทยาของมะเร็งปอดตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 พบว่า สาเหตุที่สำคัญของโรคมะเร็งปอด (อาคม เขียรศิลป์, 2542) คือ

1. การสูบบุหรี่ สำหรับการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปอดหญิงของ Sarna (1995) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดหญิงจำนวน 217 คน มีประวัติการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 87 และร้อยละ 99 ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่อยู่ขณะได้รับการวินิจฉัย มีหลายงานวิจัยที่ยืนยันว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งปอดถึงร้อยละ 85 เนื่องจากสารหลายชนิดที่อยู่ในควันบุหรี่ จะทำให้

เกิด DNA Adduct และ Mutation (กสานต์ สีตลารมณ, 2541; อาคม เขียรศิลป์, 2542) ซึ่งจากการศึกษาของ Pray (2008) พบว่า สารทาร์ที่อยู่ในบุหรี่ เป็นสารที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด แต่บางงานวิจัยกล่าวว่า ไม่นั่นอนเสมอไป อัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดขึ้นอยู่กับจำนวนบุหรี่ที่สูบและระยะเวลาที่สูบบุหรี่

2. พันธุกรรม (Genetic) ในปัจจุบันมีรายงานจำนวนมากที่บ่งชี้ว่าอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับสารพันธุกรรม (Ginsberg, Vokes and Adam, 1997; Abeloff et al., 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pray (2008) พบว่า ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมที่มีการกลายพันธุ์ของโครโมโซม มีส่วนเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปอด เนื่องจากการ Metabolite ของสารก่อมะเร็งที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปอด จะไปควบคุมขบวนการถ่ายทอดพันธุกรรมของยีน ผู้ป่วยที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด ผู้ที่มียีนหรือกรรมพันธุ์ที่พร้อมจะกลายพันธุ์ไปเป็นเนื้อร้ายเมื่อเพิ่มปัจจัยในเรื่องการสูบบุหรี่ก็จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปเป็นมะเร็งปอดได้ถึงร้อยละ 30-80

3. สิ่งแวดล้อม พบว่า การหายใจเอาสารบางชนิดเข้าไปบ่อย ๆ เช่น น้ำมันดิน คาร์บอนไฟ หรือโลหะบางชนิด เช่น โครเมียม แคดเมียม โคบอลต์ ซีรีเนียม เงิน เหล็กกล้า ก็อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดได้ จึงมีรายงานพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองมีการป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท สำหรับมลภาวะกับอาชีพนั้นพบว่าผู้ที่ทำงานในเมือง มีการสัมผัสสาร Radon หรือเหมืองใยหิน พบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด (Coporoso et al., 1989) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Lum (2005) พบว่า ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม (Secondhand smoke) ก็ส่งผลให้เกิดมะเร็งปอดได้

4. การเกิดโรคร่วมมีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดได้ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง วัณโรคปอด ซึ่งพบว่า คนไทยที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอด เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อน โรคหนังแข็ง (Scleroderma)

พยาธิสภาพโรคมะเร็งปอด (Mazzone, 2010)

โรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เพียงเซลล์เดียว ที่มีต้นกำเนิดที่ปอด ซึ่งร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์มะเร็งจะไม่ตอบสนองต่อการควบคุมการเจริญเติบโตหรือการซ่อมแซมเนื้อเยื่อตามปกติของร่างกาย มีเจริญเติบโตได้เองโดยไม่ต้องอาศัยปัจจัยจากภายนอกช่วยเหลือ และจะเจริญลุกลามออกนอกขอบเขตของเนื้อเยื่อปอด นอกจากนี้ยังสามารถแพร่กระจายไปตามอวัยวะสำคัญอื่น ๆ ได้ โดยกระจายไปตามระบบน้ำเหลืองหรือระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลให้มีแอนติเจนที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ สำหรับกลไกการเกิดมะเร็งปอด

พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติในปอดไปเป็นเซลล์มะเร็งซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ คือ การผ่าเหล่า (Random mutation) หรือการจัดเรียงตัวใหม่ของยีนส์ (Gene rearrangement) การถูกกระตุ้นหรือเหนี่ยวนำ โดยสารเคมี เช่น Polycyclic aromatic hydrocarbon, Tar และ Aromatic amine เป็นต้น จากปัจจัยกายภาพเช่น รังสี จากการติดเชื้อไวรัส โดยเฉพาะ Oncogenic viruses

กลไกที่เซลล์มะเร็งใช้หลบหลีกการทำลายโดยระบบภูมิคุ้มกัน มีกลไกที่เชื่อว่าทำให้ระบบภูมิคุ้มกันล้มเหลวในการกำจัดเซลล์มะเร็งตั้งแต่แรก กล่าวคือ ระหว่างที่เซลล์มีการเพิ่มจำนวนจะมีการผ่าเหล่า (Mutation) ทำให้เกิดเซลล์บางส่วนที่มีความแตกต่างไปจากเดิม เช่น สร้างแอนติเจนแปลกปลอมได้น้อยลงหรือไม่สร้างเลยหรือสร้างได้แตกต่างไปจากเดิม ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันจดจำเซลล์นั้น ๆ ไม่ได้ เซลล์มะเร็งนั้นก็จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเกิด เป็นโรคมะเร็งได้ เซลล์มะเร็งสามารถขัดขวางการทำงานของระบบ ภูมิคุ้มกันได้หลาย ๆ วิธีเช่น สร้างและปล่อย Tumour antigen ซึ่งสามารถยับยั้งการทำงานของ Macrophage ในการทำลายเซลล์มะเร็งได้ หรือหลั่งสารมายับยั้งการเพิ่มจำนวนของ T lymphocytes เซลล์มะเร็งหลายชนิดสามารถสร้างและหลั่งแอนติเจนแปลกปลอมออกมาในกระแสโลหิตได้ (Tumour markers) ทำให้สามารถตรวจสอบได้โดยวิธีการต่าง ๆ จึงมีประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัย จำแนกชนิดของเซลล์มะเร็ง รวมทั้งใช้ในการติดตามผลการรักษาและการพยากรณ์โรคได้ CA 15-3 พบได้ระดับสูงใน Epithelial malignancies เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปอด

ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด

ในทางคลินิกสามารถแบ่งชนิดของมะเร็งปอดได้ โดยอาศัยข้อมูลจากตำแหน่งโรคมะเร็งที่ปอดมาพิจารณา WHO (1967) ได้แบ่งชนิดของผู้ป่วยมะเร็งปอดทางคลินิกซึ่งเป็นที่นิยมนกันทั่วไป ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่ใช่เซลล์เล็ก (Non - small cell lung cancer ; NSCLC) พบประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมด มักมีการดำเนินโรคที่ช้า ทำให้สามารถตรวจพบในระยะแรกได้มากกว่ามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer; SCLC) ถ้าพบในระยะแรกการรักษาหลักคือ การผ่าตัดเอาก้อนออก อาจเสริมด้วยยาเคมีบำบัดหรือการใช้รังสีรักษา แม้กระนั้นผลการรักษาโดยรวมของมะเร็งปอดชนิดนี้ก็ยังไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากอาจมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้เช่นกัน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิดย่อย (วิสุทธิ ลำเลิศชน, 2552) ได้ดังนี้

1.1 สแควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา (Squamous cell carcinoma) มะเร็งชนิดนี้ส่วนมากพบที่กึ่งปอดข้างขวาบน ขนาดก้อนแตกต่างกันตั้งแต่ก้อนเล็กถึงก้อนใหญ่ส่งผลให้เกิดหลอดลมอุดตัน ถุงลมแพบและเกิดการอักเสบของปอด มักพบในผู้ชายที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดนี้มี

อัตราการรอดชีวิตที่ยืนยาวกว่าชนิดอื่นเนื่องจากการแพร่กระจายอย่างช้า ๆ (WHO, 1967; Ingle, 2000; ชนัญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ, 2542; เอ็มแม สุกประเสริฐ, 2550)

1.2 อะดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) เป็นรูปแบบโดยทั่วไปที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งปอด พบได้ร้อยละ 30-40 ของมะเร็งทั้งหมด เกิดขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิงแม้กระทั่งในรายที่ไม่สูบบุหรี่ โดยจะพบเซลล์มะเร็งชนิดนี้ได้ที่ต่อมสร้างเมือกของปอดหรือถุงลม ซึ่งมีการแพร่กระจายโดยผ่านทางระบบหลอดเลือดและน้ำเหลือง (WHO, 1967; Ingle, 2000; ชนัญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ, 2542; เอ็มแม สุกประเสริฐ, 2550)

1.3 มะเร็งเซลล์ใหญ่ (Large cell carcinoma) พบได้ประมาณ ร้อยละ 10-15 ของมะเร็งปอดทุกชนิด มักจะพบเซลล์ชนิดนี้ที่กลีบปอดข้างขวาบน และสามารถแพร่กระจายได้เร็วมากไปยังต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกาย (WHO, 1967; Ingle, 2000; ชนัญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ, 2542; เอ็มแม สุกประเสริฐ, 2550)

2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer; SCLC) เป็นชนิดที่พบบได้น้อยประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมด ปัจจุบันมีแนวโน้มมากขึ้นโดยเฉพาะประชากรเพศหญิง ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งชนิดนี้คือ การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่พบบริเวณที่หลอดลมใหญ่ข้างขวาของปอดและที่ยอดปอดข้างซ้าย เป็นชนิดที่ร้ายแรงที่สุด มักมีอาการค่อนข้างมากเนื่องจากเป็นชนิดที่สามารถแพร่กระจายได้รวดเร็วมีเพียงร้อยละ 3-12 เท่านั้นที่สามารถทำการผ่าตัดได้ มะเร็งปอดชนิดนี้อาจสร้างสารเคมีบางอย่างทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อที่ผลิตฮอร์โมนในร่างกายได้ด้วย ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาเป็นอย่างดี แต่โอกาสหายขาดยังเป็นไปได้น้อย เนื่องจากประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาพบแพทย์ด้วยอาการของ Metastatic disease เรียกกลุ่มนี้ว่า กลุ่ม Extensive disease มักตรวจพบในผู้ที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่มาก่อน (Inde Pass and Glatstein, 1997; Bonomi et al., 1990; WHO, 1967; Ingle, 2000; ชนัญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ, 2542; เอ็มแม สุกประเสริฐ, 2550; วิสุทธิ์ ลำเลิศชน, 2552)

การแบ่งระยะของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด

การกำหนดขอบเขตของโรคในแต่ละบุคคลในการจัดระดับของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกัน สำหรับการวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ในการรักษาและการพยากรณ์โรค การวินิจฉัยและกำหนดระยะที่ถูกต้องของโรคมะเร็งปอดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการรักษา การเลือกยาที่เหมาะสมและการทำนายอัตราการรอดชีวิต ซึ่งการแบ่งระยะพัฒนาของโรคมะเร็งปอด ที่นิยมใช้กันคือ การจัดระยะของโรคตามระบบ TNM (Tumor, Lymph node, Metastasis classification) ที่เป็นระบบสากลนิยม (International staging system) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Denoix (1946)

การกำหนดระยะของโรคแบบมาตรฐานสากลทั่วโลก มีการพัฒนาและปรับปรุงโดย International Union Against Cancer (UICC) และ The American Joint Committee on Cancer (AJCC) ซึ่งการแบ่งระยะพัฒนาของโรค ที่นิยมใช้กัน คือ การจัดระยะของโรคตามระบบ TNM (Tumor, Lymph node, Metastasis classification) ประกอบด้วย

1. T (Tumor) ขนาดก้อน จำนวนก้อน ตำแหน่งที่ก้อนอยู่

การแปลความหมาย Tx ไม่สามารถประเมินก้อนได้

T0 ไม่มีหลักฐานของก้อน

Tis มะเร็งระยะต้นๆ ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ

T1,2,3,4 ขนาดต่างๆ กันของก้อนจากเล็กไปใหญ่

2. N (Lymph nodes) ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามไป

การแปลความหมาย Nx ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N0 ไม่พบมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง

N1,2,3 มะเร็งเข้าไปในต่อมน้ำเหลือง (จำนวนต่อมและตำแหน่งต่อมที่แพร่ไป)

3. M (Metastasis) การแพร่กระจายของโรคไปที่อวัยวะอื่น

การแปลความหมาย Mx ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้

M0 ไม่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

M1 แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การศึกษาของ Bulzebruck et al. (1992) ได้มีการแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอดที่ชัดเจนจำแนกตามชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ดังนี้

1. มะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก Non-small cell lung cancer

ระยะที่ I มีก้อนมะเร็งเฉพาะที่ปอด ยังไม่มีการแพร่กระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลือง

ระยะที่ II มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองรอบๆ หลอดลม และต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดข้างที่เป็นมะเร็ง

ระยะที่ IIIa มีการกระจายของมะเร็งเฉพาะที่ ซึ่งตามทฤษฎีและความเป็นไปได้ที่จะทำการรักษาด้วยวิธีของศัลยกรรมควรรวมถึงกลุ่มที่เป็น Ipsilateral-mediastinal subcarinal lymph node(N2)ด้วย

ระยะที่IIIb มีการกระจายของโรคมะเร็งเฉพาะที่ แต่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีของศัลยกรรมได้ ได้แก่ กลุ่ม N3 คือ ต่อมน้ำเหลืองที่ Mediastinal ด้านตรงข้าม ขั้วปอดด้านตรงข้าม ต่อมน้ำเหลืองที่ไหปลาร้าหรือ กลุ่มT3 ที่มีโรคลุกลามไปที่ผนังทรวงอก กระบังลม เยื่อหุ้มปอด เยื่อหุ้มหัวใจ หรือตำแหน่งที่มีโรคอยู่ห่างจากบริเวณ Carina ไม่เกิน 2 เซนติเมตร หรือกลุ่ม T4 ที่มีมะเร็งปอดลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ภายใน Mediastinum กระดูกสันหลัง และมีน้ำในช่องปอด

ระยะที่IV เป็นระยะที่มีโรคกระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2. มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก **Small cell lung cancer** ไม่มีการแบ่งระยะของโรคแบบสากลนิยม ซึ่งมีการจัดระยะของโรคค่อนข้างหายาแต่สามารถใช้บอกการทำนายโรคได้ดี โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่ม Extensive disease เป็นระยะที่ก้อนมะเร็งลุกลามออกไปมากกว่าในระยะจำกัด และต่อมน้ำเหลืองบริเวณกลางอก กระจายออกจากปอดสู่อวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายเทียบได้กับระยะ 3B ที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ระยะที่ 4 ในระบบ TNM

2.2 กลุ่ม Limited disease ได้แก่ กลุ่มมะเร็งปอดที่เกิดขึ้นใน Hemithorax ข้างใดข้างหนึ่ง รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้าข้างเดียวกันด้วย เพราะต่อมน้ำเหลืองบริเวณดังกล่าวอยู่ในพื้นที่สามารถให้การรักษาทางรังสีรักษาได้อาจเทียบได้กับระยะที่1-3B ในระบบ TNM (Chulacancer, 2554; Lung cancer-Thai, 2550; วิสุทธิ์ ล้ำเลิศชน, 2552)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้การจัดระยะของโรคตามระบบ TNM ที่เป็นระบบสากลนิยม โดยการจัดระยะของโรคแบบ 0, I, II, III, IV ซึ่งเกิดจากการนำระยะ TNM มาจัดอีกครั้ง ดังนี้

ระยะ 0 หมายถึง มะเร็งระยะต้น ๆ (Carcinoma in situ) ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ

ระยะ I ระยะ II ระยะ III หมายถึง ขนาดต่าง ๆ กันของก้อนจากเล็กไปใหญ่ จำนวนต่อมน้ำเหลืองและตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองที่แพร่ไป

ระยะ IV หมายถึง แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ

อาการและอาการแสดงในผู้ป่วยมะเร็งปอด

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งปอดแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งและการแพร่กระจายของมะเร็ง (กรมการแพทย์สาธารณสุข, 2547; Aderson and Prodash, 1982)

1. อาการจากก้อนมะเร็งโดยตรง (Local symptoms) ซึ่งจะขึ้นอยู่กับขนาดตำแหน่ง และอัตราการเติบโตของมะเร็ง สำหรับก้อนที่อยู่ในหลอดลมส่วนกลางจะทำให้เกิดอาการได้เร็วกว่า

และมากกว่าก่อนที่อยู่ชายปอด อาการไอและไอออกเลือดเป็นอาการที่พบได้บ่อย รวมถึงอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลด มะเร็งที่อยู่ในหลอดลมส่วนต้นอาจจะอุดกั้นหลอดลมทำให้ปอดแฟบ เกิดภาวะหายใจลำบาก หอบเหนื่อยและอาจเกิดภาวะติดเชื้อในปอดส่วนที่แฟบ ทำให้มีอาการไข้ ไอ หอบ เจ็บหน้าอกได้

2. อาการจากการแพร่กระจายต่ออวัยวะข้างเคียง (Regional symptoms) ขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็งเช่นเดียวกับอาการเฉพาะที่ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น

2.1 อาการที่ไปกดประสาท กด Laryngeal nerve ทำให้เสียงแหบ สำลักน้ำและอาหาร เมื่อแรกวินิจฉัย อาการเสียงแหบจากมะเร็งปอดกด Laryngeal nerve จะเป็นถาวร กด Phrenic nerve เกิด Paralysis ของกระบังลม จะมีอาการเหนื่อยง่ายกระบังลมข้างนั้นจะสูงขึ้นและไม่เคลื่อนไหวตามการหายใจ กด Brachial plexus ทำให้ปวดไหล่และแขนดิบ กด Cervical sympathetic chain พบในกลุ่มมะเร็งปอดที่อยู่ตำแหน่ง Superior sulcus ของปอด จะเกิดกลุ่มอาการ Horner's syndrome ซึ่งประกอบด้วยหนังตาตก ม่านตาแคบ และไม่มีเหงื่อออก

2.2 กดเส้นเลือด เมื่อกด Superior vena cava เกิดกลุ่มอาการที่เด่นชัด มีหน้าบวม แขนบวม ปวดศีรษะ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง เส้นเลือดฝอยบริเวณรอบคอและผนังทรวงอกขยายชัดขึ้น กด Pulmonary artery ทำให้เกิดอาการคล้าย Pulmonary embolism

2.3 แพร่กระจายเข้าเยื่อหุ้มหัวใจ หรือไปกดหัวใจ ทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ จะพบว่าเงาของหัวใจโตขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจมีอาการของ Cardiac tamponade ได้

2.4 แพร่มายังเยื่อหุ้มปอด ทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เกิดอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก และไอแห้ง ๆ อาการมักค่อยเป็นค่อยไป อาการเจ็บหน้าอกจะไม่รุนแรงเหมือนเยื่อหุ้มปอดอักเสบจากการติดเชื้อ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดอาจเพิ่มขึ้นได้อย่างรวดเร็วจนเต็มช่องทรวงอกทั้งข้าง

2.5 กด Mediastinum กดหลอดอาหาร ทำให้กลืนลำบาก ทะลุเข้าไปในหลอดอาหาร เกิด Bronchoesophageal fistula ทำให้สำลักอาหารเกิดการติดเชื้อในปอดได้บ่อย ไอเรื้อรัง กด Lymphatic duct ทำให้เกิด Chylous pleural effusion

3. อาการจากการแพร่กระจายของมะเร็ง (Metastatic symptoms) มะเร็งปอดสามารถกระจายไปยังอวัยวะ ที่พบบ่อยได้แก่ ต่อม้ำเหลือง ที่ก่อให้เกิดอาการและตรวจพบได้ การแพร่กระจายมายังเยื่อหุ้มปอด ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก ไอแห้ง ๆ ไม่ค่อยมีไข้ สำหรับอาการน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดอาจเพิ่มมากขึ้นจนเต็มช่องทรวงอกทั้ง 2 ข้าง การแพร่กระจายมายังตับจะตรวจพบตับโต อาจมีอาการเหลือง มีน้ำในช่องท้อง การตรวจเอมไซม์ตับอาจผิดปกติ อาจถึงตับวายได้ การแพร่กระจายมายังกระดูก มักทำให้เกิดอาการเจ็บปวดกระดูก เกิดภาวะ

กระดูกหัก อาจแพร่มายังไขกระดูกทำให้ซีด การแพร่กระจายมายังสมอง เยื่อหุ้มสมอง หรือไขสันหลัง จะเกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชีมี กล้ามเนื้ออ่อนแรง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ชัก หรือหมดสติได้ และการแพร่กระจายมายัง Adrenal glands พบว่าจะมีการตอบสนองต่อ ACTH ลดลง (Radman et al., 1987; Shepherd, 1993)

4. อาการในระบบอื่นที่ไม่ได้เกิดจากการแพร่กระจาย (Paraneoplastic symptoms) เป็นกลุ่มอาการข้างเคียงทางคลินิกที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า เซลล์มะเร็งดังกล่าวสามารถผลิตโปรตีนขนาดเล็กหลายประเภทที่สามารถส่งผลกระทบต่อก้อนมะเร็งเอง หรืออวัยวะที่ห่างไกลออกไป อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการพาราเนอโพลาสติกดังกล่าวอาจถูกมองข้ามไปทำให้พลาดการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง (จิริทีปต์ ขวัญแก้วและคณะ, 2552) ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้ (Minna, 2005)

4.1 กลุ่มอาการตามระบบทั่วไป ซึ่งพบร้อยละ 30 ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ไข้เรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น

4.2 กลุ่มอาการทางระบบกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน พบได้ร้อยละ 30 มักพบในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่ใช่เซลล์เล็ก โดยเฉพาะมะเร็งปอดชนิดอะดิโนคาร์ซิโนมา ซึ่งจะพบภาวะนิ้วป้อมร่วมกับข้ออักเสบ

4.3 กลุ่มอาการทางระบบต่อมไร้ท่อ พบได้ร้อยละ 12 ได้แก่ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำและกลุ่มอาการคุซซิ่ง เป็นอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กได้บ่อย ในขณะที่ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่ใช่เซลล์เล็กชนิดสแควมัสเซลล์

4.4 กลุ่มอาการทางระบบประสาทพบร้อยละ 1 ได้แก่ โรคสมองและไขสันหลังอักเสบ มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของตา จอประสาทตาเสื่อมจากมะเร็ง ประสาทรับความรู้สึกเสียอย่างรวดเร็ว และเกิดความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อชนิดแลมเบิร์ต-เอตัน

4.5. อาการอื่น ๆ ซึ่งพบน้อยกว่าร้อยละ 1 เช่น โรคกล้ามเนื้ออักเสบและผิวหนังหนาเป็นรอยดำ

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการรักษามะเร็งปอดในเวชปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่มาพบแพทย์ และในจำนวนนี้มีโอกาสหายเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ส่วนมากร้อยละ 75 มาพบแพทย์เมื่อโรคเป็นมากแล้ว (Bonomi et al., 1990) จากการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งปอดของไทยรายใหม่ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2554 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่ออยู่

ระยะ 4 ถึง 45% เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดภายใน 1-2 ปี ซึ่งการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถแบ่งออกได้กว้าง ๆ ดังนี้ (วิสุทธิ ล้ำเลิศชน, 2552)

1. การผ่าตัด ใช้สำหรับรักษามะเร็งระยะแรกที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย ขนาดก้อนไม่ใหญ่เกินไปและไม่มีการยึดติดกับอวัยวะสำคัญต่างๆ ในช่องอก เป็นทางเลือกที่พิจารณาก่อนการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้

2. การฉายรังสี เป็นการรักษาเฉพาะที่เช่นเดียวกับการผ่าตัด แต่ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกในรายที่ไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามเฉพาะที่ (อาจใช้ร่วมกับยาเคมีบำบัด) ใช้เป็นการรักษาเสริมหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยระยะที่สามบางราย ใช้เป็นการรักษาประคับประคอง เช่น บรรเทาอาการปวดกระดูก บรรเทาการกดทับเส้นเลือดหรือเส้นประสาทที่สำคัญ หรือการฉายแสงที่ศีรษะเพื่อป้องกันหรือในกรณีที่มีมะเร็งมีการกระจายไปยังสมอง เป็นต้น

3. การให้ยาเคมีบำบัด เป็นการให้ยาที่สามารถทำลายเซลล์มะเร็ง โดยทางการฉีดหรือผสมสารละลายหยดเข้าทางหลอดเลือด โดยที่ตัวยาคจะผ่านเข้าไปใน ระบบไหลเวียนเลือด และเข้าสู่เซลล์มะเร็งทางเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งนั้น ข้อดี คือ สามารถไปสู่เกือบทุกส่วนทั่วร่างกายภายในระยะเวลาใกล้เคียงกัน แต่ยาเคมีบำบัดก็มีข้อเสียในเรื่องของผลข้างเคียงจากยาหลายอย่าง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผอมร่วง เป็นแผลที่เยื่อในปาก ท้องร่วง ภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอลง ทำให้อาจติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรงกว่าปกติ เป็นต้น แพทย์จะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดในกรณีต่อไปนี้ ให้ภายหลังการผ่าตัดในกรณีที่ผลการผ่าตัดพบว่าเป็นระยะที่ 1 และ 2 หรือให้เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งให้เล็กลงก่อนพิจารณาผ่าตัดในมะเร็งระยะที่ 3 ให้ร่วมกับการฉายแสงเพื่อรักษามะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่ หรือให้เพื่อรักษาประคับประคองโรคระยะลุกลามหรือกำเริบ ทั้งนี้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยจะประเมินความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย รวมทั้งความเหมาะสมในการให้การรักษาด้วยยาเคมีในผู้ป่วยแต่ละรายก่อนเสมอ

4. การรักษาโดยให้ยามุ่งเป้าทำลายเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) เป็นวิธีรักษามะเร็งโดยมีเป้าหมายเพื่อยับยั้งโปรตีนที่เป็นส่วนสำคัญในการควบคุม กลไกการเกิดโรคมะเร็ง การรักษาวิธีนี้เริ่มมีการใช้เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา โดยมากมัก เป็นยาารุปรับประทานหรือยาลด ผลข้างเคียงไม่มากนัก แต่ไม่ได้ผลดีทุกคนเสมอไป ในขณะนี้มักใช้เป็นการรักษาสำรองเมื่อล้มเหลวจากการให้ยาเคมีบำบัดแล้ว โดยแพทย์ เจ้าของไข้จะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย

5. การรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การรักษาใช้ระดับยีน หรือวัคซีนมะเร็ง ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนา

1.2 ผู้ป่วยมะเร็งปอดและการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดในปัจจุบัน

ผู้ป่วยมะเร็งปอด คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีเนื้องอกชนิดร้ายแรงเกิดขึ้นที่ปอด ซึ่งก่อนเนื้องอกมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาก่อนเนื้องอกผิดปกติจะสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ และทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม ซึ่งพบเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย ร้อยละ 23.60 และอันดับ 4 ในเพศหญิงร้อยละ 7.10 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) จากการเก็บรวบรวมสถิติพบว่าสาเหตุการตายจากมะเร็งปอดมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในปี 2551 พบว่ามีอัตราการตายถึง 8,565 คนต่อประชากร 100,000 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงานสูงถึง 3,130 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จากการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2554 พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมดเป็นชนิดที่ไม่ใช่เซลล์เล็ก Non - small cell lung cancer (NSCLC) และผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกเพียงร้อยละ 0.25 เท่านั้นที่มาพบแพทย์ ซึ่งในจำนวนนี้มีโอกาสหายเพียงร้อยละ 30 ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะที่ 4 สูงถึงร้อยละ 53.20 เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดภายใน 1-2 ปี (Bonomi et al., 1990) ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีพยากรณ์ของโรคที่แย่มากและอัตราการรอดชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับการรักษาในระยะแรกซึ่งมีโอกาสหายได้ โรคมะเร็งปอดและการรักษาส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านเศรษฐกิจอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และยังคงเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ครอบครัวมีภาระหนักมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว (ฉันทญา ตรีภูริเดชและนารี ชื่นคล้าย, 2555) ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดในปัจจุบันเริ่มให้ความสนใจและกล่าวถึงการให้การพยาบาลแบบองค์รวมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนมีการนำศาสตร์อื่น ๆ เข้ามาสอดแทรกในการปฏิบัติดูแลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะเห็นได้ว่าการพยาบาลในปัจจุบันจึงนำการดูแลแบบองค์รวมมาใช้มากขึ้น เพื่อช่วยในการตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการพยาบาลด้านร่างกายซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลจะให้การดูแลและช่วยเหลือเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่สมดุล การดูแลทางด้านร่างกายจึงเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานที่มีความสำคัญในการช่วยตอบสนองการเปลี่ยนแปลงที่มีผลคุกคามต่อชีวิต เมื่อภาวะสุขภาพทางกายดีแล้วนั้นบุคคลจะสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่อไปได้อย่างเหมาะสม การพยาบาล

ด้านจิตสังคมซึ่งเป็นการดูแลด้านจิตใจ การดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ได้แก่ ความเชื่อมั่น ความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ ความเป็นมิตร ความเป็นกันเอง ความอดทน รวมทั้งตระหนักถึง ความต้องการของผู้ป่วย และการดูแลด้านสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การตอบปัญหา การ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจ การสื่อสาร การให้กำลังใจ การรับฟัง ซึ่งผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลมี ความพร้อมทุกขณะที่จะให้การช่วยเหลือ แต่ปัญหาที่พบในการพยาบาลในปัจจุบัน พบว่า ถึงแม้ว่า พยาบาลจะให้การดูแลด้านจิตสังคมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่สามารถดูแลได้อย่างครอบคลุมโดย สาเหตุส่วนใหญ่พบว่า พยาบาลยังไม่เห็นความสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งปัญหา จากปัจจัยแวดล้อม คือ การมีภาระงานที่มาก และมีอัตราค่าจ้างที่จำกัด จึงต้องทำงานอย่างเร่งรีบ ทำให้ไม่มีเวลาให้ผู้ป่วยอย่างรวมทั้งเป็นนามธรรมของการพยาบาลทางด้านจิตสังคม ทำให้ขาดทักษะ การให้การพยาบาล(จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2555) นอกจากนี้ในการให้การพยาบาลด้านจิตสังคมยัง ต้องคำนึงถึงพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ความรุนแรงของการ เจ็บป่วย เนื่องจากมีผลต่อการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน (บุญวาทิ และจรัสศรี, 2540 อ้างถึงใน จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2555) สำหรับการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ เป็นอีกมิติหนึ่งที่มี ความสำคัญต่อความเชื่อมโยงความเป็นองค์รวมของบุคคลให้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น เพราะเป็นการดูแล มิติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับศาสนา ความเชื่อ ความหวัง ความรัก ความศรัทธา เป้าหมายของชีวิตและ การแสดงออกพฤติกรรมความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของบุคคลและส่งผลกระทบต่อกายและจิตใจ (อาภรณ์, 2544; Tanyi, 2002 อ้างถึงในจันทร์ทิรา เจริญชัย, 2555) ซึ่งมิติจิตวิญญาณเป็นมิติที่ พยาบาลยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาล (ฉวีวรรณ, 2540; ทักษิณีและคณะ, 2544อ้างถึงในจันทร์ทิรา เจริญชัย, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชะไมพร ธรรมวาสิ (2541) พบว่า สาเหตุสำคัญส่วนใหญ่ของพยาบาลที่ไม่สามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมได้มาจากการ เพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดทำให้เพิ่มภาระการดูแลและทำให้เกิดอุปสรรคด้าน สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในการให้บริการสุขภาพ การจัด อัตราค่าจ้างในการพยาบาลที่ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (WHO, 2008 อ้างถึงใน ชะไมพร ธรรมวาสิ, 2541) ซึ่งจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยในการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นทั้งผู้ให้ข้อมูล กระตุ้น จูงใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาล ที่เป็นคนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์และเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด (Bischoff et al., 2009) แต่ในความเป็นจริงประเทศไทยยังประสบกับปัญหาความคลาดเคลื่อนพยาบาลในปัจจุบัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะงานพยาบาลเป็นงานบริการทางสุขภาพที่ต้องดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย บาดเจ็บให้ฟื้นคืนอันตรายจนเข้าสู่สภาวะปกติ โดยมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

การทำงานต้องใช้ทั้งความรู้ ความสามารถ ทักษะ ความรับผิดชอบและความอดทนกับบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชั้นและทุกสังคม โดยเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งจากตัวโรคและการรักษา การที่ต้องพบกับบุคคลหลายประเภท หลายอารมณ์ทั้งของผู้ป่วยและญาติ นับเป็นภาระอันหนักหน่วง (ทัศนยา บุญทอง, 2533 อ้างถึงใน ชะไมพร ธรรมวาที, 2541) และเมื่อพยาบาลขาดแคลนทำให้พยาบาลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมากตลอดระยะเวลาการทำงาน ต้องทำงานหนักแข่งขันกับเวลา อาจส่งผลให้เกิดความเครียด การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่กระตือรือร้น ละเลยผู้ป่วย คุณภาพของงานและการบริการย่อมลดลง มีผลทำให้ประสิทธิภาพของงานลดลง(Maslach, 1982 อ้างถึงใน ชะไมพร ธรรมวาที, 2541) ในด้านผู้ป่วยและญาติเองก็มีส่วนเกี่ยวกับการได้รับการดูแล บางครั้งจากสภาพความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ อาจแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ รวมทั้งการคาดหวังต่อการได้รับการดูแลที่สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานให้หมดไปอย่างรวดเร็ว แต่ความต้องการเหล่านั้นบางครั้งพยาบาลไม่สามารถตอบสนองได้ จึงอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในระหว่างการดูแลได้ ในส่วนของปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยได้(จันทร์ทิรา เกียรติชัย, 2555)

สอดคล้องกับ กฤษณา แสงวดี (2555) ที่กล่าวว่า ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับการพยาบาลในปัจจุบันที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง คือ ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ประกอบกับจำนวนพยาบาลที่ขาดแคลน การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมุ่งประเด็นไปที่ด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ และบางครั้งการดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปในรูปแบบทำเป็นประจำ (Routine) จึงอาจมองข้ามความต้องการของผู้ป่วยไป จึงส่งผลให้การดูแลสนับสนุนอาจไม่ครอบคลุมทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม จากการศึกษาของรุจิรัตน์ ผัดวัน (2551) ที่ทำการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการยาเคมีบำบัดจำนวน 88 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอด มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสูงที่สุดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลสุขภาพ และข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและการช่วยเหลือ และด้านเพศสัมพันธ์ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตนมีความต้องการย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต เกิดความทุกข์ทรมานไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต ดังนั้นการประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นและสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการและเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Bonevski et al., 2000)

ดังนั้นการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นั้นจะต้องดูแลตั้งแต่การป้องกัน การค้นหามะเร็งปอดในระยะเริ่มแรก เมื่อได้รับการวินิจฉัย พยาบาลจะต้องดูแลเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งการดูแลนี้ต้องเป็นการดูแลแบบองค์รวม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หาแนวปฏิบัติการพยาบาลและทำวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและสร้างองค์ความรู้ใหม่ และนำไปสู่การปฏิบัติการในคลินิกเพื่อให้ได้การบริการที่ดีที่สุด ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (อุบล จ้วงพานิช, 2550)

1.3 บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด

เนื่องจากโรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่พบว่ามีอุบัติการณ์การตายมากเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยมะเร็งปอดยังได้รับการดูแลครอบคลุมเป็นองค์รวม

1.3.1 การปฏิบัติในฐานะ **Care management** พยาบาลจึงต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความรุนแรงของโรคมะเร็งปอดที่เกิดขึ้น รวมทั้งประเมินถึงผลที่อาจจะเกิดตามมาในอนาคต โดยประเมินจากผู้ป่วยซึ่งควรจะประเมินแบบองค์รวมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลได้อย่างครอบคลุม สร้างทีมดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดโดยความร่วมมือในกลุ่มพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดอย่างเป็นระบบ มีความชัดเจนในการปฏิบัติ และให้การดูแลครบทั้ง 4 มิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ สร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดอย่างมีประสิทธิภาพทั้งการส่งต่อในหน่วยงานเดียวกันและการส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นๆ รวมถึงการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่บ้าน ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดให้สามารถเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริงและเป็นองค์รวม สร้างระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เข้าโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อที่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเสมอ มีการรวบรวมข้อมูลและหลักฐานต่างๆในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเพื่อการควบคุมและพัฒนาคุณภาพ

1.3.2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care) ประเมินภาวะสุขภาพโดยประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อทราบถึงความต้องการที่แท้จริงในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ซึ่งปอดนั้นเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้อย่างมากมาย วินิจฉัยปัญหา จากการรวบรวมข้อมูล จากทฤษฎีต่างๆ จากศาสตร์ทางการพยาบาลรวมทั้งจากประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานให้การบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ภายใต้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์

รวม ประเมิน ใฝ่ระวัง ประสานงาน และจัดการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง จัดการและแก้ไขดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อาจจะอยู่ในภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินการฉีดยาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด รวมทั้งวางแผนสำหรับป้องกันอาการต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้ นำวิทยาการทางการแพทย์และแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดได้เหมาะสม

1.3.3มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) นำทีมสหสาขาวิชาชีพมาร่วมมือกันในการวางแผน และจัดระบบในการดูแลและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดหากลุ่มที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน เช่น ครอบครัว ชุมชน และแหล่งบริการด้านสุขภาพ

1.3.4มีความสามารถสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring) พัฒนาทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความสามารถที่จะดูแลตนเองได้เมื่อต้องพบกับปัญหาต่างๆได้อย่างครอบคลุม พัฒนาทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการให้ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหลัก สอนและแนะนำ เป็นพยาบาลเป็นที่ปรึกษาให้กับนักศึกษาให้มีความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจากประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.5มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) เป็นที่ปรึกษาให้กับเพื่อนร่วมงานและหน่วยงานเพื่อจัดการกับปัญหา โดยการให้ข้อมูลและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดอย่างมีคุณภาพ เป็นที่ปรึกษาให้กับเพื่อนร่วมงานและหน่วยงานในการจัดระบบการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เป็นที่ปรึกษาให้กับเพื่อนร่วมงานและหน่วยงานในการตัดสินใจประเด็นจริยธรรมที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

1.3.6มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) มุ่งดำเนินการเพื่อให้เกิดการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในการดูแลและประเมินผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ พัฒนาและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเพื่อคุณภาพที่ดีของการดูแลผู้ป่วย พัฒนานวัตกรรมมาใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สร้างแผนงานหรือจัดทำโครงการเพื่อเป็นการประกันคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด

1.3.7มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม

สิทธิผู้ป่วย สิทธิพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ พึงทักษ์สิทธิผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีจริยธรรมและมีความปลอดภัย เข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

1.3.8มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ติดตามและรวบรวมผลงานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดอย่างต่อเนื่อง ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำหลักการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญ วิเคราะห์และประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และเผยแพร่เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.3.9มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation) กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด พัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

Aaronson et al. (1988) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่ครอบคลุมผ่านความสามารถในการดำรงบทบาท 5 ด้าน คือ บทบาทด้านร่างกาย บทบาทด้านหน้าที่ บทบาทด้านการรับรู้ บทบาทด้านอารมณ์ และบทบาทด้านสังคม

Cella and Cherin (1988) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็น ความรู้สึกหรือทัศนคติของความพอใจที่เกี่ยวกับการกำหนดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระดับความสามารถในการทำหน้าที่ในปัจจุบันของพวกเขาเมื่อเทียบกับสิ่งที่พวกเขาคาดหวังหรือคิดไว้

Ferran and Powers (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความพอใจที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่บุคคลนั้นเห็นว่าสำคัญต่อตนเอง

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิตรวมทั้งฐานะเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

Ferrell (1996) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ว่าเป็นความพึงพอใจของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ในปัจจุบันหรือความรู้สึกถึงความพอใจในชีวิตของบุคคลเกี่ยวกับความพอใจด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ว่าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคล ซึ่งเกิดจากความรู้อุบัติและประสบการณ์เดิมและโดยการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ และยังคงกล่าวว่า คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกันโดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิตได้แก่ สถานการณ์ ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุประสงค์ของต่าง ๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วย หรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด และศักยภาพและความสามารถของตนเองในการควบคุม จัดการกับชีวิตและสถานการณ์

WHO (1997) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานะของชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่คนนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความหวังของพวกเขา เป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อน เกี่ยวกับสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมเป็นนามธรรมทั้งทางด้านดีและไม่ดี

โดยสรุปความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง เป็นการรับรู้ความพึงใจ ความสุขในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ครอบคลุมผ่านความสามารถในการดำรงบทบาท 5 ด้าน คือ บทบาทด้านร่างกาย บทบาทด้านหน้าที่ บทบาทด้านการรับรู้ บทบาทด้านอารมณ์ และบทบาทด้านสังคม

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีแนวคิดที่กว้างและซับซ้อน นักวิชาการบางกลุ่มเห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีมิติเดียว (Uni-dimension) หรือประเมินในภาพรวมโดยบุคคลนั้น ๆ จะเป็นผู้ประเมินรวบรวมว่าชีวิตตนเองเป็นอย่างไร ในขณะที่นักวิชาการบางกลุ่มมีความเห็นว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดหลายมิติ (Multi-dimensions) และมีความซับซ้อน มีส่วนที่เหมือนกัน คือ การครอบคลุมด้านกาย จิตวิญญาณ และสังคมของบุคคล (Ferrans and Powers, 1992) ในส่วนที่แตกต่างกันก็มักเป็นลักษณะพิเศษหรือเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละโรค หรือวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิต (สุริพร ชนศิลป์, 2552) ซึ่งมีผู้ให้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน ดังนี้

Ferran and Powers (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่บุคคลนั้นเห็นว่าสำคัญต่อตนเอง ซึ่งแบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง ดูแลสุขภาพของตนเอง โดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับความเป็นอยู่ของตนเอง รวมถึงสามารถดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว และสามารถเป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่นได้

2. สังคมและเศรษฐกิจ เกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับการยอมรับ และกำลังใจที่ได้จากบุคคลรอบข้าง รวมถึงความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงิน ที่พักอาศัย

3. จิตใจและจิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับความสุข ความสงบสุขใจจิตใจ ความรู้สึกมั่นคงหรือความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต การมีศรัทธาและความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์และศาสนา ความหวังของการมีชีวิตอยู่ และความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิตที่ตนตั้งไว้

4. ครอบครัว เป็นความเกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นจากบิดา มารดา สามีหรือภรรยา ลูก-หลาน และญาติพี่น้อง รวมถึงสุขภาพของคนในครอบครัว

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Aaronson (1988) ซึ่งกล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงใจของบุคคลในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติ หรืออาจใช้ความหมายเดียวกับความผาสุกก็ได้ ในด้านการให้ความหมายคุณภาพชีวิตของมะเร็งวิทยานั้น โดยปกติจะอธิบายองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผ่านความสามารถในการทำหน้า ดังนี้

1.1 การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Function) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องออกแรง ความสามารถในการเดินไม่ว่าจะไกลหรือใกล้ การจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ที่บ้านหรือเก้าอี้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาการแต่งตัว การอาบน้ำหรือการใช้ห้องน้ำ

1.2 การทำหน้าที่ด้านบทบาท (Role function) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ เช่น ความสามารถในการการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึงความสามารถในการทำงานอดิเรกและกิจกรรมยามว่างต่าง ๆ

1.3 การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ (Cognitive function) หมายถึง ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์หรือคู่มือที่สนั้รวมถึงความสามารถในการจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้โดยไม่มีปัญหา

1.4 การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (Emotional function) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านอารมณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ในชีวิตในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา เช่น ความรู้สึกดีใจเครียด ความรู้สึกกังวล อารมณ์หงุดหงิดและความรู้สึกซึมเศร้า

1.5 การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social function) หมายถึง เป็นการทำหน้าที่ด้านสังคมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การได้รับผลกระทบจากการรักษาหรือสภาพร่างกายที่เป็นโรคต่อการทำหน้าที่ด้านชีวิตครอบครัว รวมถึงความสามารถของบุคคลที่จะออกไปทำกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ร่วมกับบุคคลอื่น

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปของกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะหนึ่งของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (สุริพร ธนศิลป์, 2552) ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลในช่วงชีวิตต่าง ๆ ก็จะทำให้ผลแตกต่างกันไป การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีความยุ่งยากเนื่องจากวัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา และความเชื่ออื่น ๆ ของบุคคลมีผลต่อการรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิต (Zhan, 1992) ซึ่งการที่จะบอกว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลอยู่ในระดับใดนั้นต้องประเมินจากการรับรู้ของแต่ละบุคคลตามบริบทและสถานการณ์ที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ เนื่องจาก

การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต มีดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้ตรรกษานิคุณภาพชีวิตของ Padilla and Grant (1985) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อแบ่งออกเป็น ด้านบวก 10 ข้อและด้านลบ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับ โดยปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้าน ประกอบด้วยคำ 2 คำที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนบนเส้นตรงอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีเลย และคะแนน 100 หมายถึง มีอย่างเต็มที่ ระหว่างช่วงมีเลขกำกับช่องละ 10 สำหรับคำถามด้านลบ คะแนนของข้อนั้นจะถูกกลับก่อนรวมกับคะแนนของข้อคำถามด้านบวกคะแนนรวมของแบบสอบถามจะมีค่าตั้งแต่ 0-1600 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตสูง

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (FACT-G Thai version) ของ Cella (1997) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับการรับรู้หรือความรู้สึกพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านที่เกี่ยวกับความผาสุกทั้งด้านร่างกาย อารมณ์/จิตใจ ครอบครัว/สังคม รวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมเมื่อสุขภาพเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย คะแนนเฉลี่ยรวมมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EORTC QLQ C-30) ของ (Aronson, 1994) เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของบุคคล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตนี้ประกอบด้วยการประเมิน 3 ส่วน ได้แก่

1) การประเมินบทบาทหน้าที่ 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1-5 การทำหน้าที่ด้านบทบาทได้แก่ ข้อคำถามที่ 6,7 การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 20,25 การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 21-24 และการทำหน้าที่ด้านสังคม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 26-27

2) การประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา จำนวน 13 ข้อ คือ ความเหนื่อยล้า ได้แก่ ข้อ 10, 12, 18 อาการคลื่นไส้อาเจียน ได้แก่ ข้อ 14,15 ความเจ็บปวด ได้แก่ ข้อ 9, 19 อาการหายใจลำบาก ได้แก่ ข้อ 8 อาการนอนไม่หลับ ได้แก่ ข้อ 11 อาการเบื่ออาหาร ได้แก่ ข้อ 13 อาการท้องผูก ได้แก่ ข้อ 16 อาการท้องเสีย ได้แก่ ข้อ 17 และปัญหาทางการเงิน ได้แก่ ข้อ 28

ตั้งแต่ข้อที่ 1-28 จะมีค่าลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มีเลย 2 หมายถึง เล็กน้อย 3 หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 หมายถึง มากที่สุด

3) การประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 29,30 มี ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-7 ซึ่งมีการให้คะแนนดังนี้ ตำแหน่งที่ 1 หรือจุดที่ 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่แย่มากและ ตำแหน่งที่ 7 หรือจุดที่ 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม

สำหรับการแปลงคะแนน มีการแปลงคะแนนเป็น 100 คะแนนเพื่อการเปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก ซึ่งมีวิธีการแปลงคะแนนดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการให้คะแนนในการคิดคำนวณคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิต

	Scale	Number of items	Item rang*	Item number
มิติด้านการทำหน้าที่				
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	PF	5	3	1ถึง5
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	RF	2	3	6,7
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	EF	4	3	21ถึง24
การทำหน้าที่ด้านการรู้จัก	CF	2	3	20,25
การทำหน้าที่ด้านสังคม	SF	2	3	26,27
มิติด้านอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา				
ความเหนื่อยล้า	FA	3	3	10,12,18
อาการคลื่นไส้และอาเจียน	NV	2	3	14,15
อาการปวด	PA	2	3	9,19
อาการหายใจลำบาก	DY	1	3	8
อาการนอนไม่หลับ	SL	1	3	11
อาการเบื่ออาหาร	AP	1	3	13
อาการท้องผูก	CO	1	3	16
อาการท้องเสีย	DI	1	3	17
ปัญหาทางการเงิน	FI	1	3	28
มิติด้านภาวะสุขภาพ/คุณภาพชีวิตโดยรวม	QL	2	6	29,30

Item rang คือ ความแตกต่างระหว่างคะแนนสูงสุดของคำตอบที่น่าจะเป็นไปได้และคะแนนสูงสุดของคำตอบที่น่าจะเป็นไปได้ ยกตัวอย่าง เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิต QLQ-C30 มีลักษณะคำตอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ตั้งแต่ข้อที่ 1-28 มีลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่า 4 ระดับ คือ 1-4 ดังนั้น ค่าความต่างระหว่างค่าคะแนนของคำตอบสูงสุดและต่ำสุด คือ 3 สำหรับส่วนที่ 2 มีลักษณะคำตอบเป็นเชิงเส้น 7 ระดับ คือ 1-7 ดังนั้น ค่าความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนของคำตอบสูงสุดและต่ำสุด คือ 6

วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิต

$$1. \text{หา Row Score (RS)} = (\text{ข้อที่ 1} + \text{ข้อที่ 2} + \text{ข้อที่ 3} + \dots + \text{ข้อที่ n}) / n$$

ตัวอย่างวิธีการคิด RS:

1.1. RS ของส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวม

$$\text{Ex. RS} = (\text{ข้อ 29} + \text{ข้อ 30}) / 2$$

1.2. RS ของส่วนความสามารถในการทำหน้าที่

$$\text{Ex. RS ของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย} = (\text{ข้อที่ 1} + \text{ข้อที่ 2} + \text{ข้อที่ 3} + \text{ข้อที่ 4} + \text{ข้อที่ 5}) / 5$$

$$\text{RS การทำหน้าที่ด้านอารมณ์} = (\text{ข้อที่ 21} + \text{ข้อที่ 22} + \text{ข้อที่ 23} + \text{ข้อที่ 24}) / 4$$

$$\text{RS การทำหน้าที่ด้านบทบาท} = (\text{ข้อที่ 6} + \text{ข้อที่ 7}) / 2$$

$$\text{RS การทำหน้าที่ด้านการรับรู้} = (\text{ข้อที่ 20} + \text{ข้อที่ 25}) / 2$$

$$\text{RS การทำหน้าที่ด้านสังคม} = (\text{ข้อที่ 26} + \text{ข้อที่ 27}) / 2$$

1.3. RS ของส่วนอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา

$$\text{Ex. RS ความเหนื่อยล้า} = (\text{ข้อที่ 10} + \text{ข้อที่ 12} + \text{ข้อที่ 18}) / 3$$

$$\text{RS อาการคลื่นไส้และอาเจียน} = (\text{ข้อที่ 14} + \text{ข้อที่ 15}) / 2$$

$$\text{RS อาการปวด} = (\text{ข้อที่ 9} + \text{ข้อที่ 19}) / 2$$

$$\text{RS อาการหายใจลำบาก} = (\text{ข้อที่ 8}) / 1$$

$$\text{RS อาการนอนไม่หลับ} = (\text{ข้อที่ 11}) / 1$$

$$\text{RS อาการเบื่ออาหาร} = (\text{ข้อที่ 13}) / 1$$

$$\text{RS อาการท้องผูก} = (\text{ข้อที่ 16}) / 1$$

$$\text{RS อาการท้องเสีย} = (\text{ข้อที่ 17}) / 1$$

$$\text{RS ปัญหาทางการเงิน} = (\text{ข้อที่ 28}) / 1$$

2. แยกการคำนวณคะแนนออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

$$2.1 \text{ คะแนนส่วนการทำบทบาทหน้าที่} = \{1 - (\text{RS} - 1) / \text{Rang}\} \times 100$$

$$2.2 \text{ คะแนนส่วนกลุ่มอาการและส่วนการประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยรวม}$$

$$= \{(\text{RS} - 1) / \text{Rang}\} \times 100$$

ตัวอย่างวิธีการคิดคะแนน:

การทำหน้าที่ด้านอารมณ์: $\text{RS} = (\text{ข้อที่ 21} + \text{ข้อที่ 22} + \text{ข้อที่ 23} + \text{ข้อที่ 24}) / 4$

$$\text{EF Score} = \{1 - (\text{RS} - 1) / 3\} \times 100$$

ความเหนื่อย: $\text{RS} = (\text{ข้อที่ 10} + \text{ข้อที่ 12} + \text{ข้อที่ 18}) / 3$

$$\text{FA Score} = \{(\text{RS} - 1) / 3\} \times 100$$

สำหรับวิธีการแปลผลคะแนนนั้นแบบประเมินนี้มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน หลังจากแปลคะแนนตามวิธีข้างต้นแล้วนำค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้ไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของ EORTC (Scott et al., 2008) ดังตารางที่ 2 เพื่อบอกระดับของคุณภาพชีวิต โดยมีการแปลคะแนน ดังนี้ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนที่เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทั้ง 5 ด้านในการแปลระดับคุณภาพชีวิต เนื่องจากตามแนวคิดของ Aaronson et al. (1988) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตสามารถอธิบายผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล สำหรับส่วนอื่น ๆ นำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งคะแนนการประเมินการทำหน้าที่มาก หมายถึง บุคคลนั้นมีการทำหน้าที่ในระดับที่สูง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100 ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตรภาพชั้น โดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้นจึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนการทำหน้าที่เฉลี่ย 0.00-33.33 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

คะแนนการทำหน้าที่เฉลี่ย 33.34-66.67 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

คะแนนการทำหน้าที่เฉลี่ย 66.68-100.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินนี้ เนื่องจากเครื่องมือนี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือซึ่งมีการแปลใช้แล้วมากกว่า 60 ภาษา (EORTC Quality of Life Group et al., 2007) สำหรับส่วนอื่นนำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัยเท่านั้น สำหรับเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 305 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.70 (Aaronson et al., 2000) รวมทั้งมีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น 310 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า 0.70 และทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยวิธีการวิเคราะห์ Multitrait method ซึ่งพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของทุกข้อมีความครอบคลุมและมีอำนาจในการจำแนกที่เป็นมาตรฐาน (Silapakit et al., 2006)

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด	Ref. mean (Scott et al., 2008)
มิติด้านการทำหน้าที่	
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	61.50
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	68.90
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	82.30
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	71.90
การทำหน้าที่ด้านสังคม	71.30
มิติด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย	
ความเหนื่อยล้า	41.10
อาการเบื่ออาหาร	28.10
อาการหายใจลำบาก	37.90
อาการนอนไม่หลับ	31.60
ความเจ็บปวด	29.70
อาการท้องผูก	19.20
ปัญหาทางการเงิน	17.40
อาการคลื่นไส้อาเจียน	10.80
อาการท้องเสีย	7.40
ด้านการประเมินสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม	56.60

2.4 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด

การศึกษาคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้น ปัจจัยหลายอย่าง que ผู้ป่วยต้องประสบทั้งผลกระทบจากตัวโรคและการรักษาทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ สำหรับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า คุณภาพชีวิตที่ดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอด คือ การมีสุขภาพที่ดี การมีความสุขในชีวิตและครอบครัว ซึ่งการรับรู้คุณภาพชีวิตนั้นเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมเดียวกัน บุคคลอาจรับรู้แตกต่างกัน (Montazeri et al., 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Aaronson et al. (1988) ได้ให้

ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็น ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติ หรือบางครั้งอาจใช้ความหมายเดียวกับความผาสุก ซึ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตนั้นอาจอธิบายผ่านการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เช่น การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งจากการศึกษา Tanaka et al. (2002) and Coups et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้นเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งจากตัวโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางการแพทย์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดการเป็นโรคมะเร็งปอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ryan (1996) พบว่า การรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งอาจเพิ่มความทุกข์ทรมานทางอาการของผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายการลดลงของคุณภาพชีวิตผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ การรับรู้ อารมณ์ และสังคมตามแนวคิดของ Aaronson (1988) ซึ่งพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้นผลกระทบจากอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอาการทางกายหรือจิตใจ ส่งผลต่อการลดลงของการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งสิ้น และมีผลต่อการดำเนินชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ลดลงจากอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด ถึงร้อยละ

50 -87 (Dudgeon et al., 2001; Smith et al., 2001; Chan et al., 2007; Hensch et al., 2007) และตัวเลขนี้จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง (Dudgeon, 1998) สำหรับการลดลงของการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ พบว่า ความวิตกกังวลเป็นอาการทางจิตใจที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 84 จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องเผชิญโรคที่มีความก้าวหน้าอย่างรุนแรงและรวดเร็ว (Montazeri et al, 1998) เช่นเดียวกับ ภาวะซึมเศร้า ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 33 มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ก่อนการรักษาและยังคงอยู่ตลอดการเป็นโรคมมากกว่า ร้อยละ 50 และจะเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือข้อจำกัดในการทำงาน (Hopwood and Stephens, 2000) สำหรับการลดลงของการทำหน้าที่ด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจะมีปฏิกิริยาทางจิตสังคมต่อการเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยเข้าสู่ขั้นตอนของปฏิกิริยาทางอารมณ์และพฤติกรรม (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2554) ซึ่งในแต่ละระยะนั้นในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เท่ากัน ซึ่งจากการศึกษาของ Vos et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่มีพฤติกรรมที่เรียกว่าการปฏิเสธ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการแยกตัวออกจากสังคมและมีการทำหน้าที่ทางด้านสังคมไม่ดี ผู้ป่วยจะรู้สึกโดดเดี่ยวและหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตัวเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นและอนาคตที่ยังมาไม่ถึง รวมถึงการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งจากการศึกษาของ McManus (2003) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดภายหลังการผ่าตัดเนื้อร้ายและปอดบางส่วนออกไปพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความบกพร่องในการเข้าร่วมสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า

ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ (Mardal et al., 2003) ซึ่งอาจจะเกิดจากการถูกจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่างที่มีผลต่อการทำหน้าที่เกี่ยวกับการหายใจ จะเห็นได้ว่าการลดลงของการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งปอดถึงร้อยละ 55 (Tanaka et al., 2002) เมื่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงมีรายงานถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Hopwood and Stephens, 2000) และสอดคล้องกับหลายการศึกษา พบว่า การทำหน้าที่ทางด้านอารมณ์ที่ผิดปกติส่งผลกระทบต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Sarna et al., 2005; Fow and Lyon, 2006; Henoch, 2007; Rolke et al., 2008, Lopez et al., 2010) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mohan et al. (2007) ที่พบว่า การทำหน้าที่ทางร่างกาย บทบาทและกระบวนการคิดรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งปอด ($p < 0.05$)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงสอดคล้องกับการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้นก็ยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Sarna et al., 2005; Akin et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cai et al. (2011) ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม โดยการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO-QOL เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Xioline (2002) ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทยโดยใช้แบบประเมินของ EORTC พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทย (Mean=51.9/SD=22.0) อยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ EORTC อ้างอิงไว้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ยังคงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ รู้สึกไม่มีความสุขและไม่พึงพอใจในการดำรงชีวิตอยู่ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ต่ำนี้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ท้อแท้และสิ้นหวัง อีกทั้งยังส่งผลให้ประสิทธิภาพผลการรักษาลดลง (Zebrack, 2001; Sarna et al., 2004; พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร, 2553) คุณภาพชีวิตจึงถูกนำมาใช้ในการพยากรณ์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Movsas et al. (2009) พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีคุณภาพชีวิตต่ำร้อยละ 70 มีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีคุณภาพชีวิตสูง

2.5 บทบาทพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด

พยาบาล เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญ และมีบทบาทอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งปอดให้มีความเหมาะสมถูกต้องยิ่งขึ้น เนื่องจากโดยลักษณะงานการบริการทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นในยุคที่เน้นการบริการแบบส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก พยาบาลจึงต้องทำบทบาทต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอด ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง พยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างพึงพอใจและมีความสุข พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดเปลี่ยนความคิดต่อโรคมะเร็งที่เป็น เป็นการคิดทางด้านบวก ซึ่งความคิดด้านบวกนี้จะก่อให้เกิดอารมณ์ในด้านสร้างสรรค์ ความหวัง ความศรัทธามุ่งมั่น และทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความกระตือรือร้นในการแก้ไขปัญหาชีวิต สนใจที่จะปรับปรุงพัฒนาชีวิตของตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สุภาส เครือเนตร, 2541) เมื่อผู้ป่วยมีกำลังใจพร้อมที่จะสนใจชีวิตตนเองแล้ว พยาบาลในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลจะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยพยาบาลจำเป็นที่จะต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด อยู่เสมอ เพื่อนำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาพัฒนาระบบการดูแลให้ได้อย่างครอบคลุม ริเริ่มและกำหนดแผนดูแลที่เฉพาะและเหมาะสมตามปัญหาที่พบ เพิ่มหรือส่งเสริมปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดหรือแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ โดยบูรณาการความรู้ทางการแพทย์ และข้อมูลสนับสนุนที่มีหลักฐานอ้างอิงกับปัญหานั้นมาตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างอิสระและมีระบบ มีการคิดตามประเมินคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง สร้างทีมดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดโดยความร่วมมือในกลุ่มพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดอย่างเป็นระบบ เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้การทบทวนงานวิจัยของ Lopez et al. (2010) ส่วนหนึ่งร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งจากการศึกษาของ Lopez et al.(2010) ได้ทำการศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 130 คน ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของปอด ภาวะหายใจลำบาก ความวิตกกังวล และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยดังกล่าว ยกเว้น

การทำหน้าที่ของปอด เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดของ Lopez et al. (2010) พบว่า การศึกษาการทำหน้าที่ของปอดส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งงานวิจัยที่ได้ไม่สามารถนำมาอ้างอิงในผู้ป่วยมะเร็งปอดได้เนื่องจากความแตกต่างของพยาธิสภาพของโรค สำหรับตัวแปรที่ผู้วิจัยคัดสรรมาใช้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ดังรายละเอียด

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.1.1 ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด

ในทางคลินิกสามารถแบ่งชนิดของมะเร็งปอดได้ โดยอาศัยข้อมูลจากตำแหน่งโรคมะเร็งที่ปอดมาพิจารณา WHO (1967) ได้แบ่งชนิดของผู้ป่วยมะเร็งปอดทางคลินิกซึ่งเป็นที่นิยมนำมาใช้ ดังนี้

3.1.1.1 ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่ใช่เซลล์เล็ก (Non - small cell lung cancer ; NSCLC) พบประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมด มักมีการดำเนินโรคที่ช้า ทำให้สามารถตรวจพบในระยะแรกได้มากกว่ามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก ถ้าพบในระยะแรก การรักษาหลักคือการผ่าตัดเอาก้อนออก อาจเสริมด้วยยาเคมีบำบัดหรือการใช้รังสีรักษา แม้กระนั้นผลการรักษาโดยรวมของมะเร็งปอดชนิดนี้ก็ยังไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากอาจมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้เช่นกัน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ชนิดย่อย (วิสุทธิ ล้ำเลิศชน, 2552) ได้ดังนี้

3.1.1.1.1 สแควมัสเซลล์คาร์ซิโนมา (Squamous cell carcinoma) มะเร็งชนิดนี้ส่วนมากพบที่กลีบปอดข้างขวาบน ขนาดก้อนแตกต่างกันตั้งแต่ก้อนเล็กถึงก้อนใหญ่ ส่งผลให้เกิดหลอดลมอุดตัน ถุงลมแฟบและเกิดการอักเสบของปอด มักพบในผู้ชายที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดนี้มีอัตราการรอดชีวิตที่ยืนยาวกว่าชนิดอื่นเนื่องจากการแพร่กระจายอย่างช้า ๆ (WHO, 1967; Ingle, 2000; ชาญญา พัฒนศักดิ์กัญญา, 2542; เอ็มแม สุขประเสริฐ, 2550)

3.1.1.1.2 อะดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) เป็นรูปแบบโดยทั่วไปที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งปอด พบได้ร้อยละ 30-40 ของมะเร็งทั้งหมด เกิดขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิงแม้กระทั่งในรายที่ไม่สูบบุหรี่ โดยจะพบเซลล์มะเร็งชนิดนี้ได้ที่ต่อมสร้างเมือกของปอดหรือถุงลม ซึ่งมีการแพร่กระจายโดยผ่านทางระบบหลอดเลือดและน้ำเหลือง (WHO, 1967; Ingle, 2000; ชาญญา พัฒนศักดิ์กัญญา, 2542; เอ็มแม สุขประเสริฐ, 2550)

3.1.1.1.3 มะเร็งเซลล์ใหญ่ (Large cell carcinoma) พบได้ประมาณ ร้อยละ 10-15 ของมะเร็งปอดทุกชนิด มักจะพบเซลล์ชนิดนี้ที่กลีบปอดข้างขวาบน และ

สามารถแพร่กระจายได้เร็วมากไปยังต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกาย (WHO, 1967; Ingle, 2000; ชนิญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ, 2542; เอ็มแม สุขประเสริฐ, 2550)

3.1.1.2 มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer; SCLC) เป็นชนิดที่พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมด ปัจจุบันมีแนวโน้มมากขึ้น โดยเฉพาะประชากรเพศหญิง ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งชนิดนี้คือ การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่พบบริเวณที่หลอดลมใหญ่ข้างขวาของปอดและที่ยอดปอดข้างซ้าย เป็นชนิดที่ร้ายแรงที่สุด มักมีอาการค่อนข้างมากเนื่องจากเป็นชนิดที่สามารถแพร่กระจายได้รวดเร็วมีเพียงร้อยละ 3-12 เท่านั้นที่สามารถทำการผ่าตัดได้ มะเร็งปอดชนิดนี้อาจสร้างสารเคมีบางอย่างทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ที่ผลิตฮอร์โมนในร่างกายได้ด้วย ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาเป็นอย่างดี แต่โอกาสหายขาดยังเป็นไปได้น้อย เนื่องจากประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาพบแพทย์ด้วยอาการของ Metastatic disease เรียกกลุ่มนี้ว่า กลุ่ม Extensive disease มักตรวจพบในผู้ที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่มาก่อน (Inde Pass and Glatstein, 1997; Bonomi et al., 1990; WHO, 1967; Ingle, 2000; ชนิญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ, 2542; เอ็มแม สุขประเสริฐ, 2550; วิสุทธิ์ ล้าเลิศธน, 2552)

3.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

การแบ่งโรคมะเร็งปอดตามหลักสากลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด โดยอาศัยข้อมูลจากตำแหน่งโรคมะเร็งที่ปอดและผลพยาธิวิทยาามาพิจารณา WHO (1967) คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่ใช่เซลล์เล็ก (Non - small cell lung cancer)และมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer) ความชุกของการพบผู้ป่วยมะเร็งปอดแต่ละชนิดนั้นค่อนข้างแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด แต่สิ่งที่สำคัญที่ผู้วิจัยให้ความสนใจในชนิดของผู้ป่วยมะเร็งปอด คือ ความรุนแรงของโรคในแต่ละชนิดนั้นมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer) จะเป็นชนิดที่มีความร้ายแรง การดำเนินโรคค่อนข้างเร็วและมีการกระจายของโรคมามากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่ใช่เซลล์เล็ก (Non- small cell lung cancer) จะเห็นได้ว่าชนิดของเซลล์มะเร็งปอดส่งผลต่อผู้ป่วยมะเร็งปอดในเรื่องของตัวโรค ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความทุกข์ทรมานจากตัวโรคที่แตกต่างกัน ร่วมกับผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งจากการศึกษาของ Xioline (2002) ที่ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดแต่ละชนิด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก ดังนั้น ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.2.1 ความหมายของความปวด

Melzack and Casey (1968) กล่าวว่า ความปวด คือ ความปวดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดจากการที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับอันตรายหรือเกิดจากจิตใจได้รับการคุกคามประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ ด้านประสาทสัมผัสการรับรู้ ผลจากแรงจูงใจและอารมณ์ และการประเมินจากการคิด

International Association for the Study of Pain ; IASP (1979 อ้างถึงใน สิริระ บุญยรัตคน เวช, 2540) ได้ให้ความหมายของความปวด คือ ประสบการณ์ทางความรู้สึกและอารมณ์ที่ไม่สบาย ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย

Cleeland (1989) ได้ให้ความหมายของ ความปวดของโรคมะเร็ง คือ ความไม่สุขสบายจากตัวโรคมะเร็งและจากการรักษาโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การรับรู้ความรุนแรงของความรู้สึกปวดและผลกระทบจากความปวดซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันซึ่งรวมถึง การทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไป การเดิน การทำงาน อารมณ์ ความสุขในชีวิตและมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ

สถาพร สีสานันทกิจ (2539) ให้ความหมายของ ความปวดจากมะเร็ง หมายถึง ความปวดที่มี ระยะเวลายาวนานหลายเดือน เป็น ๆ หาย ๆ ไม่สามารถจะตัดออกได้หมดและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากมันเกิดความปวดขึ้นก็เพราะมีการทำลายเนื้อเยื่อเป็นระยะ ๆ โดยก้อนมะเร็ง ไปลุกลามเซลล์ปกติอื่น ๆ

สรุป ความปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายจากการถูกทำลายจากเนื้อเยื่อจากตัวโรค และการรักษา ซึ่งครอบคลุมทั้งการรับรู้ความรุนแรงของความปวดและผลกระทบจากอาการปวดต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงความสุขในชีวิต ซึ่งมีระยะเวลายาวนาน เป็น ๆ หาย ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

3.2.2 องค์ประกอบของความปวด

3.2.2.1 สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (ลักขมี ชาญเวชช์, 2552)

3.2.2.1.1 จากมะเร็งโดยตรง มีการแพร่กระจาย (Metastases) เช่น ไปที่กระดูก ซึ่งพบบ่อยที่สุด ทำให้มีความปวดจากการทำลายเนื้อกระดูก หรือทำให้มีกระดูกอ่อนยุบตัวลงและหัก มะเร็งลุกลามโดยตรงไปเนื้อเยื่อรอบ ๆ มะเร็งกระจายลุกลามไปกดทับเส้นประสาทหรือไขสันหลัง หรือมะเร็งของอวัยวะภายใน

3.2.2.1.2 จากการรักษามะเร็ง เช่น จากการผ่าตัด ผ่าตัดกลีบ

ปอด (Thoracotomy) จากการให้เคมีบำบัด หรือการให้รังสีรักษา ซึ่งทำให้มีผังผืดไปล้อมห่อหุ้มประสาท

3.2.2.1.3 ความปวดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น อาจเกิดแผลกดทับ มีความวิตกกังวล ปวดศีรษะจากความเครียด (Tension headache) ซึมเศร้า ภาวะท้องผูก ปวดกล้ามเนื้อ (Myofascial pain)

3.2.2.2 ชนิดของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งแยกออกตามลักษณะการเกิดเป็น

3.2.2.2.1 ความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ (Nociceptive pain) เมื่อกระตุ้นที่ Nociceptor ด้วยแรงที่ทำให้ปวดบริเวณผิวหนัง กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่ออื่น ๆ ทำให้มีความปวดที่เกิดเฉพาะเป็นบริเวณ ซึ่งอาจเกิดเป็นพัก ๆ ปวดแบบตุ๊บ ๆ ปวดบีบ ๆ เจ็บปวดเรียกว่า Somatic pain ได้แก่ ปวดจากเนื้อมะเร็งลุกลามโดยตรงมาที่กระดูก เนื้อเยื่อข้างเคียงถูกกดเบียด ส่วน Visceral pain เกิดเมื่อกระตุ้น Nociceptor ของอวัยวะภายใน ทำให้เกิดความปวดร้าวไปผิวหนัง (Refer pain) ปวดเสียด ปวดบิด ๆ เป็นพัก ๆ ซึ่งอาจเกิดจากการอุดตันของอวัยวะภายใน (Bowel obstruction)

3.2.2.2.2 ความปวดจากพยาธิสภาพในระบบประสาท (Neuropathic pain) เกิดเมื่อระบบประสาทมีพยาธิสภาพหรือทำหน้าที่ผิดปกติ และ/หรือ ระบบประสาทส่วนกลาง เกิดมี Activity ผิดปกติขึ้นเอง (Spontaneous) หรือไขสันหลังบริเวณ Dorsal horn เกิด Hyperexcitability โดยผู้ป่วยจะมีความปวดแบบปวดแสบร้อน ปวดเหมือนเข็มทิ่มตำ การสัมผัสก่อให้เกิดความปวด การรับรู้ความรู้สึกเจ็บเล็กน้อยเป็นเจ็บปวดมากขึ้น เมื่อมีการกระตุ้นซ้ำ ๆ ทำให้ปวดมากขึ้นโดยอาจปวดตลอดเวลาหรือปวดเป็นพักๆ ขึ้นมาเอง นอกเหนือจากความปวดตามพยาธิสภาพการเกิดดังกล่าว ผู้ป่วยมะเร็งบางส่วนอาจมีความปวดรุนแรงที่ไม่สามารถอธิบายได้ (Idiopathic pain) ซึ่งเป็นผลมาจากจิตใจเป็นสำคัญ เนื่องจากความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ร่วมกับความเครียดต่าง ๆ ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น

3.2.2.3 พยาธิสภาพของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

กลไกการเกิดความปวด (Pain mechanisms) เกิดจากกระบวนการทางชีวเคมีและสรีรวิทยา 5 กระบวนการด้วยกัน คือ

1. Transduction คือ การเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาทางเคมีให้เป็นกระแสไฟฟ้าวิ่งไปตาม Nociceptor (C-fiber) เข้าสู่ไขสันหลัง กระบวนการนี้ค่อนข้างสลับซับซ้อน และมี Chemical mediators ร่วมอยู่ในกระบวนการมากมาย และทั้งหมดรวมกันเป็น “Sensitizing soup” ทำให้ Pain threshold ของ Nociceptor ลดต่ำลงจนกระทั่งสามารถถูกกระตุ้นได้ง่าย และในที่สุดก็กลายเป็น

nerve impulse วิ่งไปตาม Nociceptor เข้าสู่ไขสันหลัง เมื่อเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อขึ้น เช่น ถูก ตะปูแทงที่ผิวหนังบริเวณแขน เซลล์ในบริเวณนั้นก็จะแตกและหลั่ง K^+ ออกมาพร้อม ๆ กับการ กระตุ้น Phospholipase A 2 ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่ปลดปล่อยสาร Arachidonic acid ออกมาจาก cell membrane และถูกเปลี่ยนไปเป็น Prostaglandins โดย Cyclooxygenase กับ Leukotrienes โดย Lipoxygenase ตามลำดับ Prostaglandins และ Leukotrienes เป็น Pain sensitizers ช่วยให้ปลาย ประสาทของ C-fiber (Nociceptor) อ่อนไหวมี Threshold ที่ต่ำลงและถูกกระตุ้นด้วย K^+ ได้ง่ายขึ้น เมื่อ Nociceptor ถูกกระตุ้นจะส่งกระแส ไฟฟ้าไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลัง แต่ใน ขณะเดียวกันจะมีกระแสประสาทบางส่วนวิ่งสวนทางออกไปยังทางแยกของ Nociceptor ไปหลั่ง สาร Substance P (SP) ออกจากปลายประสาท C – fiber นั้นเอง ซึ่ง SP ที่หลั่งออกมานี้จะไปกระตุ้น และขยายหลอดเลือดให้หลั่งสาร Bradykinin (BK) ออกมาพร้อมๆ กับการหลั่งสาร Histamine (H) ออกจาก Mast cells และสาร Serotonin (5-hydroxytryptamine; 5HT) ออกจากเกร็ดเลือด สารที่ถูก หลั่งออกมาทั้งหมดนี้จะไปช่วยกระตุ้น Nociceptor ทำให้ Threshold ลดลงไปแล้วเกิดเป็น Nerve action potential (NAP) วิ่งไปตามเส้นประสาทเข้าสู่ไขสันหลังเพื่อส่งต่อไปยัง Cerebral cortex แล้วแปลผลเป็นความปวดขึ้น

นอกจากสารทั้งหมดที่ได้กล่าวไปแล้วยังมีสารเคมีอีกหลายตัวที่ถูกสร้างและหลั่งออกมาใน บริเวณที่มีเนื้อเยื่อถูกทำลาย (บริเวณอักเสบ) เช่น CGRP, C5a, PAF, opioids, IL-1, NO, CCK เป็นต้น ซึ่งสารทั้งหมดนี้จะช่วยกันเป็น Sensitizing soup ทำให้การกระตุ้น Nociceptor ของความปวด นั้นให้มี Threshold ต่ำลงเรื่อยๆ นั้นเอง

2. Transmission คือ การส่งกระแสไฟฟ้าในรูปของ Nerve action potential (NAP) จาก ปลายประสาท Nociceptor ไปยังไขสันหลัง โดยเข้าทาง Dorsal horn ไป Synapse กับ Second order neurons (e.g., stalk cell) ซึ่งตำแหน่งที่เข้าของ A คือ Lamina I และ II ส่วน C- fiber จะเข้าทาง Lamina 2 และ Large-diameter fiber (A) จะเข้าทาง Dorsal column ผ่านไปยัง Lamina V แล้วส่ง Excitatory branches ไปที่ Wide dynamic range neurone (WDR) และ Inhibitory branches ขึ้นไปที่ ประตุ (G, gate) ซึ่งอยู่ใน Lamina 2 อีกด้วย นั่นก็คือทั้งหมดนี้จะไปบรรจบกันที่ประตุ(G) ใน Substantia gelatinosa (SG) ซึ่งอยู่ใน Lamina 2 ของไขสันหลัง

3. Modulation and pathways เมื่อ A, C และ A fibers วิ่งเข้าสู่ไขสันหลังผ่าน Dorsal horn โดยก่อนที่มันจะถึงประตุ (G) มันจะไปต่อกับ Second order neurons หลายชนิด เช่น Stalk cell, islet cell และ Antenna cell แล้วในที่สุดก็จะไป Synapse กับประตุ (gate) ซึ่งอยู่ใน Substantia gelatinosa ซึ่งทำหน้าที่เปิด-ปิด รับความรู้สึกปวดตามทฤษฎีของ Melzack and Wall โดยที่การกระตุ้น A b จะปิดประตุรับความปวด แต่การกระตุ้น C- fiber จะเป็นการเปิดประตุส่ง

Nerve impulse ผ่านไปยัง Wide dynamic range neuron (WDR) ใน Lamina 5 ซึ่งจะไปทำเป็น Pain pathways เข้าสู่ Thalamus นอกจากนี้ที่ตัวประตู่ (G) ยังมีการควบคุมการเปิด-ปิดรับความรู้สึกปวด จาก Higher centers ของสมองอีกด้วย (Central control) A จะกลายเป็น Pain pathway ที่มีชื่อว่า Neospinothalamic tract (NT) วิ่งตรงเข้าสู่ Lateral thalamus แล้วไปสิ้นสุดที่ Somatosensory cortex (SSC x) ซึ่งแปลความรู้สึกเป็นเจ็บ ส่วน C-fiber จะกลายเป็น Paleospinothalamic tract (PT) โดยมีสาขาแยกไปยัง Reticular formation (RF) และ Limbic system (LM) แล้วไปสิ้นสุดที่ Association cortex (ASC x) โดยผ่านทาง Medial thalamus เป็นความปวด ซึ่งมีทั้งความทุกข์ทรมานและต้องการการบำบัดรักษา

4. Pain perception ความรู้สึกเจ็บและปวดนั้น เกิดขึ้นใน Thalamus แต่ตัวแปลความรู้สึกที่สำคัญนี้อยู่ที่ Cortex

5. Pain behaviors กระแสประสาทจาก Association cortex (ASC x) จะถูกส่งผ่านไปยัง Motor cortex เพื่อบอกว่ามีความปวดเกิดขึ้นแล้ว และร่างกายก็จะแสดงอาการนี้ออกมาได้หลายรูปแบบ เช่น ร้องครวญ หน้ามึน คิ้วขมวด เป็นต้น ส่วน Impulse จาก Somatosensory cortex (SSC x) จะส่งผ่านไปยัง Motor cortex เช่นกันแต่เพื่อเตือนให้ร่างกายทราบว่ามีอันตรายที่เกิดขึ้นเท่านั้น ให้หลีกเลี่ยงเสีย

3.2.3 แบบประเมินความปวด

3.2.3.1 แบบวัดความปวดด้วยภาพการแสดงออกทางใบหน้า

(Wong – baker faces pain rating scale) ของ Wong et al. (2001) เป็นแบบประเมินความปวดที่เจ้าหน้าที่แพทย์หรือพยาบาลจะให้ผู้ป่วยดูรูปภาพและให้ผู้ป่วยชี้ว่าขณะนี้รู้สึกปวดอยู่ในภาพใด



การแปลความหมาย 0 หมายถึง ไม่มีความปวด 1 (ปวดเล็กน้อย) หมายถึง มีความปวดเล็กน้อย ไม่มีความกังวล ไม่มีความรู้สึกทุกข์ ทรมานแต่อย่างใด และ 5 (ปวดมากที่สุด) หมายถึง มีความปวดรุนแรงจนไม่สามารถทนได้

3.2.3.2 การประเมินความปวดด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข

(numerical rating scale: NRS) ของ Melzack and Katz (1999) เป็นการประเมินความปวด โดยผู้ป่วยให้คะแนนความปวดด้วยตนเอง โดยการวัดเป็นการระบุตัวเลขระดับของความปวด

ต่อเนื่องกันไปตามเส้นตรง 0 คะแนนหมายถึง ไม่ปวดเลย และ 1-9 หมายถึง ความปวดที่เพิ่มขึ้น จนถึง 10 คะแนนคือปวดมากที่สุด

3.2.3.3 แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Brief Pain Inventory; BPI; shortform) ของ Cleeland and Ryan (1994) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 2 ส่วน คือ ความรุนแรงและผลกระทบจากความปวดในการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน และข้อคำถามอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ดังนี้

3.2.3.3.1 ความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้นทั้งมากที่สุด/น้อยสุดที่เคยเกิดขึ้นและความปวดที่ยอมรับ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 3-6 มีลักษณะคำตอบเป็นลักษณะเรียงลำดับตัวเลขตั้งแต่ 0-10 ในการอธิบายความปวดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา คะแนนแบ่งออกเป็น 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด คะแนน 1-3 หมายถึง มีความปวดระดับเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง มีความปวดในระดับปานกลาง และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความปวดในระดับรุนแรง

3.2.3.3.2 ผลกระทบของความปวดที่เกิดขึ้นต่อการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน จำนวน 1 ข้อ ในข้อ 9 ซึ่งประกอบด้วยข้อย่อย จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นลักษณะเรียงลำดับตัวเลข 0-10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่ผลרבกวนเลย 5 หมายถึง มีผลרבกวนปานกลาง 10 หมายถึง มีผลרבกวนมากที่สุด

3.2.3.3.3 ข้อคำถามอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2 เป็นคำถามให้เลือกตอบว่ามีอาการปวดเกิดขึ้นหรือไม่และถ้ามีเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดของร่างกาย สำหรับข้อ 7 เป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับการรักษาและวิธีการบำบัดเพื่อจัดการกับอาการปวด เพื่อให้เลือกตอบสั้น ๆ สำหรับข้อ 8 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาอาการปวดที่ได้รับ ที่มีลักษณะคำตอบเป็นลักษณะคำตอบ เป็นลักษณะเรียงลำดับตัวเลข 0-10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่ช่วยบรรเทาอาการเลยจนถึง 10 หมายถึง การบำบัดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ซึ่งสำหรับการศึกษานี้ใช้เฉพาะส่วนที่เป็นแบบประเมินด้านความรุนแรงของอาการปวดสำหรับส่วนอื่นนำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย การแปลคะแนน คะแนนรวมคิดเฉพาะหัวข้อความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้น คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-16 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตราภาคชั้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่ในระดับสูง

โดยเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 1,261 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80-0.87 (Cleeland and Ryan, 1994)

3.2.4 ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ความปวดเป็นความรู้สึกที่มีอิทธิพลอย่างมากในการทำลายความสุข รวมทั้งรบกวน การประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องกระทำเป็นกิจวัตร โรคมะเร็งไม่ใช่สาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดเท่านั้น ในผู้ป่วยโรคมะเร็งความปวดอาจเกิดจากผลข้างเคียงของการบำบัดโรคมะเร็ง หรือเป็นความปวดชนิดธรรมดาที่เกิดขึ้นกับบุคคลธรรมดาทั่วไป ความปวดจากโรคมะเร็งจะรุนแรงหรือไม่ ขึ้นกับชนิดของโรคมะเร็ง อวัยวะที่เกิดโรค รวมทั้งสภาพ ร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อร่างกายอ่อนล้า มีความกลัว ซึมเศร้า หรือวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีส่วนทำให้ความปวดที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีความปวดเท่านี้ก็จะรู้สึกถึงลักษณะและระดับความรุนแรงของความปวดที่เกิดขึ้น กิจกรรมต่าง ๆ ที่ถูกระงับจนไม่อาจกระทำได้ รวมทั้งสภาพทางด้านจิตใจที่ทรุดลง อันเป็นผลจากความปวด (สถาบันมะเร็ง, 2554) อาการปวดจึงเป็นอาการแสดงที่สำคัญ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 1 ใน 3 ที่มีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (WHO, 1986) จากการศึกษาของ Cooley (2003) พบว่าอาการปวดเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา สำหรับการศึกษาความชุกของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการปวดร้อยละ 40 ซึ่งอาการปวดนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 27 และเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย ๆ ของชีวิต ร้อยละ 76 ซึ่งสาเหตุหลักของอาการปวดในมะเร็งร้อยละ 73 มาจากตัวโรคมะเร็งเองและร้อยละ 11 จากมาการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งตำแหน่งของอาการปวดที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้แก่ เจ็บหน้าอก (ร้อยละ 25) และหลังส่วนเอว (Mercadante, Armata, and Salvaggio, 1994; Tanaka et al., 2002; Potter and Higginson, 2004)

3.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผู้ป่วยมะเร็งต้องประสบกับอาการมากมายรวมถึง ความทุกข์ทรมานทางอาการที่เกิดขึ้นจากอาการปวด ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่หรือการทากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

มาก (Tanaka et al., 2002; สถาบันมะเร็ง, 2554) มีหลายการศึกษารายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและต่างประเทศแต่การศึกษาความสัมพันธ์นี้ในผู้ป่วยมะเร็งปอดมีเพียงเล็กน้อย ซึ่งจากการศึกษาในหลายการศึกษาพบว่า อาการปวดที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Anie, Steptoe, and Bevan, 2002; Wang et al., 1999; Ferrell, 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hsu et al. (2003) พบว่า อาการปวดจากโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างแน่นอน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong and Fielding (2007) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชาวจีนจำนวน 1,202 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการปวดจะมีการมองโลกของผู้ป่วยในแง่ไม่ดีซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพอย่างมาก ดังนั้นความปวดน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.3.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

Winningham et al. (1994) ได้ให้ความหมายของ ความเหนื่อยล้า คือ การรับรู้ถึงความเหน็ดเหนื่อย หดแรงแ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าร่างกายไม่สบายอ่อนแอ เนื้อหาและขาดสมาธิ ซึ่งเป็นผลมาจากร่างกายขาดพลังงาน ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกายลดลง

Varricchio (1985) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า คือ การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหน็ดเหนื่อย อิดโรยเนื่องมาจากความเครียดหรือการออกแรงมากเกินไป จากการมีกิจกรรมทางร่างกายหรือจิตใจอันยาวนาน

Piper et al. (1998) ได้ให้ความหมายของ ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้รับรู้ว่าร่างกายเกิดภาวะผิดปกติ หรือเหนื่อยอย่างมาก ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สบาย ซึ่งความเหนื่อยล้านี้อาจเกิดอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ ส่งผลให้ทำกิจกรรมได้ลดลง การนอนหลับพักผ่อนไม่สามารถช่วยบรรเทาให้ความเหนื่อยล้าลดลงได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น

Lareau, Meek and Roos (1998) ได้ให้ความหมายของ ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย หดแกล้ง ไม่สบาย ผ่านผ่านพฤติกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การสวมใส่เสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกาย การประกอบหรือรับประทานอาหาร และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อบุคคลมีภาวะเหนื่อยล้าจะส่งผลให้บุคคลทำกิจกรรมลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

สรุป ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย หดแกล้ง ไม่สบาย ผ่านผ่านพฤติกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การสวมใส่

เสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกาย การประกอบหรือรับประทานอาหาร และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อบุคคลมีภาวะเหนื่อยล้าจะส่งผลให้บุคคลทำกิจกรรมลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

3.3.2 องค์ประกอบของความเหนื่อยล้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักวิชาการได้แสดงแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าไว้มากมาย แนวคิดความเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1998) ได้อธิบายไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1.ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง เป็นมิติหนึ่งที่สะท้อนถึงพื้นฐานของกลไกที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า แสดงออกถึงความเหนื่อยล้าของตา แขนขา และอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย บุคคลจะมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย เฉื่อยชา ไม่มีแรง ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคล เมื่อบุคคลทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ลดลงส่งผลให้รับรู้ถึงความรู้สึกของความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น

2.ด้านความคิดเห็น/เจตคติ ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีกลไกการเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เป็นมิติที่แสดงถึงความรู้สึกเป็นทุกข์ การให้ความหมายของความเหนื่อยล้า การที่บุคคลมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ผิดปกติ สามารถเป็นอันตรายต่อชีวิต เป็นสิ่งไม่น่าพอใจและเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อความสุขในชีวิตให้ลดลง

3.ด้านความรู้สึก ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการตอบสนองภายในร่างกาย ส่งผลต่อการรับรู้และความรู้สึกในขณะที่บุคคลเกิดความเหนื่อยล้า บุคคลจะรู้สึกว่าเหน็ดเหนื่อยมากจนไม่สามารถรับได้ ง่วงซึม หมดพลัง อ่อนแอ ขาดความกระตือรือร้นและหมดความอดทน เป็นมิติที่เป็นตัวบ่งบอกความอ่อนแรงของกล้ามเนื้ออีกด้วย

4.ด้านสติปัญญา ความเหนื่อยล้าจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคคลขาดความสามารถในการคิด จดจำและสมาธิ อีกทั้งยังก่อให้เกิดอารมณ์ตึงเครียดและซึมเศร้า อาจส่งผลให้สมองหรือระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สูญเสียหน้าที่ได้

สำหรับการศึกษานี้ได้ใช้แนวคิดความเหนื่อยล้าของ Lareau, Meek and Roos (1998) มาใช้เป็นแนวคิด สามารถอธิบายได้ว่า ความเหนื่อยล้าผ่านพฤติกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การสวมใส่เสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกาย การประกอบหรือรับประทานอาหาร และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งบุคคลที่มีความรุนแรงของความเหนื่อยล้าสูงย่อมส่งผลให้บุคคลทำกิจกรรมได้ลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ แนวคิดความเหนื่อยล้านี้มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วย โรคมะเร็งที่เป็นผู้ที่มีความเหนื่อยล้าทั้งจากตัว

โรค การรักษาและสภาพจิตใจ ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้และแสดงออกถึงความเหนื่อยล้าได้จาก ด้านพฤติกรรมหรือความรุนแรง เป็นมิติหนึ่งที่สะท้อนถึงพื้นฐานของกลไกที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า แสดงออกถึงความเหนื่อยล้าของตา แขนขา และอวัยวะต่าง ๆ ที่ร่างกาย บุคคลจะมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย เฉื่อยชา ไม่มีแรง ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรม หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคล

3.3.3 แบบประเมินภาวะความเหนื่อยล้า

3.3.3.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้า ของ Lee, Hicks, and Nino-Murcia (1991) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัด Visual Analog Scale for Fatigue ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น ข้อคำถามด้านพลังงานจำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามด้านความเหนื่อยล้าจำนวน 13 ข้อ

3.3.3.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าไปเปอร์ ของ Piper et al. (1998) แปลโดย ปิยวรรณ ปฤษฎณาภรณ์ (Panurungsie, 2000) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 2-7 โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลข โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกต่อการกรนนั้นเลย และ 10 หมายถึง มีความรู้สึกต่อการกรนนั้นมากที่สุด

2. ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ จำนวน 5 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 8-12 ด้านความรู้สึก จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อคำถามข้อที่ 13-17 ด้านสติปัญญา จำนวน 6 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 18-23 โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลข โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง รู้สึกในทางบวก และ 10 หมายถึง รู้สึกในทางลบ และอีก 3 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด มีการนำแบบสอบถามนี้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 (ศิริกาญจน์ สมรรถศรีบุตรและคณะ, 2008; สาคร หับเจริญ และ ชลธิชา ปานโบ, 2554) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

การแปลผลของความเหนื่อยล้า มีคะแนนรวมระหว่าง 0-220 และในรายด้านและรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ

คะแนนเฉลี่ย	0	ไม่มีอาการเหนื่อยล้า
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	0.01-3.99	อาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	4.00-6.99	อาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	7.00-10.00	อาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับมาก

3.3.3.3 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Lareau, Meek and Roos (1998)

แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และได้มีการแปลย้อนกลับโดยสถาบันภาษาอีกครั้ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินความเหนื่อยล้าผ่านพฤติกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การสวมใส่เสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกาย การประกอบหรือรับประทานอาหาร และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลข โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนนแบ่งออกเป็น 0 หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรม (1 คะแนน) คะแนน 1-3 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย(2 คะแนน) คะแนน 4-6 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง(3 คะแนน) และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง(4 คะแนน)

สำหรับการแปลผลของความเหนื่อยล้า มีคะแนนรวมระหว่าง 10-40 ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตรภาคชั้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าอยู่ใน ระดับสูง

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ใช้เครื่องมือการวัดความเหนื่อยล้าของ Lareau, Meek and Roos (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุริพร ธนศิลป์และLopez (in process) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นผู้ที่มีความเหนื่อยล้าทั้งจากตัวโรค การรักษาและสภาพจิตใจ และมีการนำเครื่องมือนี้มาใช้ในการวัดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งหลายงานในต่างประเทศ โดยเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดจำนวน 131 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95 (Lareau, Meek and Roos; 1998)

3.3.4 ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องเผชิญผลกระทบที่เกิดจากโรค และผลข้างเคียงจากการรักษาอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา อาจใช้วิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็น การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งผลจากการรักษาที่ได้รับนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังทำลายเซลล์อื่น ๆ ของร่างกายอีกด้วย เช่น เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม ไชกระดูก (Piper et al.,

1987) ซึ่งถือเป็นการรักษามาตรฐานในปัจจุบัน ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการใช้พลังงานอย่างมากในการดำรงชีวิต เมื่อมีการขาดพลังงานเป็นเวลานาน ผู้ป่วยมะเร็งจึงมีอาการของความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคมะเร็งของอภิศิ ดดาวรรษ์และคณะ (2548) พบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ จากอาการทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษา อาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดของ Genc and Tan (2011) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องประสบกับความเหนื่อยล้ามากที่สุด ($\bar{X}=2.15$, $SD=0.81$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chan et al.(2007) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจะมีความเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 93 สำหรับการศึกษาคความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทยของ ศาคร หับเจริญและชลธิชา ปาน โบ (2554) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าในภาพรวมโดยมีคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความเหนื่อยล้าที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 99.5 คือ การได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ จนผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (Tanaka et al., 2002) ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียดมากยิ่งขึ้นและความเครียดที่เกิดขึ้นก็จะส่งทำให้เกิดความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น เป็นกระบวนการ แพทย์และพยาบาลจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจและหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข

3.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดที่ความเหนื่อยล้ายังคงอยู่ รวมถึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาของ Visser and Smets (1998) พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับการศึกษาคความสัมพันธ์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดจากการศึกษาของ Fox and Lyon (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r= .38$) สอดคล้องกับการศึกษา Dagnelie et al. (2007) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉายแสง พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shaffer (2009) พบว่า ประสบการณ์ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลาม สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด ผู้วิจัยสนใจนำตัวแปรนี้มาศึกษา ดังนั้น ความเหนื่อยล้าน่าจะมีสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.4.1 ความหมายของอาการหายใจลำบาก(Dyspnea)

Brown et al. (1986) ได้ให้ความหมายของ ภาวะหายใจลำบากไว้ว่า เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความยากลำบาก อึดอัดและไม่สบายในการหายใจซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการระบายอากาศสูงกว่าช่องบรรจุอากาศของแต่ละบุคคล

Gift (1990) ให้ความหมายของอาการหายใจลำบาก ว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความยากลำบาก หรือความไม่สบายของการหายใจ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ ด้านการตอบสนอง ด้านความรู้สึก ด้านการรายงานและด้านการรับรู้

Tanaka et al. (2000) ให้ความหมายของ อาการหายใจลำบาก ว่าเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลในส่วนต่าง ๆ เกี่ยวกับการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งประกอบด้วยเป็นการรับรู้ผ่านการรับรู้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกไม่สบาย

Wilcock et al. (2002) ได้ให้ความหมายของ อาการหายใจลำบากว่าเป็นการรับรู้ทางด้านร่างกายสามารถอธิบายผ่านภาวะหายใจสั้นเร็ว ความยากลำบากในการหายใจ หรือการหายใจด้วยความพยายาม และการรับรู้ทางด้านอารมณ์ที่ใช้ในการอธิบายคำจำกัดความของอาการหายใจลำบาก ผ่าน การรับรู้ความทุกข์ทรมานทุกอย่างที่เกี่ยวกับความลำบากในการหายใจ

ทวี ศิริวงศ์ (2550) ให้ความหมายของ อาการหายใจเหนื่อย (Dyspnea) คือ อาการที่เรารับรู้ถึงการหายใจที่ไม่ปกติ เช่น รู้สึกว่าหายใจไม่โล่ง, หายใจไม่เต็มปอด, หายใจไม่อิ่ม, หายใจลำบาก หรือรู้สึกที่ต้องพยายามใช้แรงในการหายใจเพิ่มขึ้น

อดุลย์ วิริยะเวชกุล (2551) ให้ความหมายของ อาการหายใจลำบาก หมายถึง ภาวะซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามหรือใช้แรงในการหายใจ การหายใจลำบากไม่มีความสัมพันธ์กับความเร็วของการหายใจ กล่าวคือ อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหายใจถี่ หรือหายใจช้าก็ได้

สุภัทรา กลางประพันธ์ (2554) ได้ให้ความหมายของ อาการหายใจลำบาก ว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่สบายเกี่ยวกับการหายใจ ต้องเพิ่มแรงที่ใช้ในการหายใจ บุคคลต้องปรับตัวโดยการหายใจเร็วขึ้นหรือแรงขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการออกแรง

สรุป อาการหายใจลำบาก หมายถึง ภาวะซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามหรือใช้แรงในการหายใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งปอดต่อความยากลำบากในการหายใจ เพื่อเอาอากาศเข้าสู่ร่างกายผ่านการรับรู้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกไม่สบาย

3.4.2 องค์ประกอบของอาการหายใจลำบาก

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหายใจลำบาก

การอธิบายพยาธิสรีรวิทยาของภาวะหายใจลำบากนั้นค่อนข้างมีความซับซ้อน ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่เกี่ยวกับการทำงานของการหายใจ องค์ประกอบทางเคมีและองค์ประกอบทางกลไกทางสมอง (Thomas and Gunten, 2000) ซึ่งกลไกของการเกิดภาวะหายใจลำบากนั้นอธิบายได้ว่า การหายใจถูกควบคุมโดยศูนย์ระบบทางเดินหายใจในก้านสมอง ประกอบด้วย

1. ทำให้มีการกระตุ้นตัวรับนำเข้าไปในปอด ซึ่งตัวรับในปอดมี 3 ชนิด ได้แก่ ตัวรับแรงยืดตั้งในกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมและถุงลม (Stretch receptor) เมื่อปอดขยายตัวจะกระตุ้นตัวรับนี้ และส่งรีเฟล็กซ์ไปยังการหายใจเข้า ถ้ามีการขาดขวางรีเฟล็กซ์นี้จะทำให้หายใจออกลำบาก , ตัวรับการระคายอยู่ใต้เยื่อบุทางเดินหายใจ ถูกกระตุ้นจากสารที่ระคายเคือง ทำให้หายใจเร็วและเกิดหลอดลมหดตัวและตัวรับแรงยืดหดของหลอดเลือดฝอยที่ปอด (Jutapulmonary capilly receptor) ถูกกระตุ้นเมื่อมีการขยายของหลอดเลือดฝอยที่ปอด จากหลอดเลือดอุดตัน อีกเสบ การมีเลือดคั่งที่ปอด ทำให้หายใจเร็วขึ้น
2. มีการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อช่วยหายใจทำงานมากขึ้น
3. การกระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจจากการมีภาวะพร่องออกซิเจนหรือมีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจแบบสั้นและเร็ว

แนวคิดของภาวะหายใจลำบาก

Wilcock et al. (2002) กล่าวเป็น มติที่หลากหลายของภาวะหายใจลำบากได้ถูกแสดงไว้ในรูปแบบของภาวะหายใจลำบาก ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรับรู้ทางด้านร่างกาย และการรับรู้ทางด้านอารมณ์ ในการอธิบายคำจำกัดความของภาวะหายใจลำบาก การรับรู้ทางด้านร่างกายสามารถอธิบายผ่านภาวะหายใจสั้นเร็ว ความยากลำบากในการหายใจ หรือการหายใจด้วยความพยายาม และการรับรู้ทางด้านอารมณ์ที่ใช้ในการอธิบายคำจำกัดความของภาวะหายใจลำบากผ่าน การรับรู้ความทุกข์ทรมานทุกอย่างที่เกี่ยวกับความลำบากในการหายใจ

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดภาวะหายใจลำบากของ Tanaka et al. (2000) พบว่า ภาวะหายใจลำบากเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคลในส่วนต่าง ๆ เกี่ยวกับการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมีมิติต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของภาวะหายใจลำบาก 3 ด้าน คือ

- 1.ด้านร่างกาย กล่าวถึง ความรู้สึกของความพยายามของร่างกายในการหายใจหรือความผิดปกติของการระบายอากาศซึ่งมีสาเหตุมาจากอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจ
- 2.ด้านจิตใจกล่าวถึง สถานะของภาวะจิตใจที่มีต่อความภาวะหายใจลำบาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของความวิตกกังวล
- 3.ด้านที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกไม่สบาย กล่าวว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ และความรู้สึกที่ไม่ผ่อนคลาย เกี่ยวกับภาวะการหายใจที่มีลักษณะถี่มากขึ้นหรือมีการใช้แรงในการหายใจ

3.4.3 แบบประเมินภาวะหายใจลำบาก

ในปัจจุบันมีเครื่องมือประเมินภาวะหายใจลำบากที่หลากหลายแต่ยังไม่มีเครื่องมือใดทางคลินิกที่ดีพอจะวัดทั้ง Qualitative และ Quantitative ของอาการหายใจลำบาก เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะหายใจลำบากนี้ ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะหายใจลำบากประกอบด้วย 2 แบบ คือ แบบประเมินที่ประเมินภาวะหายใจลำบากมิติเดียวและแบบประเมินภาวะหายใจลำบากหลายมิติ ซึ่งเครื่องมือการประเมินที่ดัดนั้นควรเป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมทั้งประวัติส่วนตัวของบุคคล การตรวจร่างกายและการตรวจวินิจฉัย (Bausewein, Booth, and Higginson, 2008) ดังต่อไปนี้

3.4.3.1 ประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก Visual analogue scales (VASs) ของ Gife (1989) ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นที่มีความยาว 100 มิลลิเมตรซึ่งเป็นแบบประเมินด้วยตนเองโดยการกากบาทบนเส้นตรง โดยมีคะแนน 0 ที่ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือ ตรงกับความรุนแรงของการเกิดภาวะหายใจลำบากน้อยที่สุด และคะแนน 100 ที่ตำแหน่งปลายสุดทางขวามือซึ่งตรงกับภาวะหายใจลำบากที่รุนแรงที่สุด คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะหายใจลำบากมาก

3.4.3.2 แบบประเมินภาวะหายใจลำบาก Numerical rating scales (NRSs) ของ Gife (1989) เป็นแบบประเมินตัวเลข ที่มีหมายเลขตั้งแต่ 1-10 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่มีภาวะหายใจลำบากจนถึง 10 หมายถึง มีภาวะหายใจลำบาก โดยการให้ผู้ป่วยกากบาทลงบนหมายเลขให้ตรงกับภาวะหายใจลำบากในขณะนั้น

3.4.3.3 แบบประเมินการรับรู้ระดับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก แบบ Modified Borg scale (MBS) ของ Borg (1982) เป็นการใช้มาตรวัดแบบตัวเลขที่มีสเกลตั้งแต่ โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือ 0 ไม่มีภาวะหายใจลำบาก คะแนน 0.5 หมายถึง รู้สึกหายใจลำบากเล็กน้อยพอสังเกตได้ คะแนน 1-2 หมายถึง รู้สึกหายใจลำบากเล็กน้อย คะแนน 3

หมายถึง รู้สึกหายใจลำบากปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง รู้สึกหายใจค่อนข้างลำบากมากเป็นบางครั้ง คะแนน 5-6 หมายถึง รู้สึกหายใจลำบากรุนแรง คะแนน 7-9 หมายถึง รู้สึกหายใจลำบากรุนแรงมาก คะแนน 10 หมายถึง รู้สึกหายใจลำบากรุนแรงเป็นอย่างมากจนแทบทนไม่ไหว ร่วมกับแบบประเมินจากการซักถาม คะแนนยิ่งสูงหมายถึงมีภาวะหายใจลำบากมาก

3.4.3.4 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก The Cancer Dyspnea Scale

(CDS) ของ Tanaka et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุริพร ธนศิลป์และ Lopez (in process) เป็นแบบประเมินประสบการณ์ในส่วนต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายของมิติ ซึ่งเครื่องมือนี้ได้พัฒนามาจาก 3 เครื่องมือที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็ง แบบวัดที่ได้พัฒนานี้สามารถประเมินอาการหายใจลำบากใน 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ที่เรียกว่าความรู้สึกของความพยายามจำนวน 5 ข้อ ปัจจัยด้านจิตใจที่เรียกว่า ความรู้สึกของความวิตกกังวลจำนวน 4 ข้อและปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกไม่สบายที่เหลือนั้นเรียกว่า ความรู้สึกไม่สบาย จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการให้คะแนนดังนี้ คือ 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย (1 คะแนน) 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเล็กน้อย (2 คะแนน) 3-4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยปานกลางหรือค่อนข้างมาก (3 คะแนน) และ 5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน)

คะแนนรวมของแบบสอบถามประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด อยู่ในช่วง 12-48 คะแนน ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตรภาคชั้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดนี้เนื่องจากตรงกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นเครื่องมือที่มีการประเมินธรรมชาติของอาการหายใจลำบากในมิติที่หลากหลาย ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านต่าง ๆ 3 ด้าน คือ ความรู้สึกพยายาม ความรู้สึกวิตกกังวล และความรู้สึกไม่สบาย โดย

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งปอดประเทศสวีเดน และญี่ปุ่น มีการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 166 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86 (Tanaka et al., 2000)

3.2.4 อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ภาวะหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด ถึงร้อยละ 50 -87 (Dudgeon et al., 2001; Smith et al., 2001; Chan et al., 2007; Henocho et al., 2007) และตัวเลขนี้จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง (Dudgeon, 1998) แต่ภาวะหายใจลำบากยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีพยาธิสภาพของการเกิดโรคมะเร็งแต่ละที่ที่แตกต่างกันรวมถึงการรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย (Bonnichon, 2008) แต่จากการศึกษาของ Heedman and Strang (2002) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะหายใจลำบากมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ บุคคลที่เป็นโรคมะเร็งปอดกล่าวถึง ภาวะหายใจลำบากว่าเป็นสิ่งที่น่ากลัวและมีการจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงาน (Brown et al., 1986; O'Driscoll et al., 1999) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษาของ Smith et al. (2001) พบว่า เพศชายมีรายงานภาวะหายใจลำบากสูงกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีภาวะหายใจลำบากสูงกว่าสำหรับปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ อาการไอและความเจ็บปวด อาการเหนื่อยล้า ด้านภาวะจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ด้านสังคม เช่น ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การอยู่อาศัยร่วมกับบุคคลอื่น (Henocho, 2007) ซึ่งจากการศึกษาภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดของ Tanaka et al. (2002) พบว่า ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจและด้านอาการอื่น ๆ เช่น อาการไอและความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับภาวะหายใจลำบากของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ภาวะหายใจลำบากนี้จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยถึงร้อยละ 55 (Tanaka et al., 2002) ซึ่งส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะหายใจลำบาก (Reuben and Mor, 1986; Smith et al., 2001)

3.4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

อาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ของความรู้สึกไม่สุขสบายในการหายใจซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด อาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบมากมายในด้านการดำรงชีวิต

ของบุคคล ซึ่งอาการหายใจลำบาก เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวกับประสบการณ์ความไม่สบายและความยากลำบากในการหายใจ ไม่ได้เป็นเพียงอุปสรรคที่สำคัญในการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ แต่ยังคงลงของคุณภาพชีวิตซึ่งหากเกิดมากก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก (Bonnichon, 2008; Rosenbaum, 2006) จากการศึกษาของ Smith (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Smith et al. (2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดผู้ซึ่งมีรายงานว่ามึระดับอาการหายใจลำบากที่สูง จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Henoch (2007) ที่พบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดของ Mohan et al. (2007) พบว่า อาการหายใจลำบากนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ประสบกับความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ซึ่งอาการนี้ส่งผลกระทบต่อตารางชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการลดลงของการทำกิจวัตรต่าง ๆ ด้วยตนเอง (Tanaka et al, 2002) การรู้สึกด้านจิตใจและอารมณ์ต่ออาการที่เกิดขึ้น รู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวัง ดังนั้นการบรรเทาภาวะหายใจลำบากเป็นสิ่งสำคัญของการเพื่อกองไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Joyce, 2009) ดังนั้นอาการหายใจลำบากน่าจะมีสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.5.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger (1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เกิดจากการที่บุคคลประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและอารมณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทำให้รู้สึกตึงเครียด ไม่พอใจ จากสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นและความวิตกกังวลแฝง เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน สามารถช่วยเสริมหรือกระตุ้นความรู้สึกของความวิตกกังวลขณะเผชิญให้มีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งความรู้สึกนี้อาจมีอยู่ในลักษณะนิสัยของคนๆ นั้น

Zigmond and Snaith (1983) ได้ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล ว่า เป็นความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกกลัวกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น กังวลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ บุคคลจะมีความรู้สึกกระสับกระส่าย หรือตอบสนองต่อความรู้สึกหวาดกลัวนั้น

จำลอง ศิษยวณิช (2531) ได้ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล ว่า เป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความไม่สบายใจหรือหวาดหวั่นกับสิ่งคุกคามบางอย่างที่ไม่แน่ใจว่าคืออะไร

Freud (1993) ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล ว่า เป็นภาวะหนึ่งของอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของจิตใต้สำนึกที่ก่อความรู้สึกรัดแน่นในจิตใจ ระหว่างการเป็นตัวของตัวเองและความต้องการตามแรงขับทางสัญชาตญาณพื้นฐาน (Ego and Id) รวมถึงการตอบสนองของบุคคลต่อการรับรู้ทางด้านร่างกาย ต่ออันตราย หรือ สิ่งคุกคาม ความตึงเครียด ความรู้สึกไม่สบายใจ ความไม่พอใจ และความไม่แน่ใจของบุคคล ที่แสดงออกต่อสถานการณ์ที่คลุมเครือไม่ทราบแน่ชัด จะแสดงออกใน 2 ลักษณะ คือ ต่อสู้หรือถอยหนี

ชอลดา พันธุเสนา (2536) ได้ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล ว่า เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึก ว่าถูกคุกคาม มีความไม่มั่นคงปลอดภัย ทำให้บุคคลรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ และกระวนกระวายใจ ส่งผลต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งมักจะประสพอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน

สรุป ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปอด หมายถึง ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รู้สึกตึงเครียด มีความไม่สบาย รู้สึกหวาดกลัวและหวาดหวั่นกับเหตุการณ์ หรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นขณะนั้น รวมถึงความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นในอนาคตทั้งที่เกิดจากตัวโรคและผลกระทบจากการรักษา

3.5.2 องค์ประกอบของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์จากการประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่ามีอันตรายมากน้อยเพียงใดที่จะมาคุกคามต่อสวัสดิภาพและความสมดุลของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นจริงหรือเพียงการคาดคะเน ซึ่งจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดของผู้แต่ละบุคคล ซึ่งมีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล ดังนี้

Spielberger and Gueervero (1982) กล่าวว่า ความวิตกกังวล ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ

1.ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่มีต่อสิ่งเร้าจากภายนอกมากระตุ้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันช่วงขณะนั้นและเฉพาะสถานการณ์นั้น ๆ ทำให้เกิดความรู้สึก ไม่พึงพอใจ กระวนกระวายใจ ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ และระบบประสาทอัตโนมัติจะถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดไปจากเดิม ระยะเวลาและความรุนแรงจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัย การเรียนรู้ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2.ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานประจำตัวของบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์ถาวรหรือที่เรียกว่าอารมณ์นิสัย ความวิตกกังวลนี้เกิดกับสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนานซึ่งจะเป็นตัวเสริมและเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ หากบุคคลมีความวิตกกังวลแบบแฝงอยู่ซึ่ง

เป็นความโน้มเอียงของอารมณ์อยู่จะทำให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายและบ่อยกว่าบุคคลอื่นในสถานการณ์เดียวกัน

จำลอง ศิษยวิช (2531) ได้ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล ว่าเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความไม่สบายใจหรือหวาดหวั่นกับสิ่งคุกคามบางอย่างที่ไม่แน่ใจว่าคืออะไร ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. การคุกคามเกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต
2. การคุกคามทางด้านจิตใจที่มีต่อการยกย่องหรือศักดิ์ศรีของตนเอง
3. การคุกคามต่อความผาสุก

สำหรับการศึกษานี้ได้ใช้แนวคิดความวิตกกังวลของ Zigmond and Snaitch (1983) ซึ่งได้ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล ว่าเป็นความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกกลัวกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น กังวลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ บุคคลจะมีความรู้สึกกระสับกระส่าย หรือตอบสนองต่อความรู้สึกหวาดกลัวนั้น ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความวิตกกังวลในขณะนั้น หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกตึงเครียด
2. ความรู้สึกวิตกกังวลในสิ่งยังมาไม่ถึง หมายถึง ความรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์ในอนาคต เช่น ความรู้สึกกลัวกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น หรือตึงเครียดกับสิ่งที่ยังไม่เกิดทั้งที่อาจจะเกิดหรือไม่ก็ได้
3. การรับรู้ถึงผลกระทบและการตอบสนองต่อความวิตกกังวล หมายถึง การรับรู้ของบุคคลและพฤติกรรมที่แสดงออกขณะเกิดภาวะตึงเครียด เช่น รู้สึกไม่สบายใจจนทำให้ปั่นป่วนในท้อง กระสับกระส่ายอยู่หนึ่งไม่ได้ ผวาหรือตกใจอย่างกะทันหัน หรือสามารถทำตามสบายและรู้สึกผ่อนคลายได้

3.5.3 แบบประเมินความวิตกกังวล

การที่จะทราบว่ามีผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความวิตกกังวลหรือไม่ การสังเกตอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ดังนั้นการใช้แบบประเมินความวิตกกังวลจึงถูกนำมาใช้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความวิตกกังวล ดังนี้

3.5.3.1 แบบประเมินความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger (1983) ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญจำนวน 20 ข้อและแบบประเมินความวิตกกังวลแฝงจำนวน 20 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนสูงหมายถึง มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง แต่แบบประเมินนี้พบว่ามีข้อบกพร่องของเครื่องมืออยู่

3.5.3.2 แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983) นำมาพัฒนาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ(2539) เครื่องมือนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.85และ0.82ตามลำดับ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยคำถามสำหรับความวิตกกังวลข้อที่ทั้งหมด จำนวน 7 ข้อ และภาวะซึมเศร้าข้อคู่ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ (0-3) มีความหมายและการให้คะแนนดังนี้ คือ

0 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย

1 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเล็กน้อย

2 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยปานกลาง

3 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด

การแปลผลคะแนนรวมสำหรับความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน คะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน (ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ, 2539) ดังนี้

คะแนน 0-7 หมายถึง ปกติ

คะแนน 8-10 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง

คะแนน 11-21 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ที่สร้างโดย Zigmond and Snaith (1983) ที่นำมาพัฒนาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ(2539) แบบประเมินนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.85และ0.82ตามลำดับ (Zigmond

and Snaith, 1983) และเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 , 0.82 ตามลำดับ (Berman, Sullivan and Sorenson, 1991)

3.5.4 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีภาวะเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ จากการศึกษาของ Ingle, 2000; Kuo and Ma, 2002 ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและกลัว ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกสิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลในด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งจากการศึกษาของ Heedman and Strang (2002) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษา Montazeri et al. (1998) พบว่า ความวิตกกังวลเป็นอาการทางจิตใจที่พบมากที่สุดที่เห็นในผู้ป่วยมะเร็งปอดมากถึงร้อยละ 84 จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องเผชิญโรคที่มีความก้าวหน้าอย่างรุนแรงและรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Karkanias et al. (2011) ที่ได้ศึกษาระดับของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความวิตกกังวลร้อยละ 59.5 ซึ่งถือว่าเป็นความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งได้แก่

- 1.ความกลัวในตัวโรคมะเร็ง เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่รักษาไม่หาย และร้อยละ 15 ผู้ป่วยมะเร็งปอด ส่วนใหญ่จะมีชีวิตอยู่รอดประมาณ 5 ปี ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย (กรมการแพทย์ สาธารณสุข, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะหายใจลำบากที่เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (Smith et al., 2001)

- 2.ความวิตกกังวลจะเกิดจากการขาดความรู้และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งพบว่า ความไม่รู้หรือการไม่ได้รับการอธิบายที่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริงเป็นความวิตกกังวลที่ยิ่งใหญ่ของผู้ป่วย (Benedict, 1989; Quinn, 1999)

- 3.ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ความไม่แน่นอนของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมจากบ้านที่คุ้นเคยมาเป็นสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่มีกฎระเบียบต่าง ๆ มากมายของโรงพยาบาล การถูกควบคุมในหลายด้านทั้งจากการรักษาเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม หรือการที่ไม่สามารถไปทำงานได้ (Bailey and Charke, 1989) สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม

4. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคมที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากโรคมะเร็งที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยต้องเข้าและออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ซึ่งจากสถิติของผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นผู้ป่วยรายใหญ่ซึ่งเป็นวัยทำงานสูงถึง 3,130 คนต่อประชากร 1 แสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือกำลังอยู่ในระยะที่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ต้องหยุดงาน เกิดการสูญเสียรายได้ หรือผู้ป่วยบางรายอาจไม่สามารถกลับไปทำงานได้อีก สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่หนึ่งที่ส่งเสริมความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้

3.5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่มักได้รับความทุกข์ทรมานหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ สำหรับปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานทางจิต ได้แก่ ความวิตกกังวล (Rolke et al., 2008) ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตลอดการเผชิญกับโรค ความรู้สึกวิตกกังวลนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง จากการศึกษาของ Henoch (2007) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอด ของ Rolke et al. (2008) พบว่า ความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับคุณภาพชีวิตที่ลดลง และการศึกษาของ Lopez et al. (2010) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด ดังนั้นความวิตกกังวลน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.6 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.6.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck et al. (1967) ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่ชัดเจน จากการที่บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต และบุคคลนั้นมีความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งต่อตัวเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ซึ่งความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นเป็นจากความบิดเบือนของกระบวนการคิด ที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า มีการตำหนิตนเองและการลงโทษตนเอง มีการถดถอย และมีความต้องการลงโทษตนเอง หลบหนี หลบซ่อน มีการเปลี่ยนแปลงที่เฉื่อยชาลง รู้สึกสิ้นหวังในอนาคต จนถึงมีความคิดอยากตาย สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่ออารมณ์ ปัญญา แรงจูงใจและด้านร่างกาย

Zigmond and Snaith (1983) ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า คือ อาการที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกในด้านลบทางด้านร่างกาย และ/หรือ พฤติกรรม เป็นความรู้สึกหดหู่ใจต่อสิ่งที่เคยชื่นชอบ รู้สึกว่าความสุขในชีวิตหายไป พฤติกรรมร้ายหรือสนุกสนานลดน้อยลง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต รวมถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาที่มีต่อตัวเองด้วย

ดวงใจ กษานติกุล (2543) ได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติ ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหว ช้าลง หรือพุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียมีความคิด อยุ่ยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ซึ่งเป็นความผิดปกติทางอารมณ์

สรุป ภาวะซึมเศร้า คือ อาการที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกในด้านลบทางด้านร่างกาย และ/หรือ พฤติกรรม เป็นความรู้สึกหดหู่ใจต่อสิ่งที่เคยชื่นชอบ รู้สึกว่าความสุขในชีวิตหายไป พฤติกรรมร้ายหรือสนุกสนานลดน้อยลง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต รวมถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาที่มีต่อตัวเองด้วย

3.6.2 องค์ประกอบของภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

Beck et al. (1967) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้ส่งผลกระทบต่อไม่เพียงแต่ด้านอารมณ์เท่านั้น ยังรวมถึงการแสดงออกด้านปัญญา ด้านแรงจูงใจและด้านร่างกาย ซึ่งสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าได้ ตามหัวข้อสำคัญ 4 ประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional) บุคคลมีอารมณ์เศร้าสลด (Dejected mood) มีความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง (Negative feelings toward self) ความพึงพอใจในตนเองลดลง (Reduction in gratification) สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ (Loss of emotional attachment) ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ (Crying spells) ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความร้ายแรงต่าง ๆ ลดลง (Loss of mirth response)
2. ด้านปัญญา (Cognitive) บุคคลจะมีการประเมินเกี่ยวกับตนเองต่ำ เช่น คิดว่าตนเอง ล้มเหลวทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย มีความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตใน ทางลบ รู้สึกสิ้นหวัง มีการตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูก

ตำหนิและ ลงโทษ ขาดความมั่นใจตนเองมีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ มีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป

3. ด้านแรงจูงใจ (Motivation) เมื่อบุคคลเริ่มมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นนั้น บุคคลจะมีความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิต บุคคลจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ไม่เข้าใจ และไม่สามารถจัดการได้จึงทำให้เกิดความกังวลใจมาก เพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเองในการกระทำต่าง ๆ แต่ก็ทำไม่ได้ ประกอบกับความจำและสมาธิลดลง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง จึงทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ต่อไปทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย ต้องการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้มีความคิดอยากตายได้

4. ด้านร่างกาย (Physical) บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีความอยากรับประทาน อาหาร ลดลง มีน้ำหนักลด หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น มีน้ำหนักเพิ่ม มีความยากลำบาก ในการนอนหลับแบบแผนการนอนผิดปกติ ขาดความสนใจเรื่องเพศ มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการทางกายร่วมด้วย และเกิดกับอวัยวะทุกระบบ อาการที่พบบ่อย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ปวดศีรษะ และเจ็บหน้าอก เป็นต้น บางคนรู้สึกว่ามีน้ำหนักลดลง ผู้ป่วยจะบ่นว่าเพลียมากจนไม่อยากเคลื่อนไหว

สำหรับการศึกษานี้ได้ใช้แนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Zigmond and Snaith (1983) ซึ่งได้ให้ความหมายของ ภาวะซึมเศร้า ว่าเป็นอาการที่แสดงถึงการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ซึ่งนำไปสู่การแสดงออกในด้านลบทางด้านร่างกาย และ/หรือ พฤติกรรม เป็นความรู้สึกหดหู่ใจต่อสิ่งที่เคยชื่นชอบ รู้สึกว่าความสุขในชีวิตหายไป พฤติกรรมร้ายแรงหรือสนุกสนานลดน้อยลง มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต รวมถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาที่มีต่อตัวเองด้วย ประกอบด้วย ความรู้สึกที่แสดงออกทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหวร่างกายและความสนใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง

3.6.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

3.6.3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies

Depression Scale ;CES) ของ Radloff and Locke (1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เลย(คะแนน 0) 2 หมายถึง บางครั้ง(คะแนน 1) 3

หมายถึง บ่อย ๆ (คะแนน 2) 4 หมายถึง ตลอดเวลา (คะแนน 3) การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า

3.6.3.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Health Related Self Report; HRSR) ของ ดวงใจ กษานติกุลและคณะ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เพื่อวัดภาวะซึมเศร้าแบบ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการทางกาย ความกระตือรือร้น กลุ่มอาการทางความคิด และกลุ่มอาการทางอารมณ์ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 0 หมายถึง ไม่เลย 1 หมายถึง บางครั้ง(น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง) 2 หมายถึง ก่อนข้างบ่อย (2-3 วันต่อสัปดาห์) 3 หมายถึง บ่อยครั้ง (เกือบทุกวัน) คำถามด้านบวกกลับกันเป็นตรงข้าม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 การแปลผลคะแนน คือ คะแนนรวมตั้งแต่ 25 หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมตั้งแต่ 26-29 หมายถึง มีอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมมากกว่า 30 หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

3.6.3.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory; BDI) ของ Beck (1987) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับจิตใจ และอาการทางกาย มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ 1 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย 2 หมายถึง มีอาการในระดับปานกลาง 3 หมายถึง มีอาการการรุนแรง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน การแปลผลคะแนน 0-9 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 10-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย คะแนน 16-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คะแนน 20-29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก คะแนน 30-63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

3.6.3.4 แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ที่สร้างโดย Zigmond and Snaith (1983) นำมาพัฒนาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ(2539) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยคำถามสำหรับความวิตกกังวลข้อที่ทั้งหมด จำนวน 7 ข้อ และภาวะซึมเศร้าข้อคู่ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ (0-3) มีความหมายและการให้คะแนนดังนี้ คือ

0 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย

1 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเล็กน้อย

2 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยปานกลาง

3 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด

การแปลผลคะแนนรวมสำหรับความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน คะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน (ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ, 2539) ดังนี้

คะแนน 0-7 หมายถึง ปกติ

คะแนน 8-10 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง

คะแนน 11-21 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ที่สร้างโดย Zigmond and Snaith (1983) ที่นำมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง โดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ(2539) แบบประเมินนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ โดยเครื่องมือนี้ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.85และ0.82ตามลำดับ (Zigmond and Snaith, 1983) และเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80และ0.82 ตามลำดับ (Berman, Sullivan and Sorenson, 1991)

3.6.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง การศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 215 ราย พบว่ามีถึงร้อยละ 47 ที่มีปัญหาทางจิตเวช (Deratogis et al., 1983) โดยอาการที่

พบได้บ่อยที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Bukberg et al. (1984) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าในขั้นรุนแรงถึงร้อยละ 24 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 18 และอีกร้อยละ 14 มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Plumb และ Holland (1977) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจนถึงร้อยละ 23 ของ และมีถึงร้อยละ 12 ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย แต่ปรากฏว่า ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งมักถูกละเลย และไม่ได้รับการช่วยเหลือมากเท่าที่ควร (Deratogis et al., 1976) การศึกษาจำนวนมากในผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังจากการได้รับการวินิจฉัยไม่นานในอัตราสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศญี่ปุ่นของ Hyodo et al. (1999) พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดร้อยละ 31 เช่นเดียวกับการศึกษา ของ Hopwood and Stephens (2000) ที่ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 33 มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ก่อนการรักษา และยังคงอยู่ตลอดการเป็นโรคมามากกว่า ร้อยละ 50 และจะเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีการรุนแรงมากขึ้นหรือข้อจำกัดในการการทำงาน ซึ่งจากการศึกษาของ Berard , Boormeester, and Viljoen (1998) พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอด มีรายงานการเกิดมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ

3.6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด

การศึกษาจำนวนมากในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังจากการได้รับการวินิจฉัยไม่นานในอัตราสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากตัวบุคคลเองซึ่งมียืนหรือพันธุกรรมที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประกอบกับสิ่งกระตุ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้านักเกิดร่วมกับเหตุการณ์ชีวิต ได้แก่ การตกงาน และภาวะยุ่งยากลำบาก เช่น ปัญหาความรุนแรงที่มีระยะเวลานานปัญหาโรคเรื้อรังจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดด้านลบ ความคิดด้านลบต่อโลก ความคิดด้านลบต่ออนาคต คิดถึงแต่ความตายและความไม่สวยงาม ความคิดเหล่านี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และจะทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า (สวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและโอกาสรักษาหายมีน้อย รวมถึงอาการที่เกิดขึ้นและอาการข้างเคียงจากการรักษา ส่งผลต่อความรู้สึกหดหู่สิ้นหวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความก้าวหน้าของโรคมามากขึ้น เมื่อไม่ได้รับการช่วยเหลือ ภาวะซึมเศร้าก็จะเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับรุนแรงได้ จึงส่งผลต่อการรับรู้ความสุข ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด จากการทบทวนวรรณกรรมหลายงานที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sama et al. (2005) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดหญิง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fow and Lyon (2006) ที่ได้ทำการศึกษากลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง สำหรับการศึกษายี่สิบปีที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดของ Henoch (2007) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูง($r=.58$) อาจกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งส่งผลกระทบต่อมากมายและมีลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.7.1 ความหมายของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ความหมายของความต้องการ (Needs)

Kraegel et al (1974) ได้ให้ความหมายของ ความต้องการ คือ ความปรารถนาของบุคคลในสิ่งที่มีความจำเป็นในการดำรงอยู่เพื่อให้ชีวิตมีปกติสุข และรักษาสมดุลในการดำเนินชีวิตไม่ว่าเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) ได้ให้ความหมายของความต้องการไว้ว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของมนุษย์ ความต้องการเป็นแรงจูงใจส่งผลให้เกิดพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ตามความต้องการ เมื่อบุคคลบรรลุถึงความต้องการก็จะเกิดความนิยมชมชอบ และมั่นใจในตนเอง หากผิดหวังหรือไม่ได้ตามที่ต้องการจะทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้และสิ้นหวัง

หุสย จำปาเทศ (2533) ได้ให้ความหมายของความต้องการ คือ ความรู้สึกที่จิตใจเป็นผู้ตัดสินใจและสั่งการออกไปว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต เป็นเรื่องที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยต่าง ๆ รวมกัน

สุชา จันทร์เอม (2538) กล่าวว่า ความต้องการ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกิดภาวะขาดสมดุลสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา บุคคลจึงพยายามทุกวิถีทางเพื่อจะตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลให้ชีวิตคืนสู่สภาพเดิม

ดังนั้น ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เมื่อบุคคลที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยเกิดความไม่สมดุลจึงทำให้บุคคลต้องพยายามทุกวิถีทางเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลในการดำรงชีวิต หากไม่ได้ตามที่ต้องการจะทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้และสิ้นหวัง

ความหมายของการดูแลแบบสนับสนุน(Supportive care)

National Institute for Clinical Excellence (2004) กล่าวว่า การดูแลแบบสนับสนุน เป็นคำกว้างที่ครอบคลุมการให้บริการทั้งหมด อาจหมายถึงการให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและผู้ดูแล รวมถึงการสนับสนุนในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการสนับสนุนให้มีความรู้ ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านจิตใจ การควบคุมอาการการสนับสนุนทางสังคม การฟื้นฟูสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลนี้เป็นการดูแลที่มาจากสหสาขา รวมถึงจากครอบครัว เพื่อน และกลุ่มอาสาสมัคร

Ministry of Health New Zealand (2010) กล่าวว่า การดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง บริการการดูแลที่สำคัญและจำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย สังคม วัฒนธรรม อารมณ์ โภชนาการ การให้ข้อมูลต่าง ๆ ภาวะจิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และการปฏิบัติที่จำเป็นในการดูแลตนเองผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วย

ความหมายของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง

Bonevski et al. (2000) ได้ให้ความหมายของ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในการที่จะได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ทั้งการดูแลด้านจิตใจ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและระบบการดูแล การดูแลด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลและสนับสนุนส่งเสริม รวมถึงการสนับสนุนเกี่ยวเพศสัมพันธ์ เพื่อการดำรงชีวิตเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไม่สมดุล ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการได้รับจากทีมสหสาขา รวมถึงจากครอบครัว เพื่อน และกลุ่มอาสาสมัคร

3.7.2 องค์ประกอบของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Bonevski et al. (2000) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการรับรู้ความต้องการการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในด้านอารมณ์ความรู้สึก และความสามารถทักษะในการเผชิญปัญหา

2. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ในเรื่องของระบบของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการบริหารจัดการกับความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของการรักษา

เพื่อที่จะทราบเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ผลข้างเคียงของการรักษา ความต้องการเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การรักษาและการดูแลเมื่อมาตรวจตามนัด

3. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

4. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการรับรู้ความไวจากที่มสุขภาพในการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการให้ทางเลือกในการรักษา

5. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพและการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์ภาพทางเพศ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงความรู้สึทางเพศ

3.7.3 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

3.7.3.1 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง

(**The Cancer Patient Needs Questionnaire; CPNQ**) ของ Foot and Sanson-Fisher (1995) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 71 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก คือ 1.ด้านความต้องการซึ่งประกอบด้วย ความต้องการ 5 ด้าน ดังนี้ ความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วย และความต้องการที่สัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพทางเพศ 2.ด้านโรคและการรักษา และ 3. ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

3.7.3.2 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (The

Supportive Care Needs Survey -Long Form 59; SCNS-LF59) ของ Bonevski et al. (2000) ประกอบด้วยข้อคำถาม 59 ข้อ เพื่อใช้ประเมินผลกระทบจากโรคมะเร็งในหลายมิติ ซึ่งรวมถึงการประเมินระบบบริการสุขภาพและการรักษาที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็ง สามารถแยกองค์ประกอบความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนได้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ 5) ด้านเพศสัมพันธ์ ความเที่ยงตรงภายในของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0.87-0.97 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้

3.7.3.3 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (**The Supportive Care Needs Survey -Short Form 34; SCNS-SF34**) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก เครื่องมือ SCNS -Long form มาเป็น SCNS -Short form โดย Boyes , Girgis, and Lecathelinis (2009) เนื่องจากต้องการลดภาระของผู้ตอบคำถามและสามารถนำมาใช้ในงานดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้ โดยที่ไม่เสียคุณสมบัติ

ของแบบฟอร์มดั้งเดิม(SCNS-LF56) และยังคงไว้ซึ่งแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ทั้ง 5 ด้าน (Boyes , Girgis, and Lecathelinais, 2009) ซึ่งรูปแบบนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ และเรียกแบบประเมินนี้ว่า SCNS –SF 34 และมีการตรวจสอบความสอดคล้อง ความตรง ความเที่ยง และความไวของเครื่องมือ พบว่า มีความตรงภายในสูงและความเที่ยงตรงภายในโดยใช้สถิติแอลฟาของแบบสอบถามทั้ง 5 ด้านอยู่ในช่วง 0.86-0.96 ซึ่งผลวิจัยในการพัฒนาเครื่องมือที่ได้มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้แทน SCNS-LF56 เครื่องมือนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุริพร ธนศิลป์และLopez (in process) เพื่อใช้ประเมินผลกระทบจากโรคมะเร็งในหลายมิติ ซึ่งรวมถึงการประเมินระบบบริการสุขภาพและการรักษาที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็ง สามารถแยกองค์ประกอบความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนได้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ 5) ด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งรูปแบบนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ แบบสอบถามนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1-2 หมายถึง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากพึงพอใจแล้ว (1 คะแนน) 3 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่ำ (2 คะแนน) 4 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลาง (3 คะแนน) และ 5 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับมาก (4 คะแนน)

การแปลผลคะแนนรวมสำหรับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 34-136 คะแนน ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตราก้าวขึ้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าวหรือพึงพอใจแล้ว

คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01- 3.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับสูง

สำหรับงานวิจัยนี้ได้ใช้แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (The Supportive Care Needs Survey -Short Form 34; SCNS-SF34) ของ Boyes , Girgis, and Lecathelinais (2009) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ เครื่องมือนี้มีความเที่ยงตรงภายใน โดยใช้สถิติแอลฟาของแบบสอบถามทั้ง 5 ด้านอยู่ในช่วง 0.86-0.96 (Boyes , Girgis, and Lecathelinais, 2009)และมีข้อคำถามที่พอเหมาะในการนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง(Lopez et al., 2010)

3.7.4 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งปอด

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก การวินิจฉัยของโรคมะเร็งปอดและการรักษาที่ตามมา ส่งผลกระทบทางกาย จิตใจ และสังคมอย่างรุนแรง (Hopwood and Stephens, 2000) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งประเด็นไปที่ด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ และบางครั้งการดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปในรูปแบบทำเป็นประจำ (Routine) จึงอาจมองข้ามความต้องการของผู้ป่วยไป ซึ่งในความเป็นจริงการดูแลสนับสนุนอาจไม่ครอบคลุมทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม จากการศึกษาของ Jiong and Girgis (2006) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 27 ยังคงมีความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ (Unmet needs) มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มอื่น(ร้อยละ 18) สำหรับการศึกษาของ National Cancer Institute of Cancer (NCIC) (2006) พบว่า ประมาณร้อยละ 77 ของบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดอยู่ในระยะแพร่กระจายมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในด้านต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Liao et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดรายงานว่าพวกเขามีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับสูงซึ่งพบว่า 3 อันดับแรกของความต้องการคือความต้องการสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านจิตใจ และด้านการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sander et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีรายงานถึงความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ และด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งความต้องการเกี่ยวกับการดูแลเรื่องขาดพลังงานและความอ่อนล้าถึงร้อยละ 75 นอกจากนี้พบว่า ระดับความต้องการดูแลแบบสนับสนุนที่สูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการที่มากขึ้นและมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในเรื่องโรคและการรักษาถึงร้อยละ 60 ข้อมูลและการสนับสนุนเกี่ยวกับการออกกำลังกายร้อยละ 54.3 และความต้องการช่วยเหลือด้านการจัดการกับความเหนื่อยล้าร้อยละ 46.7 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fitch (2008) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดหญิงยังมีความต้องการการสนับสนุนในด้านร่างกาย (การดูแลเกี่ยวกับการ

ขาดพลังงานและความปวด) และอารมณ์ในเรื่องของความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการจัดการความต้องการนี้ สำหรับการศึกษานในประเทศไทยของ รุจิรัตน์ ผัดวัน (2551) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอด มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสูงที่สุดในแต่ละด้าน 5 ด้าน ดังนี้ ด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและการช่วยเหลือ และด้านเพศสัมพันธ์ อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจะยังคงมีความต้องการไม่สิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งแล้วก็จะยังคงเรียกร้องความพึงพอใจสิ่งอื่นๆ ต่อไป ถือเป็นคุณลักษณะของมนุษย์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความต้องการจะได้รับสิ่งต่างๆ อยู่เสมอ (Maslow, 1954) ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับโรคและการรักษาตลอดการเป็นโรคนั้นก็ย่อมมีความต้องการอยู่ตลอด ดังนั้นแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลจำเป็นที่มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ นี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการและเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.7.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย พบว่า การศึกษาวิจัยที่ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้น ยังมีการศึกษากันไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งอื่น ๆ ที่มีความสอดคล้องมาเพิ่มเติม ซึ่งจากการศึกษาของ Lopez et al. (2010) พบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Uchida et al. (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในด้านจิตใจ และด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร และพบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์ในการชีวิตความทุกข์ทรมานทางจิตใจและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Saatci, Akin and Akpinar (2007) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความต้องการการดูแลในด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.263$) ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการตอบสนองความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในด้านดังกล่าวจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Sarna (1993) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งปอด พบว่า ความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.80, p=0.001$) สำหรับการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ พบว่าความทุกข์ทรมานทางอาการสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตร้อยละ 53

Montazeri et al. (2001) ศึกษาปัจจัยที่สำคัญในการพยากรณ์โรคกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า อายุและความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.04, p<0.03$)

Smith et al. (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะกายจิตสัมพันธ์และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากซึ่งพบว่าภาวะหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($P=0.04$) และพบว่าความเจ็บปวดและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะหายใจลำบาก

Xioline (2002) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 89 คน ใน 3 โรงพยาบาลในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดยังมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอายุมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า สถานภาพผู้มีคุณภาพชีวิตดีกว่าสถานภาพโสด ผู้ป่วยที่มีการศึกษาและรายได้ที่สูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำกว่า รวมถึงผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะสุดท้ายและมีการแพร่กระจายของโรคจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะแรก ๆ และไม่มีการแพร่กระจาย นอกจากนี้การรักษาอาจมีผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิต

Sarna et al. (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะทางคลินิก ภาวะสุขภาพและการให้ความหมายของการเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดหญิง พบว่า อายุ จำนวนภาวะที่พบร่วมหรือเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา ภาวะซึมเศร้า และการให้ความหมายของการเจ็บป่วยทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตกันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับเชื้อชาติพบว่าเชื้อชาติผิวเหลืองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Fox and Lyon (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.51, r=.38$) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 29

Vena et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดถูกรบกวนการนอนหลับจากภาวะหายใจลำบาก ไอ ปัสสาวะบ่อยในช่วงกลางคืน หรือถูกทำให้ตื่น ซึ่งการรบกวนการหลับคืนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.52, p < 0.001$)

Henoch (2007) ศึกษาผลกระทบของอาการ การเผชิญปัญหาและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูง($r=.53, r=.58$)ภาวะหายใจลำบากและความปวดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง($r=0.49, r=0.27$)การเผชิญปัญหาและแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่ามี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต($r=0.57, r=0.31$)

Mohan et al. (2007) ศึกษาผลกระทบของพื้นฐานทางคลินิกและภาวะการหายใจต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ภาวะอาการที่สะสมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($p=0.01$)และการทำหน้าที่ทางร่างกาย บทบาทและกระบวนการคิดรู้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม($p<0.05$)นอกจากนี้พบว่า ภาวะหายใจลำบากนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Liao et al. (2011) ศึกษาระดับของความทุกข์ทรมานทางจิตใจและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแล 5 ด้านในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 152 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีระดับความทุกข์ทรมานด้านจิตใจในระดับสูงและมีรายงานว่าพวกเขามีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับสูงซึ่งพบว่า 3 อันดับแรกของความต้องการคือความต้องการสนับสนุนด้านด้านการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านจิตใจ และด้านด้านการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

Sander et al. (2010) ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 109 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายงานถึงความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ และด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งความต้องการเกี่ยวกับการดูแลเรื่องขาดพลังงานและความอ่อนล้าถึงร้อยละ 75 นอกจากนี้พบว่า ระดับความต้องการดูแลแบบสนับสนุนที่สูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง($B=-0.30, p<0.001$) ,มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการที่มากขึ้น($B=0.25, p=0.008$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพ ($B=-0.24, p=0.002$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนใน

เรื่องโรคและการรักษาถึงร้อยละ 60 ข้อมูลและการสนับสนุนเกี่ยวกับการออกกำลังกายร้อยละ 54.3 และความต้องการช่วยเหลือด้านการจัดการกับความเหนื่อยล้าร้อยละ 46.7

Fitch (2008) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งปอดหญิงจำนวน 34 คน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องการความต้องการการสนับสนุนในด้านร่างกาย(การดูแลเกี่ยวกับการขาดพลังงานและความปวด) และอารมณ์ในเรื่องของความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการจัดการความต้องการนี้

Graves et al. (2007) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความทุกข์ทรมานทางอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ซึ่งเป็นการประเมินความทุกข์ทรมานทางอาการและ 2 คำถามที่เกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนช่วยเหลือสำหรับอาการพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 22.5 มีต้องการดูแลแบบสนับสนุนช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์ รวมถึงการรู้คิดและการขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย การรักษา

Saatci, Akin and Akpinar (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความต้องการการดูแลในด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=-0.263, P=0.008$)

รุจิรัตน์ ผัดวัน (2551) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 88 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสูงที่สุดในแต่ละด้าน 5 ด้าน ดังนี้ ด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและการช่วยเหลือ และด้านเพศสัมพันธ์

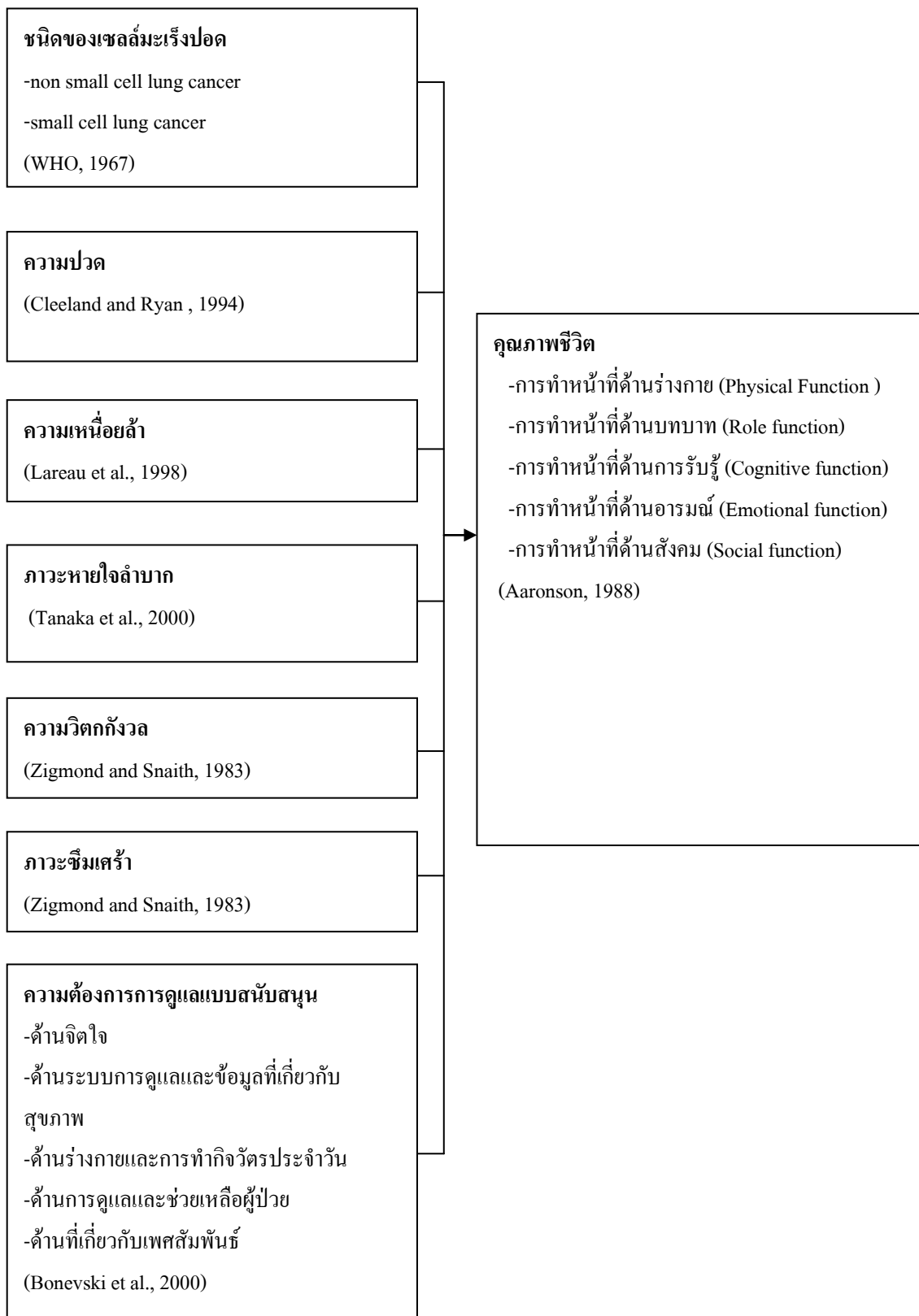
นงลักษณ์ สรรสม (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 120 คน (ผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 19 คน) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ต่ำ และต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=.48, .38$ และ $.23$ ตามลำดับ, $p<.05$)

Uchida et al. (2010) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในด้านจิตใจ และด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ซึ่งพบว่าคะแนนของแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์ในการชี้วัดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยของ Lopez et al.(2010) และเพิ่มเติมการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด

ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบ
สนับสนุน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย
ดังนี้

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่าง ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้าภาวะหายใจหอบเหนื่อย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอดมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม-ศัลยกรรม หน่วยเคมีบำบัดและรังสีบำบัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาแผนกตรวจผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรมหน่วยเคมีบำบัดและรังสีบำบัดของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลตำรวจ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณ ของ Thorndike (1978)

$$N=10k+50$$

N=จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

k=จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

การศึกษานี้ทั้งหมด 8 ตัวแปร คือ ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และคุณภาพชีวิต

$N=(10 \times 8)+50=130$ คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 193 คนเพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์และเพิ่มอำนาจในการทดสอบ

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ คือ

2.1 แบ่งโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ตามสังกัด ดังนี้

1) กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2) กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันโรคทรวงอก 3) กระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 4) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ 5) องค์การอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 6) สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลกลาง

2.2 สุ่มโรงพยาบาลแต่ละเขตพื้นที่ โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ จำนวน 3 สังกัด ได้แก่ สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสังกัดองค์อิสระ

2.3 เลือกโรงพยาบาลจากในแต่ละสังกัดแบบเจาะจง (Purposive sampling) สังกัดละ 1 โรงพยาบาล และกำหนดกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ กระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สังกัดสถาบันตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ สังกัดองค์อิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสำรวจรายชื่อและตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคมะเร็งของโรงพยาบาลที่เลือกได้ ทั้ง 3 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 3 คนเว้น 1 คน ให้มีจำนวนเท่าๆ กันทั้ง 3 โรงพยาบาล จนครบ 193 คน คือ 65, 64 และ 64 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 7 ส่วน ดังนี้

1.แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอด ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพการอยู่อาศัย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรคจากการวินิจฉัยตามพยาธิสรีรวิทยา ชนิดของการรักษา ระยะของการวินิจฉัย สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอด ประกอบด้วย ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด (มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กและไม่ใช้เซลล์เล็ก)ที่ได้จากการวินิจฉัยของแพทย์จากผลพยาธิสภาพ ชนิดของการรักษามะเร็งรวมถึงระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน ระยะของ

โรคมะเร็งปอดตามระบบการแบ่งระยะของTNM สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กและการแบ่งระยะของมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (ระยะลุกลามและระยะจำกัด) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอดของ Lopez et al. (2010)

2.แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (Brief Pain Inventory; BPI shortform) ของ Cleeland and Ryan (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน (2009) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากความปวดในการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน และข้อคำถามอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ดังนี้

1. ความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้นทั้งมากที่สุด/น้อยสุดที่เคยเกิดขึ้นและความปวดที่ยอมรับ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 3-6 มีลักษณะคำตอบเป็นลักษณะเรียงลำดับตัวเลขตั้งแต่ 0-10 ในการอธิบายความปวดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา คะแนนแบ่งออกเป็น 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด(1 คะแนน) คะแนน 1-3 หมายถึง มีความปวดในระดับเล็กน้อย(2 คะแนน) คะแนน 4-6 หมายถึง มีความปวดในระดับปานกลาง (3 คะแนน) และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความปวดในระดับรุนแรง(4 คะแนน)

2. ผลกระทบของความปวดที่เกิดขึ้นต่อการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน จำนวน 1 ข้อ ในข้อ 9 ซึ่งประกอบด้วยข้อย่อย จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นลักษณะเรียงลำดับตัวเลข 0-10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่รบกวนเลย และ10 หมายถึง มีผลรบกวนมากที่สุด

3. ข้อคำถามอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2 เป็นคำถามให้เลือกตอบว่ามีอาการปวดเกิดขึ้นหรือไม่และถ้ามีเกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดของร่างกาย สำหรับข้อ 7 เป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับการรักษาและวิธีการบำบัดเพื่อจัดการกับอาการปวด เพื่อให้เลือกตอบสั้น ๆ สำหรับข้อ 8 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาอาการปวดที่ได้รับ ที่มีลักษณะคำตอบเป็นลักษณะคำตอบ เป็นลักษณะเรียงลำดับตัวเลข 0-10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่ช่วยบรรเทาอาการเลยจนถึง 10 หมายถึง การบำบัดอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ซึ่งสำหรับการศึกษานี้ใช้เฉพาะส่วนที่เป็นแบบประเมินด้านความรุนแรงของอาการปวดสำหรับส่วนอื่นนำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย การแปลคะแนน คะแนนรวมคิดเฉพาะหัวข้อความรุนแรงของอาการปวดที่เกิดขึ้น คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-16 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตราภาคชั้น โดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่ในระดับสูง

โดยเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 1,261 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80-0.87 (Cleeland and Ryan, 1994)

3.แบบประเมินความเหนื่อยล้า Fatigue Appraisal ของ Lareau, Meek and Roos (1998) แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุริพร ธนศิลป์และ Lopez (in process) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินความเหนื่อยล้าผ่านพฤติกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การสวมใส่เสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกาย การประกอบหรือรับประทานอาหาร และความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลข โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนนแบ่งออกเป็น 0 หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรม (1 คะแนน) คะแนน 1-3 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย (2 คะแนน) คะแนน 4-6 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง (3 คะแนน) และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง (4 คะแนน)

สำหรับการแปลผลของความเหนื่อยล้า มีคะแนนรวมระหว่าง 10-40 ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตรากาชั้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ
 คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับสูง

โดยเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดจำนวน 131 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95 (Lareau, Meek and Roos; 1998)

4. แบบประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็ง Cancer Dyspnea Scale (CDS) ที่สร้างโดย Tanaka et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุริพร ธนศิลป์และ Lopez (in process) เป็นแบบประเมิน

ประสบการณ์ในส่วนต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายของมิติ ซึ่งเครื่องมือนี้ได้พัฒนามาจาก 3 เครื่องมือที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็ง แบบวัดที่ได้พัฒนานี้สามารถประเมินอาการหายใจลำบากใน 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ที่เรียกว่าความรู้สึกของความพยายามจำนวน 5 ข้อ ปัจจัยด้านจิตใจที่เรียกว่า ความรู้สึกของความวิตกกังวล จำนวน 4 ข้อและปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกไม่สุขสบายที่เหลือนั้นเรียกว่า ความรู้สึกไม่สุขสบาย จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการให้คะแนนดังนี้ คือ 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย (1 คะแนน) 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเล็กน้อย (2 คะแนน) 3-4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยปานกลางหรือค่อนข้างมาก (3 คะแนน) และ 5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน)

คะแนนรวมของแบบสอบถามประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด อยู่ในช่วง 12-48 คะแนน ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตรภาคชั้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับสูง

แบบวัดนี้ตรงกับบริบทของผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นเครื่องมือที่มีการประเมินธรรมชาติของอาการหายใจลำบากในมิติที่หลากหลาย ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านต่าง ๆ 3 ด้าน คือ ความรู้สึกพยายาม ความรู้สึกวิตกกังวล และความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 166 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86 (Tanaka et al., 2000)

5. แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ที่สร้างโดย Zigmond and Snaith (1983) ที่นำมาพัฒนาใช้ในผู้ป่วยมะเร็ง โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ(2539) เครื่องมือนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.85และ0.82ตามลำดับ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม

สำหรับความวิตกกังวลข้อดีทั้งหมด จำนวน 7 ข้อ และภาวะซึมเศร้าข้อคู่ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ (0-3) มีความหมายและการให้คะแนนดังนี้ คือ

- 0 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเลย
- 1 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเล็กน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด

การแปลผลคะแนนรวมสำหรับความวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน คะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน (ชนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) ดังนี้

คะแนน 0-7 หมายถึง ปกติ

คะแนน 8-10 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง

คะแนน 11-21 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

แบบประเมินนี้มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้โดยเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 สำหรับความวิตกกังวล และ 0.82 สำหรับภาวะซึมเศร้า (Zigmond and Snaitz, 1983) และเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ (Berman, Sullivan and Sorenson, 1991)

6.แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอด (The Supportive Care Needs Survey -Short Form 34; SCNS-SF34) ของ Boyes , Girgis, and Lecathelinais (2009)แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุริพร ธนศิลป์และLopez (in process) เพื่อใช้ประเมินผลกระทบจากโรคมะเร็งในหลายมิติ ซึ่งรวมถึงการประเมินระบบบริการสุขภาพและการรักษาที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็ง สามารถแยกองค์ประกอบความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนได้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ 5) ด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งรูปแบบนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ แบบสอบถามนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1-2 หมายถึง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากพึงพอใจแล้ว (1 คะแนน) 3 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่ำ (2 คะแนน) 4 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลาง (3 คะแนน) และ 5 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับมาก (4 คะแนน)

การแปลผลคะแนนรวมสำหรับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 34-136 คะแนน ผู้วิจัยจึงแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตราก้าวขึ้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าวหรือพึงพอใจแล้ว

คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01- 3.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01- 4.00 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือนี้มีความใช้สถิติแอลฟาของแบบสอบถามทั้ง 5 ด้านอยู่ในช่วง 0.86-0.96 (Boyes , Girgis, and Lecathelinais, 2009)

7.แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EORTC QLQ C-30) ของ (Aaronson, 1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit et al. (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตนี้ประกอบด้วยการประเมิน 3 หัวข้อใหญ่ที่เป็นผลจากการรักษา ได้แก่

1) การประเมินความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ การทำหน้าที่ด้านบทบาท จำนวน 2 ข้อ การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ จำนวน 2 ข้อ การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ และการทำหน้าที่ด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ

2) การประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา จำนวน 13 ข้อ คือ ความเหนื่อยล้า จำนวน 3 ข้อ อาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 2 ข้อ ความเจ็บปวด จำนวน 2 ข้อ อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร อาการท้องผูก อาการท้องเสีย และปัญหาทางการเงิน จำนวนอย่างละ 1 ข้อ

ตั้งแต่ข้อที่ 1-28 จะมีค่าลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มีเลย 2 หมายถึง เล็กน้อย 3 หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 หมายถึง มากที่สุด

3) การประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29-30 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-7 ซึ่งมีการให้คะแนนดังนี้

ตำแหน่งที่ 1 หรือจุดที่ 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/สภาวะสุขภาพที่แย่มาก

ตำแหน่งที่ 7 หรือจุดที่ 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/สภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม

สำหรับการแปลงคะแนน มีการแปลงคะแนนเป็น 100 คะแนนเพื่อการเปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก ซึ่งมีวิธีการแปลงคะแนนดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงวิธีการให้คะแนนในการคิดคำนวณคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิต

	Scale	Number of items	Item rang*	Item number
มิติด้านการทำหน้าที่				
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	PF	5	3	1ถึง5
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	RF	2	3	6,7
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	EF	4	3	21ถึง24
การทำหน้าที่ด้านการรู้จัก	CF	2	3	20,25
การทำหน้าที่ด้านสังคม	SF	2	3	26,27
มิติด้านอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา				
ความเหนื่อยล้า	FA	3	3	10,12,18
อาการคลื่นไส้และอาเจียน	NV	2	3	14,15
อาการปวด	PA	2	3	9,19
อาการหายใจลำบาก	DY	1	3	8
อาการนอนไม่หลับ	SL	1	3	11
อาการเบื่ออาหาร	AP	1	3	13
อาการท้องผูก	CO	1	3	16
อาการท้องเสีย	DI	1	3	17
ปัญหาทางการเงิน	FI	1	3	28
มิติด้านภาวะสุขภาพ/คุณภาพชีวิตโดยรวม	QL	2	6	29,30

Item Rang คือ ความแตกต่างระหว่างคะแนนสูงสุดของคำตอบที่น่าจะเป็นไปได้และคะแนนสูงสุดของคำตอบที่น่าจะเป็นไปได้ ยกตัวอย่าง เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิต QLQ-C30 มีลักษณะคำตอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ตั้งแต่ข้อที่ 1-28 มีลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่า 4 ระดับ คือ 1-4 ดังนั้น ค่าความต่างระหว่างค่าคะแนนของคำตอบสูงสุดและต่ำสุด คือ 3 สำหรับส่วนที่ 2 มีลักษณะคำตอบเป็นเชิงเส้น 7 ระดับ คือ 1-7 ดังนั้น ค่าความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนของคำตอบสูงสุดและต่ำสุด คือ 6

วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิต

$$1. \text{หา Row Score (RS)} = (\text{ข้อที่ } 1 + \text{ข้อที่ } 2 + \text{ข้อที่ } 3 + \dots + \text{ข้อที่ } n) / n$$

ตัวอย่างวิธีการคิด RS:

1.1. RS ของส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวม

$$\text{Ex. RS} = (\text{ข้อ } 29 + \text{ข้อ } 30) / 2$$

1.2. RS ของส่วนความสามารถในการทำหน้าที่

$$\text{Ex. RS ของการทำหน้าที่ด้านร่างกาย} = (\text{ข้อที่ } 1 + \text{ข้อที่ } 2 + \text{ข้อที่ } 3 + \text{ข้อที่ } 4 + \text{ข้อที่ } 5) / 5$$

$$\text{RS การทำหน้าที่ด้านอารมณ์} = (\text{ข้อที่ } 21 + \text{ข้อที่ } 22 + \text{ข้อที่ } 23 + \text{ข้อที่ } 24) / 4$$

$$\text{RS การทำหน้าที่ด้านบทบาท} = (\text{ข้อที่ } 6 + \text{ข้อที่ } 7) / 2$$

$$\text{RS การทำหน้าที่ด้านการรับรู้} = (\text{ข้อที่ } 20 + \text{ข้อที่ } 25) / 2$$

$$\text{RS การทำหน้าที่ด้านสังคม} = (\text{ข้อที่ } 26 + \text{ข้อที่ } 27) / 2$$

1.3. RS ของส่วนอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา

$$\text{Ex. RS ความเหนื่อยล้า} = (\text{ข้อที่ } 10 + \text{ข้อที่ } 12 + \text{ข้อที่ } 18) / 3$$

$$\text{RS อาการคลื่นไส้และอาเจียน} = (\text{ข้อที่ } 14 + \text{ข้อที่ } 15) / 2$$

$$\text{RS อาการปวด} = (\text{ข้อที่ } 9 + \text{ข้อที่ } 19) / 2$$

$$\text{RS อาการหายใจลำบาก} = (\text{ข้อที่ } 8) / 1$$

$$\text{RS อาการนอนไม่หลับ} = (\text{ข้อที่ } 11) / 1$$

$$\text{RS อาการเบื่ออาหาร} = (\text{ข้อที่ } 13) / 1$$

$$\text{RS อาการท้องผูก} = (\text{ข้อที่ } 16) / 1$$

$$\text{RS อาการท้องเสีย} = (\text{ข้อที่ } 17) / 1$$

$$\text{RS ปัญหาทางการเงิน} = (\text{ข้อที่ } 28) / 1$$

2. แยกการคำนวณคะแนนออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

$$2.1 \text{ คะแนนส่วนการทำบทบาทหน้าที่} = \{1 - (\text{RS} - 1) / \text{Rang}\} \times 100$$

$$2.2 \text{ คะแนนส่วนกลุ่มอาการและส่วนการประเมินสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม}$$

$$= \{(\text{RS} - 1) / \text{Rang}\} \times 100$$

ตัวอย่างวิธีการคิดคะแนน:

การทำหน้าที่ด้านอารมณ์: $\text{RS} = (\text{ข้อที่ } 21 + \text{ข้อที่ } 22 + \text{ข้อที่ } 23 + \text{ข้อที่ } 24) / 4$

$$\text{EF Score} = \{1 - (\text{RS} - 1) / 3\} \times 100$$

ความเหนื่อย: $\text{RS} = (\text{ข้อที่ } 10 + \text{ข้อที่ } 12 + \text{ข้อที่ } 18) / 3$

$$\text{FA Score} = \{(\text{RS} - 1) / 3\} \times 100$$

สำหรับวิธีการแปลผลคะแนนนั้นแบบประเมินนี้มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน การแปลคะแนนหลังจากแปลคะแนนตามวิธีข้างต้นแล้วนำค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้ไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของ EORTC (Scott et al., 2008) ดังตารางที่ 2 เพื่อบอกระดับของคุณภาพชีวิต โดยมีการแปลคะแนนดังนี้ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนที่เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทั้ง 5 ด้านในการแปลระดับคุณภาพชีวิต เนื่องจากตามแนวคิดของ Aarosan et al. (1988) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตสามารถอธิบายผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล สำหรับส่วนอื่น ๆ นำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งคะแนนการประเมินการทำหน้าที่มาก หมายถึง บุคคลนั้นมีการทำหน้าที่ในระดับที่สูง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100 ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตรากาชั้นโดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้นจึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนการทำหน้าที่เฉลี่ย 0.00-33.33 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

คะแนนการทำหน้าที่เฉลี่ย 33.34-66.67 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

คะแนนการทำหน้าที่เฉลี่ย 66.68-100.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินนี้ เนื่องจากเครื่องมือนี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือซึ่งมีการแปลใช้แล้วมากกว่า 60 ภาษา (EORTC Quality of Life Group et al., 2007) สำหรับส่วนอื่นนำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัยเท่านั้น สำหรับเครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 305 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.70 (Aaronson et al., 2000)รวมทั้งมีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น 310 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า 0.70 และทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยวิธีการวิเคราะห์ Multitrait method ซึ่งพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของทุกข้อมีความครอบคลุมและมีอำนาจในการจำแนกที่เป็นมาตรฐาน (Silapakit et al., 2006)

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด	Ref. mean (Scott et al., 2008)
ด้านการประเมินสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม	56.6
ด้านการทำหน้าที่	
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	61.5
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	68.9
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	82.3
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	71.9
การทำหน้าที่ด้านสังคม	71.3
ด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย	
ความเหนื่อยล้า	41.1
อาการเบื่ออาหาร	28.1
อาการหายใจลำบาก	37.9
อาการนอนไม่หลับ	31.6
ความเจ็บปวด	29.7
อาการท้องผูก	19.2
ปัญหาทางการเงิน	17.4
อาการคลื่นไส้อาเจียน	10.8
อาการท้องเสีย	7.4

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ทั้ง 7 ชุด ดังนี้

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ 7 ชุด ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็ง แบบวัดอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและมะเร็งปอด เพื่อมาพิจารณา

ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสมจากนั้นนำแบบสอบถามไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอด และมะเร็งปอด จำนวน 3 คน

2. ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญในการ ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด จำนวน 2 คน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index:CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 โดยใช้สูตร

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

จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับดังนี้ (Polit and Beck, 2004)

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |

จากนั้นนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยทำการปรับสำนวนภาษา ตัดและเพิ่มข้อคำถามเพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา ในการวิจัยนี้ได้มีการปรับข้อคำถามในแบบสอบถามตามการแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ

1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยปรับลักษณะคำตอบของข้อคำถามเกี่ยวกับสถานภาพสมรสเพื่อให้กระชับและครอบคลุมมากขึ้น สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพการทำงานปรับเป็นอาชีพ แทน ซึ่งมีลักษณะคำตอบที่ละเอียดมากขึ้นกว่าเดิม เพิ่มเติมใน

ส่วนของหัวข้อการวินิจฉัยทางสรีรวิทยา (ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด) เพิ่มคำตอบเป็นตัวเลือก 2
ตัวเลือก ได้แก่ small cell และ non small cell เพื่อให้ง่ายในการตอบมากขึ้น

2.แบบประเมินอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งอย่างสั้น มีการปรับข้อความให้มีข้อความที่กระชับ
เข้าใจง่ายและตัดข้อความบางข้อที่เกี่ยวกับอาการ 3 ข้อ ออก เพื่อลดข้อความที่มากเกินไป

3.แบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีการปรับเปลี่ยนข้อความบางข้อเพื่อให้
เหมาะสมกับบริบทของคนไทย เช่น การเตรียมอาหารว่างเปลี่ยนเป็น เตรียมอาหาร การเดินขึ้นเขา
เปลี่ยนเป็น การเดินขึ้นที่สูง

4.แบบประเมินภาวะหายใจลำบากมีการปรับสำนวนภาษาให้เข้าใจง่ายมากขึ้น เช่น เมื่อคุณ
หายใจลำบาก คุณรู้สึกเหมือนจมน้ำหรือไม่เปลี่ยนเป็น เมื่อคุณหายใจลำบาก คุณรู้สึกเหมือนกำลัง
จะจมน้ำหรือไม่

5.แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ข้อคำถามทุกข้อคงความหมายเดิม แต่มี
การปรับสำนวนภาษาของคำตอบให้เข้าใจง่ายและกระชับมากขึ้น

6.แบบสำรวจความต้องการการดูแลสนับสนุน ฉบับสั้น แบบฟอร์ม 34 มีการปรับเปลี่ยนคำ
ชี้แจงให้เข้าใจง่ายมากขึ้นและเติมหัวข้อเพื่อให้มีการเชื่อมโยงเข้ากับข้อความ สำหรับข้อความ
บางข้อมีการปรับสำนวนภาษาใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย

7. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมีการปรับระยะเวลาของข้อคำถามข้อที่ 29-30
ในการถามการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมจากการประเมิน ภาวะสุขภาพและ
คุณภาพชีวิตโดยรวมใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็น ใน 24 ชั่วโมงนี้เนื่องจากเพื่อให้สอดคล้องกับแบบ
ประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบประเมินความ
เหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบประเมินอาการวิตกกังวลและ
ซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง
ปอด (ความต้องการด้านความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการด้านระบบการดูแลและข้อมูล
เกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการด้านการดูแล
และช่วยเหลือ และความต้องการด้านเพศสัมพันธ์) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด
(รายมิติด้านการทำหน้าที่) คำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.93, 0.90, 0.91, 0.91, 0.84,
0.85, 0.90, 0.84, 0.86, 0.80, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ

2.การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน(ความต้องการด้านความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการด้านการดูแลและช่วยเหลือ และความต้องการด้านเพศสัมพันธ์) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด(รายมิติด้านการทำหน้าที่)ที่ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม – ศัลยกรรม หน่วยรังสีและเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach, 1951 อ้างในสิทธิ์ ชีรสรณ์, 2550) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เมื่อทดลองใช้เท่ากับ 0.89, 0.89, 0.74, 0.86, 0.89, 0.82, 0.96, 0.95, 0.92, 0.93, 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 193 คน พบว่า แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (ความต้องการด้านความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการด้านการดูแลและช่วยเหลือ และความต้องการด้านเพศสัมพันธ์) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด(รายมิติด้านการทำหน้าที่) เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงเท่ากับ 0.89, 0.92, 0.71, 0.83, 0.94, 0.95, 0.94, 0.95, 0.81, 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา	ค่าความเที่ยง	ค่าความเที่ยง
		ทดลองใช้ 30 ราย	กลุ่มตัวอย่าง 193 ราย
1.แบบประเมินความปวด	0.93	0.89	0.89
2.แบบประเมินความเหนื่อยล้า	0.90	0.89	0.92
3.แบบประเมินอาการหายใจลำบาก	0.91	0.74	0.71
4.แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า	0.91	0.86	0.83
5.แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบ สนับสนุน	0.84	0.89	0.94
5.1ความต้องการด้านจิตใจ	0.85	0.82	0.95
5.2ความต้องการด้านระบบการดูแลและ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	0.90	0.96	0.94
5.3ความต้องการด้านร่างกายและการทำ กิจวัตรประจำวัน	0.84	0.95	0.95
5.4ความต้องการด้านการดูแลและช่วยเหลือ	0.86	0.92	0.96
5.5ความต้องการด้านเพศสัมพันธ์	0.80	0.93	0.81
6.แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด	0.96	0.86	0.92
6.1แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ปอดมิติด้านการทำหน้าที่	0.96	0.89	0.90

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลและแจกแบบประเมินด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2555 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1.นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแต่ละโรงพยาบาล

2.เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยแล้วให้เข้าพบหัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3.เก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยด้วยตนเอง โดยทำการสำรวจชื่อผู้ป่วย และชื่อโรคจากยอดผู้ป่วยในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วัน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งปอด และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 3 คนเว้น 1 คน รวมถึงสำรวจเพิ่มประวัติผู้ป่วยมะเร็งปอด และแนะนำตัวเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ

4.ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเช่นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5.อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบประเมินแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมิน 30-45 นาที

6.กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินไม่สมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน จำนวน 20 คน ก็จะให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่จะต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นที่ต้องทำแล้ว

7.เมื่อได้รับแบบประเมิน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและตอบข้อซักถามนั้น กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและญาติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจและคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็งของแพทย์ และการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงยินยอมโดยไม่มีการบังคับใด ๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่มีเหตุหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลแต่อย่างใดต่อกลุ่มตัวอย่าง และ

การได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาล ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีเมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะนำมาสู่อันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง เช่น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการซึ่งเกิดจากการลุกลามของโรค ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง เช่น อาการเหนื่อย ปวด อ่อนเพลีย หรือสัญญาณชีพผิดปกติขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึกและซักถามถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลได้ในขอบเขตของวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่.05 โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็นสถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta Correlation Coefficient) สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพการอยู่อาศัย ระยะของโรค ชนิดของการรักษา ระยะเวลาของการวินิจฉัย วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า ภาวะหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความเหนื่อยล้า ภาวะหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ ความต้องการการดูแลแบบ

สนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ (Burns and Grove, 2003)

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.1-0.3	ต่ำ
0.4-0.5	ปานกลาง
0.5ขึ้นไป	สูง

3.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอดกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta Correlation coefficient)

3.5 การศึกษาชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ในการทำนายคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของชนิดของเซลล์มะเร็งเรื้อรังปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปอด ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 7 ฉบับ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปอด ซึ่งได้รับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม-ศัลยกรรม หน่วยรังสีและเคมีบำบัด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รวม 193 คน โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้ตารางที่ประกอบคำบรรยายจำแนกเป็น 5 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปอด

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปอด

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งเรื้อรังปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปอด

ตอนที่ 4 การศึกษาความสามารถในการทำนายของชนิดของเซลล์มะเร็งเรื้อรังปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปอด

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพและสถานภาพการอยู่อาศัย (n=193)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	$\bar{X}= 54.39$ $SD=3.85$	
น้อยกว่า 55	96	49.70
มากกว่า 55	97	50.30
เพศ		
ชาย	129	66.84
หญิง	64	33.16
สถานภาพสมรส		
คู่	122	63.21
หม้าย/หย่า/แยก	51	26.42
โสด	20	10.36
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	68	35.23
ส่วนตัว(ค้าขาย เกษตรกร อื่น ๆ)	55	28.50
รับจ้าง	51	26.42
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	9.84
สถานภาพการอยู่อาศัย		
อยู่กับคู่สมรสและลูก	72	37.31
อยู่กับลูก	60	31.09
อยู่กับคู่สมรส	31	16.06
อยู่ตามลำพัง	30	15.54

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำแนกตามระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของโรคมะเร็งปอด ชนิดของการรักษาและระยะเวลาการวินิจฉัย (n=193) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรคมะเร็ง		
Stage IV	99	51.30
Stage III	78	40.41
Stage II	16	8.29
ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด		
Non Small Cell Lung Cancer	184	95.30
Small Cell Lung Cancer	9	4.70
ชนิดของการรักษา		
เคมีบำบัด	133	68.91
การผ่าตัดและเคมีบำบัด	25	12.95
การรักษาแบบประคับประคอง	18	9.33
การผ่าตัด	5	2.59
การผ่าตัดและการรักษาแบบประคับประคอง	5	2.59
รังสีรักษา	3	1.55
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	2	1.04
การผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษา	2	1.04
ระยะเวลาของการวินิจฉัย		
ตั้งแต่ 6 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี	115	59.60
ตั้งแต่ 1 ปีแต่ไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน	38	19.70
น้อยกว่า 6 เดือน	24	12.40
ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป	14	7.30
ตั้งแต่ 1 ปี 6 เดือนแต่ไม่เกิน 2 ปี	2	1.00

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอด ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็น ร้อยละ 66.84 มีอายุมากกว่า 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.30 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.21 อาชีพส่วนใหญ่ คือ ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 35.23 สถานภาพการอยู่อาศัยส่วนใหญ่ คือ อยู่กับคู่สมรสและลูก คิดเป็นร้อยละ 37.31 ระยะของโรคส่วนใหญ่ คือ Stage IV คิดเป็นร้อยละ 51.30 ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดส่วนใหญ่คือ Non Small Cell Lung Cancer คิดเป็นร้อยละ 95.30 ชนิดของการรักษาส่วนใหญ่คือ เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 68.91 และระยะเวลาของการวินิจฉัยอยู่ในช่วง ตั้งแต่ 6 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.60

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

มะเร็งปอด ทุกรวม รายด้านและรายข้อ (n=193)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งปอด (QOL)	Rang	\bar{X} (SD)	Ref.mean (Scott et al.,2008)	\bar{X} (Xioline, 2002)	\bar{X} เมื่อ เทียบค่า อ้างอิง	QOL level
การทำหน้าที่	3	73.01(15.44)	71.18	70.58	สูงกว่า	สูง
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	3	79.71(19.43)	61.50	65.80	สูงกว่า	
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	3	79.02(17.16)	68.90	82.10	สูงกว่า	
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	3	75.48(19.47)	82.30	68.30	ต่ำกว่า	
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	3	68.39(18.26)	71.90	63.70	ต่ำกว่า	
การทำหน้าที่ด้านสังคม	3	62.44(25.47)	71.30	73.00	ต่ำกว่า	
การประเมินกลุ่มอาการและ ปัญหาจากการเจ็บป่วย	3	32.13(14.60)	24.80	25.93	สูงกว่า	
ความเหนื่อยล้า	3	47.55(19.35)	41.10	45.20	สูงกว่า	
อาการเบื่ออาหาร	3	44.21(26.83)	28.10	32.70	สูงกว่า	
อาการหายใจลำบาก	3	40.76(15.85)	37.90	42.20	สูงกว่า	
อาการนอนไม่หลับ	3	36.44(29.69)	31.60	35.00	สูงกว่า	
ความเจ็บปวด	3	32.12(16.45)	29.70	29.40	สูงกว่า	
อาการท้องผูก	3	31.95(30.77)	19.20	20.80	สูงกว่า	
ปัญหาทางการเงิน	3	28.67(26.27)	17.40	12.00	สูงกว่า	
อาการคลื่นไส้อาเจียน	3	20.20(21.86)	10.80	10.30	สูงกว่า	
อาการท้องเสีย	3	7.25(19.37)	7.40	5.80	ต่ำกว่า	
การประเมินสถานะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตโดยรวม	6	32.66(10.79)	56.60	51.80	ต่ำกว่า	

จากตารางที่ 5 พบว่า

1. เมื่อวิเคราะห์ด้านการทำหน้าที่ พบว่า ด้านการหน้าที่โดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.01 (\pm SD= 15.44) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการทำหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่สูงย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตที่สูง เมื่อวิเคราะห์การหน้าที่ พบว่า การทำหน้าที่ด้านบทบาทและการทำหน้าที่ด้านการรับรู้ อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์อ้างอิงไว้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.71 และ 79.02 ตามลำดับ ส่วนการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ด้านสังคม อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์อ้างอิงไว้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.48, 68.39 และ 62.44 ตามลำดับ

2. เมื่อวิเคราะห์ด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษาโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.13 (\pm SD= 14.60) ระดับสูงกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการและปัญหาจากตัวโรคและการรักษาโดยรวมมาก เมื่อพิจารณารายข้อเกี่ยวกับอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา พบว่า ความเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหาร อาการหายใจลำบากอาการนอนไม่หลับ ความเจ็บปวด อาการท้องผูก ปัญหาทางการเงิน อาการคลื่นไส้อาเจียนมีค่าเฉลี่ยมากกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้ ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการและปัญหาที่เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหาร อาการหายใจลำบากอาการนอนไม่หลับ ความเจ็บปวด อาการท้องผูก ปัญหาทางการเงิน อาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ส่วนอาการท้องเสีย พบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการและปัญหาน้อยเกี่ยวกับอาการท้องเสีย

3. ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 32.66 (\pm SD= 10.79) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้

ตอนที่ 3 การศึกษา ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล
 ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอด
 ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ของความปวด (n=193)

ความปวด	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ความปวดใน 24 ชั่วโมง		
มี	181	93.8
ไม่มี	12	6.20
ยา/วิธีการบำบัด (n=181)		
Paracetamol	119	65.75
Brufen	36	19.89
Tramol	26	14.36

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 193 คน มีอาการปวดใน 24 ชั่วโมง จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 93.80 ไม่มีอาการปวดจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 ในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการปวดจำนวน 181 คน พบว่า ผู้ป่วยใช้วิธีการบำบัดด้วยการใช้ยา Paracetamol มากที่สุด จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 65.75 และใช้วิธีการบำบัดด้วยยา Tramol น้อยที่สุด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 14.36

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความปวด โดยรวม และรายข้อ (n=193)

ความปวด	\bar{X}	SD	ระดับ
ความรุนแรงของความปวด			
ระดับอาการปวดที่ผู้ป่วยรู้สึกในขณะนี้	2.16	0.51	
ระดับอาการปวดที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ารุนแรงมากที่สุด ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	2.13	0.49	
ระดับอาการปวดที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ารุนแรงน้อยที่สุดในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	2.00	0.35	
ระดับอาการปวด โดยเฉลี่ย ของผู้ป่วย ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา	1.35	0.59	
โดยรวม	1.91	0.49	ต่ำ

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของความปวดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดมีค่าเท่ากับ 1.91 (\pm SD= 0.49) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการรับรู้ความปวดอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหนื่อยล้าโดยรวม และรายข้อ (n=193)

ความเหนื่อยล้าเมื่อทำกิจกรรม	\bar{X}	SD	ระดับ
เดินขึ้นที่สูง	2.93	0.80	
ขึ้นบันได 3 ชั้น	2.93	0.80	
เดิน 10 ก้าว	2.55	0.71	
เดินบนถนนที่ไม่เรียบ	2.55	0.70	
ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ	1.83	0.68	
สระผม	1.72	0.65	
สวมเสื้อ	1.69	0.59	
อาบน้ำฝักบัว	1.69	0.42	
แปรง/หวีผม	1.66	0.57	
เตรียมอาหาร	1.52	0.68	
โดยรวม	2.11	0.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยรวมมีค่าเท่ากับ 2.11 (\pm SD= 0.66) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการเดินขึ้นที่สูงมีค่าเท่ากับกับการเดินขึ้นบันได 3 ชั้น โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความเหนื่อยล้าที่เกี่ยวกับการเดินขึ้นที่สูงมากที่สุด และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ กิจกรรมที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหาร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.52 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความเหนื่อยล้า น้อยที่สุดเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับอาการหายใจลำบาก โดยรวม และรายข้อ (n=193)

อาการหายใจลำบาก	\bar{X}	SD	ระดับ
ความสะดวกในการหายใจออก	2.98	0.53	
ความสะดวกในการหายใจเข้า	2.94	0.56	
หายใจช้า ๆ	2.94	0.53	
หายใจได้ไม่เต็มปอด	2.76	0.63	
เหมือนมีบางสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ	2.23	0.78	
หายใจได้ไม่ลึก	2.09	0.92	
หายใจลำบากหึ่งออกใจสั้น	1.99	0.86	
หายใจหอบ	1.78	0.79	
รู้สึกทางเดินหายใจตีบ	1.72	0.83	
หายใจลำบากจนทำอะไรไม่ได้	1.29	0.57	
รู้สึกเหมือนจมน้ำ	1.25	0.62	
เหมือนหยุดหายใจ	1.19	0.50	
โดยรวม	2.10	0.68	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยรวมเท่ากับ 2.10 (\pm SD= 0.68) ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความสะดวกในการหายใจออก พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความสะดวกในการหายใจออก โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการหายใจลำบากที่เกี่ยวกับความสะดวกในการหายใจออกมากที่สุด และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความรู้สึกเหมือนหยุดหายใจ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.19 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอาการหายใจลำบากเกี่ยวกับความรู้สึกเหมือนหยุดหายใจน้อยที่สุด

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยรวม และรายข้อ (n=193)

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD	ระดับ
ความวิตกกังวล			
กลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	1.04	0.71	
ทำตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย	1.02	0.35	
รู้สึกตึงเครียด	0.85	0.63	
มีความวิตกกังวล	0.64	0.66	
ไม่สบายใจ ท้องไส้ปั่นป่วน	0.42	0.61	
กระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้	0.36	0.61	
ผวาหรือตกใจอย่างกระทันหัน	0.31	0.70	
โดยรวม	5.12	2.43	ปกติ
ภาวะซึมเศร้า			
คิดอะไร ทำอะไรเชิงซ้ำลงกว่าเดิม	1.27	0.73	
รู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	0.91	0.79	
มองอนาคตด้วยความเบิกบาน	0.87	0.61	
รู้สึกเพลิดเพลินกับสิ่งที่เคยชอบได้	0.60	0.67	
ปล่อยเนื้อปล่อยตัว	0.58	0.64	
หัวเราะและมีอารมณ์ขัน	0.48	0.61	
รู้สึกเพลิดเพลินกับการทำกิจกรรมที่เคยเพลิดเพลินได้	0.48	0.52	
โดยรวม	5.18	2.78	ปกติ

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยรวมเท่ากับ 5.12 อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยรวมเท่ากับ 5.18 อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวม รายด้านและรายข้อ (n=193)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	3.56	1.00	ปานกลาง
การมีบุคลากรในโรงพยาบาลสักหนึ่งคนที่คุณสามารถคุยได้ ทุกเรื่องเกี่ยวกับอาการ การรักษาและการติดตามผลการรักษา	3.62	1.07	
การได้รับการปฏิบัติในฐานะบุคคลมิใช่แค่ผู้ป่วยรายหนึ่ง	3.59	1.11	
การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีบรรยากาศ น่ารื่นรมย์เท่าที่จะเป็นไปได้	3.54	1.05	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถทำเพื่อช่วยให้ตนเองดี	3.35	1.13	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจรักษาทันทีที่เป็นได้	3.28	1.05	
การได้รับข้อมูลว่ามะเร็งอยู่ภายใต้การควบคุม	3.12	0.89	
การได้รับเอกสารอธิบายสิ่งสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	3.07	0.94	
การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์และ ผลข้างเคียงของการรักษาก่อนผู้ป่วยจะเลือกการรักษา	3.09	0.98	
การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจรักษา	3.09	0.90	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บป่วยและ ผลข้างเคียงเมื่อกลับบ้าน	3.06	0.96	
การสามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาหากผู้ป่วย ครอบครัวหรือ เพื่อนต้องการ	2.85	0.93	
ด้านการดูแลและช่วยเหลือ	2.78	0.86	ปานกลาง
ทางเลือกมากขึ้นเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยจะใช้บริการ	2.87	0.94	
การที่บุคลากรของโรงพยาบาลรับรู้แล้วต่อความรู้สึกและ ความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วย	2.82	0.84	
การที่บุคลากรของโรงพยาบาลตอบสนองความต้องการทาง ร่างกายของผู้ป่วยทันที	2.78	0.86	
การรับรองจากแพทย์ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกเป็นเรื่องปกติ	2.73	0.86	
ทางเลือกที่มากขึ้นเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งที่จะพบ	2.71	0.78	

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบน โดยรวม รายด้าน และรายข้อ (n=193)

(ต่อ)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านจิตใจ	2.76	1.86	ปานกลาง
ความไม่แน่นอนของอนาคต	3.14	1.17	
กังวลผลการรักษาจะอยู่เหนือการควบคุม	3.09	0.96	
กลัวว่ามะเร็งจะลุกลาม	3.01	0.99	
ความรู้สึเกี่ยวกับความตายและการตาย	2.97	1.18	
การเรียนรู้ที่จะรู้สึกว่าคุณสามารถทำได้	2.94	1.15	
การมองทางบวกเสมอ	2.91	1.14	
ความกังวลของผู้ที่ใกล้ชิดคุณ	2.48	0.87	
ความวิตกกังวล	2.44	0.66	
ความรู้สึเศร้า	2.32	0.61	
ความหดหู่/ซึมเศร้า	2.32	0.57	
ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน	2.24	0.66	ปานกลาง
ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถกระทำในสิ่งที่เคย กระทำได้	2.34	0.63	
ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อหมดแรงและเหนื่อย	2.26	0.65	
ความต้องการการช่วยเหลือในการเดินรอบบ้าน	2.23	0.66	
ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อมีความรู้สึกไม่สบายอยู่เสมอ	2.22	0.63	
ความต้องการการช่วยเหลือเมื่อมีความเจ็บปวด	2.16	0.73	
ด้านเพศสัมพันธ์	1.91	0.74	ต่ำ
การเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกทางเพศ	2.02	0.94	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธภาพทางเพศที่ลดลง	1.87	0.61	
การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพทางเพศของผู้ป่วย	1.83	0.66	
โดยรวม	2.77	1.02	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 จากการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดมีค่าเท่ากับ $2.77 (\pm SD= 1.02)$ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการดูแลและช่วยเหลือ ด้านจิตใจ ด้านการดูแลและช่วยเหลือ และด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุด รองลงมา คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านเพศสัมพันธ์ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์น้อยที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีบุคลากรในโรงพยาบาลสักหนึ่งคนที่คุณสามารถคุยได้ทุกเรื่องเกี่ยวกับอาการ การรักษาและการติดตามผลการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในเรื่องการมีบุคลากรในโรงพยาบาลสักหนึ่งคนที่คุณสามารถคุยได้ทุกเรื่องเกี่ยวกับอาการ การรักษาและการติดตามผลการรักษามากที่สุด และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพทางเพศของผู้ป่วย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.83 แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพทางเพศน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานชนิดของเซลล์มะเร็งปอดและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอดกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

ปัจจัย	\bar{X}	S.D.	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(Eta)	P-Value
Non Small Cell Lung Cancer	86.83	11.75		
ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด			0.09	.00
Small Cell Lung Cancer	83.44	8.16		

จากตารางจากตารางที่ 10 พบว่า ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Eta) เท่ากับ 0.09 โดยที่ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดชนิด Non Small Cell Lung Cancer มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าชนิด Small Cell Lung cancer

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด (n=193)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P-Value
ความปวด	-0.02	.38
ความเหนื่อยล้า	-0.51	.00
อาการหายใจลำบาก	-0.32	.00
อาการวิตกกังวล	-0.34	.00
ภาวะซึมเศร้า	-0.52	.00
ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม	-0.19	.00
ความต้องการด้านจิตใจ	-0.22	.00
ความต้องการด้านระบบการดูแลและข้อมูล	-0.10	.09
เกี่ยวกับสุขภาพ		
ความต้องการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน	-0.37	.00
ความต้องการด้านการดูแลและช่วยเหลือ	-0.01	.43
ความต้องการด้านเพศสัมพันธ์	-0.24	.00

จากตารางที่ 13 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.51, -0.32, -0.34, -0.52, -0.19, -0.22, -0.37$ และ -0.24 ตามลำดับ) ส่วนความปวด ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและความ

ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 5 การศึกษาความสามารถของชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า

อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบ

สนับสนุนในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดเมื่อใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) ($n = 193$)

ลำดับขั้นการทำนาย	R	R^2	R^2 Change	F	P-Value
ภาวะซึมเศร้า	.52	.27	.27	70.52	.00
อาการหายใจลำบาก	.59	.35	.08	50.66	.00
ความเหนื่อยล้า	.64	.41	.06	43.33	.00
ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	.65	.43	.02	34.72	.00

จากตารางที่ 14 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 ภาวะซึมเศร้าถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการทำนายเท่ากับ 0.27 ($R^2=0.27$) ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 27

ขั้นที่ 2 ตัวแปรทำนายอาการหายใจลำบากถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 และตัวแปรทำนายทั้งสองตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 8 (R^2 Change = 0.08) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.35 ($R^2=0.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้าและอาการหายใจลำบากสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 35

ขั้นที่ 3 ตัวแปรทำนายความเหนื่อยล้าถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 และตัวแปรทำนายทั้งสามตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 6 (R^2 Change = 0.06) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.41 ($R^2=0.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก และความเหนื่อยล้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 41

ขั้นที่ 4 ตัวแปรทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 4 และตัวแปรทำนายทั้งสี่ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2 (R^2 Change = 0.02) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.43 ($R^2=0.43$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 34.72$) ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 43

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบนัยสำคัญของค่า b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรโดยใช้วิธีขั้นตอน (Stepwise) (n=193)

ตัวแปรทำนาย	b	SE _b	Beta	T	P-Value
ภาวะซึมเศร้า	-2.89	.34	-.52	-8.40	.00
อาการหายใจลำบาก	-1.08	.23	-.28	-4.77	.00
ความเหนื่อยล้า	-.90	.21	-.30	-4.36	.00
ต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	-.11	.04	-.14	-2.38	.00
ค่าคงที่	87.96	2.02	-	43.56	.00

จากตารางที่ 15 พบว่า สัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรทำนายทั้งห้าตัว มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยที่ ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนแปรผันในทางตรงกันข้ามกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า การลดลงของภาวะซึมเศร้า 1 หน่วยมาตรฐาน จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น 0.52 หน่วยมาตรฐาน ในทำนองเดียวกันอาการหายใจลำบากลดลง 1 หน่วยมาตรฐานจะทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.28 หน่วยมาตรฐาน ความเหนื่อยล้าลดลง 1 หน่วยมาตรฐานจะทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.30 หน่วยมาตรฐาน และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนลดลง 1 หน่วยมาตรฐานจะทำให้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.14 หน่วยมาตรฐาน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายระหว่าง ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 193 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 7 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (ความต้องการด้านความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการด้านการดูแลและช่วยเหลือ และความต้องการด้านเพศสัมพันธ์) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด (รายมิติด้านการทำหน้าที่) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของกลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ 0.89, 0.89, 0.74, 0.86, 0.89, 0.82, 0.96, 0.95, 0.92, 0.93, 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลคือเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 193 ชุด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอดกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความปวด ความเหนื่อยล้า ภาวะหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.84 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.30 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.21 อาชีพส่วนใหญ่ คือ ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 35.23 สถานภาพการอยู่อาศัยส่วนใหญ่ คือ อยู่กับคู่สมรสและลูก คิดเป็นร้อยละ 37.31 ระยะของโรคส่วนใหญ่ คือ Stage IV คิดเป็นร้อยละ 51.30 ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดส่วนใหญ่คือ Non Small Cell Lung Cancer คิดเป็นร้อยละ 95.30 ชนิดของการรักษาส่วนใหญ่ คือ เคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 68.91 และระยะของการวินิจฉัยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ตั้งแต่ 6 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.60

2. ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.01 (SD= 15.44) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การทำหน้าที่ด้านบทบาทและการทำหน้าที่ด้านการรับรู้ อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์อ้างอิงไว้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.71 และ 79.02 ตามลำดับ ส่วนการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านร่างกายและการทำหน้าที่ด้านสังคม อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์อ้างอิงไว้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.48, 68.39 และ 62.44 ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ($r = 0.09, p < .05$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ($r = -0.51, p < .05$) อาการหายใจลำบาก ($r = -0.32, p < .05$) ความวิตกกังวล ($r = -0.34, p < .05$) ภาวะซึมเศร้า ($r = -0.52, p < .05$) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ($r = -0.19, p < .05$) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ($r = -0.22, p < .05$) ความต้องการการดูแลแบบ

สนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน($r = -0.37, p < .05$) และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์($r = -0.24, p < .05$)

5.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความปวด ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ

6.การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 43 ($R^2 = 0.43$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยจะนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออก 4 ตอนดังนี้

1.วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.01 (SD= 15.44) อาจอธิบายได้ตามแนวคิดของ Aaronson et al. (1988) ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตสามารถอธิบายผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ดังนั้นเมื่อบุคคลถึงแม้ว่าเกิดการเจ็บป่วยแต่สามารถคงความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตย่อมส่งผลต่อการรับรู้ถึงความรู้สึก ความพึงพอใจและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านบทบาทและการรับรู้ที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจะเกิดความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษาแต่ก็ไม่ได้ทำให้การแสดงบทบาทหน้าที่ หรือการรู้จักของผู้ป่วยเสียไป ซึ่งเมื่อพิจารณาด้านอื่น ๆ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและด้านสังคมซึ่งพบว่าเมื่อเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านเหล่านี้ต่ำกว่าเกณฑ์อ้างอิงซึ่งจะเห็นได้ว่า ต่ำกว่าเพียงเล็กน้อย จึงแสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวโรคและการรักษา ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ แต่ผู้ป่วยมะเร็งปอดกลุ่มนี้ยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ และมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.21 และอยู่อาศัยกับคู่สมรสและลูก คิดเป็นร้อยละ 37.31 ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความห่วงใย ซึ่งการดูแลด้วยความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับนั้นจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังคงมีความหมายและคุณค่า ยัง

เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ น่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) และจากการสอบถามผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกว่า ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวมากที่สุดในการพามาพบแพทย์เพื่อทำการรักษา รวมถึงความรัก ความเข้าใจ และดูแลผู้ป่วยด้วยความจริงใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงพึงพอใจและมีความสุขแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จากปัจจัยที่กล่าวมาน่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ปัจจุบัน โรคมะเร็งสามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะเริ่มแรกและแม้ว่าจะพบโรคในระยะก้าวหน้าไปแล้วก็ตาม เทคโนโลยีการรักษาสามารถช่วยให้มีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น ทั้งนี้เกิดจากมีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการวินิจฉัยและการรักษามะเร็ง รวมทั้งมีทางเลือกการรักษามากขึ้น และมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งให้มีการส่งต่อการรักษาตามลำดับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีจากชุมชนไปจนถึงศูนย์ตติยภูมิ โรคมะเร็ง เชื่อมโยงความรู้และเครือข่ายวิทยาการการดูแลรักษา ทางการแพทย์ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้สอดคล้องกัน เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี มีทีมสหสาขาที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง เริ่มตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การรักษา ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554)

สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงรุ่ง สุขจิระทวี ที่ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง สำหรับการศึกษานงลักษณ์ สรรสม (2552) ที่ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับการศึกษาคูณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ พบว่า การศึกษาของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ที่ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งพบว่ามีความคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=66.43$, $SD=13.94$)

2.วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตที่ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 ($SD=1.02$) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ด้านการดูแลและช่วยเหลือ ด้านจิตใจและด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความต้องการการดูแลด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดยังคงมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในทุกด้าน หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดยังคงมีความต้องการและความต้องการนี้

ยังไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ โดยเฉพาะด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสารซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการในด้านนี้มากที่สุด เมื่อทำการวิเคราะห์รายละเอียดในด้านนี้ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการที่จะมีบุคคลในโรงพยาบาลซักหนึ่งคนที่จะสามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องเกี่ยวกับอาการ การรักษาและการติดตามผลการรักษามากที่สุด สำหรับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์นั้นพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการเช่นกันถึงแม้จะอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะตอบคำถามในหัวข้อนี้ ว่าไม่ต้องการความช่วยเหลือ หรือพอใจแล้ว อธิบายได้จากสภาพสังคมและวัฒนธรรมของไทยที่เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องปกปิด โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่พบอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายซึ่งมีอายุมากกว่า 55 ปี จึงยังเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างที่จะไม่เปิดเผย แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถบอกความต้องการเรื่องเรื่องนี้ได้อย่างเปิดเผยส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าและยอมรับวิถีชีวิตตะวันตกมาใช้มากขึ้น จะเห็นว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีต้องการความช่วยเหลือด้านเพศสัมพันธ์ในระดับต่ำ แต่ผู้ป่วยกลุ่มกลุ่มก็ยังมีความต้องการความช่วยเหลืออยู่ ซึ่งจากการศึกษาของ พรทิพย์ คงมูติ (2550) พบว่า ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคู่สมรส ผู้ป่วยหนึ่งรายที่อธิบายว่าสามีทิ้งไปมีภรรยาใหม่เนื่องจากไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยได้และเข้าใจว่าโรคมะเร็งสามารถติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์ จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เมื่อบุคคลที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยเกิดความไม่สมดุลจึงทำให้บุคคลต้องพยายามทุกวิถีทางเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลในการดำรงชีวิต หากไม่ได้ตามที่ต้องการจะทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้และสิ้นหวัง ผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยเกิดความไม่สมดุลไม่ว่าจะเป็นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ในปัจจุบันมุ่งประเด็นไปที่ด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ และบางครั้งการดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปในรูปแบบทำเป็นประจำ (Routine) จึงอาจมองข้ามความต้องการของผู้ป่วยไป ซึ่งในความเป็นจริงการดูแลสนับสนุนอาจไม่ครอบคลุมทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นการพยาบาลที่ดีควรที่จะมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะได้ให้การพยาบาลได้ครอบคลุมและเป็นองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งการจัดการดูแลเพื่อจะสามารถตอบสนองความต้องการได้มากที่สุดคือ การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี ซึ่งมีทำมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย แต่ปัญหาสำคัญในปัจจุบัน คือ อัตรากำลังในการพยาบาลยังคงไม่เพียงพอ จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการทั้งหมดจึงเป็นไปได้ยาก

สอดคล้องกับการศึกษาของ Jiong and Girgis (2006) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 27 ยังคงมีความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ (Unmet needs) มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มอื่น (ร้อยละ 18) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liao et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดรายงานว่าพวกเขามีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับสูงซึ่งพบว่า 3 อันดับแรกของความต้องการ คือ ความต้องการสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านจิตใจ และด้านการดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ รุจิรัตน์ ผัดวัน (2551) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอด มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสูงที่สุดในแต่ละด้าน 5 ด้าน ดังนี้ ด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแล และการช่วยเหลือ และด้านเพศสัมพันธ์

3.วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.1 ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก คิดเป็นร้อยละ 95.3 และพบผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กเพียงร้อยละ 4.7 ซึ่งเมื่ออธิบายตามทฤษฎีของโรคมะเร็งปอด WHO (1967) กล่าวว่า ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ มะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กและมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก ตามผลพยาธิ ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดชนิดที่ไม่ใช่เซลล์เล็กร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการดำเนินโรคที่ช้ากว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก ซึ่งมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กนี้เป็นชนิดที่ร้ายแรงและมักมีอาการค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นชนิดที่สามารถแพร่กระจายได้รวดเร็ว และมีโอกาสหายขาดเป็นไปได้น้อย (วิสุทธิ ถ้ำเลิศชน, 2552) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นมะเร็งปอดชนิดที่แตกต่างกัน จะมีการดำเนินของโรค อาการและการรักษาที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและการรักษาแตกต่างกันด้วย ความแตกต่างกันนี้อาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วย เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของชนิดของเซลล์มะเร็งปอดกับคุณภาพชีวิตแล้วพบว่า ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.09$) (ตารางที่ 13) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายความว่า ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gridelli et al. (2001) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่าชนิดของเซลล์มะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและจากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของ Xioline (2002) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก และจากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นโรคมะเร็งปอด ทั้ง 2 ชนิด พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กจะมีอาการมาก และรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก

3.2 ความปวดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่มีประสบการณ์ความปวด คิดเป็นร้อยละ 93.80 และผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่มีประสบการณ์ความปวด คิดเป็นร้อยละ 6.20 จากการวิเคราะห์ในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่ได้มีความปวดทุกคน เมื่อพิจารณาความปวดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า มีความปวดอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 (\pm SD= 0.49) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดจากการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทุกคน จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยกล่าวว่าเคยมีอาการปวดแต่เมื่อได้มารับยาเคมีบำบัดและการรักษาแล้วอาการนั้นลดน้อยลง บางคนกล่าวว่าไม่มีอาการนั้นอีกเลย เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ถามถึงการรักษาที่ได้รับเมื่อมีอาการปวดแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการความปวด เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวดพบว่า ยาส่วนใหญ่ที่ให้แก่ผู้ป่วยมากที่สุด คือ ยา Paracetamol คิดเป็นร้อยละ 65.75 จึงเป็นการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.84 ซึ่งในหลายการศึกษาพบว่าเพศชายมีการรับรู้ความรุนแรงของความปวดน้อยกว่าในการเพศหญิง (Keogh and Herdenfeldt, 2002; Keogh, Hatton and Ellery, 2000) ส่วนในเรื่องของอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.3 ซึ่งจัดว่าอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ รวมถึงอารมณ์ได้ดีจึงไม่ส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของความปวด จากที่กล่าวมาข้างต้นอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่มีความปวดหรือสามารถควบคุมความปวดได้ จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับต่ำเท่านั้น

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความปวดกับคุณภาพชีวิตแล้ว พบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่

13) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายความว่า ไม่สามารถบอกได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความปวดจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำหรือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความปวดจะมีคุณภาพชีวิตที่สูง จากผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับในหลายการศึกษา ซึ่งพบว่า ความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Anie, Steptoe, and Bevan, 2002; Wang et al., 1999; Ferrell, 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hsu et al. (2003) พบว่า อาการปวดจากโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างแน่นอน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong and Fielding (2007) ที่ได้ทำการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชาวจีนจำนวน 1,202 คน ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีอาการปวดจะมีการมองโลกของผู้ป่วยในแง่ไม่ดีซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพอย่างมาก

3.3 ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 (\pm SD= 0.66) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดบางรายไม่ได้เดินหรือทำกิจกรรม และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเก้าอี้หรือเตียงนอน และผลการศึกษาพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 35.23 ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเดินบนที่สูงหรือระยะทางไกล ๆ เนื่องจากกลัวว่าเหนื่อยและหมดจึงตอบว่าไม่เคยทำกิจกรรมดังกล่าว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้รับการรักษาโดยการได้รับเคมีบำบัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.91 แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เป็นการได้รับยาเคมีบำบัดในวันแรก ดังนั้นจึงทำให้ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในการศึกษานี้อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดแล้ว พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.52$) (ตารางที่ 13) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีความเหนื่อยล้าน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหนื่อยล้ามากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ จากการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศไทยของ สาคร หับเจริญและชลธิชา ปานโบ (2554) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าในภาพรวม โดยมีคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความเหนื่อยล้าที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 99.5 คือ การได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ จนผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (Tanaka et al., 2002) ผู้ป่วยจะรู้สึกเครียดมากยิ่งขึ้นและความเครียดที่เกิดขึ้นก็จะส่งทำให้เกิดความเหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้นเป็นกระบวนการ แพทย์และพยาบาลจำเป็นที่

จะต้องทำความเข้าใจและหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Visser and Smets (1998) พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ในผู้ป่วยมะเร็งรอดจากการศึกษาของ Fox and Lyon (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรอด พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38$) สอดคล้องกับการศึกษา Dagnelie et al. (2007) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉายแสง พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shaffer (2009) พบว่า ประสบการณ์ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรอดที่อยู่ในระยะลุกลาม ซึ่งจากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการดำเนินโรคมะเร็งรอดอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 (ระยะลุกลาม) จึงมีอาการต่าง ๆ มากมายและการกระจายของโรคมะเร็งรอดของผู้ป่วยในระยะที่ 1 หรือ 2 ผู้ป่วยมะเร็งรอดที่ได้รับความเหนื่อยล้าทั้งจากการรักษาและจากตัวโรคเอง ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวัน (Fox and Lyon, 2006) ย่อมส่งผลกระทบต่อรับรู้คุณค่าในตัวเอง ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งจากผลการศึกษานี้ พบว่า ความเหนื่อยล้าที่มากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยรอดมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

3.4 อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรอด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรอดมีอาการหายใจลำบากในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $2.10 (\pm SD = 0.68)$ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความสะดวกในการหายใจออก ซึ่งหมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งรอดมีอาการหายใจลำบากที่สุดในเรื่องของการหายใจออก อธิบายได้ว่า อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งรอด ถึงร้อยละ 50-87 (Dudgeon et al., 2001; Smith et al., 2001; Chan et al., 2007; Henoach et al., 2007) และตัวเลขนี้จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วยมะเร็งรอดที่อยู่ในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง (Dudgeon, 1998) แต่อาการหายใจลำบากยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีพยาธิสภาพของการเกิดโรคมะเร็งรอดแต่ละที่แตกต่างกันรวมถึงการรักษาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย (Bonnichon, 2008) นอกจากนี้พบว่า สถานภาพสมรส การอยู่อาศัยร่วมกับบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งเมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรอดที่มีสถานภาพสมรสคู่และการที่ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น จะมีอาการหายใจลำบากต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งรอดที่มีสถานภาพโสดหรือหม้าย หย่า

แยก หรือการอยู่เพียงลำพัง (Henoch, 2007) ซึ่งจากวิเคราะห์ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ร่วมกับคู่สมรสและลูกเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 63.21 และ 37.31 ตามลำดับ จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากในระดับปานกลางเท่านั้น แต่อาการที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะมากน้อยก็ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจแก่ผู้ป่วยทั้งสิ้น

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของอาการหายใจลำบากกับคุณภาพชีวิตแล้ว พบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.32$) (ตารางที่ 13) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหายใจลำบากน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหายใจลำบากมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ อาจกล่าวได้ว่า อาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ของความรู้สึกไม่สุขสบายในการหายใจซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอด อาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบมากมายในด้านการดำรงชีวิตของบุคคล ซึ่งอาการหายใจลำบาก เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวกับประสบการณ์ความไม่สุขสบายและความยากลำบากในการหายใจ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ และยังลดลงของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งหากเกิดอาการมากก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ประสบกับความทุกข์ทรมานเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก ซึ่งอาการนี้ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการลดลงของการทำกิจวัตรต่าง ๆ ด้วยตนเอง (Tanaka et al., 2002) การรู้สึกด้านจิตใจและอารมณ์ต่ออาการที่เกิดขึ้น รู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวัง ดังนั้นการบรรเทาภาวะหายใจลำบากเป็นสิ่งสำคัญของการเพื่อกงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Joyce, 2009)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Henoch (2007) ที่พบว่า ภาวะหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดในระดับปานกลาง และการศึกษาของ Smith (1992) และ Mohan et al. (2007) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหายใจลำบากกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่า ภาวะหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5 ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความวิตกกังวลในระดับปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.12 ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจากการศึกษานี้ไม่มีความวิตกกังวล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ

63.21 และส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับคู่สมรสและลูก คิดเป็นร้อยละ 37.31 ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและพร้อมที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็งและการรักษา ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาในภาวะวิกฤติได้ด้วยความมั่นใจและปรับตัวได้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลลดลง (มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) จะเห็นได้ว่าสังคมไทยเป็นสังคมที่จะคอยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจะคอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ พุดคุยและให้คำปรึกษา ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ทราบว่าเมื่อเกิดปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่างจะปรึกษาและพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว และมักจะได้รับความกังวลอย่างมากจากบุคคลในครอบครัว ทำให้ไม่คิดมาก นอกจากนี้เมื่อมาโรงพยาบาลก็จะมีเพื่อนกลุ่มเดียวกัน ทำให้สามารถพูดคุยระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนปัญหากันได้ รวมถึงเมื่อมีปัญหาไม่เข้าใจหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับก็จะมีการพยาบาลประจำคอยให้คำปรึกษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจหรือทำให้ทราบว่า จะเกิดอะไรขึ้นกับตนบ้างเมื่อได้รับการรักษาหรือการที่จะปฏิเสธการรักษา ทำให้ไม่รู้สึกวิตกกังวลใดใด ดังนั้นความเข้าใจและการช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ความวิตกกังวลหมดหรือลดน้อยลงและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตแล้ว พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.34$) (ตารางที่ 13) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีความวิตกกังวลและกลัว ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกสิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลในด้านจิตใจและอารมณ์ ของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็น โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเหล่านี้จะมองว่าโรคที่ตนเป็นเป็นโรคที่ร้ายแรงและไม่มีทางรักษาหาย ความวิตกกังวลถึงอนาคตที่ยังมาไม่ถึงและไม่แน่นอน ย่อมส่งผลในด้านจิตใจของผู้ป่วยอยู่ตลอดการเป็น โรคและการรักษา ความวิตกกังวลนี้จะกระทบต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นเด่นชัดในเรื่องของการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือความทุกข์ทางด้านอารมณ์และจิตใจย่อมส่งผลถึงร่างกายอย่างต่อเนื่องเมื่อนานวันเข้าผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีการรับรู้ถึงความพึงพอใจ ความสุขและคุณภาพในชีวิตที่ลดลงตามมา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความวิตกกังวลที่มากขึ้นย่อมส่งผลถึงการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง

จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Henoch (2007) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด ของ Rolke et al. (2008) พบว่า ความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับคุณภาพชีวิตที่ลดลง และการศึกษาของ Lopez et al. (2010) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งจากการศึกษาของ Heedman and Strang (2002) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ทำให้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมากมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นความเข้าใจและการช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ความวิตกกังวลหมดหรือลดน้อยลง ผู้ป่วยก็จะสามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข

3.6 ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.18 ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่มีภาวะซึมเศร้า อาจกล่าวได้ว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่มีภาวะซึมเศร้าเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีรายงานการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพคู่และอยู่อาศัยกับคู่สมรสจะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่อยู่เพียงลำพัง (รสา ไยของและพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2554) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า (รวีวรรณ คำเงิน, 2545 อ้างถึงใน มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) นอกจากนี้จากการสอบถามสถานพยาบาลที่ทำการรักษา กลุ่มตัวอย่างจะมีพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษา จัดกลุ่มสัมมนา รับประทานอาหารร่วมกัน และให้ผู้ป่วยได้พูดและระบายถึงความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ มีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมเพื่อลดการแยกตัว เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย และส่งเสริมการทำกิจกรรมทางด้านจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ หรือกิจกรรมทางศาสนา จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง อนาคตด้วยความเบิกบานใจและรู้สึกว่าตนเองยังคงมีคุณค่าในสังคมต่อไป

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตแล้ว พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.52$) (ตารางที่ 13) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ อาจกล่าวได้ว่าการศึกษาจำนวนมากในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหลังจากการได้รับการวินิจฉัยไม่นานในอัตราสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากตัวบุคคลเองซึ่งมียืนหรือพันธุกรรมที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ประกอบกับสิ่งกระตุ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้านักเกิดร่วมกับเหตุการณ์ชีวิต

ได้แก่ การตกงาน และภาวะยุ่งยากลำบาก เช่น ปัญหาความรุนแรงที่มีระยะเวลานาน ปัญหาโรคเรื้อรังจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดด้านลบ ความคิดด้านลบต่อโลก ความคิดด้านลบต่ออนาคต คิดถึงแต่ความตายและความไม่สวยงาม ความคิดเหล่านี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และจะทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีคุณค่า (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527) โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งเป็น โรคเรื้อรังและโอกาสรักษาหายมีน้อย รวมถึงอาการที่เกิดขึ้นและอาการข้างเคียงจากการรักษา ส่งผลต่อความรู้สึกหดหู่สิ้นหวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความก้าวหน้าของโรคมามากขึ้น เมื่อไม่ได้รับการช่วยเหลือ ภาวะซึมเศร้าก็จะเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับรุนแรงได้ จึงส่งผลต่อการรับรู้ความสุข ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากย่อมส่งผลต่อการลดลงของคุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sama et al. (2005) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดหญิง พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fow and Lyon (2006) ที่ได้ทำการศึกษา กลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง สำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดของ Henoch (2007) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูง($r=-.58$)

3.7 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตแล้วพบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.19$) (ตารางที่ 13) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งผลการศึกษา นี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นผู้ที่มีความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการดูแลและช่วยเหลือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลยังพบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันและด้านเพศสัมพันธ์ยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=-0.22, -0.37$ และ -0.24 ตามลำดับ) อีกด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าความต้องการที่เกิดขึ้นนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและหากไม่ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการจะทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้และสิ้นหวัง ส่งผลถึงการรับรู้ความสุข ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การตอบสนองความต้องการการดูแลแบบ

สนับสนุนในด้านดังกล่าวจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ดังนั้นแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลจำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นความต้องการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดยังไม่ได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์เท่าที่ควรเนื่องจากเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนที่จะพูดถึง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการนำศาสตร์อื่น ๆ เข้ามาสอดแทรกในการปฏิบัติดูแลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม และที่สำคัญความต้องการของผู้ป่วยจะไม่ได้รับการตอบสนองเลย หากบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองและมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการประเมินนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการและเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lopez et al. (2010) พบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Uchida et al. (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และพบว่าความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์ในการชี้วัดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปจากผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Lopez et al. (2010) ซึ่งพบว่า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวลและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ส่วนความเหนื่อยล้าและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งมีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม

4.วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 43 ($R^2=0.43$) โดย

ภาวะซึมเศร้าถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการทำนายเท่ากับ 0.27 ($R^2=0.27$) ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 27

ตัวแปรทำนายอาการหายใจลำบากถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 และตัวแปรทำนายทั้งสองตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 8 ($R^2\text{Change} = 0.08$) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.35 ($R^2=0.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้าและอาการหายใจลำบากสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 35

ตัวแปรทำนายความเหนื่อยล้าถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 และตัวแปรทำนายทั้งสามตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 6 ($R^2\text{Change} = 0.06$) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.41 ($R^2=0.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้าและอาการหายใจลำบากสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 41

ตัวแปรทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวมถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 4 และตัวแปรทำนายทั้งสี่ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2 ($R^2\text{Change} = 0.02$) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.43 ($R^2=0.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 34.72$) ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวมสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 43

และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ เท่ากับ -0.52 รองลงมาได้แก่ อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน เท่ากับ -0.28, -0.30 และ -0.14 ตามลำดับ

จากการศึกษานี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่ว่าชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวม เท่านั้นที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีการแปรผันของ ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความ

เหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ก็จะสามารอธิบายความแปรผันของคุณภาพชีวิตได้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรกและสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fox and Lyon (2006) พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตมะเร็งปอดได้ร้อยละ 29 ($p < .001$) จากการศึกษาของ Sama (1993) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งปอด สำหรับการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ พบว่าความทุกข์ทรมานทางอาการสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตร้อยละ 53 จากการศึกษาของ Safaee et al. (2008) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ขนาดของเซลล์มะเร็ง อาชีพ การหมดประจำเดือน ปัญหาทางการเงินและอาการหายใจลำบากสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษาคั้งนี้ ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ คือ ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยรวม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 43 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 57 แสดงว่า ยังคงมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดต่อจากการทำวิจัยครั้งนี้ เช่น ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งนำไปสู่การศึกษาต่อไป แสดงให้เห็นว่าอาการและความต้องการที่มากขึ้นส่งผลกระทบต่อรับรู้ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตอย่างมาก การลดลงของอาการหรือการหาวิธีการบำบัดเพื่อควบคุมอาการจะช่วยลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มความสุข ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตสูงขึ้นให้แก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานที่น้อยลง อยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้พยาบาลควรเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในเชิงรุกมากยิ่งขึ้นเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งปอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้คือ ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 43 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 57 แสดงว่ายังคงมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและควรมีการศึกษาต่อจากการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหตุและตัวแปรผลทางตรงเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ศึกษาผลทางอ้อมด้วย หากมีการเพิ่มการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหตุและตัวแปรผลทั้งทางตรงและทางอ้อมอาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

2. ควรมีการนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาล โดยมุ่งเน้นการลดอาการ ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกพร ใจแก้ว. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กฤษฎา แสงวงศ์. สาเหตุของการขาดแคลนพยาบาล. [ออนไลน์]. 2555.

แหล่งที่มา: <http://www.tcijthai.com/TCIJ/view.php?ids=425> [11 กรกฎาคม 2555]

กสานต์ สีตลารมณ. 2541. Non-Small Cell Lung Cancer. ใน วรชัย รัตนธนาธร (บรรณาธิการ), ตำราการรักษาโรคมะเร็ง Textbook of medication oncology 2, หน้า 374-398.

กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติกพับลิชชิง.

จันทร์จิรา เจียรณชัย. การพยาบาลแบบองค์รวม. [ออนไลน์]. 2555.

แหล่งที่มา: [http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=18&ved=0CFgQFjAHOAo&url=http%3A%2F%2Fpersonal.sut.ac.th%2Fchantira%2Fport%2Fckfinder%2Fuserfiles%2F153003%2Ffiles%2FChapter_3_Holistic_Nursing_full%2520version\(1\).ppt&ei=PNb_T8XBOcvRrQfr6smFBg&usq=AFQjCNFsqpMnvyMQkEJK74QSGntXQEfiQ&sig2=J8nR9zjRGi6p-75rX5xeGQ](http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=18&ved=0CFgQFjAHOAo&url=http%3A%2F%2Fpersonal.sut.ac.th%2Fchantira%2Fport%2Fckfinder%2Fuserfiles%2F153003%2Ffiles%2FChapter_3_Holistic_Nursing_full%2520version(1).ppt&ei=PNb_T8XBOcvRrQfr6smFBg&usq=AFQjCNFsqpMnvyMQkEJK74QSGntXQEfiQ&sig2=J8nR9zjRGi6p-75rX5xeGQ) [11 กรกฎาคม 2555]

จำลอง ศิษยวงษ์. 2531. ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ. เชียงใหม่ : เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

จิตติปต์ ขวัญแก้วและภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์. 2552. กลุ่มอาการพาราเนียโอพลาสติกที่สัมพันธ์กับมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก. สงขลานครินทร์เวชสาร 27(3) : 259-270.

จิราวรรณ สันติเสวี, นุจรีประทีปะวงษ์ และเอี่ยมแข สุขประเสริฐ. 2550. ผลของอาการข้างเคียงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิด Non Small Cell lung Cancer: การศึกษาเบื้องต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชนัญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ. 2542. พยาธิวิทยาของมะเร็งปอด(Pathology of lung cancer). ใน สุมิตราทองประเสริฐและสาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์ (บรรณาธิการ), มะเร็งปอด, หน้า77-112 . เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.

ชไมพร ธรรมวาสี. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลกลาง ดากสินและเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. [ออนไลน์]. 2541.

- แหล่งที่มา: <http://www.scribd.com/doc/63815272/%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%8D%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%82%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B9%81%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%9A%E0%B8%B2%E0%B8%A52> [11 กรกฎาคม 2555]
- ช่อลดา พันธุเสนา. 2536. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ณัทญา ตริภูริเดชและนารี ชื่นคล้าย. มะเร็งปอด โรคร้ายที่คร่าชีวิตคนทั่วโลก. [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา: http://www.cccthai.org/th_/index.php/2009-06-13-08-51-38/2010-05-26-10-28-36/679-2012-05-30-01-41-31.html [11 กรกฎาคม 2555]
- ดวงใจ กสานติกุล. 2540. แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย. Journal of the Association Thailand 80 : 647-657.
- ดวงใจ กสานติกุล. 2543. โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ทวี ศิริวงศ์. 2550. คู่มือเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูลและอุมารณณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2539. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1) : 18-30.
- นงลักษณ์ สรรสม. 2552. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณธากร. 2550. ระเบียบวิธีการวิจัย: แนวทางการปฏิบัติสู่ความสำเร็จ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน. 2009. การทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินความปวด Brief Pain Inventory (BPI-T) ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. J Med Assoc Thai 92(1) : 34-40.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน. 2526. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พิทยภูมิ ภัทรนุชาพรและคณะ. 2544. Lung Cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตน์พงศ์และชนวัชรน์ เทศะวิบูล(บรรณาธิการ), Manual of Radiation Oncology, หน้า109-132. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตอนที่2. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=320> [11 กรกฎาคม 2554]
- มะเร็งแห่งชาติ, สถาบัน. 2554. รายงานทะเบียนระดับโรงพยาบาล2010. รายงานทะเบียนระดับโรงพยาบาล ฉบับที่ 26. กรุงเทพมหานคร : รำไทยเพรส.
- มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช. 2542. ตำราจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรัตน์ ผัดวัน. 2551. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. พยาบาลสาร 35(1) : 125-133.
- ลักขมี ชาญเวชช์. 2544. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การบรรเทาความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. โครงการอบรมวิชาการสำหรับพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลกลุ่มหอผู้ป่วยสูตินารีเวช เรื่อง "บทบาทของพยาบาลกับการลดความปวด". สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2544. (เอกสารอัดสำเนา)
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายๆที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารวิจัย การศึกษา 44(2) : 88-92.
- วิสุทธิ์ ลำเลิศชน. 2552. มะเร็งปอด. ใน จิรายุ เอื้อวรากุล (บรรณาธิการ), คู่มือประชาชน ศูนย์วิจัยศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง, หน้า 1-24. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. ภาวะจิตสังคมของการเจ็บป่วย. [ออนไลน์]. 2554. แหล่งที่มา: <http://www.ramamenthal.com/medicalstudent/generalpsyc/psychosocial-aspect-of-illness/> [11 กรกฎาคม 2554]
- ศิริกาญจน์ สมรรถศรีบุตร, ทิพาพร สงศ์หงส์กุล และ ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์. 2008. ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. พยาบาลสาร 35(1) : 134-143.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. การดูแลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคมะเร็ง. [ออนไลน์]. 2554.

แหล่งที่มา: http://www.nci.go.th/File_download/D_index/241124_02.pdf [10 กรกฎาคม 2555]

สถาพร ลีลานั้นทกิจ. 2539. วิธีบำบัดความปวดและความปวดจากมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร : ไทยพิมพ์.

สาคร หับเจริญและชลธิชา ปานโบ. 2554. ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. สารสารโรคมะเร็ง 31(1) : 13-24.

สาธารณสุข, กระทรวง, กรมการแพทย์. 2547. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง, กรมการแพทย์. 2552. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สาธารณสุข, กระทรวง, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ข้อมูลสถิติ. [ออนไลน์]. 2551.

แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th> [11 กรกฎาคม 2554]

สาธารณสุข, กระทรวง, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ข้อมูลสถิติ. [ออนไลน์]. 2552.

แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th> [10 สิงหาคม 2554]

สายฝน จับใจ. 2540. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิทธิ์ ชีรสรณ์. 2550. เทคนิคการเขียนรายงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุขภาพจิต, กรม. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL-BREF-THAI). [ออนไลน์]. 2540. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/> [10 กันยายน 2554]

สุชา จันทน์เอม. 2538. จิตวิทยาเด็ก. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

สุภัทรา กลางประพันธ์. อาการหอบเหนื่อยDyspnea. [ออนไลน์]. 2554. แหล่งที่มา:

<http://akademee.files.wordpress.com/2011/06/e0b8ade0b8b2e0b881e0b8b2e0b8a3e0b980e0b8abe0b899e0b8b7e0b988e0b8ade0b8a2.pdf> [11 กรกฎาคม 2554]

สุภาส เครือเนตร. 2541. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เคล็ดไทย.

สุมิตรา ทองประเสริฐ. 2542. การรักษามะเร็งปอดชนิด non-small cell ด้วยยาเคมีบำบัด. ใน สุมิตราทองประเสริฐและสาวิตรี เมาศีกุลไพโรจน์(บรรณาธิการ), มะเร็งปอด, หน้า199-235.

เชียงใหม่ : ชนบรรณการพิมพ์.

- สุริพร ธนศิลป์. 2552. เอกสารคำสอนรายวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(อค์สำเนา)
- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. 2527. แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ป๋อง.
- หลุย จำปาเทศ. 2533. จิตวิทยาสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องค์การอนามัยโลก. คุณภาพชีวิต. [ออนไลน์]. 1997. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/> [10 กันยายน 2554]
- อดุลย์ วิริยเวชกุล. โรกระบบหายใจ จาก สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 10. [ออนไลน์]. 2551. แหล่งที่มา: http://guru.sanook.com/enc_preview.php?id=2484 &source_location=2&title=%B8%B9%D2%A4%D2%C3 [11 กรกฎาคม 2554]
- อภิรดี ลดาธรรม, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียรและวันฉวี วิรุฬห์พานิช. 2548. การสำรวจอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร 23(2) : 285-295.
- อรสา ไยของและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2554. ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 56(2) : 117-128.
- อาคม เขียรศิลป์. 2542. ระบาดวิทยาของมะเร็ง. ใน สุมิตรา ทองประเสริฐและสาวิตรี เม้าพิกุล ไพโรจน์(บรรณาธิการ), มะเร็งปอด, หน้า 1-28. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- อุบล จ้างพานิช. สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. [ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา: <http://www.gotoknow.org/blogs/posts/125772> [10 พฤศจิกายน 2554]
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์. 2540. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 42 : 1.
- อุมาภรณ์ ไพบาลสุทธิเดช, ธนา นิลชัยโกวิท, และ มาโนช หล่อตระกูล. 2539. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41(1) : 18-30.
- อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ. 2532. ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอี่ยมแข สุขประเสริฐ. ชนิดของมะเร็งปอด. [ออนไลน์]. 2550. แหล่งที่มา: <http://www.lungcancer-thai.com/healthtoday/Ad.AstraZeneca72.pdf> [10 กันยายน 2554]

- Aaronson, N. K., Cull, A., Kaasa, S., and Sprangers, MAG. 1994. The European Organization for Research Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in Oncology. Intern J Mental Hlth 23 : 75-96.
- Aaronson, N.K. 1988. Quality of life: what is it? How should it be measured?. Oncology Willston Park 2(5) : 69-76.
- Abeloff, M.D., Armitage, J. D., Lichter, A. S., and Niederhuber, J. E. 1995. Lung cancer. Clinical Oncology :1083-1152.
- Akin, S., Can, G., Aydiner, A., Ozdilli, K., and Durna Z. 2010. Quality of life, symptom experience and distress of lung cancer patients undergoing chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing 14 : 400-409.
- Alexiou, C., Onyeaka, C. V., Beggs, D., Akar, R., Beggs, L., Salama, F. D., Duffy, J. P., and Morgan, W. E. 2002. Do women live longer following lung resection for carcinoma?. Eur J Cardiothorac Surg 21 : 319-325.
- American Thoracic Society. 1999. Dyspnea: mechanism, assessment and manament: A consensus statement. American Journal of Respiratory and critical care Medicine 159 : 321-340.
- Anderson, H. A., and Prodash, U. 1982. Diagnosis of symptomatic lung cancer. Semin Respir Dis 3 : 165-175.
- Anie, K. A., Steptoe, A., snd Bevan, D. H. 2002. Sickle cell disease: Pain, coping and Quality of life in a study of adults in the UK. Br J Health Psychol 7(23) : 331-344.
- Bailey, R., and Clarke, M. 1989. Stress and coping in nursing. London : Chapman and Hall.
- Bausewein, C., Booth, S., Gysels, M., and Higginson, I. J. 2008. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. The Cochrane Library 3 : 1-71.
- Beck, A. T. 1967. Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York: Harper and Row
- Beck, A. T. 1987. Cognitive Models of Depression. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly 1(1) : 5-37.
- Benedict, S. 1988. The Suffering associatiated with lung cancer. Cancer Nursing 12 : 34-40.
- Berard, R. M., Boermeester, F., and Viljoen, G. 1998. Depressive disorder in an outpatients oncology setting: Prevalent, assessment, and management. Psychooncology 7(2) : 112-

120.

- Berman, B., Sullivan, M., and Sorenson, S. 1991. Quality of life during chemotherapy for small cell lung cancer: An evaluation with generic health measures. Acta Oncologica 30(8) : 947-957.
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Bourton, L., Cook, P., and Boyes, A. 2000. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. American Cancer Society 88(1) : 217-225.
- Bonnichon, A., Le, F. H., Staub, E., Mairovitz, A., Marotel, C., Vaylet, F., and Margery, J. 2008. Dyspnea in Lung cancer. Rev Pneumol Clin 64(2) : 62-68
- Bonomi, P. D., Bowers, G. R., England, G., Garfield, D. H., and Gross, G. E. 1990. Community treatment of lung cancer : a panel discussion. Indiana: Bristol-myers squibb evansville,
- Borg, G. A. 1982. Psychophysical bases of perceived exertion. Medicine&Science in Sports & Exercise 14 : 377-381.
- Boyes, A., Girgis, A., Lecathelinais, C. 2009. Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey(SCNS-SF34). J Eval Clin Pract 15(4) : 602-606.
- Brown, M. L., Carrieri, V. K., Janson-Bjerklie, S., and Dodd, M. J. 1986. Lung cancer and dyspnea: the patient's perception. Oncol Nurs Forum 13 : 19-24
- Bulzebruck, H., Bopp, R., Drings, P., et al. 1992. New aspects in the staging of lung cancer: Prospective validation of the International Union Against Cancer TNM classification. Cancer 70 : 1102-1110.
- Bukberg, J., Penman, D., and Holland, J. C. 1984. Depression in hospitalized cancer patients. Psychosom Med 46 : 199-212.
- Burns, N., and Grove, S. 2003. Understanding nursing research. Saunders : an Elsevier Imprint.
- Cai, C., Zhou, Z., Yu, L., and Wan, Y. 2011. Predictors of the health-related quality of life of patients who are newly diagnosed with lung cancer in China. Nursing&Health Sciences 13(3) : 262-268.
- Caporaso, N., Hayes, B. R., Dosemeci, M., Hoover, R., Ayles, R., Hetzel, M., and Idle, J. 1989. Lung cancer risk, occupation exposure, and the debrisoquine metabolic

- phenotype. Cancer Research 49 : 3675-3679.
- Cella, D. F. FACIT-Sp-Ex (Version 4). [Online]. 1997. Available from : <http://www.facit.org/>
[2011, July 11]
- Cella, D. F., and Cherin, E. A. 1988. Quality of life during and after cancer treatment. Compr Ther 4 : 69-75.
- Cella, D. F., Herbst, R. S., Lynch, T. J, Prager, D., Belani, C.P., Schiller, J. H., Heyes, A., Ochs, J. S., Wolf, M. K., Kay, A. C., Kris, M. G., and Natale, R. B. 2005. Clinically Meaningful Improvement in Symptoms and Quality of life for Patients With Non-Small-Cell Lung cancer Receiving Gefitinib in a Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Oncology 23(13) : 2946-2954.
- Centre for Health Research & Psycho-Oncology. Supportive care needs survey short form 34(SCNS-SF34). [Online]. 2003. Available from : <http://www.newcastle.edu.au/Resources/Research%20Centres/CHERP/professionalresources/SCNS%20request%20form.pdf> [2011, July 11]
- Chan, W., Chang, A. M., Leung, S. E., and Mak, S.S. 2007. Reducing breathlessness, fatigue, and anxiety in Chinese patients undergoing lung cancer radiotherapy in Hong Kong. Hong Kong Med J 13(2) : 4-7.
- Chulacancer. Lung Cancer. [Online]. 2554. Available from : http://www.chulacancer.net/newpage/information/lung_cancer.html [2011, July 11]
- Cleeland, C. S. 1989. Assessment of pain in cancer: measurement issues. In Foley, K. M., Bonica, J. J., and Ventafridda, V (eds.). Proceedings of Second International Congress on Cancer Pain, pp. 47-55. New York : Raven Press.
- Cleeland, C. S., and Ryan, K. M. 1994. Pain assessment: global use of the brief pain inventory. Singapore : Ann Acad Med.
- Cooley, M. E. 2000. Symptom in adult with lung cancer : A systematic reseach review. Journal of Pain and Symptom Management 19 : 137-153.
- Cooley, M. E., Short, T. H., and Moriarty, H. J. 2003. Symptom prevalence, distress, and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. Psycho-Oncology 12 : 694-708.

- Coporaso, N., Hayes, R.B., Dosemeci, M., Hoover, R., Ayesh, R., Hetzel, M., and Idle, J. 1989. Lung cancer risk, occupational exposure, and the debrisoquine metabolic phenotype. Cancer Research 49 : 3675-3679.
- Coups, E. J., Par, B. J., Feinstein, M. B., Steingart, R. M., Egleston, B. L., Wilson, D. J., and Ostroff, J. S. 2009. Correlates of physical activity among lung cancer survivors. Psycho-Oncology 18 : 305-404.
- Dagnelie, P. C., Pijls-Johannesma, M. C. G., Lambin, P., Beijer, S., DeRuyssher, D., and Kempen, G. I. J. M. 2007. Impact of fatigue on overall quality of life in lung and breast cancer patients selected for high dose radiotherapy. Annals of Oncology 18(5) : 940-944.
- Denoix, P. E. 1946. Enquete permanent dans les centers aneicancereaux. Bull Inst Nat Paris 1 : 70-75.
- Deratogis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M., and Carnicke, C. L. 1983. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249 : 751-757.
- Deratogis, L. R., Abeloff, M. D., and McBeth, C. D. 1976. Cancer patients and their physicians in the perception of psychological symptoms. Psychosomatics 17: 197-201
- Dudgeon, D. J., and Lertzman, M. 1998. Dyspnea in the advanced cancer patient. J Pain Symptom Management 16(4) : 212-219.
- Dudgeon, D. J., Kristjanson, L., Sloan, J. A., Lertzmann, M., and Clement, K. 2001. Dyspnea in cancer patients: prevalence and associated factors. J Pain Symptom Manage 21(2) : 95-101.
- EORTC Quality of Life Group, et al. 2007. Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. Eur J Cancer. 43(12) : 1810-1820
- Fan, G., Filipczak, L., and Chow, E. 2007. Symptom clusters in cancer patients: a review of the literature. Current Oncology 14(5) : 173-179.
- Ferrans, C. E., and Powers, M. J. 1992. Psychometric assessment of the quality of life index. Researcher in Nursing and Health 15 : 29-38.
- Ferrell, B. R. 1996. The Quality of life 1,525 voices of cancer. Oncology Nursing Forum 23(6): 909-916.

- Ferrell, B. R. 1999. Pain management. In Pollock, R. E. (ed.), Uicc international union against cancer: Manual of clinical oncology, 7th ed. Singapore : Wiley-Liss.
- Fitch, M. I., and Steele, R. 2008. Supportive care needs of women with lung cancer. Respiratory Care Society Research Ontario 1: 1-8.
- Foot, G., and Sanson-Fisher, R. 1995. Measuring the unmet needs of people living with cancer. Cancer Forum 19(2) : 131-135.
- Fox, W. and Lyon, E.D. 2006. Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. Oncology Nursing Forum 33 : 931-936.
- Freud, S. 1993. Concepts of Anxiety Theories of personality. New York : John Wiley and Sons.
- Genc, F., and Tan, M. 2011. Symptoms of patients with Lung Cancer Undergoing Chemotherapy and coping strategies. Cancer Nursing 34(6) : 503-509.
- Gift, A. G. 1990. Dyspnea. Nursing Clinics of North America 25(4) : 955-965.
- Gift, A.G. 1989. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabilitation Nursing 14 : 323-325.
- Ginsberg, R. J., Voles, E. E., and Raben, A. 1997. Non small cell lung cancer. In DE Vita V. T., Hellman, S., Rosenberg, S. A. (eds.) Cancer Principles & Practice of Oncology (5th Edition). pp.858-911. Philadelphia : Lippincott.
- Gooneratne, N. S., Dean, G. E., Rogers, A. E., Nkwuo, J. E., Coyne, J. C., and Kaiser, L. R. 2006. Sleep and quality of life in long-term lung cancer survivors. Lung Cancer 58 : 403-410.
- Graves, K. D., Arnold, S. M., Love, C. L., Kirsh, K. L., Moore, P. G., Passik, S. D. 2007. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: Prevalence and predictors of clinically significant distress. Lung cancer 55(2) : 215-224.
- Gridelli, C., Perrone, F., Nelli, F., Ramponi, S., and De Marinis, F. 2001. Quality of life in lung cancer patients. Annals of Oncology 12(3) : 21-25.
- Heedman, P-A., and Strang, P. 2001. Symptom assessment in advanced palliative home care for cancer patients using the ESAS: Clinical aspects. Anticancer Research 21(6) : 4077-4082.
- Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., and Danielson, E. 2007. The Impact of Symptom, Coping Capacity, and Social Support on Quality of life Experience

- Over Time in patients with lung cancer. Journal of pain and Symptom Management 34(4) : 370-379.
- Hopwood, P. and Stephens, R.J. 1995. Symptoms at presentation for treatment in patients with lung cancer: implications for the evaluation of palliative treatment. British Journal of Cancer 7 : 633-636.
- Hopwood, P., and Stephens, R. J. 2000. Depression in patient with lung cancer: Prevalance and Risk factor derived from quality of life data. Journal of Clinical Oncology 18 : 839-903.
- Hsu, T. H., Lu, M. S., Tsou, T. S., and Lin, C. C. 2003. The Relationship of Pain, Uncertainty, and Hope in Taiwanese Lung Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management 26(3) : 835-842.
- Hyodo, I., Eguchi, K., Takigawa, N. 1999. Psychological impact of informed consent in hospitalized cancer patients: A sequential study of anxiety and depression using the hospital anxiety and depression scale. Supportive Care in Cancer 7 : 396-399
- Inde, D. C., Pass, H. I., Glatstein, E. 1997. Small cell lung cancer. In: De Vita, V. T., Hellman, S., Rosenberg, S. A. (eds.) Cancer Principles & Practice of Oncology (5th Edition). pp. 911-949. Philadelphia : Lippincott.
- Ingela Henoch. 2007. Dyspnea experience and quality of life among persons with lung cancer in palliative care. Institute of Health and Care Sciences The Sahlgrenska Academy at Goteborg University.
- Ingle, R.J. 2000. Lung cancer. In Yarbrow, C. H., Frogge, M. H., Goodman, M., and Groenwald, S. (eds.) Cancer nursing: Principles and practice, pp.1298-1328. United States of America : Jones and Bartlett.
- Joyce, M. M. 2009. Dimentionns of dyspnea in lung cancer. Doctoral dissertation Department of Nursing Faculty of Nursing Utah University.
- Jiong, Li. and Girgis, A. 2006. Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population?. Psycho-Oncology 15(6) : 509-516.
- Karkanias, A., Lekka, D., Giotakis, K., Anagnostopoulou, M., Tselios, I., Louridas, A., Nikoviotis, D., Bratis, D., Tselebis, A., and Moussas, G. 2011. The levels of anxiety and depressive symptoms in COPD and lung cancer patients. European Psychiatry 26(1) : 388-398.

- Keogh, E., and Herdenfeldt, M. 2002. Gender, coping and the perception of pain. Pain 97 : 195-201.
- Keogh, E., Hatton, K., and Ellery, D. 2000. Avoidance versus focused attention and the perception of pain: differential effects for men and women. Pain 85 : 225-230.
- Kreagel, J. M., Moussen, P., Goldsonith, G., and Arara, R. 1974. Patient needs:Patient care systems. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Kuo, T. T., and Ma, F. C. 2002. Symptom distress and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer in Asian women-the environment and genes. Respirology 10 : 408-417
- Lareau, S. C., Meek, P. M. and Roos, P. J. 1998. Development and testing of the modified version of the pulmonary functional status and dyspnea questionnaire(PFSDQ-M). Heart Lung 27(3): 159-168
- Lee, K. A., Hicks, G. and Nino-Murcia, G. 1991. Validity and reliability of a scale to assess fatigue. Psychiatry Res 36(3): 291-298
- Li, J. and Girgis, A. 2006. Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population?. Psycho-Oncol 15: 509-516
- Liao, C. M., Chio, C. P., Chen, W. Y., Ju, Y. R., Li, W. H., Cheng, Y. H., Liao, V. H., Chen, S. C., and Ling, M. P. 2011. Lung cancer risk in relation to traffic-related nano/ultrafine particle-bound PAHs exposure: A preliminary probabilistic assessment. Journal of Hazardous Materials : 1-9.
- Litwin, M. S., McGuigan, K. A., Shpall, A. L., and Dhanani, N. 1999. Recovery of health-related quality of life in the year after radical prostatectomy: Early experience. J Urol 161 : 515-519.
- Lopez, V., Leong, D., Underhill, C., Rafferty, J., and Byrne, D. 2010. Quality of life lung cancer patients: Effects of pulmonary function status, dyspnoea, anxiety and supportive care needs. Research Centre for Nursing and Midwifery Medical School Australian National University.
- Lum, W. K. 2005. Lung cancer in Asian women-the environment and genes. Respirology 10 : 408-417.
- Thai Lung cancer. Selfty from Lung cancer. [Online]. 2550. Available from :

- <http://www.lungcancer-thai.com/healthtoday/Ad.AstraZeneca72.pdf> [2011, August 11]
- Myrdal, G., Lambe, M., Hillerdal, G., Lamberg, K., Agustsson, Th., and Stahle, E. 2003. Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer. Thorax 59 : 45-49.
- Maslow, A. M. 1954. Motivation and Personality. New York: Harper and Row
- Mazzone, P. J. Lung cancer. [Online]. 2010. Available from : www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/pulmonary/lung-cancer/#s0045 [2011, July 11]
- McElduff, P., Boyes, A., Zucca, A., and Girgis, A. 2004. Supportive Care Needs Survey: A guide to administration, scoring and analysis. Newcastle : Centre for Health Research & Psycho-Oncology.
- McManus, K. 2003. Concern of poor quality of life should not deprive patients of the opportunity of curative surgery. Thorax 58(3) : 189.
- Melzack, R., and Katz, J. 1999. Pain measurement in persons in pain. In Wall, P. D, and Melzack, R. (Eds.), Textbook of pain, pp.409-426. London : Harcourt Publisher.
- Melzack, R., and Casey, K. L. 1968. Sensory motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In Kenshalo, D. K. (Ed.), The Skin Senses, pp. 423-443. Springfield : Thomas.
- Mercadante, S., Armata, M., and Salvaggio, L. 1994. Pain characteristics of advanced lung cancer patients referred to a palliative care service. Pain 59 : 141-145.
- Ministry of Health New Zealand. 2010. Implementing Supportive Care Guidance Project. Auckland : Health Outcomes International Pty .
- Minna, J. D. 2005. Neoplasms of the lung. In: Kasper, D. L., Braunwald, E., Fauci, A. S., et al. (eds.), Harrison's Principle of international Medicine 16th ed, pp. 506-516. New York: McGraw-Hill.
- Mohan, A., Singh, P., Singh, S., Goyal, A., Pathak, A., Mohan, C., and Guleria, R. 2007. Quality of life in lung cancer patients: impact of baseline clinical profile and respiratory status. Journal of Cancer Care 16 : 268-276.
- Montazeri, A., Milroy, R., Gillis, C. R., and McEwen, J. 1996. Quality of life: Perception of Lung Cancer Patients. European journal of Cancer 32A(13) : 2284-2289.
- Montazeri, A., Gillis, C. R., and McEwen, J. 1998. Anxiety and depression in patients with lungcancer before and after diagnosis: findings from a population in Glasgow, Scotland. J

- Epidemiol Community Health 52 : 203-204.
- Montazeri, A., Gillis, C. R., and McEwen, J. 1998. Quality of life in Patients with Lung Cancer: A Review of literature From 1970 to 1995. Chest 113(2) : 467-481.
- Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwen, J., and Gillis, C. R. 2001. Quality of life in Lung cancer patients As an important prognostic factor. Lung cancer 31 : 233-240.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M., and Jarvandi, S. 2003. The Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS): translation and validation study of the Iranian version. Health and Quality of Life Outcomes 1:14.
- Movsas, B., et al. 2009. Quality of Life Supersedes the Classic Prognosticators for Long-Term Survival in Locally Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: An Analysis of RTOG 9801. Journal of Clinical Oncology 27(34) : 5816-5822.
- Myrdal, G., Valtysdottir, S., and Lumbe, M. 2003. Quality of life following lung cancer surgery. Thorax 58 : 194-197.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., and Smyrniotis, V. 2007. Beck Depression Inventory: exploring its psychometric properties in palliative care population of advanced cancer patients. European Journal of Cancer Care 16(3): 244-250
- National Institute for Clinical Excellence. 2004. Guidance on Cancer Services-Improving Supportive and Palliative care for Adults with Cancer. London : The Manual National Health Service.
- National Cancer Institute of Cancer (NICI). 2006. Canadian cancer statistic 2006. Toronto: ON Author.
- Nayfield, S.G., Ganz, P. A., Moynour, C. M., Cella, D. F., and Hailey, B. J. 1992. Report from a National Cancer Institute(USA) Workshop on quality of life assessment in cancer clinical trails. Qual Life Res 1 : 203-210.
- O'Driscoll, M., Coener, J., and Bailey, C. 1999. The experience of breathlessness in lung cancer. European Journal of Cancer Care 8 : 33-43.
- Padilla, G. V., and Grant, M. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advanced in Nursing Science 8 : 45-60.
- Penson, D. F., Stoddard, M. L., Pasta, D. J., Lubeck, D. P., Flanders, S. C., and Litwin, M. S.

2001. The association between socioeconomic status, health insurance coverage, and quality of life in men with prostate cancer. J Clin Epidemiol 54 : 350-358
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., and Dodd, M. J. 1987. Fatigue mechanism in cancer patients. Development Nursing Theory Nursing Forum 14 : 17-23
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., and Paul, S. M. 1998. The revised piper fatigue scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. Oncol Nurs Forum 25 : 677-684.
- Polit, D. F., and Beck, C.T. 2004. nursing research: principles and methods. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, J., and Higginson, I. J. 2004. Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology. Lung Cancer 43 : 247-257.
- Pray, L. 2008. Genes, Smoking, and Lung cancer. Nature Education 1(1) : 1-10.
- Pritsanapanurungsie, P. 2000. Patterns of fatigue, related factor, and self-care action among breast cancer patients receiving chemotherapy. Master's Thesis degree Department of Nursing Faculty of Nursing Mahidol University.
- Plumb, MM., and Holland, JC. 1977. Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer: Self reported depressive symptoms. Psychosom Med 39 : 264-276.
- Quinn, S. 1999. Lung cancer: the role of the nurse in treatment and prevention. Nurs Stand 13 : 49-54.
- Radloff, L. S. 1977. The CES-D Scale: a self-report depression scale for resherch in the general population. Appl Psychol Measure 3 : 385-401.
- Radman, B. G., Pazdur, R., Ziugas, A. P., and Loreda, R . 1987. Prospective evaluation of adrenal insufficiency in patients with adrenal metastasis. Cancer 60 : 103-107.
- Reuben, D. B., and Mor, V. 1986. Dyspnea in terminally ill cancer patients. Chest 89 : 234.
- Rolke, H. B., Bakke, P. S., and Gallefoss, F. 2008. Health related quality of life, mood disorders and coping abilities in an unselected sample of patients with primary lung cancer. Respiratory Medicine 102 : 1460-1467.
- Rosenbaum, E. H. 2006. Dyspnea Supportive Care for Cancer Patients. Journal of supportive Oncology 4(2) : 63-64.

- Saatci, E., Akin, S., Akpınar, E. 2007. Do the unmet needs affect the quality of life in breast cancer patients?. West Indian Medical journal 56(3) : 3143-3146.
- Safae, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B., Tabatabaee, HR., and Pourhoseingholi, MA. 2008. Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. Indian Journal of Cancer 45(3) : 107-111.
- Scott, NW., Fayers, PM., Aaronson, NK., Bottomley, A., De Graeff, A., Groenvold, M., Gundy, C., Koller, M., Petersen, MA., and Sprangers, MAG on behalf of the EORTC Quality of Life Group. 2008. EORTC QLQ-C30 Reference Values. Brussels : EORTC Quality of Life Group.
- Silpakit, C., Sirilerttrakul, S., Jiraiarus, M., Sirisinha, T, Sirachainan, E., and Ratanathararhon, V. 2006. The European Organization for Research and treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire(EORTC QLQ-C30) : validation study of the Thai version. Journal of Quality of life 15(1) : 167-172.
- Sanders, S. L., Bantum, E. O., Owen, J. E., Thornton, A. A., and Stanton, A. L. 2010. Supportive care needs in patients with lung cancer. Psycho-Oncology 19 : 480-489.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Boneviski, B., Burton, L., and Cook, P. 2000. The Unmet Supportive Care Needs of Patients with Cancer. American Cancer Society 88(1) : 226-237.
- Sarna, L. 1993. Women with lung cancer: impact on quality of life. Quality of life Research 2 : 13-22.
- Sarna, L. 1995. Smoking behaviors of women after diagnosis with lung cancer. Image J Nurs Sch 27(1) : 35-41.
- Sarna, L., Evangelista, L., Tashkin, D., Padilla, G., Holmes, C., Brecht, M. L., and Grannis, F. 2004. Impact of respiratory symptoms and pulmonary function on quality of life of long-term survivors of non-small cell lung cancer. Chest 125(2) : 439-445.
- Sarna, L., Brown, J. K., Cooley, M. E., Williams, R. D., Chernecky, C., Padilla, G., and Danao, L. L. 2005. Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. Oncology Nursing Forum 32 : 9-19.
- Shepherd, F. A. 1993. Screening, diagnosis and staging of lung cancer. Curr Opin Oncol 5 : 310-322.

- Shaffer, A. 2009. The experience of fatigue and quality of life in patients with advanced lung cancer. Master's Thesis degree Department of Nursing Faculty of Nursing University of South Florida.
- Smith, E. L.. 1992. Dyspnea and quality of life. Quality of Life:A Nursing Challenge 1 : 31-38.
- Smith, E.L., Hann, D. M., Ahles, T. A., Furstenberg, C. T., Mitchell, T. A., Meyer, L., Maurer, H., Rigas, J., and Hammond, S. 2001. Dyspnea, anxiety, body consciousness, and quality of life in patients with lung cancer. J Pain Symptom Manage 21(4) : 323-329.
- Snyder, C. F., et al. 2008. Symptoms, supportive care needs, and function in cancer patients:how are they related?. Qual Life Res 17 : 665-677.
- Spielberger, D. 1976. Cross-Cultural Anxiety. Washington: Hemisphere.
- Spielberger, C. D., and Gueervero, R. D. 1982. Cross-culture anxiety.. New York : Hemisphere McGraw-Hill.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., and Lushene, R. 1983. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI: From Y). CA : Consulting Psychologists Press.
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., and Uchitomi, Y. 2000. Development and validation of the Cancer Dyspnoea Scale:a multidimensional, Brief, self-rating scale. Br J Cancer 82(4) : 800-805.
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., and Uchitomi, Y. 2002. Impact of Dyspnea, Pain, and Fatigue on Daily Life Activities in Ambulatory Patients with Advanced Lung Cancer. Journal of Pain and Symptom Management 23(5) : 417-423.
- Thanasilp, S., and Wongpromchai, M. inprocess.(inprocess) Factor Predicting Quality of Life of Breast Cancer Patients . Chula Med J 55(4) : inprocess.
- Thomus, J. R. and Von Gunten, C. F. 2000. Clinical management of dyspnea. Lancet 3 : 223.
- Thorndike, R. M. 1978. Correlational procedures for research. New York: Cardner.
- Tobin, M. J. 1990. Dyspnea. Archives of Internal Medicine 150(8) : 1604-1613.
- Tulman, L., Fawcett, J., and McEvoy. 1991. Development of the inventory of functional status-cancer. Cancer nurs 14(5) : 254-260.
- Uchida, M., Akechi, T., Okuyama, T., Sagawa, R., Nakaguchi, T., Endo, C., Yamashita, H., Yoyama, T., and Furukawa, T. A. 2010. Patients' Supportive Care Needs and Psychological Distress in Advanced Breast Cancer Patients in Japan. Japanese Journal of

- Clinical Oncology 41(4) : 530-536.
- Varricchio, C. G. 1985. Selecting a tool for measuring fatigue. Oncology Nursing Forum 2 : 124-127.
- Vena, C., Parker, K. P., Allen, R., Bliwise, D. L., Jain, S., and Kimble, L. 2006. Sleep-Wake Disturbances and quality of life in Patients With Advanced Lung Cancer. Oncology Nursing Forum 33(4) : 761-769.
- Visser, M. R. M., and Smets, E. M. A. 1998. Fatigue, depression and quality of life in cancer patients:how are they related?. Supportive Care Cancer 6 : 101-108.
- Vos, M. S., Putter, H., Houwelingen, H. C. V., and Haes, H. C. 2010. Denial and social and emotional outcomes in lung cancer patients:The protective effect of denial. Lung Cancer 72 : 119-124.
- Wang, X. S., Cleeland, C. S., Mendoza, T. R., Engstrom, M. C., Lis, S., and Xu, G. 1999. The effects of pain severity on health-related quality of life : A study of Chinese cancer patients. Cancer 86(24) : 1848-1855.
- Webster's New World Medical Dictionart. Definition of Dyspne. [Online]. 1994. Available from : <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=3145> [2011, August 11]
- WHOQOL Group. 1994. The development of the World Health Organization Quality of life assessment instrument (the WHO-QOL). In Orley J. and Kuyken, W. (eds.) Quality of Life Assessment: international perspective, pp. 41-57. Berlin: Spring Verlag.
- WHOQOL Group. 1995. The World Health Organization Quality of Life Assessment (the WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 41 : 1403-1409.
- Wilcock, A., Crosby, V., Hughes, A., Fielding, K., Corcoran, R., and Tattersfield, A. E. 2002. Descriptors of breathlessness in patients with cancer and other cardiorespiratory diseases. Journal of Pain and Symptom Management 23 : 182-189.
- Winningham, M. L., Nail, L. M., Burke, M. B., Brophy, L., Cimprich, B., and Jones, L. S. 1994. Fatigue and the cancer experience:the state of the knowledge. Oncology Nursing Forum 21(1) : 23-35.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., and Schwartz, P.

2001. Wong's Essentials of Pediatric Nursing. Louis : Permission.
- Wong, W. S., and Fielding, R. 2007. Quality of life and pain in Chinese lung cancer patient: Is optimism a moderator or mediator. Quality of Life Research 16 : 53-63.
- World Cancer Congress. Symptom Clusters and Pain in Advanced Lung Cancer. [Online]. 2006. Available from : <http://www.newcastle.edu.au/Research/Research%20Centres/CHERP/professionalresources/SCNS%20request%20form.pdf> [2011, July 11]
- World Health Organization. 1967. Histological Typing of Lung Tumors. Geneva : WHO.
- World Health Organization. 1986. Cancer pain relief. Geneva : WHO.
- World Health Organization (WHO). Cancer. 2006. [Online] .Available from : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. [2011, July 12]
- Xioline, C. 2002. Quality of life of the lung cancer patients in three hospital in Bangkok, Thailand. Master's Thesis Department of Nursing. Faculty of Nursing Mahidol University.
- Zebrack, B.J. 2001. Cancer Survivor Identify and Quality of life. Cancer Practice 8(5) : 238-242.
- Zhan, L. 1992. Quality of life: Conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing 17 : 795-800.
- Zigmond, A.S., and Snaith, R.P. 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 67(6) : 361-370

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีรณัฐ ห้าหิรัตศิัย	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุคณะพยาบาล ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์	อาจารย์พยาบาล ประจำคณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางสาวนิตา รัตนานนท์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางสาวแม่นมมา จิระจรัส	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลรามาริบัติ

ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือการวิจัย แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1	แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	มีจำนวน 10 ข้อ
ชุดที่ 2	แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด	มีจำนวน 9 ข้อ
ชุดที่ 3	แบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง	มีจำนวน 10 ข้อ
ชุดที่ 4	แบบประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด	มีจำนวน 12 ข้อ
ชุดที่ 5	แบบประเมินอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด	มีจำนวน 14 ข้อ
ชุดที่ 6	แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	มีจำนวน 34 ข้อ
ชุดที่ 7	แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง	มีจำนวน 30 ข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย)

- 1.เพศ ชาย
 หญิง
- 2.อายุ _____ (ปี)
- 3.สถานภาพสมรส โสด
 คู่
 หม้าย/หย่า/แยก
- 4.อาชีพ ไม่ได้ทำงาน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 รับจ้าง ส่วนตัว (ค้าขาย เกษตรกร
อื่นๆ)
- 5.สถานภาพการอยู่อาศัย อยู่กับคู่สมรส
 อยู่กับลูก
 อยู่กับคู่สมรสและลูก
 อยู่ตามลำพัง

สำหรับผู้วิจัย

- 6.การวินิจฉัยโรค _____
- 7.ขั้นของโรค _____
- 8.การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา Non Small Cell Lung Cancer
(ชนิดของมะเร็งปอด) Small Cell Lung Cancer
- 9.ชนิดของการรักษา การผ่าตัด Surgery
 เคมีบำบัด Chemotherapy
 รังสีรักษา Radiotherapy
 การรักษาแบบประคับประคอง Palliative
- 10.ระยะเวลาของการวินิจฉัย _____ ปี _____ เดือน

แบบประเมินอาการปวดผู้ป่วยมะเร็งอย่างสั้น

(Brief Pain Inventory ; Short Form)

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นการสอบถามความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บปวดของคุณ วิธีการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดที่คุณได้รับจากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งวิธีการที่คุณและญาติได้ปฏิบัติเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหรือป้องกันการเกิดความเจ็บปวด ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ตอบตามความรู้สึกที่แท้จริงของคุณ

1. ข้อมูลประสบการณ์ความเจ็บปวด

1.1. ในชีวิตที่ผ่านมา คุณคงจะเคยมีประสบการณ์ของการปวดในลักษณะต่าง ๆ มาบ้างแล้ว เช่น ปวดศีรษะ ปวดฟัน หรือ อาการปวดเคล็ด ขัดขอก ในขณะนี้ คุณมีอาการปวดในลักษณะอื่น ๆ ที่พิเศษ นอกเหนือไปจากอาการปวดโดยทั่วไปที่ได้กล่าวถึง

1. มี

2. ไม่มี

2. ตามรูปต่อไปนี้ กรุณาระบุตำแหน่งบนร่างกายที่คุณรู้สึกปวดโดยใช้เครื่องหมายกากบาท(X)

ขวา



ซ้าย ซ้าย



ขวา

3. กรุณาวงกลมลงบนตัวเลขเพื่อประเมินระดับอาการปวดที่คุณรู้สึกว่ารุนแรงมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ไม่มีอาการปวด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ปวดมากที่สุด

4.....

9.7. ความสุขในชีวิตประจำวัน

ไม่มีผลกระทบเลย 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 มีผลกระทบอย่างมาก

เครื่องมือวัดภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็ง

คำชี้แจง ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีความยากลำบากในการหายใจมากน้อยเพียงใด
 กรุณาวางกลมล้อมตัวเลขที่ตรงกับระดับการหายใจลำบากของคุณ

	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
1. คุณหายใจเข้าได้สะดวกหรือไม่	1	2	3	4	5
2. คุณหายใจออกได้สะดวกหรือไม่	1	2	3	4	5
3. คุณหายใจช้าๆได้หรือไม่	1	2	3	4	5
4. คุณรู้สึกว่ายหายใจได้ไม่เต็มปอดหรือไม่?	1	2	3	4	5
5.....	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5
12. คุณรู้สึกราวกับว่ามีบางสิ่งมาอุดกั้นทางเดิน หายใจของคุณหรือไม่	1	2	3	4	5

เครื่องมือวัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

ผู้ให้บริการด้านสุขภาพทราบดีว่าอารมณ์มีผลต่อการเจ็บป่วยส่วนมาก ถ้าผู้ให้บริการด้านสุขภาพของคุณทราบเกี่ยวกับความรู้สึกเหล่านี้ เขาจะสามารถช่วยเหลือคุณได้มากขึ้น แบบสอบถามนี้ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพของคุณทราบว่าความรู้สึกอย่างไร

คำชี้แจง กรุณาอ่านแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย [✓] ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของคุณในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด

1. คุณรู้สึกตึงเครียด

- เป็นส่วนใหญ่
- บ่อยครั้ง
- เป็นบางครั้ง
- ไม่เป็นเลย

2. คุณรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่คุณเคยชอบได้

- เหมือนเดิม
- ไม่มากเท่าแต่ก่อน
- มีเพียงเล็กน้อย
- เกือบไม่มีเลย

- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

14. คุณรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังรายการวิทยุ หรือดูรายการโทรทัศน์หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

- เป็นส่วนใหญ่
- เป็นบางครั้ง
- ไม่บ่อยนัก
- น้อยมาก

แบบสำรวจความต้องการการดูแลสนับสนุน ฉบับสั้น แบบฟอร์ม 34

คำชี้แจง เพื่อช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถวางแผนการให้บริการผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งได้ดีขึ้น ทีมสุขภาพสนใจอยากทราบว่าความต้องการของคุณอันเป็นผลจากการเป็นมะเร็งได้รับการตอบสนองหรือไม่ สำหรับการตอบข้อความคำถามทุกๆข้อต่อไปนี้ กรุณาระบุว่าคุณได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการในประเด็นที่อยู่ในข้อความคำถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่บรรยายความช่วยเหลือที่คุณต้องการในเดือนที่ผ่านมาได้ดีที่สุด มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบคือ

ไม่ต้องการ	1	ไม่สามารถตอบได้ - สิ่งนี้ไม่ใช่ปัญหาที่เป็นผลจากการเป็นมะเร็งสำหรับฉัน
	2	พอใจ - ฉันต้องการความช่วยเหลือในเรื่องนี้ แต่ฉันพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับ
ต้องการบ้าง	3	ต้องการน้อย - เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ผมกังวลหรือไม่สบายใจ ฉันต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเล็กน้อย
	4	ต้องการปานกลาง - เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ผมกังวลหรือไม่สบายใจ ฉันต้องการความช่วยเหลือเพิ่มบ้าง
	5	ต้องการมาก - เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ผมกังวลหรือไม่สบายใจ ฉันต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเป็นอย่างมาก

ในเดือนที่ผ่านมาคุณต้องการความช่วยเหลือในระดับใด	ไม่ต้องการ		ต้องการบ้าง		
	ไม่สามารถตอบได้	พอใจ	ต้องการน้อย	ต้องการปานกลาง	ต้องการมาก
1.ความปวด					
2.การไม่มีแรง/ความเหน็ดเหนื่อย					
.....					
.....					
34.การมีบุคคลกรในโรงพยาบาลสักหนึ่งคนที่คุณสามารถคุยได้ทุกเรื่องเกี่ยวกับการอาการ การรักษา และการติดตามผลการรักษา					

EORTC QLQ-C30 (version 3)

คณะผู้วิจัยมีความสนใจบางสิ่งเกี่ยวกับคุณและสุขภาพของคุณ กรุณาตอบคำถามทุกข้อด้วยตัวเอง โดยทำวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับตัวคุณมากที่สุด คำตอบเหล่านั้น ไม่มี “ถูก” หรือ “ผิด” ข้อมูลที่ได้ จะเก็บไว้เป็นความลับ

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
1.คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนัก ๆ หรือไม่				
2.คุณมีความลำบากในการเดินไถล ๆ หรือไม่				
3.....				
4.....				
28.สภาพร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่				

สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาวงกลมล้อมตัวเลขระหว่าง 1 ถึง 7 ที่ตรงกับคุณมากที่สุด

29. คุณประเมินภาวะสุขภาพ โดยรวมของคุณในขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร

1 2 3 4 5 6 7

แย่มาก

ดีเยี่ยม

30. คุณประเมินคุณภาพชีวิต โดยรวมของคุณในขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร

1 2 3 4 5 6 7

แย่มาก

ดีเยี่ยม

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารการพิทักษ์สิทธิที่กลุ่มตัวอย่าง



COA No. 267/2012
IRB No. 143/55

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

Certificate of Approval

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

Study Title : SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE OF LUNG CANCER PATIENTS

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Kwanjira Tanomjit

Study Center : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Review Method : Expedited

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

Document Reviewed :

1. Protocol
2. Protocol Synopsis Version 3.0 Dated 24 January 2012
3. Information sheet for research participant Version 3.0 Dated 24 January 2012
4. Informed Consent Form Version 1.0 Dated 20 Mar 2012
5. Questionnaire Version 1.0 Dated 20 Mar 2012

Signature:  Signature: 
(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD) (Assistant Professor Apichai Vasuratna MD)
Chairperson Member and Assistant Secretary
The Institutional Review Board The Institutional Review Board

Date of Approval : April 19, 2012

Approval Expire Date : April 18, 2013

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



โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรอง โครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง..... พ.ร. 22/255๖

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	- SELECTED FACTORS RELATED TO QUALITY OF LUNG CANCER PATIENTS
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว ขวัญจิรา ธนอมจิตต์ นิติปรัชญาโท คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 5. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	10 เมษายน 2555
วันหมดอายุ	9 เมษายน 2556

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พลตำรวจตรี

(ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

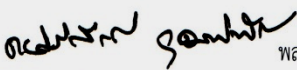

ขอรับรองว่า

โครงการ บังคับคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
โดย นางสาวขวัญจิรา ถนนอมจิตต์
สังกัด นักศึกษาปริญญาโท
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่พิจารณา: ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
ฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ได้พิจารณารายละเอียดโครง
ร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่าไม่ขัด
ต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๕

นาวาอากาศเอก  พลอากาศตรี 
(ธนศรัศกดิ์ วุฒาพิทักษ์) (ชูพันธ์ ชาญสมร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยทหารอากาศ

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
ชื่อผู้วิจัย นางสาวขวัญจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่บ้าน) 109 ม. 11 ต. เขابวยศรี อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี 22120
โทรศัพท์ (มือถือ) 088-896-0448 E- mail address:
kongkwan_rtafi@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านต้องทำอะไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบากความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน กับความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก

อายุรกรรม-ศัลยกรรม หน่วยรังสีบำบัดและหน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

4. สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1. มีอาการของโรคกำเริบ เช่น มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หรือมีอาการไม่สบาย

2. ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือหรือขอลอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย

4.2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 143 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี ที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 โรงพยาบาลให้มีจำนวนเท่าๆ กัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 143 คน

4.3 เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ดำเนินการวิจัย นางสาวขวัญจิรา ถนอมจิตต์ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน กับความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยจัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม หน่วยรังสีและเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจำนวน 34 ข้อ และส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ 1. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดและ

สามารถนำเอาความรู้ที่ได้มาช่วยในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ปอด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข

6. ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับท่าน เกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกคำตอบเอง การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดด้วยผู้ใหญ่อตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย และการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรอง ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์ 088-896-0448 ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจาก

การวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงานในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีคำตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
ผู้สนับสนุนการวิจัย อยู่ในระหว่างรอพิจารณาทุนอุดหนุนการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาว ขวัญจิรา ถนอมจิตต์

ที่อยู่ (ที่บ้าน) 109 ม.11 ต. เขาบายศรี อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี 22120

เบอร์โทรศัพท์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 081-5431715 E-mail Address:

kongkwan_rtaf@hotmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย

ชื่อ รศ.ดร. สุริพร ธนศิลป์

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรหม ชั้น

11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 088-896-0448

เหตุผลความเป็นมา

มะเร็งเป็น โรคร้ายที่ เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ซึ่งพบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในประเทศไทย จาก สถิติผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในช่วง พ.ศ. 2547 – 2552 พบอัตราการตายคิดเป็น 81.3, 81.4, 83.1, 84.9, 87.6 และ 88.34 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับซึ่งจะเห็นได้ว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยทั้งในเพศชาย และเพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านม ซึ่งพบเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 4 ในเพศหญิง (สถาบันมะเร็ง, 2554) จากการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2554 พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมดเป็นชนิดที่ไม่ใช่เซลล์เล็ก Non - small cell lung cancer (NSCLC) และผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแรกเพียงร้อยละ 0.25 เท่านั้น ที่มาพบแพทย์ และในจำนวนนี้มีโอกาสหายเพียงร้อยละ 30 ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะที่ 4 สูงถึงร้อยละ 53.2 เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดภายใน 1-2 ปี (Bonomi et al., 1990) ซึ่งจากการศึกษาของ Cooley (2000) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดด้วยผู้ใหญ่มักจะมีความทุกข์ทรมานในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มอื่นๆ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาที่ก้าวหน้าและมีการควบคุมอาการอย่างดี แล้วก็ตาม แต่ผลกระทบ

จากโรคและการรักษาเหล่านี้ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอย่างมาก (Fow and Lyon, 2006)

คุณภาพชีวิต มีลักษณะเป็นนามธรรมและมีความหมายที่กว้าง การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งหมายถึง ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติ หรืออาจใช้ความหมายเดียวกับความผาสุกก็ได้ (Aaronsen, 1988) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้นมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Sarna et al., 2005; Akin et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cai et al. (2011) ที่ทำการศึกษากิจกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศจีน มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับในประเทศไทยของ Xioline (2002) ที่ได้ทำการศึกษเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยใช้แบบประเมิน EORTC QLQ-C30 ของ Aaronsen et al. (1994) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้

ในด้านการให้ความหมายคุณภาพชีวิตของมะเร็งวิทยานั้น โดยปกติจะอธิบายในด้านของภาวะทางสุขภาพ ผ่าน ความสามารถในการกระทำบทบาท 5 ด้าน คือ หน้าที่ทางด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ การรับรู้ อารมณ์ และสังคม รวมถึงประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการจากการรักษาโรคมะเร็ง ประกอบด้วย ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด และอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Aaronsen, 1988) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้นเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งจากตัวโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาทางการแพทย์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดการเป็นโรคมะเร็งปอด (Tanaka et al., 2002; Coups et al., 2009)

จากการศึกษากิจกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดนั้นมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Sarna et al., 2005; Akin et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cai et al. (2011) ที่ทำการศึกษากิจกรรมชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศจีน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดในประเทศจีน มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับในประเทศไทยของ Xioline (2002) ที่ได้ทำการศึกษเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยใช้แบบประเมิน EORTC QLQ-C30 ของ Aaronsen et al. (1994) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้

ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่ต่ำลงในผู้ป่วยมะเร็งปอดย่อมส่งผลให้การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการในมิติต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ย่อมส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ท้อแท้และสิ้นหวัง (Zebrack, 2001) ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตจึงถูกนำมาใช้ในการพยากรณ์การมีชีวิตอยู่รอดของผู้ป่วยหลายโรครวมถึง

ผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งจากการศึกษาของ Movsas et al.(2009) พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีคุณภาพชีวิตต่ำร้อยละ 70 มีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีคุณภาพชีวิตสูง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการตอบสนองตามมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความพึงพอใจมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีศักยภาพ และมักจะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่คุณภาพชีวิตต่ำ (พิทยภูมิ ภัทรนุชาพร, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งหลายงานแต่ไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ทั้งหมดเนื่องจากความแตกต่างของตำแหน่งของโรค การรักษา และในหลายการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งปอดวิจัยผู้ใหญ่พบว่ามีความทุกข์ทรมานในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ (Cooley, 2000) สำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดมีเพียงเล็กน้อย มีเพียงการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด (Xioline, 2002) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวนเพียงเล็กน้อยและไม่ได้แยกระดับคุณภาพชีวิตตามชนิดของโรคมะเร็งไว้ (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) จึงไม่สามารถนำมาอ้างอิงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ทั้งหมด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาปัจจัยตามแนวคิดของ Lopez et al. (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งประกอบด้วย ชนิดของเซลล์ ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดในบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถเผชิญกับโรคที่เป็นและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 143 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง รวมทั้งแจกแบบประเมินโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล เข้าพบหัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม หน่วยโรคปอด หน่วยรังสี และเคมีบำบัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. การเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดย
 - 3.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจชื่อผู้ป่วย และชื่อโรคจากขอดผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละแผนก ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วันเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่เริ่มปอด มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 3 คนเว้น 1 คน เข้าร่วมวิจัยในแต่ละวัน
 - 3.2 สืบประวัติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งปอด
 - 3.3 แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งปอด ยินดีเข้าร่วมการวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และหนังสือยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- 5.อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 30 – 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา
6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน ก็จะให้กลุ่มตัวอย่างทำในกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นที่ต้องทำแล้ว
7. เมื่อได้รับแบบประเมิน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล
8. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

9. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติ

10. ดำเนินการตามข้อ 3- 9 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 143 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบไปด้วย 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจำนวน 34 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 30 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

ระยะเวลาที่อาสาสมัครเข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลา 30-45 นาที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

- 1.เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
- 2.สามารถนำเอาความรู้ที่ได้มาช่วยในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจัดกระทำหรือทดลองกับผู้ป่วย จึงไม่มีอันตรายใดๆ หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ผู้ป่วยพึงมี ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ผู้ป่วยสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาววิญจิรา ฅนอมจิตต์ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง คือ 088-896-0448

สิ่งตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้ป่วยจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัยในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจหากผู้ป่วยไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ผู้ป่วยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของผู้ป่วยแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนผู้ปวยออกจากกรเข้าร่วมกรวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของ
ผู้ปวย หรือเมื่อยุติกรดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ผู้ปวยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมใน
โครงการวิจัยได้โดยตลอด

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ
พิจารณจริยธรรมกรวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร
สถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147
โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ชื่อผู้วิจัย นางสาว ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ ตำแหน่งนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสินแพทย์,
เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร

(ที่บ้าน) 109 ม.11 ต.เขมาบายศรี อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี 22120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-793-5099 ต่อ 5203 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-522-7646...ต่อ...302

โทรศัพท์มือถือ 088-896-0448 E-mail : Kongkwan_rtaf@hotmail.com

1.ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2.โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1.เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3.2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

4.รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในของศูนย์มะเร็งในประเทศไทยโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1. มีอาการของโรคกำเริบ เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หอบเหนื่อยหรือมีอาการไม่สบาย

2. ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือหรือขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย

4.2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 143 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ศูนย์มะเร็งจังหวัดลำปาง และศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 ศูนย์ให้มีจำนวนเท่าๆ กัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 143 คน

4.3 เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ดำเนินการวิจัย นางสาวขวัญจิรา ถนอมจิตต์ ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยจัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอกและใน ศูนย์มะเร็ง 3 แห่ง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุด ชุดที่ 1) แบบประเมินแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2) แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด ชุดที่ 3) แบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง ชุดที่ 4) แบบประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด ชุดที่ 5) แบบประเมินอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด ชุดที่ 6) แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและชุดที่ 7) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำ ความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดและสามารถนำเอาความรู้ที่ได้มาช่วยในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข

6. ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับท่าน เกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หาก

กลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกข้อความตอบเอง การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดวัยผู้ใหญ่ ตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย และการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์ 088-896-0448 ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนแต่มีของที่ระลึกให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ชื่อผู้วิจัย นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์

ที่อยู่ติดต่อ 109 ม. 11 ต. เขาบายศรี อ.ท่าใหม่ จ. จันทบุรี 22120

โทรศัพท์ 088-896-0448 E-mail address: kongkwan_rtaf@hotmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้ได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ

นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว
ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่
1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail:**
eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และหนังสือยินยอม โดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับ
สำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือ
แสดงความยินยอม ไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(นางสาวขวัญจิรา ธนอมจิตต์) ()
ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
() ()
พยาน พยาน

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....ถนน.....แขวง.....เขต.....

จังหวัด.....ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด ดังต่อไปนี้คือ

ก. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเซลล์มะเร็งปอด ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ข. รายละเอียดที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมโครงการ (ขั้นตอนการทำวิจัย) การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการ
เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง รวมทั้งแจกแบบประเมินโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อ
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้ง
ขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล
เข้าพบหัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกอายุรกรรม-ศัลยกรรม หน่วยโรคปอด หน่วยรังสี
และเคมีบำบัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. การเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดย

3.1 ผู้วิจัยทำการสำรวจชื่อผู้ป่วย และชื่อ โรคจากยอดผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละ
แผนก ก่อนวันเก็บข้อมูล 1 วันเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มะเร็งปอด มีการสุ่มกลุ่ม

ตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ 3 คนเว้น 1 คน เข้าร่วมวิจัยในแต่ละวัน

3.2 สํารวจเพิ่มประวัติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งปอด

3.3 แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

4. ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งปอด

ยินดีเข้าร่วมการวิจัย พัทธกษัตริ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจง

ข้อมูล และหนังสือยินยอม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5.อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดพร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมิน

แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 30 – 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมที่ต้องทำอย่างอื่นก่อน ก็จะให้กลุ่มตัวอย่างทำในกิจกรรมที่ต้องทำก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากทำกิจกรรมอื่นที่ต้องทำแล้ว

7. เมื่อได้รับแบบประเมิน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

8. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และตอบข้อซักถาม

9. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ป่วยและญาติ

10. ดำเนินการตามข้อ 3- 9 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 143 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะเวลาที่อาสาสมัครเข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลา 30-45 นาที

ค. ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย (รวมทั้งค่าใช้จ่ายและค่าชดเชย)

1. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
2. สามารถนำเอาความรู้ที่ได้มาช่วยในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข

แต่ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัยในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ง. ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจัดกระทำหรือทดลองกับผู้ป่วย จึงไม่มีอันตรายใดๆ หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

จ. แนวทางป้องกัน/แก้ไขความเสี่ยงหรือการแก้ไขผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจหากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้วิจัยอยู่ด้วยขณะที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตอบแบบสอบถามทุกครั้งเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผู้ทำวิจัยอาจถอนผู้ป่วยออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความ

ปลอดภัยของผู้ป่วย หรือเมื่อยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม
ในโครงการวิจัยได้โดยตลอด

ฉ. การติดต่อกับผู้ป่วยในกรณีที่มีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวขวัญจิรา ถนนอม
จิตต์ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง คือ 088-896-0448

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยประการใดหรือเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการวิจัยขึ้น ข้าพเจ้าจะติดต่อกับ

น.ส. ขวัญจิรา ถนนอมจิตต์ ได้ที่ 109 ม. 11 ต. เขายายศรี อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี 22120 โทรศัพท์ 088-
896-0448 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ช. หากข้าพเจ้าได้รับผลข้างเคียง หรืออุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ หรืออันตรายจากการวิจัยข้าพเจ้าจะ
ได้รับการปฏิบัติ/ การชดเชยดังนี้**

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จะได้รับการรักษาอย่าง
เหมาะสมทันที

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้ง
ให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ปิดบัง

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะของดการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยการ
งดการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าได้รับแต่
ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลหรือผลการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นรายบุคคล
ต่อสาธารณชน

ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ซักถามผู้วิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้ว และยินดีเข้าร่วม
ในการวิจัย จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ยินยอมหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

()

ลงชื่อ หัวหน้าโครงการวิจัย

(นางสาววิญจิรา ถนอมจิตต์)

ลงชื่อ พยาน

()

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวขวัญจิรา ถนอมจิตต์

ที่อยู่ติดต่อ 109 ม.11 ต. เขาบายศรี อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี 22120

โทรศัพท์ 088-896-0448 E-mail address: kongkwan_rtaf@hotmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้า ได้ได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้ง่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ภายใต้ง่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอม ไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวขวัญจิรา ถนนอมจิตต์)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ภาคผนวก ง
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/0372

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑ 10330

29 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาศิบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวขวัญจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมดลูก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวแม่นมณา จิระจรัส พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวแม่นมณา จิระจรัส

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อนิสิต นางสาวขวัญจิรา ถนอมจิตต์ โทร. 088-896-0448

ที่ ศธ 0512.11/0372

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11

ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ ๑ 10330

29 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อนิสิต

นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ โทร. 088-896-0448

ที่ ศธ 0512.11/0372

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11

ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

29 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะเรื้อรัง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาววนิดา รัตนานนท์ พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาววนิดา รัตนานนท์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อนิสิต นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ โทร. 088-896-0448

ที่ ศธ 0512.11/0372

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11

ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

29 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งปอด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชน ศิลป์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีรนุช ห้านิรติศัย อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีรนุช ห้านิรติศัย

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อนิสิต

นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ โทร. 088-896-0448

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
ที่ ศธ 0512.11/0372 วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2555
เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวขวัญจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งปอด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชน ศิลป์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อนิสิต

นางสาวขวัญจิรา ถนอมจิตต์ โทร. 088-896-0448

ที่ ศธ 0512.11/0504

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑ 10330

21 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เนื่องด้วย นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร รัตนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปอดมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม-ศัลยกรรม หน่วยโรคปอด หน่วยรังสีและเคมีบำบัด จำนวน 78 คน โดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร รัตนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อนิสิต นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ โทร 088-896-0448

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/0505

วันที่ 21 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. หนังสือขอทำวิจัย

2.แบบฟอร์มการส่งโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 4 ชุด

3.Conflict of interest and funding form 4 ชุด

4.เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย 4 ชุด

5.เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 4 ชุด

6. โครงร่างฉบับย่อ 4 ชุด

7.Self-Assessment form 4 ชุด

8.วิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ 4 ชุด

9.ประวัติผู้วิจัย 4 ชุด

10.แบบสอบถาม 4 ชุด

11.ใบรับรองการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

12.แผ่นซีดีบรรจุข้อมูลเอกสาร 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งปอด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้อง ระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

แสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อนิสิต

นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ โทร. 088-896-0448

ที่ ศธ 0512.11/0503

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑ 10330

21 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้สิดเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.ใบบันทึกข้อความ ขออนุญาตทำวิจัยของศูนย์วิจัย ฯ 6 ชุด

2.ใบบันทึกข้อความ ขออนุญาตทำวิจัย ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรม 6 ชุด

3.แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย 6 ชุด

4.แบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 6 ชุด

5.โครงร่างการวิจัย 6 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งปอดมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้าร่วมการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรม-ศัลยกรรม หน่วยโรคปอด หน่วยรังสีและเคมีบำบัด จำนวน 47 คน โดยแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อนิสิต นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ โทร 088-896-0448

ที่ ศธ 0512.11/0503

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑ 10330

21 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้สิดเก็บรวบรวม
ข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่(สบ 8) ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. ใบยื่นขอเสนอทำการวิจัย 5 ชุด
2. ใบขอเก็บข้อมูลจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 5 ชุด
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. โครงร่างพอสังเขป 5 ชุด
5. ตัวอย่างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล 5 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้สิดดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งปอดมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้าร่วมการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรม-ศัลยกรรม หน่วยโรคปอด หน่วยรังสีและเคมีบำบัด จำนวน 48 คน โดยแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้สิดจะประสานงานเรื่องวันและเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

ชื่อ นิสิต นางสาววัณจิรา ถนอมจิตต์ โทร 088-896-0448

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

น.ส. ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ เกิดเมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดจันทบุรี สำเร็จ
การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
ในปีการศึกษา 2551 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพแผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม
โรงพยาบาลสินแพทย์ กรุงเทพมหานคร และได้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553