

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

มะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

มะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัด

มะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทุกประเทศทั่วโลก ในประเทศไทย มะเร็งถือเป็นโรคเรื้อรังที่มีความสำคัญ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นและทำให้มีอัตราการตายสูงขึ้น เป็นอันดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ (สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2548) การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามกลุ่มอายุที่เกิดมะเร็งโดยทั่วไป พบได้ทุกอายุแต่พบมากในอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 65 ปีโดยเฉลี่ย นอกจากนี้อัตราการเกิดมะเร็งยังขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ ภูมิศาสตร์การบริโภคและสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น ประเทศจีนและญี่ปุ่น อัตราการเกิดมะเร็งที่ลดลงอาหารและกระเพาะอาหารจะพบมาก ส่วนประเทศทางแถบยุโรป อัตราการเกิดมะเร็งที่สำไส้ใหญ่และทวารหนักจะสูงกว่านอกจากนี้ผลกระทบจากโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ถึง 4-10 เท่า (American Cancer Society, 1988:25) ที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

มะเร็ง (CANCER) มาจากภาษากรีกว่า Karkinos หรือภาษาละตินว่า cancrum หมายถึงปู เป็นกลุ่มของโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์ร่างกาย โดยที่เซลล์เหล่านี้จะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและมากกว่าปกติ อาจทำให้เกิดก้อนเนื้อที่โตผิดปกติ และสามารถเกิดได้กับทุกอวัยวะทั้งในระบบเลือดและอวัยวะอื่นๆ ลักษณะการเติบโตของมะเร็งมีส่วนยื่นแทรกซึมเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติที่อยู่โดยรอบเหมือนปู มีการทำลายหลอดเลือดทำให้เลือดออก นอกจากนี้ลักษณะที่สำคัญของมะเร็ง สามารถแพร่กระจายไปได้ทั้งร่างกาย

สาเหตุของโรคมะเร็ง

1. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอกในร่างกาย เช่น การได้รับหรือสัมผัสกับสิ่งก่อมะเร็ง (Carcinogen) ที่ปะปนหรือแพร่กระจายอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น อาหาร เครื่องดื่ม น้ำ อากาศ ยาฆ่าโรค เครื่องสำอาง คิวบรี เป็นต้น นอกจากนี้การได้รับรังสีบางชนิด การติดเชื้อไวรัสหรือพยาธิบางชนิดก็เป็นปัจจัยหนึ่งของโรคมะเร็งบางชนิดได้ เช่นกัน
2. สาเหตุจากภายในร่างกาย เช่น กรรมพันธุ์ ความผิดปกติทางพันธุกรรมความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน และความไม่สมดุลย์ทางสภาวะโภชนาการหรือสภาพทุพโภชนาสาเหตุเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งในสิ่งแวดล้อม

ในสิ่งแวดล้อมที่มีพิษหรือสิ่งก่อมะเร็งหลายประการ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท คือ สารเคมี รังสี ไวรัส และพยาธิ ดังนี้

1) สารเคมี ซึ่งเรียกว่า สารก่อมะเร็ง (chemical carcinogen) สารก่อมะเร็งเหล่านี้ปะปนอยู่ในสิ่งแวดล้อมและเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของเราเป็นอย่างยิ่ง เช่น พบในอาหาร เครื่องดื่ม ยาฆ่าโรค อากาศและเครื่องสำอาง เป็นต้น

สารก่อมะเร็งที่พบในปัจจุบันมีมากมายดังนี้

(1) สารก่อมะเร็งในอาหาร

1.1 สารพิษจากเชื้อรา ที่สำคัญได้แก่ สารพิษอัลฟาทอกซิน ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งตับ อาหารที่พบสารพิษนี้ได้แก่ ถั่วลิสง ข้าวโพด และพริกแห้ง

1.2 สารก่อมะเร็งที่เกิดจากการปรุงอาหาร พบว่าการปิ้งย่าง เผาอาหารโดยเฉพาะเนื้อสัตว์ที่อุณหภูมิสูง จะทำให้เกิดสารพิษขึ้นหลายชนิด สารเหล่านี้มีฤทธิ์ก่อกลายพันธุ์และทำให้สัตว์ทดลองเป็นมะเร็งได้

1.3 สารพิษไนโตรซามีน เชื่อกันว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งตับ กระเพาะอาหาร และหลอดอาหาร แหล่งที่พบสารพิษไนโตรซามีน คือ อาหารที่หมักด้วยเกลือในเตรท ไนไตรท์ เช่น ไส้กรอก เบคอน แหนม

1.4 สารสังเคราะห์ ได้แก่ สารถนอมอาหาร เช่น เกลือไนเตรท ไนไตรท์ สีผสมผสานผิดประเภท เช่น สีข้อมผ้า ข้อมเสื้อและสารให้ความหวาน

1.5 อาหารที่มีไขมันสูง เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของเต้านม เชื้อบูมดลูก ต่อมลูกหมาก และลำไส้ใหญ่

(2) สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่ ยาสูบ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด กล้องเสียงและช่องปาก จากการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดถึง 10 เท่า

(3) สารก่อมะเร็งในยารักษาโรค

3.1 ยารักษาโรคมะเร็ง ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด ส่วนใหญ่ทำให้เกิดมะเร็งเม็ดโลหิตขาวในผู้ป่วยมะเร็งหลังจากที่ได้รับยามาแล้ว 5-10 ปี

3.2 ยารักษาโรคติดเชื้อ เช่น คลอแรมเฟนิคอล ซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งในเม็ดโลหิตขาว

3.3 ยาคุมกำเนิดและฮอร์โมนเพศ

- ไตเอทิลและ เบสพรอด (DES) ทำให้เกิดมะเร็งอวัยวะเพศ ปากมดลูกและเชื้อบูมดลูก
- เอสโตรเจน ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม รังไข่และมดลูก
- ยาคุมกำเนิด ทำให้เกิดมะเร็งตับและเชื้อบูมดลูก

(4) สารเคมีปราบศัตรูพืช สารกลุ่มนี้มีหลายชนิดที่มีฤทธิ์ก่อมะเร็ง เช่น acrylo-nitrile, สารหนู, DDT และ chlordane เป็นต้น ผักที่พบว่ามีสารเคมีเหล่านี้เสมอได้แก่ หน่อไม้ ผักกาดขาว กะหล่ำปลี ถั่วงอก และถั่วเขียว เป็นต้น

(5) สารก่อมะเร็งในร่องสำออง ได้แก่ ลิปสติก สีทาเปลือกตา และสีทาแก้ม เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาแน่ชัดว่า สารเคมีเหล่านี้จะทำให้เกิดมะเร็งในคนหรือไม่

2) รังสี รังสีทำให้เกิดโรคมะเร็ง ได้แก่ รังสีเอ็กซ์ และอุตสาหกรรมไอโซโตปกับมันตรังสี เช่น ยูเรเนียม เรเดียม เป็นต้น มะเร็งที่พบว่าเกิดจากการได้รับรังสี ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว เต้านม และผิวหนัง เป็นต้น

3) ไวรัส ไวรัสที่เชื่อว่าอาจจะเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ได้แก่

3.1 Epstein Barr virus อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งโพรงหลังจมูก

3.2 Hepatitis B และ C virus อาจทำให้เกิดมะเร็งตับ

3.3 Human Immunodeficiency virus (HIV, AIDS virus) อาจทำให้เกิดมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เม็ดเลือดขาวและสมอง

- 4) พยาธิ พยาธิที่อาจจะเป็นปัจจัยร่วมทำให้เกิดโรคมะเร็ง ได้แก่
- 4.1 พยาธิใบไม้ในตับ (opisthorchis viverrini) อาจเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง
ท่อน้ำดีในตับ โดยร่วมกับสารพิษในโตรซามีน
- 4.2 พยาธิใบไม้ในเลือด (Schistosome hematobium) อาจเกี่ยวข้องกับ
โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

พยาธิสรีรวิทยา

เซลล์ทุกเซลล์เมื่อเจริญเติบโต จะต้องเข้าสู่วงจรชีวิตก่อน เซลล์ที่อยู่ในอวกจรชีวิต เป็นเซลล์ที่ไม่มีบทบาทในการดำเนินชีวิต ซึ่งเรียกว่า เซลล์อยู่ในระยะพัก (resting stage) หรือ อาจเรียกว่า “G⁰” เมื่อการเจริญเติบโตเริ่มขึ้น เซลล์ที่อยู่ใน G⁰ จะต้องเข้าไปอยู่ในวงจรชีวิต กลายเป็นเซลล์ระยะ “G₁” (Gap1) ซึ่งจะมีการสร้างโปรตีน RNA และเอ็นไซม์ที่จำเป็นสำหรับการ สร้าง DNA ด้วย เมื่อพร้อมแล้วก็จะมีการสร้าง DAN ขึ้นซึ่งเซลล์ระยะนี้เรียกว่า “S” phase (DNA synthesis phase) จากนั้นการสร้าง DNA จะลดลง ส่วนการสร้างโปรตีนและ DNA ยังคงดำเนิน ต่อไปพร้อมกับมีการสร้าง microtubular precursor ของ mitotic spindle ด้วย เรียกเซลล์ในระยะนี้ ว่า G² (Gap2) ในที่สุดก็จะเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “M phase” (mitotic phase) ซึ่งมีการแบ่งตัวของเซลล์ แม่เกิดขึ้นได้เป็นเซลล์ลูก 2 เซลล์ซึ่งเซลล์ลูกนี้อาจไปอยู่ใน phase ใดก็ได้คือ G⁰ (resting stage) หรือ G¹ ในวงจรชีวิตและดำเนินการต่อไปอีกดังกล่าวข้างต้น

การเกิดเซลล์มะเร็ง เชื่อว่าเริ่มจากความผิดปกติเกิดขึ้นที่ DNA อันเป็นส่วนประกอบของยีนในเซลล์ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการทำลาย DNA โดรนสารก่อ มะเร็ง เช่น สารเคมี รังสี หรือจาก DNA ของเชื้อไวรัสบางชนิดเข้าไปรวมตัวกับ DNA ของเซลล์ ทำให้กลายเป็นยีนที่ผิดปกติ ถ้าร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมหรือเปลี่ยนยีนที่ผิดปกตินี้ได้ ก็จะเกิด ภาวะ Mutation เซลล์แบ่งตัวกลายเป็นเซลล์ผิดปกติหรือเซลล์มะเร็ง เมื่อภาวะผิดปกติของยีนมี มากพอ มีการแบ่งตัวเป็นเซลล์มะเร็งจนภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถทำลายเซลล์ผิดปกติ เหล่านี้ได้หมด หรือมีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เซลล์ผิดปกติหรือเซลล์มะเร็ง เหล่านี้ก็จะเจริญเติบโตแบ่งตัวมากขึ้น กลายเป็นโรคมะเร็งในที่สุด โดยที่เซลล์มะเร็งจะทำหน้าที่ แยกต่างไปจากเซลล์ที่เป็นจุดเริ่มต้นมากนัก ดังนี้คือ

- เกรด 1 เซลล์ที่ทำหน้าที่เหมือนเซลล์ที่เป็นจุดเริ่มต้นมาก
(well differentiated)
- เกรด 2 เซลล์ชนิดที่ทำหน้าที่ไม่เหมือนเซลล์ที่เป็นจุดเริ่มต้นบ้าง

(moderately differentiated)

เกรด 3 เซลล์ชนิดที่ทำหน้าที่ไม่เหมือนเซลล์ที่เป็นจุดเริ่มต้น

(poorly differentiated)

เกรด 4 เซลล์ชนิดที่ทำหน้าที่ไม่เหมือนกับเซลล์ที่เป็นจุดเริ่มต้นเลย

(undifferentiated)

การแบ่งระยะของมะเร็ง

การแบ่งระยะของมะเร็ง เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. แบ่งตามระยะของการเป็นมะเร็ง

ระยะที่ 1 มะเร็งมีขนาดเล็กอยู่ในอวัยวะที่เริ่มต้น สามารถทำการผ่าตัดได้ดี ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง มีโอกาสหายมากถึงร้อยละ 70 – 90

ระยะที่ 2 มะเร็งขนาดใหญ่มากขึ้น กระจายออกจากอวัยวะเริ่มต้นไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง อาจเริ่มกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ซึ่งจะทำให้การผ่าตัดได้แต่อาจเอาเซลล์มะเร็งออกไม่หมด มีโอกาสหายร้อยละ 25-50

ระยะที่ 3 มะเร็งขนาดใหญ่มากขึ้น กระจายไปสู่อวัยวะใกล้เคียง อาจติดต่อกับอวัยวะใกล้เคียงและกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลือง ซึ่งการผ่าตัดไม่สามารถเอาเซลล์ออกได้หมด มีโอกาสหายร้อยละ 5 -20

ระยะที่ 4 มะเร็งกระจายไปสู่อวัยวะต่างๆ ที่ห่างไกลออกไป ซึ่งจะทำให้การผ่าตัดไม่ได้ มีโอกาสหายน้อยกว่าร้อยละ 5

2. การแบ่งตามมาตรฐานสากล

การแบ่งระยะต่างๆ ของมะเร็งตามสากลนิยม แบ่งตามระยะของ TNM ของ UICC (International Union Against Cancer) การแบ่งจะบอกระยะของโรคมะเร็ง โดยอาศัยขอบเขตลักษณะของมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumour) สภาพของต่อมน้ำเหลือง (regional lymph node) และการกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ (distant metastasis) ดังนี้

T ย่อมาจาก Tumor หรือ Primary tumour ซึ่งแบ่งออกเป็น T⁰ T¹ T² T³ and T⁴

T ⁰	หมายถึง	การตรวจไม่พบมะเร็งปฐมภูมิทางเลือดต่อมน้ำเหลือง
T ¹	หมายถึง	ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร หรืออยู่ในตำแหน่งเดียวกัน
T ²	หมายถึง	ก้อนมะเร็งมีขนาดโต 2 – 5 เซนติเมตร หรืออยู่หลายตำแหน่ง
T ³	หมายถึง	ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร ขึ้นไปและกระจายไปยังอวัยวะอื่นห่างไกล
T ⁴	หมายถึง	มะเร็งปฐมภูมิที่ไม่สามารถจะบอกถึงขนาดแน่นอน ถ้าไม่ได้ทำการผ่าตัดเสียก่อน เช่น มะเร็งของอวัยวะภายใน
N ⁰	ย่อมาจาก Node	หมายถึง สภาพของต่อมน้ำเหลือง แบ่งออกเป็น N ⁰
N ¹ N ² N ³		
N ⁰	หมายถึง	ต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นคลั่งไม่ได้ หรือไม่พบความผิดปกติของต่อมน้ำเหลือง
N ¹	หมายถึง	คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นโตขึ้นเล็กน้อย
N ²	หมายถึง	คลำพบต่อมน้ำเหลืองทั้งสองข้างโตขึ้น
N ³	หมายถึง	ต่อมน้ำเหลืองโตและมีการแพร่กระจายของมะเร็งกว้างขึ้น
N ^x	หมายถึง	ต่อมน้ำเหลืองที่ไม่สามารถบอกสภาพที่แท้จริงได้
M	ย่อมาจาก Metastasis	หมายถึง การแพร่กระจาย โดยแบ่งออกเป็น
M ⁰	หมายถึง	ก้อนมะเร็งที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย
M ¹	หมายถึง	ก้อนมะเร็งที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ

การแพร่กระจาย

การแพร่กระจาย (Metastasia) ของโรคมะเร็ง หมายถึง การกระจายของมะเร็งจากอวัยวะต้นกำเนิดไปยังอวัยวะหรือส่วนอื่นๆ ของร่างกายที่ไม่เชื่อมติดต่อกันโดยตรงกับอวัยวะต้นกำเนิด เริ่มต้นจากเซลล์มะเร็งหลุดจากก้อนมะเร็งต้นกำเนิดเดินทางไปยังอวัยวะหรือส่วนอื่นของร่างกายแล้วไปเจริญเติบโตแบ่งเซลล์เป็นก้อนมะเร็งก้อนใหม่ที่อวัยวะนั้นๆ มีลักษณะของเซลล์เหมือนกับเซลล์มะเร็งที่เป็นต้นกำเนิดทุกประการ เซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายได้ 4 ทางด้วยกันคือ

1. ลูกลามโดยตรง
2. กระจายไปตามช่องว่างในร่างกาย

3. กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง
4. กระจายไปตามกระแสเลือด อวัยวะที่มะเร็งแพร่กระจายไปตามกระแสเลือด มักไปเจริญเติบโตเป็นก้อนมะเร็งใหม่มากที่สุดได้แก่ ปอด เพราะปอดมีหลอดเลือดเล็กๆ จำนวนมาก

การวินิจฉัยโรค

1. การตัดเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา
2. การตรวจทางเซลล์วิทยา เป็นการตรวจหาเซลล์มะเร็งที่หลุดออกมาตามส่วนต่างๆของร่างกาย
3. การตรวจเลือดหรือปัสสาวะ เพื่อหาสารหรือฮอร์โมนบางอย่างที่เซลล์มะเร็งบางชนิดสามารถสร้างได้
4. การตรวจทางรังสีวิทยา มักเป็นวิธีแรกที่จะนำไปสู่การตัดเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา
5. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography) สามารถตรวจพบก้อนผิดปกติในอวัยวะต่างๆ ได้และค่าใช้จ่ายถูกกว่า CT มาก

การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี และภูมิคุ้มกันวิทยา สำหรับเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน และพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาครบตามแผนและช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยการผ่าตัด

การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งชนิดหนึ่ง มีจุดประสงค์เพื่อหวังผลให้หายขาด (curative surgery) และเพื่อหวังบรรเทาอาการ (palliative surgery)

1. การผ่าตัดเพื่อหวังผลให้หายขาด มักทำให้รายที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก โดยทั่วไป คือ ระยะที่ 1 และ 2 เช่น

: Pneumonectomy การตัดปอดออกหนึ่งข้างในรายที่เป็นมะเร็งของปอดบางชนิด

: Esophagectomy การตัดหลอดอาหารออกทั้งหมด ซึ่งเมื่อตัดแล้วอาจ

นำกระเพาะอาหารขึ้นไปต่อกับส่วนบนของหลอด อาหาร

2. การผ่าตัดเพื่อหวังบรรเทาอาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้น เช่น มะเร็งของเหงือกหรือกระพุ้งแก้ม ที่กินทะลุแก้มเป็นมากแล้ว ทำการผ่าตัดโดยใช้หนังที่หัวไหล่มาปิดเพื่อแก้ปัญหาเลือดออก ติดเชื้อ อาการปวด ปัญหากลิ่นเหม็นและปัญหาการรับประทานอาหาร เป็นต้น

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น การพยาบาลจะคล้ายคลึงกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไป ยกเว้นปัญหาด้านโภชนาการและปัญหาด้านจิตสังคม พยาบาลจะต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เพราะภาวะขาดอาหารพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ส่วนปัญหาด้านจิตสังคมผู้ป่วยจะเต็มไปด้วยความหวาดกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียภาพลักษณ์ ตลอดจนกระทบทบาทหน้าที่พยาบาลต้องให้ความสนใจในการประเมินปัญหา และให้การพยาบาลเพื่อประคับประคองด้านจิตสังคมในส่วนนี้

การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด

เคมีบำบัด เป็นการรักษาด้วยยาที่มีผลต่อเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติโดยมีกลไกไปรบกวนต่อวงจรของการสร้างเซลล์ได้ในทุกระยะ ขึ้นอยู่กับยาแต่ละชนิด โดยการจัดกลุ่มของเคมีบำบัด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ยาโรคมะเร็ง แบ่งตามตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ของยาในวงจรชีวิตของเซลล์ ดังนี้

1.1 กลุ่มของยาที่มีความสามารถในการกำจัดหรือทำลายเซลล์ทุกระยะในวงจรชีวิต (phase non-specific)

1.1.1 Cycle specific-phase non-specific drugs เป็นยาที่ออกฤทธิ์หรือมีผลต่อเซลล์ทุกระยะในวงจรชีวิตเท่านั้น ได้แก่ ยาพวก alkylating

1.1.2 Cycle-non-specific drugs เป็นยาที่มีความสามารถในการฆ่าเซลล์ที่ไม่มีวงจรแบ่งตัว คือ เซลล์ที่อยู่ในระยะ G^0 ได้แก่ ยาพวก steroid hormones และยาปฏิชีวนะที่มีความสามารถในการฆ่าเซลล์มะเร็งทั้งหมด ยกเว้น bleomycin

1.2 กลุ่มของยาที่มีความสามารถในการกำจัดหรือทำลายเซลล์ที่อยู่ในระยะใดระยะหนึ่งในวงจรชีวิตโดยเฉพาะ (cycle specific-phase specific drugs)

1.2.1 ระยะ G^1 ได้แก่ L-asparaginase

- 1.2.2 ระยะ S ได้แก่ antimetabolite, hydroxyurea
- 1.2.3 ระยะ G² ได้แก่ bleomycin และ plant alkloide
- 1.2.4 ระยะ M ได้แก่ plant alkaloids

2. ยารักษาโรคมะเร็ง แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ของยา ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

2.1 Alkylating agents จะออกฤทธิ์ด้วยการจับหรือรวมตัวกับ DNA เกิดเป็นสารประกอบเชิงซ้อนที่ทำให้ DNA ทำหน้าที่ไม่ได้ ไม่มีการแบ่งตัวเกิดขึ้น ได้แก่ cyclophosphamide, busulfan melphalan

2.2 Antimetabolites จะออกฤทธิ์โดยการระงับการทำงานของเอนไซม์ที่สำคัญต่อการสร้าง DNA ทำให้เซลล์ไม่สามารถเจริญหรือแบ่งตัว ได้แก่ methotrexate, 5-fluorouracil

2.3 Antitumour antibiotics จะทำหน้าที่ร่วมกับ polynucleotides และป้องกันมิให้เซลล์ที่กำลังแบ่งตัวสร้าง polynucleotides ใหม่โดยจะขัดขวางขบวนการ transcription ที่จะทำให้เกิด NDA หรือ RNA ใหม่ ได้แก่ bleomycin doxorubicin

2.4 Plant alkaloide ออกฤทธิ์เพื่อหยุดการแบ่งตัวของเซลล์ใน metaphase โดยการรวมกับโปรตีนของ microtubules ของเซลล์ที่กำลังแบ่งตัวอยู่ และต้องการรวมกันของ simple proteins ได้แก่ vincristine

2.5 Miscellaneous ออกฤทธิ์คล้ายกลุ่ม alkylating agent เช่น dacarbazine และ procarbazine

2.6 Hormones มีฤทธิ์ห้ามการสร้างโปรตีนของเซลล์ โดยจะขัดขวางการแบ่งเซลล์ที่ระยะ G₁ ฤทธิ์ค่อนข้างเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งที่ต้องพึ่งพา ฮอร์โมนในการเจริญเติบโต เช่น มะเร็งเต้านม ต่อมลูกหมาก ยกกลุ่มนี้ได้แก่ dazazol และ progestogens เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดเมื่อเข้าสู่กระแสเลือดแล้ว จะทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวเร็ว ผิดปกติจึงมีผลกระทบต่อเซลล์ของร่างกาย ที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ในไขกระดูก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร รากผม เป็นต้น ผลกระทบนี้จะทำให้เกิดอาการข้างเคียง ดังนี้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ : 2536: 14-16; Trypathy&Henderson, 1994: 86-94; Huntington, 1985: 472-474; Cella, D. 2007: 1)

1. ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

1.1 คลื่นไส้ อาเจียน

- 1.2 เบื่ออาหาร
- 1.3 เยื่อช่องปากอักเสบ
- 1.4 ท้องเสีย
- 1.5 ท้องผูก
2. ระบบไขกระดูก ยาเคมีบำบัดจะไปกดการทำงานของไขกระดูก มีผลต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือด
 - 2.1 ภูมิคุ้มกันทานโรคต่ำ
 - 2.2 โลหิตจาง อ่อนเพลีย
 - 2.3 ภาวะเลือดออกง่าย จากเกร็ดเลือดต่ำ
3. ผิวหนัง ผม และขน
 - 3.1 ผิวหนังแห้งและคัน ผิวก้ำและมีความไวต่อแสงแดด มีผื่น ลิว และการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บ
 - 3.2 ผมและขนร่วง ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก
4. ปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อ ยาเคมีบำบัดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด บางกลุ่มทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ ถ้ามีการรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด เช่น adriamycin, vincristin
5. ระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือขาดประจำเดือนขณะได้รับการรักษา ส่วนเพศชายอาจทำให้เป็นหมันได้ชั่วคราวขณะรักษา
6. ระบบประสาท ยาเคมีบำบัดบางชนิดเป็นพิษต่อไต
7. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว
8. ความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง
9. ผลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์

การพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดให้ผู้ป่วยทราบถึงประโยชน์ของการรักษา แผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น
2. ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ทนอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดได้ดีขึ้น ผู้ป่วยต้องการแคลอรีเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ของแคลอรีที่ต้องการได้รับทั้งหมดใน 1 วัน
3. ดูแลการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพิ่มช่วยบรรเทาอาการท้องผูก ป้องกันการตกผลึกของกรดยูริกในท่อไต ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น โดยให้ร่างกายได้รับน้ำวันละ 3 ลิตร

4. ร่วมมือกับแพทย์ในการควบคุมอาการคลื่นไส้และอาเจียนจากเคมีบำบัด
 - 4.1 การควบคุมโดยการให้ยา
 - 4.2 การควบคุมโดยการไม่ใช้ยา ส่วนใหญ่ใช้การบำบัดทางจิตและพฤติกรรมบำบัด
5. ลดการอักเสบของเยื่อช่องปาก โดยการทำความสะอาดปากและฟันอย่างถูกวิธีหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด แข็งหรือหยาบ รับประทานอาหารอ่อนหรือเหลวอมบ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 2 ชั่วโมงถ้ามีอาการปวดมากอมบ้วนปากด้วยยา (viscous xylo-cain) 10 นาที ก่อนรับประทานอาหาร
6. ป้องกันการเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ หรือการเกิดเนื้อตายบริเวณผิวหนังที่ให้ยาเคมีบำบัด โดยการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ และต้องแน่ใจว่า เข็มอยู่ในหลอดเลือดดำ สังเกตอาการปวด บวม แดงร้อนบริเวณผิวหนังที่ใส่ยา และรายงานแพทย์ทันทีที่เกิดอาการ
7. ให้ความรู้เพื่อป้องกันและ/หรือบรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดผู้ป่วย คือ
 - 7.1 อ่อนเพลียหรือมีอาการหิด ให้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน โดยหาวิธีช่วยให้นอนหลับ เช่น การดื่มนมอุ่นๆ รับประทานที่มีคุณค่าทางอาหารสูงจำพวกโปรตีน วิตามินและธาตุเหล็ก
 - 7.2 เม็ดเลือดขาวลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อสามารถป้องกันการติดเชื้อ โดยการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้บุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อ รับประทานอาหารที่สุกสะอาดทำความสะอาดร่างกายและช่องปากอย่างสม่ำเสมอ และรายงานแพทย์เมื่อมีอาการแสดงของการติดเชื้อ
 - 7.3 เกร็ดเลือดลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย ป้องกันได้โดย หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือเยื่อต่างๆ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการมีเลือดออก เช่น จุดจ้ำ เลือดตามผิวหนัง มีเลือดออกตามไรฟันและถ้าผลการนับเกร็ดเลือดต่ำกว่า 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ให้อนุพักบนเตียง ทำกิจกรรมให้น้อยที่สุด
 - 7.4 อาการทางผิวหนัง ผิวหนังแห้งเป็นผื่นคัน ดูแลโดยการรักษาความสะอาดของผิวหนัง ใช้ครีม โลชั่นทาผิวหนังให้ชุ่มชื้นทุกครั้งหลังอาบน้ำ ไม่เกาหรือถูผิวหนังแรงๆ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด
 - 7.5 ผมร่วง บรรเทาอาการผมร่วงโดยการสระผมด้วยแชมพูชนิดอ่อน หวีผม

เบาๆ หลีกเลี่ยงการใช้สเปรย์ การอบ การตัด การตัดผมให้สั้นจะช่วย
ไม่ให้รู้สึกว่าร่วงมาก

7.6 ท้องเสีย บรรเทาอาการด้วยการรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย อาหาร
สุกสะอาด มีกากเส้นใยน้อย หลีกเลี่ยงการดื่มนมสด ผลิตภัณฑ์จากนม
และอาหารหรือเครื่องดื่มที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร ดื่มน้ำมากๆ
วันละ 3 ลิตร เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ถ้ามีอาการมารายงานแพทย์ให้
ทราบ

7.7 ท้องผูก ดื่มน้ำมากๆ วันละ 3 ลิตร ดื่มน้ำส้ม น้ำลูกพรุน รับประทาน
อาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ เคลื่อนไหวร่างกายโดยการออกกำลังกาย
เพื่อช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวดีขึ้น

7.1 ลดหรือผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล โดยหาวิธีการผ่อนคลาย
อารมณ์ เหมาะสม ได้แก่ การระบายความรู้สึกต่างๆ กับผู้ใกล้ชิดหรือ
กับแพทย์หรือพยาบาล การฝึกสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำ
กิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

สำหรับการผสมและการใช้ยาเคมีบำบัดนั้น สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งและ
องค์กรรักษาความปลอดภัยจากอาชีพของสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำผู้ปฏิบัติให้สวมกาวน์ ผูกผ้าปิด
ปากและจมูกและเตรียมยาในห้องเตรียม โดยเฉพาะ เข็มกระบอกฉีดยาและของใช้ต่างๆ รวมทั้งขวด
ยาหรือยาที่เหลือควรใส่ถุงพลาสติกที่ไม่มีรูรั่ว และทำเครื่องหมายให้ทราบตามนโยบายของ
สถาบันกำหนด นอกจากนั้นการเก็บปัสสาวะหรืออุจจาระต้องล้างหลังจากตัวผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมง
หลังได้รับยา ควรจะใส่ถุงมือและปฏิบัติตามเทคนิคการล้างมืออย่างเคร่งครัด และพยาบาลควร
แนะนำญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

ดังนั้น ถึงแม้มีความก้าวหน้าทางวิชาการ มีการศึกษาหาวิธีการรักษาโรคมะเร็ง
ได้แก่ การป้องกันระยะแรก การผ่าตัด การรักษาด้วยรังสี การใช้เคมีบำบัด หรือใช้การรักษาร่วมกัน
ทั้งนี้ขึ้นกับระยะของการเป็นโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มักใช้ในทุกระยะของโรค ทั้งนี้
เป้าหมายในการป้องกันการลุกลามและยังช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวต่อไปได้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง
อย่างไรก็ตามการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิด นอกจากจะมีผลต่อเซลล์ผิดปกติหรือ
เซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลต่อเซลล์ปกติบางชนิดที่มีการเจริญเติบโตเร็ว เช่น เยื่อบุทางเดินอาหาร ราก
ผม และเซลล์ไขกระดูก เป็นต้น ทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือพิษของเคมีบำบัด อาการข้างเคียงที่
พบได้บ่อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อบุช่องปากอักเสบ เบื่ออาหาร ผลร่วง ท้องผูก ท้องเดิน
ความรู้สึกทางเพศลดลงและเป็นหมัน นอกจากนี้ ผลกระทบของยาที่มีต่อไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะ

Boromarajonani College of Nursing Saraburi

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ซึ่งต่างก็มุ่งให้ชีวิตของตนประสบความสำเร็จในแนวทางที่ตนปรารถนา รวมทั้งการที่มนุษย์ทุกคนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยก็ปรารถนาที่จะให้ชีวิตของตนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข รวมถึงเป้าหมายในการให้การรักษาพยาบาลได้เปลี่ยนแปลงไป ไม่ได้มุ่งแต่เพียงการให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่กับโรคเรื้อรังเหล่านั้นให้ดีขึ้น โดย

ในปัจจุบันมีนักวิชาการสาขาต่างๆ ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิหลังของบุคคล สถานภาพในสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อายุ และการให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคล (Ferrans,2000; Zhan,1992) รวมถึงเพลลา (Peplau, 1994) ได้อธิบายถึงคุณภาพชีวิตว่ามีระดับสูงต่ำตลอดเวลาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของชีวิต ซึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลในช่วงเวลานั้นและในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Cooley,1998) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การจะให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนและแน่นอนนั้นเป็นการยาก เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นค่านามธรรม และผู้ให้ความหมายจะให้ความหมายแตกต่างกันตามจุดประสงค์ของผู้ที่ศึกษาในเรื่องเหล่านั้น ดังนี้

ซัน (Zhan, 1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้น โดยต้องคำนึงถึงภูมิหลังของบุคคล สถานภาพในสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อม และอายุ

มีเบิร์ก (Meeberg, 1998) ได้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับชีวิตในทุกๆ ด้าน รวมถึงด้านจิตใจในแต่ละบุคคลด้วย

เฟอร์เรล (Ferrell, 1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ในชีวิต มีองค์รวม 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

เฟอร์รานส์และเพาเวอร์ (Ferrans & Powers,1992) มีความเห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกถึงความผาสุกของบุคคลซึ่งประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิต โดยที่แต่ละองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณีวัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นมีชีวิตอยู่

เซลลา (Cella, cited in Ferrans, 2000) ได้อธิบายความหมายคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพว่า เป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ให้เกิดผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกในสังคม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความหลากหลายและซับซ้อน ซึ่งได้มีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

ซัน (Zhan, 1992) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกๆ ด้านต่างๆ ไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมและครอบครัวซึ่งบุคคลจะรับรู้ได้โดยดูจากความแตกต่างระหว่างความปรารถนาที่ตั้งใจไว้กับความสำเร็จที่ได้รับ

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept) เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งภาพลักษณ์ของตนเอง

3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning) เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกายเกี่ยวกับสุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ

4. ปัจจัยด้านสังคม – เศรษฐกิจ (socio-economic factor) เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกด้านสังคมต่างๆ ไปที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต มีปัจจัยได้แก่ การศึกษา อาชีพ และรายได้

เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 1 ด้าน คือ

1. ด้านความผาสุกของร่างกาย (physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

2. ด้านความผาสุกทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการให้ทางเลือกของชีวิต

3. ด้านความผาสุกทางสังคม (social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม

4. ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ได้แก่ ความหวังและความเชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (WHO QoL Group, 1996) ได้กำหนดองค์ประกอบของ
คุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (physical domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุข
สบาย ความรู้สึกมีพลัง ความรู้สึกอ่อนล้า การนอนหลับและการพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีในด้าน
ความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และภาพลักษณ์เกี่ยวกับ
ร่างกายทั่วไปของตนเอง

3. ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (level of independence domain)
เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาทาง
การแพทย์และความสามารถในการทำงาน

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship domain) เกี่ยวข้องกับ
ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม และการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้าน
ร่างกายสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการทางสุขภาพและสังคม แหล่งรายได้ โอกาสใน
การได้รับข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง และ
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ เสียง การจราจร สภาพภูมิประเทศ เป็นต้น

6. ด้านจิตวิญญาณ (spiritual domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางจิตวิญญาณ
ศาสนา และความเชื่อ

เฟอร์รานส์ (Ferrans, 1997) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงความ
ผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่เป็นองค์รวมขององค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning domain)
เกี่ยวข้องับประโยชน์ที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องอาศัยความ
ช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว สุขภาพของตนเอง
การที่ตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม พลังความสามารถในการประกอบกิจวัตร
ประจำวันความสามารถในการจัดการกับความเป็นอยู่ของตนเอง งานอดิเรก การมีชีวิตนานเท่าที่
ตนเองต้องการ ชีวิตทางเพศของตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) เกี่ยวข้องกับเพื่อน เพื่อนบ้าน
กำลังใจที่ดีที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว
การได้ผูกมิตรและการได้เข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น การยอมรับจากเพื่อน เพื่อนบ้านและ

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological / spiritual domain) เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง ความสุข ความสำเร็จในเป้าหมายชีวิตส่วนตัว ความสงบสุขในใจ ความเป็นตัวของตัวเอง ความศรัทธาในศาสนา ความหวังในการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิตและความวิตกกังวลในชีวิต

4. ด้านครอบครัว (family domain) เกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว บุตร คู่รัก / คู่ครอง / คู่สมรส สุขภาพของครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว

นอกจากนี้ก็จะศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแล้ว การประเมินคุณภาพชีวิตก็มีความสำคัญ เพื่อที่จะได้นำมาใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตให้ถูกต้องและชัดเจนตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต ได้มีผู้ศึกษาและเสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต ดังนี้

แฟรงค์-สตรอมเบอร์ (Frank-Stromberg, 1984) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์หรือบุคคลในทีมสุขภาพ เป็นต้น จะประเมินเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรม และความเป็นอยู่โดยทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวของบุคคลนั้นเอง โดยให้บุคคลประเมินตามการรับรู้หรือประสบการณ์ในชีวิตของตน เช่น ภาวะเจ็บป่วย ความพึงพอใจชีวิตในด้านต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงคุณภาพ (subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง แต่ให้บุคคลบรรยายเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นการบรรยาย

โอลลีสัน (Oleson, 1990) ได้ศึกษาและอธิบายถึงความสำคัญของการประเมินคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านว่า การประเมินด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้ทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องรายได้ ครอบครัว และหน้าที่ทางกายภาพ ซึ่งการประเมินด้วยวิธีนี้ไม่สามารถที่จะบอกได้ถึงการรับรู้ของบุคคลและประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้น ขณะที่การประเมินด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับปรากฏการณ์ด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการประเมินด้วยวิธีนี้จะถูกต้องมากในเรื่องเกี่ยวกับประสบการณ์ ของชีวิต

ส่วนฮาาส (Haas, 1999) ได้ศึกษารูปแบบแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และพบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตมีส่วนประกอบ 2 ด้าน โดยการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย เป็นการรับรู้โดยบุคคลอื่น ซึ่งส่วนมากจะใช้ประเมินเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ แต่การรับรู้คุณภาพชีวิตจิตวิสัยเป็นการรับรู้ด้วยตนเอง ซึ่งส่วนมากจะใช้ประเมินเกี่ยวกับความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิต

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต มี 3 ลักษณะ ดังนี้ (King et al., 1997; Mast, 1995)

1. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างมิติเดียว (unidimensional measures) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติเดียว ซึ่งการประเมินวิธีนี้จะขาดความไว และไม่สามารถแยกความแตกต่างขององค์ประกอบย่อยในแต่ละด้านได้
2. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินทางเดียว (multidimensional single-scale measures) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่กว้างและหลายมิติ โดยพิจารณาถึงความจำเป็นที่จะประเมินคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้น ซึ่งปัญหาจากการประเมินวิธีนี้คือ ในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตซ้ำซ้อนกัน และขาดข้อมูลในเชิงลึก
3. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินหลายทาง (multiple separate measures) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ใช้แยกตามองค์ประกอบในแต่ละด้าน เช่น การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สภาพอารมณ์ ความเครียด และความสัมพันธ์ เป็นต้น

สำหรับการศึกษากครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติในเชิงจิตวิสัย เนื่องจากเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตจากการรับรู้ด้วยตนเอง ซึ่งน่าจะถูกต้องชัดเจนเหมาะสมกับเรื่องที่ศึกษาเพราะเป็นการศึกษาประสบการณ์ในชีวิต (Oleson, 1990) และในการประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้าง

นอกจากประเมินคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบของบุคคลที่จะทำการศึกษาแล้ว จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามที่มีผู้ได้ศึกษาไว้แล้ว

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ทำการศึกษา โดยสามารถจำแนกได้เป็นปัจจัยภายในส่วนบุคคล ดังนี้

ปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วย

1. รายได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมเศรษฐกิจสูงกว่า กลุ่มรายได้ต่ำ (Ferrans & Powers, 1992) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของนันทกา ภู่อกันหาพันธ์ (2544) พบว่ากลุ่มรายได้สูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความวิตกกังวล ด้านความสัมพันธ์และด้านการเงินดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มรายได้สูงมีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและทำให้สามารถสนองตอบความต้องการของตนเองได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษา ของ มณฑา แห่งทรัพย์สินเจริญ (2539) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดและมีรายได้ต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมและด้านสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มอื่น

2. ระดับการศึกษา จากการศึกษาศึกษาของเฟอร์รานส์และเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1993) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความคาดหวังต่อเป้าหมายในชีวิตค่อนข้างสูงและเมื่อเกิดอุปสรรคไม่อาจบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย แต่จากการศึกษาของนันทกา ภู่อกันหาพันธ์ (2544) พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจ อาการข้างเคียง และการยอมรับความเจ็บป่วยของกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะสนใจหาความรู้ในเรื่องโรครมากกว่า ดังนั้นจึงสามารถปรับตัวได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

3. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยคู่สมรสจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความเครียด และมีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม (Sales, Schulz, & Biegel, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของสุริย์พร กฤษเจริญ และวรวรรณ เหนือคลอง (2542) พบว่าครอบครัวและการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและทำให้เกิดการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ แต่ผลการศึกษานี้ของนิโลบล กฤษณพันธ์ (2532) ซึ่งได้ศึกษาวิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 50 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะอารมณ์ทุกข์โศกสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในข้อจำกัดของตนในการตอบสนองความต้องการมีเพศสัมพันธ์ของสามี ซึ่งสิ่งนี้อาจทำให้เกิดปัญหาในอนาคตได้ รวมทั้งการศึกษานี้ของประอรุณช คุลยาทร พรรณนิภา ธรรมวิรัช และจินดา อุไรรัตน์ (2540) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ เนื่องจากผลการผ่าตัดทำให้ความต้องการทางเพศลดลง เกิดอาการเจ็บปวด และกลัวเจ็บจากการร่วมเพศ และการศึกษาของอังคณา เรือนก้อน (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าคุณภาพชีวิตในด้านความรักและความเป็นเจ้าของหลังได้รับรังสีรักษาไปแล้ว 3 สัปดาห์มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าก่อนได้รับรังสีรักษา ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่หรือมีครอบครัวจะเกิดปัญหาขณะได้รับรังสีขึ้นได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีจะต้องใช้ระยะเวลาานาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางจากบ้านจากครอบครัวมาพักกับญาติหรือบ้านพักรังสีรักษานาน ทำให้ผู้ป่วยขาดคนคอยดูแลและให้กำลังใจ และโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่เกิดกับสตรีซึ่งกระทบต่ออวัยวะที่มีความสำคัญทางเพศ ทำให้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ กลัวเอกลักษณ์ของความเป็นเพศหญิงเปลี่ยนไป กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวความรู้สึกทางเพศลดลง กลัวสามีจะรังเกียจ กลัวช่วยตนเองไม่ได้ กลัวการพึ่งพาคนอื่น และมีการสูญเสียสถานภาพภายในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสถานภาพสมรสได้ นอกจากนี้ การศึกษาของมณฑา แห่งทรัพย์เจริญ (2539: 76) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับเคมีบำบัดและมีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิต โดยรวมและรายด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ ไม่แตกต่างกัน

4. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีอายุมากขึ้น เนื่องจากอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่า ทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้โดยรวมทั้งมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (Padilla & Grant, 1985) ซึ่งผลคล้ายกับการศึกษาของนันทกา ภูักันหัน (2544) ที่

5. อาชีพ จากการศึกษาของเฟอร์รานส์และเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1993) พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดที่ยังคงประกอบอาชีพจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากการไม่มีงานทำจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลและการไม่มีงานทำยังทำให้ขาดทุนทางด้านเศรษฐกิจด้วย ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของสุริย์พร กฤษเจริญ และวรวรรณ เหนือคลอง (2542) ที่ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรังสีรักษาจำนวน 14 ราย พบว่าอาชีพมีความสำคัญต่อความมั่นคงปลอดภัยด้านฐานรายได้ และรายจ่ายภายในครอบครัว เนื่องจากการมีอาชีพจะทำให้ภาวะการเงินของครอบครัวดี มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ ไม่ต้องกู้ยืม และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

6. ระดับความรุนแรงของโรคหรือภาวะสุขภาพหรือระยะของโรค พบว่าบุคคลที่มีสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Ferrans & Powers, 1985) ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพดีสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอกับเป้าหมายในชีวิตที่ตั้งไว้ จึงทำให้บุคคลที่มีสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะพึงพอใจในชีวิตดีกว่า และจากการศึกษาของกนกพร ใจแก้ว (2537) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะของโรคที่เป็นมากคือมีความเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่ 2 และ 3 เป็นส่วนใหญ่ โดยเป็นระยะที่โรคค่อนข้างรุนแรงทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากโรคค่อนข้างมากและผลจากการได้รับการฉายรังสีทำให้เกิดอาการข้างเคียงมาก จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ

7. ที่พักอาศัยในระหว่างการได้รับการฉายรังสี เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยการฉายรังสีจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลศูนย์เท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัดหรืออยู่ไกลจากสถานที่ที่ทำการรักษาต้อง

ดังนั้นในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และเป็นผู้ที่มีการประสพการณ์การได้รับเคมีบำบัดมาแล้ว อย่างน้อย 1 ชุด ซึ่งผลกระทบจากการมารับยาและผลข้างเคียงของยาเคมี จะเริ่มมีอาการ ตั้งแต่การได้รับยาเคมี และอาจมีความรุนแรงมากขึ้นแตกต่างกัน ตามชนิดของยา วิธีการให้ สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเองและปัจจัยภายในบุคคล ด้วยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะโรคและการรักษาอีกทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ซึ่งกระทบกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะ พยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิด ที่มีโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความพึงพอใจในชีวิตได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อ นำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ในการสร้างรูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป