

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคมะเร็งปอด
2. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม
3. การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด
4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

โรคมะเร็งปอด

ความหมายและอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปอด

มะเร็งปอด หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ปอด โดยทั่วไปพบว่ามีกเริ่มจากเซลล์เดียวซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลง เจริญเติบโตและแพร่กระจาย โดยไม่สามารถควบคุมได้ (Schwartz & Jones, 2006)

มะเร็งปอดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของเกือบทุกประเทศทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2004) โดยในประเทศไทยปีพุทธศักราช 2551 คาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมดถึง 15,000 ราย (Sriplung, Wiangnon, Sontipong, Sumitsawan, & Martin, 2006) ประเมินอัตราอุบัติการณ์ (estimated incidence rate) 20.6 ต่อแสนประชากรในเพศชาย และ 9.3 ต่อแสนประชากรในเพศหญิง (Martin, 2006) ส่วนสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี 2543-2546 พบว่ามะเร็งปอด ยังมีอุบัติการณ์การเกิดโรคและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ถึง 1,922 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.9 ของโรคมะเร็งทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิต 1,608 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.1 ของผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมดจากโรคมะเร็ง (หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2546)

ชนิดและระยะของมะเร็งปอด

มะเร็งปอดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (small cell lung cancer [SCLC]) และมะเร็งปอดชนิดที่เซลล์ไม่เล็ก (non-small cell lung cancer [NSCLC]) (American Cancer Society [ACS], 2006; The Cancer Council New South Wales, 2007)

1. มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก พบได้ประมาณร้อยละ 15-20 ของมะเร็งปอดทั้งหมด (The Cancer Council New South Wales, 2007) มีความสัมพันธ์สูงกับการสูบบุหรี่ ตำแหน่งของก้อนมะเร็งมักเกิดขึ้นตรงกลางปอด (National Health and Medical Research Council, 2004) เป็นชนิดที่มีความร้ายแรงมากที่สุด มีความสามารถในการแพร่กระจายสูง ไม่เหมาะกับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด แต่ตอบสนองได้ดีต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยทั่วไปมักให้ร่วมกับรังสีรักษา (Pass, Mitchell, Johnson, Turrisi, & Minna, 2000) ลักษณะของเซลล์มะเร็งชนิดนี้ อาจมีรูปร่างกลมและคล้ายไข่ อาจเรียกว่าโอ๊ตเซลล์ (oat cell) หรือมีรูปร่างคล้ายกระสวย (spindle-shaped) หรือมีหลายลักษณะรวมกันก็ได้ (polygonal cell) (National Health and Medical Research Council, 2004)

2. มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก เป็นมะเร็งปอดที่พบได้ ประมาณร้อยละ 85-90 ของมะเร็งปอดทั้งหมด (ACS, 2006) ตำแหน่งของก้อนมะเร็งมักเกิดในเซลล์ของหลอดลมใหญ่ในปอด และแขนงของหลอดลมเล็ก (The Cancer Council New South Wales, 2007) มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก ประกอบด้วย 3 ชนิดย่อย ดังนี้ (ACS, 2006)

2.1 สความัสเซลล์คาร์ซิโนมา (squamous cell carcinoma) เป็นมะเร็งปอดชนิดที่พบบ่อยที่สุดในเพศชาย (ACS, 2006) มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการสูบบุหรี่ ตำแหน่งของก้อนมะเร็งมักพบตรงศูนย์กลางปอดติดกับหลอดลมใหญ่ การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นเป็นไปได้ช้า แต่เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในตำแหน่งที่เป็นอวัยวะต้นกำเนิด (National Health and Medical Research Council, 2004)

2.2 อะดีโนคาร์ซิโนมา (adenocarcinoma) เป็นมะเร็งปอดชนิดที่พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมทั้งผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (National Health and Medical Research Council, 2004) ตำแหน่งของก้อนมะเร็งมักพบอยู่ชายขอบของปอด โดยเฉพาะส่วนปลายใกล้เยื่อหุ้มปอด บางครั้งพบว่าการสร้างเมือกจากต่อมเมือกและเซลล์ของก้อนมะเร็ง อะดีโนคาร์ซิโนมายังแยกเป็นชนิดย่อยตามการจำแนกขององค์การอนามัยโลกได้หลายชนิด โดยชนิดที่พบบ่อยคือ บรอนคีโอ-อัลวีโอลาร์เซลล์ คาร์ซิโนมา (bronchio-alveolar cell carcinoma) ซึ่งมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่าชนิดอื่น (ACS, 2006)

2.3 มะเร็งเซลล์ใหญ่ (large cell carcinoma) เป็นชนิดที่ก้อนมะเร็งพบได้ในจุดต่างๆ ของปอด และมักพบเนื้อตายตรงกลางของก้อนมะเร็งได้บ่อย เซลล์มีขนาดใหญ่และไม่มีพัฒนาการ

รูปร่างไปเหมือนกับเซลล์ชนิดอื่น การเจริญและลุกลามได้รวดเร็ว เป็นผลให้การพยากรณ์โรคไม่ดี (กริชา ธรรมคัมภีร์, 2550; ACS, 2006)

สำหรับการแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอดในปัจจุบัน อาจแบ่งตามระบบของ TMN classification ซึ่งพิจารณาจากการกระจายตัวของมะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย สามารถแบ่งออกได้ ดังนี้ (Mountain, 1997)

Primary tumor (T) เป็นลักษณะและการลุกลามของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ มีตั้งแต่ Tx คือ ตรวจพบเซลล์มะเร็งในเสมหะหรือน้ำจากการล้างหลอดลม จนถึง T4 คือ ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าใดก็ได้ที่มีการกระจายเข้าสู่อวัยวะสำคัญ

Regional lymph node (N) หมายถึง ต่อมน้ำเหลืองที่มะเร็งลุกลามเข้าถึง มีตั้งแต่ Nx คือ ไม่สามารถประเมินได้ จนถึง N3 คือ เซลล์มะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองอื่น และ/หรือด้านตรงข้ามกับรอยโรค

Distant metastasis (M) หมายถึง การลุกลามออกไปยังอวัยวะอื่น มีตั้งแต่ Mx คือ ไม่สามารถประเมินได้จนถึง M1 คือ มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

จากการแบ่งระยะของมะเร็งตามหลัก TMN อาจแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอดเป็น 4 stage ดังนี้ (กริชา ธรรมคัมภีร์, 2550)

Stage 0: มะเร็งพบในหลอดลมแต่ไม่กินลึกลงไปปอด อยู่เฉพาะที่และไม่กระจายไปที่ใด (Carcinoma in Situ)

Stage I: มะเร็งจำกัดอยู่ในปอด ยังไม่กระจายแพร่ออกไป

Stage II: มะเร็งอยู่เฉพาะที่ โตขึ้นและมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองในปอดข้างเดียวกัน

Stage IIIA: มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรอบๆ หลอดลม อาจลามไปถึงทรวงอก และกระบังลมข้างเดียวกัน

Stage IIIB: มะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ปอดด้านตรงข้าม และที่คอ

Stage IV: มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นในร่างกายแล้ว

นอกจากนี้ ยังสามารถแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอด ออกเป็นระยะโรคจำกัด (limited disease) และระยะโรคลุกลาม (extensive disease) ดังนี้ (Cancer Care Nova Scotia, 2005)

ระยะโรคจำกัด หมายถึง มะเร็งปอดที่อยู่ภายในปอดข้างเดียว รักษาด้วยการฉายรังสีได้อย่างปลอดภัย

ระยะโรคลุกลาม หมายถึง มะเร็งมีการลุกลามออกนอกปอดข้างที่เป็นมะเร็ง หรือมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณหัวปอด ด้านตรงข้ามกับรอยโรคหรือต่อม

น้ำเหลืองเหนือไหปลาร้าด้านตรงข้ามกับรอยโรค โดยระยะโรคลุกลามนี้จะเทียบเท่ากับระยะที่ 4 ในระบบ TMN

อาการและอาการแสดงของมะเร็งปอด

มะเร็งปอดในระยะแรกจะไม่แสดงอาการ เนื่องจากเซลล์มะเร็งเกิดจากเซลล์เพียงเซลล์เดียว ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย (กรีทา ธรรมคัมภีร์, 2550; Olson & Jett, 2001; Pass et al., 2000) การตรวจพบในระยะปลอดอาการจึงมักพบโดยบังเอิญ จากการฉายภาพรังสีทรวงอก อาการของโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่จะขึ้นกับระยะของโรค การเจริญเติบโตของก้อนมะเร็งและตำแหน่งที่มะเร็งแพร่กระจายไป (Olson & Jett, 2001) อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปอด แบ่งได้เป็น 4 ชนิด ได้แก่ อาการจากก้อนมะเร็งโดยตรง (local symptoms) อาการจากก้อนมะเร็งไปกดหรือแพร่กระจายอยู่ภายในปอด (intrathoracic spread symptoms) อาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น (metastatic symptoms) และอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของมะเร็งปอด (paraneoplastic symptoms) (กรีทา ธรรมคัมภีร์, 2550; Olson & Jett, 2001)

1. อาการจากก้อนมะเร็งโดยตรง อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการไอ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ก้อนเนื้ออุดกั้นหลอดลม ปอดอักเสบจากการอุดกั้นหลอดลม มะเร็งลุกลามเข้าในเนื้อปอด หรือเกิดจากน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (กรีทา ธรรมคัมภีร์, 2550) นอกจากนี้ ยังพบอาการน้ำหนักลด หายใจหอบเหนื่อย อาการเจ็บหน้าอก อาการไอเป็นเลือด หายใจเสียงวี๊ด ซึ่งมักพบเฉพาะที่และอาจเป็นอาการแสดงแรกของผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้อในหลอดลมใหญ่ รวมถึงอาการปอดอักเสบชนิดที่เกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ (postobstructive pneumonia) (กรีทา ธรรมคัมภีร์, 2550; Olson & Jett, 2001)

2. อาการจากก้อนมะเร็งไปกด หรือแพร่กระจายอยู่ภายในปอด จะขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง อาการจากก้อนมะเร็งกดเส้นประสาท หากกดเส้นประสาทกล่องเสียง (recurrent laryngeal nerve) จะทำให้สายเสียงซ้ายเป็นอัมพาต เกิดอาการเสียงแหบ และมีผลให้กลไกการกลืนผิดปกติ มีอาการสำลักน้ำและอาหาร หากกดเส้นประสาทกระบังลม (phrenic nerve) ทำให้กระบังลมเกิดอัมพาต มีอาการเหนื่อยง่าย และถ้ากดเส้นประสาทบริเวณแขน จะทำให้ปวดไหล่ แขน และแขนลีบ ส่วนการถูกกดบริเวณกลุ่มเส้นประสาทซิมพาเทติกบริเวณคอ (cervical sympathetic chain) จะมีอาการหนังตาตก ม่านตาแคบ ไม่มีเหงื่อออก เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า ฮอร์เนอร์ซินโดรม นอกจากนี้หากก้อนมะเร็งกดเส้นเลือดดำสู่พีเรียวีนา คาวา จะทำให้เกิดกลุ่มอาการสู่พีเรียวีนา คาวา ซินโดรม (superior vena cava syndrome) คือ บวมบริเวณหน้า คอ แขน และอกแดงที่คอ มีการขยายตัวของหลอดเลือดดำฝอยที่หน้าอก และถ้าก้อนมะเร็งกดบริเวณเมดิแอสตินัม

(mediastinum) มีผลกดหลอดอาหาร เกิดอาการกลืนลำบาก ทำให้เกิดรูรั่วบริเวณหลอดลมกับหลอดอาหาร เกิดการไอ สำลักน้ำ และอาหารได้ง่าย นอกจากนี้ หากมะเร็งแพร่กระจายไปสู่ผนังเยื่อหุ้มปอดชั้นนอก (parietal pleura) จะทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก และไอ หากมะเร็งมีการแพร่กระจายเข้าสู่เยื่อหุ้มหัวใจ จะทำให้เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) ทำให้หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอ แน่นหน้าอก หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง และอาจเกิดภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) รวมทั้งเมื่อมีการกระจายของมะเร็งเข้าสู่ทางเดินน้ำเหลือง ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ และหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้น (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550; วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542; Kraut & Wozniak, 2000; Olson & Jett, 2001)

3. อาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น มะเร็งปอด สามารถแพร่กระจายไปยังทุกอวัยวะ ที่พบบ่อย ได้แก่ ต่อม้ำน้ำเหลือง ตับ กระดูก สมอง และต่อมหมวกไต (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542) โดยพบการกระจายไปสมองบ่อยที่สุด ซึ่งอาการและอาการแสดงมีความหลากหลายมาก ที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชี้น้ำหนักตัวลดลง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ชัก หรือหมดสติได้ (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550) หากมะเร็งแพร่กระจายไปยังกระดูก จะมีอาการปวดกระดูกหรือมีกระดูกหักจากพยาธิสภาพ ถ้าหากมะเร็งแพร่กระจายมายังตับ จะพบตับโต ตัวเหลือง ปวดท้อง มีน้ำในช่องท้อง และตับวายได้ ส่วนการแพร่กระจายไปยังต่อมหมวกไต จะทำให้การทำงานของต่อมหมวกไตผิดปกติ (adrenal insufficiency) สำหรับการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำน้ำเหลือง มักไม่แสดงอาการ (Kraut & Wozniak, 2000; Olson & Jett, 2001)

4. อาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของมะเร็งปอด เป็นอาการที่เป็นผลทางอ้อมของเซลล์มะเร็งที่ทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติ มักพบในมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550) เกิดจากการสร้างฮอร์โมนนอกแหล่ง (ectopic hormone production) หรือจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเซลล์มะเร็งแล้วภูมิคุ้มกันที่สร้างขึ้นไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อปกติของร่างกาย ทำให้เกิดอาการคล้ายโรคของภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (autoimmune) ในระบบต่างๆ (วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542) ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่สำคัญ ได้แก่ การที่ก้อนมะเร็งสร้างสารที่เรียกว่าพาราไทรอยด์ สอร์โมน รีเลตเตด เปปไทด์ (parathyroid hormone-related peptide) ซึ่งทำหน้าที่คล้ายพาราไทรอยด์สอร์โมน ทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูง (hypercalcemia) และกลุ่มอาการที่เกิดจากการทำงานไม่เหมาะสมของสอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (syndrome of inappropriate antidiuretic hormone [SIADH]) ทำให้เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) จะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชี้น้ำหนักตัวลดลง ชักและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังมีการสร้างสอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิง สอร์โมน (corticotrophin-releasing hormone [CRH]) และอะดรีโนคอร์ติโคโทรปิน สอร์โมน (adrenocorticotrophic hormone [ACTH]) นอกแหล่ง ซึ่งทำให้เกิดกลุ่มอาการคุชชิง (Cushing's

syndrome) จะมีอาการตัวบวม ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ผิวแห้ง และคือต่อกลูโคส ส่วนความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบ ได้แก่ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อส่วนต้น ตอบสนองต่อการกระตุ้นช้า การทำงานของประสาทอัตโนมัติผิดปกติ และอาการที่เกิดจากการถูกทำลายของสมองส่วนซีรีเบลลัม โดยภูมิคุ้มกันของร่างกายที่สร้างขึ้นจากก้อนมะเร็ง ทำให้เกิดอาการเดินเซ พูดไม่ชัด และกลืนลำบาก รวมทั้งการสูญเสียการรับรู้สัมผัสของประสาทส่วนปลาย (peripheral sensory neuropathy) โดยเฉพาะแขน และขา อาจมีอาการอ่อนแรงร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังพบผลข้างเคียงของมะเร็งปอดต่อกล้ามเนื้อและกระดูก ทำให้เกิดอาการปวด บวม แดง แสบร้อน นิ้วข้อมือบริเวณข้อ และกระดูกกระชาก อาการทางระบบเลือดและหลอดเลือด พบอาการช้ำ เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น และลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำที่ขา อาการทางผิวหนัง สีผิวจะคล้ำขึ้น มีขนอ่อนเพิ่มขึ้น อาจมีผื่นร่วมกับกล้ามเนื้ออักเสบได้ อาการทางไต อาจเกิดหน่วยไตอักเสบได้ อาการด้านอื่นๆ ยังพบว่าผู้ป่วยจะเกิดภาวะผอมจนหนังหุ้มกระดูก (cachexia) เนื่องจากการสร้างสารที่กระตุ้นกระบวนการสลาย (catabolism) และสร้างคีโตนเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการย่อยสลายของกล้ามเนื้อและโปรตีนเพิ่มขึ้น (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550; วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, 2542; Kraut & Wozniak, 2000; Olson & Jett, 2001)

วิธีการรักษาโรคมะเร็งปอดในปัจจุบัน

หลักการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย การรักษาหลักยังคงประกอบด้วย การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือเป็นการรักษาร่วมกันตั้งแต่ 2 วิธีขึ้นไป ทั้งนี้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการรักษา สภาพร่างกายของผู้ป่วย อาการข้างเคียงของการรักษา และคุณภาพชีวิต (Spiro & Silvestri, 2005)

1. การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด ในการหวังผลเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค (resection for cure) โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะเริ่มแรก ที่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดให้หายได้ (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550; ACS, 2006; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2005) ส่วนในระยะแพร่กระจาย การผ่าตัดจะช่วยยืดระยะเวลาในการรอดชีวิต บรรเทาอาการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, 2550; สมเจริญ แซ่เต็ง, 2545) แต่สำหรับมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก การผ่าตัดไม่ได้มีบทบาทมากนัก เนื่องด้วยมะเร็งชนิดนี้ มักมีการแพร่กระจายไปแล้วเมื่อได้รับการวินิจฉัย ทำให้ยากต่อการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (กรีธา ธรรมคัมภีร์, 2550) ปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ช่วยในการผ่าตัด โดยผ่าตัดผ่านการส่องกล้องวิดีโอ (video-assisted thoracic surgery [VATs]) ซึ่งจะช่วยลดขนาดแผล และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดลงได้ (SIGN, 2005)

2. รังสีรักษา การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดด้วยวิธีรังสีรักษามี 2 วิธีหลัก คือ การฉายรังสี (teletherapy หรือ external beam radiation therapy) และวิธีการใส่แร่ (brachytherapy) (ดวงใจ แสงกวัลย์, 2550) ซึ่งวัตถุประสงค์ของการรักษาเป็นการรักษาเพื่อให้หายขาด (cure) หรือรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (palliation) รูปแบบของการให้รังสีรักษา อาจเป็นการให้รังสีรักษาเพียงวิธีเดียว ซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด หรือการรักษาด้วยเคมีบำบัด การให้รังสีรักษา ร่วมกับการผ่าตัด โดยอาจฉายรังสีนํ้าก่อนผ่าตัด หรือตามหลังการผ่าตัดก็ได้ และการให้รังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด โดยอาจให้ตามหลังเคมีบำบัด หรือให้พร้อมกับเคมีบำบัด (ดวงใจ แสงกวัลย์, 2550; ACS, 2006)

3. เคมีบำบัด เป็นข้อบ่งชี้สำคัญในการรักษามะเร็งในระยะแพร่กระจาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบำบัดอาการจากโรคมะเร็ง เพิ่มคุณภาพชีวิต รวมทั้งยืดระยะเวลารอดชีวิตของผู้ป่วย (นรินทร์ วรวิทย์ และ กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550; SIGN, 2005) ซึ่งการรักษาอาจให้เคมีบำบัดเป็นหลัก หรือเป็นการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (neoadjuvant chemotherapy) โดยเฉพาะในระยะที่มะเร็งมีการลุกลามเข้าสู่ต่อมนํ้าเหลือง หวังผลเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น และการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy) หลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายและกลับเป็นซ้ำของโรค (Maghfoor & Perry, 2005) การรักษาด้วยเคมีบำบัดนิยมรักษาร่วมกับยาหลายชนิดร่วมกัน มากกว่าการรักษาด้วยยาชนิดเดียว เนื่องจากให้ผลในการรักษาที่ดีกว่า (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2545; ACS, 2006)

4. สารยับยั้งโมเลกุลหรือกระบวนการทางชีวภาพของเซลล์มะเร็ง (molecular targeted therapy) เป็นยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะในระดับโมเลกุลยีนหรือกระบวนการทางชีวเคมีต่างๆ โดยยับยั้งโมเลกุลหรือกระบวนการทางชีวภาพภายในและภายนอกเซลล์ที่มีความสำคัญต่อการเกิดและเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ทำให้หยุดการเจริญเติบโต การลุกลาม หรือแพร่กระจายของโรคมะเร็งได้ เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีความจำเพาะต่อเซลล์มะเร็ง จึงเป็นการรักษาที่ดี และมีผลข้างเคียงต่อเซลล์ปกติของร่างกายน้อยมาก ปัจจุบันยาในกลุ่มนี้ที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดคือ ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ ทรานส์ไคเนส รีเซปเตอร์ (tyrosine kinase receptor) โดยมีโมเลกุลเป้าหมายคือ เอพิเดอมอล โกรท แฟคเตอร์ รีเซปเตอร์ (epidermal growth factor receptor [EGFR]) ได้แก่ ยาจีฟิทินิบ (gefitinib) ซึ่งมีข้อบ่งชี้ใช้ในการรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กที่ล้มเหลวต่อการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 สูตร ซึ่งประกอบด้วย พลาตินัม (platinum) (ภัทรพิมพ์ สรรพวิรวงศ์, 2549; ACS/NCCN, 2006) นอกจากนี้ ยังมียาที่ยับยั้งกระบวนการสร้างหลอดเลือด (antiangiogenic agent) โดยยาจะยับยั้งการทำงานของ วาสคิวลาร์ เอนโดทีเรียล โกรท แฟคเตอร์ (vascular endothelial growth factor [VEGF]) ซึ่งมีผลในการยับยั้งการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่มาเลี้ยง

ก้อนมะเร็ง และเสริมฤทธิ์การรักษาด้วยเคมีบำบัดด้วย (นรินทร์ วรวิทย์ และ กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550; Spiro & Silvestri, 2005) อย่างไรก็ตามยาในกลุ่มเหล่านี้ยังต้องมีการศึกษาติดตามประโยชน์ทางคลินิกต่อไป

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอดด้วยเคมีบำบัด

การรักษา มะเร็งปอดด้วยเคมีบำบัด จะขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง และระยะของโรค (ACS, 2006) โดยมีแนวทางการรักษา ดังนี้ (NCCN, 2008)

1. การรักษา มะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy of non-small cell lung cancer) (NCCN, 2008)

1.1 การรักษาในระยะโรคจำกัด

1.1.1 การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy) เคมีบำบัดหลักที่เลือกใช้ คือ ซิสพลาติน (cisplatin) โดยพิจารณาให้ร่วมกับเคมีบำบัดชนิดใดชนิดหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ ไวนอเรลบิน (vinorelbine) อีโทโปไซด์ (etoposide) วินบลาสติน (vinblastin) เจมซิทาบิน (gemcitabine) และดอคซีแทกเซล (docetaxel) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยาซิสพลาติน จะพิจารณาให้เคมีบำบัด สูตรเจมซิทาบินร่วมกับคาร์โบพลาติน (carboplatin) หรือ สูตรแพคลิแทกเซล (paclitaxel) ร่วมกับคาร์โบพลาติน สูตรดอคซีแทกเซลร่วมกับคาร์โบพลาติน หรือสูตรเจมซิทาบินร่วมกับดอคซีแทกเซล โดยเคมีบำบัดทุกสูตรที่กล่าวมาจะให้ทุก 3-4 สัปดาห์ จำนวน 4 ชุด ยกเว้น สูตรเจมซิทาบินร่วมกับดอคซีแทกเซล ซึ่งจะให้ทุก 4 สัปดาห์ เป็นจำนวน 8 ชุด

1.1.2 การให้เคมีบำบัดพร้อมกับรังสีรักษา (concurrent chemotherapy/RT regimens) สูตรเคมีบำบัดที่เลือกใช้ คือ สูตรซิสพลาตินร่วมกับอีโทโปไซด์ หรือสูตรซิสพลาตินร่วมกับวินบลาสตินหรือสูตรแพคลิแทกเซลร่วมกับคาร์โบพลาติน

1.1.3 การรักษาด้วยวิธีการให้เคมีบำบัดพร้อมกับรังสีรักษา แล้วตามด้วยเคมีบำบัด (concurrent chemotherapy/RT followed by chemotherapy) สูตรเคมีบำบัดที่เลือกใช้ คือสูตรซิสพลาติน ร่วมกับอีโทโปไซด์ พร้อมกับรังสีรักษา แล้วตามด้วยดอคซีแทกเซล หรือสูตรแพคลิแทกเซลร่วมกับคาร์โบพลาติน พร้อมกับรังสีรักษาแล้วตามด้วยสูตรแพคลิแทกเซลร่วมกับคาร์โบพลาติน อีก 2 ชุด

1.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะโรคลุกลาม ส่วนใหญ่เป็นการให้เคมีบำบัด 2 ชนิดร่วมกัน โดยจะพิจารณาให้ยาในกลุ่มพลาตินัม คือ ซิสพลาตินหรือคาร์โบพลาติน ร่วมกับเคมีบำบัดต่อไปนี้คือ แพคลิแทกเซล ดอคซีแทกเซล เจมซิทาบิน ไวนอเรลบิน อีโทโปไซด์ วินบลาสติน หรือไอริโนทีแคน

2. การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็กด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy of small cell lung cancer)

2.1 ระยะโรคจำกัด สูตรเคมีบำบัดหลักที่เลือกใช้ในการรักษา คือ ชีสพลาติน ร่วมกับ อีโทโปไซด์ ซึ่งสูตรนี้อาจให้ร่วมกับรังสีรักษา หรืออาจพิจารณาใช้สูตรคาร์โบพลาติน ร่วมกับอีโทโปไซด์ โดยในระยะโรคจำกัดนี้จะให้เคมีบำบัดจำนวน 4 ชุด ชุดละ 3 วัน แต่ละชุดห่างกัน 3 สัปดาห์

2.2 ระยะโรคลุกลาม สูตรเคมีบำบัดที่เลือกใช้ในการรักษา คือ สูตรชีสพลาติน ร่วมกับ อีโทโปไซด์ สูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับอีโทโปไซด์ สูตรไอริโนทีแคนร่วมกับชีสพลาติน ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) ร่วมกับด็อกโซรูบิซิน (doxorubicin) และวินคริสติน (vincristine) หรือ ซัยโคลฟอสฟาไมด์ร่วมกับด็อกโซรูบิซินและอีโทโปไซด์ โดยในระยะโรคลุกลามจะให้เคมีบำบัดจำนวน 4-6 ชุด ชุดละ 3 วัน แต่ละชุดห่างกัน 3 สัปดาห์ ยกเว้นสูตรไอริโนทีแคนร่วมกับชีสพลาติน ที่จะให้ในวันที่ 1, 8 และ 15

2.3 กรณีที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค (relapse) จะพิจารณาให้ยาเคมีตามลำดับ ดังนี้

2.3.1 หากมีระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ น้อยกว่า 2-3 เดือน พิจารณาให้ ไอฟอสฟาไมด์ (ifosfamide) แพคลิทาเซล คอกซ์เทคเซล เจมซิทาบิน และโทโปทีแคน (topotecan)

2.3.2 หากระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ มากกว่า 2-3 เดือน ถึง 6 เดือน พิจารณาให้ โทโปทีแคน ไอริโนทีแคน หรือซัยโคลฟอสฟาไมด์ ร่วมกับด็อกโซรูบิซินและวินคริสติน หรือเจมซิทาบิน แทกเซน (taxane) อีโทโปไซด์ชนิดรับประทาน หรือไวโนเรลบิน

2.3.3 หากมีการกลับเป็นซ้ำของโรคมามากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป ให้เริ่มต้นการให้เคมีบำบัดสูตรแรกที่เคยได้รับอีกครั้ง

สำหรับแนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอดด้วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลมหาราช ปฏิบัติ ตามแนวทางของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่จัดทำขึ้นโดยมะเร็ง วิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2548ก, 2548ข) ร่วมกับการ พิจารณาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ชนิดของมะเร็งปอด อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โรคและ ความเจ็บป่วยเดิม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและความคุ้มทุนของการรักษา รวมถึงการตอบสนองต่อยา ของผู้ป่วย (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2545) โดยแบ่งการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก

1.1 ระยะโรคจำกัด จะให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา หรือให้เคมีบำบัดแล้วตามด้วย รังสีรักษา และพิจารณาผ่าตัดในกรณีที่สามารถผ่าตัดได้ จำนวนชุดของเคมีบำบัดที่ให้คือ 4-6 ชุด ส่วนใหญ่จะพิจารณาให้เคมีบำบัดโดยการให้ยาหลายชนิดร่วมกัน ทางหลอดเลือดดำ สูตรที่ใช้บ่อย

ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ คือ 1) สูตรไวโนเรลบินร่วมกับซิสพลาติน โดยให้ซิสพลาติน 50 มก./ม² ในวันที่ 1 และวันที่ 8 และให้ไวโนเรลบิน 25 มก./ม² ในวันที่ 1, 8, 15 และวันที่ 22 ของการให้เคมีบำบัดแต่ละชุด จำนวน 4 ชุด แต่ละชุดห่างกันทุก 4 สัปดาห์ 2) สูตรแพคลีทาเซลร่วมกับคาร์โบพลาติน โดยให้แพคลีทาเซล 200 มก./ม² และคาร์โบพลาติน คำนวณขนาดยาตามพื้นที่ใต้กราฟ (area under the plasma concentration-time curve [AUC]) ในวันที่ 1 ของการให้เคมีบำบัดแต่ละชุด จำนวน 4 ชุด แต่ละชุดห่างกันทุก 3 สัปดาห์ (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2548ข)

1.2 ระยะโรคลุกลาม จะให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดกลุ่มพลาตินั่ม คือ ซิสพลาตินหรือคาร์โบพลาติน ร่วมกับยาต่อไปนี้ ไวนอเรลบิน อีโทโปไซด์ วินบลาสติน เจมซิทาบิน คอกซิแทกเซล แพคลีทาเซล ไอริโนทีเคน และไอฟอสฟาไมด์ (Ifosfamide) โดยจำนวนชุดของเคมีบำบัดที่ให้ คือ 4-6 ชุด แต่ละชุดห่างกันทุก 3-4 สัปดาห์ (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2548ข)

1.3 หากมีการกลับเป็นซ้ำของโรค จะพิจารณาให้ คอกซิแทกเซล หรือจีฟิทิบ (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2548ข)

2. การรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก

2.1 ในระยะโรคจำกัด จะให้เคมีบำบัดจำนวน 2 ชุด จากนั้นจะฉายรังสี 1 ครั้ง และให้เคมีบำบัดต่ออีก 4 ชุด จึงจะสิ้นสุดการรักษา โดยพิจารณาให้เคมีบำบัดสูตรซิสพลาตินร่วมกับอีโทโปไซด์ โดยให้ซิสพลาตินขนาด 80-100 มก/ม² ฉีดเข้าหลอดเลือดดำในวันที่ 1 และให้อีโทโปไซด์ขนาด 100 มก/ม² ในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 ของการให้เคมีบำบัดแต่ละชุด ซึ่งห่างกันทุก 3 สัปดาห์ (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2548ก)

2.2 ในระยะโรคลุกลาม จะให้เคมีบำบัดเหมือนกับมะเร็งปอด ชนิดเซลล์เล็กในระยะจำกัด เป็นจำนวน 4-6 ชุด ถึงจะสิ้นสุดการรักษา กรณีที่มีการกลับเป็นซ้ำภายหลังรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรแรก จะพิจารณาสลับสูตรของเคมีบำบัด หรือเลือกให้เคมีบำบัดชนิดตัวเดียวซึ่งที่นิยมใช้ คือ โทโปทีเคน เจมซิทาบิน คอกซิแทกเซล และไวโนเรลบิน รวมทั้งการเพิ่มขนาดของเคมีบำบัด (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, 2548ก)

ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กในระยะ IIIB (stage IIIB) และระยะ IV (stage IV) ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลีทาเซล ทางหลอดเลือดดำในชุดที่ 1 จนถึงชุดที่ 3 แต่ละชุดห่างกันทุก 3 สัปดาห์ โดยยาแพคลีทาเซลให้โดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำหมดภายใน 3 ชั่วโมง และตามด้วยยาคาร์โบพลาตินให้หมดภายใน 1 ชั่วโมง กลไกการออกฤทธิ์ของคาร์โบพลาตินและแพคลีทาเซลต่อวงจรชีวิตของเซลล์ (cell cycle) มีดังนี้

1. คาร์โบพลาทิน เป็นเคมีบำบัดในกลุ่มอัลคิลเลตติ้งเอเจนท์ (alkylating agents) ออกฤทธิ์ต่อเซลล์ทุกระยะของวงจร โดยรวมตัวกับ ดีเอ็นเอ (DNA) ทำให้เกิดความผิดปกติในการเชื่อมโยงพันธะ (cross-linking) ของดีเอ็นเอ เกิดการบิดเบี้ยวหรือความผิดปกติของเกลียวคู่สายดีเอ็นเอ (DNA strands) ส่งผลให้ยับยั้งการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์มะเร็ง เซลล์มะเร็งจึงหยุดการเจริญเติบโตหรือการแบ่งตัว (Solimando, 2008)

2. แพคลิตาเซล เป็นเคมีบำบัดในกลุ่มที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์โดยเข้าไปหยุดกระบวนการแบ่งตัวของเซลล์แบบไมโทซิส (mitosis) (National Cancer Institute, 2009) โดยเคมีบำบัดจะเข้าไปมีผลต่อเส้นใยโปรตีน (microtubule) ภายในเซลล์ที่เรียกว่าไมโทติก สปินเดิล (mitotic spindle) และสปินเดิล ไฟเบอร์ (spindle fiber) ส่งเสริมให้เกิดการเกาะกลุ่มกันของเส้นใยโปรตีน ก่อนเวลาที่ควรจะเป็น ป้องกันไม่ให้เกิดการแตกตัวของโมเลกุลภายในเซลล์ จึงเกิดความผิดปกติในการแยกออกจากกันของโครโมโซม และทำให้กระบวนการที่จะนำไปสู่การแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งถูกยับยั้ง เซลล์มะเร็งจึงหยุดการเจริญเติบโต (Solimando, 2008)

ผลกระทบของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาทินร่วมกับแพคลิตาเซล

มะเร็งปอดเป็นโรคที่มีความร้ายแรงเนื่องจากตรวจพบได้ยากและมีการแพร่กระจายของมะเร็งอย่างรวดเร็วก่อนได้รับการวินิจฉัย การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาทินร่วมกับแพคลิตาเซลเป็นเคมีบำบัดสูตรหนึ่งที่ใช้บ่อยในการรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก แม้เคมีบำบัดจะเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด แต่ผู้ป่วยก็อาจได้รับผลกระทบจากการรักษาในหลายด้านดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาทินร่วมกับแพคลิตาเซล อาจมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ซึ่งหมายรวมถึงอาการแพ้หรือผลข้างเคียงจากการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย ความรุนแรงของอาการอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและระยะเวลาของเคมีบำบัดที่ได้รับ รวมทั้งความสมบูรณ์ของร่างกาย ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดมักเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งจากนั้นจะทุเลาลงหรือหายไปเมื่อยุติการรักษา ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาทินร่วมกับแพคลิตาเซลที่พบได้มีดังนี้

1. การแพ้หรืออาการของปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (hypersensitivity reactions) เป็นปฏิกิริยาที่ภูมิร่างกายไวต่อยาเกินไป จากรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาทินร่วมกับแพคลิตาเซล จำนวน 185 ราย พบว่าเกิดปฏิกิริยาการแพ้ (allergy) จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.6 (Stathopoulos et al., 2004) การเกิดปฏิกิริยาภูมิไวเกินจากยาแพคลิตาเซล เป็นอาการที่พบได้ค่อนข้างบ่อย โดยความถี่และความรุนแรงของอาการไม่สัมพันธ์กับ

ขนาดหรือระยะเวลาการใช้ยา อาการที่พบมีตั้งแต่ไม่รุนแรง เช่น คันทามตัว เกิดผื่นตามร่างกาย จนถึงมีอาการแพ้อย่างรุนแรง เช่น หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด ความดันโลหิตต่ำ เป็นลม หน้าแดง คอแดง เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น และอาการแพ้อย่างรุนแรงซึ่งอาจเกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้ยาแพคลีทาเซลทางหลอดเลือดดำ อุบัติการณ์การเกิดประมาณร้อยละ 2-10 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา (Barton-Burke, Wilkes, & Ingwersen, 2001, Camp-Sorrell, 2000) ผู้ป่วยอาจมีความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำร่วมด้วยได้ ซึ่งเป็นผลของยาต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด พบได้ใน 3 ชั่วโมงแรกของการได้รับยา จากรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลีทาเซล จำนวน 185 ราย พบอาการพิษต่อหัวใจ (cardiotoxicity) 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6 (Stathopoulos et al., 2004) ส่วนปฏิกิริยาภูมิไวเกินจากยาคาร์โบพลาติน อาจพบอาการหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หายใจมีเสียงวี๊ด ความดันโลหิตต่ำ และอาการหน้าบวม (Barton-Burke et al., 2001)

2. อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เป็นอาการที่เกิดจากยาเคมีบำบัดไปมีผลต่อเซลล์ที่ปกติของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์ที่เจริญเติบโตและแบ่งตัวได้รวดเร็ว เช่น เซลล์ผม เซลล์ไขกระดูก เป็นต้น แต่เซลล์เหล่านี้จะสามารถซ่อมแซมตัวเองได้ภายหลังการให้เคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลีทาเซล มีดังนี้

2.1 ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร

2.1.1 คลื่นไส้และอาเจียน คาร์โบพลาตินเป็นเคมีบำบัดในกลุ่มที่มีผลชักนำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในระดับปานกลาง (moderate emetogenic chemotherapy) โดยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการอาเจียนในระยะเฉียบพลัน (acute vomiting) ร้อยละ 30-90 ส่วนใหญ่อาการเกิดหลัง 6 ชั่วโมงที่ได้รับยา (Barton-Burke et al., 2001) ส่วนความเสี่ยงต่อการเกิดอาการอาเจียนในระยะหลัง (delayed vomiting) พบว่ามีไม่มากนัก สำหรับยาแพคลีทาเซลเป็นเคมีบำบัดในกลุ่มที่มีผลชักนำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในระดับต่ำ (low emetogenic chemotherapy) โดยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการอาเจียนในระยะเฉียบพลัน (acute vomiting) ร้อยละ 10 - 30 (Molassiotis & Borjeson, 2006) ซึ่งอาจจะเริ่มต้นมีอาการภายใน 1-6 ชั่วโมงแรกของการได้รับยา ช่วงเวลาของการเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนจากยาเคมีบำบัดทั้งสองตัวนี้ส่วนใหญ่มีอาการภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการได้รับยา (Wilkes, Ingwersen, & Barton-Burke, 2001) แต่ก็อาจพบว่าผู้ป่วยบางรายที่ได้รับยาคาร์โบพลาตินเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในระยะหลัง (delayed emesis) ที่เกิดภายหลัง 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับยาได้ (กัญญารัตน์ กตัญญู, 2552)

2.1.2 เชื้อนช่องปากอักเสบ คาร์โบพลาคินและแพคลิทาเซลเป็นเคมีบำบัดในกลุ่มที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการเชื้อนช่องปากอักเสบได้ (Fulton & Treon, 2007) โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาแพคลิทาเซลจะมีการเชื้อนช่องปากอักเสบได้ร้อยละ 39 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาคาร์โบพลาคินจะมีการเชื้อนช่องปากอักเสบได้ประมาณร้อยละ 10 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับเล็กน้อยเช่นกัน ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่มีผลต่อเซลล์เชื้อนช่องปากจะเริ่มมีผลนับตั้งแต่วันที่ได้รับเคมีบำบัด แต่ช่วงเวลาที่จะสามารถพบอาการทางคลินิกได้อย่างชัดเจนจะอยู่ในช่วง 3-5 วันหลังจากได้รับเคมีบำบัด และช่วงเวลาที่มีความถี่ของการเกิดอาการสูงสุดอยู่ในช่วง 7-14 วัน หลังจากได้รับเคมีบำบัด จากนั้นอาการจะค่อยๆ ดีขึ้นและจะฟื้นคืนสู่สภาพปกติภายในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ (Barton-Burke et al., 2001)

2.1.3 ท้องเสีย อาการท้องเสียที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดโดยส่วนใหญ่พบว่าอาจเกิดอาการได้ภายในระยะเวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัด (Coward & Coley, 2006) ผู้ป่วยที่ได้รับยาคาร์โบพลาคิน พบว่าอาจเกิดอาการท้องเสียได้ประมาณร้อยละ 10 แต่อาการมักไม่รุนแรง ส่วนยาแพคลิทาเซล พบว่าอาจเกิดอาการท้องเสียได้ประมาณร้อยละ 43 แต่ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Barton-Burke et al., 2001)

2.2 ผลข้างเคียงต่อระบบเลือด เป็นผลข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อการทำงานของไขกระดูกทำให้มีการทำลายเซลล์เม็ดเลือดและสร้างเซลล์เม็ดเลือดลดลง เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ โดยเฉพาะชนิดนิวโทรฟิว (neutropenia) ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) และภาวะโลหิตจาง (anemia) จากการมีเม็ดเลือดแดงต่ำ ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดต่อระบบเลือดจะมีความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดและระยะเวลาในการใช้ยาเคมีบำบัด อาการส่วนใหญ่สามารถหายเป็นปกติได้ มีการศึกษาพบว่าคาร์โบพลาคินร่วมกับแพคลิทาเซลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิวต่ำได้บ่อยที่สุด รองลงมาเป็นภาวะเกล็ดเลือดต่ำและภาวะซีด (Schiller, Harrington, Belani, Langer, Sandler, & Krook et al., 2002)

2.2.1 ภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิวต่ำ เป็นภาวะที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกาย โดยเฉพาะช่วงเวลาที่เม็ดเลือดขาวต่ำสุดหลังได้รับเคมีบำบัด (nadir phase) (Gobel & O'Leary, 2007) ซึ่งผลของยาแพคลิทาเซลต่อการกดการทำงานของไขกระดูกและทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิวต่ำส่วนใหญ่เริ่มเกิดอาการใน 8-14 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด จากนั้นจะเริ่มฟื้นคืนสู่สภาพปกติภายในวันที่ 15-21 หลังได้รับเคมีบำบัด (Solimando, 2008) ส่วนผลของยาคาร์โบพลาคินต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิวต่ำจะอยู่ในช่วง 1 สัปดาห์หลังได้รับยา และอาจใช้เวลาในการฟื้นคืนสู่สภาพปกติใน 5-6 สัปดาห์ (Wilkes et al., 2001)

2.2.2 ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ยาเคมีบำบัดคาร์โบพลาตินและแพคลิแทเซล เป็นเคมีบำบัดที่มีผลลดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ได้ โดยส่วนใหญ่จะเริ่มเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำใน 8-14 วันหลังจากได้รับเคมีบำบัด และช่วงเวลาที่ยาคาร์โบพลาตินมีผลต่อการทำงานของเกล็ดเลือดสูงสุด ทำให้เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำอย่างรุนแรงได้อยู่ในช่วง 14-21 วันหลังได้รับยา และจะฟื้นคืนสู่สภาพปกติภายในวันที่ 28 หลังได้รับเคมีบำบัด (Wilkes et al., 2001)

2.2.3 ภาวะโลหิตจาง เป็นผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่กดการทำงานของไขกระดูก ทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ภาวะโลหิตจางส่วนใหญ่จะเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นเวลานานหลายชุด (Wilkes et al., 2001)

2.3. ผลข้างเคียงต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ จากรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลิแทเซลจำนวน 234 ราย พบว่าความผิดปกติของระบบประสาท (neurotoxicity) พบได้ร้อยละ 8 และอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ชุดที่ 3 ขึ้นไป (Kosmidis, Mylonakis, Nicolaides, Kalophonos, Samantas, & Boukovinas et al., 2002) ความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทจะสัมพันธ์กับปริมาณยาที่สะสมในร่างกาย ขนาดยาที่ได้รับในแต่ละครั้ง (single dose) และการถูกทำลายของเส้นประสาทที่มีมาก่อนที่จะได้รับยา (Quasthoff & Hartung, 2002) ทั้งนี้คาร์โบพลาตินเป็นเคมีบำบัดที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดความผิดปกติของเส้นประสาทในส่วนของการรับรู้ความรู้สึก (sensory) และการเปลี่ยนแปลงทางจิต (mental status) เช่น อาการสับสนและหลงลืม แต่สามารถหายเป็นปกติได้ ส่วนแพคลิแทเซลพบว่าอาจทำให้เกิดความผิดปกติในส่วนของการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว (sensorimotor) ของอวัยวะส่วนปลาย ระยะเวลาที่จะเริ่มเกิดอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทจะขึ้นอยู่กับที่ได้รับยาในขนาดสูงเป็นเวลานานหลายชุด (Barton-Burke et al., 2001)

2.3.1 อาการผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย คาร์โบพลาตินและแพคลิแทเซลอาจทำให้เกิดความผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของระบบประสาทส่วนปลาย เช่น ชา ปลายมือ ปลายเท้าได้ ทั้งนี้ยาแพคลิแทเซลอาจทำให้เกิดความผิดปกติของเส้นประสาทได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาในขนาดสูงและอาการจะดีขึ้นภายใน 1 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา อาการที่พบได้แก่ ปวดแสบปวดร้อนบริเวณนิ้วเท้า การรับรู้ความรู้สึกไวกว่าปกติ หรืออาการชา รับรู้ความรู้สึกลดลง (paresthesia) ชารอบดวงตาในระดับเล็กน้อย เป็นต้น พบได้ประมาณร้อยละ 62 (Barton-Burke et al., 2001) จากรายงานการศึกษาพบว่าขนาดของยาที่ได้รับมีผลต่อการเกิดความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย โดยหากได้รับยาแพคลิแทเซลในขนาดสะสมมากกว่า 1000 มก/ม² มีความสัมพันธ์สูงกับการเกิดอาการพิษต่อระบบประสาทส่วนปลาย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับ

ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลิทาเซล ซึ่งพบว่าความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย เช่น อาการชาปลายมือ ปลายเท้า จะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัดชุดที่ 3 ขึ้นไป และระยะเวลาในการฟื้นหายอาจใช้เวลาประมาณ 3 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา (Argyriou, Polychronopoulos, Iconomou, Koutras, Kalofonos, & Chroni, 2005)

2.3.2 ความปกติเกี่ยวกับการได้ยินและการมองเห็น ผู้ป่วยที่ได้รับคาร์โบพลาตินในขนาดสูง พบว่าอาจมีอาการได้ยินเสียงหึ่งๆ ในหู หรือสูญเสียการได้ยินในโทนสูงได้ จากรายงานการศึกษาในหนูเกี่ยวกับขนาดของยาคาร์โบพลาตินที่ชักนำให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน พบว่าการได้รับยาคาร์โบพลาตินในขนาดสูงกว่า 128 มก./กก จะมีผลให้เกิดการสูญเสียการได้ยินได้ รวมทั้งการได้รับยาคาร์โบพลาตินในขนาดสะสมมากกว่า 1.6 กรัม/ม² (Husain, Scott, Whitworth, Somani, & Rybak, 2001) ส่วนแพคลิทาเซลจากรายงานพบว่าอาจทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับเส้นประสาทตาและ/หรือการมองเห็น ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการมองเห็น ในผู้ป่วยที่ได้รับในขนาดที่สูงกว่าที่แนะนำ นอกจากนั้นยังอาจพบอาการพิษต่อหู เช่น สูญเสียการได้ยินและอาการหูอื้อ เป็นต้น

2.3.3 อาการทางระบบกล้ามเนื้อ พบว่ายาแพคลิทาเซลอาจทำให้เกิดอาการปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อ แต่พบได้น้อยกว่าร้อยละ 10 โดยอาการมักจะเกิดแบบชั่วคราวใน 2-4 วัน หลังได้รับยาและอาการจะหายไปภายใน 2-3 วัน อาการปวดที่เกิดขึ้นสามารถรักษาให้หายได้โดยใช้ยาแก้ปวดแบบธรรมดา จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลิทาเซลจำนวน 234 ราย พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดอาการประมาณร้อยละ 1 (Kosmidis et al., 2002) นอกจากนี้จากรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลิทาเซล จำนวน 203 ราย พบว่าอาจมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (weakness) หรืออ่อนเพลีย (asthenia) เกิดขึ้นได้ ร้อยละ 8 (Kelly, Crowley, Bunn, Presant, Grevstad, & Moinpour et al., 2001)

2.4 ผลข้างเคียงต่อระบบไตและทางเดินปัสสาวะ คาร์โบพลาตินเป็นเคมีบำบัดในกลุ่มที่มีพิษต่อไตในระดับต่ำ (low-risk of nephrotoxicity) ยามีผลในการทำลายท่อไตเพียงเล็กน้อย (Barton-Burke, Wilkes, Ingwersen, 2001) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลิทาเซลจำนวน 185 ราย พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียงต่อไต ร้อยละ 1.1 โดยพบว่ามีค่ายูเรีย (blood urea nitrogen [BUN]) และค่าครีเอตินิน (creatinin) ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น (Stathopoulos, Veslemes, Georgatou, Antoniou, Giamboudakis, Katis et al., 2004) ส่วนรายงานการศึกษาในหนูทดลองเกี่ยวกับการเกิดพิษต่อไตจากยาคาร์โบพลาติน พบว่าภายหลังที่ได้รับ

ยาкарโบพลาตินไป 3-5 วัน จะมีการเปลี่ยนแปลงลดลงของสารต่างๆ ซึ่งบ่งชี้ถึงการเกิดภาวะพิษต่อไต โดยเฉพาะในวันที่ 4 ของการได้รับยาкарโบพลาติน (Husain, Whitworth, & Rybak, 2004)

2.5 ผลข้างเคียงต่อระบบโครงร่างและผิวหนัง

2.5.1 ผมร่วง กลไกของการเกิดอาการผมร่วงจากเคมีบำบัดเกิดขึ้นเนื่องจากเซลล์ผมมีการเจริญแบ่งตัวอย่างรวดเร็วและการไหลเวียนของเลือดรอบปุ่มรากผม (hair follicles) เป็นจำนวนมาก ทำให้มีการแลกเปลี่ยนสารชีวเคมีจากส่วนประกอบต่างๆ ในบริเวณดังกล่าวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสารเคมีจากเคมีบำบัดจะเข้าไปมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์ผมและทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ทำให้เส้นผมหลุดร่วงได้ง่ายขึ้น (Batchelor, 2006) แพคลิทาเซลเป็นเคมีบำบัดในกลุ่มที่มีผลต่อการเกิดผมร่วงอย่างรุนแรง ส่วนยาкарโบพลาตินเป็นเคมีบำบัดที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ทำให้เกิดอาการผมร่วงในระดับเล็กน้อย (Batchelor, 2006) ผู้ป่วยที่ได้รับแพคลิทาเซลส่วนใหญ่พบว่ามีอาการผมร่วงเกือบทุกรายและผมจะร่วงหมดภายใน 3 สัปดาห์ (Yabro, Frogge, Goodman, & Groenwald, 2000) อาการผมร่วงจะเริ่มเกิดภายใน 7-10 วันนับจากที่ได้รับเคมีบำบัด และจะเริ่มฟื้นคืนการเจริญเติบโตของเส้นผมใหม่ภายใน 4-6 สัปดาห์นับจากสิ้นสุดการรักษา จากรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรยาкарโบพลาตินร่วมกับแพคลิทาเซลจำนวน 185 ราย พบว่า มีอาการผมร่วงร้อยละ 84.3 (Stathopoulos et al., 2004)

2.5.2 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรยาкарโบพลาตินร่วมกับแพคลิทาเซลอาจเกิดอาการผื่น คันตามผิวหนังได้ แต่อุบัติการณ์ค่อนข้างน้อย

ผลกระทบด้านจิตใจและจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดเกิดอาการซึมเศร้า (Kattlore & Wim, 2003) ทุกข์ใจ กังวลใจ และมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคและการรักษา ส่งผลให้เกิดความเครียดและความสับสน (Arantzamendi & Kearney, 2004) ผู้ป่วยอาจรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง ท้อแท้ และคับข้องใจ (The Cancer Council New South Wales, 2005) ซึ่งจากการศึกษาในสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปอด จำนวน 217 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความเครียด และความวิตกกังวลจากการวินิจฉัยโรค หวาดกลัวต่อการแพร่กระจายและการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมทั้งผลของความเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้น ยังทำให้แนวคิดเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Sarna et al., 2005) นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งปอดยังต้องเผชิญกับทุกข์ทรมานจากสาเหตุต่างๆ หลายประการ ได้แก่ ปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องของการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ปัญหาจากความไม่สุขสบายจากอาการ และปัญหาที่เกี่ยวกับความสามารถในการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาครอบครัว คู่สมรส ปัญหาทางด้านอารมณ์ ได้แก่ อาการซึมเศร้า วิตกกังวล การปรับตัวกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกแปลกแยก โดดเดี่ยว เบื่อหน่าย และการมีรูปร่างลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การ

สูญเสียศรัทธา และเป้าหมายของชีวิต ต้องเผชิญหน้ากับความตาย ความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากการขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Graves et al., 2007) ซึ่งความกดดัน ความเครียด ความวิตกกังวล การขาดการช่วยเหลือ ไร้ซึ่งความหวังและความกลัวที่จะตาย ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดน้อยลง (Lin, & Bauer-Nu, 2003)

ผลกระทบด้านสังคม จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและการรักษาด้วยเคมีบำบัด ส่งผลกระทบทางสังคมต่อผู้ป่วยหลายประการ ได้แก่ ผลจากอาการของโรค เช่น อาการหายใจเหนื่อยหอบ เสียงแหบ กลืนลำบาก จะรบกวนการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วย (Yoshimura, 2001) เพิ่มความเครียดของสมาชิกในครอบครัว รบกวนการทำงานทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่หรือบทบาททางสังคมของผู้ป่วยลดลงหรือเกิดความรู้สึกแปลกแยก และยังมีผลกระทบต่อด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย (Sama et al., 2005) นอกจากนี้ ผลจากความเครียด วิตกกังวล รู้สึกสูญเสีย เสรีภาพ เป็นปัญหาทางจิตใจที่มีผลกระทบต่อด้านสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพตามมา (Oncology Nursing Society Position, 2008) ส่วนอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดบางอาการ ก็ส่งผลกระทบทางสังคมต่อผู้ป่วยมะเร็งปอด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า ขาดพลังงานและแรงจูงใจในการเข้าร่วมทำกิจกรรม ทางสังคม รวมทั้งลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Curt et al., 2000) ส่วนอาการผมร่วง จะมีผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกอับอาย สูญเสียความภาคภูมิใจและความน่าเชื่อถือ ซึ่งจะกระทบต่อการทำกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย (Batchelor, 2001; Lemieux, Maunsell, & Provencher, 2008) นอกจากนี้อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากเคมีบำบัด หากไม่สามารถควบคุมอาการได้ ก็จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การทำงานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (Miller & Kearney, 2004)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดการติดเชื้อขณะอยู่ที่บ้านเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถึง 88,816 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี (Calhoun, Brown, Kozloff, & Bennett, 2005) นอกจากนี้ เคมีบำบัดยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรสและกลิ่นอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ จะต้องได้รับอาหารทางสายยางทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Comeau, Epstein, & Migas, 2001) รวมถึงผลกระทบจากความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องหยุดงาน หรือเปลี่ยนงาน เนื่องจากความเหนื่อยล้าทำให้เกิด



ความยากลำบากในการทำงานที่ต้องใช้สมาธิและความคิด อาการที่เกิดขึ้นนอกจากจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังกระทบต่อผู้ดูแลที่ต้องหยุดงานเพื่อกาาดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ (Curt et al., 2000)

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรคาร์โบพลาตินร่วมกับแพคลีทาเซล อาจได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยปัญหาด้านร่างกายส่วนใหญ่เกิดจากอาการของโรค และผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และยังมีผลต่อจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้เกิดความกลัว เครียด ทุกข์ใจ กังวลใจ ซึมเศร้า และรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคและการรักษา นอกจากนี้ยังรบกวนต่อการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติบทบาทในสังคมของผู้ป่วย ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเวลา รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากอาการแทรกซ้อนต่างๆ จึงอาจกล่าวได้ว่า ผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยเคมีบำบัด นอกจากจะส่งผลทางลบต่อผลลัพธ์การรักษายังมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม

จากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) การดูแลตนเองเป็นการที่บุคคลริเริ่มและกระทำการอย่างจงใจ มีเป้าหมายและลำดับขั้นตอน ในการควบคุมปัจจัยทั้งภายในและภายนอกที่จะกระทบต่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของร่างกาย ทั้งในขณะที่ปกติและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก แต่หากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ จะส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองและต้องอาศัยความสามารถทางการพยาบาลในการจัดระบบการพยาบาลเพื่อช่วยปรับแก้ไขให้เกิดความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

ระบบการพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็ม เป็นระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ไขความไม่สมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย (Orem, 2001) แบ่งออกเป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผล หรือไม่สามารเคลื่อนไหวเองได้ 2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly

compensatory nursing system) เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างได้ด้วยตนเอง และ 3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจ และกระทำการดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Orem, 2001)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่สามารถคิด ตัดสินใจ และกระทำการดูแลตนเองได้ ดังนั้นระบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด กระทำการดูแลตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตได้ แต่ขาดความรู้ ทักษะ หรือแรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง จึงต้องการการชี้แนะแนวทางเพื่อให้สามารถพิจารณา ตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนได้ ส่วนพยาบาลจะมีบทบาทเป็นที่ปรึกษา กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

วิธีการช่วยเหลือในระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีดังต่อไปนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Orem, 2001)

1. การชี้แนะ เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจเลือกได้ และผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง พยาบาลจะชี้แนะให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง โดยการแนะนำแนวทาง และให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่จะช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง ภายใต้การแนะนำและการให้คำปรึกษาของพยาบาล การชี้แนะ มักใช้ร่วมกับการสนับสนุนทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ในสถานการณ์ต่างๆ แม้จะอยู่ในภาวะเครียด เจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสพอยู่ในชีวิต เพื่อให้สามารถอยู่ได้โดยไม่กระทบต่อการพัฒนาการของตนเอง หรือมีผลกระทบน้อยที่สุด โดยอาจเป็นการสนับสนุนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ด้วยการให้คำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ และกริยาท่าทางของพยาบาล เช่น การมอง การสัมผัส การช่วยทางด้านร่างกาย หรือด้านสิ่งของ รวมทั้งเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย อันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและความมั่นใจ ที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. การสอน เป็นวิธีการที่สำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้หรือทักษะที่จำเป็น ที่จะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการสอน ต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง พยาบาลต้องให้เกียรติและยอมรับในความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งหลักในการสอนมีดังนี้

3.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ เริ่มต้นจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ได้ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการควบคุมและดูแลตนเอง รับรู้ถึงความเอาใจใส่สนใจของพยาบาล ทำให้เกิดความนับถือและไว้วางใจ รวมทั้งเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น โดยเนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม รวมทั้งต้องปรับเนื้อหาและวิธีการสอนให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน มีการประเมินความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยด้วย

3.2 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้ หากผู้ป่วยขาดความพร้อม จะเป็นข้อจำกัดในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ โดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน พหุคูณแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือฝึกหัดกระทำต่างๆ ในการดูแลตนเอง

3.3 การประเมินความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้ข้อมูลป้อนกลับ จะช่วยในการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้คำชมและกำลังใจในการเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ชี้แจง และแก้ไข โดยหลีกเลี่ยงคำติเตียนในกิจกรรมที่ยังกระทำไม่ได้ ไม่ถูกต้อง

3.4 จัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ รวมทั้งสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน

3.5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ ปัญหา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยและพยาบาลมีการติดต่อวางแผน วางเป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมหมายถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ การให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับตนเองและผู้อื่น เพื่อที่จะให้คำแนะนำ สนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้

และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ จิต สังคม บทบาท และตำแหน่งของแต่ละบุคคลด้วย รวมถึงการจัดหาและให้คำแนะนำอย่างเพียงพอเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ การใช้ และการแบ่งปันแหล่งประโยชน์แก่ผู้ป่วย ให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยต้องการ จัดหาแหล่งช่วยเหลือตามความสนใจของผู้ป่วย และจัดให้มีความเหมาะสมระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ก้าวก่ายการตัดสินใจของผู้ป่วย เคารพ เชื่อ และไว้วางใจในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งเข้าใจธรรมชาติของบุคคลที่จะพยายามตอบสนองต่อความคาดหวัง และความเชื่อมั่นจากบุคคลอื่นด้วย

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลต้องใช้วิธีการช่วยเหลือ ประกอบด้วย 1) การสอน เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด การดูแลตนเองเพื่อให้จิตใจและอารมณ์แจ่มใส และการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง 2) การชี้แนะแนวทางและวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง 3) พยาบาลต้องสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการจัดหาคู่มือการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย การใช้ท่าทาง การสัมผัส และคำพูดที่กระตุ้น ให้กำลังใจ ยกย่อง ชมเชย เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 4) พยาบาลต้องสร้างสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างสัมพันธภาพ เลือกใช้สถานที่ที่เหมาะสมในการสอนให้ความรู้ และร่วมรับรู้ความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง ช่วยประสานงานระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล กับทีมสุขภาพเพื่อช่วยเพิ่มเติมแหล่งประโยชน์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล สนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และเพิ่มแรงจูงใจ ในการริเริ่มและคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง อันจะนำไปสู่การปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ คงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตสูงสุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีผู้นำแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยการศึกษาของ อรทัย สนใจยุทธ (2539) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 60 ราย ที่ได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ชุดที่ 1 เป็นต้นไป เป็นการศึกษาที่มีเพียงกลุ่มเดียว ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้รวม 3 ครั้ง ครั้งละ 4 วัน วันละ 30-45 นาที ขณะรับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 ผู้วิจัยจะเข้าพบกับผู้ป่วย ในวันแรกที่รับ

เคมีบำบัดและเข้าพบติดต่อกันจนครบ 4 วัน ในการพบกันทั้ง 3 ครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุน และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และอาการข้างเคียงและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและ บรรเทาอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด รวมทั้งได้รับการประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ก่อนและ หลังได้รับการจัดกระทำทั้ง 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับการ สนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด มีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองดีกว่าก่อน ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรทัย สนใจยุทธ, 2539)

สำหรับการศึกษาผลของการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วย โรคมะเร็งชนิดอื่นนอกจากมะเร็งปอดพบหลายการศึกษาดังนี้ การศึกษาของสุภาวดี โสภณวัฒนกุล (2545) เกี่ยวกับผลการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรม的自我ดูแล ตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนการ ดูแลตนเองจากผู้วิจัยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4 วัน วัน ละ 2-3 ชั่วโมง โดยในวันแรก เป็นการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดและ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ส่วนในวันที่ 2 และวันที่ 3 จะซักถามถึงปัญหา ซึ่งแนะทางเลือก ให้ความรู้ เพิ่มเติม รวมทั้งสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และวันที่ 4 เป็นการสรุปเนื้อหา แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและประสบการณ์ ซึ่งแนะทางเลือก และให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรม的自我ดูแล ตนเอง วัดผลลัพธ์ด้านความรู้และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย ในวันแรกก่อนการทดลอง และในวันที่ 5 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การศึกษาของ ประคอง อินทรสมบัติ, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และ วรชัย รัตนธรร (2539) เกี่ยวกับผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่ สุขสบาย ภาวะอารมณ์ และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่ม ตัวอย่าง 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 27 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการ พยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เริ่มต้นในวัน แรกก่อนได้รับเคมีบำบัดและต่อเนื่องจนครบ 3 วัน ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนน ความพร้อมในการดูแลตนเองหลังได้รับเคมีบำบัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ของ แครดค็อก อัดัม ยูซุย และมิเชล (Craddock, Adums, Usui, & Michell, 1999) มีกลุ่มตัวอย่าง 48 ราย โดยกลุ่มทดลอง 26 ราย ได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ทางโทรศัพท์ขณะอยู่ที่บ้านรวม 3

ครั้ง หลังได้รับเคมีบำบัดชุดที่ 1 ถึงชุดที่ 4 ชุดละหนึ่งครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วยภายในวันที่ 3-5 หลังได้รับเคมีบำบัดแต่ละชุด เพื่อสนับสนุนและให้ความรู้ รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งในการโทรศัพท์แต่ละครั้งหากพบว่าผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติ ผู้วิจัยจะให้ข้อมูล ชี้แนะสนับสนุน และช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการโทรศัพท์เพื่อตอบแบบสอบถามเท่านั้น วัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดทันทีหลังสิ้นสุดการสนับสนุนและให้ความรู้ทางโทรศัพท์ครั้งที่ 3 และวัดประสิทธิภาพของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทันทีหลังสิ้นสุดการสนับสนุนและให้ความรู้ทางโทรศัพท์แต่ละครั้ง รวม 3 ครั้ง จากผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็มช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองดีขึ้น (สุภาวดี โสภณวัฒนกุล, 2545; อรทัย สنجายุทธ, 2539)

นอกจากการศึกษาที่กล่าวมา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังพบว่าได้มีการศึกษาถึงผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการศึกษาของ อุบล จัวงพานิช, สมจิตร ห่องบุตรศรี, และ รัชนิพร คนชุม (2542) ในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 40 ราย ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนการดูแลตนเองและให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเอง ก่อนได้รับเคมีบำบัด 1 วัน ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของบังอร ฤทธิ์อุดม (2536) ซึ่งดัดแปลงจากเครื่องมือของเบอร์ชาร์ด (Burchhardt, 1982) รวม 2 ครั้ง คือ ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 1 วัน และหลังให้ยาเคมีบำบัด 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้พบว่าการสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้และสามารถปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ จุฬากานต์ กิ่งเนตร (2539) ได้ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จากผู้วิจัย ในวันที่ 1-5 ของการมารับเคมีบำบัดครั้งแรก โดยวันแรกเป็นการสร้างสัมพันธภาพ ส่วนวันที่ 2-5 เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค ยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเอง ร่วมกับการชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วย ใช้เวลาวันละ 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินการรับรู้ความผาสุกของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดความผาสุกด้วยตนเองของแคนทริล (Cantril Self-Anchoring Ladder Scale) รวม 2 ครั้ง คือ ก่อนได้รับเคมีบำบัดครั้งแรก และอีก 1 เดือนต่อมา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ รวมทั้งมีความผาสุกในชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า การสนับสนุนและให้ความรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่เพียงพอ ลดความวิตกกังวล เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และช่วยให้เผชิญปัญหาจากโรคและการรักษาได้ดีขึ้น จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น

การศึกษาของ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล และคณะ (2547) ในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม มีกลุ่มควบคุม 31 รายที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เป็นจำนวน 4 ครั้ง คือ ในการพบกันครั้งแรก และในสัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 และอีก 3 เดือนต่อมา โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของเฟอแรลล์ แกรนด์ และเฮสเช-ดาร์ว (Forrell, Grant, & Hassey-Dow 1995) ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มลดลงและไม่มีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ทั้งนี้จากผลการวิจัยก็พบว่ากลุ่มทดลอง แสดงถึงความพยายามในการจัดการทำกิจกรรมบางอย่างกับตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงการชะลอการลดลงของคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลอง

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการให้บริบาลเภสัชกรรมซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ของ เขียวภา เชื้อพลู (2548) ที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 31 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้เรื่องยาและการดูแลตนเองจากเภสัชกรทุกครั้งของการมารับเคมีบำบัด เริ่มจากชุดที่ 1 จนครบตามแผนการรักษา ประเมินความรู้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ และประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสำรวจสุขภาพ (Short Form-36) ฉบับภาษาไทย รวม 3 ครั้ง คือ ก่อนได้รับเคมีบำบัด และทุก 2 ครั้งของการมารับเคมีบำบัด (ชุดที่ 3, 6) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องยาเคมีบำบัดและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยความรู้ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านกายภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นช่วยให้สามารถป้องกันและจัดการกับผลข้างเคียงบางประการได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านกายภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ด้วย รวมทั้งมีแนวโน้มการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อาจสรุปได้ว่าการสนับสนุนและให้ความรู้อาจเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (จุฬากานต์ กิ่งเนตร, 2539; ยาวภา เชื้อพูล, 2547; อุบล จ้วงพานิช, สมจิตร ห่องบุตรศรี, และ รัชนิพร คนชุม, 2542) มีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

สำหรับรูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความแตกต่างของโรค วิธีการรักษา รวมทั้งอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น โดยระยะเวลาของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการดูแลตนเอง มีระยะเวลาดังแต่ 4 วัน ถึง 5 สัปดาห์ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว (สุภาวดี โสภณวัฒน์กุล, 2545; อัญชลี สมโสภณ, 2545) ส่วนในโรคมะเร็งปอดมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ (อรทัย สนใจยุทธ, 2539) และ 4 สัปดาห์ ในโรคมะเร็งเต้านม (ประทุม สร้อยวงค์, 2547) ส่วนระยะเวลาของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าในโรคมะเร็งปอดมีระยะเวลา 10-12 สัปดาห์ (ยาวภา เชื้อพูล, 2547) ในโรคมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาดังแต่ 1 วัน (อุบล จ้วงพานิช, สมจิตร ห่องบุตรศรี, และ รัชนิพร คนชุม, 2542) ถึง 6 สัปดาห์ (ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ, 2547) ส่วนในโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีระยะเวลา 5 วัน (จุฬากานต์ กิ่งเนตร, 2539) ด้านระยะเวลาที่ใช้ในการสนับสนุนและให้ความรู้แต่ละครั้ง อยู่ในช่วง 30-60 นาที สำหรับการประเมินผลลัพธ์พบว่า การประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลตนเอง มักกระทำไปพร้อมกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าระยะเวลาของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในช่วงสัปดาห์ที่ 8-12 และทำการประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลตนเองหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนได้รับโปรแกรม ระหว่างรับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม (ยาวภา เชื้อพูล, 2547; อรทัย สนใจยุทธ, 2539) ซึ่งระยะเวลาของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังได้รับเคมีบำบัด 2 เดือน (จิราวรรณ สันติเสวี, นุจรี ประทีปะวนิช และเอี่ยมแข สุขประเสริฐ, 2550)

ในปัจจุบันแม้ไม่พบการศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดโดยตรง แต่จากผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีการดูแลตนเองดีขึ้น และการให้ความรู้โดยวิธีอภิบาลเภสัชกรรมช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านกายภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็

ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังมีข้อจำกัดในเรื่องของแบบการวิจัยที่เป็นการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว (อรรถัย สนใจยุทธ, 2539) และในปัจจุบัน รูปแบบและบริบทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลงซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการอภิบาลเภสัชกรรมยังเป็นบทบาทหลักของเภสัชกรมากกว่าบทบาทของพยาบาลและเป็นเพียงรูปแบบหนึ่งของการให้ความรู้ ผู้ป่วยอาจยังมีความต้องการการสนับสนุนและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้โทรศัพท์ช่วยในการติดตามสนับสนุนผู้ป่วยขณะกลับไปอยู่ที่บ้านเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Williams & Schreier, 2004) นอกจากนี้รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านมาเป็นการกระทำขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้นไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ แรงจูงใจ และสามารถพัฒนาทักษะต่างๆ ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ป่วยควรมีการดูแลตนเองใน 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง 2) การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด 3) การดูแลตนเอง เพื่อให้จิตใจและอารมณ์แจ่มใส 4) การดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ มีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง

การดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง ผู้ป่วยควรมีการดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำและเครื่องดื่มน้ำ การใช้สมุนไพร การขับถ่าย การพักผ่อน และการออกกำลังกาย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดอาจมีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการได้ทั้งจากโรคมะเร็งที่ทำให้การเผาผลาญพลังงานของร่างกายเพิ่มมากขึ้นและจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสเปลี่ยนแปลง รวมทั้งอาการท้องเสีย ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงและอาจนำไปสู่การเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและแผนการรักษา (St.John, 2005) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ประกอบด้วย เนื้อสัตว์ แป้ง ผัก ผลไม้ และไขมัน ทั้งนี้ต้องรักษาสมดุลของ

การรับประทานไขมัน โปรตีน และคาร์โบไฮเดรตอย่างเหมาะสม โดยควรรับประทานอาหารจำพวก คาร์โบไฮเดรตเป็นหลัก ซึ่งได้จากข้าว แป้ง น้ำตาล ธัญพืช รวมทั้งจากพืชและผลไม้บางชนิด ลดการ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเกินไปเนื่องจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ส่วนอาหารจำพวกโปรตีนมีความสำคัญช่วยในการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของ ร่างกายจึงควรรับประทานอย่างเพียงพอ โดยจะได้จากเนื้อสัตว์ เป็ด ไก่ ไข่ และถั่วต่างๆ (Doyle et al., 2006) นอกจากนี้ ควรรับประทานผักและผลไม้ในจำนวนที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีวิตามินและเกลือแร่ ที่จำเป็นสำหรับร่างกายรวมทั้งยังมีเส้นใยอาหารที่ช่วยให้มีการขับถ่ายได้ดียิ่งขึ้น เพิ่มการรับประทาน อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ไข่ ปลาเล็กปลาน้อย เป็นต้น และอาหารที่มีโฟเลต เช่น ผักสด ผลไม้ ถั่ว และธัญพืชต่างๆ เป็นต้น (Abramson Cancer Center, 2008) กรณีที่มีอาการเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย ให้พยายามรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งทุก 2-3 ชั่วโมง รับประทานอาหารว่างหรือเครื่องดื่มเสริม เพื่อให้ร่างกายได้รับอาหารอย่างเพียงพอ จนกว่าอาการ จะดีขึ้น (ACS, 2006; Brown et al., 2003)

1.2 การดื่มน้ำและเครื่องดื่มน้ำ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดควรดื่มน้ำ อย่างน้อย 2-3 ลิตรต่อวัน กรณีไม่มีข้อจำกัด หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ คาเฟอีน และงดการสูบบุหรี่ (Wojtaszek, Kochis, & Cunningham, 2002)

1.3 การใช้สมุนไพรหรือยาบางชนิดอาจมีผลต่อยาเคมีบำบัด ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็ง ปอดจึงต้องแจ้งให้แพทย์ทราบว่าใช้ยาใดเป็นประจำและอาจต้องหยุดการใช้สมุนไพรไว้ก่อน ในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเองและปรึกษาแพทย์ ทุกครั้งก่อนที่จะกลับมาใช้สมุนไพรหรือก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ แผนปัจจุบัน เช่น การแพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์เสริม เป็นต้น (นริศ เจนวิริยะ, 2546)

1.4 ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ ควรถ่ายอุจจาระทุกวัน ป้องกันการเกิดอาการ ท้องผูกโดยการดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง และออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นการ เคลื่อนไหวของลำไส้ (Curtiss, 2000) รวมทั้งป้องกันการเกิดอาการท้องเสียโดยการรับประทานอาหาร ที่สด สะอาด หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Martz, 2000)

1.5 คงไว้ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอเพื่อรักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ที่ปกติ และความผาสุกของร่างกาย ผู้ป่วยควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง และป้องกันการเกิด ปัญหาการนอนไม่หลับหรือส่งเสริมการนอนหลับให้ดีขึ้น โดยควรเข้านอนเมื่อต้องการนอนหลับ เท่านั้น จัดตารางเวลาในการเข้านอน-การตื่นนอน และปฏิบัติตามเวลาที่กำหนดไว้ พยายามลด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับและปัญหาต่างๆ ก่อนการเข้านอน หลีกเลี่ยงการรับประทาน

อาหารและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน นิโคติน และแอลกอฮอล์ รวมทั้งออกกำลังกายเป็นประจำและจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ ลดเสียง แสง และปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม เป็นต้น (Yellen, 2000)

1.6 ออกกำลังกายเป็นประจำ โดยอาจเริ่มจากความแรงระดับต่ำและค่อยๆ เพิ่มความแรงขึ้นเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น เริ่มจากการหด-คลายกล้ามเนื้อ แล้วเปลี่ยนเป็นการเดินช้าๆ จากนั้นเพิ่มระดับขึ้นเรื่อยๆ ตามความสามารถที่จะทำได้ ระวังในเรื่องการเกิดอันตรายจากการหกล้ม ผู้ใหญ่ควรออกกำลังกาย 5 วัน ต่อสัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป งดการออกกำลังกายในช่วงที่มีภาวะช็อคอย่างรุนแรง หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่าน ในช่วงที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Doyle et al., 2006)

2. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดควรมีการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดดังต่อไปนี้ 1) การติดเชื้อ 2) การเกิดภาวะเลือดออกง่าย 3) การเกิดภาวะโลหิตจาง 4) อาการคลื่นไส้ อาเจียน 5) ผอมลง 6) เชื้อราช่องปากอักเสบ 7) ขาปลายมือ ปลายเท้า การรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะส่วนปลายลดลง 8) การขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ 9) อาการท้องเสีย 10) ความเหนื่อยล้า มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ ดังต่อไปนี้ (เชาวลี อิ่มใจ, 2549; คณะจารย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาพยาบาลศาสตร์, 2547; Kearney & Richardson, 2006)

2.1.1 หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีฝุ่นละออง หรือสถานที่แออัด หรือการอยู่ใกล้บุคคลที่ป่วยด้วยโรคติดต่อ เช่น ไข้หวัด วัณโรค หรือโรคติดเชื้ออื่นๆ หลีกเลี่ยงการสัมผัสมูลสัตว์ หรือสิ่งปฏิกูลต่างๆ ที่อาจเป็นตัวนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย

2.1.2 ดูแลความสะอาดร่างกาย โดยการอาบน้ำทุกวัน รักษาความสะอาดของส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะ นิ้วเท้า ขาหนีบ รักแร้ และบริเวณอับชื้นหรือมีเหงื่อ ตัดเล็บให้สั้น หลีกเลี่ยงการทาสีเล็บ หรือการไว้เล็บยาว และไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ ที่โกนหนวด เป็นต้น ล้างมือทุกครั้ง ก่อนและหลังการรับประทานอาหาร หลังการเข้าห้องน้ำ หรือสัมผัสกับสารคัดหลั่ง เยื่อเมือกต่างๆ เช่น น้ำมูก น้ำลาย น้ำตา เป็นต้น

2.1.3 สตรีที่เป็นประจำเดือน ควรหลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอนามัยแบบสอดและงดการสวนล้างช่องคลอด เพราะอาจทำให้เกิดการระคายเคืองหรือเกิดแผลได้ หากเกิดแผลถลอกบริเวณผิวหนังให้ทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำอุ่นสะอาด ปิดด้วยผ้าปิดแผลที่ปราศจากเชื้อ เปลี่ยนใหม่

ทุกครั้งที่ยื่น และสังเกตอาการอักเสบติดเชื้อ เช่น อาการบวม แดง กดเจ็บ มีหนอง เป็นต้น หากมีควรรีบมาพบแพทย์

2.1.4 รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ สะอาด และดูแลความสะอาดปากฟัน โดยการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือใช้น้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

2.1.5 สังเกตอาการไข้ เชื้อราในช่องปาก อาการปวด บวม แดง ร้อน ตามบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ หากมีควรรีบมาพบแพทย์

2.1.6 กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับเม็ดเลือดขาวนิวโตรฟิลต่ำมาก (absolute neutrophil count น้อยกว่า 500 cells/ μ L) ควรปฏิบัติดังนี้ หลีกเลี่ยงการสัมผัสและการอยู่ใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยง รับประทานอาหารที่สุกสะอาด สดใหม่ งดผักสด ผลไม้สดที่มีเปลือกบาง อาหารหมักดอง นมสด พลาสมาเจโรส ครัวเรือนนมสเตอริไลซ์แทน ระวังการเกิดบาดแผลหรือการระคายเคืองต่อผิวหนังและเยื่อต่างๆ หลีกเลี่ยงการเกาหรือการทำให้ผิวหนังเป็นแผล และตรวจผิวหนังของตนเองทุกวัน ดูแลความสะอาดของร่างกาย และสุขอนามัยอย่างเคร่งครัด ล้างมือบ่อยๆ รักษาความสะอาดในช่องปากและฟัน โดยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 1-2 ชั่วโมง และแปรงฟันอย่างถูกวิธีทุกครั้ง หลังรับประทานอาหารและก่อนนอน จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด งดการนำดอกไม้สดหรือต้นไม้ไว้ในห้อง หลังถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะต้องทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักทุกครั้ง และสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ ปวด บวม แดง ร้อนบริเวณแผล เป็นต้น หากมีให้รีบไปพบแพทย์

2.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกง่าย (เชาวลี อิ่มใจ, 2549; คณะจารย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาพยาบาลศาสตร์, 2547; Kearney & Richardson, 2006; Wilkes, 2001)

2.2.1 ป้องกันการเกิดบาดแผลต่างๆ ระวังการฉีกของมีคม แนะนำให้ใช้เครื่องโกนหนวดไฟฟ้า แทนการใช้มีดโกนเพราะอาจทำให้เกิดแผลจากการถูกมีดบาด ใช้แปรงฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม หลีกเลี่ยงการใช้ไหมขัดฟันและไม้จิ้มฟัน หลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อผ้าที่คับตึงรั้งมากเกินไป ป้องกันการเสียดสีที่จะทำให้เกิดแผล สวมถุงมือทุกครั้งเวลาทำสวน และสวมรองเท้าน้ำที่ทุกครั้งที่อยู่นอกบ้าน รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

2.2.2 หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน และแอลกอฮอล์ เป็นต้น สังเกตจ้ำเลือด จุดเลือดออกจากส่วนต่างๆ ของร่างกายทุกวัน เพื่อประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติ

2.2.3 ดูแลให้มีการขับถ่ายอุจจาระที่ปกติ ป้องกันการเกิดอาการท้องผูก และการเบ่งถ่าย หลีกเลี่ยงการสวนล้างช่องคลอดและการสวนอุจจาระหรือการสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ ทางทวารหนัก

2.2.4 ใช้เจลหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการเสียดสี และเกิดแผลบริเวณอวัยวะเพศ

2.3 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดจากภาวะโลหิตจางเนื่องจากการมีเม็ดเลือดแดงลดลง (เซาว์ลิ อิมใจ, 2549; Gobel & O'Leary, 2007)

2.3.1 สังเกตและตระหนักถึงการเกิดภาวะโลหิตจาง โดยการตรวจดูภาวะซีดจากเยื่อบุตา ผิวหนัง เล็บ อาการเหนื่อยล้า และเหนื่อยง่าย รวมทั้งป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากภาวะโลหิตจาง เช่น หน้ามืด จิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ โดยการลุกนั่ง เปลี่ยนท่าทางช้าๆ

2.3.2 รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีน เช่น ไข่ นม และผักใบเขียว เนื้อสัตว์ต่างๆ เพื่อช่วยลดภาวะซีด และได้รับโปรตีนที่เป็นส่วนสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันเชื้อโรคของร่างกาย

2.3.3 หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก สงวนไว้ซึ่งพลังงานของร่างกายโดยการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสม ไม่หักโหม นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ที่ปกติของร่างกาย และป้องกันการสูญเสียเลือดออกจากร่างกายจากสาเหตุต่างๆ

2.4 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน (เซาว์ลิ อิมใจ, 2549; Molassiotis & Borjeson, 2006; Otto, 2001)

2.4.1 เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนควรเลือกรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หรืออาหารเหลวใส เย็นและไม่หวานจัด เช่น โยเกิร์ต ลูกอมหรือน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น น้ำส้ม น้ำมะนาว หรือการดื่มน้ำจืด รวมทั้งขนมปังกรอบ เป็นต้น ควรเคี้ยวอาหารช้าๆ ไม่ควรเร่งรีบ และรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง โดยแบ่งเป็นมื้อเล็กๆ หลายๆ มื้อ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อใหญ่และไม่พยายามรับประทานอาหารเมื่อรู้สึกอิ่มหรือเมื่อมีความรู้สึกคลื่นไส้ หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด มัน รสเผ็ด และอาหารที่มีกลิ่นฉุน รวมทั้งการดื่มน้ำมากๆ ขณะรับประทานอาหาร

2.4.2 รับประทานอาหารให้เพิ่มขึ้นในวันที่รู้สึกหิว มีความอยากอาหาร รับประทานอาหารที่ตนเองชอบ และชนิดของอาหารควรมีความหลากหลาย จัดเตรียมอาหารให้มีสีสันทนารับประทาน และดูแลความสะอาดปาก ฟัน ด้วยการแปรงฟันหรือบ้วนปากบ่อยๆ เพื่อรักษาความสะอาดของช่องปาก รวมทั้งกระตุ้นความอยากอาหาร ควรพักผ่อนหลังการรับประทานอาหาร แต่ไม่ควรนอนราบหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ๆ ในระยะ 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหาร



2.4.3 จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมบรรยากาศในการรับประทานอาหาร เช่น กำจัดเสียง หรือกลิ่นที่เป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน การสวมใส่เสื้อผ้าหลวมๆ ไม่รัดแน่นเกินไป รวมทั้งการจัดสถานที่ให้มีการระบายอากาศที่ดี มีอากาศเย็นสบาย ผ่อนคลาย ความเครียดและความวิตกกังวล เมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยการเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

2.4.4 สังเกตและประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียนของตนเอง ปรีกษาแพทย์หรือพยาบาลเมื่อรู้สึกว่าการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรงขึ้น หรือไม่สามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการได้

2.5 การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการผื่นร่วง (Batchelor, 2001, 2006)

2.5.1 หากผื่นขาว ควรตัดผมให้สั้น และหลีกเลี่ยงการสระผมบ่อยๆ เลือกลงแชมพูสูตรอ่อนโยนต่อหนังศีรษะและเส้นผม ที่มีส่วนผสมของโปรตีน และมีความสมดุลของกรดด่าง

2.5.2 หลีกเลี่ยงการสระผมด้วยน้ำอุ่นจัดในช่วงแรกหลังได้เคมีบำบัด หากเป็นไปได้ควรสระผมด้วยน้ำอุณหภูมิปกติ เนื่องจากอุณหภูมิของน้ำที่เย็นจะทำให้หลอดเลือดหดตัว และลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์ผม ส่งผลให้การขนส่งสารเคมีจากเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดผื่นร่วงไปยังเซลล์ผมลดลง ลดการดูดซึมกลับและการสะสมของเคมีบำบัดเข้าสู่เซลล์ผม รวมทั้งลดเมตาบอลิซึมของเคมีบำบัดในเซลล์ผมด้วย ภายหลังการสระผม เช็ดด้วยผ้านุ่มเบาๆ ใช้หวีซี่ห่าง ไม่หวีผมบ่อยเกินไป และควรปล่อยให้แห้งเองตามธรรมชาติ หลีกเลี่ยงการใช้ไดร์เป่าผม เครื่องหนีบผม ม้วนผม หรือการทำสีผม และเลือกใช้หมอนที่ทำจากผ้านุ่ม เพื่อลดการเสียดสีกับเส้นผม

2.5.3 สวมใส่วิกผม กรณีหากไม่สวมวิก ควรหลีกเลี่ยงไม่ให้หนังศีรษะโดนแสงแดดโดยตรง ด้วยการใส่ครีมกันแดด สวมหมวก หรือผ้าโพกศีรษะ รวมทั้งป้องกันการระคายเคืองหนังศีรษะ และดวงตา ในกรณีที่ผื่นร่วงหมด โดยการใช้ครีมทาที่มีส่วนผสมวิตามินเอ และวิตามินดี บริเวณผิวหนังที่แห้งหรือคัน สวมแว่นกันแดด และทำความสะอาด เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่อาจเข้าตา

2.6 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบ (Beck, 2000; Bond, 2006; Eilers, 2004; Eilers & Million, 2007; Fulton & Treon, 2007)

2.6.1 แปรงฟันเบาๆ ด้วยแปรงสีฟันที่ขนอ่อนนุ่ม ทำมุม 45 องศา ระหว่างฟันและเหงือก ใช้เวลาในการแปรงฟันอย่างน้อย 90 วินาที โดยแปรงให้ทั่วทั้งบริเวณฟัน ลิ้น เหงือก และเพดานปาก แล้วล้างให้สะอาดด้วยน้ำเปล่า อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน กรณีใส่ฟันปลอม ให้ถอดทำความสะอาดบ่อยๆ และงดใส่ฟันปลอมเวลานอน อาจใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือตามคำแนะนำของแพทย์ บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ น้ำเปล่าหรือน้ำอุ่นผสมเกลือจากๆ (ใช้น้ำต้มสุก 8 ออนซ์ ผสมเกลือครึ่งช้อนชา) ทุก 2-4 ชั่วโมง

และบ่อยครั้งเท่าที่ต้องการ บ้วนปากให้ทั่วครั้งละประมาณ 1-2 นาที อาจใช้ลิปสติกหรือผลิตภัณฑ์ที่ช่วยให้ริมฝีปากชุ่มชื้น

2.6.2 รับประทานอาหารที่มีโปรตีนเพิ่มมากขึ้น เลือกรับประทานอาหารอ่อน ดัดแปลงเป็นชิ้นเล็กๆ หรืออาหารเหลว ที่เย็น หลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อน เผ็ด เค็ม และอาหารที่มีความเป็นกรด เช่น มะนาว รวมทั้งอาหารที่หวานจัด อาหารแห้ง หยาบ เพราะจะส่งเสริมให้เกิดแผลในปากเพิ่มขึ้น รวมทั้งดื่มน้ำมากๆ ประมาณ 3 ลิตรต่อวัน และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่ที่จะระคายต่อเยื่อช่องปาก

2.6.3 สังเกตการเกิดแผลในช่องปาก หากพบว่ามีแผลเป็นฝ้าขาว ปวด แสบร้อน มีไข้ หรือมีเลือดออก ควรไปพบแพทย์

2.7 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการชาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า และการรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะส่วนปลายลดลง (เซวาลี อิมใจ, 2549; The National Cancer Institute [NCI], 2003; Wilkes, 2001)

2.7.1 เมื่อมีอาการชาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า ควรเพิ่มความระมัดระวังต่อการเกิดแผลต่างๆ เนื่องจากการรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะส่วนปลายลดลง โดยการระมัดระวังการใช้ของแหลมคม การสัมผัสของร้อน สวมถุงมือเวลาทำสวนหรือทำงานบ้าน สวมใส่รองเท้าที่มิดชิดทั้งขณะอยู่ในบ้าน และอยู่นอกบ้าน เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ตรวจสอบการเกิดแผลในบริเวณต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะ แขน ขา นิ้วมือ และนิ้วเท้า

2.7.2 เมื่อมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรือมีความไม่สมดุลของการรับรู้ความรู้สึกของอวัยวะต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อแขน ขา เกิดขึ้น ควรระมัดระวังการลื่นล้มและอุบัติเหตุโดยการเปลี่ยนท่าช้าๆ เวลาขึ้น-ลงบันได ควรจับราวบันได อาบน้ำโดยใช้ฝักบัว และดูแลพื้นห้องน้ำไม่ให้เปียกชื้น

2.7.3 บริหารกล้ามเนื้อมือ แขน ขา เป็นประจำ โดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซิฟ ซึ่งเป็นการหดเกร็งกล้ามเนื้อในแต่ละส่วนไว้ประมาณ 10 วินาที เริ่มจากเบาสุด ไปหนักสุด สลับกับการค่อยๆ คลายกล้ามเนื้ออีก 10 วินาที โดยขณะที่ฝึกกล้ามเนื้อนั้นให้เพ่งสมาธิไปยังการหดคลายของกล้ามเนื้อ ผ่อนลมหายใจเข้าและออกตามปกติ ทำเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ครั้งละประมาณ 20-30 นาที (พนม เกตุมาน, 2550)

2.7.4 หากมีอาการปวดกล้ามเนื้อภายหลังได้รับเคมีบำบัด ควรรับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งอาการปวดเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น

2.7.5 หากมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงมาก หูอื้อ การได้ยินลดลง ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดของเคมีบำบัด

2.8 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ (ชาวลิ อิมใจ, 2549; Camp-Sorrell, 2000; Cancer Care Ontario [CCO], 2004)

2.8.1 ไม่กลั้นปัสสาวะ ควรปัสสาวะก่อนนอนเพื่อไม่ให้ผนังของกระเพาะปัสสาวะมีความกระตือรือร้นของยาขณะนอนหลับ และหลีกเลี่ยงการนอนแช่ในอ่างอาบน้ำ

2.8.2 ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 3 ลิตร และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดการกระตือรือร้นต่อกระเพาะปัสสาวะ เช่น เครื่องดื่มที่มีคาร์บอนเนต แอลกอฮอล์ กาแฟ ชาแก่ๆ และอาหารรสจัด รวมทั้งการสูบบุหรี่ และอาหารที่มีกรดสูง

2.8.3 สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปวดแสบขณะถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะสีขุ่น มีเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ ปวดหลัง ปวดถ่วงบริเวณเหนือหัวหน่าว ร่วมกับอาการไข้ หนาวสั่น ปวดท้อง ปัสสาวะไม่ออก รวมทั้งอาการที่เกิดจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึมในร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนแรง สับสน ใจสั่น ชา เป็นตะคริว ถ้ามีควรไปพบแพทย์

2.9 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการท้องเสีย (Andrewes & Norton, 2006; Cancer Care Ontario, 2004)

2.9.1 เมื่อมีอาการท้องเสีย ควรดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 8-12 แก้วต่อวัน และเลือกรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกากใยสูง อาหารมัน หวานจัด นมและผลิตภัณฑ์จากนม ช็อกโกแลต น้ำตาลเทียม โดยเฉพาะซอร์บิทอล ซึ่งจะทำให้อุจจาระเหลวมากขึ้น หรืออาหารอื่นๆ ที่เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น อาหารรสจัด กาแฟเย็น แอลกอฮอล์ ของหมักดอง

2.9.2 สังเกตอาการที่เกิดร่วม ได้แก่ ไข้สูง วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายมีมูกเลือดปน ถ่ายเหลวมากกว่า 6-10 ครั้งต่อวัน ถ้ามีควรไปพบแพทย์

2.10 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าที่อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งสาเหตุทางร่างกาย พยาธิสภาพของโรคมะเร็ง การรักษา และอาการไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งสาเหตุทางด้านจิตใจ ซึ่งมีวิธีการดูแลตนเอง ดังต่อไปนี้ (ACS/NCCN, 2008; Ahlberg, 2006; Lee, Tsai, Lai, & Tsai, 2008; NCCN, 2007; Winningham, 2000)

2.10.1 ออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 15-30 นาที โดยอาจเริ่มออกกำลังกายตั้งแต่ระดับธรรมดาเบาๆ จนถึงระดับปานกลาง ไม่หักโหมจนเกินไป หยุดพักเมื่อมีอาการเหนื่อย เลือกวิธีการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การหายใจเข้าออกลึกๆ การบริหารกล้ามเนื้อแบบโปรแกรมชีพ

2.10.2 การพักผ่อนและการนอนหลับ ให้หลีกเลี่ยงการนอนหลับมากในเวลากลางวัน อาจนอนพักในช่วงระหว่างวัน (napping) ประมาณ 20-30 นาที เพื่อเพิ่มพลังงานให้กับตนเอง

หากนอนพักประมาณ 10 นาที แล้วไม่หลับควรลุกขึ้นทำกิจกรรมอื่นๆ ไม่นอนอยู่เฉยๆ เพราะจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น เข้านอนในเวลาที่เหมาะสม ควรเป็นเวลาใกล้เคียงกันในแต่ละวัน และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม กำจัดสิ่งที่รบกวนการนอนหลับ ทำจิตใจให้สบาย ลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล ควรดื่มน้ำอุ่นหรือนมอุ่นๆ ก่อนนอนเพราะจะช่วยทำให้นอนหลับได้ดี หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหลังเที่ยงวัน และปัสสาวะก่อนนอนเพื่อจะได้นอนหลับนานทั้งคืนโดยไม่ลุกขึ้นมาปัสสาวะ รวมทั้งภายหลังจากตื่นนอนตอนเช้า ควรลุกขึ้นเพื่อทำกิจวัตรประจำวันทันที ไม่กลับไปนอนที่เตียงอีกเมื่อรู้สึกว่ายังเหนื่อยล้าอยู่ เพราะจะยังทำให้เกิดอาการมากขึ้น

2.10.3 การสงวนพลังงาน มีวิธีการดังนี้ 1) จัดลำดับความสำคัญของการทำกิจกรรมต่างๆ โดยควรทำกิจกรรมที่มีความสำคัญมากก่อน เลื่อนหรืองดเว้นกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออกไป 2) เคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม ใช้วิธีการเดินแทนการวิ่ง 3) ใช้อุปกรณ์ช่วยในการทำกิจกรรมและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นตามความเหมาะสม 4) ทำกิจกรรมในช่วงที่มีความเหนื่อยล้าน้อยที่สุด 5) มีช่วงเวลาก่อนพักหลับชดเชยในระหว่างวัน 6) จัดตารางเวลาการปฏิบัติกิจกรรมและปฏิบัติตามเวลาที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และให้ความสนใจในแต่ละกิจกรรมที่ทำในช่วงเวลานั้นๆ

2.10.4 จัดการกับความเครียด และความวิตกกังวล ด้วยวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การดูทีวี พบปะเพื่อนฝูง การทำสมาธิ และการออกกำลังกาย

2.10.5 ดื่มน้ำมากๆ และรับประทานอาหารให้เพียงพอ ครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจาง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการเหนื่อยล้า

3. การดูแลตนเองเพื่อให้จิตใจและอารมณ์แจ่มใส

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดอาจได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษามีผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลตนเองดังต่อไปนี้ (ACS, 2006; ACS/NCCN, 2005; NCCN, 2007)

3.1 แสวงหาแหล่งสนับสนุนและการช่วยเหลือที่เหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การปรึกษาแพทย์ บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือที่พึ่งทางศาสนา ควรพูดคุยระบายความรู้สึก เมื่อมีอาการทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ ไม่ควรเก็บความรู้สึกเหล่านั้นไว้เพียงลำพัง เพราะจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น และไม่ควรแก้ปัญหาด้วยการดื่มสุรา หรือสิ่งเสพติดอื่น

3.2 แสวงหาแนวทางผ่อนคลายความเครียด ซึ่งอาจใช้วิธีการที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จมาก่อน แต่หากทดลองใช้แล้วไม่ได้ผล อาจใช้วิธีการอื่นๆ เช่น การนั่งสมาธิ ฟังเพลง

คู่มือ ออกกำลังกาย หรือทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวหรือกลุ่มทางสังคม หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

3.3 ชักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อเกิดข้อสงสัย เกี่ยวกับแผนการรักษา และอาการข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการป้องกันและจัดการกับอาการเหล่านั้น เพื่อให้สามารถประเมินอาการและวางแผนการป้องกันได้ อันจะช่วยลดความวิตกกังวลเมื่อต้องเผชิญกับอาการเหล่านั้น และส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น

3.4 พยายามรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ด้วยการเอาใจใส่ดูแลตนเอง ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ แต่สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพกายและใจที่ดีได้ โดยการคิดถึงการใช้ชีวิตอยู่ในปัจจุบันให้มีความสุข มากกว่าการวิตกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตมากจนเกินไป ไม่ตำหนิตนเองถึงสาเหตุของความเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์และจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ ปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะสม รักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลใกล้ชิด และเพื่อนร่วมงาน

3.5 ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ ทำบุญ ทำสมาธิ หรือการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อที่ไม่ขัดกับแผนการรักษา

4. การดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์

การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด เนื่องจากจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางการรักษา ผู้ป่วยจึงควรมีการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง มาตรฐานตามแพทย์ และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ มีรายละเอียดดังนี้ (NCI, 2003; SIGN, 2005)

4.1 ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ทำจิตใจให้แจ่มใส หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทั้ง 5 หมู่ ออกกำลังกาย และพักผ่อนให้เพียงพอ

4.2 มาตรฐานตามแพทย์นัดและมารับเคมีบำบัดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากมีปัญหาหรือข้อข้องใจเกี่ยวกับแผนการรักษา ควรพูดคุยปรึกษาเพื่อหาทางออกกับทีมแพทย์ผู้รักษา ไม่ควรหยุดรับการรักษาเอง เนื่องจากจะทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องและอาจเกิดผลเสียต่อผลลัพธ์การรักษา

4.3 สังเกตอาการผิดปกติ ที่ต้องกลับมาพบแพทย์ ได้แก่

4.3.1 มีไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือ 100 องศาฟาเรนไฮต์ หรือมีอาการหนาวสั่น เหงื่อออกมาก มีอาการบวมแดง ร้อน กดเจ็บ บริเวณผิวหนัง หรือรอบแผล หรือ

บริเวณที่คาท่อระบายต่างๆ หรือรอบทวารหนัก มีสารคัดหลังผิดปกติทางช่องคลอด มีกลิ่นเหม็นคั่งช่องคลอด

4.3.2 ท้องเสียรุนแรง อาจมากกว่า 6 ครั้งต่อวันขึ้นไป หรือถ่ายเป็นมูกเลือดปน หรือมีอาการท้องผูก ไม่ถ่ายอุจจาระหลายวัน และมีอาการปวดท้อง หรือคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย

4.3.3 คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำได้เลย มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ คือ กระหายน้ำ ปากแห้ง ผิวหนังเสียความยืดหยุ่นตัว ปัสสาวะออกน้อย วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า สับสน

4.3.4 ปัสสาวะกะปริดกะปรอย มีสีขุ่น หรือปวดแสบขัด เวลาถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะออกน้อย หรือไม่ออก ในขณะที่ดื่มน้ำจำนวนปกติ

4.3.5 มีอาการไออย่างรุนแรง เจ็บคอ ไอเป็นเลือด หรือหายใจเหนื่อยหอบ

4.3.6 มีเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย หรือเลือดไหลไม่หยุด ปัสสาวะสีแดงหรือสีน้ำตาลเข้ม เนื้ออุจจาระมีสีดำโดยไม่ได้ทานยาบำรุงเลือด เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เป็นต้น

4.3.7 ชีต อ่อนเพลียมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือมีผื่นขึ้นตามร่างกาย หรือมีอาการปวดอย่างรุนแรง

จากที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ปรับให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ผสมผสานกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factor) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มากระทบในแต่ละสถานการณ์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานดังต่อไปนี้

1. อายุและระยะพัฒนาการ เป็นตัวบ่งชี้ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละวัย รวมถึงศักยภาพในการริเริ่มหรือกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถในการ

ดูแลตนเอง (Orem, 2001) อายุ จะสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและการพัฒนาทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และความคิด รวมทั้งความสามารถในการรับรู้ แปลความหมาย ตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล โดยอายุและการพัฒนาการ จะบ่งชี้ถึงการมีวุฒิภาวะของบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามวัย จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงในวัยสูงอายุ (Orem, 2003) แต่จากการศึกษาของ มาลี วรรัตนากุล (2535) เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 76 ราย พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคน และมีแนวโน้มของอายุเพิ่มขึ้นเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

2. เพศ จะบ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระวิทยาและยังมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของบุคคล เนื่องจากเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมทั้งแสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถที่พัฒนาตามธรรมชาติของมนุษย์ที่แตกต่างกันด้วยปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Orem, 2001) จากการศึกษาของ อรทัย สนิญยุทธ (2539) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย

3. ภาวะสุขภาพหรือระยะของโรค เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรืออยู่ในระยะรุนแรงของโรค จะกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ทำให้เกิดข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่าผู้ที่มีการประเมินสถานะการทำกิจกรรม (Eastern Cooperative Oncology Group [ECOG] performance status scale) ในระดับต่ำ จะมีความรุนแรงของอาการมากกว่าผู้ที่มีการประเมินสถานะร่างกายที่ดี (Hensing, Cella, & Yount, 2005)

4. แหล่งประโยชน์และระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการทางสุขภาพ แพทย์ทางเลือก และแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีอยู่ (Orem, 2001) การสนับสนุนจากครอบครัว เครือญาติ หรือทีมสุขภาพ (Taylor, 2001) ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคล ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ในการป้องกันโรค ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ (Orem, 2001) โดยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพอื่นๆ ระบบบริการสุขภาพจะมีหลายระดับ เพื่อ

ตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการ การมีแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสมและเพียงพอ จะส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่แตกต่างกันได้ (Orem, 1991) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 60 ราย (อรรถัย สนใจยุทธ, 2539) พบว่า รายได้ของครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษาของบวชัย เวชพันธ์ (2548) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 380 ราย พบว่าการสนับสนุนจากทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ระบบครอบครัว ประกอบด้วย บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิก สถานภาพสมรส สัมพันธภาพในครอบครัว และความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย (Orem, 2001) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล จะเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว บ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นข้อมูลในการตัดสินใจแหล่งประโยชน์ทั้งเงินทอง และเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเอง (Taylor, 2001) แต่จากการศึกษาของอรรถัย สนใจยุทธ (2539) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยอธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัฒนธรรมไทยที่มีความผูกพันกันระหว่างเครือญาติ ทำให้ผู้ที่มีสถานภาพโสด ได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากบุตรหลาน ญาติพี่น้องและบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่

6. การศึกษาและประสบการณ์ในชีวิต (Orem, 2001) เป็นปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เนื่องจาก พฤติกรรมการดูแลตนเอง เกิดจากการเรียนรู้ ภายใต้อบรม วัฒนธรรมนิยม วัฒนธรรม และความเชื่อของแต่ละบุคคล (Orem, 2001) ซึ่งวิธีการดูแลตนเองที่บุคคลเรียนรู้และถ่ายทอด สืบต่อกันมา อาจเป็นได้ทั้งวิธีการที่เหมาะสมหรืออาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพได้ ส่วนปัจจัยด้านการศึกษา จะมีผลต่อการดูแลตนเองเนื่องจากเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง รวมถึงการเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 60 ราย

(อรทัย สนใจยุทธ, 2539) พบว่าระดับการศึกษามีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญ

7. แบบแผนการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อการกำหนดความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด และการปรับวิธีการที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ให้เหมาะสมซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) แบบแผนการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตร เป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล เช่น บุคคลที่มีอาชีพแตกต่างกัน หรืออาศัยในสถานที่ที่แตกต่างกัน ย่อมมีแบบแผนการดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองแตกต่างกันด้วย (Orem, 2001) ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยพื้นฐานด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด แต่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 100 ราย ซึ่งพบว่าปัจจัยพื้นฐาน เรื่องสภาพที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กนกพร ใจแก้ว, 2537)

กล่าวโดยสรุป การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อความแตกต่างในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะของโรค มาประกอบการพิจารณาในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมอิทธิพลภายในที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดอาจได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและมีความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

มะเร็งปอดเป็นโรคร้ายแรงและมีอัตราการรอดชีวิตค่อนข้างต่ำ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลของทีมสุขภาพ เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์สูงสุดของการรักษา และเป็นปัจจัยทำนายระยะเวลารอดชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Motazeri, Milroy, Hold, McEwen, & Gillis, 2001)

แนวคิดของคุณภาพชีวิต

ภายหลังศตวรรษที่สองเป็นต้นมา คุณภาพชีวิต (Quality of life) ได้เข้ามามีบทบาทในด้านของการเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการรักษา การตระหนักว่าการมีชีวิตที่ยืนยาวจากการรักษาอาจไม่ใช่เป้าหมายสูงสุด หากแต่เป็นการที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพที่มีอยู่และมีความผาสุกในชีวิต (well-being) (Cella, 1994) คุณภาพจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาต้องการให้เกิดแม้อยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายสำคัญของการรักษาคือการมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างมีความสุขกับโรคที่เป็นอยู่

คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน แนวคิดและคำจำกัดความของคุณภาพชีวิตจึงมีความหลากหลายแตกต่างกันตามทัศนะของผู้ศึกษา ดังนั้นจึงเป็นการยากในการให้คำจำกัดความที่แน่นอนและเป็นสากลได้ อาจสรุปได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล โดยผู้ที่ให้คำจำกัดความในลักษณะดังกล่าวนี้ ได้แก่ โอเร็ม (Orem, 2001) ที่ให้ทัศนะเกี่ยวกับ “ความผาสุก” (well-being) ซึ่งอาจมีความหมายเช่นเดียวกับ “คุณภาพชีวิต” (quality of life) ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลภายใต้เงื่อนไขต่างๆ ของชีวิต เป็นสิ่งที่แสดงออกถึงความพึงพอใจและความสุข การรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับการยอมรับในฐานะบุคคล มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและการมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ บุคคลสามารถมีความผาสุกในชีวิตได้ แม้มีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความสุขหรือความพึงพอใจในชีวิต (Anderson & Burckhardt, 1999; Oreson, 1990) เป็นความรู้สึกผาสุก (well-being) ของบุคคล (Cohen, 1996) ในชีวิตที่เป็นอยู่แบบองค์รวม และเป็นสิ่งที่วัดได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Michael & Tannock, 1998) เกิดจากความพึงพอใจ (satisfaction) หรือไม่พึงพอใจ (dissatisfaction) ต่อเหตุการณ์ในชีวิตที่มีความสำคัญกับพวกเขา ประกอบด้วยหลายมิติ (multidimension) ที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน (Ferrans, 1996) และคุณภาพชีวิตยังเป็นผลรวมของเงื่อนไขต่างๆ ในชีวิต โดยบุคคลจะตอบสนองต่อเงื่อนไขเหล่านั้น ในรูปแบบของความพึงพอใจในชีวิต ที่ขึ้นอยู่กับการประเมินค่าของแต่ละบุคคล วัดได้ทั้งจากการสังเกตและการรายงานจากตัวบุคคลเอง (Landesman, 1986) ซึ่งการประเมินและให้ความหมายของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับ การดำเนินชีวิต ประสบการณ์ ความหวัง และความคาดหวังในอนาคต รวมทั้ง

ประสบการณ์ที่เผชิญอยู่ โดยจะรวมเข้าไปในบริบทของชีวิต เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสิ่งรอบตัว คุณภาพชีวิตที่ดีจะสัมพันธ์กับความสามารถในการแสวงหาและไปถึงเป้าหมายของแต่ละคน และจะถูกกระทบจากความเจ็บป่วย และการรักษา (Calman, 1984)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1947) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะของชีวิต ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและค่านิยมของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง กฎเกณฑ์และความกังวล ส่วน เวเนทิกอดท์ เมอร์ริค และแอนเดอร์เซน (Ventegodt, Merrick, & Andersen, 2003) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นชีวิตที่ดีและมีคุณภาพ นอกจากนี้ เชลลา (Cella, 1994) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตไม่เพียงเป็นการปราศจากโรคและการทำหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติเท่านั้น แต่เป็นบทสรุปของผลรวมจากเงื่อนไขต่างๆ ในชีวิตและสิ่งรอบตัวของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ความพึงพอใจ ความสุข และการให้คุณค่าโดยรวมต่อสถานการณ์ในแต่ช่วงเวลา รวมถึงการรับรู้และยอมรับต่อผลที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษาทั้งผลทางลบและผลทางบวก ที่กระทบต่อการทำหน้าที่ (functioning) และความผาสุก (well-being) ในสิ่งที่เป็นอยู่หรือคาดว่าจะเป็นที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ซึ่งต้องการการประเมินในหลายมิติ (multidimensionality) ที่สำคัญของชีวิต นอกจากนี้เชลลา ยังได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (health-related quality of life [HRQOL]) ว่าเป็นการรับรู้ความผาสุกของแต่ละบุคคลต่อสิ่งที่เป็นอยู่หรือคาดว่าจะเป็นที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งถูกกระทบจากความเจ็บป่วย และ/หรือการรักษาที่ได้รับ

โดยสรุปคำจำกัดความของคุณภาพชีวิตยังมีความหลากหลาย แต่จากคำจำกัดความข้างต้นมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจ (satisfaction) และความผาสุก (well-being) ในชีวิตแบบองค์รวมของแต่ละบุคคล มีความซับซ้อน ประกอบด้วยหลายมิติ (multidimensionality) เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและบริบทของชีวิต ประเมินได้จากการรายงานของบุคคลและจากการสังเกต ซึ่งข้อมูลจากการรายงานของบุคคลจะมีความน่าเชื่อถือมากกว่า

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คำจำกัดความคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเชลลา (Cella, 1994) เนื่องจากเป็นการให้คำจำกัดความที่กำหนดจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรครู้ง จึงเป็นนิยามที่ครอบคลุมและสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบองค์รวมซึ่งไม่จำกัดเพียงบุคคลที่ปราศจากโรคเท่านั้น

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจในผลที่เกิดจากโรคและการรักษาที่มีต่อผู้ป่วยผ่านมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตยังมีความแตกต่างและหลากหลายตามทัศนะของแต่ละบุคคลเช่นเดียวกับคำจำกัดความของคุณภาพชีวิต ขึ้นอยู่กับความสนใจในแง่ของผู้ศึกษารวมทั้งกลุ่มประชากรที่ศึกษา

จากแนวคิดคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของเซลลา (Cella, 1994) ซึ่งพัฒนามาจากการมองสุขภาพแบบองค์รวมตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก โดยมีแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ 1) คุณภาพชีวิตเป็นเชิงจิตวิสัย (subjective) กล่าวคือเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา ความคาดหวังของตนเอง และการประเมินค่าความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับสิ่งนำเข้า (input) ที่มีผลกระทบต่อบุคคล รวมทั้งการยอมรับและตอบสนองของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบต่อความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ และ 2) คุณภาพชีวิตเป็นมุมมองหลายมิติ (multidimensional) กล่าวคือ คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจโดยรวมของบุคคลที่มีต่อผลที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งเป็นผลกระทบที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ (functioning) และความผาสุก (well-being) ทั้งด้านอาการ (symptom) การทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) ด้านอารมณ์ (mood) ความนึกคิด (cognitive) การทำหน้าที่ในครอบครัว (family functioning) และกิจกรรมทางสังคม (social activity) และต้องการประเมินในหลายมิติที่ครอบคลุมมิติสำคัญของชีวิต ประกอบด้วย

1. มิติความผาสุกทางร่างกาย (physical well-being) เป็นการรับรู้และสังเกตการณ์การทำหน้าที่หรือความผิดปกติของร่างกาย สะท้อนถึงความผาสุกทางร่างกายที่เป็นผลจากการของโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งความผาสุกทางร่างกายโดยทั่วไปตามการรับรู้ของผู้ป่วย

2. มิติความผาสุกทางอารมณ์ (emotional well-being) เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นผลทั้งในทางบวกคือ ความผาสุก และผลในทางลบคือ ความกดดัน ทุกข์ทรมาน ที่เป็นผลจากโรคและการรักษา

3. มิติความผาสุกทางสังคม (social well-being) เป็นการรับรู้ความพึงพอใจการสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรมยามว่าง การทำหน้าที่ในครอบครัว การมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการมีความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน คนรู้จัก หรือบุคคลใกล้ชิด

4. มิติความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (functional well-being) มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความผาสุกทางด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ ความปรารถนา กิจกรรมหรือบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคล เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การหน้าที่ทั้งในและนอกบ้าน เป็นต้น

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองและระบบการพยาบาลของโอเร็ม เป็นพื้นฐาน มีจุดเน้นของการพยาบาลอยู่ที่ตัวบุคคลซึ่งมีลักษณะเป็นองค์รวมและทำหน้าที่ได้ทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ เป็นระบบเปิดและมีความเป็นพลวัตร (Orem, 2001) ซึ่งการทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นเป็นสิ่งไม่อาจแยกออกจากกันได้ การตอบสนองของบุคคลทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วยจึงแสดงออกมาเป็นองค์รวม ดังนั้นการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงเป็นการรับรู้โดยรวมเช่นเดียวกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ผู้วิจัยจึงได้ศึกษามิติคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเซลลา (Cella, 1994) เนื่องจากการกำหนดมิติคุณภาพชีวิตจากผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้และเป็นมิติที่ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่ามีครอบคลุม เป็นองค์รวม และเหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

เนื่องด้วยคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสูงสุดของการรักษาพยาบาล ในปัจจุบันจึงได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาของจิราวรรณ สันติ เสวี, อนุจร ประทีปะวนิช, และเอี่ยมแข สุขประเสริฐ (2550) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก จำนวน 23 ราย ที่ได้รับเคมีบำบัดสูตรซิสพลาตินร่วมกับอีโทปอไซด์ และสูตรแพคลีตาเซลร่วมกับคาร์โบพลาติน โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต 2 ชนิดคือ Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung [FACT-L] และ FACT-Neurotoxicity [FACT/GOG-Ntx] พบว่าหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด 1 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดทั้ง 2 สูตร มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมมีแนวโน้มลดลงและในเดือนที่ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติมีแนวโน้มลดลง ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติกิจกรรมที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอุบัติการณ์และความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นด้วย ทำให้สัดส่วนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของวาน และคณะ (Wan et al., 2007) ในผู้ป่วยมะเร็งปอด 181 ราย ที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัด หรือเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-L version 4 ที่พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังรับการรักษา 1 เดือน โดยเฉพาะมิติคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านอารมณ์

นอกจากนี้ เบอร์แคนและคณะ (Bircan et al., 2003) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งชนิดเซลล์เล็กและเซลล์ไม่เล็ก จำนวน 52 ราย ที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life



Questionnaire. [EORTC QLQ-C30] และ Quality of Life Questionnaire Lung Cancer-13 [QLQ-LC13] พบว่าหลังได้รับเคมีบำบัดชุดที่ 3 ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ดีขึ้น แต่ก็มีอาการข้างเคียง ได้แก่ ผื่นแดง แผลในปาก คลื่นไส้ และอาเจียน รวมทั้งมีปัญหาการนอนหลับและปัญหาด้านเศรษฐกิจเพิ่มสูงขึ้นด้วย ซึ่งผลการศึกษานี้ก็คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ชี, หยาง, ฮู, และหยาง (Chie, Yang, Hsu, & Yang, 2004) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 51 ราย ที่พบว่าภายหลังได้รับเคมีบำบัด 2 สัปดาห์ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น แต่คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง รวมทั้งมิติด้านอาการ พบว่าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนสูงขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ เบร์ทีโร (Bertero, 2008) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ จำนวน 23 ราย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 และ QLQ-LC13 พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติพบว่ามิติการทำหน้าที่ด้านการนึกคิดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด รองมาเป็นด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านสังคมและด้านร่างกาย ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และมิติด้านอาการทั่วไปและอาการที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปอด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเหนื่อยล้า หายใจเหนื่อย ปวด และคลื่นไส้อาเจียน

จากการสรุปผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กที่ได้รับเคมีบำบัดจากงานวิจัยทั้งหมด 18 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ กลาสเตอร์สกาย และแพสแมน (Klastersky & Paesmans, 2001) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีการแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตดีขึ้นภายหลังรับการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับเพียงการรักษาแบบประคับประคอง โดยมิติคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้นมักเป็นมิติด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม แต่ทั้งนี้พบว่า อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ผื่นแดง และอาการอักเสบของปลายประสาท เป็นปัจจัยที่มีผลให้คุณภาพของผู้ป่วยมะเร็งปอดลดลง

กล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดอาจเปลี่ยนแปลงได้ทั้งในทางที่ดีขึ้นหรือลดลง ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้นพบว่าแม้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดจะมีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงแรกของการรักษา (Bircan et al., 2003; Chie, Yang, Hsu, & Yang, 2004) แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละมิติย่อยพบว่าคุณภาพชีวิตในบางมิติมีแนวโน้มลดลงและเมื่อทำการศึกษาในระยะเวลาต่อมาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะมีแนวโน้มลดลงในเกือบทุกมิติ โดยเฉพาะมิติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม หรือมิติด้านร่างกาย (จิราวรรณ สันติเสวี และคณะ, 2550; Chie et al., 2004; Wan et al., 2007) และยังพบว่าผลข้างเคียงจากการ

รักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Bircan et al., 2003; Chie et al., 2004; Klastersky & Paesmans, 2001)

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดมีอยู่หลายประการ ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะของโรค และการรักษา (Gridelli, Perrone, Nelli, Ramponi, & Marinis, 2001) ดังต่อไปนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 34 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (อายุ 65 ปี หรือมากกว่า) มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาปรับตัวกับโรค การรักษา และผลข้างเคียงได้ดีกว่า (Mkanta, Chumbler, Richardson, & Kobb, 2007)

2. ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (performance status) ความสามารถในการทำกิจกรรม มีความสัมพันธ์สูงกับทุกมิติของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมดีกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (Bircan et al., 2003) ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรม ประเมินได้โดยใช้หลักการของกลุ่มความร่วมมือทางโรคมะเร็งภาคตะวันออก (Eastern Cooperative Oncology Group [ECOG] Performance Status) ซึ่งแบ่งเป็น 6 ระดับ จากระดับ 0 ถึงระดับ 5 โดยระดับ 0 หมายถึง สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ เหมือนกับก่อนเป็นโรค ระดับ 1 หมายถึง มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมหนักๆ แต่ยังสามารเดินหรือทำงานเบาๆ ได้ ระดับ 2 หมายถึง ใช้เวลานอนอยู่บนเตียงน้อยกว่าร้อยละ 50 ของเวลาระหว่างวัน สามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองได้แต่ไม่สามารถทำงานใดๆ ได้ ระดับ 3 หมายถึง ต้องนอนอยู่บนเตียงมากกว่าร้อยละ 50 ของเวลาระหว่างวัน และสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพียงเล็กน้อย ระดับ 4 หมายถึง ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอด ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย และระดับ 5 หมายถึง เสียชีวิต (Eastern Cooperative Oncology Group, 2009)

3. ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ก่อนได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่ฐานะยากจน รายได้น้อย จะมีคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ตามบทบาท ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะมีระดับความรุนแรงของอาการสูงกว่า แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มภายหลังได้รับเคมีบำบัด (Montazeri, Hole, Milroy, McEwen, & Gillis, 2003)

4. แหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาคของ เดนี-วามโบลด์ท์, บัทเลอร์, และ โคลเทอร์ (Downe-Wamboldt, Butler, & Coulter, 2006) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะให้ความหมายของความเจ็บป่วยในทางบวก รวมทั้งจะรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ซึ่งส่งผลดีต่อการปฏิบัติกลวิธีต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย

5. ชนิดและระยะของโรคมะเร็งปอด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อการรักษาและผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยด้วย (Gridelli et al., 2001) นอกจากนี้ ระยะของโรคจะเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากจะเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Montazeri et al., 2001)

6. อาการจากโรคและการรักษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์การเกิดอาการ และมีความรุนแรงของอาการ หรือรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคมะเร็งและการรักษามากกว่าจะมีผลกระทบต่อการรับรู้ความหมายในชีวิต ทำให้การรับรู้ความหมายของชีวิตลดลง ส่งผลให้ลดความพึงพอใจทางด้านจิตใจ เพิ่มการรับรู้ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และการทำหน้าที่มากขึ้น (Wamboldt, Butler, & Coulter, 2006)

เห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างแท้จริง ทั้งนี้ จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ผู้วิจัยได้นำปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะของโรค มาประกอบการพิจารณาในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมอิทธิพลภายในที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด

ปัจจุบันการประเมินคุณภาพชีวิตยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งเซลลาและโนวินสกี (Cella & Nowinski, 2002) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. คุณภาพชีวิตโดยรวม (global quality of life) เป็นความพึงพอใจของบุคคลต่อแต่ละมิติของชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเฉพาะทางสุขภาพ สามารถใช้ได้กับทุกคนไม่ว่าจะเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพดี ประเมินได้โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป หรือแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับโรคก็ได้

2. คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (health related quality of life [HRQOL]) เป็นคุณภาพชีวิตในบริบททางสุขภาพ มุ่งเน้นในเรื่องที่สัมพันธ์กับสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบด้วยหลายมิติและเป็นการรวมผลของความผิดปกติที่เกิดต่อบุคคลในวงกว้าง ทั้งด้านประสิทธิภาพ การทำหน้าที่ และการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อาจแบ่งออกเป็น คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health related quality of life) เป็นคุณภาพชีวิตอย่างกว้างๆ และหลากหลายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งโรคมะเร็งต่างๆ และคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละโรค (specific health related quality of life)

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีคำนิยามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการ แต่มีการกล่าวถึงโครงสร้างลักษณะพื้นฐานของคุณภาพชีวิตซึ่งใช้เป็นหลักในการพัฒนาแบบประเมินและวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ (นุชจรี วุฒิสุพงษ์, 2541) 1) มีความเป็นอัตวิสัย (subjective) คือ การวัดคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของบุคคล มีความแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล 2) มีลักษณะเป็นหลายมิติ (multidimensional) คือ คุณภาพชีวิตไม่ได้ศึกษาเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น การไม่มีโรคเพียงอย่างเดียวไม่ได้หมายความว่ามีการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตเป็นการประเมินหลายมิติร่วมกันเป็นองค์รวม โดยควรทำการประเมินอย่างน้อย 3 มิติ คือ มิติทางกายภาพ (physical domain) ทางจิตใจ (psychological domain) และทางสังคม (social domain) และ 3) มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาที่เปลี่ยนไป (variable with time) คือ คุณภาพชีวิตไม่ได้มีค่าคงที่ แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรเป็นการประเมินอย่างต่อเนื่อง (longitudinal study) เพื่อให้เห็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปอด

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ (Cella & Nowinski, 2002; Litwin, 2007)

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (generic HRQOL measures) ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในวงกว้าง เกี่ยวกับการทำหน้าที่ การรับรู้สุขภาพ และอาการทั่วไป ครอบคลุมทั้งโรคเรื้อรังต่างๆ มีข้อดีคือ ใช้ได้ในผู้ป่วยทุกโรคและกับคนปกติได้ ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยแต่ละโรค หรือเปรียบเทียบกับคนปกติได้ ส่วนข้อด้อยคือ เป็นการประเมินโดยทั่วไป ไม่มีความเฉพาะเจาะจงและไม่มีความไวต่อความแตกต่างในแต่ละโรค ตัวอย่างของเครื่องมือในกลุ่มนี้ ได้แก่ Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale [FACT-G] (Cella et al., 1993), Quality of Well-Being Scale (Kaplan, Sieber, & Ganiats, 1997), Medical Outcomes Study Form [SF-36] (Ware & Sherbourne, 1992), Sickness Impact Profile (Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981) เป็นต้น

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับโรค (disease-specific instruments) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละโรค หรือเฉพาะกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการ ข้อดี คือ มีความไวในการวัดความแตกต่างหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ให้ในแต่ละโรคได้ ส่วนข้อด้อยคือ ข้อมูลที่ได้จากแต่ละเครื่องมือมีความแตกต่างกัน ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ ตัวอย่างของเครื่องมือในกลุ่มนี้ ได้แก่ The European Organization for Research and Treatment of Cancer [EORTC] Quality of Life Questionnaire [QLQ-C30] (Aaronson et al., 1993), Functional Assessment of Cancer Therapy Scale [FACT] module lung cancer (Cella et al., 1993), Functional Living Index: Cancer [FLIC] (Schipper, Clinch, McMurray, & Levitt, 1984), Quality of Life Index: Cancer (Ferrans & Power, 1985) เป็นต้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตมีมากกว่า 50 ชนิด ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดของคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ชัดเจน จึงทำให้มีความพยายามในการประเมินคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมในหลายมิติ ซึ่งแบบประเมินการทำหน้าที่ในการรักษาโรคมะเร็งทั่วไป (Functional Assessment of Cancer Therapy-General [FACT-G]) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่นิยมใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด สร้างและพัฒนาขึ้นโดยเซลลาและคณะ (Cella et al., 1993) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา ปัจจุบันนิยมใช้ในทางคลินิกอย่างแพร่หลาย และแปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 30 ภาษา เครื่องมือนี้ได้พัฒนาและปรับปรุงเป็นจำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

แบบประเมิน FACT-G version 1 เริ่มสร้างในปีคริสต์ศักราช 1987-1989 (Cella et al., 1993) มีข้อคำถาม 38 ข้อ ครอบคลุมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติของระดับความสามารถในการทำกิจกรรม ในการกำหนดข้อย่อยของแบบประเมินจากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semistructure interview) ในผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง รวม 45 ราย และจากผู้เชี่ยวชาญทางโรคมะเร็ง 15 ราย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ที่ได้รับเคมีบำบัดอีก 90 ราย ได้ข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ และคะแนนของข้อคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 5 ระดับ จาก 0-4 คะแนน คะแนนรวมนำมาจัดกลุ่มได้ 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตดีขึ้น คงที่ หรือเลวลง นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการนำปหาคความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์รายข้อ (item analysis) โดยนำไปทดสอบใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง 545 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งศีรษะและคอ มะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งลำไส้ ที่แตกต่างกันในสถานที่ที่รับการรักษา จากนั้นทำการวิเคราะห์รายข้อ พบว่ามีข้อคำถาม 10 ข้อ ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งได้นำมาปรับปรุงในฉบับต่อมา

แบบประเมิน FACT-G version 2 (Cella et al., 1993) ได้มีการพัฒนาขึ้นในช่วงปีคริสต์ศักราช 1990-1993 โดยลดข้อคำถามลงจากแบบประเมินฉบับแรกลงเหลือ 28 ข้อ ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 5 มิติ คือ ความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) 7 ข้อ ความผาสุกด้านสังคม (social well-being) 7 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์ (emotional well-being) 5 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (functional well-being) 7 ข้อ และสัมพันธภาพกับแพทย์ (relationship with doctor) 2 ข้อ การให้คะแนนของข้อคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต แบ่งเป็น 5 ระดับ จาก 0-4 คะแนน และในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิต จะให้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมของแต่ละมิติจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล เป็นระดับตัวเลขจาก 0 ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเลย จนถึง 10 มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมด คะแนนสูงกว่า หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดีกว่า

การตรวจสอบความตรงของแบบประเมิน FACT-G version 2 ได้นำไปหาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง 545 ราย พบว่าสามารถแยกได้เป็น 6 ปัจจัย ซึ่งได้นำมาสร้างเป็นหัวข้อย่อย 5 หัวข้อ ครอบคลุม 5 มิติของคุณภาพชีวิต จากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง 466 ราย เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 2 ปัจจัย พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r_{\text{factor}} = .25$) และการเปรียบเทียบความแตกต่างกับกลุ่มที่รู้ (differentiating known group) ทดสอบโดยการนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 545 ราย ซึ่งรวมทั้งโรคมะเร็งปอดที่มีความแตกต่างกันในระยะของโรค ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและสถานที่ที่รับบริการ

ผลการทดสอบชี้ให้เห็นว่า FACT-G version 2 เป็นเครื่องมือที่มีความตรงเชิงโครงสร้าง โดยสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านระยะของโรค ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และสถานที่ที่รับบริการได้ นอกจากนี้ยังนำแบบประเมินไปหาความตรงเหมือน (convergent validity) ด้วยการทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 316 ราย โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมินคุณภาพชีวิต Functional Living Index-Cancer [FLIC] พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson correlation) อยู่ในระดับสูง ($r=.79$) บ่งชี้ว่าเครื่องมือนี้มีความตรงเหมือน และนำไปหาความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) โดยทดลองใช้แบบประเมินในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 316 ราย เปรียบเทียบกับเครื่องมือที่วัดตัวแปรแตกต่างกัน คือแบบประเมินสังคมที่พึงปรารถนา (M-CSDS) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันในระดับต่ำ ($r=.22$) บ่งชี้ว่าเครื่องมือนี้ มีความตรงเชิงจำแนก

ส่วนการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าครอนบาค แอลฟาของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .89 และความสอดคล้องภายในของแต่ละมิติของคุณภาพชีวิต อยู่ในช่วง .65-.82 โดยมีมิติความสัมพันธ์กับแพทย์ มีค่าความสอดคล้องต่ำสุด การหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) โดยการนำแบบประเมินไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (correlation coefficients) ของแบบประเมิน ทั้งฉบับเท่ากับ .92 และสำหรับคุณภาพชีวิตแต่ละมิติได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ มากกว่า .82 และการตรวจสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (sensitivity to change) โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม จำนวน 104 ราย ที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าตัวบ่งชี้ทางคลินิกที่สำคัญ คือ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย (performance status rating [PSR])

แบบประเมิน FACT-G version 3 (Cella et al., 1995) ได้มีการพัฒนาขึ้นในช่วงปีคริสต์ศักราช 1994-1995 โดยได้ปรับปรุงให้มีความชัดเจนของข้อคำถามเพิ่มขึ้น และเพิ่มข้อคำถามในมิติคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ 1 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อย่อย ครอบคลุมคุณภาพชีวิต 5 มิติ คือ มิติความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านสังคมและครอบครัว 7 ข้อ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม 7 ข้อ ด้านอารมณ์ 6 ข้อ และด้านความสัมพันธ์กับแพทย์ 2 ข้อ รูปแบบการให้คะแนนคำตอบยังคงเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จาก 0-4 คะแนน ช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-116 คะแนน โดยคะแนนสูงกว่า หมายถึงมีคุณภาพชีวิตดีกว่า แบบประเมิน FACT-G version 3 ได้ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 116 ราย ได้ค่าครอนบาค แอลฟาของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .87 และตรวจสอบความไวต่อการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ระดับความสามารถในการ

ปฏิบัติการกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นตัวบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต 3 ระดับ คือ ดีขึ้น คงที่ หรือเลวลง พบว่าเครื่องมือนี้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วย

แบบประเมิน FACT-G version 4 ได้มีการพัฒนาขึ้นในช่วงปีคริสต์ศักราช 1997 โดยมีการปรับลดข้อคำถามลงเหลือ 27 ข้อ และตัดมิติของคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์กับแพทย์ ออก ทำให้มีรูปแบบง่ายขึ้น รวมทั้งมีการปรับการใช้ภาษาเพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยแบ่งมิติ คุณภาพชีวิตออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being [PWB]) 2) มิติความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว (social/family well-being [SWB]) 3) มิติความผาสุกด้านอารมณ์ (emotional well-being [EWB]) และ 4) มิติความผาสุกด้านปฏิบัติการ (functional well-being [FWB]) (Cella cited in Victorson, Barocas, Song, & Cella, 2008) ลักษณะของเครื่องมือ เป็น ข้อคำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบเอง โดยมีกรอบเวลาการประเมินในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย ข้อคำถาม 27 ข้อ ครอบคลุมมิติคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านสังคมและครอบครัว 7 ข้อ ด้านอารมณ์ 6 ข้อ และด้านการปฏิบัติการ 7 ข้อ การแปลผล คะแนนคำตอบแต่ละข้อ จะเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย ถึง 4 คะแนน หมายถึง มีมาก จากนั้น มาคำนวณคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0-108 คะแนน โดยคะแนน สูงกว่า หมายถึง คุณภาพชีวิตดีกว่า เครื่องมือนี้ได้นำไปหาความเชื่อมั่นของด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าครอนบาค แอลฟาของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ .87

สำหรับในประเทศไทย แบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-G version 4 ได้นำมาแปล เป็นภาษาไทย โดยวรชัย รัตนธราธร และคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001) และนำไปทดสอบ กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง 364 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา และการ ทดสอบซ้ำด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (spearman rank-correlation coefficients) ทดสอบ ความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์ปัจจัย และการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รู้ พบว่าค่า ความเชื่อมั่นของคุณภาพชีวิตแต่ละมิติ และทั้งฉบับอยู่ในระดับน่าพอใจ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .75-.90 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนทั้งฉบับเท่ากับ .80 การทดสอบความ เที่ยงตรงเชิงโครงสร้างสามารถวัดตัวแปรทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การ วิเคราะห์หาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) พบว่าข้อคำถามส่วนใหญ่ได้ค่าคะแนนการจัด กลุ่มอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ และสอดคล้องตรงตามรายด้านของแบบวัดคุณภาพชีวิต FACT-G ฉบับฉบับภาษาอังกฤษ (Ratanatharathorn et al., 2001)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-G ถูกนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ โดยในประเทศไทย สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ (Thienthong et al., 2006) ได้ศึกษาอาการปวดกับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 520 ราย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-G version 4 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยวรชัย รัตนธราธร และคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับ .86 และแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง .70-.82 และการศึกษาของ นุจิรี ประทีปะวนิช, อนันตพงษ์ พันธมณี, เอี่ยมแข สุขประเสริฐ, สุณี เลิศสินอุดม, และธิดิ วีระปริยากร (Pratheepawanit, Phunmanee, Sookprasert, Lertsinudom, & Weerapreeyakul, 2002) ซึ่งได้นำแบบประเมิน FACT-G version 4 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยนำมาดัดแปลงเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยไทยโรคมะเร็ง จำนวน 54 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ .82 ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาของมัลลิน และคณะ (Muullin et al., 2000) ซึ่งนำแบบสอบถาม FACT-G version 4 มาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 167 ราย โดยแปลเป็นภาษาของแอฟริกาใต้ (South African) 3 ภาษา คือภาษาพิดิ (Pedi) ภาษาชวานา (Tswana) และภาษาซูลู (Zulu) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับ เท่ากับ .92, .90 และ .84 ตามลำดับ นอกจากนี้ในประเทศฝรั่งเศสได้มีการศึกษาความตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-G version 4 มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการฉายแสง 493 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ .90 และในแต่ละมิติอยู่ในช่วง .77-.86 และเมื่อทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รู้ พบว่า FACT-G สามารถจำแนกความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีระยะโรคและการรักษาที่แตกต่างกันได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) (Costet, Lapierre, Benhamou, & Le Gales, 2005)

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-G version 4 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ วรชัย รัตนธราธร และคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษา ซึ่งได้รับการแปลและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออย่างเป็นระบบพบว่ามีความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี

กล่าวโดยสรุป ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับเคมีบำบัดส่งผลให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยจึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและจำเป็นต้องอาศัยความสามารถทางการแพทย์ในการจัดระบบการพยาบาลที่เหมาะสมในการดูแลเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการต่อยอดจากผลงานวิจัยที่พบว่าการสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดมีการดูแลตนเองดีขึ้นและอาจส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย โดยผู้วิจัยจะบูรณาการกิจกรรม

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ในรูปแบบของการสนับสนุนและให้ความรู้ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งโปรแกรมนี้จะมีระยะเวลา 7 สัปดาห์ ผู้วิจัยคาดว่าอาจช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองและระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สามารถคิด ตัดสินใจและกระทำการดูแลตนเองได้ แต่ผลกระทบจากโรคและการรักษาทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงและมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง 2) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด 3) การดูแลตนเองเพื่อให้จิตใจและอารมณ์แจ่มใส และ 4) การดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกิจกรรมที่สร้างจากระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม มีกิจกรรมประกอบด้วย การสนับสนุนและให้ความรู้ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลร่วมกับการติดตามสนับสนุนทางโทรศัพท์ขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยใช้กลยุทธ์คือ การสอนเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดใน 4 ด้าน ที่ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งการชี้แนะแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยการมอบคู่มือการดูแลตนเอง การใช้ทำทาง การสัมผัส และคำพูดที่กระตุ้นให้มีความกล้าใจ และความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยการสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยประสานงานระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล กับทีมสุขภาพเพื่อเพิ่มเติมแหล่งประโยชน์ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และเพิ่มแรงจูงใจในการริเริ่มและคงไว้ซึ่งการดูแลตนเอง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ใน 4 ด้าน น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น นำไปสู่การรับรู้ความสุขในชีวิตที่เป็นอยู่ ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด