

การสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้เป็นมะเร็ง
ในประเทศไทย

A Survey of Symptom Experience and Symptom Management in Persons Living
with Cancer in Thailand

กิตติกร นิลมานัต
วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร
วันฉนี วรพห้พานิช
เรื่อเอกหญิง สุรีย์พร กฤษเจริญ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2549

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในแต่ละระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing) ร่วมกับการศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1,709 ราย ระหว่างเดือนมกราคม 2548 ถึง เดือนธันวาคม 2549 โดยเลือกผู้เป็นโรคมะเร็งที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหรือสถาบันมะเร็ง ใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยอาศัยกรอบแนวคิดการดำเนินโรคของการเจ็บป่วยเรื้อรังของคอร์บินและสเตราส์ (Corbin & Strauss, 1992) และแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง เพื่อทดสอบความแตกต่างของอาการที่พบบ่อยตามระยะของโรคมะเร็ง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย (simple content analysis) ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 3) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 4) เบื่ออาหาร และ 5) ผม่ว อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 3) เบื่ออาหาร 4) นอนไม่หลับ และ 5) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง อาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวด/เจ็บ เพลีย/ไม่มีแรง เบื่ออาหาร วิตกกังวล และนอนไม่หลับ

การจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง โดยการผ่อนคลายมากที่สุด เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ พักผ่อน นอนหลับ เป็นต้น รองลงมาได้แก่ การปรับความรู้สึกและอารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เช่น บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม เป็นต้น การจัดการกับอาการของโรคมะเร็งโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น รับประทานยาแก้ปวด รับประทานยาแก้ไอ ยาบำรุง เป็นต้น การปรับเปลี่ยนสภาพลักษณะ การสวมหมวก สวมวิก เป็นต้น ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร เช่น ทานยาแผนโบราณหรือสมุนไพร ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร เป็นต้น ใช้วิธีการนวด/ลูบ และการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ

ผลของการศึกษา เสนอความรู้ประจักษ์ทางคลินิกซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ด้านมะเร็ง วิทยาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งในแต่ละระยะ ทั้งระยะความรุนแรงของโรค และระยะการ

ดำเนินของโรคมะเร็ง ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพต่อไป

Abstract

The purposes of this study identify were to identify the common symptoms experienced by cancer patients at different cancer stage and trajectory phases, and to explore their management. The sample comprised 1,709 patients attending at the university hospital, and 5 regional cancer centers in Thailand. Data were collected using a set of questionnaires which included a personal information sheet, a symptom survey questionnaire, and a symptom management interview. The questionnaires were developed based on the chronic illness trajectory framework (Corbin & Strauss, 1992) and symptom management model (Dodd et al., 2001). Descriptive statistics and inferential statistics were used analyze the differences of symptoms across cancer staging and trajectory phasing. Qualitative data were analyzes using simple content analysis. The results were as follows:

The most common symptoms occurring at each stage and phase of cancer staging and trajectory phasing were pain, fatigue, dry mouth/throat, anorexia, and hairfalling. Pain, fatigue, anorexia, dry mouth/throat, and insomnia were reported as being of the top 5 highest severity while pain, fatigue, anorexia, anxiety and insomnia were reported as the top 5 most interfering symptoms.

Symptom management strategies the subjects used to manage symptoms included: 1) using relaxation technique such as reading books watching television and having short nap. 2) adjusting the emotional state and modifying or changing eating behavior such as increasing water intake, eating liquid diet/special food; 3) using medicine such as oral analgesic and antitussive; 4) changing image as the result of treatment side effects by using hat; 5) applying alternative /traditional treatments such as herbs, massage; 6) joining the cancer support group.

The results of this study provide clinical evidence for oncology and oncological nursing in Thailand. They can be used to guide clinicians' assessing, planning, and offering care to manage symptoms among cancer patients at different stages of cancer and trajectory phasing of the chronic cancer condition.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ จากความร่วมมือและอำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ รวมทั้งช่วยในการให้ข้อมูล/ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ สัจจิตรา ลีมีอำนาจลาภ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้ประสานงานโครงการวิจัยประจำภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และนางสาวรัชณีพร คนชุม พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงส์กุล จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ด้วงแพง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้ประสานงานโครงการวิจัยประจำภาคตะวันออก รองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี และดร.ธีราภรณ์ จันท์ธาดา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ประสานงานโครงการวิจัยประจำภาคกลาง และนางสาวอภิรดี ลดาวรรษ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา กลุ่มผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ และขอขอบคุณผู้ปวยมะเร็งทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตลอดโครงการ

กลุ่มผู้วิจัย

31 ธันวาคม 2551

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ.....	i
ABSTRACT	iii
กิตติกรรมประกาศ.....	iv
สารบัญ.....	v
สารบัญภาพ.....	vi
สารบัญตาราง	vii
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	15
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	21
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	53
บรรณานุกรม	58

สารบัญภาพ

. หน้า

ภาพ 1	รูปแบบแนวคิดการจัดการอาการ	10
ภาพ 2	กราฟค่าเฉลี่ยความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน) จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging).....	31
ภาพ 3	กราฟค่าเฉลี่ยความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน) จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing).....	34
ภาพ 4	กราฟค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน) จำแนกตามระยะความรุนแรงของ โรค (cancer staging).....	37
ภาพ 5	กราฟค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน) จำแนกตามระยะการดำเนินของ โรคมะเร็ง (trajectory phasing)	40

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=1709)	22
ตาราง 2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย และการ รักษาพยาบาล (N=1709).....	25
ตาราง 3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอาการที่พบบ่อยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความถี่และความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของผู้เป็นโรคมะเร็ง (N = 1709)	27
ตาราง 4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความถี่ ของอาการ (0-4 คะแนน) จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) ด้วย สถิติ ANOVA (N = 1709)	29
ตาราง 5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน) จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing) (N = 1709)	32
ตาราง 6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน) จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) (N = 1709)	35
ตาราง 7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรุนแรงของ อาการ (0-10 คะแนน) จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing) (N = 1709)	38
ตาราง 8	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และ จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกอาการเหล่านี้ใน 5 อันดับแรก (n = 1640).....	40
ตาราง 9	ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ความถี่ และความ รุนแรงของอาการ 5 อันดับแรก วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์ แมน (rho)	41
ตาราง 10	จำนวนและร้อยละของวิธีจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง	42
ตาราง 11	จำนวน และร้อยละของเหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของ โรคมะเร็ง (n = 1382).....	44
ตาราง 12	จำนวน และร้อยละของแหล่งที่มาของข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของ โรคมะเร็ง (n = 1576)	44

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็ง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบว่าสถิติโรคมะเร็งมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 อันดับแรกของประชากรไทย รองลงมาจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ โดยพบอัตราการตายจากโรคมะเร็ง 76 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2545 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข, 2546) โดยมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชายได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ ขณะที่มะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิงได้แก่มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ (Deerasamee, Atin, Sontipong & et al, 2001) สำหรับอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กไทยพบว่ามะเร็งเม็ดเลือดขาว พบมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้งหมด. (พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน์, 2540)

มะเร็งส่วนใหญ่เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นและมีโอกาสเกิดซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องเผชิญชีวิตอยู่กับอาการต่าง ๆ ที่เกิดร่วมกับโรคมะเร็งเช่น ปวด อ่อนล้า เบื่ออาหาร ซีด ไข้ เป็นต้น อาการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะของโรคเป็นสำคัญ นอกจากนี้มะเร็งยังเป็นโรคที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ด้วยตนเอง จำต้องพึ่งพาการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานในสถานบริการสุขภาพที่มีระดับศักยภาพในการดูแลรักษาสูง (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541)

การรักษาโรคมะเร็งที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ฮอโมนบำบัด การเลือกใช้วิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรค การแพร่กระจาย สภาพร่างกายผู้ป่วยโรคมะเร็งและเศรษฐฐานะ ในทางปฏิบัติมักใช้การรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน (วรชัย รัตนธรร, 2538) อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเลือกวิธีการรักษาใด ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักประสบกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ จากผลของการรักษานั้น ๆ ทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ถูกรบกวน ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติ เกิดความไม่สุขสบายเช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวด เบื่ออาหาร ผิวน้ำและเยื่อบุถูกทำลาย ผมร่วง เลือดออกง่าย ติดเชื้อ ท้องร่วง ท้องผูกเป็นต้น(Ferrell & Coyle, 2001; จูติพร อิงคदारวงศ์, 2541; วัฒนา รัตนธรร และอำไพ จารุวัชรพานิชกุล, 2543; อิศรางค์ นุชประยูร, 2541) อาการเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในฐานะบทบาทของผู้ทำงานที่ต้องประกอบอาชีพ และ/หรือในบทบาทผู้นำครอบครัว (พ่อบ้าน แม่บ้าน) เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมาได้ เมื่อการดำเนินของโรคก้าวหน้าขึ้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง จึงต้องปรับเปลี่ยนสภาพ

ตนเองไปเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า สูญเสียบทบาทและความเป็นตัวของตัวเอง (นียา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และโซมพัคตร์ มณีวัต, 2545; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) ผลกระทบที่ตามมาคือ ผู้เป็นโรคมะเร็งจะมีความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ อาจนำไปสู่การปฏิเสธการรักษาพยาบาลหรือมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องทำให้การรักษาไม่ได้ผล และมีอาการของโรครุนแรงขึ้น

การต้องดำเนินชีวิตอยู่กับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้เป็นโรคมะเร็งและครอบครัว ต้องเรียนรู้วิธีการที่จะจัดการกับอาการเหล่านั้น ดอดด์และคณะ(Dodd, Janson, Facione, & et al., 2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นประสบการณ์ที่สามารถเรียนรู้จากบุคลากรทางการแพทย์และการเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์จากบุคคลรอบข้าง หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากตัวโรค หรือจากผลของการรักษา

ในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และผู้เป็นโรคมะเร็งที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความรุนแรงของอาการใดอาการหนึ่งและการจัดการกับอาการนั้น ๆ หรือผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่คัดสรรต่ออาการบางอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง เช่น การศึกษาของเพ็ญกมล (เพ็ญกมล กุลสุ, 2544) ที่ศึกษาภาวะความอ่อนเปลี้ยในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว บุชบา (บุชบา สมใจวงษ์, 2544) ศึกษาผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ชัยอนและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ปิยาภรณ์ (ปิยาภรณ์ รัตนสุนทร, 2544) ศึกษาประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี และนียา อารีย์และโซมพัคตร์ (นียา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และโซมพัคตร์ มณีวัต, 2545) ศึกษาการจัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น ผลการวิจัยเหล่านี้ไม่ได้สะท้อนถึงประสบการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างองค์รวม

การสำรวจอุบัติการณ์ของอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้เป็นโรคมะเร็งโดยรวมพบน้อย เต็มศักดิ์ สิริินทร์ และวิรัช (เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, สิริินทร์ ศาสตราบุรุษ และวิรัช วุฒิกุมิ, 2546) ได้สำรวจประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะสุดท้ายจำนวน 28 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อาการทั้งสิ้น 20 อาการ โดยอาการปวดพบร้อยละ 92.85 ร้อยละ 64.29 มีอาการบวมเฉพาะที่และเบื่ออาหาร อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้เป็นการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและในสตรีเป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่เจ็บป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ไม่สามารถนำไปอธิบายประสบการณ์อาการผู้เป็นโรคมะเร็งระยะอื่น นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังขาดองค์ความรู้เรื่องประสบการณ์และการจัดการอาการของผู้เป็นโรคมะเร็งโดยรวมของประเทศ

ดังนั้นคณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาเพื่อสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการในผู้เป็นโรคมะเร็ง ในระยะต่างๆของโรค (cancer staging) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ปัญหา และนำไปสู่การศึกษาวิจัยที่ลุ่มลึก รวมทั้งสามารถนำผลการศึกษาไปวางแผนให้การช่วยเหลือผู้เป็นโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยในผู้เป็นโรคมะเร็งในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการจัดการกับอาการต่างๆในผู้เป็นโรคมะเร็งในประเทศไทย

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์ของอาการที่พบบ่อยในผู้เป็นโรคมะเร็งในประเทศไทยมีอะไรบ้าง และมีความถี่และความรุนแรงของอาการเหล่านั้นอย่างไร อาการที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะของโรคมะเร็ง และแต่ละระยะการดำเนินของโรคมะเร็งหรือไม่
2. ผู้เป็นโรคมะเร็งการจัดการกับอาการต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างไรบ้าง (วิธีการจัดการเหตุผลของการใช้วิธีการดังกล่าว และแหล่งที่มาของการจัดการด้วยวิธีการดังกล่าว)

กรอบแนวคิด

คณะผู้วิจัย ได้ผสมผสานแนวคิดจากกรอบแนวคิดเรื่องประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd, Janson, Facione & et al., 2001) และกรอบแนวคิดการดำเนินโรคของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic illness trajectory framework) ของคอร์บินและสเตราส์ (Corbin & Strauss, 1991) ร่วมกับผลการศึกษางานวิจัยที่ทำมาก่อน เป็นกรอบแนวคิดของโครงการวิจัยนี้

ดอดด์และคณะ (Dodd, Janson, Facione, & et al., 2001) ได้ทำการศึกษาระยะยาวถึงประสบการณ์อาการและการจัดการกับอาการในผู้เป็นโรคมะเร็ง และได้พัฒนากรอบแนวคิดการจัดการอาการ (symptom management model: SMM) ขึ้น ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ ดอดด์และคณะ (Dodd, Janson, Facione, & et al., 2001) อธิบายว่า ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการดำเนินโรค (symptom experience) โดยมีการรับรู้ ประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแสดงออกโดยรายงานเป็นความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และการรับรู้ว่าการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดประสบการณ์อาการขึ้น จึงนำไปสู่การแสวงหาการจัดการอาการ (symptom management strategies) เพื่อยับยั้งหรือยืดเวลาของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ การจัดการอาการอาจเป็นการใช้กลไกทางชีวอายุเวท (เช่น ยา) โดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ป่วยเป็นผู้จัดการอาการด้วยตนเองก็ได้ ทั้งนี้การเลือกวิธีการจัดการอาการ อาจมีเหตุผลหลากหลายรวมทั้งอาจได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่น การจัดการอาการและประสบการณ์อาการ นำไปสู่ผลลัพธ์ (outcomes) ซึ่งในการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จึงไม่ได้ศึกษามโนทัศน์ด้านผลลัพธ์ นอกจากนี้กรอบแนวคิดการจัดการอาการ ยังกล่าวถึงองค์ประกอบหลัก อีก 3 องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์ ได้แก่ องค์ประกอบด้าน

บุคคล (เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา) ด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (เช่น โรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ) และด้านสิ่งแวดล้อม (เช่น สภาพทางกายภาพในบ้าน เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม)

คอร์บินและสเตราส์ (Corbin & Strauss, 1991) แบ่งการดำเนินโรคของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็น 8 ระยะ คือ คือ ระยะก่อนเกิดโรค ระยะเริ่มต้น ระยะวิกฤต ระยะรุนแรง ระยะคงที่ ระยะไม่คงที่/มีการเปลี่ยนแปลง ระยะทรุดลง และระยะใกล้ตาย ในการศึกษาดังนี้ ผู้วิจัยได้ปรับลดระยะต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อความเหมาะสมกับลักษณะผู้เป็นโรคมะเร็งที่ศึกษา โดยแบ่งระยะการดำเนินของโรคมะเร็งเป็น 5 ระยะ (trajectory phasing) คือ 1) ระยะเริ่มต้นการดำเนินของโรคมะเร็ง เป็นระยะที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปรากฏให้เห็น 2) ระยะวิกฤตหรือเจ็บป่วยขั้นรุนแรง เป็นระยะที่มีอาการรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่คุกคามชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือแม้แต่การจัดการเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะปกติ 3) ระยะคงที่ เป็นระยะที่อาการหรือการดำเนินของโรคมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย สามารถควบคุมได้ 4) ระยะไม่คงที่/มีการเปลี่ยนแปลง มีอาการของโรคกำเริบขึ้นมาอีกโดยไม่สามารถควบคุมได้ ต้องการการรักษาเพื่อกลับเข้าสู่ภาวะคงที่ และ 5) ระยะทรุดลงหรือใกล้ตาย การดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่เสื่อมลงทั้งร่างกายและจิตใจ มีอาการหรือความพิการเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าจะพยายามควบคุมอาการแต่ร่างกายทรุดลงจนกระทั่งเสียชีวิต

การแบ่งระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง ตามแนวทางของคอร์บินและสเตราส์ เป็นการแบ่งระยะโดยใช้การเปลี่ยนแปลงจากธรรมชาติของโรค ซึ่งพยาบาลสามารถใช้การตัดสินใจทางคลินิกในการจัดแบ่งระยะได้โดยไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ จึงต่างไปจากการแบ่งตามระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง (cancer staging) ซึ่งจัดแบ่งโรคมะเร็งเป็น 4 ระยะ ตามลักษณะการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง ดังนี้ ระยะที่ 1 เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณต้นกำเนิดภายในอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่เป็นโรคเท่านั้น ยังไม่มีการแพร่กระจาย ระยะที่ 2 เซลล์มะเร็งยังคงอยู่ที่อวัยวะที่เป็นโรค แต่มีขนาดโตขึ้น และเริ่มมีการรบกวนการทำงานที่ของอวัยวะนั้น ๆ และ/หรือมีการลุกลามเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงเล็กน้อย ระยะที่ 3 เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองและโตขึ้นอย่างชัดเจน ระยะที่ 4 เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ทั้งนี้การแบ่งระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง จะมีรายละเอียดแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็นมะเร็งด้วย

ผู้เป็นโรคมะเร็ง เกิดประสบการณ์อาการในแต่ละระยะความรุนแรงของโรคมะเร็งและระยะของการดำเนินโรคมะเร็ง โดยอาจเกิดจากตัวโรคและการรักษาที่ได้รับ ทั้งนี้ผู้เป็นโรคมะเร็งแต่ละรายมีประสบการณ์อาการแตกต่างกัน ซึ่งจะแสดงออกโดยการรายงานถึงความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้เป็นโรคมะเร็งจึงจำเป็นต้องดำเนินการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับอาการเหล่านั้น

นิยามศัพท์

ประสบการณ์ของอาการที่พบบ่อย หมายถึง ประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง และจะรายงานอาการที่เกิดขึ้นในเรื่องความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา สูงสุดเป็น 5 อันดับแรก โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับผู้เป็นโรคมะเร็ง และสร้างเป็นแบบสอบถามประสบการณ์อาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง

การจัดการอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือจัดการอาการ องค์ประกอบการจัดการกับอาการได้แก่ วิธีการจัดการกับอาการ เหตุผลของการเลือกวิธีการนั้น และแหล่งที่มาของการจัดการด้วยวิธีการดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการโดยรวม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้คำถามปลายเปิดโดยกำหนดข้อความคำถามครอบคลุมมิติการจัดการกับอาการตามแนวความคิดของดอดด์และคณะ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ต้องรู้พื้นฐานที่สำคัญในการทราบถึงปรากฏการณ์ประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการในผู้เป็นโรคมะเร็ง อันจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย (ทีมสุขภาพ) ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อ บุคลากรทางด้านการศึกษาพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ และนักวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการศึกษาและการพัฒนางานวิจัยที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการสำรวจอาการที่พบบ่อย และการจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็งในแต่ละระยะของการดำเนินโรคมะเร็ง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ โดยได้รวบรวมเนื้อหาเป็นหัวข้อลำดับ ดังนี้ ความต่อเนื่องเนื้อหาของการจัดการอาการ

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
2. แนวคิดการจัดการกับอาการ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

มะเร็ง เป็นเซลล์เนื้อร้าย ซึ่งเป็นเซลล์ร่างกายที่มีการแบ่งตัวไม่เป็นไปตามแบบแผนอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมและเจริญเติบโตผิดปกติไม่อยู่ในระเบียบแบบแผนของร่างกาย เซลล์มะเร็งจะแทรกซึม หรือกระจายเบียดเข้าไปในเซลล์ปกติที่อยู่รอบด้าน เข้าไปในหลอดเลือด และน้ำเหลือง และกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่ห่างไกลออกไปจากก้อนมะเร็งเดิม โดยมะเร็งเข้าไปทำลายเนื้อเยื่อ ทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะนั้นเสียไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ถ้าเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่สำคัญ เช่น ปอด ตับ สมอง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง มีได้ 4 วิธี คือ โดยทางกระแสเลือด (หลุดเข้ากระแสเลือด แล้วไปเจริญเติบโตในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด ตับ กระดูก สมอง เป็นต้น) กระแสน้ำเหลือง (หลุดเข้าหลอดน้ำเหลือง แล้วไปเจริญเติบโตในต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง หรืออยู่ห่างไกลออกไป และสามารถแพร่กระจายเข้าสู่หลอดเลือดอีกที่หนึ่ง) การฝังตัวของเซลล์มะเร็ง (หลุดแล้ว ตกไปงอกที่ตรงส่วนที่มีเซลล์มะเร็งตกอยู่) การแพร่กระจายแทรกตัวไปตามพื้นผิวภายในอวัยวะที่เป็นมะเร็งและอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียง

การแบ่งระยะของมะเร็ง

STAGING คือ การแบ่งระยะของโรคมะเร็งตามลักษณะทางกายวิภาคของโรคที่เป็นเฉพาะที่ (local) หรือลามไปสู่อวัยวะใกล้เคียง (regional) รวมทั้งที่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ (distant metastasis) ของมะเร็งชนิดเดียวกันที่อยู่ระยะเดียวกัน การแบ่งระยะของโรคมะเร็งมีประโยชน์ทางคลินิก ทำให้ทราบการพยากรณ์โรคและติดตามการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินโรคใช้ในการวางแผนและเปรียบเทียบผลการรักษา รวมทั้งเพิ่มความระมัดระวังในการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางคลินิก (นรินทร์ วรภูฒิ, 2546)

ระบบการแบ่งระยะโรคมะเร็งที่มีการใช้อยู่ มีหลายระบบ เช่น Dukes classification ใช้ในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ Modified Astler-Collins classification สำหรับโรคมะเร็ง thymoma แบ่งตามระบบมาซาโอกะ (Mmasaoka staging system) Okuda's system ใช้สำหรับโรคมะเร็งตับ ชนิด hepatocellular carcinoma สำหรับโรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรีนิยมแบ่งโดยใช้ระบบของ International Federation of Gynecologists and Obstetrician (FIGO) อย่างไรก็ตาม ระบบการแบ่งระยะโรคมะเร็งที่นิยมใช้ทั่วไปคือ ระบบ TNM ที่จัดโดย American Joint Against Cancer (AJCC) อาศัยหลักการแบ่งระยะตามระยะทางกายวิภาคของโรคสำหรับมะเร็งแต่ละชนิดจะมีการจัดระบบระยะของโรคแตกต่างกัน (นรินทร์ วรวิทย์, 2546)

โรคมะเร็งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 โรคมะเร็งจะอยู่ที่อวัยวะที่เป็นโรคเท่านั้น ไม่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายออกไปไหน

ระยะที่ 2 โรคมะเร็งจะยังคงอยู่ที่อวัยวะที่เป็นโรค แต่มีขนาดโตขึ้น และเริ่มมีการรบกวนหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ และ/หรือมีการลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงเล็กน้อย

ระยะที่ 3 โรคมะเร็งมีการลุกลามมากขึ้น อวัยวะที่เป็นโรคมักจะถูกทำลายจนผิดปกติ และทำหน้าที่ผิดปกติไป และมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงโตขึ้นชัดเจน

ระยะที่ 4 โรคมะเร็งมีการลุกลามออกไปยังอวัยวะใกล้เคียงและ/หรือแพร่กระจายไปทางกระแสเลือด เกิดมะเร็งแพร่กระจายที่อวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ห่างจากต้นกำเนิดโรค เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง เป็นต้น

การทราบชนิด และระยะของโรคมะเร็งทำให้สามารถพยากรณ์โรคถึงความรุนแรงและวางแผนการรักษาต่อไป โดยทั่วไปผู้ป่วยในแต่ละระยะ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างกันไปตามโรคนั้น

เป้าหมายหลักของการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ การทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด อย่างไรก็ตามการกำจัดเซลล์มะเร็งจะทำให้เนื้อเยื่อปกติของร่างกายถูกทำลายไปด้วย เช่น เยื่อบุช่องปาก, เยื่อบุลำไส้, เม็ดเลือด ฯลฯ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การรักษาโรคมะเร็ง มักจะมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นทุกราย อย่างไรก็ตามระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงจะต่างกันในแต่ละบุคคล

การรักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิด หรือการรักษาโรคมะเร็งแต่ละกลุ่ม มีความแตกต่างกัน ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบบวิธีผสมผสานระหว่างหลายวิธีร่วมกัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551) ได้แก่

1. ศัลยกรรม (ผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้าง)
2. รังสีรักษา (ฉายแสงบริเวณที่มีเซลล์มะเร็งอยู่เป็นการรักษาแบบเฉพาะที่เช่นเดียวกับวิธีของศัลยกรรม)

3. เคมีบำบัด (การรักษาหรือการทำลายเซลล์มะเร็งทั้งที่ต้นตอและที่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง กระแสเลือดหรืออวัยวะอื่นของร่างกาย เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบบทั้งตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการรับประทานยาที่มีความสามารถในการฆ่า หรือทำลาย เซลล์มะเร็ง ฉีดยาทางหลอดเลือดดำหรือแดง เป็นต้น)

4. การรักษาโดยใช้ฮอร์โมน เนื่องจากโรคมะเร็งบางชนิดมีความไวต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน และการรักษาโดยการเพิ่ม ภูมิคุ้มกัน ให้กับร่างกาย เพื่อที่จะได้กำจัดเซลล์มะเร็งให้หมดไปจากร่างกาย และผู้ป่วยก็จะหายจากโรคมะเร็ง

อาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถแบ่งเป็น

1. อาการจากโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย อาการเฉพาะที่ และอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ สำหรับอาการเฉพาะที่ อาการที่พบจะเกิดในบริเวณอวัยวะ หรือตำแหน่งที่ก้อนมะเร็งตั้งอยู่ ซึ่งในระยะเริ่มแรก อาจจะไม่มีอาการปรากฏชัดเจน เช่น มะเร็งของระบบผิวหนัง ส่วนใหญ่จะเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ปาน หรือจุดตกกระในผู้สูงอายุ ต่อมาจะคันและแตกเป็นแผลเรื้อรังไม่หาย โดยขอบแผลอาจมีสีดำ หรือ มะเร็งหลอดอาหาร เริ่มจากการเจ็บเวลากินอาหารและกลืนลำบากหรือกลืนไม่ลง มะเร็งเม็ดเลือด มักจะเริ่มจากมีอาการใช้เลือดออกง่าย มีจ้ำเลือดตามร่างกาย อ่อนเพลีย เป็นต้น เมื่อการดำเนินโรคเป็นมากขึ้นจนเป็นก้อนมะเร็งจะมีการเบียดและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต้นกำเนิด และลุกลาม แทรกซึมไปทำลายอวัยวะใกล้เคียง กระดูก ทำให้กระดูกนุ่มนวล เมื่อกระจายไปหลอดเลือด จะมีการทำลายของผนังหลอดเลือด ทำให้มีเลือดออก หากมะเร็งลุกลามไปที่ต่อทางเดินต่าง ๆ จะทำให้เกิดการอุดตันของต่อทางเดินต่าง ๆ หรืออาจทำให้มีการทะลุของอวัยวะ เช่น กลืนอาหารไม่ลง หายใจไม่ออก ลำไส้ทะลุ เป็นต้น นอกจากนี้ อาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยในระยะเริ่มแรก จะไม่มีอาการเจ็บปวด แต่เมื่อมะเร็งลุกลามไปถึงหรือมีการทำลายกระดูกเส้นประสาท จะทำให้ปวดมาก เป็นความทุกข์ทรมานเป็นอย่างยิ่ง ขณะเดียวกันโรคมะเร็งบางชนิดสามารถหลั่งฮอร์โมนได้ จึงทำให้ร่างกายมีการผิดปกติตามแต่ชนิดของฮอร์โมน เช่น มะเร็งของรังไข่ที่หลั่งฮอร์โมนเพศชายจะทำให้ผู้ป่วยหญิงมีลักษณะคล้ายผู้ชาย เช่น มีหนวด เสียงห้าว เป็นต้น

2. อาการที่เกิดจากผลข้างเคียงจากการรักษา

อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีความแตกต่างกัน พบว่า การรักษาด้วยวิธีเดียวกันในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงจากการรักษาไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิต้านทานของตัวผู้ป่วย บางคนเกิดอาการมากจนถึงกับทนไม่ได้ ขณะที่บางคนไม่เกิดอาการข้างเคียงอะไรเลย ซึ่งผลข้างเคียงยังขึ้นอยู่กับวิธีการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การใช้ยาเคมีบำบัด จะมีผลข้างเคียงมากกว่าการฉายรังสี ทั้งนี้ยารักษาโรคมะเร็งแต่ละชนิด จะมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการฉายรังสีในบริเวณต่างที่กัน จะมีผลข้างเคียงมากน้อยต่างกัน

2. แนวคิดการจัดการกับอาการ (symptom management model)

ดอดด์และคณะ (Dodd, Janson, Facione, & et al., 2001) ได้เสนอกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการ (symptom management model) แนวคิดดังกล่าวมีโมโนทัศน์หลัก 3 โมโนทัศน์ ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience) ประกอบด้วย การรับรู้อาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) และการตอบสนองต่ออาการ (response to symptoms) โดยทั้งสามองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน โดยการรับรู้อาการหมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ และรู้สึกว่าร่ากาย หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม ส่วนการประเมินอาการ ประสบการณ์อาการเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการพิจารณาถึงความรุนแรงของอาการ สาเหตุ การรักษา และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการตอบสนองต่ออาการหมายถึง การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคม รวมทั้งพฤติกรรม

2. การจัดการกับอาการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตที่จะมีการเปลี่ยนแปลงในวิธีการตามเวลาหรือตามการตอบสนองที่วิธีการที่ใช้ เป้าหมายของการจัดการอาการคือ การยืดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางลบโดยการใช้วิธีการต่าง ๆ ทั้งวิธีการแพทย์ วิชาชีพ หรือวิธีการของตนเอง การจัดการกับอาการเริ่มจากการประเมินอาการโดยผู้ป่วย จากนั้นจึงระบุถึงวิธีการ โดยการจัดการอาการอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการกับอาการใดอาการหนึ่งหรือมากกว่า เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

3. ผลลัพธ์ (outcomes) ดอดด์และคณะ ได้ระบุถึงผลลัพธ์ใน 8 ปีปัจจัย ได้แก่ สภาพอาการ การทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของสภาพอารมณ์ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (ความคุ้มค่า) ภาวะแทรกซ้อน อัตราตายที่เกิดขึ้น คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยช่วงเวลาของการประเมินผลขึ้นกับการคงอยู่ของอาการ ความต้องการในการใช้วิธีการบำบัดและการตอบสนองต่อการรักษา เมื่ออาการได้รับการรักษาอย่างสมบูรณ์ โมเดลการจัดการอาการสิ้นสุดลง

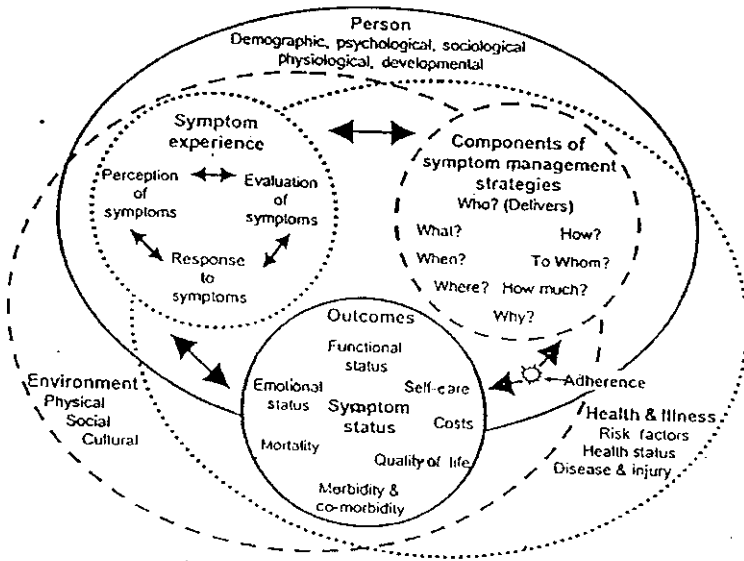
นอกจากนี้ ดอดด์และคณะ (Dodd, Janson, Facione, & et al., 2001) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ดังนี้

องค์ประกอบด้านบุคคล (person domain) ได้แก่ ลักษณะบุคคล ลักษณะทางจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะของสรีรวิทยา รวมทั้งระยะพัฒนาการ เช่น อายุ เพศ การศึกษา วัย เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

องค์ประกอบด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง สภาวะทางสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ และการไร้ความสามารถหรือพิการ ซึ่งมีผลกระทบต่อโดยตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) หมายถึงสภาพเงื่อนไขและบริบทที่ทำให้อาการเกิดขึ้น เป็นตัวแปรทางกายภาพ ทางสังคม และทางวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการเลือกหรือตัดสินใจในการดูแลรักษา

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 6 แสดงดังภาพ 1 รูปแบบแนวคิดการจัดการอาการ



ภาพ 1 รูปแบบแนวคิดการจัดการอาการ

Note From Revised symptom management conceptual model (pp.670), by M. Dodd et al., 2001, (Dodd, Janson, Facione, & et al., 2001) Journal of Advanced Nursing, 33(5).

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการและการจัดการกับอาการในผู้เป็นโรคมะเร็ง

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการในผู้เป็นโรคมะเร็ง

อาการที่เกิดกับผู้เป็นโรคมะเร็งนั้นเกิดจากเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติและการแพร่กระจายของเซลล์ทำให้มีการลุกล้ำและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ มากมายตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรคมะเร็ง เช่นผู้ป่วยจะมีปัญหาอ่อนเพลียมาก (ร้อยละ 82) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 72) และนอนไม่หลับหรือนอนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 73) นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะมีจิตใจไม่สงบ เสียใจ วิตกกังวล หงุดหงิด กลัว นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดผิวหนังและเยื่อต่างๆ ผอมร่วง ท้องร่วง ท้องผูก เป็นต้น (Potter & Schafer, 1999; นางลักษณ์ กิตติรุ่งเรือง, 2535; รัชนี อยู่ศิริ, 2535) การรักษาที่ยาวนานยังมีผลกระทบต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่สบายใจหวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต มีความรู้สึกเสียความเป็นตัวของตัวเองเนื่องจากต้องพึ่งพาและ

เป็นภาระของคนอื่น ผลสะท้อนทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึก เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ปฏิเสธการรักษาพยาบาล หรือมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องทำให้การรักษาไม่ได้ผลและมีอาการของโรครุนแรงขึ้น (นิตยา โรจน์ทินกร, นันทา เล็กสวัสดิ์, อรรณพ คุณพันธ์ และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2536; วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; อรพรรณ ทองแดง, 2540) เมื่อเปรียบเทียบอาการระหว่างผู้เป็นโรคมะเร็ง และผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่เป็นโรคมะเร็ง (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจวาย และโรคตับแข็ง) พบว่ามีอาการเกิดขึ้นทั้งอาการด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยมีอาการเฉลี่ยประมาณ 10 อาการ/รายทั้งสองกลุ่ม (Tranmer & et al., 2003)

อาการที่พบในผู้เป็นโรคมะเร็งมีมากมายหลายอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนมะเร็ง แต่มีบางอาการที่พบได้บ่อยในโรคมะเร็งส่วนใหญ่ ได้แก่ 1) อาการอ่อนเพลียเรื้อรัง เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้เป็นโรคมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะลุกลาม 2) น้ำหนักลด การลดของน้ำหนักตั้งแต่ 10 ปอนด์ (4.5 กิโลกรัม) หรือมากกว่าโดยไม่ได้ควบคุมอาหารหรือตั้งใจลดน้ำหนัก เป็นอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็ง 3) มีไข้ ผู้เป็นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มักมีไข้ เกิดจากโรคมะเร็งทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงหรือเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการรักษา ไข้มักจะเกิดขึ้นเมื่อโรคมะเร็งลุกลามแล้ว 4) การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น ตัวเหลือง ผิวหนังมีสีคล้ำแดงและคัน เป็นอาการที่บ่งบอกถึงชนิดของโรคมะเร็งได้ 5) ความปวด เป็นอาการที่พบบ่อยเมื่อโรคมะเร็งลุกลามแล้ว แต่สำหรับโรคมะเร็งกระดูกความปวดเป็นอาการที่สามารถพบได้ตั้งแต่วัยแรก (Fayed, 2006)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็งในผู้ป่วยมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ พบอาการดังต่อไปนี้คือ การศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตั้งแต่ระยะที่ 1 ที่มีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีขึ้นไป จำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) มีอาการไม่มีแรง ร้อยละ 67 มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 63 มีปัญหาเกี่ยวกับลำไส้ ร้อยละ 47 มีภาพลักษณ์ในทางลบและร้อยละ 40 มีปัญหาด้านอารมณ์ อาการที่เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงสำหรับผู้ป่วยคือปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์และความปวด ผู้ป่วยมีความเครียดเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำและการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยผู้หญิงมีปัญหาเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน อันเนื่องมาจากปัญหาด้านร่างกายและความปวดมากกว่าผู้ป่วยผู้ชาย (Phipps, Braitman, Stites, & Leighton, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ จำนวน 243 ราย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40-80 มีอาการไม่มีแรง ปวด รู้สึกงุนงง ปากแห้ง นอนไม่หลับและมีปัญหาด้านจิตใจ (Portenoy & et al., 1994)

สำหรับการศึกษาอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่พักอยู่ในบ้านพักผู้ป่วย 7 แห่งในทวีปยุโรป อเมริกาและออสเตรเลีย จำนวน 1,840 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 51 มีอาการปวดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก อาการปวดแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของโรคมะเร็ง คือ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารร้อยละ 43 และผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีร้อยละ 80 มีอาการปวด อาการคลื่นไส้พบได้ร้อยละ 42 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีและร้อยละ 36 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดร้อยละ 46 มีอาการหายใจลำบาก

ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหรือเคยได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในช่วงเวลา 8 เดือน จำนวน 100 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอัตราการตายในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 56 มีผู้ป่วย 50 รายที่สามารถตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ได้ ในจำนวนนี้ผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการต่างๆ กัน ผู้ป่วยร้อยละ 55-75 มีอาการปวด ไม่สุขสบาย วิตกกังวล มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ และอาการหัวและกระหายน้ำ ร้อยละ 40 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33 มีอาการหายใจลำบาก (Nelson & et al., 2001) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 232 คน เก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ เมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์หลังรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล และ 48 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการหลายอย่างด้วยกันอาการที่พบไม่มีความแตกต่างกับอาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่อยู่ในระยะลุกลาม อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามดีขึ้นในปลายสัปดาห์แรกของการอยู่โรงพยาบาล และอาการหลายอย่างแย้ลงเมื่อใกล้เสียชีวิต (Chiu, Hu, & Chen-Yu, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 1,000 ราย พบว่าอาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม 10 อันดับแรกคือ ปวด อ่อนเพลีย อ่อนแอ เบื่ออาหาร ไม่มีแรง ปากแห้ง ท้องผูก อิ่มเร็ว หายใจลำบากและน้ำหนักลด อาการทั้ง 10 อาการนี้เกิดขึ้นร้อยละ 50-84 ในผู้ป่วยอายุน้อยมีอาการ 11 อาการด้วยกันคือ หน้ามืด อาเจียน ปวด คลื่นไส้ ปวดศีรษะ กระวนกระวาย บวม มีปัญหาการนอนหลับ วิตกกังวล ซึมเศร้าและท้องผูก ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันมีอาการต่างกันคือ ผู้ป่วยผู้ชายมีอาการกลืนลำบาก เสียงแหบ น้ำหนักลดและมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ส่วนผู้ป่วยผู้หญิงมีอาการ อิ่มเร็ว คลื่นไส้ อาเจียนและวิตกกังวล (Walsh, Donnelly, & Rybicki, 2000)

สำหรับอาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ พบอาการของผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่ดังนี้คือ ปวด อ่อนเพลีย อาการระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงการมีประจำเดือนและการสืบพันธุ์ (Ferrell, Smith, Cullinane, & Melancon, 2003) ส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอาการที่พบได้บ่อยคือ อาการนอนไม่หลับ (Fiorentino & Ancoli-Isaacs, 2006) อาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 30-50 ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาการนอนไม่หลับเกิดจากหลายๆ สาเหตุ ความปวดเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Theobald, 2004) *

นอกจากนี้ยังพบว่า อาการอ่อนเพลียเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้เป็นโรคมะเร็ง โดยพบได้ถึงร้อยละ 70-100 และเป็นอาการที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากกว่าอาการอื่น (Miller, Maguire, & Kearney, 2007; Spelten & et al., 2003) มักเกิดตามหลังการรักษา เช่น การผ่าตัด ฉายแสง เคมีบำบัดและการรักษาโดยใช้ภูมิคุ้มกัน อาการอ่อนเพลียเป็นอุปสรรคกีดขวางการทำหน้าที่ตามปกติและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้เป็นโรคมะเร็ง (Theobald, 2004) และพบว่าอาการอ่อนเพลียเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระยะเวลาการกลับไปทำงานของผู้เป็นโรคมะเร็ง (Spelten & et al., 2003) เมื่อเปรียบเทียบอาการอ่อนเพลียระหว่างผู้ป่วยผู้หญิงและผู้ชาย การศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 3,096 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งถึงร้อยละ 96 พบว่าผู้ป่วยผู้หญิงมีอาการอ่อนเพลียมากกว่าผู้ป่วยผู้ชาย (Husain & et al., 2007) และการศึกษาอาการอ่อนเพลียในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เท่านั้น ผู้หญิงที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา หรือรังสีรักษาอย่างเดียวจำนวน 134 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีอาการอ่อนเพลียมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (Donoran, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นระหว่างรับรังสีรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการสูญเสียความอยากรับประทานอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย (Ahlberg, Efman, & Gaston-Johansson, 2005)

อาการด้านจิตใจก็เป็นอาการที่พบได้ในผู้เป็นโรคมะเร็ง จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 716 ราย พบว่าร้อยละ 13 มีอาการวิตกกังวล และร้อยละ 9 มีอาการซึมเศร้า และพบว่าผู้หญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี หรือมากกว่า 70 ปี มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งรายอื่น ๆ (Aass, Fossa, Dahl, & Moe, 1997)

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการในผู้เป็นโรคมะเร็ง

จากอาการที่ผู้ป่วยได้รับจากการดำเนินของโรคและการรักษาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามความสามารถและการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน งานวิจัยที่ผ่านมา มักศึกษาเกี่ยวกับอาการและการจัดการกับอาการแยกเป็นอาการเดี่ยว ๆ มากกว่าการจัดการอาการที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหลาย ๆ อาการ อย่างไรก็ตาม การจัดการกับอาการหนึ่งอาการใด อาจส่งผลให้อาการอื่น ๆ ดีขึ้นตามไปด้วยก็ได้

การจัดการอาการปวด องค์การสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health: NIH) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้สรุปข้อเสนอแนะในการจัดการกับอาการปวดจากโรคมะเร็งตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกว่าได้ผลดี (National Institutes of Health State-of-the-Science Panel, 2004) คือ การใช้ยากกลุ่มต้านการอักเสบเอ็นเซตส์ (NSAIDs) สำหรับความปวดในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และเพิ่มยากกลุ่มโอปิออยด์อย่างอ่อน (weak opioids) สำหรับความปวดระดับปานกลาง และกลุ่มโอปิออยด์อย่างแรง (strong opioids) สำหรับความปวดระดับรุนแรง การใช้วิธีการอื่นที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางปัญญาและ/หรือพฤติกรรม (cognitive/behavioral therapy) อาจช่วยบรรเทาความปวดได้ แต่งานวิจัยที่ทดสอบประสิทธิผลของวิธีการเหล่านี้ยังมีค่อนข้างจำกัด ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยบางกลุ่มจัดการความปวดในระยะลุกลามของโรคด้วยการรับประทานยาแก้ปวดทุกครั้งที่ปวด และผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการฉีดยาดีกว่าการกินยาแก้ปวด นอกจากนี้การใช้วิธีการลดปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การบีบนวด/ลูบ การสัมผัส (นียา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน และโซมพัคตร์ มณีวัต, 2545) การศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 100 ราย เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความปวดโดยวิธีการที่ไม่ใช่ยา พบว่าวิธีการที่ผู้ป่วยใช้มาก คือ การเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัส การผ่อนคลาย และการนวด โดยให้เหตุผลว่าเป็นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้เองง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย และเคยปฏิบัติแล้วได้ผล (กมลรัตน์ ดินกามิน, 2547)

สำหรับการจัดการกับอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียและรับประทานได้น้อยนั้นผู้ป่วยแต่ละรายจะมีวิธีการดูแลจัดการเพื่อให้ตนเองรับประทานอาหารได้มากขึ้น ทำให้

ร่างกายสดชื่นและลดอาการอ่อนเพลียได้ โดยผู้ป่วยบางกลุ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทาน อาหาร เช่น รับประทานอาหารเหลว/อาหารอ่อนอย่างง่าย อาหารบำรุง (วิภาวดี หิตนา แคน, 2550; สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2537) รับประทานอาหารร่วมกับเพื่อน (สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2537) บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด (วิภาวดี หิตนา แคน, 2550) ผู้ป่วยบางกลุ่มจะใช้วิธีการจัดการกับอาการดังกล่าวโดยการนอนหลับพักผ่อนเพิ่มขึ้น มีการผ่อนคลายด้วยวิธีการฟังเพลง และนั่งสมาธิ เพื่อจะได้รับประทานอาหารได้มากขึ้น (Skella & Lacassa, 1992; ดวงกมล แสนสุโพธิ์, 2543; นิตยา สมบัติแก้ว, 2537; วิภาวดี หิตนา แคน, 2550)

สำหรับอาการวิตกกังวลในโรคมะเร็งที่เป็นนั้นผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอาการวิตกกังวล ด้วยการฝึกการผ่อนคลายด้วยจิตคลุมภายในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอก่อนได้รับรังสี (นิตยา สมบัติแก้ว, 2537) หรือการทำจิตใจให้เข้มแข็งและมีอารมณ์มั่นคงของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาโดยการทำให้จิตใจให้สงบ ไม่คิดมาก ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การขอพร สวดภาวนา ให้พระรัตนไตร์ ทำบุญตักบาตร เพื่อให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือสิ่งที่คุณป่วยยึดเหนี่ยวในชีวิตช่วยให้หายจากโรคและเมื่อทำแล้วจะเกิดความรู้สึกสบายใจ (สุรีย์พร กฤษเจริญ, 2537) หรือในผู้ป่วยบางกลุ่มจะใช้วิธีการปรับความรู้สึกและอารมณ์ เช่น พยายามลืมความเจ็บป่วย หรือยอมรับความเจ็บป่วย และสร้างความหวังของการมีชีวิตอยู่ (วิภาวดี หิตนา แคน, 2550) สำหรับการจัดการกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น ผมหงอก ผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์โดยการสวมหมวกสวมวิก หรือโพกผ้าเพื่อปกปิดอาการผมหงอก ได้มีความพยายามศึกษาหาวิธีการในการป้องกันการเกิดผมหงอกโดยใช้ความเย็นบริเวณหนังศีรษะ (scalp hypothermy) โดยเชื่อว่าวิธีดังกล่าวช่วยลดการดูดซึมของยาเคมีบำบัดบริเวณรากผม วิธีการอาจทำได้โดยการประคบหนังศีรษะด้วยน้ำแข็ง (Berger & Karakunnel, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างองค์รวม ผู้เป็นมะเร็งมีความทุกข์ทรมานจากอาการทั้งที่เกิดจากโรคและจากการรักษาตลอดระยะของการเป็นโรค โดยพบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งจะพยายามแสวงหาวิธีการในการจัดการอาการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งการเยียวยาตัวเอง ในประเทศไทยยังไม่มี การสำรวจประสบการณ์อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งทั้งประเทศ องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาจะช่วยในการพัฒนาการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะต่างๆ ของโรคมะเร็ง (cancer staging) และระยะการดำเนินโรค (trajectory phasing) โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหรือสถาบันมะเร็ง ในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย ได้แก่ภาคกลาง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ) ภาคเหนือ (โรงพยาบาลมหาสารนคร เชียงใหม่ และศูนย์มะเร็งสาขาภาคเหนือ จังหวัดลำปาง) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่นและศูนย์มะเร็งสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี) ภาคตะวันออก (โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรี และศูนย์มะเร็งภาคตะวันออกจังหวัดชลบุรี) และภาคใต้ (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และศูนย์มะเร็งภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ยินดีเข้าร่วมในการตอบแบบสอบถาม
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ดังนี้
 - 2.1 ผู้ใหญ่ (16 ปีขึ้นไป) เพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งที่ศีรษะและคอ
 - 2.2 ผู้ใหญ่ (16 ปีขึ้นไป) เพศหญิง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก
 - 2.3 เด็ก (7 – 15 ปี) มะเร็งเม็ดเลือดขาว
3. ผู้ป่วยและ/หรือผู้ปกครองทราบการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง
4. สามารถบอกอ่านและเขียน หรือฟังภาษาไทยได้

* **หมายเหตุ** เกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละกลุ่มขึ้นอยู่กับความชุกหรืออุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งแต่ละชนิดในแต่ละเพศของแต่ละภูมิภาค (Decrasamee et al., 2001)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนภูมิภาคละประมาณ 350 คน โดยในการประมาณการจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของยามานะ (Yamane, 1970) โดยใช้

ฐานข้อมูลจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งในสถาบันที่ทำการศึกษาในภาคใต้ 2 แห่ง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 336 ราย จึงปรับเพิ่มเป็น 350 ราย/ภูมิภาค รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 1750 ราย ในการเก็บข้อมูลจริงได้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์ สำหรับการวิเคราะห์ 1709 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.66

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง เครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา

2. แบบสอบถามประสบการณ์อาการที่พบบ่อย เป็นรายการตรวจสอบความถี่และความรุนแรงของอาการที่พบบ่อย 34 อาการและมีข้อคำถามปลายเปิดให้เติมอาการอื่น ๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ และการจัดลำดับอาการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายงานว่าเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตสูงเป็น 5 อันดับแรก

โดยแบบประเมินอาการสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผลการวิจัยเกี่ยวกับอาการ

ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการหรือกลุ่มอาการของโรคมะเร็ง 30 อาการ รวมถึงอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการระบุนอกเหนือจากที่ระบุในแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ตามการรับรู้ความผิดปกติ หรือความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยให้ประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรกในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

การประเมินความถี่แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่มี	หมายถึง	ไม่มีอาการตามข้อความ
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณเดือนละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นพัก ๆ
เป็นพัก ๆ	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นประมาณอาทิตย์ละ 1 ครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าเป็นประจำ
เป็นประจำ	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน อาจจะเป็นวันละครั้ง หรือมากกว่า 1 ครั้ง แต่น้อยกว่าตลอดเวลา
ตลอดเวลา	หมายถึง	มีอาการเกิดขึ้นตลอดเวลา อาการไม่หายเลย

โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาแบบสอบถามในแต่ละข้อพิจารณา ดังนี้

ลักษณะการตอบ	คะแนน
ไม่มี	0

นาน ๆ ครั้ง	1
เป็นพัก ๆ	2
เป็นประจำ	3
ตลอดเวลา	4

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ คือ 0-10 คะแนน โดยที่คะแนนน้อยที่สุด (0 คะแนน) หมายถึง ไม่มีอาการ คะแนนยิ่งมากยิ่งหมายถึงว่าอาการนั้นมีระดับความรุนแรงมากขึ้น และคะแนนสูงสุด (10 คะแนน) หมายถึง มีอาการรุนแรงมากจนทนไม่ไหว

ส่วนการประเมินอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

อาการที่ถูกเลือกว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนน
อันดับ 1	5
อันดับ 2	4
อันดับ 3	3
อันดับ 4	2
อันดับ 5	1
อาการที่ไม่ถูกเลือกว่ารบกวนการดำเนินชีวิต	0

3. แบบสัมภาษณ์เรื่องการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับอาการในภาพรวมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีการปฏิบัติอย่างไร (วิธีการ เหตุผล แหล่งที่มา)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ ในการวิจัยครั้งนี้ภายหลังจากที่คณะวิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นต้นแล้วนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง อาการและการจัดการกับอาการในผู้เป็นโรคมะเร็ง ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้เป็นโรคมะเร็ง 2 ท่าน หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษา ความเป็นไปได้ของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและ

ปัญหา อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นขณะตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ จากนั้นคณะผู้วิจัย นำเครื่องมือที่ผ่านการทดลองใช้มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้จริง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจประสพการณ์อาการที่บ่อยและการจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็งจากภูมิภาคต่าง ๆ ในประเทศไทย ได้แก่ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยมุ่งศึกษาเฉพาะโรคมะเร็งที่พบบ่อยเท่านั้น ในกลุ่มผู้เป็นโรคมะเร็งในวัยเด็ก ผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิง

สถานที่ทำการวิจัย

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โรงพยาบาลรามาริบัติ

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ศูนย์มะเร็งสาขาภาคเหนือ จังหวัดลำปาง

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์มะเร็งสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรี

ศูนย์มะเร็งสาขาภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

ศูนย์มะเร็งสาขาภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับผู้แทนในทุกภูมิภาคในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย

1.1 กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยนักวิจัย โดยมีคุณสมบัติดังนี้คือมีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างน้อย 6 เดือน และทำงานในแหล่งเก็บข้อมูลในแต่ละภูมิภาค

1.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้แบบสอบถาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยนักวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล

1.3 ฝึกผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 3 – 5 ราย/ภูมิภาค ในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามภายใต้การแนะนำของผู้วิจัย โดยให้ผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา อย่างน้อย 5 ราย หรือจนกว่าจะแน่ใจว่า ผู้ช่วยนักวิจัยมีความเข้าใจในการใช้แบบสอบถามตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้อง

2. เสนอโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากแหล่งทุนแก่คณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึง คณะบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ และ ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง ภูมิภาคต่าง ๆ และกรุงเทพ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ของแต่ละภูมิภาคที่กำหนด ในการดำเนินการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียด และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย

4. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกหู คอจมูก คลินิกอายุรกรรม คลินิกศัลยกรรม คลินิกนรีเวช คลินิกเด็ก แผนกรังสีรักษา หน่วยเคมีบำบัด) และหอผู้ป่วย (หอผู้ป่วยหู คอจมูก หอผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยนรีเวช หอผู้ป่วยเด็ก) ของสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่กำหนดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกนั้น ๆ เป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วยเพื่อแนะนำผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัย

6. ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัยแนะนำตัว พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พร้อมทั้งเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายให้เข้าใจถึงความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และรายละเอียดของการวิจัยพอสังเขป รวมทั้งขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์แบบสอบถาม การบันทึกเทปและ/หรือการจดบันทึกข้อมูล ในระหว่างการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

7. ทำการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยก่อนเก็บข้อมูล โดยบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมในการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยจะถือเป็นความลับ โดยจะมีการระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้ป่วย และในการตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการบริการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับแต่อย่างใด รวมทั้งสิทธิที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาในขณะที่เก็บข้อมูลโดยไม่มีข้อยกเว้นใดๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และทบทวนการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์และจิตใจ ขณะเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมให้การช่วยเหลือโดยการยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกอย่างอิสระ รับฟังอย่างตั้งใจรวมทั้งให้ความมั่นใจในการปกปิดข้อมูลที่ได้รับฟังเป็นความลับ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพวิกฤตทางด้านอารมณ์และจิตใจมากเกินไป ความช่วยเหลือของผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกนั้น

8. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัยเชิญผู้ป่วยไปในห้องที่จัดเตรียมไว้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายการตอบแบบสอบถาม ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และขออนุญาตในการบันทึกเทปและ/หรือจดบันทึกข้อมูล ในระหว่างการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับอาการ

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังที่ละเอียดและให้ผู้ป่วยช่วยตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาดตอบแบบสอบถามประมาณ 30 – 40 นาที

9. หลังจากเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัยขออนุญาตผู้ป่วยในส่วนของบริษัทข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการวินิจฉัย รวมทั้ง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าถึงแฟ้มประวัติของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัยจะทำการสอบถามพยาบาลหรือแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยรายนั้น

10. ผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยนักวิจัยตรวจสอบสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลจากแบบสอบถามที่เสร็จเรียบร้อยแล้ว หากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วน จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมโดยนำแบบสอบถามดังกล่าวไปตรวจสอบกับเวชระเบียน และ/หรือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้งเมื่อได้ข้อมูลจากแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ในกรณีที่เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในภูมิภาคอื่นนอกเหนือจากภาคใต้ ผู้ประสานงานของแต่ละภูมิภาคดำเนินการจัดส่งข้อมูลกลับมายังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงความถี่และอัตราร้อยละ สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย การจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง
2. ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับคะแนนความถี่และระดับความรุนแรงของอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง ตามระยะการดำเนินโรคมะเร็งแต่ละระยะ
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความถี่และของ ความรุนแรงอาการ โดยใช้สถิติ ANOVA
4. สถิตินันพาราเมตริก เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (rho) ระหว่างอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก ความถี่ และความรุนแรงของอาการดังกล่าว
5. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง ในประเทศไทย จำนวน 1,709 ราย ระหว่างเดือนมกราคม 2548 ถึง เดือนธันวาคม 2549 โดยเลือกผู้เป็นโรคมะเร็งที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหรือสถาบันมะเร็ง ในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย ได้แก่ภาคกลาง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลรามาธิบดี) ภาคเหนือ (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศูนย์มะเร็งสาขาภาคเหนือจังหวัดลำปาง) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่นและศูนย์มะเร็งสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี) ภาคตะวันออก (โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรี และศูนย์มะเร็งภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดชลบุรี) และภาคใต้ (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และศูนย์มะเร็งภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล
2. อาการที่พบบ่อยของผู้เป็นโรคมะเร็ง
 - 2.1 ความถี่และความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรก
 - 2.2 ความถี่ของอาการ จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง
 - 2.3 ความถี่ของอาการ จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง
 - 2.4 ความรุนแรงของอาการ จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง
 - 2.5 ความรุนแรงของอาการ จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง
 - 2.6 อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก
 - 2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรกกับความถี่และความรุนแรงของอาการ
3. ประสิทธิภาพการจัดการกับอาการโดยรวมของผู้เป็นโรคมะเร็ง
 - 3.1 วิธีการจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง
 - 3.2 เหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง
 - 3.3 แหล่งที่มาของข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.4 มีอายุเฉลี่ย 51.24 ปี (S.D.= 14.79) โดยพบว่ามีอายุน้อยที่สุด 4 ปี และมีอายุสูงสุด 86 ปี ร้อยละ 4.9 เป็นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น คืออายุ 4-20 ปี ที่เหลือเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 54.6 อยู่ในช่วงอายุ 40 – 59 ปี รองลงมาร้อยละ 29.1 อยู่ในวัย 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่คือร้อยละ 95.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 65.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา โดยมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ และรับจ้าง/ลูกจ้าง (ร้อยละ 27.1 และ 19.5 ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,181.34 บาท (S.D.= 9,660.14) โดยร้อยละ 56.4 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 53.0 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามภูมิลำเนาพบว่า มีสัดส่วนใกล้เคียงกันทุกภาค คือประมาณร้อยละ 20 ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีร้อยละ 17.8 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=1709)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	659	38.6
หญิง	1050	61.4
อายุ (mean = 51.24, S.D. = 14.79, Max = 86, Min = 4, Med = 52, Mod = 52)		
4 - 6 ปี	18	1.1
7 -15 ปี *	46	2.7
16 -20 ปี	18	1.1
21 - 39 ปี	195	11.4
40 - 59 ปี	934	54.6
60 ปี ขึ้นไป	498	29.1
สถานภาพสมรส		
โสด	233	13.6
คู่	1226	71.7
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	250	14.7

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	1637	95.8
อิสลาม	42	2.5
คริสต์	19	1.1
ไม่ระบุ	11	0.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	147	8.6
ประถมศึกษา	1118	65.4
มัธยมศึกษา	197	11.5
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	100	5.9
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	130	7.6
ปริญญาโท	17	1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	463	27.1
เกษตรกร	505	29.6
รับจ้างลูกจ้าง	333	19.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	171	10
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	137	8
นักเรียน/นักศึกษา	65	3.8
ข้าราชการบำนาญ	24	1.4
พระภิกษุ	9	0.5
ไม่ระบุ	2	0.1
รายได้ (mean = 6181.34, S.D. = 9660.14, Max = 200,000, Min = 0, Med = 3000, Mod = 0)		
ไม่มีรายได้	229	13.4
น้อยกว่า 5,000 บาท	963	56.4
5,000 – 10,000 บาท	284	16.6
10,001 – 20,000 บาท	154	9
มากกว่า 20,000 บาท	79	4.6

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพเศรษฐกิจ		
พอใช้	906	53
ไม่พอใช้	644	37.7
เหลือเก็บ	140	8.2
ไม่ระบุ	19	1.1
ภูมิลำเนา (ภาค)		
ภาคกลาง	350	20.5
ภาคตะวันออก	305	17.8
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	350	20.5
ภาคเหนือ	350	20.5
ภาคใต้	354	20.7

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล

ในการวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาก่อนเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศชาย (อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศหญิง (อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป) และกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น (อายุ 4-20 ปี) พบว่า

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 607 ราย เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอมากที่สุด ร้อยละ 38.7 รองลงมาคือมะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 26.8 และ 20.3 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 1019 ราย พบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 36 และ 11.4 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น อายุ 4-20 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมด ร้อยละ 98.8

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด คือร้อยละ 26.9 รองลงมาอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 21.8 ทั้งนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 17.7 (303 ราย) ไม่สามารถระบุระยะความรุนแรงของโรคได้ ส่วนในระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 54.1 รองลงมาอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 16.4 เท่ากัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงปัจจุบันด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 57.7 และรังสีรักษาร้อยละ 53.7 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล (N=1709)

ข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
ผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศชาย (n=607)		
มะเร็งศีรษะและลำคอ	235	38.7
มะเร็งปอด	163	26.8
มะเร็งลำไส้	123	20.3
มะเร็งตับ	76	12.5
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	10	1.7
ผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศหญิง (n=1019)		
มะเร็งเต้านม	402	39.5
มะเร็งปากมดลูก	367	36
มะเร็งลำไส้	116	11.4
มะเร็งศีรษะและลำคอ	91	8.9
มะเร็งปอด	31	3
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	8	0.8
มะเร็งตับ	4	0.4
ผู้ป่วยเด็ก-วัยรุ่น อายุ 4-20 ปี (n=83)		
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	82	98.8
ไม่ระบุ	1	1.2
ระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging)		
ระยะที่ 1	259	15.2
ระยะที่ 2	460	26.9
ระยะที่ 3	372	21.8
ระยะที่ 4	315	18.4
ไม่ระบุ	303	17.7

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะการดำเนินของโรค (trajectory phasing)		
ระยะที่ 1	146	8.5
ระยะที่ 2	925	54.1
ระยะที่ 3	280	16.4
ระยะที่ 4	280	16.4
ระยะที่ 5	64	3.8
ไม่ระบุ	14	0.8
วิธีการรักษาที่เคยได้รับ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)		
เคมีบำบัด	987	57.7
ฮอร์โมน	23	1.4
รังสีรักษา	917	53.7
การผ่าตัด	691	40.5

2. อาการที่พบบ่อยของผู้เป็นโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างผู้เป็นโรคมะเร็งในการศึกษาครั้งนี้ มีอาการต่างๆ เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ย 11 อาการ/ราย (mean = 11.05, S.D. = 5.78) จำนวนอาการที่มีกลุ่มตัวอย่างรายงานมากที่สุดคือ 7 (mode = 7) ได้แก่ มีเพียงร้อยละ 0.7 (12 ราย) ที่ไม่มีอาการใดๆ ปรากฏเลย

2.1 ความถี่และความรุนแรงของอาการ 5 อันดับแรก

ผลการวิเคราะห์ความถี่และความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 3) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 4) เบื่ออาหาร และ 5) ผม่วง ค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่ของอาการ 1.49, 1.37, 1.28, 1.27, และ 1.17 ตามลำดับ (S.D.= 1.42, 1.25, 1.35, 1.26, และ 1.54 ตามลำดับ) อาการนอนไม่หลับเป็นอาการในลำดับที่หก (ค่าเฉลี่ย 1.12, S.D. 1.14) อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 3) เบื่ออาหาร 4) นอนไม่หลับ และ 5) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการ 3.32, 3.26, 3.16, 2.75, และ 2.68 ตามลำดับ (S.D.= 3.27, 2.99, 3.19, 3.00, และ 2.95 ตามลำดับ) โดยมีอาการผม่วงเป็นอาการในลำดับที่หก (ค่าเฉลี่ย 2.51, S.D. 3.53) ส่วนอาการที่พบบได้น้อยที่สุด และมีความรุนแรงน้อยที่สุด ได้แก่ น้ำตาไหลตลอดเวลา โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความถี่

ของอาการ 0.01 (S.D.= 0.15) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการ 0.02 (S.D.= 0.30) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอาการที่พบบ่อยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่และความรุนแรงของอาการตามการรับรู้ของผู้เป็นโรคมะเร็ง (N = 1709)

อาการ	ความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน)		ความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน)	
	mean	S.D.	mean	S.D.
1. ปวด/เจ็บ	1.49 ¹	1.42	3.32 ¹	3.27
2. เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า	1.37 ²	1.25	3.26 ²	2.99
3. ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง	1.28 ³	1.35	2.68 ⁵	2.95
4. เบื่ออาหาร	1.27 ⁴	1.26	3.16 ³	3.19
5. เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ	0.92	1.06	2.46 ⁶	2.93
6. กลัว	0.82	1.11	2.27	3.12
7. วิดกกังวล	0.89	1.08	2.26	2.8
8. นอนไม่หลับ	1.12 ⁶	1.14	2.75 ⁴	3
9. ไอ	0.73	1.06	1.67	2.55
10. กลืนอาหารลำบาก	0.61	1.18	1.44	2.8
11. เวียนศีรษะ/มึนศีรษะ	0.78	0.97	1.87	2.45
12. เสียงแหบ	0.55	1.16	1.17	2.48
13. ซาปลายมือ/เท้า เป็นเหน็บ	0.81	1.23	1.67	2.6
14. อารมณ์เสีย/หงุดหงิด	0.92	0.97	2.5	2.75
15. รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ	0.8	1.24	1.89	3.01
16. ผม่ว	1.17 ⁵	1.54	2.51	3.53
17. ท้องผูก	0.7	1	1.75	2.61
18. คลื่นไส้	0.75	1.02	1.93	2.76
19. คัด	0.55	0.99	1.24	2.28
20. หายใจลำบาก/เหนื่อย/หอบ	0.54	0.97	1.44	2.57
21. หูอื้อ	0.46	0.93	1.05	2.14

ตาราง 3 (ต่อ)

อาการ	ความถี่ของอาการ		ความรุนแรงของอาการ	
	(0-4 คะแนน)		(0-10 คะแนน)	
	mean	S.D.	mean	S.D.
22. ท้องอืด/แน่นท้อง	0.59	0.99	1.43	2.44
23. มองเห็นไม้ขีด/ตาพร่า	0.57	1.04	1.29	2.39
24. ซึมเศร้า	0.51	0.86	1.41	2.42
25. อาเจียน	0.52	0.91	1.44	2.55
26. แขน/ขาอ่อนแรง	0.54	1.03	1.33	2.61
27. ถ่ายเหลว	0.37	0.76	0.96	2.07
28. ไม่สบายจากผื่น/ตุ่มบริเวณผิวหนัง	0.24	0.68	0.54	1.62
29. ปัสสาวะลำบาก	0.22	0.7	0.51	1.65
30. ปวดเมื่อยตามตัว	0.05	0.33	0.12	0.91
31. มีของเหลวออกทางช่องคลอด	0.05	0.37	0.11	0.87
32. ไม่สบายจากแผล	0.03	0.29	0.04	0.56
33. ประจำเดือนมาผิดปกติ	0.38	1.07	0.57	1.84
34. แขนตึง	0.03	0.32	0.07	0.67
35. น้ำตาไหลตลอดเวลา	0.01	0.15	0.02	0.3

2.2 ความถี่ของอาการ จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรคมะเร็ง (cancer staging)

เมื่อวิเคราะห์ความถี่ของอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ตามระยะความรุนแรงของโรค พบว่า ในระยะที่ 1 อาการริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (mean = 1.45, S.D. = 1.47) เป็นอาการที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 รองลงมา ได้แก่ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) เบื่ออาหาร และ 4) นอนไม่หลับ (mean = 1.37, S.D. = 1.51; mean = 1.31, S.D. = 1.30; mean = 1.30, S.D. = 1.34 และ mean = 1.14, S.D. = 1.22 ตามลำดับ) ส่วนในระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 อาการปวด/เจ็บพบบ่อยเป็นอันดับ 1 (mean = 1.27, S.D. = 1.34; mean = 1.49, S.D. = 1.34 และ mean = 1.92, S.D. = 1.44 ตามลำดับ) อาการที่พบบ่อยรองลงมาในระยะที่ 2 ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เบื่ออาหาร และ 4) นอนไม่หลับ (mean = 1.24, S.D. = 1.22; mean = 1.15, S.D. = 1.27; mean = 1.15, S.D. = 1.21 และ mean = 1.08, S.D. = 1.15 ตามลำดับ) ระยะที่ 3 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่ออาหาร 3) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้งและ 4) ผม่ว (mean = 1.45, S.D. = 1.21; mean = 1.35, S.D. = 1.28; mean = 1.23, S.D. = 1.31 และ mean = 1.19, S.D.

= 1.60 ตามลำดับ) และในระยะที่ 4 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เบื่ออาหาร และ 4) ผม่ว (mean = 1.51, S.D. = 1.27; mean = 1.50, S.D. = 1.44; mean = 1.42, S.D. = 1.28 และ mean = 1.29, S.D. = 1.59 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4 และภาพ 2

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความถี่ของอาการ โดยใช้สถิติ ANOVA พบว่าความถี่ของอาการจะมากขึ้นเมื่อระยะความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยคืออาการปวด/เจ็บ (F=10.64, p <.01) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า (F=3.01, p <.05) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (F=5.93, p <.01) เบื่ออาหาร (F=3.17, p <.05) และผม่ว (F=3.23, p <.01) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน) จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) ด้วยสถิติ ANOVA (N = 1709)

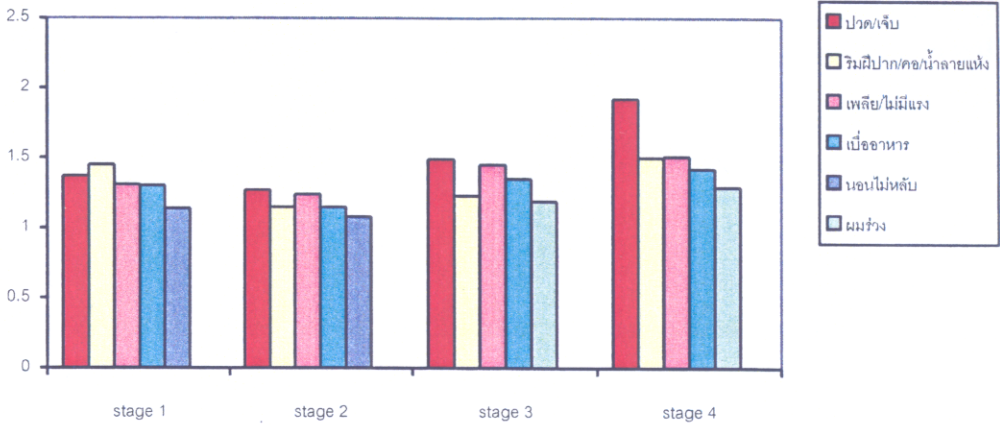
อาการ	Stage 1 mean(S.D.)	Stage 2 mean(S.D.)	Stage 3 mean(S.D.)	Stage 4 mean(S.D.)	F
1. ปวด/เจ็บ	1.37(1.51) ²	1.27(1.34) ¹	1.49(1.34) ¹	1.92(1.44) ¹	10.64**
2. เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า	1.31(1.30) ³	1.24(1.22) ²	1.45(1.21) ²	1.51(1.27) ²	3.01*
3. เบื่ออาหาร	1.30(1.34) ⁴	1.15(1.21) ³	1.35(1.28) ³	1.42(1.28) ⁴	3.17*
4. คลื่นไส้	.78(1.09)	.72(1.05)	.77(1.04)	.78(1.04)	.73
5. อาเจียน	.46(.91)	.44(.94)	.58(.95)	.58(.93)	1.94
6. ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง	1.45(1.47) ¹	1.15(1.27) ³	1.23(1.31) ⁴	1.50(1.44) ³	5.93**
7. เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ	.88(1.12)	.94(1.11)	.91(.96)	.99(1.10)	.54
8. อารมณ์เสีย/หงุดหงิด	.73(.95)	.82(.97)	.95(.89)	1.03(1.01)	7.98**
9. ซึมเศร้า	.57(1.00)	.54(.90)	.47(.81)	.54(.85)	1.35
10. กลัว	.70(1.09)	.86(1.15)	.82(1.05)	.79(1.14)	1.38
11. วิดกกังวล	.78(1.07)	.98(1.16)	.90(1.02)	.88(1.10)	1.60
12. นอนไม่หลับ	1.14(1.22) ⁵	1.08(1.15) ⁵	1.17(1.12) ⁶	1.20(1.13) ⁶	1.84
13. ไอ	.69(1.04)	.56(.97)	.79(1.08)	.98(1.20)	7.88**
14. ท้องผูก	.78(1.15)	.65(.98)	.68(.97)	.75(1.00)	.99
15. ถ่ายเหลว	.38(.84)	.37(.76)	.39(.79)	.31(.70)	.51

ตาราง 4 (ต่อ)

อาการ	Stage 1 mean(S.D.)	Stage 2 mean(S.D.)	Stage 3 mean(S.D.)	Stage 4 mean(S.D.)	F
16. หายใจลำบาก/เหนื่อย/ หอบ	.52(.99)	.42(.89)	.50(.90)	.84(1.13)	9.60**
17. คัด	.65(1.12)	.58(1.02)	.51(.94)	.51(.94)	1.11
18. แขน/ขาอ่อนแรง	.55(1.06)	.44(.95)	.46(.95)	.75(1.18)	4.83**
19. กลืนอาหารลำบาก	.72(1.27)	.44(1.01)	.56(1.15)	.80(1.31)	5.10**
20. รับประทานอาหารไม่รู้ รสชาติ	.82(1.29)	.60(1.13)	.84(1.25)	1.06(1.36)	6.87**
21. ท้องอืด/แน่นท้อง	.43(.90)	.65(1.01)	.65(1.01)	.60(1.03)	2.53*
22. ไม่สุขสบายจากผื่น/ตุ่ม ที่ผิวหนัง	.25(.76)	.22(.67)	.22(.68)	.23(.67)	.13
23. ผม่ว	.95(1.43) ⁶	1.03(1.51) ⁶	1.19(1.60) ⁵	1.29(1.59) ⁵	3.23**
24. ปัสสาวะลำบาก	.23(.78)	.21(.70)	.25(.74)	.21(.65)	.80
25. เสียงแหบ	.70(1.31)	.32(.88)	.47(.12)	.89(.1.40)	12.93**
26. ขาปลายมือ/เท้า/เป็น เหน็บ	.84(1.27)	.79(1.23)	.78(1.21)	1.00(1.33)	3.60
27. เวียนศีรษะ/มึนหัว	.80(1.08)	.81(.94)	.83(.99)	.80(1.02)	3.03*
28. มองเห็นไม่ชัด/ตาพร่า	.67(1.19)	.48(.97)	.54(.96)	.67(1.11)	2.38*
29. หูอื้อ	.50(1.00)	.33(.78)	.48(.94)	.57(1.05)	3.33*
30. ประจำเดือนมา ผิดปกติ	.13(.60)	.54(1.23)	.61(1.36)	.27(.94)	13.81**
31. ความจำเสื่อม/ซีหลง/ ซีลึม	.16(.52)	.33(.80)	.15(.51)	.15(.53)	14.42**
32. ปวดเมื่อยตามตัว	.02(.18)	.07(1.44)	.02(.21)	.04(.30)	1.62
33. มีของเหลวออกทาง ช่องคลอด	.03(.26)	.10(.54)	.06(.45)	.02(.20)	4.25**
34. ไม่สุขสบายจากแผล	.04(.39)	.02(.23)	.02(.26)	.04(1.39)	1.17
35. แขนตึง	.04(.32)	.05(.40)	.05(.39)	.01(.22)	1.16
36. น้ำตาไหล	.02(.22)	.01(.16)	.01(.18)	.00(1.00)	.90

Stage = ระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging)

*p < .05, **p < .01



ภาพ 2 กราฟค่าเฉลี่ยความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน) จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging)

2.3 ความถี่ของอาการ จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing)

เมื่อวิเคราะห์ความถี่ของอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง พบว่า อาการปวด/เจ็บ พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 (mean = 1.64, S.D. = 1.46; mean = 1.40, S.D. = 1.38; mean = 1.74, S.D. = 1.43 และ mean = 2.58, S.D. = 1.38 ตามลำดับ) ส่วนในระยะที่ 3 อาการที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 แตกต่างกับระยะอื่น ๆ คือ อาการริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (mean = 1.32, S.D. = 1.37) อาการที่พบบ่อยรองลงมาในระยะที่ 1 ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่ออาหาร/ท้องอืด/ไม่มีกำลังใจ 3) กลัว และ 4) นอนไม่หลับ (mean = 1.42, S.D. = 1.39; mean = 1.15, S.D. = 1.21; mean = 1.15, S.D. = 1.23 และ mean = 1.10, S.D. = 1.17 ตามลำดับ) ระยะที่ 2 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) ผม่วาง 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) เบื่ออาหาร และ 4) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (mean = 1.39, S.D. = 1.60; mean = 1.35, S.D. = 1.19; mean = 1.31, S.D. = 1.26 และ mean = 1.24, S.D. = 1.32 ตามลำดับ) ระยะที่ 3 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) ปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) เบื่ออาหาร และ 4) ซาปลายมือ/เท้า/เป็นเหน็บ (mean = 1.23, S.D. = 1.41; mean = 1.18, S.D. = 1.33; mean = 1.05, S.D. = 1.23 และ mean = 0.99, S.D. = 1.34 ตามลำดับ) ระยะที่ 4 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ และ 4) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (mean = 1.54, S.D. = 1.22; mean = 1.40, S.D. = 1.28; mean = 1.38, S.D. = 1.14 และ mean = 1.38, S.D. = 1.32 ตามลำดับ) และในระยะที่ 5 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) เบื่ออาหาร และ 4) เสียงแหบ (mean = 2.09, S.D. = 1.56; mean = 1.81, S.D. = 1.33; mean = 1.80, S.D. = 1.30 และ mean = 1.52, S.D. = 1.67 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 5 และภาพ 3

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความถี่ของอาการ โดยใช้สถิติ ANOVA พบว่าความถี่ของอาการจะมักจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อระยะเวลาการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในตาราง 5 และภาพ 3 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยคืออาการปวด/เจ็บ (F=15.71, p <.01) เพลีย/ไม่มีแรง (F=5.02, p <.05) เบื่ออาหาร (F=6.92, p <.01) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (F=8.97, p <.01) และผมร่วง (F=22.31 p <.01) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน) จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing) (N = 1709)

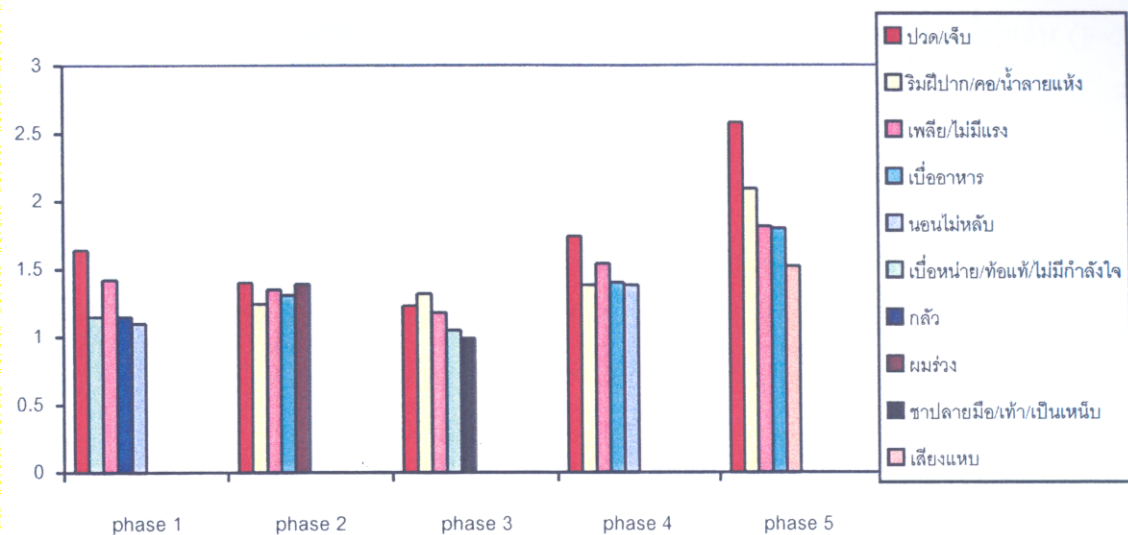
อาการ	Phase 1 mean(S.D.)	Phase 2 mean(S.D.)	Phase 3 mean(S.D.)	Phase 4 mean(S.D.)	Phase 5 mean(S.D.)	F
1. ปวด/เจ็บ	1.64(1.46) ¹	1.40(1.38) ¹	1.23(1.41) ²	1.74(1.43) ¹	2.58(1.38) ¹	15.71**
2. เพลีย/ไม่มีแรง	1.42(1.39) ²	1.35(1.19) ³	1.18(1.33) ³	1.54(1.22) ²	1.81(1.33) ³	5.02*
3. เบื่ออาหาร	1.05(1.26)	1.31(1.26) ⁴	1.05(1.23) ⁴	1.40(1.28) ³	1.80(1.30) ⁴	6.92**
4. คลื่นไส้	.40(.85)	.86(1.07)	.47(.88)	.75(.99)	1.14(1.19)	14.87**
5. อาเจียน	.21(.61)	.59(.96)	.35(.79)	.59(.92)	.70(1.14)	9.07**
6. ริมฝีปาก/คอ/ น้ำลายแห้ง	.93(1.38)	1.24(1.32) ⁵	1.32(1.37) ¹	1.38(1.32) ⁴	2.09(1.56) ²	8.97**
7. เบื่อหน่าย/ ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ	1.15(1.21) ³	.89(1.04)	.79(.97)	1.00(1.07)	1.33(1.30)	5.74**
8. อารมณ์เสีย/ หงุดหงิด	.91(.97)	.89(.95)	.88(1.00)	1.11(1.02)	.95(.98)	3.21*
9. ซึมเศร้า	.64(1.06)	.50(.84)	.44(.81)	.54(.86)	.64(.90)	1.76
10. กลัว	1.15(1.23) ⁴	.83(1.11)	.64(1.00)	.76(1.10)	1.00(1.22)	5.77**
11. วิดกกังวล	1.06(1.18) ⁶	.87(1.06)	.81(1.05)	.94(1.12)	1.08(1.25)	2.00
12. นอนไม่หลับ	1.10(1.17) ⁵	1.10(1.13) ⁶	.95(1.13) ⁶	1.38(1.14) ⁴	1.19(1.19)	5.32**
13. โอา	.90(1.22)	.67(1.02)	.68(1.03)	.80(1.12)	1.13(1.24)	4.21*
14. ท้องผูก	.58(.95)	.70(.98)	.57(.96)	.83(1.12)	1.05(9.33)	4.84*
15. ถ่ายเหลว	.21(.60)	.45(.83)	.25(.67)	.34(.74)	.25(.50)	6.31**
16. หายใจลำบาก/ เหนื่อย/หอบ	.69(1.12)	.46(.88)	.40(.91)	.76(1.09)	1.02(1.30)	11.52**
17. คับ	.42(.96)	.56(.98)	.55(1.01)	.61(1.01)	.64(1.12)	1.00

ตาราง 5 (ต่อ)

อาการ	Phase 1 mean(S.D.)	Phase 2 mean(S.D.)	Phase 3 mean(S.D.)	Phase 4 mean(S.D.)	Phase 5 mean(S.D.)	F
18. แขน/ขาอ่อน แรง	.40(.94)	.49(.97)	.51(1.00)	.86(1.25)	.50(1.02)	8.27**
19. กลืนอาหาร ลำบาก	.63(1.23)	.54(1.12)	.64(1.22)	.66(1.19)	1.34(1.51) ⁶	7.25**
20. รับประทาน อาหารไม่รู้สึก ชาติ	.49(1.11)	.82(1.25)	.71(1.18)	.91(1.26)	1.19(1.57)	4.88*
21. ท้องอืด/แน่น ท้อง	.62(1.10)	.63(1.02)	.44(.86)	.66(1.02)	.53(.89)	2.32
22. ไม่สุขสบายจาก ฝุ่น/ตุ่มที่ผิวหนัง	.12(.48)	.25(.71)	.22(.66)	.30(.74)	.16(.67)	1.99
23. ผม่ว	.33(.98)	1.39(1.60) ²	.77(1.34)	1.34(1.60) ⁶	.95(1.42)	22.31**
24. ปัสสาวะลำบาก	.11(.54)	.23(.72)	.16(.62)	.31(.83)	.13(.52)	3.01*
25. เสียงแหบ	.59(1.26)	.40(1.00)	.74(1.34)	.65(1.20)	1.52(1.67) ⁵	17.75**
26. ซาปลายมือ/ เท้า/เป็นเหน็บ	.50(.98)	.71(1.15)	.99(1.34) ⁵	1.15(1.37)	.75(1.32)	10.83**
27. เวียนศีรษะ/ มึนหัว	.66(.99)	.78(.95)	.75(.98)	.79(.96)	1.08(1.26)	2.16
28. มองเห็นไม้ขีด/ ตาพร่า	.54(1.10)	.53(1.02)	.57(1.04)	.73(1.13)	.56(1.05)	1.84
29. หูอื้อ	.44(.98)	.42(.90)	.58(1.08)	.46(.85)	.72(1.16)	2.88*
30. ประจำเดือนมา ผิดปกติ	.25(.78)	.43(1.15)	.31(.98)	.45(1.18)	.03(.18)	3.32*
31. ความจำเสื่อม/ ขี้หลง/ขี้ลืม	.20(.64)	.12(.49)	.36(.81)	.09(.45)	.44(.83)	14.27**
32. ปวดเมื่อยตาม ตัว	.05(.39)	.04(.31)	.06(.35)	.05(.36)	.05(.78)	.37
33. มีของเหลวออก ทางช่องคลอด	.10(.51)	.06(.44)	.03(.25)	.01(.17)	-	2.17
34. ไม่สุขสบายจาก แผล	-	.03(.30)	.02(.25)	.03(.30)	.11(.62)	1.58
35. แขนตึง	-	.05(.37)	.03(.30)	.03(.33)	-	.97
36. น้ำตาไหล	-	.01(.18)	-	.01(.18)	-	.60

Phase = ระยะเวลาการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing)

*p < .05, **p < .01



ภาพ 3 กราฟค่าเฉลี่ยความถี่ของอาการ (0-4 คะแนน) จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing)

2.4 ความรุนแรงของอาการ จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging)

เมื่อวิเคราะห์อาการที่มีความรุนแรง 5 อันดับแรก ตามระยะความรุนแรงของโรค พบว่า ในระยะที่ 1 อาการเบื่ออาหารมีความรุนแรงมากที่สุด (mean = 3.27, S.D. = 3.42) และอาการที่มีความรุนแรงรองลงมาในระยะที่ 1 ได้แก่ 1) เพื่อย/ไม่มีแรง 2) ปวด/เจ็บ 3) นอนไม่หลับ และ 4) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ (mean = 3.04, S.D. = 3.10; mean = 2.93, S.D. = 3.42, mean = 2.52, S.D. = 3.00 และ mean = 2.14, S.D. = 2.91 ตามลำดับ) ระยะที่ 2 อาการเพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า เป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด (mean = 2.88, S.D. = 2.92) อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) ปวด/เจ็บ 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ และ 4) วิดกกังวล (mean = 2.76, S.D. = 3.04; mean = 2.74, S.D. = 3.04; mean = 2.65, S.D. = 3.02 และ mean = 2.41, S.D. = 2.91 ตามลำดับ) ระยะที่ 3 อาการเบื่ออาหารมีความรุนแรงมากที่สุด (mean = 3.38, S.D. = 3.23) อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 2) ปวด/เจ็บ 3) นอนไม่หลับ และ 4) อารมณ์เสีย/หงุดหงิด (mean = 3.33, S.D. = 2.81; mean = 3.16, S.D. = 3.06; mean = 2.87, S.D. = 2.98 และ mean = 2.71, S.D. = 2.72 ตามลำดับ) และในระยะที่ 4 ปวด/เจ็บ เป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด (mean = 4.34, S.D. = 3.41) อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ และ 4) อารมณ์เสีย/หงุดหงิด (mean = 3.77, S.D. = 3.20; mean = 3.48, S.D. = 3.29; mean = 3.21, S.D. = 3.14 และ mean = 2.82, S.D. = 2.89 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 6 และภาพ 4 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของอาการ โดยใช้สถิติ ANOVA พบว่าความรุนแรงของอาการจะมักจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อระยะความรุนแรงของโรค

เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยคืออาการปวด/เจ็บ (F=13.39, p <.01) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า (F=4.57, p <.05) เบื่ออาหาร (F=3.42, p <.05) นอนไม่หลับ (F=3.22, p <.05) และริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (F=5.93, p <.01) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน) จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) (N = 1709)

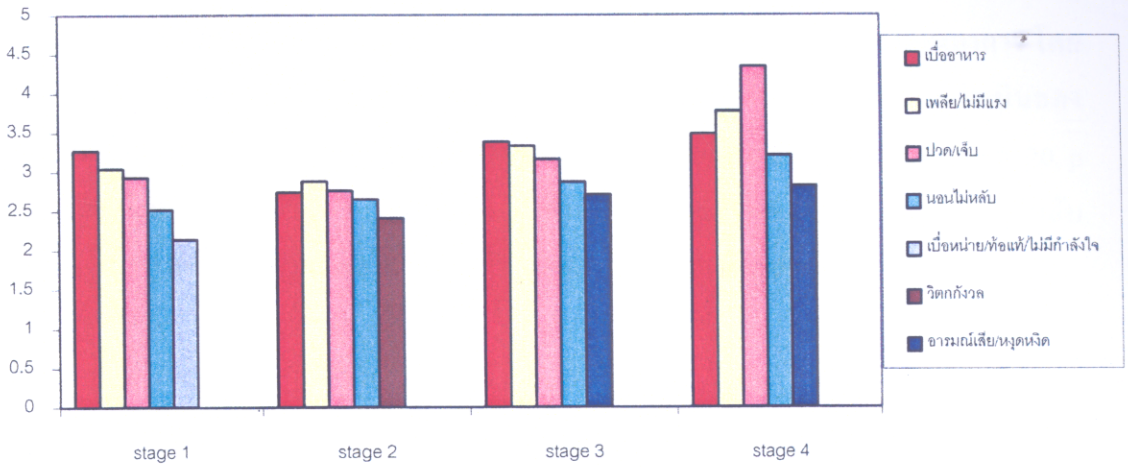
อาการ	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	F
	mean(S.D.)	mean(S.D.)	mean(S.D.)	mean(S.D.)	
1. ปวด/เจ็บ	2.93(3.42) ³	2.76(3.04) ²	3.16(3.06) ³	4.34(3.41) ¹	13.39**
2. เพลีย/ไม่มีแรง/ เหนื่อยล้า	3.04(3.10) ²	2.88(2.92) ¹	3.33(2.81) ²	3.77(3.20) ²	4.57*
3. เบื่ออาหาร	3.27(3.42) ¹	2.74(3.04) ³	3.38(3.23) ¹	3.48(3.29) ³	3.42*
4. คลื่นไส้	1.92(2.94)	1.83(2.75)	1.96(2.81)	2.04(2.77)	.46
5. อาเจียน	1.24(2.56)	1.19(2.46)	1.55(2.67)	1.66(2.63)	2.43*
6. ริมฝีปาก/คอ/ น้ำลายแห้ง	1.45(1.47)	1.15(1.27)	1.23(1.31)	1.50(1.44)	5.93**
7. เบื่อหน่าย/ ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ	2.14(2.91) ⁵	2.38(2.95) ⁶	2.51(2.83)	2.74(3.06)	1.60
8. อารมณ์เสีย/ หงุดหงิด	1.97(2.62)	2.18(2.70)	2.71(2.72) ⁵	2.82(2.89) ⁵	7.16**
9. ซึมเศร้า	1.40(2.57)	1.48(2.54)	1.35(2.36)	1.63(2.59)	1.54
10. กลัว	1.72(2.83)	2.36(3.23)	2.27(2.93)	2.16(3.16)	4.33*
11. วิดกกังวล *	1.87(2.66)	2.41(2.91) ⁵	2.29(2.62)	2.35(2.99)	1.70
12. นอนไม่หลับ	2.52(3.00) ⁴	2.65(3.02) ⁴	2.87(2.98) ⁴	3.21(3.14) ⁴	3.22*
13. ไอ	1.39(2.24)	1.22(2.24)	1.96(2.77)	2.29(2.91)	10.38**
14. ท้องผูก	1.69(2.78)	1.59(2.53)	1.67(2.48)	2.12(2.80)	2.07
15. ถ่ายเหลว	.87(2.07)	.94(2.06)	1.04(2.15)	.91(2.04)	.35
16. หายใจลำบาก/ เหนื่อย/หอบ	1.34(2.60)	1.05(2.20)	1.36(2.52)	2.28(3.08)	11.41**
17. คัด	1.28(2.32)	1.25(2.38)	1.17(2.23)	1.16(2.17)	.17
18. แขน/ขาอ่อนแรง	1.20(2.33)	1.11(2.76)	1.17(2.41)	1.85(2.88)	4.46*

ตาราง 6 (ต่อ)

อาการ	Stage 1 mean(S.D.)	Stage 2 mean(S.D.)	Stage 3 mean(S.D.)	Stage 4 mean(S.D.)	F
19. กลืนอาหารลำบาก	1.54(2.77)	1.04(2.45)	1.42(2.81)	1.90(3.11)	4.60*
20. รับประทานอาหาร ไม่รู้รสชาติ	1.70(2.87)	1.39(2.67)	2.14(3.28)	2.54(3.28)	7.96**
21. ท้องอืด/แน่นท้อง	.94(2.10)	1.54(2.53)	1.57(2.49)	1.48(2.60)	3.15*
22. ไม่สุขสบายจากผื่น/ ตุ่มที่ผิวหนัง	.48(1.50)	.45(1.52)	.55(1.71)	.52(1.50)	.48
23. ผمร่วง	2.05(3.27) ⁶	2.12(3.37)	2.64(3.76) ⁶	2.75(3.54) ⁶	3.85*
24. ปัสสาวะลำบาก	.38(1.50)	.43(1.40)	.63(1.91)	.56(1.76)	1.27
25. เสียงแหบ	1.34(2.63)	.71(1.96)	.95(2.25)	1.86(2.98)	11.55**
26. ซาปลายมือ/เท้า/ เป็นเหน็บ	1.60(2.58)	1.58(2.55)	1.69(2.63)	2.12(2.91)	3.62*
27. เวียนศีรษะ/มึนหัว	1.69(2.31)	1.85(2.32)	2.07(2.57)	2.06(2.68)	2.33
28. มองเห็นไม้ขีด/ตา พร่า	1.32(2.46)	1.07(2.24)	1.36(2.43)	1.55(2.54)	1.91
29. หูอื้อ	1.01(2.13)	.78(1.87)	1.09(2.11)	1.33(2.44)	3.43*
30. ประจำเดือนมา ผิดปกติ	.17(.89)	.90(2.25)	.86(2.25)	.34(1.34)	10.91**
31. ความจำเสื่อม/ซี หลง/ซีลิม	.40(1.44)	.79(1.97)	.46(1.67)	.38(1.41)	10.15**
32. ปวดเมื่อยตามตัว	.04(.44)	.19(1.18)	.05(.42)	.12(.94)	1.85
33. มีของเหลวออกทาง ช่องคลอด	.09(.81)	.22(1.13)	.16(1.12)	.03(.43)	3.84*
34. ไม่สุขสบายจาก แผล	.07(.80)	.03(.52)	.03(.47)	.08(.74)	.96
35. แขนตึง	.06(.70)	.11(.81)	.08(.76)	.03(.45)	.95
36. น้ำตาไหล	.03(.40)	.01(.24)	.03(.49)	-	1.02

Stage = ระยะเวลารุนแรงของโรค (cancer staging)

*p < .05, **p < .01



ภาพ 4 กราฟค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน) จำแนกตามระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging)

2.5 ความรุนแรงของอาการ จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing)

เมื่อวิเคราะห์อาการที่มีความรุนแรง 5 อันดับแรก ตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็งพบว่า ในระยะที่ 1 ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 อาการปวด/เจ็บมีคะแนนความรุนแรงมากที่สุดเป็นอันดับ 1 (mean = 3.77, S.D. = 3.38; mean = 3.98, S.D. = 3.29 และ mean = 5.95, S.D. = 3.40 ตามลำดับ) และพบว่า ในระยะที่ 2 อาการเพลีย/ไม่มีแรง มีคะแนนความรุนแรงมากที่สุดเป็นอันดับ 1 (mean = 3.26, S.D. = 2.91) ส่วนในระยะที่ 3 อาการที่มีคะแนนความรุนแรงมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ เบื่ออาหาร (mean = 2.70, S.D. = 3.25) สำหรับอาการที่มีความรุนแรงรองลงมาในระยะที่ 1 ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ 3) กลัว และ 4) วิตกกังวล (mean = 3.14, S.D. = 2.97; mean = 3.05, S.D. = 3.19; mean = 3.04, S.D. = 3.37 และ mean = 2.75, S.D. = 3.20 ตามลำดับ) ระยะที่ 2 อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) เบื่ออาหาร 2) ปวด/เจ็บ 3) ผม่วิ่ง และ 4) นอนไม่หลับ (mean = 3.24, S.D. = 3.15; mean = 3.13, S.D. = 3.20; mean = 2.94, S.D. = 3.65 และ mean = 2.71, S.D. = 3.00 ตามลำดับ) ระยะที่ 3 อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) ปวด/เจ็บ และ 4) อารมณ์เสีย/หงุดหงิด (mean = 2.68, S.D. = 3.03; mean = 2.61, S.D. = 2.98; mean = 2.48, S.D. = 2.96 และ mean = 2.29, S.D. = 2.67 ตามลำดับ) ระยะที่ 4 อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ และ 4) อารมณ์เสีย/หงุดหงิด (mean = 3.80, S.D. = 3.04; mean = 3.57, S.D. = 3.26; mean = 3.47, S.D. = 3.06 และ mean = 3.10, S.D. = 2.94 ตามลำดับ) และในระยะที่ 5 อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) อาการเพลีย/ไม่มีแรง 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เบื่ออาหาร และ 4) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มี

กำลังใจ (mean = 4.42, S.D. = 3.34; mean = 4.39, S.D. = 3.46; mean = 4.25, S.D. = 3.19 และ mean = 3.63, S.D. = 3.40 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 7 และภาพ 5

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของอาการ โดย ใช้สถิติ ANOVA พบว่าความรุนแรงของอาการจะมักจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อระยะเวลาการดำเนินของ โรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยคืออาการปวด/เจ็บ (F=20.20, p <.01) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า (F=8.16, p <.01) เบื่ออาหาร (F=6.44, p <.01) นอนไม่หลับ (F=3.22, p <.05) และริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง (F=8.17, p <.01) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน) จำแนกตามระยะเวลาการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing) (N = 1709)

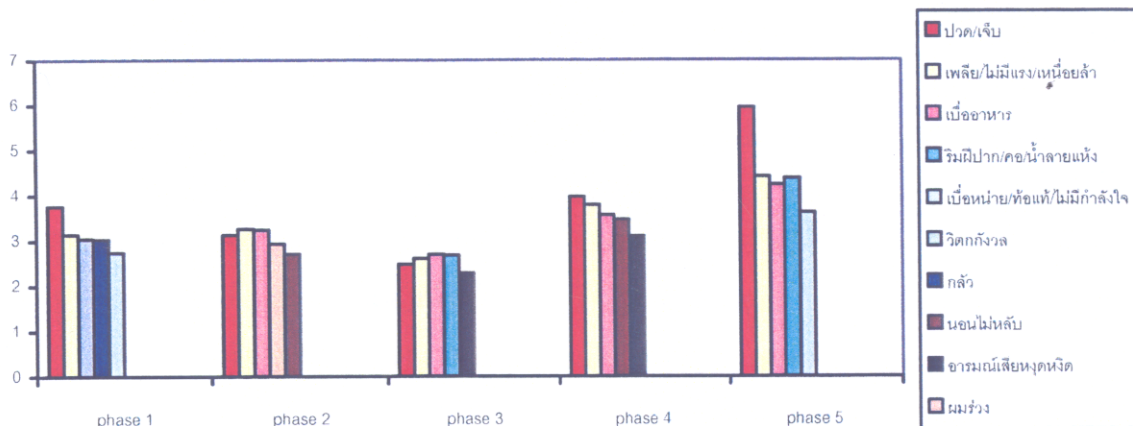
อาการ	phase 1 mean(S.D.)	phase2 mean(S.D.)	phase 3 mean(S.D.)	phase 4 mean(S.D.)	phase 5 mean(S.D.)	F
1. ปวด/เจ็บ	3.77(3.38) ¹	3.13(3.20) ³	2.48(2.96) ⁴	3.98(3.29) ¹	5.95(3.40) ¹	20.20**
2. เพลีย/ไม่มีแรง	3.14(2.96) ²	3.26(2.91) ¹	2.61(2.98) ³	3.80(3.04) ²	4.42(3.34) ²	8.16**
3. เบื่ออาหาร	2.47(2.97)	3.24(3.15) ²	2.70(3.25) ¹	3.57(3.26) ³	4.25(3.19) ⁴	6.44**
4. คลื่นไส้	.84(1.87)	2.25(2.87)	1.24(2.46)	1.93(2.73)	2.98(3.07)	15.87**
5. อาเจียน	.52(1.47)	1.66(2.68) ⁶	.98(2.21)	1.57(2.64)	2.13(3.17)	10.08**
6. ริมฝีปาก/คอ/ น้ำลายแห้ง	1.91(2.76)	2.65(2.89)	2.68(3.03) ²	2.83(2.93)	4.39(3.46) ³	8.17**
7. เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ ไม่มีกำลังใจ	3.05(3.19) ³	2.33(2.84)	2.16(2.84)	2.67(3.03)	3.63(3.40) ⁵	5.52**
8. อารมณ์เสีย/ หงุดหงิด	2.49(2.74)	2.41(2.73)	2.29(2.67) ⁵	3.10(2.94) ⁵	2.48(2.67)	3.89*
9. ซึมเศร้า	1.69(2.77)	1.30(2.26)	1.26(2.38)	1.65(2.68)	2.23(2.94)	3.77*
10. กลัว	3.04(3.37) ⁴	2.35(3.15)	1.68(2.60)	2.17(3.21)	2.89(3.49)	5.57**
11. วิดกกังวล	2.75(3.20) ⁵	2.25(2.75)	1.88(2.46)	2.41(2.99)	2.73(3.14)	3.08*
12. นอนไม่หลับ	2.68(3.03) ⁶	2.71(3.00) ⁵	2.17(2.72) ⁶	3.47(3.06) ⁴	3.39(3.46)	7.37**
13. ไอ	2.12(3.01)	1.55(2.43)	1.49(2.33)	1.82(2.72)	2.84(3.01)	5.72**
14. ท้องผูก	1.58(2.60)	1.68(2.50)	1.35(2.37)	2.17(2.91)	3.48(3.08) ⁶	11.06**
15. ถ่ายเหลว	.49(1.35)	1.17(2.25)	.64(1.81)	.87(1.97)	1.06(2.24)	5.60**

ตาราง 7 (ต่อ)

อาการ	phase 1 mean(S.D.)	phase2 mean(S.D.)	phase 3 mean(S.D.)	phase 4 mean(S.D.)	phase 5 mean(S.D.) ^a	F
16. หายใจลำบาก/ เหนื่อย/หอบ	1.79(3.00)	1.27(2.38)	.99(2.33)	2.05(2.88)	2.55(3.31)	10.85**
17. คัด	.82(1.98)	1.27(2.30)	1.22(2.36)	1.40(2.38)	1.16(2.10)	1.63
18. แขน/ขาอ่อนแรง	1.12(3.57)	1.15(2.26)	1.28(2.51)	2.10(3.02)	1.45(2.88)	7.56**
19. กลืนอาหารลำบาก	1.38(2.68)	1.29(2.67)	1.43(2.83)	1.58(2.89)	3.41(3.69)	8.83**
20. รับประทานอาหาร ไม่รู้รสชาติ	1.06(2.40)	1.99(3.02)	1.58(2.80)	2.15(3.22)	2.91(3.77)	6.14**
21. ท้องอืด/แน่นท้อง	1.38(2.53)	1.48(2.46)	1.08(2.21)	1.60(2.56)	1.56(2.60)	1.93
22. ไม่สุขสบายจาก ฝุ่น/ตุ่มที่ผิวหนัง	.37(1.43)	.57(1.65)	.49(1.58)	.69(1.78)	.27(1.10)	1.60
23. ผม่วัง	.58(1.81)	2.94(3.65) ⁴	1.84(3.33)	2.91(3.68) ⁶	2.28(3.41)	18.46**
24. ปัสสาวะลำบาก	.15(.84)	.55(1.69)	.29(1.21)	.79(2.11)	.45(1.66)	5.12**
25. เสียงแหบ	1.14(2.54)	.90(2.21)	1.41(2.61)	1.43(2.73)	3.08(3.40)	13.81**
26. ชาปลายมือ/เท้า/ เป็นเหน็บ	1.01(2.03)	1.41(2.32)	2.04(2.94)	2.50(3.03)	1.77(3.07)	13.47**
27. เวียนศีรษะ/มึน หัว	1.53(2.39)	1.87(2.39)	1.74(2.41)	2.06(2.63)	2.56(3.02)	2.54*
28. มองเห็นไม่ชัด/ ตาพร่า	.54(1.10)	.53(1.02)	.57(1.04)	.73(1.13)	.56(1.05)	1.84
29. หูอื้อ	.92(2.07)	.95(2.08)	1.20(2.33)	1.22(2.21)	1.36(2.31)	1.69
30. ประจำเดือนมา ผิดปกติ	.64(2.04)	.65(1.94)	.48(1.77)	.55(1.76)	.05(.38)	1.87
31. ความจำเสื่อม/ซี หลง/ซีลึม	.40(1.29)	.30(1.27)	.90(2.15)	.34(1.48)	1.27(2.49)	12.85**
32. ปวดเมื่อยตามตัว	.05(.39)	.04(.31)	.06(.35)	.05(.36)	.05(.38)	.37
33. มีของเหลวออก ทางช่องคลอด	.27(1.35)	.13(.93)	.06(.66)	.05(.62)	-	2.21
34. ไม่สุขสบายจาก แผล	-	.04(.56)	.02(.25)	.06(.73)	.22(1.24)	1.94
35. แขนตึง	-	.10(.85)	.01(.24)	.05(.56)	-	1.67
36. น้ำตาไหล	-	.02(.38)	-	0.2(.30)	-	.42

Phase = ระยะเวลาการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing)

*p < .05, **p < .01



ภาพ 5 กราฟค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการ (0-10 คะแนน) จำแนกตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing)

2.5 อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก

จากการประเมินอาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก นำมาให้คะแนน โดยอาการที่ไม่ถูกเลือก เท่ากับ 0 คะแนน อาการที่เลือกเป็นอันดับ 5 เท่ากับ 1 คะแนน ไปจนถึงอาการที่เลือกเป็นอันดับ 1 เท่ากับ 5 คะแนน จากนั้นนำมาหาค่าเฉลี่ยของแต่ละอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31 จัดลำดับอาการที่รบกวนการดำเนินประจำวันมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ อาการปวด/เจ็บ (mean = 4.34, S.D. = 1.07) รองลงมาตามลำดับคือ เพลีย/ไม่มีแรง ร้อยละ 22 เบื่ออาหารร้อยละ 17 วิตกกังวล ร้อยละ 13 และนอนไม่หลับร้อยละ 17 (mean = 3.43, S.D. = 1.23; mean = 3.33, S.D. = 1.26; mean = 2.98, S.D. = 1.39 และ mean = 2.91, S.D. = 1.27 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกอาการเหล่านี้ใน 5 อันดับแรก (n = 1640)

อันดับ	Mean (1-5)	SD	Mode	Median	จำนวน(ร้อยละ)
1. ปวด/เจ็บ	4.34	1.07	5	5	691(31)
2. เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า	3.43	1.23	4	4	484(22)
3. เบื่ออาหาร	3.33	1.26	4	3	391(17)
4. วิตกกังวล	2.98	1.39	2	3	292(13)
5. นอนไม่หลับ	2.91	1.27	3	3	390(17)

(อันดับ 1 คะแนน 5, อันดับ 5 คะแนน 1)

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก กับ ความถี่ และความรุนแรงของอาการ

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พาราเมตริก หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ สเปียร์แมน (rho) ระหว่างอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก (ตาราง 8) ความถี่ และความรุนแรงของอาการดังกล่าว พบว่า อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน กับความถี่ และความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับต่ำ (rho = 0.13-0.22, P < .01) กล่าวคือ ผู้ที่มีอาการรุนแรงมากจะมีอาการเกิดขึ้นบ่อย และอาการดังกล่าว มีการรบกวนการ ดำเนินชีวิตประจำวัน ยกเว้นอาการวิตกกังวล ที่ความสัมพันธ์ดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำมากและไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ (rho = 0.06-0.07, P > .05) ในขณะที่ความถี่และความรุนแรงของอาการที่รบกวน การดำเนินชีวิตทั้ง 5 อาการ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (rho = 0.84-0.91, P < .01) ดังแสดงใน ตาราง 9

ตาราง 9

ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ความถี่ และความรุนแรงของ อาการ 5 อันดับแรก วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (rho)

อาการ		ความรุนแรง (0-10 คะแนน)	อาการที่รบกวน (0-5 คะแนน)
1. ปวด/เจ็บ (n = 482)	ความถี่ (0-4 คะแนน)	0.86**	0.21**
	ความรุนแรง (0-10 คะแนน)	-	0.21**
2. เหนื่อย/ไม่มีแรง/ เหนื่อยล้า (n = 484)	ความถี่ (0-4 คะแนน)	0.84**	0.15**
	ความรุนแรง (0-10 คะแนน)	-	0.22**
3. เบื่ออาหาร (n = 391) *	ความถี่ (0-4 คะแนน)	0.88**	0.21**
	ความรุนแรง (0-10 คะแนน)	-	0.16**
4. นอนไม่หลับ (n = 390)	ความถี่ (0-4 คะแนน)	0.88**	0.16**
	ความรุนแรง (0-10 คะแนน)	-	0.13**
5. วิตกกังวล (n = 292)	ความถี่ (0-4 คะแนน)	0.91**	0.07
	ความรุนแรง (0-10 คะแนน)	-	0.06

P < .01**

3. ประสบการณ์การจัดการกับอาการโดยรวมของผู้เป็นโรคมะเร็ง

3.1 วิธีการจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง

การศึกษาประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนประสบการณ์การจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง โดยการผ่อนคลายมากที่สุด ร้อยละ 78.2 เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ พักผ่อน นอนหลับ เป็นต้น รองลงมาได้แก่ การปรับความรู้สึกและอารมณ์ ร้อยละ 74.9 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ร้อยละ 71.6 เช่น บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม เป็นต้น การจัดการกับอาการของโรคมะเร็งโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน ร้อยละ 63.7 เช่น รับประทานยาแก้ปวด รับประทานยาแก้ไอ ยาบำรุง เป็นต้น การปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ ร้อยละ 28.0 เช่นการสวมหมวก สวมวิก เป็นต้น ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร ร้อยละ 24.8 เช่น ทานยาแผนโบราณหรือสมุนไพร ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร เป็นต้น ใช้วิธีการนวด/ลูบ ร้อยละ 22.0 และร้อยละ 5.6 ใช้วิธีการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของวิธีจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง

วิธีการจัดการกับอาการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	1223	71.6
1.1 บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น	831	48.6
1.2 รับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม	944	55.2
1.3 เพิ่มการรับประทานผัก และผลไม้	1051	61.5
1.4 พยายามทานอาหาร/ทานครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น	768	44.9
1.5 รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยว	668	54.6
2. ใช้ยาแผนปัจจุบัน	1089	63.7
2.1 ยาแก้ปวด	848	49.6
2.2 ยาแก้ไอ	315	18.4
2.3 ยาระบาย	257	15.0
2.4 ยานอนหลับ	333	19.5
2.5 ยาลดกรด (ยารักษา น้ำขาว/น้ำแดง)	252	14.7
2.6 ยาทาภายนอก (ยาทาลดปวด/เมื่อย ยาทาแก้ผื่นคัน ยาทาแผล)	313	18.3
2.7 ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน	404	23.6
2.8 ยาแก้ท้องเสีย	106	6.2

ตาราง 10 (ต่อ)

วิธีการจัดการกับอาการ	จำนวน	ร้อยละ
2.9 ยาแก้คัน/แพ้	197	11.5
2.10 ยาคลายกล้ามเนื้อ	139	8.1
2.11 ยาขยายหลอดลม	62	3.6
2.12 ยาบำรุง	517	30.3
2.13 น้ำลายเทียม	11	.6
2.14 ยาแก้เวียนศีรษะ	199	11.6
2.15 น้ำเกลือ	301	17.6
2.16 อื่น ๆ	67	3.9
3. การผ่อนคลาย	1336	78.2
3.1 อ่านหนังสือ/ดูโทรทัศน์/ฟังเพลง/เดินเล่น	1267	74.1
3.2 พักผ่อน นอนหลับ	1276	74.7
3.3 ทำบุญ/ไปวัด/บ้นบาน/สวดมนต์	1090	63.8
3.4 พูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ	1211	70.9
3.5 ออกกำลังกาย	822	48.1
3.6 นั่งสมาธิ	507	29.7
3.7 การเล่นเกม	59	3.5
4. ใช้อาแผนโบราณหรือสมุนไพร	423	24.8
4.1 ทานยาแผนโบราณหรือสมุนไพร	444	26.0
4.2 ประคบด้วยสมุนไพร	66	3.9
4.3 อบสมุนไพร	47	2.8
4.4 อื่น ๆ	31	1.8
5. นวด/ลูบ	376	22.0
6. ปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์	478	28.0
6.1 สวมหมวก	402	23.5
6.2 สวมวิก	134	7.8
6.3 โปกผ้า	175	10.2
6.4 อื่น ๆ	8	0.5
7. ปรับความรู้สึกและอารมณ์	1280	74.9
7.1 พยายามลืมความเจ็บป่วย	886	51.8
7.2 ยอมรับความเจ็บป่วย	1212	70.9
8. การเข้ากลุ่มช่วยเหลือ	95	5.6

3.2 เหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง

โดยคิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย ร้อยละ 51.1 และปฏิบัติเพราะคิดว่า ทำแล้วรู้สึกสบายใจ
ขึ้น/ไม่คิดมาก ร้อยละ 48.9 ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

จำนวน และร้อยละของเหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง
(n = 1382)

เหตุผลในการเลือกปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
คิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย	706	51.1
ทำแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น/ไม่คิดมาก	676	48.9

3.3 แหล่งที่มาของข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างระบุแหล่งที่มาของการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของ
โรคมะเร็งโดยได้รับคำแนะนำจากพยาบาล/แพทย์แนะนำ ร้อยละ 44.5 ครอบครัว/ญาติแนะนำ ร้อย
ละ 20.2 รวมหลายแหล่ง ร้อยละ 17.1 ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12

จำนวน และร้อยละของแหล่งที่มาของข้อมูลในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง
(n = 1576)

แหล่งที่มาของข้อมูลในการเลือกปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัว/ญาติแนะนำ	319	20.2
พยาบาล/แพทย์แนะนำ	701	44.5
ปฏิบัติตามหนังสือ/โทรทัศน์/แผ่นพับ	63	4.1
เพื่อนบ้านแนะนำ	50	3.2
อื่น ๆ	173	11.0
รวมกันหลายแหล่ง	270	17.1

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 54.6 อยู่ในช่วงอายุ 40 – 59 ปี
สอดคล้องกับการรายงานอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งในคนไทยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่พบว่า

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศหญิงร้อยละ 53.1 และผู้ป่วยโรคมะเร็งเพศชายร้อยละ 42.3 อยู่ในช่วงอายุ 40 – 59 ปี (Attasara, 2006) สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 607 ราย เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอมากที่สุด ร้อยละ 38.7 รองลงมาคือมะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 26.8 และ 20.3 ตามลำดับ) และ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 1,019 ราย พบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 36 และ 11.4 ตามลำดับ) ผลการวิจัยมีความใกล้เคียงและสอดคล้องกับการรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในผู้ป่วยผู้ใหญ่ชายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่พบว่า มะเร็งหลอดลมและปอด (trachea, bronchus and lung) มะเร็งตับ และมะเร็งลำไส้พบได้บ่อยในผู้ป่วยผู้ใหญ่ชาย ขณะที่มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งของลำไส้เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหญิง (Attasara, 2006; สมศรี รัตนวิจิตราศิลป์, สุพัตรา แสงรุจิ และคณะ., 2005) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น อายุ 4-20 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่พบว่า มะเร็งในเม็ดเลือดขาวพบมากที่สุดคือ ร้อยละ 52 ในเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกประเภท โดยร้อยละ 28 พบในผู้ป่วยเด็กชาย และร้อยละ 24 พบในผู้ป่วยเด็กหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2008)

ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 57.7 และรังสีรักษาร้อยละ 53.7 ใกล้เคียงกับข้อค้นพบของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 3,089 คน พบว่า การรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ร้อยละ 23.3 เป็นการผ่าตัด ร้อยละ 12.2 เป็นการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 13.2 รักษาด้วยการฉายรังสี ขณะที่ ร้อยละ 51.3 ผู้ป่วยได้รับการรักษามากกว่า 2 วิธีขึ้นไปหรือการให้การักษาแบบประคับประคอง (Attasara, 2006)

อาการที่พบบ่อยในทุกระยะของโรค ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อาการปวด/เจ็บ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง เบื่ออาหาร ผอมร่วง และอาการนอนไม่หลับ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศ (Sama & Brecht, 1997) ซึ่งอาการเหล่านี้มีลำดับของความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรง และ การรบกวนชีวิตประจำวัน ที่แตกต่างกันในแต่ละระยะของโรค อย่างไรก็ตามพบว่า โดยภาพรวมพบว่า อาการปวด และเพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า เป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรง และรบกวนชีวิตประจำวันผู้ป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายซึ่งพบมากถึงร้อยละ 75-90 ซึ่งความปวดมักรุนแรงและได้รับการรักษาไม่เต็มที่เท่าที่ควร หรือไม่ได้ผล ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งอาจเกิดจากก้อนมะเร็งโดยตรง ที่มีการขยายตัว อักเสบ บวม บริเวณก้อน และอวัยวะใกล้เคียง ทำให้มีอาการปวดเฉียบพลันรุนแรงได้ (ร้อยละ 60 – 70) การแพร่กระจาย (metastases) (ร้อยละ 15-20) เช่น ไปที่กระดูก หรือกระจายลุกลามไปกดทับเส้นประสาทหรือไขสันหลัง หรือความปวดอาจเกิดจากการรักษา

โรคมะเร็ง (ร้อยละ 5-10) เช่น การผ่าตัด เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา นอกจากนี้ความปวดอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ (น้อยกว่า ร้อยละ 5-10) เช่น อาจเกิดมีแผลกดทับ มีความวิตกกังวล ปวดศีรษะจากเครียด (tension headache) , ซึมเศร้า , ภาวะท้องผูก , ปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain) (ลักษมี ชาญเวช, 2549) นอกเหนือจากความปวดตามพยาธิสภาพการเกิดดังกล่าว ผู้ป่วยโรคมะเร็งบางส่วนอาจมีความปวดรุนแรงที่ไม่สามารถอธิบายได้ (idiopathic pain) ซึ่งเป็นผลมาจากจิตใจเป็นสำคัญ เนื่องจากความกลัว ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ร่วมกับความเครียดต่าง ๆ ทำให้ความปวดรุนแรงขึ้น (ลักษมี ชาญเวช, 2549) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาของ (สมพร ชินโนรส, พรจันทร์ สัยละมัย และคณะ, 2541) ที่พบว่าความปวดเป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุดและมีความรุนแรงของความปวดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาในระดับรุนแรงมาก และอภิรดี (อภิรดี ลดาวรรษ์, 2547) พบว่าความปวดเป็นอาการที่พบมากที่สุดและรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากที่สุด

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าอาการเพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงและรบกวนชีวิตประจำวันผู้ป่วยมากเป็นอันดับสองรองจากความปวด อุบัติการณ์การเกิดอาการอ่อนล้าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในช่วงของการรักษาอยู่ระหว่าง 25 - 99% ทั้งนี้ขึ้นกับประชากรและชนิดของการประเมน(Bower, 2007) ในปี 2006 พรู แรนกิน อัลเลน แกเชย์ และแครมป์ (Prue, Rankin, Allen, Gracey, Cramp, 2006) ได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้าในโรคมะเร็ง จำนวน 40 ฉบับ พบว่า ประมาณ 90% ของผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีประสบการณ์ความเหนื่อยล้า โดยในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่างชนิดและได้รับการรักษาที่แตกต่างกันพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่าครึ่งหนึ่งรายงานว่ามีอาการอ่อนล้า รวมทั้งอาการอ่อนล้าจะเพิ่มขึ้นตามเวลาที่ของการรักษา และอาการอ่อนล้ายังคงอยู่แม้ว่าสิ้นสุดการรักษาไปแล้ว

อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและหลากหลายมิติ (Bower, 2007) และเป็นอาการที่รับทราบจากการบอกเล่าของผู้ป่วยเท่านั้น โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะบรรยายว่า อ่อนล้าเป็นอาการเหนื่อยล้า หดแรง และไม่มีพลังงาน โดยอาการที่เกิดขึ้นจะแสดงออกทางกาย การรู้คิด อารมณ์ อาการอ่อนล้ามักเกิดในภาวะที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Hammick & Stone, 2002) ปัจจุบันได้มีความสนใจเกี่ยวกับบทบาทของ proinflammatory cytokines and the cytokine network ในอาการอ่อนล้าในโรคมะเร็ง โดยเชื่อว่าโรคมะเร็งและการรักษาจะไปกระตุ้นเครือข่ายของ proinflammatory cytokine ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าจากผลของไซโตไคน์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง การอักเสบเรื้อรังอาจพัฒนาขึ้นเมื่อโรคมะเร็งและการรักษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระยะยาวต่อความสมดุลของภูมิคุ้มกัน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ภูมิคุ้มกัน การเปลี่ยนแปลงในการแสดงออกและการส่งสัญญาณของ Toll like receptor และ latent virus reactivation (Bower, 2007) ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีรายงานว่าอาการอ่อนล้าเป็นอาการที่เป็น

อุปสรรคต่อการทำงานในชีวิตประจำวันและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Bower, 2007; Theobald, 2004; Wu & McSweeney, 2007)

อาการเบื่ออาหารเป็นอีกอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรง ซึ่งความถี่และความรุนแรงของอาการแต่ละระยะของโรคมะเร็งที่ต่างกัน แต่อยู่ใน 5 อันดับแรกของอาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็ง นอกจากนี้ผู้ป่วยประเมินว่าอาการเบื่ออาหารเป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันในอันดับต้น ๆ อาการเบื่ออาหารเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งเกือบทุกระยะ (Brown, 2003; Fanelli & Laviano, 2002; Laviano, Meguid, & et al., 2003) โดย ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รายงานเกี่ยวกับความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (Fanelli & Laviano, 2002) โดยพบว่าอาการเบื่ออาหาร จะพบได้ในช่วง 5 สัปดาห์ระหว่างการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดในขนาดที่สูงร่วมกับการฉายแสงสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสงเพียงอย่างเดียว (Ohno, Kato, & et al., 2006) อาการเบื่ออาหาร เป็นการสูญเสียความอยากรับประทานอาหาร ซึ่งกลไกการรับประทานอาหารถูกควบคุมโดยไฮโปทาลามัส ขณะที่สัญญาณส่วนปลายได้ส่งข้อมูลเรื่องของพลังงานและภาวะทาง adiposity ที่ไฮโปทาลามัส เซลล์ประสาทจะหลั่งสารสื่อประสาท เข้าสู่การตอบสนองของเซลล์ประสาท และการตอบสนองด้านพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาการเบื่ออาหารอาจเป็นผลมาจากความผิดปกติของสัญญาณที่ส่งจากส่วนปลายหรือความผิดปกติของกระบวนการหลั่งสารเซลล์ประสาทที่ ไฮโปทาลามัส (Fanelli & Laviano, 2002; Laviano, Meguid, & et al., 2003; Makarenko, Meguid, & et al., 2003; Tisdale) และการเพิ่มของทรอปโปแฟน increased brain tryptophan และผลผลิตของไซโตไคน์ cytokine production (Laviano, Meguid, & al., 2003; Sato, Meguid, & et al., 2002) การเติบโตของเนื้องอก (Argiles, Busquets, & et al., 2005) การลดลงของการรับรสและการได้กลิ่นอาหาร หรือจากการอิมเร็ว (Laviano, Meguid, & al., 2003) อาการเบื่ออาหารและการลดการรับประทานอาหาร อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ เพิ่มความพิการและการเสียชีวิต และลดคุณภาพชีวิต (Laviano, Meguid, & et al., 2003)

อาการปากแห้งเป็นอาการที่พบได้ในทุกระยะของโรคและมีความถี่และความรุนแรงใน 5 อันดับแรกของอาการที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามอาการปากแห้งไม่ได้เป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอและได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง ซึ่ง อาการปากแห้งเป็นอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยการฉายแสงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ (Castro Jr & Federico, 2006; Koukourakis & Danielidis, 2005; Lin, Jen & et al., 2008) การฉายแสงจะมีผลทำให้ต่อมน้ำลายถูกทำลายหรือได้รับการเสียหาย ซึ่งผลที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อาการปากแห้งอย่างเฉียบพลันเป็นผลมาจากการทำลายของพารอดิโดซินัย ขณะที่อาการปากแห้งที่เกิดขึ้นช่วง

หลังขึ้นกับการฟื้นฟูของอินัยและระดับของไฟโบซิหลังจากการฉายแสงซึ่งกระบวนการนี้อาจจะไม่ได้ขึ้นกับความรุนแรงของอาการปากแห้งอย่างเฉียบพลัน(Koukourakis & Danielidis, 2005) โดยพบว่าการหลั่งน้ำลายและอาการปากแห้งจะเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลงเมื่อมีความรุนแรงของอาการปากแห้งที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการรักษาด้วยการฉายแสง (Lin, Jen, & et al., 2008)

อาการนอนไม่หลับเป็นอีกหนึ่งอาการที่พบได้ในทุกระยะของโรคและมีความถี่และความรุนแรงใน 5 อันดับแรกของอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็ง การนอนหลับไม่เพียงพอหรือนอนไม่หลับอาจรวมทั้งการหลับยาก คือใช้เวลามากกว่าครึ่งชั่วโมงในการหลับ ปัญหาการหลับยาว คือตื่นมากกว่า 2 ครั้งในช่วงกลางคืน หรือการตื่นเร็ว หรือการนอนมากในเวลากลางวัน (Lee, C. Miaskowski, & et al., 2004) ซึ่งโดยทั่วไปพบว่าอาการนอนไม่หลับ เป็นอาการที่พบได้ถึงร้อยละ 30 - 50 ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Theobald, 2004) และในการศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมักรายงานเกี่ยวกับอาการนอนไม่พอซึ่งพบได้ประมาณ 20 - 70% โดยผู้ป่วยมักรายงานว่ามีอาการนอนไม่หลับก่อนหน้าที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และอาการนอนไม่หลับรุนแรงมากขึ้นหลังเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (Fiorentino & Ancoli-Iseael, 2006) สาเหตุของปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความหลากหลาย สวารด์ และโมริน (Savard & Morin, 2001) ได้แบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับออกเป็น ปัจจัยโน้มเอียง (predisposing factor) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) หรือปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ (perpetuating factor) โดย ปัจจัยโน้มเอียง ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการนอนหลับในอดีต สำหรับปัจจัย precipitate ของปัญหาการนอนหลับรวมถึงชนิด และระยะของโรคมะเร็ง และความปวด ผลข้างเคียงจากการรักษา เช่นคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย การปัสสาวะ นอกจากนี้การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในการนอนหลับ อาจจะเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับได้ สำหรับ ปัจจัยที่ทำให้อาการคงอยู่ ได้แก่ การพฤติกรรมนอนที่ไม่ดี นิสัยส่วนบุคคล เช่นภาวะโภชนาการต่ำ การสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ยากต่อการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการรักษาและต้องการการให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาการนอนไม่หลับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออาการเหนื่อยล้า เดีวีสัน แมคคีน บุนแตก และซูซ (Davidson, MacLean, & et al., 2002) พบว่าผู้ป่วยที่รายงานว่ามีอาการนอนไม่หลับจะรับรู้ว่าคุณภาพทางกายและจิตต่ำ มีปัญหาเรื่องของสมาธิ และไม่สามารถการเผชิญกับความเครียดได้ดีนัก

นอกจากนี้พบว่าอาการผมร่วงเป็นอาการที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงมากในอันดับต้น ๆ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งอาการผมร่วงเป็นผลมาจากการได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งมีได้ 2 สาเหตุ คือเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดที่สูงซึ่งส่งผลต่อรากผม ทำให้เกิดอาการผมร่วงเองหรือเมื่อมีการหวีหรือสระผม สาเหตุที่สองเกิดจากการแคบลงของ hair shaft adjacent ต่อหนังศีรษะทำให้เส้นผมอ่อนแอลงและเส้นเล็ก สาเหตุนี้มักเกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดในขนาด

มาตรฐาน ซึ่งอาการผมร่วงมักเกิดขึ้นภายใน 2 – 3 สัปดาห์ของการให้ยาเคมีบำบัด และผมจะกลับงอกขึ้นมาใหม่อีกครั้ง 1 – 2 เดือนเมื่อการรักษาสิ้นสุด (Pickard-Holley, 1995) แม้ว่าอาการผมร่วงอาจเป็นอาการที่ไม่รุนแรงคุกคามต่อชีวิต แต่อาการผมร่วงส่งผลก่อให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยทั้งชายและหญิง (Katsimbri, Bamias, & et al., 2000; Rosman, 2004)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประสพการณ์อาการที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรง ใน 5 อันดับแรกเป็นอาการทางด้านร่างกาย อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยยังมีประสพการณ์อาการด้านจิตใจ โดยพบว่า ได้แก่ เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ กังวล กลัว อารมณ์เสียและหงุดหงิด เป็นอาการทางจิตใจ ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเกิดขึ้นบ่อย ซึ่งสาเหตุของอาการด้านจิตใจอาจจะเกิดจากความตึงเครียดทางจิตใจหรืออารมณ์ เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Leopold, Ahles, & et al., 1998; Pasacreta & Pickett, 1998; Roth & Massie, 2007; Ryan, Schofield, & et al., 2005; Ryan, 1996; Shaw, et al., 1999) ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าบุคคลทั่วไป (Roth & Massie, 2007) ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวลอยู่บ้างเล็กน้อยก่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งแต่จะมากขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยและการรักษา (Roth & Massie, 2007; Ryan, 1996) การวินิจฉัยความผิดปกติของอารมณ์ เช่น ซึมเศร้าหรือวิตกกังวลพบได้ 48% ของกลุ่มตัวอย่าง (Leopold, Ahles, & et al., 1998) หากการตรวจวินิจฉัยให้ผลบวกจะมีความสัมพันธ์กับความตึงเครียดทางจิตใจ ความวิตกกังวลและซึมเศร้าในช่วง 4 สัปดาห์แรกหลังการทดสอบ (Shaw, Abrams, & et al., 1999) อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้มักไม่ได้รับความสนใจและรับการรักษา (Ryan, Schofield, & et al., 2005) การตอบสนองความเครียดเฉียบพลันหรือความตึงเครียดทางจิตใจเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในแต่ละช่วงการเปลี่ยนผ่านของความเจ็บป่วยของโรคมะเร็ง ในช่วงของการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะกังวลเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมถึงกังวลเรื่องงาน สุขภาพ สัมพันธภาพกับครอบครัวหรือเพื่อน ในระยะกลับเป็นซ้ำปัญหาทางจิตสังคมเดิมที่เคยเกิดขึ้นในช่วงของการวินิจฉัยอาจเกิดขึ้นอีกครั้ง ภาวะช็อค และซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องประเมินวางแผนอนาคตใหม่ และเมื่อโรคก้าวหน้าขึ้นผู้ป่วยจะรายงาน ว่ามีอาการปวดมากขึ้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นเนื่องจากมีข้อจำกัดในความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่อาการทางจิตใจ ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมักเจอกับปัญหาความวิตกกังวล และกลัวเนื่องจากความไม่แน่นอนในอนาคต การสูญเสีย และแยกจากคนที่รัก ความปวดที่ไม่ได้รับการแก้ไข และการสูญเสียการควบคุม ซึ่งปัญหาความตึงเครียดทางจิตใจจะสูงขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม (Pasacreta & Pickett, 1998) ซึ่งความผิดปกติความตึงเครียดทางจิตใจจะมีผลต่อการรักษาและการฟื้นฟู (Ryan, Schofield, & et al., 2005) ไม่มีกำลังใจ อาการหมดหวัง และแนวคิดที่เกี่ยวข้องเป็นตัวทำนายของความก้าวหน้าของโรค (Garssen, 2004) ภาวะซึมเศร้ามี

จะทำให้ความปวดมากขึ้นและการทำหน้าที่ทางกายลดลง ภาวะซึมเศร้าทำให้ความวิตกกังวลและอ่อนล้าเพิ่มขึ้น (Ryan, Schofield, & et al., 2005)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้เป็นโรคมะเร็งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ มีอาการเฉลี่ย 11 อาการ/ราย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่าน ๆ มา เช่น การศึกษาพอร์ทนอยและคณะ (Portenoy & et al., 1994) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งของต่อมลูกหมาก ลำไส้ เต้านม และรังไข่ จำนวน 243 ราย ที่มีอายุเฉลี่ย 55 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการเกิดขึ้น 11.5 อาการ/ราย โดยในการศึกษาเรื่องนี้พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนอาการมากกว่าผู้ป่วยนอก (อาการเฉลี่ย 13.5 และ 9.7 ตามลำดับ) ส่วนการศึกษาของแทรนเมอร์และคณะ (Tranmer & et al., 2003) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 66 ราย มีอายุเฉลี่ย 64 ปี เพศหญิง ร้อยละ 56 พบว่ามีอาการเฉลี่ย 10.60 อาการ/ราย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าผู้เป็นโรคมะเร็งมีประสบการณ์อาการมากกว่า 1 อาการขึ้นไป ซึ่งในปัจจุบันได้มีการกล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการ (symptom cluster) ซึ่งหมายถึงอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกัน หรือร่วมกันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปโดยอาการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มอาการจะเสริมฤทธิ์กัน กล่าวคือ เมื่อเกิดอาการหนึ่งแล้วจะทำให้อาการอื่นภายในกลุ่มเปลี่ยนแปลงไปด้วย หรือทำให้อาการภายในกลุ่มรุนแรงขึ้น โดยอาการที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวกันก็ได้ (Dodd, Janson, Facione, & et al., 2001; Kim, Mcguire, Tulman, & Barsevick, 2005) ยกตัวอย่างเช่น อาการอ่อนล้าหรือเหนื่อยล้า ซึ่งจากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่ออาการอ่อนล้า และไม่เชื่อมโยงกับชนิดของโรคมะเร็ง หรือการรักษา ปัจจัยทางจิตใจก็มีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า ได้แก่อาการซึมเศร้า และวิตกกังวล นอกจากนี้ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น นอนหลับไม่เพียงพอ ซีด โภชนาการ ระดับเกลือแร่ ฮอร์โมน การจัดการกับความปวดที่ไม่เพียงพอ และการมีภาวะความเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย พบว่ามีผลต่ออาการอ่อนล้า (Bower, 2007; Franklin & Packel, 2006; Prue, Rankin, & et al., 2006) ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าอาการที่พบได้บ่อย 5 อันดับอาจมีความสัมพันธ์กัน หรือ เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มอาการเดียวกันได้ เช่นอาการปวด นอนไม่หลับ วิตกกังวล อาจเสริมให้อาการอ่อนล้าเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เดียวกัน อาการอ่อนล้าเรื้อรังและรุนแรง ความตึงเครียดทางจิตใจหรืออารมณ์อาจทำให้ความทนต่อความปวดลดลง และผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความปวดที่รุนแรงขึ้น (Roth & Massie, 2007; Ryan, 1996) และส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับได้ ขณะเดียวกันพบว่าอาการนอนไม่หลับมักเกิดร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น ปวด เหนื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า วิตกกังวลและซึมเศร้า (Theobald, 2004) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายจะมีความตึงเครียดทางอารมณ์สูงด้วยเช่นกัน (Ryan, 1996)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ความถี่และความรุนแรงของอาการ มักจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อระยะความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการทางกายที่พบบ่อยคืออาการปวด/เจ็บ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง เบื่ออาหาร และผม่วง และพบว่า ผู้ที่มีอาการทั้ง 5 อาการรุนแรงมากจะมีอาการเกิดขึ้นบ่อย มีการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ยกเว้นอาการวิตกกังวล ที่ความสัมพันธ์ดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำมาก และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น และเข้าสู่ระยะท้ายของการเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นระยะลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียงหรือไกลออกไป ก่อนเนื้องอกหรือมะเร็งก็จะไปกด เบียด ทำให้เกิดความเจ็บปวด และการทำหน้าที่ของอวัยวะเหล่านั้นสูญเสียไป ดังนั้นความรุนแรงของอาการจึงมากขึ้นและรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากขึ้น

ประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง

ผลจากวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง โดยการผ่อนคลายมาก เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟักผ่อน นอนหลับ เป็นต้น รองลงมาได้แก่ การปรับความรู้สึกและอารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เช่น บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม เป็นต้น การจัดการกับอาการของโรคมะเร็งโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น รับประทานยาแก้ปวด รับประทานยาแก้ไอ ยาบำรุง เป็นต้น การปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ เช่น การสวมหมวก สวมวิก เป็นต้น ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร เช่น ทานยาแผนโบราณหรือสมุนไพร ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร เป็นต้น ใช้วิธีการนวด/ลูบ ใช้วิธีการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะประเมินอาการด้านจิตใจว่ามีความถี่และความรุนแรงอยู่ในลำดับหลัง ๆ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เลือกเน้นการจัดการกับอาการด้านอารมณ์น้อยกว่าการจัดการกับอาการทางด้านร่างกาย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เครื่องมือเป็นการสอบถามการจัดการกับอาการในภาพรวมมากกว่าการจัดการกับอาการใดอาการหนึ่งโดยเฉพาะ ทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการจัดการกับอารมณ์มากกว่า เนื่องจากการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เป็นประสบการณ์ที่สร้างความทุกข์ทรมานจิตใจกับผู้ป่วยมาก (จุฬารัตน สุระกุล, อรัญญา เชาวลิต และคณะ., 2545) โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งโดยคิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย และปฏิบัติเพราะคิดว่า ทำแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น/ไม่คิดมาก จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญของการรักษาสมดุลของจิตใจร่วมกับการจัดการอาการทางกาย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ วิลเลียมและคณะ (Williams & et al., 2001) ที่พบว่าวิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการฉายแสงและการให้เคมีบำบัด ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารเสริม เป็นต้น การควบคุมจิตใจและอารมณ์ เช่นการผ่อนคลาย ฟังเพลง การใช้วิตามิน การใช้ยาสมุนไพร และ ethnomedicine และแวงสตอร์มและแฮกมาร์ก (Wengstrom, Haggmark & Forsberg, 2001) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการฉายแสงจะให้วิธีการจัดการอาการหลากหลายวิธี ทั้งการปรับเปลี่ยนความคิด มองโลกในแง่ดี การแสวงหาการรักษาทางเลือก และการปรึกษาแพทย์ และ

การศึกษาของอภิรตี (อภิรตี ลดาธรรม, 2547) ที่พบว่า ผู้เป็นโรคมะเร็งในภาคใต้มีประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เด่น ๆ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ยาแผนปัจจุบันและ/หรือ รับประทานยาแผนโบราณหรือสมุนไพร ใช้วิธีการผ่อนคลาย โดยเชื่อว่าเมื่อปฏิบัติแล้วอาการจะดีขึ้นหรือหายจากอาการของโรคมะเร็ง และกาญจนา สังข์สิงห์, อุไร หัตถกิจ, และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้เป็นโรคมะเร็งส่วนหนึ่งใช้สมาธิในการเยียวยาตนเอง

แหล่งที่มาของการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งโดยได้รับคำแนะนำจากพยาบาล/แพทย์แนะนำ ร้อยละ 44.5 ครอบครัว/ญาติแนะนำ ร้อยละ 20.2 รวมหลายแหล่ง ร้อยละ 17.1 ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องของพฤติกรรมแสวงหาการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ (Koldjeski, irkpatrick, & et al., 2004) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มสังเกตเห็นถึงอาการที่ผิดปกติจะแสวงหาการรักษา หรือดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดย ใช้ความรู้ประสบการณ์ของตัวเอง หรือครอบครัว แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งการแสวงหาการรักษาทางเลือกหลายวิธีร่วมกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อสำรวจประสบการณ์อาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยในแต่ละระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) และระยะของการดำเนินโรคมะเร็ง (trajectory phasing) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหรือสถาบันมะเร็ง ในภูมิภาคต่างๆของประเทศไทย ได้แก่ภาคกลาง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ) ภาคเหนือ (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศูนย์มะเร็งสาขาภาคเหนือ จังหวัดลำปาง) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นและศูนย์มะเร็งสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุบลราชธานี) ภาคตะวันออก (โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรี และศูนย์มะเร็งภาคตะวันออกจังหวัดชลบุรี) และภาคใต้ (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และศูนย์มะเร็งภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี) ดำเนินการเก็บข้อมูล สิงหาคม พ.ศ. 2548 - ธันวาคม พ.ศ. 2549 จำนวน 1,709 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์อาการที่พบบ่อย และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เรื่องการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความถี่และของความรุนแรงอาการ โดยใช้สถิติ ANOVA สถิตินันพาราเมตริก เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (rho) ระหว่างอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน 5 อันดับแรก ความถี่ และความรุนแรงของอาการดังกล่าว

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.4 มีอายุเฉลี่ย 51.24 ปี (S.D.= 14.79) ร้อยละ 4.9 เป็นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น คืออายุ 4-20 ปี ที่เหลือเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่คือร้อยละ 95.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 65.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา โดยมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมาไม่ประกอบอาชีพ และรับจ้าง/ลูกจ้าง (ร้อยละ 27.1 และ 19.5 ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,181.34 บาท (S.D.= 9,660.14) โดยร้อยละ 56.4 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ

53.0 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามภูมิสำเนาพบว่า มีสัดส่วนใกล้เคียงกันทุกภาค คือประมาณร้อยละ 20 ยกเว้นภาคตะวันออก มีร้อยละ 17.8

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 607 ราย เป็นมะเร็งศีรษะและลำคอมากที่สุด ร้อยละ 38.7 รองลงมาคือมะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 26.8 และ 20.3 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยผู้ใหญ่/ผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 1019 ราย พบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ (ร้อยละ 36 และ 11.4 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น อายุ 4-20 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวทั้งหมด ร้อยละ 100

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) อยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด คือร้อยละ 26.9 รองลงมาอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 21.8 ทั้งนี้ยังพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 17.7 (303 ราย) ไม่สามารถระบุระยะความรุนแรงของโรคได้ ส่วนในระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง (trajectory phasing) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ร้อยละ 54.1 รองลงมาอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 16.4 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงปัจจุบันด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 57.7 และรังสีรักษาร้อยละ 53.7 กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีอาการที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 11 อาการ

2. อาการที่พบบ่อยของผู้เป็นโรคมะเร็ง พบว่า

2.1 กลุ่มตัวอย่างในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 3) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 4) เบื่ออาหาร และ 5) ผมร่วน อาการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 3) เบื่ออาหาร 4) นอนไม่หลับ และ 5) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง ส่วนอาการที่พบได้น้อยที่สุด และมีความรุนแรงน้อยที่สุด ได้แก่ น้ำตาไหลตลอดเวลา

2.2 ความถี่ของอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ตามระยะความรุนแรงของโรค พบว่า ในระยะที่ 1 อาการริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง เป็นอาการที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 รองลงมา ได้แก่ 1) อาการปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) เบื่ออาหาร และ 4) นอนไม่หลับ ส่วนในระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 อาการปวด/เจ็บพบบ่อยเป็นอันดับ 1 อาการที่พบบ่อยรองลงมาในระยะที่ 2 ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เบื่ออาหาร และ 4) นอนไม่หลับ ระยะที่ 3 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่ออาหาร 3) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้งและ 4) ผมร่วน และในระยะที่ 4 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เบื่ออาหาร และ 4) ผมร่วน และพบว่าความถี่ของอาการจะมักจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อระยะความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยคืออาการปวด/เจ็บ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง เบื่ออาหาร และผมร่วน

2.3 ความถี่ของอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง พบว่า อาการปวด/เจ็บ พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ในระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ส่วนในระยะที่ 3 อาการที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 แตกต่างกับระยะอื่น ๆ คือ อาการริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง อาการที่พบบ่อยรองลงมาในระยะที่ 1 ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ 3) กลัว และ 4) นอนไม่หลับ ระยะที่ 2 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) ผม่วรง 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) เบื่ออาหาร และ 4) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง ระยะที่ 3 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) ปวด/เจ็บ 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) เบื่ออาหาร และ 4) ซาปลายมือ/เท้า/เป็นเหน็บ ระยะที่ 4 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ และ ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง และในระยะที่ 5 อาการที่พบบ่อยรองลงมา ได้แก่ 1) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) เบื่ออาหาร และ 4) เสียงแหบ และพบว่าความถี่ของอาการจะมักจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อระยะการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยคืออาการปวด/เจ็บ เพลีย/ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง และผม่วรง

2.4 อาการที่มีความรุนแรง 5 อันดับแรก ตามระยะความรุนแรงของโรค พบว่า ในระยะที่ 1 อาการเบื่ออาหารมีความรุนแรงมากที่สุด และอาการที่มีความรุนแรงรองลงมาในระยะที่ 1 ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) ปวด/เจ็บ 3) นอนไม่หลับ และ 4) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ ระยะที่ 2 อาการ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า เป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) ปวด/เจ็บ 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ และ 4) วิตกกังวล ระยะที่ 3 อาการเบื่ออาหารมีความรุนแรงมากที่สุด อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 2) ปวด/เจ็บ 3) นอนไม่หลับ และ 4) อารมณ์เสีย/หงุดหงิด และในระยะที่ 4 ปวด/เจ็บ เป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ และ 4) อารมณ์เสีย/หงุดหงิด และพบว่าความรุนแรงของอาการจะมักจะเพิ่มสูงขึ้น เมื่อระยะความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยคืออาการปวด/เจ็บ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง

2.5 อาการที่มีความรุนแรง 5 อันดับแรก ตามระยะการดำเนินของโรคมะเร็งพบว่า ในระยะที่ 1 ระยะที่ 4 และระยะที่ 5 อาการปวด/เจ็บมีคะแนนความรุนแรงมากที่สุดเป็นอันดับ 1 และพบว่า ในระยะที่ 2 อาการเพลีย/ไม่มีแรง มีคะแนนความรุนแรงมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ส่วนในระยะที่ 3 อาการที่มีคะแนนความรุนแรงมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คือ เบื่ออาหาร สำหรับอาการที่มีความรุนแรงรองลงมาในระยะที่ 1 ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ 3) กลัว และ 4) วิตกกังวล ระยะที่ 2 อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) เบื่ออาหาร 2) ปวด/เจ็บ 3) ผม่วรง และ 4) นอนไม่หลับ ระยะที่ 3 อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 2) เพลีย/ไม่มีแรง 3) ปวด/เจ็บ และ 4) อารมณ์เสีย/หงุดหงิด ระยะที่ 4 อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา

ได้แก่ 1) เพลีย/ไม่มีแรง 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ และ 4) อารมณ์เสีย/หงุดหงิด และในระยะที่ 5 อาการที่มีความรุนแรงรองลงมา ได้แก่ 1) อาการเพลีย/ไม่มีแรง 2) ริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง 3) เบื่ออาหาร และ 4) เบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่มีกำลังใจ และพบว่าความรุนแรงของอาการจะมักจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อระยะการดำเนินของโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยคือ อาการปวด/เจ็บ เพลีย/ไม่มีแรง/เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และริมฝีปาก/คอ/น้ำลายแห้ง

2.6 อาการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้กลุ่มตัวอย่างจัดอันดับอาการที่รบกวนการดำเนินประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวด/เจ็บ เพลีย/ไม่มีแรง เบื่ออาหาร วิดกกังวล และนอนไม่หลับ และพบว่า ผู้ที่มีอาการรุนแรงมากจะมีอาการเกิดขึ้นบ่อย และอาการดังกล่าว มีการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ยกเว้นอาการวิตกกังวล ที่ความสัมพันธ์ดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความถี่และความรุนแรงของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตทั้ง 5 อาการ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

3. การจัดการกับอาการของผู้เป็นโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง โดยการผ่อนคลายมากที่สุด เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังดนตรี นอนหลับ เป็นต้น รองลงมาได้แก่ การปรับความรู้สึกและอารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร เช่น บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม เป็นต้น การจัดการกับอาการของโรคมะเร็งโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น รับประทานยาแก้ปวด รับประทานยาแก้ไอ ยาบำรุง เป็นต้น การปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ การสวมหมวก สวมวิก เป็นต้น ใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร เช่น ทานยาแผนโบราณหรือสมุนไพร ประคบสมุนไพร อบสมุนไพร เป็นต้น ใช้วิธีการนวด/ลูบ และ ใช้วิธีการเข้ากลุ่มช่วยเหลือ

กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการเลือกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง โดยคิดว่าปฏิบัติแล้วอาการดีขึ้น/หาย และปฏิบัติเพราะคิดว่า ทำแล้วรู้สึกสบายใจขึ้น/ไม่คิดมาก กลุ่มตัวอย่างระบุแหล่งที่มาของการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งโดยได้รับคำแนะนำจากพยาบาล/แพทย์แนะนำ ครอบครัว/ญาติแนะนำ รวมหลายแหล่ง

ข้อจำกัดในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์การจัดการกับอาการที่ใช้ เป็นการถามการจัดการกับอาการทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับอาการใดอาการหนึ่ง อาจทำให้ไม่สามารถนำไปใช้อธิบายการจัดการกับอาการเฉพาะได้

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรใช้แบบประเมินอาการที่พบได้บ่อยในผู้เป็นโรคมะเร็ง เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลและช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็งได้เหมาะสม รวมทั้งให้คำแนะนำวิธีการจัดการกับอาการแต่ละอาการที่สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้ป่วย

2. ด้านการวิจัย

2.1 ศึกษากลุ่มอาการ (symptom cluster) ที่พบได้บ่อยในผู้เป็นโรคมะเร็งแต่ละระยะ

2.2 ศึกษาผลการใช้การแพทย์ทางเลือกในการจัดการกับอาการที่พบได้บ่อยในผู้เป็นโรคมะเร็ง

2.3 ศึกษาประสบการณ์อาการและการจัดการกับอาการในเด็กที่เป็นโรคมะเร็ง

บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). ประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- กมลรัตน์ ดินกามิน. (2547). การปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช่ยาของผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกวิธีปฏิบัติ. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กาญจนา สังข์สิงห์, อุไร หัตถกิจ, และคณะ. (2550). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้สมมติในการเยียวยาตนเอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(1), 39-48.
- จุฬารรรณ สุระกุล, อรัญญา เชาวลิต, และคณะ. (2545). ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 20(4), 241-250.
- จิตติพร อิงคदारวงศ์. (2541). การพยาบาลมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ดวงกมล แสนสุโพธิ์. (2543). ผลการฝึกการผ่อนคลายต่ออาการคลื่นไส้ ชะงักและอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม*, 2(1), 27-36.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัตมี, สิริจันทร์ ศาสตราบุรุษ, และวิรัช วุฒิภูมิ. (2546). ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะสุดท้าย. (เอกสารอัดสำเนา).
- นงลักษณ์ กิตติรุ่งเรือง. (2535). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (เล่ม 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ตีรณสาร.
- นรินทร์ วรวุฒิ. (2546). การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา โรจน์ทินกร, นันทา เล็กสวัสดิ์, อรรณพ คุณพันธ์, และไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. *พยาบาลสาร*, 20(4), 1-10.
- นิตยา สมบัติแก้ว. (2537). ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายอารมณ์ต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นียา สออารีย์, อารี นุ้ยบ้านด่าน, และ โชมพักตร์ มณีวัต. (2545). การจัดการกับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 17(2), 55-70.
- บุษบา สมใจวงษ์. (2544). ผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้ ชะงัก และอาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ปิยาภรณ์ รัตนสุคนธ์. (2544). *ประสบการณ์ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็ง
อวัยวะสืบพันธุ์สตรี*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์. (2540). *มะเร็งเม็ดเลือดขาว (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: หน่วย
โลหิตวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- เพ็ญกมล กุลสุ. (2544). *ภาวะอ่อนเปลี้ยในผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวระหว่างได้รับการรักษา
ด้วยยาเคมีบำบัด*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รัชนี อยู่ศิริ. (2535). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา (เล่ม1)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ตี
รณสาร.
- ลักขมี ชาญเวชช์. (2549). *ความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วรชัย รัตนธรรธร. (2538). *ตำราการรักษาโรคมะเร็ง*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโกลิสติกพับลิชชิง
จำกัด.
- วัฒนา รัตนธรรธร, และอำไพ จารุวัชรพานิชกุล. (2543). *ประสบการณ์ของพยาบาลผู้รอดชีวิต
จากการเป็นมะเร็ง*. *พยาบาลสาร*, 27(4), 92-98.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). *การเจ็บป่วยเรื้อรัง. แนวทางช่วยเหลือด้วยครอบครัว*. *วารสาร
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 16(2), 3-16.
- วิภาวดี หัตถนาแค. (2550). *กลุ่มอาการและการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนัก*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2008). *Cancer In Thailand Vol.IV*. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2551 จาก
http://www.nci.go.th/cancer_record/cancer_rec1.html
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2551). *การรักษา มะเร็งตามหลักสากลที่ปฏิบัติกันอยู่ในประเทศไทย*.
สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2551 จาก <http://www.nci.go.th/Knowledge/treat.html>
- สมพร ชินโนรส, พรจันทร์ สัยละมัย, และคณะ. (2541). *ประสบการณ์ความปวดและการจัดการ
กับความปวดของผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ*. *วารสารพยาบาล*,
47(4), 285-298.
- สมศรี รัตนวิจิตราศิลป์, สุพัตรา แสงรุจิ, และคณะ. (2005). *โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย*.
Siriraj Medical Journal, 57(6), 230-234.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. (2546). *สถิติสาธารณสุข*.
สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2548 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
- สุรีย์พร กฤษเจริญ. (2537). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 14(1), 30-47.
- อภิรดี ลดาวรรษ์. (2547). *การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วย
โรคมะเร็งในภาคใต้*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- อรพรรณ ทองแดง. (2540). Psychological aspects in incurable patients. ใน วีระ ลิมศิลา (บรรณาธิการ), *รวมบทความประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอด* (หน้า 140-143). กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.
- อิศรางค์ นุชประยูร. (2541). Chemotherapy for leukemia. ใน พรเทพ เทียนสีวากุล (บรรณาธิการ), *โลหิตวิทยาคลินิกขั้นสูง* (หน้า 169-187). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Aass, N., Fossa, S. D., Dahl, A. A., & Moe, T. J. (1997). Prevalence & anxiety and depression in Cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer*, 33(10), 1597-1604.
- Ahlberg, K., Efman, T., & Gaston-Johansson, F. (2005). The experience of fatigue, other symptoms and global quality of life during radiotherapy for uterine cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 377-386.
- Argiles, J. M., Busquets, S. & et al. (2005). Mediators involved in the cancer anorexia-cachexia syndrome: past, present, and future. *Nutrition*, 21, 977-985.
- Attasara, P. (2006). Cancer register 2006: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สืบค้นวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2551 จาก http://www.nci.go.th/cancer_record/cancer_rec1.html
- Berger A, & Karakunnel, J. (2005). Adverse effects of treatment. In: DeVita V, Hellman S, Rosenberg S, eds. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. 7th ed. (p. 2556) Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins
- Bower, J. E. (2007). Cancer-related fatigue: Links within inflammation in cancer patients and survivors. *Brain Behavior, and Immunity*, 21, 863-871.
- Brown, J. K. (2003). A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. *European Journal of Cancer Supplements*, 1(5), 359.
- Castro Jr, G. d., & Federico, M. H. H. (2006). Evaluation, prevention and management of radiotherapy-induced xerostomia in head and neck cancer patients. *Current Opinion in Oncology*, 18, 266-270.
- Chiu, T. Y., Hu, W., & Chen-Yu. (2000). Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients: A study in Taiwan. *Supportive Care in Cancer*, 8(4), 311-313.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5, 155-174.
- Davidson, J. R., MacLean, A. W., & et al. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science & Medicine*, 54, 1309-1321.

- Deerasamee, S., Martin, N., Sontipong, S., & et al. (2001). Cancer registration in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2, 79-84.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., & et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing Science*, 33, 668-676.
- Donoran, K. A. (2004). Course of fatigue in women receiving chemotherapy and/or radiotherapy for early stage breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(4), 373-380.
- Fanelli, F. R., & Laviano, A. (2002). Cancer anorexia: a model for the understanding and treatment of secondary anorexia. *International Journal of Cardiology*, 85, 67-72.
- Fayed, L. (2006). Symptoms of cancer. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2551 จาก <http://cancer.about.com/od/causes/a/symptomscancer.htm>
- Ferrell, B., Smith, S., Cullinane, C., & Melancon, C. (2003). Symptom concerns of women with ovarian cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25(6), 528-538.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2001). *Textbook of palliative nursing*. New York: Oxford.
- Fiorentino, L., & Ancoli-Iseael, S. (2006). Insomnia and its treatment in women with breast cancer. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 419-429.
- Franklin, D. J., & L. Packel. (2006). Cancer-related fatigue. *Arch Phys Med Rehabil*, 87(Suppl 1), 91-93.
- Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 315-338.
- Hammick, M., & Stone, P. (2002). Cancer fatigue: towards evidenced based care. *Radiography*, 8, 61-62.
- Husain, A. F., & et al. (2007). Women experience higher level of fatigue than men at the end of life: A longitudinal home palliative care study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(4), 389-397.
- Katsimbri, P., Bamias, A., & et al. (2000). Prevention of chemotherapy-induced alopecia using an effective scalp cooling system. *European Journal of Cancer Supplements*, 36, 766-771.
- Kim, H-J, McGuire, D. B., Tulman, L., Barsevick, A. M. (2005). Symptom clusters. *Cancer Nursing*, 28(4), 270-283.
- Koldjeski, D., Kirkpatrick, M. K. & et al. (2004). Health seeking related to ovarian cancer. *Cancer Nursing*, 27(5), 370-378.

- Koukourakis, M., & Danielidis, V. (2005). Preventing radiation induced xerostomia. *Cancer Treatment Reviews*, 31, 546-554.
- Laviano, A., Meguid, M. M. & et al. (2003). Cancer anorexia: Clinical implications, pathogenesis, and therapeutic strategies. *The Lancet Oncology*, 4(11), 686-694.
- Lee, K., Miaskowski, C. & et al. (2004). Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. *Sleep Medicine Reviews*, 8, 199-212.
- Leopold, K. A., Ahles, T. A. & et al. (1998). Prevalence of mood disorders and utility of the PRIME-MD in patients undergoing radiation therapy. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 42(5), 1105-1112.
- Lin, S.-C., Jen, Y.-M. & et al. (2008). Assessment of xerostomia and its impact on quality of life in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy, and validation of the Taiwanese Version of the Xerostomia Questionnaire. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(2), 141-148.
- Makarenko, I. G., Meguid, M. M. & et al. (2003). Decreased NPY innervation of the hypothalamic nuclei in rats with cancer anorexia. *Brain Research*, 961, 100-109.
- Miller, M., Maguire, R., & Kearney, N. (2007). Patterns of fatigue during a course of chemotherapy: Results from a multi-centre study. *European Journal of Oncology nursing*, 11, 126-132.
- National Institutes of Health State-of-the-Science Panel. (2004). National Institutes of Health State-of-the-Science conference statements: Symptom management in cancer: Pain, depression, and fatigue, July 15-17, 2002. *Journal of National Cancer Institute Monograph*, 32, 9-16.
- Nelson, J. E., & et al. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical Care medicine*, 29(2), 247-282.
- Ohno, T., Kato, S. & et al. (2006). Incidence and temporal pattern of anorexia, diarrhea, weight loss, and leukopenia in patients with cervical cancer treated with concurrent radiation therapy and weekly cisplatin: Comparison with radiation therapy alone. *Gynecologic Oncology*, 103, 94-99.
- Pasacreta, J. V., & M. Pickett. (1998). Psychosocial aspects of palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 14(2 (May), 110-120.

- Phipps, E., Braitman, L. E., Stites, & Leighton, J. C. (2008). Quality of life and symptom attribution in long-term colon cancer survivors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(2), 254 - 258.
- Pickard-Holley, S. (1995). The symptom experience of alopecia. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(4), 235-238.
- Portenoy, R. K., & et al. (1994). Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Quality of Life Research*, 3(3), 183-189.
- Potter, K. L., & Schafer, S. L. (1999). Nausea and vomiting "One of the most distressing chemotherapy related symptoms." *American Journal of Nursing*, 99(4), 2-4.
- Prue, G., Rankin, J., Allen, J., Gracey, J., Cramp, F. (2006). Cancer-related fatigue: A critical appraisal. *European Journal of Cancer*, 42, 846-863.
- Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: Experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counseling*, 52, 333-339.
- Roth, A. J., & Massie, M. J.. (2007). Anxiety and its management in advanced cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 1, 50-56.
- Ryan, H., Schofield, P. & et al. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 14, 7-15.
- Ryan, L. S. (1996). Psychosocial issues and lung cancer: A behavioral approach. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(4), 318-323.
- Sarna, L., & Brecht, M.-L. (1997). Dimensions of symptom distress in women with advanced lung cancer: A factor analysis. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 26(1), 23-30.
- Sato, T., Meguid, M. M. & et al. (2002). Does leptin really influence cancer anorexia? *Nutrition*, 18, 82-83.
- Savard, J., & Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 895-908.
- Shaw, C., Abrams, K. & et al. (1999). Psychological impact of predicting individuals' risks of illness: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 49, 1571-1598.
- Skella, A., & Lacassa, C. (1992). Patient education for fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 19(1), 1537-1541.
- Spelten, E. R., & et al. (2003). Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *European Journal of Cancer*, 39, 1562-1567.

- Theobald, D. E. (2004). Cancer Pain, Fatigue, Distress, and Insomnia in Cancer Patients. *Clinical Cornerstone*, 6(Suppl 1D), 15-21.
- Tisdale, M. J. 2001. Cancer Anorexia and Cachexia, *Nutrition*, 17, 438-442.
- Tranmer, J. E., Heyland, D., Dudgeon, D., Groll, D., Squires-Graham, M., & Coulson, K. (2003). Measuring the symptom experience of seriously ill cancer and noncancer hospitalized patients near the end of life with the Memorial Symptom Assessment Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25, 420-429.
- Walsh, D., Donnelly, S., & Rybicki, L. (2000). The symptoms of advanced cancer: Relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Supportive Care in Cancer*, 8(3), 175-179.
- Wengstrom, Y., Haggmark, C., Forsberg, C. (2001). Coping With Radiation Therapy: Strategies used by women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(4), 264-271.
- Williams, P. D., Ducey, K. A., Sears, A. M., Williams, A. R., Tobin-Rumelhart, S. E., & Bunde, P. (2001). Treatment type and symptom severity among oncology patients by self report. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 359-367.
- Wu, H.-S., & McSweeney, M. (2007). Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired". *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 117-125.
- Yamane, T. (1970). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper & Row.