



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

Selected Factors Related to Quality of Life of Patients with Lung Cancer

ขวัญจิรา ถนอมจิตต์, พย.ม. (Kwanjira Tanomjit, M.N.S.)*

สุรีพร ธนศิลป์, พย.ด. (Sureporn Thanasilp, D.N.S.)**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด และศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 193 คน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความปวด แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการหายใจลำบาก แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89, .92, .71, .83, .94 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 73.01$, $SD = 15.44$)

2) ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3) ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.52$) อาการหายใจลำบาก ($\beta = -.28$) ความเหนื่อยล้า ($\beta = -.30$) และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ($\beta = -.14$) เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 43 ($R^2 = .43$)

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สรุป: องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยสามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นการดูแลเพื่อจัดการกับกลุ่มอาการและตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต / ผู้ป่วยมะเร็งปอด / ความเหนื่อยล้า

Abstract

Purpose: To examine the relationships between pain, fatigue, dyspnea, anxiety, depression, supportive care needs, and quality of life of lung cancer patients, and to identify the predictors of quality of life.

Design: Correlational predictive research.

Method: Subjects were 193 lung cancer patients from outpatient department of three hospitals in Bangkok. Data were collected using demographic data form, Brief Pain Inventory, Fatigue Appraisal, Cancer Dyspnea Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Supportive Care Needs Survey-Short Form 34 and EORTC QLQ C-30 questionnaire. All instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Their Cronbach's alpha coefficients were .89, .92, .71, .83, .94, and .92, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation coefficient, Eta coefficient, and Stepwise multiple regressions.

Finding: 1) Quality of Life of lung cancer patients was at a high level ($\bar{X} = 73.01$, $SD = 15.44$).

2) Fatigue, dyspnea, anxiety, depression and supportive care needs were significantly and negatively related to quality of life. However, pain was not significantly related to quality of life.

3) Depression ($\beta = -.52$), dyspnea ($\beta = -.28$), fatigue ($\beta = -.30$), and supportive care needs ($\beta = -.14$) were significant predictors of quality of life of lung cancer patients ($p < .05$). They accounted for 43 percent of the variance of quality of life ($R^2 = .43$).

Conclusion: The results of this study can be used to develop the intervention to improve quality of life of lung cancer patients by focusing on symptom cluster management and care need responses.

Keyword: Quality of life / Lung cancer patients / Fatigue



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปอดพบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย โดยพบ ร้อยละ 23.6 และพบมากเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง โดยพบร้อยละ 7.1 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ตามลำดับ (สถาบันมะเร็ง, 2554) จากการเก็บรวบรวมสถิติ พบว่า สาเหตุการตายจากมะเร็งปอดมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งในปี 2551 พบว่า มีอัตราการตายถึง 8,565 คน ต่อประชากร 100,000 คน ส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะที่ 4 สูงถึงร้อยละ 53.2 เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดภายใน 1-2 ปี (Bonomi et al., 1990) ซึ่งจากการศึกษาของ Cooley (2000) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดด้วยผู้ป่วยใหญ่มะเร็งจะมีความทุกข์ทรมานในด้านต่างๆ ตั้งแต่เริ่มแรกที่ได้รับ การวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มอื่นๆ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาที่ก้าวหน้าและมีการควบคุมอาการอย่างดีแล้วก็ตาม แต่ผลกระทบจากโรคและการรักษาเหล่านี้ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอย่างมาก (Fow and Lyon, 2006) ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่ต่ำลงของผู้ป่วยมะเร็งปอดย่อมส่งผลให้การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการในมิติต่างๆ ที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ย่อมส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ท้อแท้ และสิ้นหวัง (Zebrack, 2001) ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตจึงถูกนำมาใช้ในการพยากรณ์การมีชีวิตรอดของผู้ป่วยหลายโรครวมถึงผู้ป่วยมะเร็งปอด ซึ่งจากการศึกษาของ Movsas et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 70 มีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีคุณภาพชีวิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทย

มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งหลายงาน แต่ไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ทั้งหมด เนื่องจากความแตกต่างของตำแหน่งของโรค การรักษา และในหลายการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งปอดด้วยผู้ป่วยพบว่า มีความทุกข์ทรมานในด้านต่างๆ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ (Cooley, 2000) สำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด มีเพียงการศึกษาของ Xioline (2002) ที่เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดและการศึกษาของ นงลักษณ์ สรรสม และสุริพร รัตนศิลป์ (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวนเพียงเล็กน้อยและไม่ได้แยก ระดับคุณภาพชีวิตตามชนิดของโรคมะเร็งไว้ จึงไม่สามารถนำมาอ้างอิงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ทั้งหมด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ในบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดสามารถเผชิญกับโรคที่เป็นและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตก



กังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบ
สนับสนุน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยมะเร็งปอดจากปัจจัย อาการปวด ความ
เหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล
ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบ
สนับสนุน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย
(Correlational predictive research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
แพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
ที่เข้ารับการรักษามะเร็งในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม-
ศัลยกรรม หน่วยเคมีบำบัด และรังสีบำบัดของ
โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด มีอายุระหว่าง 20-59
ปี ที่เข้ารับการรักษามะเร็งในแผนกตรวจผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ
และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณ ของ
Thorndike (1978) พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 193 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละ
โรงพยาบาลด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random
sampling) ดำเนินการจนครบ 193 คน โดยเก็บ
จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง จำนวน 65, 64 และ 64
คน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล
การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอด ประกอบด้วย
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ
สมรส อาชีพ สถานภาพการอยู่อาศัย การวินิจฉัยโรค

ระยะของโรคจากการวินิจฉัยตามพยาธิสรีรวิทยาชนิ
ของการรักษา และระยะของการวินิจฉัย สำหรับ
ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปอด ประกอบด้วย
ชนิดของการรักษามะเร็ง ระยะเวลาดังแต่ได้รับการ
วินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน ระยะของโรคมะเร็งปอดตาม
ระบบการแบ่งระยะของ TNM สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง
ปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก และการแบ่งระยะของ
มะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก(ระยะลุกลามและระยะจำกัด)
เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถาม
ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
มะเร็งปอดของ Lopez et al. (2010)

2. แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
(Brief Pain Inventory; BPI short form) ของ
Cleeland and Ryan (1994) แปลเป็นภาษาไทย
โดย พงศ์ภารดี เจาตะเกษตริน (2009) ซึ่งเป็นแบบ
ประเมินความรุนแรง (4 ข้อ) และผลกระทบจาก
ความปวดในการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน (1 ข้อ)
และข้อคำถามอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ (5 ข้อ) รวม
ข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นลักษณะ
เรียงลำดับตัวเลขตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 หมายถึง
ไม่มีอาการปวด/ไม่รบกวนเลย/ไม่ช่วยบรรเทาอาการ
เลย ถึง 10 หมายถึง มีความปวดในระดับรุนแรง/
ผลรบกวนมากที่สุด/การบำบัดอาการปวดได้อย่างมี
ประสิทธิภาพมากที่สุด การแปลคะแนน คะแนน
เฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่
ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง
มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย
3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่ใน
ระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยง
ของเครื่องมือเท่ากับ .89

3. แบบประเมินความเหนื่อยล้า Fatigue
Appraisal ของ Lareau, Meek and Roos (1998)
แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย
ข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินความเหนื่อย



ผ่านพฤติกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบตัวเลข โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรม (1 คะแนน) คะแนน 1-3 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย (2 คะแนน) คะแนน 4-6 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง (3 คะแนน) และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง (4 คะแนน) สำหรับการแปลผลของความเหนื่อยล้า มีคะแนนรวมระหว่าง 10-40 คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .92

4. แบบประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด Cancer Dyspnea Scale (CDS) ของ Tanaka et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นแบบประเมินประสบการณ์ในส่วนต่างๆ ที่มีความหลากหลายของมิติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .71

5. แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งปอด Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983) ที่นำมาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอด โดย นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ประเมินความวิตกกังวล จำนวน

7 ข้อ และประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ (0-3) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน คะแนน 0-7 หมายถึง ปกติ คะแนน 8-10 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง คะแนน 11-21 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .83

6. แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน The Supportive Care Needs Survey -Short Form 34: SCNS-SF34 ของ Boyes, Girgis, and Lecathelinais (2009) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ และ 5) ด้านเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 34 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1-2 หมายถึง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากพึงพอใจแล้ว (1 คะแนน) 3 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่ำ (2 คะแนน) 4 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลาง (3 คะแนน) และ 5 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 34-136 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ คะแนนเฉลี่ย 1.75-2.50 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.25 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .94



7. แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ C-30 ของ Aaronson (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit et al. (2006) เป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ การทำหน้าที่ด้านบทบาท จำนวน 2 ข้อ การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ จำนวน 2 ข้อ การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ และการทำหน้าที่ด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1 คือ ไม่เลย 2 คือ เล็กน้อย 3 คือ ปานกลาง และ 4 คือ มาก มีการแปลงคะแนนเป็น 100 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100 เพื่อการเปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ คะแนน 0.00-33.33 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ คะแนน 33.34-66.67 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คะแนน 66.68-100.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2555

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2555 โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ และ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อชี้แจง และขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการสำรวจรายชื่อผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย หรือปวด เพื่อทำการดูแลรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยจนได้ข้อมูลครบ 193 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.84 มีอายุมากกว่า 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.30 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.21 ไม่ได้ทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.23 สถานภาพการอยู่อาศัย อยู่กับคู่สมรสและลูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.31 ระยะของโรคลำดับใหญ่ คือ Stage IV คิดเป็นร้อยละ 51.30 ชนิดของเซลล์มะเร็งปอดส่วนใหญ่ คือ Non Small



Cell Lung Cancer คิดเป็นร้อยละ 95.30 ชนิดของการรักษาส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 68.91 และระยะของการวินิจฉัยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงตั้งแต่ 6 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.60

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

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และความ

ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.51, -.32, -.34, -.52, -.19, -.22, -.37$ และ $-.24$ ตามลำดับ) ส่วนความปวด ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทำนายได้ร้อยละ 43 ($R^2 = 0.43$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด** ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.01 (SD = 15.44) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์สรรม (2552) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ความปวด ความเหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอด (n = 193)

ข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
คุณภาพชีวิต	73.01	15.44	สูง
ความปวด	7.65	1.55	ต่ำ
ความเหนื่อยล้า	21.08	5.20	ปานกลาง
อาการหายใจลำบาก	25.16	4.03	ปานกลาง
ความวิตกกังวล	5.12	2.43	ปกติ
ภาวะซึมเศร้า	5.18	2.78	ปกติ
ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	94.11	20.04	ปานกลาง



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด (n=193)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความปวด	-.02	.38
ความเหนื่อยล้า	-.51	.00
อาการหายใจลำบาก	-.32	.00
อาการวิตกกังวล	-.34	.00
ภาวะซึมเศร้า	-.52	.00
ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม	-.19	.00
ความต้องการด้านจิตใจ	-.22	.00
ความต้องการด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	-.10	.09
ความต้องการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน	-.37	.00
ความต้องการด้านการดูแลและช่วยเหลือ	-.01	.43
ความต้องการด้านเพศสัมพันธ์	-.24	.00

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) (n=193)

ตัวแปรทำนาย	b	SE _b	β	t	p-value
ค่าคงที่	87.96	2.02	-	43.56	.00
ภาวะซึมเศร้า	-2.89	.34	-.52	-8.40	.00
อาการหายใจลำบาก	-1.08	.23	-.28	-4.77	.00
ความเหนื่อยล้า	-.90	.21	-.30	-4.36	.00
ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม	-.11	.04	-.14	-2.38	.00

$R = .65$, $R^2 = .43$, $F = 34.72$, $p = .00$

มะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ พบว่า การศึกษาของ มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 66.43$, $SD = 13.94$) ผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่า

แม้ผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวโรคและการรักษา ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ แต่ผู้ป่วยมะเร็งปอดกลุ่มนี้ก็ยังมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.21 และอยู่อาศัยกับคู่สมรสและลูก คิดเป็นร้อยละ 37.31 การที่ผู้ป่วยได้



รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความห่วงใย ซึ่งการดูแลด้วยความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับนั้นจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองยังคงมีความหมายและมีคุณค่า ยังเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) นอกจากนี้ อาจเกิดจากมีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการวินิจฉัยและการรักษามะเร็ง รวมทั้งมีทางเลือกการรักษามากขึ้น และมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554)

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ผลการศึกษา พบว่า ความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ถามถึงการรักษาที่ได้รับเมื่อมีอาการปวดแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการความปวด เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด พบว่า ยาส่วนใหญ่ที่ให้แกผู้ป่วย คือ Paracetamol คิดเป็นร้อยละ 65.75 จึงเป็นการบรรเทาความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับความเหนื่อยล้า พบว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.51$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดบางรายไม่ได้เดินหรือไม่ได้ทำกิจกรรม ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเก้าอี้หรือเตียงนอน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมากที่สุด จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าที่อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ Fox and Lyon (2006) พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38$) สำหรับอาการหายใจลำบาก พบว่า อาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.32$) อาจกล่าวได้ว่า อาการหายใจลำบากเป็นประสบการณ์ของความรู้สึกไม่สุขสบายในการหายใจส่งผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith (1992) และ Mohan et al. (2007) พบว่า ภาวะหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การบรรเทาภาวะหายใจลำบากจึงเป็นสิ่งสำคัญของการรักษาพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด (Joyce, 2009)

สำหรับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.34$ และ $-.52$) ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและกลัวตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกสิ้นหวัง (Ingle, 2000; Kuo and Ma, 2002) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความก้าวหน้าของโรคมะเร็งมากขึ้น เมื่อไม่ได้รับการช่วยเหลือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามักจะเพิ่มขึ้นจนอยู่ในระดับรุนแรงได้ ดังนั้นความเข้าใจและการช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหมดหรือลดน้อยลง ผู้ป่วยจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Henoch (2007) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarna et al. (2005) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สำหรับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนพบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.19$) โดยเฉพาะความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.22, -.37$ และ $-.24$) ตามลำดับ อาจกล่าวได้ว่า เมื่อบุคคลที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยเกิดความไม่สมดุลจึงทำให้บุคคลต้องพยายามทุกวิถีทางเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลในการดำรงชีวิต หากไม่ได้ตามที่ต้องการจะทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้และสิ้นหวัง ผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยเกิดความไม่สมดุล ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งประเด็นไปที่ด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ และบางครั้งการดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปในรูปแบบทำเป็นประจำ (Routine) จึงอาจมองข้ามความต้องการบางเรื่อง เช่น ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย ซึ่งในความเป็นจริงการดูแลสนับสนุนอาจไม่ครอบคลุมทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้น การพยาบาลที่ดีควรที่จะมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะได้ให้การพยาบาลได้ครอบคลุมและเป็นองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ร้อยละ 43 ($R^2 = .43$) ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีการ

แปรผันของ ภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม ก็จะสามารถอธิบายความแปรผันของคุณภาพชีวิตได้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรกและสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Fox and Lyon (2006) พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตมะเร็งปอดได้ร้อยละ 29 ($p < .001$) จากการศึกษาของ Safaee et al. (2008) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ขนาดของเซลล์มะเร็ง อาชีพ การหมดประจำเดือน ปัญหาทางการเงิน และอาการหายใจลำบากสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนความสัมพันธ์ที่กล่าวไว้ในกรอบแนวคิดของ Lopez et al. (2010)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอด เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้า อาการหายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสุขที่มากขึ้นลงอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ พยาบาลควรเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุกด้านโดยเฉพาะด้านจิตใจ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีบทบาทในเชิงรุกมากยิ่งขึ้น เช่น การจัดกิจกรรมด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคการรักษาทางด้านร่างกายและจิตใจโดยให้ญาติมีส่วนร่วม มีการประเมินผลการทำกิจกรรมและขอข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและญาติว่าต้องการให้พยาบาลหรือทีมสหสาขาช่วยเหลือในเรื่องใดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งปอด



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.
- นงลักษณ์ สรรสม. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงศ์การดี เจาทะเกษตริณ. (2009). การทดสอบความเที่ยงตรงของแบบประเมินความปวด Brief Pain Inventory (BPI-T) ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. *J Med Assoc Thai*, 92(1), 34-40.
- พิทยภูมิ ภัทรนุธพร. (2553). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตอนที่ 2. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=320> [11 กรกฎาคม 2554]
- มะเร็งแห่งชาติ, สถาบัน. (2554). รายงานทะเบียนระดับโรงพยาบาล 2010. รายงานทะเบียนระดับโรงพยาบาล ฉบับที่ 26. กรุงเทพมหานคร : ร้าไทยเพรส.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรัตน์ ผัดวัน. (2551). ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการ

รักษาด้วยเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 35(1), 125-133.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). *การดูแลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.nci.go.th/File_download/D_index/241124_02.pdf [10 กรกฎาคม 2555]

ภาษาอังกฤษ

- Aaronson, N.K., Cull, A., Kaasa, S., & Sprangers, M.A.G. (1994). The European Organization for Research Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in Oncology. *Intern J Mental Hlth*, 23, 75-96.
- Aaronson, N.K. (1988). Quality of life: What is it? How should it be measured? *Oncology Willston Park*, 2(5), 69-76.
- Bonomi, P.D., Bowers, G.R., England, G., Garfield, D.H., & Gross, G.E. (1990). *Community treatment of lung cancer: A panel discussion*. Indiana: Bristolmyers Squibb Evansville.
- Boyes, A., Girgis, A., & Lecathelinais, C. (2009). Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: Development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). *J Eval Clin Pract*, 15(4), 602-606.
- Cleeland, C.S., & Ryan, K.M. (1994). *Pain assessment: Global use of the brief pain inventory*. Singapore: Ann Acad Med.
- Cooley, M.E. (2000). Symptom in adult with lung cancer: A systematic research review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19, 137-153.



- EORTC Quality of Life Group et al. (2007). Translation procedures for standardized quality of life questionnaires: The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *Eur J Cancer*, 43(12), 1810-1820.
- Fox, W. & Lyon, E.D. (2006). Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33, 931-936.
- Gridelli, C., Perrone, F., Nelli, F., Ramponi, S., & De Marinis, F. (2001). Quality of life in lung cancer patients. *Annals of Oncology*, 12(3), 21-25.
- Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2007). The impact of symptom, coping capacity, and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(4), 370-379.
- Ingle, R.J. (2000). Lung cancer. In C.H. Yarbro, M.H. Frogge, M. Goodman, & S. Groenwald (eds.), *Cancer nursing: Principles and practice*, pp.1298-1328. United States of America: Jones and Bartlett.
- Joyce, M.M. (2009). *Dimensions of dyspnea in lung cancer*. Doctoral dissertation, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Utah University.
- Jiong, Li. & Girgis, A. (2006). Supportive care needs: Are patients with lung cancer a neglected population? *Psycho-Oncology*, 15(6), 509-516.
- Kuo, T.T. & Ma, F.C. (2002). Symptom distress and coping strategies in patients with non-small cell lung cancer in Asian women-the environment and genes. *Respirology*, 10, 408-417.
- Lareau, S.C., Meek, P.M., & Roos, P.J. (1998). Development and testing of the modified version of the pulmonary functional status and dyspnea questionnaire (PFSDQ-M). *Heart Lung*, 27(3), 159-168.
- Liao, C.M., Chio, C.P., Chen, W.Y., Ju, Y.R., Li, W.H., Cheng, Y.H., Liao, V.H., Chen, S.C., & Ling, M.P. (2011). Lung cancer risk in relation to traffic-related nano/ultrafine particle-bound PAHs exposure: A preliminary probabilistic assessment. *Journal of Hazardous Materials*, 1-9.
- Lopez, V., Leong, D., Underhill, C., Rafferty, J., & Byrne, D. (2010). *Quality of life lung cancer patients: Effects of pulmonary function status, dyspnea, anxiety and supportive care needs*. Research Centre for Nursing and Midwifery Medical School, Australian National University.
- Mohan, A., Singh, P., Singh, S., Goyal, A., Pathak, A., Mohan, C., & Guleria, R. (2007). Quality of life in lung cancer patients: Impact of baseline clinical profile and respiratory status. *Journal of Cancer Care*, 16, 268-276.
- Movsas, B. et al. (2009). Quality of life supersedes the classic prognosticators for long-term survival in locally advanced non-small-cell lung cancer: An Analysis of RTOG 9801. *Journal of Clinical Oncology*, 27(34), 5816-5822.
- Safaei, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B.,



- Tabatabaee, H.R., & Pourhoseingholi, M.A. (2008). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45(3), 107-111.
- Silpakit, C., Sirilertrakul, S., Jiraiarus, M., Sirisinha, T., Sirachainan, E., & Ratanathararhon, V. (2006). The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30): Validation study of the Thai version. *Journal of Quality of Life*, 15(1), 167-172.
- Sarna, L., Brown, J.K., Cooley, M.E., Williams, R.D., Chernecky, C., Padilla, G., & Danao, L.L. (2005). Quality of life and meaning of illness of women with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32, 9-19.
- Smith, E.L. (1992). Dyspnea and quality of life. *Quality of Life: A Nursing Challenge*, 1, 31-38.
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2000). Development and validation of the Cancer Dyspnea Scale: A multidimensional, brief, self-rating scale. *Br J Cancer*, 82(4), 800-805.
- Thorndike, R.M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Gardner.
- Xioline, C. (2002). *Quality of life of the lung cancer patients in three hospitals in Bangkok, Thailand*. Master's Thesis Department of Nursing, Faculty of Nursing Mahidol University.
- Zebrack, B.J. (2001). Cancer survivor identify and quality of life. *Cancer Practice*, 8(5), 238-242.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.