

ฉบับที่ ๘ / ๒๕๖๔
ตามมติ ครั้งที่ ๘ / ๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔
ลงชื่อประธาน/กรรมการฯ
(นางสาวดวงพร โต๊ะนาค)

ต้นฉบับ



ผลงานเชิงวิเคราะห์

เรื่อง ผลของการให้ความรู้การจัดการอาการผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุ่งเป้า
โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวกมลน พรคณาปราชญ์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11287)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11287)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ผลงานเชิงวิเคราะห์

เรื่อง ผลของการให้ความรู้การจัดการอาการผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุงเป้า
โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวกมน พรคณาปราชญ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11287)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11287)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

ในปัจจุบันโรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตสูงทั่วโลก เมื่อเทียบกับโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ในช่วงเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา วิทยาการในการรักษาโรคมะเร็งปอดถูกพัฒนาและก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ทั้งในเรื่องของการวินิจฉัยและการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษามะเร็งปอดด้วยยามุ่งเป้าซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษา ทั้งในด้านการอัตราการตอบสนองและการลดการลุกลามของโรค แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผลข้างเคียงและอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษาซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ทีมสุขภาพต้องเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว มีการสื่อสารด้วยระบบออนไลน์มากขึ้น การให้ข้อมูลความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ถือว่าเป็นวิธีการสื่อสารที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย สะดวก รวดเร็ว และเหมาะสมกับยุคสมัย เป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย ที่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียง ลดความรุนแรงและผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากการรักษาและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน บุคลากรหน่วยมะเร็งวิทยา และผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้ความรู้และสนับสนุนการดำเนินงานครั้งนี้เป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ภกมน พรคณาปราชญ์

พฤษภาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
ขอบเขตการดำเนินการ	6
คำนิยามศัพท์	7
กรอบแนวคิดในการศึกษา	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
โรคมะเร็งปอด	11
แนวคิดการจัดการ	25
แนวคิดคุณภาพชีวิต	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
บทที่ 3 การดำเนินการ	59
การพัฒนาคุณภาพงาน	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	64
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	65
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	72
การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล	73
การวิเคราะห์ข้อมูล	76
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	77

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ	96
สรุปผลการศึกษา	97
การอภิปรายผล	103
ข้อเสนอแนะ	114
บรรณานุกรม	116
ภาคผนวก	127
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	129
หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ	130
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	135
ประวัติผู้เขียน	148

สารบัญ ตาราง

		หน้า
ตารางที่ 2.1	ระดับความรุนแรงของอาการทางผิวหนัง	40
ตารางที่ 2.2	ระดับความรุนแรงของอาการท้องเสีย	41
ตารางที่ 2.3	ระดับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ	43
ตารางที่ 3.1	ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยามะเร็ง	60
ตารางที่ 3.2	วิธีการให้คะแนนในการวัดความรุนแรงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต	68
ตารางที่ 3.3	คะแนนเฉลี่ยอ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ EORTC	70
ตารางที่ 4.1	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	78
ตารางที่ 4.2	จำนวนร้อยละของข้อมูลทางคลินิก	81
ตารางที่ 4.3	ระดับคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์	82
ตารางที่ 4.4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังได้รับความรู้ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์	83
ตารางที่ 4.5	ข้อมูลประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดก่อนการรักษาด้วยยามะเร็ง	84
ตารางที่ 4.6	ข้อมูลประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดหลังการรักษาด้วยยามะเร็ง	86
ตารางที่ 4.7	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการ อาการผื่น	89
ตารางที่ 4.8	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการ อาการท้องเสีย	90
ตารางที่ 4.9	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการ อาการเบื่ออาหาร	91
ตารางที่ 4.10	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการ อาการเจ็บปาก	92
ตารางที่ 4.11	วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการ อาการขอบลิ้นอักเสบ และการติดเชื้อ	93
ตารางที่ 4.12	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการรักษาด้วยยามะเร็ง	94

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al , 2001	25

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านการสาธารณสุขของไทยและทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี 2563 พบว่าตัวเลขผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่า 19 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้นเป็น 9.9 ล้านคน โดยพบว่ามะเร็งปอดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกมากที่สุดถึง 1.80 ล้านคน (World Health Organization, 2020) สำหรับในประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบมะเร็งปอดในเพศชายร้อยละ 11.6 ในเพศหญิงร้อยละ 6.8 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระยะแพร่กระจายถึงร้อยละ 65 (ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) และมีอุบัติการณ์ของโรคกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นมะเร็งที่ตรวจพบในระยะแรกเริ่มได้ยาก เนื่องจากธรรมชาติทางชีววิทยาของมะเร็งปอดมีความซับซ้อนทำให้พบผู้ป่วยเมื่อเริ่มมีอาการในขณะที่โรคอยู่ในระยะลุกลามและแพร่กระจาย ซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยประมาณร้อยละ 90 เสียชีวิตในเวลา 1-2 ปี ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีพยากรณ์ของโรคที่แย่อัตราการรอดชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับการรักษาในระยะแรกซึ่งมีโอกาสรักษาได้ โรคมะเร็งปอดและการรักษาส่งผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจอย่างมากเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้อีกทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปอดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ครอบครัวมีภาระหนักมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว (ฉันทยา ตรีภูริเดชและนารี ชื่นคล้าย, 2555)

การรักษาโรคมะเร็งปอดในระยะเริ่มแรกนั้น การรักษาหลักคือการผ่าตัด ส่วนการรักษามะเร็งปอดระยะลุกลามนั้น การรักษามักจะได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีบำบัด เป็นต้น แต่ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าไปมาก ทั้งในด้านการวินิจฉัยโรคและการรักษา มียาต้านมะเร็งกลุ่มใหม่ๆ ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยเรียกว่า การรักษาแบบตรงจุดหรือแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) ซึ่งใช้ได้ดี มีโอกาสตอบสนองสูงในผู้ป่วยที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจยีนก่อนการรักษา ในปัจจุบันการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR mutation คือการให้ยา Epidermal growth factor receptor (EGFR) tyrosine kinase inhibitor (TKIs) ได้แก่

erlotinib gefitinib หรือ afatinib เป็นยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน เพื่อไปทำลายและยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งปอด ควบคุมโรคไม่ให้ลุกลาม ช่วยเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับการรักษาดังเดิมด้วยยาเคมีบำบัด (Wu YL et al., 2015) ถึงแม้ว่ายาเหล่านี้จะให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่สามารถพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อมากมายในกลุ่มนี้ได้ เช่น อาการทางผิวหนัง จะมีลักษณะเป็นผื่นแดงหรือผื่นคล้ายสิ่ว โดยอาจมีหัวหนองหรือติดเชื้อแทรกซ้อนได้ หากมีอาการรุนแรงมากอาจเกิดผิวหนังลอกหรือพุพองมาก ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือบริเวณใบหน้า ศีรษะ ลำคอและหลัง อาการท้องเสีย ซึ่งบางรายส่งผลกระทบต่อการทำงานของไต การเกิดภาวะตับอักเสบ การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ การเบื่ออาหารและการติดเชื้อที่เล็บ (ชัยนันท์ เรื่องเวชภัณฑ์, 2565) นอกจากนี้ยังมีอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของตัวโรคที่ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาทิเช่น อาการหายใจลำบาก ซึ่งสามารถพบได้ถึงร้อยละ 85 อาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 80-96 (Zhang, Wang, Chen, & Yuan, 2016) และอาการปวด ร้อยละ 41 โดยพบว่า อาการหายใจลำบากและอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อย มีความรุนแรงและความทุกข์ทรมานรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน(อมรรัตน์ ธนะสนธิ์, 2552) ส่วนอาการปวดมีผลต่อภาวะทางด้านอารมณ์ การควบคุมอาการปวดไม่ได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 33 มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ก่อนการรักษาและยังคงอยู่ตลอดการเป็นโรคมามากกว่าร้อยละ 50 และจะเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการของโรคที่ก้าวหน้าอย่างรุนแรงและรวดเร็ว อีกทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งมักเกิดความหวาดกลัวขึ้นล่วงหน้าเกี่ยวกับความรุนแรงของผลข้างเคียงจากการได้รับการรักษาที่อาจเกิดขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคและการรักษา ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาที่ดีที่สุดแล้วก็ตาม ก็ยังมีโอกาสที่โรคจะลุกลามหรือกลับเป็นซ้ำได้อีก

คุณภาพชีวิตเป็นตัวแปรผลลัพธ์ที่สำคัญมากในการบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง มีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ศึกษาถึงผลกระทบการรักษาต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีพยากรณ์ของโรคที่แย่และอัตราการรอดชีวิตต่ำเมื่อเทียบกับการรักษาในระยะแรกซึ่งมีโอกาสรอดได้ โรคมะเร็งปอดและการรักษาส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจ ของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจาก ต้องประสบกับอาการทั้งจากตัวโรคและการรักษา ไม่ว่าจะเป็น อาการปวด อาการหายใจลำบาก อ่อนล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ และ ผลข้างเคียงจากการรักษา ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มศักยภาพ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Zhang, Wang, Chen, & Yuan, 2016) ซึ่งจากการศึกษาของรุจิรัตน์ ผัดวัน (2551) ที่ทำการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 88 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแล 5 ด้าน ได้แก่ ความต้องการ

การดูแลด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและการช่วยเหลือ และด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งความต้องการที่เกิดขึ้นนั้นเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่คุณมีความต้องการย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นการมุ่งเน้นการดูแลเพื่อสนองความต้องการและจัดการกับอาการและผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด จึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิต และลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระบบการรับการรักษา

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยเป็นแนวคิดที่เน้นการจัดการอาการที่มีการคำนึงถึงประสบการณ์ ความรู้ และความสามารถเดิมของผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน รวมทั้งการแสวงหาการดูแลของตนเอง จากการได้รับความรู้ การเสนอแนะหรือทางเลือกต่าง ๆ ในการจัดการอาการจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการด้วยตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการได้ตลอดเวลาจนกว่าจะพึงพอใจ จึงเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติวิธีการจัดการอาการนั้นได้อย่างต่อเนื่อง และตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาทักษะและสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายและอารมณ์ การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและสามารถดูแลตนเอง จัดการอาการเมื่อรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้อย่างยั่งยืน ลดการพึ่งพาผู้อื่นและลดการมาใช้บริการของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวและการจัดการอาการข้างเคียง แต่เนื่องด้วยพื้นที่ศึกษาพบว่า การให้บริการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่จะให้บริการแบบผู้ป่วยนอก อีกทั้งในสถานการณ์ของการเกิดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส Covid 19 ซึ่งต้องมีข้อจำกัดของการเว้นระยะห่างและการใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลให้น้อยลง รวมถึงจำนวนบุคลากรที่ให้บริการมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล จำเป็นต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันหลายหน้าที่ จึงทำให้การให้ข้อมูลและความรู้กับผู้ป่วยและญาติต้องเป็นไปด้วยความเร่งรีบ มีเวลาจำกัด ทำให้ได้ทีละคนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ข้อมูลมีความซ้ำซ้อน บางครั้งอาจจะคัดรายละเอียดบางอย่างออกเนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ขาดความต่อเนื่องในการติดตาม ไม่มีสื่อในการให้ข้อมูล จึงทำให้การให้ข้อมูลรายละเอียดในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร คุณภาพของงานและการบริการย่อมลดลง รวมทั้งการรักษาเป็นแบบการบริการแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาจากการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และต้องแก้ไขปัญหาด้วยตนเองตามความรู้ที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพในช่วงเวลาที่มีจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญรัตน์ สีนวลแจ้ง (2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่าง

รับการรักษา มีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติจากโรคและภาวะแทรกซ้อน การจัดการกับอาการข้างเคียง วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคและปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ โดยต้องการได้รับการสอนเป็นรายบุคคลจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด เพื่อให้ตรงกับปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยเอง สามารถสอบถามได้ทันทีเมื่อเกิดข้อสงสัย รวมถึงต้องการคู่มือหรือเอกสารที่สามารถนำกลับมาทบทวนอ่านที่บ้านได้ และพบว่าในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องการสื่อมัลติมีเดียและแอปพลิเคชัน เนื่องจากเข้าถึงได้ง่ายเหมาะกับวิถีชีวิต

กระบวนการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านกระบวนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน คือการให้ความรู้และคำแนะนำ การพัฒนาทักษะ การช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดจากโรคและการรักษา รวมทั้งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลในการดำรงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Polanski et al., 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fishbein et al (2017) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดรับประทาน มีความต้องการความรู้เกี่ยวกับ ระยะเวลาของการทานยา วิธีการเก็บยาและการทานยา การประเมินอาการผิดปกติหรืออาการที่ต้องการเฝ้าระวังจากการทานยา ยาชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ควรทานร่วมกัน อาการข้างเคียงและวิธีการจัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการทานยา และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เป็นต้น ดังนั้นการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสม เนื่องจากการให้ข้อมูลมีหลายวิธี ได้แก่ การอธิบาย บรรยาย สาธิต และการใช้สื่อต่าง ๆ เช่น คลิปวิดีโอ แผ่นพับ คู่มือ เป็นต้น

ในปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการรักษาโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีโดยเฉพาะแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้การเรียนรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีงานวิจัยหลายชิ้น ที่นำแอปพลิเคชันมาใช้อย่างหลากหลาย เช่น แอปพลิเคชันการให้คำแนะนำและติดตามอาการระหว่างการรักษาในผู้ป่วยที่ได้เคมีบำบัดชนิดรับประทาน (Fishbein et al., 2017) การศึกษาในกลุ่มโรคมะเร็งพบการศึกษาเรื่อง ผลของโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งอายุ 7-12 ปี จำนวน 52 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนได้รับ โมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ทัษมาศ ไทยเล็ก,

2562) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเป็นวิถีทัศน์ที่สามารถดาวน์โหลดบนสมาร์ตโฟนเข้ามาช่วย นอกเหนือจากการสอนแบบบรรยายอย่างเดียว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้มากขึ้น

นอกจากนี้การใช้สื่อออนไลน์ชนิดวิถีทัศน์ยังสามารถช่วยถ่ายทอดความรู้ที่เป็นเรื่องอธิบายได้ยาก ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นสื่อการศึกษาประเภทหนึ่งที่น่าสนใจมาใช้ในการเรียนการสอน เป็นการนำเสนอเนื้อหาแบบผ่านตัวอักษรภาพ ภาพเคลื่อนไหว เสียงที่บรรยายจะช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสหลาย ๆ ด้าน ได้แก่การมองเห็น การได้ยินเสียง ที่สอดคล้องกับภาพนั้น ๆ สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ และเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้เข้าใจในเนื้อหาได้ง่ายขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และช่วยทำให้เกิดความคิดรวบยอดในเรื่องนั้นได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เป็นการถ่ายทอดเนื้อหาบทเรียนหรือองค์ความรู้ในลักษณะที่ใกล้เคียงกับการสอนจริงมากที่สุด

ในปัจจุบันการขยายตัวของโครงข่ายสื่อสารโทรคมนาคมที่ครอบคลุมทำให้ผู้ใช้สื่อออนไลน์เพื่อติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลได้รับความนิยมมากขึ้น การเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ใช้สื่อออนไลน์สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ทำงานบนโทรศัพท์มือถือ สามารถดาวน์โหลดและเข้าสู่เนื้อหาได้ ทำให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็วและผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกสถานที่ ทุกเวลาตามศักยภาพ จากสถานการณ์ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้น ทำให้การให้ความรู้ คำแนะนำและการบริการทางการแพทย์อาจทำได้ไม่ทั่วถึงหรือครบถ้วน ดังนั้นการศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลความรู้และการจัดการกับอาการข้างเคียงในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุ่งเป้าโดยใช้สื่อการสอนแบบคลิป์วิดีโอแนะนำผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เรื่องโรคมะเร็งปอด การรักษาโดยการให้ยาเม็ดมุ่งเป้า ผลข้างเคียงและการจัดการอาการข้างเคียงพร้อมทั้งคู่มือการดูแลตนเองเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าและการติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย ที่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความมั่นใจในการจัดการอาการรวมทั้งสามารถพูดคุยโต้ตอบ หรือสอบถามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียง ลดความรุนแรงและผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากการรักษาได้ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุ่งเป้า โดยใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพของงานด้านการให้บริการด้านความรู้ให้ได้มาตรฐาน
2. เพื่อศึกษาความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์
3. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า
4. เพื่อศึกษาการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าหลังได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์
5. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าก่อนและหลังการได้รับความรู้การจัดการอาการโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งปอด การรักษามะเร็งปอดด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า และผลข้างเคียง รวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนการรับประทานยาต้านมะเร็งชนิดเม็ด ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. ผู้ป่วยและญาติ สามารถดูแลตนเองและจัดการกับอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าได้อย่างเหมาะสมและสามารถลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากยามุ่งเป้าได้
3. เป็นการพัฒนางานบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความรู้ สามารถดูแลตนเอง และจัดการอาการข้างเคียงโดยใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์ในการจัดการอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุ่งเป้า เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการให้ความรู้การจัดการอาการผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าโดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการที่เกิดจาก ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่เป็นยาเม็ดมุ่งเป้า ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยมะเร็ง

วิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึง วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2566

คำนิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็คมุ่งเป้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีเนื้องอกชนิดร้ายแรงเกิดขึ้นที่ปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก (Non-small cell lung cancer ; NSCLC) และมีผลการตรวจจากชิ้นเนื้อหรือการตรวจจากเลือดว่า ผู้ป่วยมีกลายพันธุ์ของยีน EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) และได้รับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้า ซึ่งเป็นยาเม็ดรับประทาน กลุ่มยาที่ใช้คือ Gefitinib Erlotinib และ Afatinib

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด หมายถึง การรับรู้ ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกที่เป็นปกติสุขเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยอธิบายผ่านความสามารถในการประเมิน 3 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านบทบาทการทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านสังคม (2) ด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา และ (3) ด้านการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิต โดยวัดจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (EORTC QLQ-C30) ของ EORTC (Aronson et al., 1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย Silapakit et al. (2006)

การจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดเลือกการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้า ซึ่งการจัดการอาการจะเกิดขึ้นที่บ้านภายใน 1 เดือนก่อนจะมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยาในรอบต่อไป โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือขจัดความไม่สบายจากผลข้างเคียงของยามุ่งเป้าในรอบการรักษาที่ผ่านมา ซึ่งประกอบด้วยอาการที่พบบ่อยจากการทบทวนวรรณกรรม คือ อาการทางผิวหนัง อาการท้องเสีย อาการเบื่ออาหาร อาการเจ็บปาก และอาการขอบเล็บอักเสบ ประเมินได้จากแบบสอบถามวิธีการจัดการอาการ โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 วิธี และผลลัพธ์ของการจัดการอาการเป็นแบบประเมิน 3 ตัวเลือก คือ ดีขึ้น /หายไป เหมือนเดิม และแย่ลง โดยแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd, et al. (2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม นอกจากนี้ยังสัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการจัดการและบุคคลที่มีส่วนร่วมในการจัดการอาการ

การให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หมายถึง การให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุงเป้าผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ และเอกสารประกอบคำบรรยาย ในการให้ความรู้และสอนเรื่องการปฏิบัติตัวในการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาต้านมะเร็งรับประทานแบบมุงเป้า ที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาและดัดแปลงโดยเนื้อหาครอบคลุม เรื่อง โรคมะเร็งปอด ปัจจัยเสี่ยง การรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า อาการไม่พึงประสงค์และการจัดการอาการที่เหมาะสม รวมถึงคำแนะนำในการรับประทานยา โดยส่งข้อมูลเป็นคลิปวิดีโอให้ผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยเข้าไปที่ Chat Line ที่เป็นเพื่อนกัน และบันทึกใส่ไว้ใน Note ของห้อง Chat Line ทางโทรศัพท์มือถือ ไอแพด หรือแท็บเล็ตของผู้ป่วยที่รองรับแอปพลิเคชันไลน์ ได้ โดยให้ข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมงคล

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al, 2001) และ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้กล่าวถึงทฤษฎีการจัดการอาการ ประกอบด้วย 3 โนทัศน์หลักที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยประกอบด้วย

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experiences) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะความเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งเกี่ยวข้องกับ 1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ โดยรู้สึกหรือสังเกตถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 1.2) การประเมินอาการ โดยใช้ความคิดหรือความรู้สึกและแปลความหมายของความรู้สึกต่ออาการที่เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงตำแหน่ง ความถี่ในการเกิดอาการ รูปแบบอาการและความรุนแรงว่ารักษาได้หรือไม่หรือเป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตหรือไม่ และ 1.3) การตอบสนองต่ออาการ เป็นปฏิกิริยาของบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยเป็นการตอบสนองที่แสดงออกด้านร่างกาย จิตใจและสังคมภายหลังเกิดอาการ

2. กลวิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) เป็นวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นเพื่อให้อาการนั้นๆหายไปหรือดีขึ้น องค์ประกอบของกลวิธีการจัดการอาการประกอบด้วย ใครเป็นผู้ทำ ทำอะไร ทำอย่างไร ทำเมื่อไหร่ ทำกับใคร ทำมากน้อยเพียงใดและทำไมต้อง

ทำ ซึ่งวิธีการจัดการกับอาการมีหลายวิธี ได้แก่ ลดความถี่ของการเกิดอาการ ลดความรุนแรงของอาการ และขจัดความไม่สบายที่เป็นผลกระทบจากอาการ

3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (symptom outcomes) หมายถึงผลที่เกิดขึ้นภายหลังใช้กลยุทธ์ในการจัดการอาการด้วยวิธีต่างๆ สามารถประเมินได้จากตัวบ่งชี้ 8 ประการดังนี้ 1) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) 2) สภาวะอาการ (symptom status) เช่น อาการหาย หรือ ดีขึ้น 3) การดูแลตนเอง (self care) 4) สภาวะอารมณ์ (emotional status) 5) คุณภาพชีวิต (quality of life) 6) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (cost) 7) การเกิดโรคแทรกซ้อนและโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) และ 8) อัตราตาย (mortality)

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เกิดจากการดำเนินของโรค และขั้นตอนการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้น จากนั้นจะมีการประเมินอาการตามมิติของความถี่ ความรุนแรงของอาการ และการตอบสนองที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงหากลวิธีในการจัดการกับอาการ เพื่อลดความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการ เพื่อให้สามารถอยู่กับอาการเหล่านั้นได้ ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีวิธีการแก้ไขปัญหายาอาการที่เฉพาะแตกต่างกัน แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็น โรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน โดยการจัดการกับอาการที่มีมากมายนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลวิธี คือ การจัดการอาการโดยการใช่ยา และการจัดการอาการโดยไม่ใช่ยา ซึ่งการจัดการอาการผู้ป่วยจะได้มาจากระบบการณของผู้ป่วยเองและจากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าสามารถจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น วิธีการส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการสอนร่วมกับการใช้สื่อต่าง ๆ เช่น วิดีทัศน์ แผ่นพับ คู่มือเป็นต้น มีการติดตามทางโทรศัพท์และประเมินผลของการใช้กลวิธีจัดการกับอาการนั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ตระหนักถึงปัญหาทางแก้ปัญห ฝึกปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไข โดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหา

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การให้ความรู้การจัดการอาการผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

ขั้นตอนที่ 1 พูดคุยแลกเปลี่ยนและสอบถามเรื่องประสบการณ์การมีอาการ ก่อนการได้รับการรักษา ด้านการรับรู้อาการ การประเมินอาการ (ความถี่ ความรุนแรง) และการตอบสนองของโรคและการรักษา (ความรู้สึททุกข์ทรมาน/การรบกวนการดำเนินชีวิต) ตามการรับรู้ของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมสมรรถนะ เกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการ ดังนี้

2.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด อาการแสดง การรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า อาการข้างเคียง การประเมินอาการและวิธีการจัดการกับอาการ ด้วยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

2.2 สอนทักษะการจัดการอาการรายบุคคล

2.3 ติดตามเยี่ยม สอบถามอาการและให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทางแอปพลิเคชันไลน์ หลังได้รับการรักษาในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 หลังได้รับยาเม็ดมุ่งเป้า โดยผู้ป่วยสามารถเลือกกลวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับศักยภาพของตนเพื่อควบคุมอาการและจัดการกับอาการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการกำกับติดตาม ปรับวิธีการจัดการกับอาการ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ต่อวิธีการจัดการอาการ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดในสัปดาห์ที่ 4 และประเมินคุณภาพชีวิต

ผลการให้ความรู้การจัดการอาการผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา ฯ

1. ความรู้ในการจัดการอาการ

2. ประสบการณ์อาการ

- การรับรู้อาการ
- ความถี่อาการ
- ความรุนแรงอาการ
- ความทุกข์ทรมาน

3. อาการและผลลัพธ์การจัดการอาการ

- ผื่นคล้ายสิ่ว / คันตามผิวหนัง
- ท้องเสีย
- การอักเสบของช่องปาก
- เบื่ออาหาร
- ดิฉเชื้อที่เลืบ

4. คุณภาพชีวิต

- ความสามารถในการทำทบาทหน้าที่
- การประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา
- การประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้การจัดการอาการผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้า แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอรายละเอียด ตามหัวข้อดังนี้

1. โรคมะเร็งปอด

- 1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปอด
- 1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง
- 1.3 พยาธิวิทยา
- 1.4 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอด
- 1.5 อาการและอาการแสดง
- 1.6 การรักษา
- 1.7 ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด

2. แนวคิดการจัดการอาการ

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ
- 2.2 แบบประเมินประสิทธิภาพอาการ
- 2.3 กลวิธีการจัดการอาการ

3. แนวคิดคุณภาพชีวิต

โรคมะเร็งปอด

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปอด

มะเร็งปอด (Lung Cancer) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก จากข้อมูลสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer, IARC) ภายใต้องค์การอนามัยโลก พบว่าในปี 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 19 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยมะเร็งปอดมากเป็นลำดับ 1 จำนวน 2.1 ล้านราย และเสียชีวิตถึง 1.8 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบมะเร็งปอดในเพศชายร้อยละ 11.6 ในเพศหญิงร้อยละ 6.8 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงมาจากการสูบบุหรี่ การได้รับสารเคมีที่เป็นสารก่อมะเร็งทางอากาศ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจน ที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดได้ แต่มีปัจจัยบางประการที่อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปอดได้แก่ (ปรีชาดิ นิยมทอง , 2561)

1. บุหรี่

เป็นปัจจัยเสี่ยงและเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคมะเร็งปอด ซึ่งจากการวิจัยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ และผู้ที่ต้องสูดดมควันบุหรี่ของผู้อื่น (passive smoker) ก็เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดด้วยเช่นกัน ซึ่งในควันบุหรี่ที่มีสารประกอบมากกว่า 4,000 ชนิด และในจำนวนนี้มีประมาณ 60 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นและตัวส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งปอด ได้แก่ ทาร์ นิโคติน และคาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นต้น เมื่อได้รับควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายประมาณร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอด จากนั้นสารพิษที่เป็นองค์ประกอบของทาร์จะไปมีผลต่อดีเอ็นเอภายในเซลล์ เช่น ทำให้ดีเอ็นเอเกิดการกลายพันธุ์ ส่งผลให้เซลล์นั้นกลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด มีการศึกษาพบว่าควันบุหรี่มีส่วนทำให้เซลล์ปอดสร้างโปรตีน Fanconianemia group D2 protein (FANCD 2) ได้น้อยลง โปรตีนชนิดนี้เป็นโปรตีนที่ทำหน้าที่ช่วยซ่อมแซมดีเอ็นเอ ที่เสียหายภายในเซลล์และสามารถชักนำให้เซลล์ฆ่าตัวตาย (apoptosis) เมื่อเซลล์ประกอบด้วยดีเอ็นเอ ที่มีความเสียหายอย่างมากและไม่สามารถซ่อมแซมได้ เนื่องจากควันบุหรี่จะทำให้ภายในปอดประกอบไปด้วยเซลล์ที่มีดีเอ็นเอที่ผิดปกติ และไม่สามารถทำลายเซลล์ที่ผิดปกติเหล่านั้นได้ รวมทั้งกลับมีการสะสมจำนวนของเซลล์ที่ผิดปกติในทุกรอบของการแบ่งเซลล์ จนกลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของมะเร็งปอดประมาณร้อยละ 80 ถึง 90 ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดได้เพิ่มขึ้นถึง 8-20 เท่า และยังเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบ เมื่อหยุดสูบบุหรี่ความเสี่ยงจะลดลงตลอดเวลา แต่แม้ว่าจะหยุดสูบบุหรี่ไป 10 ถึง 20 ปี ความเสี่ยงก็ยังมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2.5 เท่า โอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กับชนิดของบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวันและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคมะเร็งปอดกับความชุกของการสูบบุหรี่ในพื้นที่นั้น ๆ โดยพบว่า พื้นที่ที่มีความชุกของการสูบบุหรี่สูงก็จะพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอดสูงตามไปด้วย

2. ความเสี่ยงทางพันธุกรรม

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดบางส่วนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ และประกอบกับผู้ป่วยมีโรคมะเร็งปอดบางส่วนที่มีประวัติโรคมะเร็งปอดในครอบครัว โดยมีการศึกษาที่บ่งชี้ว่าลูกของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดจะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดได้สูง จึงทำให้เชื่อว่าพันธุกรรมของคนมีผลต่อการเกิดมะเร็งปอด จากการศึกษามาก่อนพบว่า มียีนที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปอดหลายยีน โดย

ยีน ที่มีบทบาทสำคัญคือ ยีนก่อมะเร็ง (oncogene) ซึ่งตามปกติแล้วทำหน้าที่ในการควบคุมวัฏจักรเซลล์ หรือยีนที่ควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ไม่ได้ก่อให้เกิดมะเร็งแต่อย่างใด ซึ่งจะเรียกยีนที่ทำหน้าที่ตามปกตินี้ว่า proto-oncogene แต่เมื่อใดก็ตามที่ยีนในกลุ่มนี้เกิดการกลายจะทำให้กลายเป็นยีนที่สามารถก่อมะเร็ง (oncogene) ได้ โดยการส่งเสริมให้เซลล์นั้นมีวัฏจักรเซลล์ที่ผิดปกติไป ส่งผลให้เซลล์นั้นมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยไม่สามารถควบคุมได้ ตัวอย่างของยีนในกลุ่มนี้ที่มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางคือยีน EGFR ซึ่งเป็นยีนที่สร้างตัวรับ (receptor) สารกระตุ้นการเจริญของเซลล์ที่มีชื่อว่า epidermal growth factor (EGF) โดยที่ EGF จะไปทำให้เซลล์มีการเพิ่มจำนวนและเจริญเติบโตได้ EGFR สามารถเข้าสู่เซลล์ได้โดยจับกับตัวรับคือ EGFR ถ้ามี EGFR ในปริมาณที่เหมาะสมจะทำให้เซลล์นั้นมีการเจริญเติบโตที่ปกติ แต่เมื่อใดที่เซลล์มีการสร้าง EGFR มากเกินไปปกติจะทำให้เซลล์มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วผิดปกติไป ซึ่งส่งผลให้เซลล์นั้นกลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด ซึ่งจากการกลายในระดับยีนของยีน EGFR ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เป็นมะเร็งปอดแบบ non small cell lung cancer บริเวณที่พบ การกลายของยีนนี้ในมะเร็งปอด ได้แก่บริเวณ exon 18-21 ซึ่งมีความสำคัญต่อการรับการรักษาด้วยยา ที่จำเพาะต่อเซลล์มะเร็งเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบการกลายของยีนที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปอดอีกหลายยีน ได้แก่ KRAS, MET, LKB1, BRAF, FIK3CA, ALK, RET, และ ROS1 เป็นต้น

3. การสัมผัสสารก่อโรคจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม

การได้รับสารพิษและมลภาวะจากการทำงานและในสิ่งแวดล้อมนอกจากควันบุหรี่ ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้โรคมะเร็งปอดได้เช่นกัน สารต่าง ๆ เหล่านั้น ได้แก่ แอสเบสตอส (asbestos) ก๊าซเรดอน (radon) สารหนู ริงสี และสารเคมีอื่นๆ รวมถึงฝุ่นและไอระเหยจากนิกลีโครเมียม และโลหะอื่น ๆ

3.1 ผงแอสเบสตอส (asbestos) เป็นสารที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดได้ ผู้ที่ทำงานในโรงงานที่มีการใช้แอสเบสตอสในอุตสาหกรรมนั้น ๆ รวมทั้งใช้เป็นส่วนประกอบของที่บ้านด้วย ทำให้เกิดมะเร็งปอดได้ คนงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมนั้นมีโอกาสเป็นมะเร็งปอด มากกว่าคนปกติถึง 7 เท่า และถ้าสูบบุหรี่ด้วยโอกาสเป็นมากกว่าถึง 50-90 เท่า นอกจากนั้นอาจทำให้เกิดมะเร็งของเยื่อหุ้มปอด (mesothelioma) ได้อีกด้วย

3.2 เรดอน (radon) เป็นก๊าซกัมมันตภาพรังสี ซึ่งเกิดจากการสลายตัวของยูเรเนียม ซึ่งหลายแห่งมีสารยูเรเนียมอยู่ในดินจะมีก๊าซเรดอนสูงกว่าปกติ รวมทั้งในเมืองบางแห่งโอกาสที่มีเรดอนสูงกว่าปกติจะทำให้คนเป็นมะเร็งได้ โดยเฉพาะถ้าสูบบุหรี่ด้วยยิ่งเป็นมากขึ้น การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าเรดอนเป็นสาเหตุให้การเกิดมะเร็งปอดอันดับที่ 2 สารเรดอนเป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มี

กลิ่น และไม่มีรส เป็นสารที่เกิดจากสลายตัวของสารยูเรเนียมพบได้ในดินและหินตามธรรมชาติ พบว่าผู้ป่วยที่เกิดมะเร็งปอดจากสารเรดอนส่วนมากจะมีประวัติสูบบุหรี่และสัมผัสกับสารเรดอน

3.3 มลภาวะในอากาศ อาจทำให้มีโอกาสมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น แต่น้อยกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่อยู่ในเมืองมีโอกาสมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท 1.2-2.3 เท่า การศึกษาด้านระบาดวิทยา เรื่องบทบาทของมลภาวะในอากาศที่จะเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอด มีการศึกษาที่สนับสนุนและคัดค้านด้านสัมพันธ์ของมลภาวะในอากาศกับการเกิดมะเร็งปอด มีการศึกษาย้อนหลังที่พบว่ามลภาวะทางอากาศน่าจะมีส่วนทำให้เกิดมะเร็งปอดประมาณร้อยละ 1 ถึง 2 เท่านั้น ซึ่งจัดว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับผลของควันบุหรี่ ซึ่งจากการศึกษาเรื่องโรคมะเร็งปอดที่คลินิกโรคปอดโรงพยาบาลแพ้ว พบว่าการเกิดโรคมะเร็งปอดไม่มีความสัมพันธ์กับภูมิฐานะของผู้ป่วย

3.4 สารในที่ทำงานที่ทำให้เกิดมะเร็งได้ มีอาชีพหลายอย่างที่ต้องสัมผัสกับสารก่อมะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะเมื่อผู้นั้นสูบบุหรี่ด้วยจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดจะมากขึ้น ได้แก่ ยูเรเนียม (uranium), สารหนู (arsenic), chromium, nickel, ionizing radiation, พลาสติก (vinyl), คลอไรด์ (chloride), นิเกิล (nickel chromates), ผลิตภัณฑ์จากถ่านหิน (coal products), ควันพิษมัสตาร์ด (mustard gas), อีเธอร์ (chloromethyl ethers), น้ำมันเบนซิน (diesel exhaust) และ silica เป็นต้น

3.5 รังสีรักษามะเร็ง (radiotherapy) ผู้ที่ต้องฉายแสงรังสีเพื่อรักษาโรคในทรวงอกด้วยรังสีรักษาอาจเกิดมะเร็งของปอดได้ โดยเฉพาะถ้าสูบบุหรี่ด้วยยังมีโอกาสมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ที่สัมผัสกับ low-energy-transfer radiation เช่น ผู้ป่วยโรคปอดที่ต้องได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก บ่อยๆ และเป็นเวลานาน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดได้เล็กน้อย

3.6 ควันจากการประกอบอาหารหรือความร้อน (smoke from cooking and heating) ควันที่เกิดจากการเผาถ่านหรือไม้เพื่อประกอบอาหาร หรือเพื่อให้เกิดความอบอุ่น เมื่อได้รับเป็นเวลานานสามารถทำให้เกิดมะเร็งปอดได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศจีนพบว่า การสัมผัสควัน รูปเป็นเวลานานมีโอกาสมะเร็งปอดในอนาคตได้

3.7 ฝุ่นละออง ขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) มีรายงานว่าหากได้รับมากกว่า 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด 1.3 เท่า

4. โรคปอดบางชนิด

มีรายงานอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคปอดบางชนิด เช่น Idiopathic interstitial pulmonary fibrosis พบว่าจะเกิด adenocarcinoma ได้บ่อยขึ้นในผู้ป่วย sarcoidosis จะมีโอกาสเกิดมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นได้ 3 เท่า เช่นเดียวกับในรอยโรคเก่าของวัณโรคปอด พบว่ามีโอกาสกลายเป็น adenocarcinoma ได้ผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease :

COPD) มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณที่เท่ากัน ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากการที่หลอดลม ในผู้ป่วยโรคนี้มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้สารก่อมะเร็งในบุหรี่มีโอกาสสัมผัสกับหลอดลมได้นานขึ้น ซึ่งนอกจากนี้ยังมีบางโรคที่เกิดจากการหายใจเอาสารแร่เข้าไปในปอด อาจมีโอกาเป็นมะเร็งมากขึ้น เช่น โรคปอดซิลิโคซิส (pulmonary silicosis)

5. กัญชา (marijuana)

บุหรืกัญชาจะมีน้ำมันคิบินมากกว่าบุหรืธรรมดาและยังมีสารอื่นที่ทำให้เกิดมะเร็งร่วมอยู่ด้วย ยิ่งกว่านั้นผู้สูบกัญชามักสูดควันเข้าไปลึกและกลืนหายใจค้างไว้ทำให้ควันถึงปอดได้มากกว่า จึงจะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปอดได้มากขึ้น

พยาธิวิทยา

โรคมะเร็งปอดแตกต่างกันตามชนิดของเซลล์มะเร็ง ซึ่งการแบ่งชนิดของโรคมะเร็งปอดโดยทั่วไปมักใช้ WHO histological classification ออกเป็นชนิดย่อย ได้แก่ adenocarcinoma, squamous cell carcinoma, adenosquamous carcinoma, large cell carcinoma, broncho alveolar cell carcinoma small cell carcinoma, sarcomatoid carcinoma และ carcinoid tumor เป็นต้น ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ตามลักษณะพยาธิวิทยา ได้แก่

1. Non small cell lung cancer (NSCLC) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 85 ของโรคมะเร็งปอดทั้งหมด โดยเจริญเติบโตช้ากว่าและแพร่กระจายช้ากว่าที่พบบ่อยได้แก่

1.1 Squamous cell carcinoma

เป็นมะเร็งเยื่อหุ้มผิวของหลอดลมที่มี Intercellular bridge และมีการสร้าง keratin มะเร็งชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เป็นอย่างมาก ตำแหน่งที่เกิดก่อนมะเร็งพบบ่อยที่สุดบริเวณหลอดลมส่วนต้น ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) มักพบก้อนบริเวณตรงกลางทรวงอกก่อนมะเร็งมีทั้งแบบที่ยื่นเป็นก้อนเข้าไปอุดตันท่อหลอดลม และแบบที่ลงลึกขยายเข้าไปในเนื้อเยื่อรอบข้างเนื้อมะเร็งมักมีสีขาวและอาจปนด้วยสีดำของ carbon pigment

1.2 Adenocarcinoma

เป็นมะเร็งปอดที่เซลล์มีการจัดเรียงเป็น gland หรือมีการสร้างสาร mucin เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในโรคมะเร็งปอด มีชนิดที่รู้จักกันดี คือ bronchoalveolar cell carcinoma นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับแผลเป็นที่เกิดขึ้นมาก่อนในปอด ตำแหน่งที่เกิดก่อนมะเร็งพบบ่อยที่สุดบริเวณชายปอด ภาพถ่ายรังสีทรวงอกมักพบก้อนบริเวณตรงชายปอดเป็นส่วนใหญ่

1.3 Large cell carcinoma

เป็นเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่และไม่มีพัฒนารูปร่างไปเหมือนกับเซลล์ชนิดอื่น การเกิดมะเร็งสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ตำแหน่งที่เกิดก้อนมะเร็งพบที่ส่วนกลางหรือบริเวณชายปอด และมีกลุกลามไปยังเยื่อหุ้มปอด ผนังหน้าอก และรอบข้าง ตัวก้อนมะเร็งมีสีขาวปนชมพูและพบเนื้อเยื่อตายตรงส่วนกลางก้อนได้บ่อย

1.4 Adenosquamous carcinoma

เป็นเซลล์มะเร็งที่มีลักษณะก้ำกึ่งระหว่าง adenocarcinoma และ squamous cell carcinoma การย้อมพบการติดสีเข้าได้กับมะเร็งทั้งสองชนิด

2. Small cell lung cancer (SCLC)

ซึ่งพบประมาณร้อยละ 15 จะเจริญเติบโตเร็วและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว เมื่อตรวจพบโรคมักกลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง และแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด แล้วจึงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ประกอบไปด้วยเซลล์ขนาดเล็ก ซึ่งเกิดจากเซลล์ Neuroendocrine cell ที่สามารถสร้างฮอร์โมนและสารเคมีต่างๆ ได้หลายชนิด

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปอด (Staging) (ฉันทนันทน์ เรืองเวทย์วัฒนา, 2565)

หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดแล้ว ต้องประเมินว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใด เพื่อจะได้วางแผนการรักษา และพยากรณ์ผู้ป่วยซึ่งขึ้นกับชนิดของมะเร็งและระยะของโรค โดยการแบ่งระยะของมะเร็งปอดสามารถแบ่งระยะตามชนิดของโรคมะเร็งปอด

1 การแบ่งระยะของมะเร็งปอดชนิด NSCLC

สามารถแบ่งได้เป็น stage IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IV โดยใช้ TMN classification for staging of NSCLC โดยใช้เกณฑ์ของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8th edition ดังนี้

1.1 ระยะที่ 1 แบ่งออกเป็นระยะ IA และ ระยะ IB

ระยะ IA เป็นระยะที่พบมะเร็งเฉพาะในปอดเท่านั้น และมีขนาดไม่เกิน 3 เซนติเมตร

ระยะ IB เป็นระยะที่มะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตรหรือกระจายไปถึงหลอดลมขั้วปอดและ/หรือกระจายไปถึงเยื่อหุ้มปอดชั้นในและบางส่วนของปอด อาจพบหรือเกิดการอักเสบ

1.2 ระยะที่ 2 แบ่งออกเป็นระยะ IIA และระยะ IIB

ระยะ IIA เป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในทรวงอกข้างนั้น ๆ ร่วมกับก้อนมะเร็ง มีขนาดไม่เกิน 5 เซนติเมตร หรือแพร่กระจายไปยังหลอดลมขั้วปอด และ/หรือแพร่กระจายไปยังเยื่อหุ้มปอดชั้นใน และบางส่วนของปอดอาจพบหรือเกิดการอักเสบ หรือเป็นระยะ

ที่มะเร็งยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง แต่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 7 เซนติเมตร หรือแพร่กระจายไปยังหลอดลมข้อปอดและหรือแพร่กระจายไปยังเยื่อหุ้มปอดชั้นใน และบางส่วนของปอดอาจแฟบหรือเกิดการอักเสบ

ระยะ IIB เป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในทรวงอกข้างนั้นๆ ร่วมกับก้อนมะเร็ง มีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 7 เซนติเมตร หรือแพร่กระจายไปยังหลอดลมข้อปอด และ/หรือแพร่กระจายไปยังเยื่อหุ้มปอดชั้นใน และบางส่วนของปอดอาจแฟบหรือเกิดการอักเสบหรือเป็นระยะที่มะเร็งยังไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่มีขนาดใหญ่กว่า 7 เซนติเมตร หรือแพร่กระจายไปยังหลอดลมข้อปอด กระบังลม ผนังทรวงอก หรือเยื่อบุผนังทรวงอกและ/หรือเยื่อหุ้มหัวใจ ก้อนมะเร็งอาจแยกออกจากกันในปอดกลีบเดียวกัน หรืออาจแพร่กระจายไปยังเส้นประสาทที่ควบคุมกระบังลม และปอดทั้งหมดอาจแฟบหรือเกิดการอักเสบ

1.3 ระยะที่ 3 แบ่งออกเป็นระยะ IIIA และ ระยะ IIIB

ระยะ IIIA เป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ในทรวงอกข้างนั้น ๆ ก้อนมะเร็งอาจมีขนาดใดก็ได้ปอดบางส่วน หรือทั้งหมดอาจแฟบหรือเกิดการอักเสบ และมะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังหลอดลมข้อปอดเยื่อหุ้มปอด เยื่อบุผนังทรวงอก หรือผนังทรวงอกกระบังลม เยื่อหุ้มหัวใจ และ/หรือก้อนมะเร็งอาจแยกออกจากกันในปอดกลีบเดียวกัน มะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังเส้นประสาทที่ควบคุมกระบังลม หรือเป็นระยะที่มะเร็งยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ก้อนมะเร็งอาจมีขนาดใดก็ได้ และอาจแพร่กระจายไปยังหัวใจ หลอดเลือดใหญ่ที่นำเลือดเข้าออกจากหัวใจ หลอดลมใหญ่ หลอดอาหาร กระดูกสันอก และ/หรือบริเวณที่แยกปอดออกเป็น 2 ด้าน (carina) และอาจแพร่กระจายไปยังเส้นประสาทควบคุมกล่อมเสียง

ระยะ IIIB คล้ายระยะ IIIA แต่เป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (supraclavicular lymph node) หรือด้านตรงข้ามของทรวงอก

1.4 ระยะที่ 4

เป็นระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังปอดอีกข้าง หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (malignant pleural effusion) และ/หรือแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น สมอง ตับ ต่อมหมวกไต ไต หรือกระดูก (ในระยะนี้ก้อนมะเร็งอาจมีขนาดใดก็ได้)

2. การแบ่งระยะของมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (Smallcell lung carcinoma: SCLC)

ไม่นิยมใช้ระบบ TNM เนื่องจากมะเร็งมีการลุกลามเร็วและผู้ป่วยมักจะเข้าสู่ระยะลุกลามเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การแบ่งระยะโรคแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

2.1 ระยะจำกัด (Limited-stage SCLC) เป็นระยะที่ยังพบมะเร็งอยู่ในปอดเพียงข้างเดียว และพบเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ (regional) และต่อมน้ำเหลืองในบริเวณใกล้เคียงกับก้อนมะเร็ง สามารถให้การรักษารอบคลุมโดยการฉายรังสีได้

2.2 ระยะแพร่กระจาย (Extensive-stage SCLC) เป็นระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายออกจากปอดข้างนั้นไปยังปอดอีกข้าง หรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกายโดยการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง

อาการและอาการแสดง

มะเร็งปอดในระยะเริ่มแรกมักจะไม่มีอาการแต่อาจตรวจพบได้อย่างบังเอิญจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในการตรวจร่างกายประจำปี โดยไม่มีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีอาการส่วนมากจะเป็นระยะที่โรคลุกลามไปแล้ว อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเกิดได้จากหลายสาเหตุได้แก่ อาการจากมะเร็งปอดโดยตรง อาการจากก้อนมะเร็งไปกดหรือแพร่กระจายภายในปอด อาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น และกลุ่มอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของมะเร็งปอด (paraneoplastic syndrome) ซึ่งทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังนี้ (กริธา ธรรมคัมภีร์, 2550)

1. อาการไอ พบได้มากกว่า 65% เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งปอด สาเหตุของอาการไอพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 50 เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ก้อนเนื้อในหลอดลม ปอดอักเสบ เนื่องจากการอุดกั้นของหลอดลม มะเร็งลุกลามเข้าไปในเนื้อปอดหรือเกิดจากน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น (สมเกียรติ วงษ์ทิมและวิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542)

1.1 อาการไอเป็นเลือด พบได้ 6-35% ปริมาณเลือดที่ออกในผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันมาก ส่วนมากแล้วจะเป็นเสมหะปนเลือดจนถึงเป็นเลือดสดๆ ผู้ป่วยมักจะมีประวัติไอ เป็นเลือดเล็กน้อยปนเสมหะเป็น ๆ หาย ๆ หลายสัปดาห์ มีน้อยหลายทีจะเป็น massive hemoptysis ซึ่งเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีหลอดเลือดมาเลี้ยงเป็นจำนวนมาก เมื่อมีแผลแตกทำให้เลือดออก (สมเกียรติ วงษ์ทิมและวิศิษฐ์ อุดมพานิชย์, 2542)

1.2 อาการเจ็บหน้าอก พบได้ 28-51% ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บตึง ๆ หรือเจ็บแปลบ ๆ สาเหตุของอาการเจ็บหน้าอกในมะเร็งปอดอาจเกิดจากการกระจายของมะเร็งเข้าสู่เยื่อหุ้มปอดกระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองในมีเดียสตีเนียม (mediastinum) หรือกระจายไปที่กระดูก เช่น กระดูกซี่โครง หรือกระดูกสันหลัง รวมทั้งกระจายลุกลามกดเส้นประสาทหรือกระจายเข้าไปในกระบังลมทำให้มีอาการปวดร้าวไปตาม phrenic nerve และร้าว (refer pain) ไปปวดที่หัวไหล่ได้

1.3 อาการหอบเหนื่อย พบได้ตั้งแต่ 55-87% โดยเฉพาะในระยะลุกลาม อาการหอบเหนื่อยจะมีความรุนแรงขึ้น อาการหอบเหนื่อยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปอด อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ปอดอักเสบ ไอเป็นเลือด และมีการอุดตัน หลอดลมเกร็งตัว โรตปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะลิ่มเลือด

อุดตันหลอดเลือดในปอด (pulmonary embolism) ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ สูญเสียเนื้อปอดจากการถูกลามของมะเร็ง ปอดแฟบหรือมีหลอดเลือดอุดตัน มีการแพร่กระจายของมะเร็งเข้าทางเดินน้ำเหลืองในปอด

1.4 อาการเสียงแหบ สาเหตุของเสียงแหบเกือบทั้งหมดเกิดจากพยาธิสภาพที่ recurrent laryngeal nerve ทำให้เกิด left vocal cord paralysis การที่ recurrent laryngeal nerve พาดผ่านใต้ช่อง aortic arch ทำให้เสี่ยงต่อการถูกกดทับ โดยก้อนเนื้ออกหรือต่อมน้ำเหลืองที่โคบริเวณ aorto-pulmonary window ผู้ป่วยจึงมีอาการเสียงแหบ

1.5 อาการกลืนลำบาก ส่วนมากเกิดจากมะเร็งปอดบริเวณ left main bronchus ซึ่งมีหลอดอาหารผ่านอยู่ด้านหลัง ก้อนมีขนาดโตขึ้นกดหลอดอาหาร หรือเกิดจากการอุดตันของหลอดอาหาร จากการที่มีต่อมน้ำเหลืองขนาดโตมากที่ มีดีแอสติเนียม (mediastinum) สาเหตุอีกประการหนึ่งของการกลืนลำบาก คือ การเกิด recurrent laryngeal nerve paralysis ทำให้กลไกการกลืนผิดปกติไป

1.6 ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) การเกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดจากมะเร็ง เกิดจากระบบระบายน้ำเหลืองจากช่องเยื่อหุ้มปอดถูกอุดตัน ซึ่งการอุดตันนี้อาจเกิดจากเนื้อมะเร็งอุดตันรูเปิดรับระบายของระบบน้ำเหลืองที่ผนังเยื่อหุ้มปอดชั้นนอก อุดกั้นที่ต่อมน้ำเหลืองในช่องมีดีแอสติเนียม (mediastinum) และอุดตันที่หลอดน้ำเหลืองเอง เมื่อมะเร็งแพร่กระจายมายังเยื่อหุ้มปอด เซลล์มะเร็งอาจกระจายบนผนังเยื่อหุ้มปอดหรือแทรกเข้าสู่ชั้นใต้ผนังเยื่อหุ้มปอด ยกเว้นบางครั้งที่มะเร็งชนิดอะดีโนที่อยู่ที่ใกล้ผนังเยื่อหุ้มปอด โดยการแทรกเข้าหลอดเลือดแดงพัลโมนารี (pulmonary artery) และหลุดลอยตามกระแสเลือดมาที่ผนังเยื่อหุ้มปอดชั้นใน และลามสู่ผนังเยื่อหุ้มปอดชั้นนอก เมื่อเซลล์มะเร็งทวีจำนวนมากขึ้น ปริมาณน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดจึงมีมากขึ้น

1.7 ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) มักเกิดจากมะเร็งแพร่กระจายไปที่เยื่อหุ้มหัวใจ จากมะเร็งปอดส่วนล่างถูกลามเข้าไปโดยตรงทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอกตรงกลาง มีการคั่งของน้ำที่ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ผลจากการมีน้ำคั่งในช่องเยื่อหุ้มหัวใจทำให้เกิด cardiac tamponade และ cardiac output ลดลง ความดันในหลอดเลือดดำอื่นๆสูงขึ้น

1.8 การอุดตันของเส้นเลือดดำใหญ่ (superior vena cava syndrome) เกิดจากการที่ superior vena cava ถูกกดจากมะเร็งหรือเกิดการอุดตันจากเนื้องอกถูกลามมาจากปอดกลีบขวาบน อาการที่ตรวจพบคือ ผู้ป่วยจะมีหน้าบวมและแดง ที่คอและหน้าอกจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดดำ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับเส้นเลือดถูกกดทับมากน้อยเพียงใด การเกิดที่รวดเร็วจะมีอาการมากต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือผู้ป่วยจะมีอาการหมดสติหรือเสียชีวิตได้ แต่ส่วนมากแล้ว การเกิดจะเป็น

แบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก บวมที่หน้าอก คอ แขนและหน้าอกอาจมีสีคล้ำ กลืนอาหารลำบาก เส้นเลือดดำบริเวณลำคอและหน้าอกโป่งพอง

1.9 อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด พบประมาณ 50-60% เชื่อว่าเกิดจากมะเร็งมีการกระตุ้นการหลั่งสาร Tumor Necrosis Factor (TNF), cytokine และ hormone ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง แล้วยังพบว่า metabolism ของร่างกายยังเปลี่ยนแปลงไปโดยมีการใช้พลังงานมากขึ้น กล่าวคือ มีการเพิ่มขึ้นของ resting energy expenditure จึงทำให้พลังงานที่สะสมไว้ในร่างกายสูญเสียไปมาก ทำให้น้ำหนักลด ร่างกายผอมลงมาก และเป็นหนึ่งในหลาย ๆ สาเหตุที่ทำให้เกิด ภาวะผอมแห้ง (cancer cachexia) ซึ่งคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนแรง โดยทั่วไปแล้ว cancer cachexia จะใช้ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักลดลงจากค่าปกติมากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 2-6 เดือน น้ำหนักที่ลดลงในผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดมาจาก metabolic syndrome ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งหรือเป็นผลมาจากตัวโรคโดยตรง เช่น การกลืนลำบาก การอาเจียน

1.10 อาการไข้ กลไกการเกิดไข้อาจเกิดจาก tumor necrosis factor (TNF) ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นสารก่อไข้ (pyrogen) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของศูนย์การควบคุมอุณหภูมิ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจมีอาการจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นได้ อวัยวะที่พบว่ามะเร็งกระจายไปบ่อย ได้แก่ สมอง กระดูก ตับ (กริชา ธรรมคัมภีร์, 2550)

1.11 อาการจากการแพร่กระจายไปยังสมอง มะเร็งปอดเป็นต้นเหตุของมะเร็งที่มีการลุกลามไปที่สมองได้บ่อยที่สุด อาการและอาการแสดงมีความหลากหลายมากขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มะเร็งลุกลามไป อาการบวมของสมองและ/หรือมีเลือดออกในก้อนเนื้อหรือไม่ ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่ อาการชัก สับสน เดินเหินภาพไม่ชัดหรือเห็นภาพซ้อน กรณีที่มีการลุกลามไปที่ leptomeninge อาจจะมีอัมพาตของ cranial nerve ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปวดศีรษะตลอด

1.12 อาการจากการแพร่กระจายไปยังกระดูก พบว่ามะเร็งปอดสามารถแพร่กระจายไปยังกระดูกได้ทุกส่วนของร่างกาย แต่กระดูก axial และ proximal long bone เป็นตำแหน่งที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการปวดตามกระดูก หรือมีกระดูกหักจากพยาธิสภาพ อาการที่มะเร็งลุกลามไปที่ตับ adrenal gland และต่อมน้ำเหลืองในช่องท้อง พบว่ามะเร็งปอดจะลุกลามไปที่ตับได้ปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด แน่นท้องบริเวณยอดอก คลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยที่มีมะเร็งก้อนขนาดใหญ่มาจะมีอาการเจ็บที่ชายโครงขวาได้ มะเร็งที่ลุกลามมาที่ตับบ่งบอกว่า การพยากรณ์โรคแย่มาก มะเร็งที่ลุกลามไปที่ adrenal gland และต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องมักจะไม่มีอาการ ในกรณีที่มียก้อนเนื้อที่ adrenal gland ขนาดใหญ่ อาจจะทำให้มีอาการปวดได้

การรักษา

โดยทั่วไปการรักษามะเร็งปอดประกอบด้วย การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง การให้ยาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งโดยตรง หรือที่เรียกว่า targeted therapy และการให้ immunotherapy ซึ่งแนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอดชนิด NSCLC แตกต่างจาก SCLC ดังนี้ (กริชา ธรรมคัมภีร์, 2550)

1. การรักษามะเร็งปอดชนิด NSCLC

ในระยะแรกที่โรคมะเร็งยังไม่ลุกลามหรือยังไม่แพร่กระจาย การรักษาหลักจะเป็นการผ่าตัด และแพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดรักษาตรงเป้า และรังสีรักษาเป็นการรักษาเสริมตามข้อบ่งชี้ ซึ่งจะช่วยให้หายขาดได้ ในกรณีที่โรคลุกลามหรือแพร่กระจาย จะให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการฉายแสง โดยแบ่งตามระยะของโรค ดังนี้

ระยะที่ I และ II ให้การรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด ซึ่งในระยะ IA หากผ่าตัดเอาก่อนมะเร็งออกได้หมด (margin negative) อาจติดตามอาการโดยไม่ต้องให้ยาเคมีบำบัดต่อ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถผ่าตัดได้ให้ใช้วิธี stereotactic ablative radiotherapy (SABR)

ระยะที่ IIIA ให้การรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสงและการผ่าตัด

ระยะที่ IIIB ให้การรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง

ระยะที่ IV ให้การรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัด และการรักษาแบบประคับประคอง

1.1 การผ่าตัด (surgery) มีเป้าหมายเพื่อเอาก่อนมะเร็งที่ปอดออกให้หมด โดยขนาดของปอดที่ตัดออกจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของมะเร็งและสมรรถภาพของปอดที่เหลือไว้ ซึ่งการผ่าตัดจะมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดปอดเป็นรูปสามเหลี่ยม (wedge resection) การผ่าตัดปอดแฉกกลีบย่อย (segmental resection) การผ่าตัดปอดออกทั้งกลีบ (lobectomy) การผ่าตัดปอดออกทั้งข้าง (pneumonectomy) และการผ่าตัดส่วนของหลอดลมออก (sleeve resection)

1.2 การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการให้ยาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ในปัจจุบันนิยมใช้ cisplatin-based chemotherapy ใน NSCLC ส่วนผลการรักษามักจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายสมบูรณ์และมีมะเร็งในร่างกายน้อย หลังจากที่ยกยาหรือฉีดยาเคมีบำบัดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือกลืนเนื้อแล้ว ตัวยาจะถูกดูดซึมเข้าทางกระแสเลือดและจับกับเซลล์มะเร็งที่อยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเรียกว่า “systemic chemotherapy” แต่ในบางกรณีแพทย์อาจฉีดยาเคมีบำบัดเข้าทางช่องไขสันหลังในอวัยวะ หรือในช่องท้อง เพื่อหวังผลในการทำลายเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ ซึ่งเรียกว่า “regional chemotherapy”

1.3 การใช้รังสีรักษา (radiation therapy) หรือการฉายแสงเป็นการรักษามะเร็งโดยใช้รังสีเอกซ์พลังงานสูง หรือรังสีชนิดอื่น เพื่อทำลายหรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งโดยตรง มักใช้ใน

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือในรายที่ผ่าตัดและแต่มะเร็งยังออกไม่หมด หรือคาดว่ามะเร็งจะงอกขึ้นมาอีก โดยการฉายรังสีจะแบ่งออกเป็น การฉายรังสีจากภายนอก (external radiation therapy) โดยใช้เครื่องส่งรังสีจากภายนอก (internal radiation therapy) โดยการใช้สารรังสีวางไว้ใกล้กับตัวก้อนมะเร็ง

1.4 การให้ยารักษาตรงเป้า (targeted therapy) เป็นการรักษาโดยการให้ยาหรือสารอื่น ๆ ที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งและก่อให้เกิดอันตรายต่อเซลล์ปกติน้อยกว่ายาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา แต่ยานี้ค่อนข้างจะมีราคาแพง แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่าการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งต้องใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดในกลุ่ม first line และมีผลการตรวจทาง molecular testing ที่สามารถใช้ targeted therapy นั้นๆ ได้ เช่น สามารถให้ยาในกลุ่ม tyrosine kinase inhibitor (TKI) เช่น erotinib gefitinib และ afatinib ได้เมื่อตรวจพบว่ามี EGFR mutation หรือสามารถใช้ยา crizotinib ได้เมื่อตรวจพบ ALK rearrangement เป็นต้น โดยเนื่องจากที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสองชนิดนี้ มักจะตอบสนองต่อยามุ่งเป้า EGFR TKI ดี

1.5 การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (immunotherapy) ซึ่งถือว่าเป็นยากลุ่มใหม่ที่ทำให้ประสิทธิภาพการรักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะเข้าไปช่วยเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้มีประสิทธิภาพในการต่อต้านเซลล์มะเร็งได้ดีขึ้น ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้คือ ยา nivolumab และยา pembrolizumab เป็นยาในกลุ่มหนึ่งที่ใช้ในการรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการทำงานของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ในร่างกายให้ทำลายเซลล์มะเร็งได้ดีขึ้น (anti PD-L1) ซึ่งยาทั้ง 2 ชนิด ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในโรคมะเร็งปอดชนิด NSCLC ระยะลุกลาม หรือระยะแพร่กระจายหลังได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน หรือโรคมะเร็งปอดชนิด SCLC ระยะลุกลาม หรือระยะแพร่กระจายที่มีการตรวจสอบแล้วพบว่า มี PD-L1 ปรากฏอยู่บนเซลล์มะเร็ง

1.6 การรักษาประคับประคอง (palliative care) เป็นการรักษาที่จะเน้นเรื่องการบรรเทาอาการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก ในระยะที่โรคแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ แล้ว หรือตัวผู้ป่วยเองมีสภาพร่างกายทั่วไปไม่แข็งแรงมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้ง่าย

2. การรักษา มะเร็งปอดชนิด SCLC

การรักษา มะเร็งชนิดนี้โดยหลัก ๆ แล้วจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่จุดเริ่มต้น และป้องกันไม่ให้เกิดแพร่กระจายไปยังบริเวณอื่น ๆ และหรือใช้รังสีรักษาเป็นการรักษาเสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเฉพาะที่ เนื่องจากมะเร็งชนิดนี้ตอบสนองได้ดีต่อยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ซึ่งสามารถแบ่งการรักษาตามระยะของโรค ดังนี้

2.1 ระยะจำกัด (Limited-stage SCLC) การรักษาจะประกอบไปด้วย การให้ยาเคมีบำบัดร่วมกันหลายกลุ่ม (combination chemotherapy) ซึ่งมักจะใช้สูตร EP (etoposide/cisplatin) ร่วมกับการฉายรังสีบริเวณหน้าอก และการฉายรังสีที่สมองในผู้ป่วยที่ตอบสนองดีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังสมอง

2.2 ระยะแพร่กระจาย (Extensive-stage SCLC) การรักษาจะประกอบไปด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกันหลายกลุ่ม (combination chemotherapy) การฉายรังสีบริเวณ สมองกระดูกสันหลัง กระดูก หรือส่วนต่างๆ ของร่างกายที่มะเร็งแพร่กระจายไป ซึ่งเป็นการรักษาประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดชนิดเม็ด

ยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง ถึงแม้ว่าผลข้างเคียงของยามุ่งเป้าจะน้อยกว่ายาเคมีบำบัดชนิดที่ฉีดเข้าเส้นเลือด แต่ยาก็มีผลข้างเคียงที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดีได้ โดยผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ (จิตติยา เดชเทพวร, 2565 อ้างถึงใน ธัญนันท์ เรืองเวทย์วัฒนา, 2565)

1. อาการทางผิวหนัง (Cutaneous toxicity) ผลข้างเคียงต่อระบบผิวหนังเป็นผลข้างเคียงที่พบได้มากที่สุดของยากกลุ่ม EGFR TKI โดยยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดทำให้เกิดผิวหนังแห้งและมีผื่น โดยลักษณะผื่นที่พบบ่อย คือผื่นแดงหรือเป็นผื่นคล้ายสิ่ว โดยอาจมีหัวหนองหรือติดเชื้อแทรกซ้อนได้ ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ บริเวณใบหน้า ศรีษะ ลำคอ และหลังด้านบนตามการกระจายตัวของต่อมไขมัน ผื่นดังกล่าวมักจะมีอาการคัน และหรือเจ็บร่วมด้วย ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 จะเกิดผื่นดังกล่าวภายใน 1-3 สัปดาห์แรกของการได้รับยา ในบางรายอาจเริ่มเป็นใน 2-3 วันแรกของการกินยา โดยผื่นจากการรักษาด้วยยาเม็ดต้านมะเร็งนี้ อาจมีตั้งแต่อาการน้อย ปานกลาง และรุนแรงมาก

2. อาการทางระบบทางเดินอาหาร (Diarthea) ทำให้เกิด อาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร และท้องเสีย ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยา EGFR TKI ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการรุนแรง จนทำให้ร่างกายสูญเสีย น้ำมาก และเกิดปัญหาต่อการทำงานของไต ทำให้มีอาการไตวายเฉียบพลันเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้อาจพบความผิดปกติในการทำงานของตับ คือมีรายงานการเกิดภาวะตับอักเสบ รวมถึงตับวายจากยามุ่งเป้า EGFR ดังนั้นจึงควรติดตามการทำงานของตับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับที่ผิดปกติอยู่แล้ว

3. อาการอักเสบของช่องปากและเยื่อเมือกทางเดินอาหารอักเสบ (Stomatitis/Mucositis) Stomatitis เป็นการอักเสบของช่องปากและริมฝีปาก ในขณะที่ Mucositis เป็นคำรวมที่บ่งถึงการอักเสบของระบบเยื่อเมือกต่าง ๆ อาการมีได้ตั้งแต่ อาการยุบยิบหรือเจ็บในบริเวณช่องปาก หรือที่ลิ้น อาจจะร่วมกับการมีแผลคล้ายร้อนใน หรือรอยแตกที่ริมฝีปากร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจให้ประวัติว่าไม่สามารถ

รับประทานอาหารเผ็ดหรือรสจัดได้ เนื่องจากมีอาการแสบในปาก อาการมักจะเกิดค่อนข้างเร็ว คือ ภายใน 1-2 สัปดาห์แรกของการที่ได้รับการรักษา

4. อาการเล็บอักเสบ หรือมุมเล็บอักเสบ (Paronychia) ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นการอักเสบรอบขอบเล็บร่วมกับอาการเจ็บ บางครั้งอาจมีอาการเหมือนเป็นหนองคล้ายการติดเชื้อ และอาจเกิดเป็น granulation tissue รอบขอบเล็บ รอยโรคเหล่านี้ อาจจะมีเลือดออก และท้ายสุดสามารถเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อน ซึ่งทำให้อาการแย่ลงได้ ป้องกันโดยไม่ให้เกิดแผลที่ปลายนิ้วมือ ดูแลความสะอาดของเล็บ ไม่ตัดเล็บลึกจนเกินไป ไม่ฉีกหรือตัดมุมเล็บ พยายามทำให้มือและเท้าแห้งอยู่เสมอ

5. ความผิดปกติที่ปอดและการหายใจ อาจเกิดภาวะปอดอักเสบจากยา เป็นผลข้างเคียงที่พบได้ไม่น้อยมากนัก โดยเป็นลักษณะ interstitial lung disease ให้รีบพบและแจ้งแพทย์ทันที หากมีอาการที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ ที่ปอดและการหายใจที่เพิ่มขึ้นหรือแย่ลง ได้แก่ หายใจลำบากหรือหายใจติดขัด รู้สึกเหนื่อยมากอย่างฉับพลัน หรือมีอาการไอมากผิดปกติอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน อาการดังกล่าวมักมีการเปลี่ยนแปลงที่เร็ว นำไปสู่ภาวะการขาดออกซิเจนในเลือดและภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งโดยทั่วไป มักจะมีความลำบากในการแยกแยะระหว่างรอยโรคที่เกิดจากมะเร็งปอด การติดเชื้อหรือปอดอักเสบจากยาฆ่าเชื้อ หากความผิดปกตินั้น ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ และจำเป็นต้องหยุดยา EGFR TKI ไว้ก่อน และให้การรักษาประคับประคอง ปักจี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ การฉายแสงบริเวณ mediastinum การมีโรคปอดอยู่เดิม ผู้สูงอายุ และการได้รับยาในกลุ่ม anti-PD1 และ anti-PDL1

6. การเปลี่ยนแปลงของเส้นผมหรือขน ซึ่งผู้ที่ได้รับยามุ่งเป้าทำให้ผมบาง แห้งและแตกง่าย มักพบบริเวณด้านบนของศีรษะ อาจมีขนตามตัวร่วงด้วย สำหรับขนตาจะเปลี่ยนในแบบตรงกันข้าม คือขนตาวาวและงอนแต่เป็นเส้นแข็งกว่าเคย อาจต้องมีการเล็มออก เนื่องจากบางครั้งทิศทางการงอกของขนตาเหล่านี้ อาจแยงเข้าไปในตา ทำให้เกิดการระคายเคืองและอาจเกิดแผลที่กระจกตาได้ และบริเวณใบหน้าริมฝีปากและหน้าหู อาจมีขนงอกมากกว่าปกติ การเปลี่ยนแปลงของขนและผมเหล่านี้ สามารถพบได้ ร้อยละ 50-87 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องกันนานกว่า 6 เดือน

7. ความผิดปกติที่ตา อาจเกิดภาวะตาอักเสบ มีอาการปวด บวม แดง น้ำตาไหล ตาพร่า ตาไวต่อแสงหรือแพ้แสง หรือมีอาการเคืองตา ตาแห้งมาก กระจกตาเป็นแผล การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ

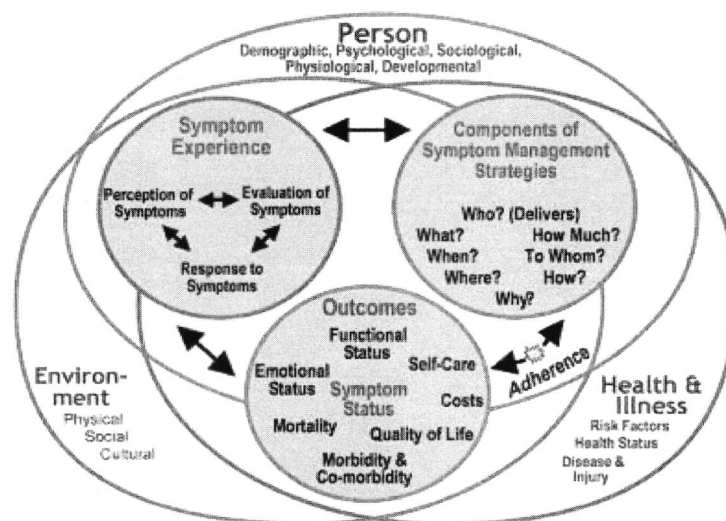
สรุป การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยามุ่งเป้าพบว่า มีอาการหลากหลาย ที่คุกคามผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพ ระยะของโรคและวิธีการรักษา ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผลข้างเคียงต่าง ๆ เหล่านี้ ถึงแม้ส่วนใหญ่จะไม่รุนแรง

แต่เป็นผลข้างเคียงที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงควรให้คำแนะนำการดูแลรักษาผลข้างเคียงอย่างละเอียด ให้การดูแลที่สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประโยชน์จากยาให้มากที่สุดได้ เพื่อควบคุมไม่ให้โรครมีการแพร่กระจาย และผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากโรค

แนวคิดการจัดการอาการ

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการ

แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model: SMM) เป็น แบบจำลองทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994 อ้างถึงในสุรชัย มณีเนตร, 2556) ซึ่งพัฒนามาจากงานวิจัยและการปฏิบัติงานของพยาบาลใช้ชื่อเรียกว่า “A Model of Symptom management” แต่แบบจำลองดังกล่าวได้รับการพิจารณาว่าไม่สะท้อนถึงมโนทัศน์ทางการแพทย์ อันได้แก่ คน (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) สุขภาพ (Health) และการพยาบาล (Nursing) (Jablonsk and Wyatt, 2005 อ้างถึงในสุรชัย มณีเนตร, 2556) ดังนั้นในปี ค.ศ. 1998 Dr. Marilyn J. Dodd จึงได้นำโมเดลดังกล่าว มาพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถอธิบายมโนทัศน์ทางการแพทย์ได้ โดยใช้ชื่อว่า “Symptom Management Model” และได้รับการปรับปรุงให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในปี ค.ศ. 2001 (ภาพประกอบที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001)

Dodd et al. (2001) ได้อธิบายว่าแนวความคิดพื้นฐานของแบบจำลองการจัดการ กับอาการ เชื่อ ในประสบการณ์และศักยภาพของบุคคล ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะสามารถคิดหาวิธีการ ในการจัดการกับอาการของตนเองได้ และมีความเชื่อว่าบุคคล มีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพ ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่บุคคล ไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพ ให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพ ของตนเองอีกครั้งหนึ่ง

แบบจำลองนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคล (person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (health and illness) สิ่งแวดล้อม (environment) และการพยาบาล (nursing) โดยปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับ อาการดังนี้

- บุคคล (Person domain) ซึ่งเป็นปัจจัยในการเกิดอาการขึ้นอยู่กับข้อมูล ส่วนบุคคล (Demographic) สภาพร่างกาย (Physical) สภาพอารมณ์และจิตใจ (Psychological) พยาธิสภาพของ การเจ็บป่วย (Physiological) สังคมของบุคคลนั้น ๆ (Sociological)

- สุขภาพ หรือความเจ็บป่วย (Health and illness) เป็นปัจจัยในการเกิด อาการที่ขึ้นอยู่กับภาวะ สุขภาพขณะที่เกิดการเจ็บป่วย (Health status) ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ความรุนแรงหรือธรรมชาติของ โรค (Disease and injury) ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อ ประสบการณ์ การมีอาการ กลยุทธ์ใน การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ

- สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยในการเกิดอาการที่ขึ้นอยู่กับ สภาพทางกายภาพของ สิ่งแวดล้อม (Physical) ซึ่งรวมไปถึง บ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (Social support) วัฒนธรรมในท้องถิ่น (Culture) ที่เกี่ยวข้อง กับความเชื่อของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติ ที่เป็นแนวทางเดียวกันของบุคคลในสังคมนั้น ๆ โดยที่ สถานที่ที่มีผลต่อกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- การพยาบาล (Nursing) เป็นการกระทำเพื่อก่อให้เกิดความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แก่ผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกระทำ

นอกจากนี้ Dodd et al. (2001) ยังได้ปรับสาระของการพิจารณาวิถีในการ จัดการกับ อาการให้มีความเหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นตามความต้องการ ความสามารถของผู้ป่วย และครอบครัว และตามบทบาทของทีมสุขภาพในการช่วยเหลือสนับสนุนให้เกิดการจัดการกับ อาการที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจึงต้องมีโน้ตที่ชัดเจนในการจัดการกับอาการ ซึ่งแบบจำลองนี้ ประกอบไปด้วย 3 โน้ตที่ สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ของ บุคคลต่อความเจ็บป่วย อาการ การบาดเจ็บ และการตอบสนองต่ออาการซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึง การเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติโดยบุคคลจะประเมินหรือตัดสินจาก ความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองของอาการเป็นการ ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรม ซึ่งการเข้าในสิ่งเหล่านี้จะสามารถจัดการกับ อาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสบการณ์การมีอาการจะสัมพันธ์กับการรับรู้ของอาการและการ ประเมินอาการ ดังนั้นประสบการณ์จะประกอบด้วย

1.1. การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคล รู้สึกตัวดีแปลความผ่านกระบวนการคิดของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจาก สิ่งที่เคยรู้สึก หรือปฏิบัติ โดยมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ อันประกอบไปด้วย การรับรู้ การประเมิน และ การตอบสนอง โดยมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้าน บุคคลและ/หรือการรักษา ที่ได้รับ รวมถึงการรับรู้อาการมีความซับซ้อน จากนั้นจึงทำการตัดสินใจที่ จะจัดการกับอาการ ซึ่งถ้า การรับรู้สอดคล้องตรงกัน การจัดการก็จะเป็นความขัดแย้งเกิดขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้อง หรือไม่ตรงกันกับปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า วัฒนธรรม และระยะของพัฒนาการจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของอาการของแต่ละ บุคคล

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) หมายถึง การตัดสินใจ ของบุคคลถึงความ รุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือถาวร ความถี่ ผลกระทบ หรือ ความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) หมายถึง การตอบสนองของบุคคล ต่ออาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคมและพฤติกรรม โดยอาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมี การตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาวต่อการตอบสนองด้านร่างกาย ต่อ อาการ รวมถึงการทำหน้าที่ของ ร่างกาย เป็นการตัดสินใจที่จะจัดการกับอาการที่อาจเกิดปัญหาได้

การรับรู้ปัญหาและการรายงานอาการด้วยตัวผู้ป่วยหรือครอบครัว บางครั้ง หากไม่มี ความสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงอาจเกิดปัญหาจากการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้น การประเมินประสบการณ์ผู้ป่วยและครอบครัวให้ตรงกับปัญหา จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรมีวิธีการที่จะ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับรู้และเข้าใจถึงสาเหตุของอาการที่แท้จริงได้ ซึ่งจะเป็นผลต่อประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการและผลต่อภาวะการเจ็บป่วย

2. กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป้าหมายหลักของการจัดการกับอาการนั้นเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้กลวิธี การดูแลตนเอง การใช้ยาในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรใน ทีมสุขภาพ โดยการจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการ จากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยในแต่ละรายก่อนเพื่อนำไปสู่กลวิธีจัดการกับอาการ ตามด้วยวิธีการ แยกแยะวิธีการทางการแพทย์ที่มีปัญหาและการจัดการกับอาการ ซึ่งกลวิธีจัดการกับอาการ อาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ตามความต้องการของผู้ป่วย ความต้องการการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือ เปลี่ยนแปลงไปตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มาก-น้อยเท่าไหร่ ใช้กับใคร หรือ ผู้รับบริการเป็นใคร และใช้อย่างไร รวมทั้งการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือ (Adherence) ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์หรือพยาบาล โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Thanasilp and Kongsakurikul, 2005) บุคคลอาจ เลือกวิธีในการจัดการกับอาการวิธีเดียวหรือหลายวิธี แต่ต้องมีประสิทธิภาพและมีผลต่อ ประสบการณ์ต่ออาการที่บุคคลเป็น และมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่ต้องการ การจัดการกับอาการในที่ รวมไปถึงการใช้ยา (Pharmacology) และวิธีการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา (Non-pharmacology) เนื่องจากการ ใช้ยาอย่างเดียวอาจได้ผลไม่ดีพอ ดังนั้นกลวิธีในการจัดการกับอาการนั้นๆ จึงขึ้นอยู่กับความ เหมาะสมของแต่ละสถานการณ์ (พูลสุข ศิริพล, 2554)

3. ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ (Symptom outcomes) เป็นผลที่เกิด จากประสบการณ์การมีอาการ และได้จากกลวิธีในการจัดการกับอาการ เกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง 8 ด้าน ดังนี้

3.1 สถานะของอาการ (Symptom status) อาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น เลวลง หรือคงที่

3.2 สถานะการทำหน้าที่ของบุคคล (Functional status) ผลของการจัดการกับอาการทำให้บุคคลสามารถคงการทำหน้าที่ไว้ได้ ทั้งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายและการทำหน้าที่ตามบทบาทความรับผิดชอบทางสังคมได้ตามปกติหรือไม่

3.3 สภาวะทางอารมณ์ (Emotional status) เป็นประสิทธิภาพของการ ควบคุมตนเอง การจัดการหรือแก้ไขอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสงบทางจิตใจและอารมณ์ การเผชิญความเครียด ความผิดปกติของจิตใจ การแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และ พัฒนาการจิตที่ได้รับการฝึก

3.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการทำหน้าที่ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผลจากการจัดการของบุคคลใด บุคคลหนึ่ง ผู้ป่วยสามารถดำรง ความสามารถในการดูแลตนเองต่อไปได้หรือไม่

3.5 ค่าใช้จ่ายในการรักษา (Cost) เมื่ออาการถูกกำจัดลงหรือบรรเทาลง สามารถช่วยลด ค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือลดต้นทุนการผลิต

3.6 การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ (Morbidity or Co morbidity) ผลของ การจัดการกับอาการ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเพิ่มเติมหรือไม่มีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ เกิดความ พิการ ซึ่งเป็นผลจากการจัดการกับอาการหรือไม่

3.7 อัตราการตาย (Mortality) วิธีที่เลือกใช้ในการจัดการกับอาการทำให้เกิด ความสูญเสียหรือมีผลต่อชีวิตหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือไม่

3.8 คุณภาพชีวิต(quality of life) ผลลัพธ์ในระยะยาวคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุกตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการนั้น เกี่ยวข้องกับอาการและระยะเวลาในการประเมินอาการ และความต้องการที่จำเป็นในการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดจนการตอบสนองต่อการดูแลช่วยเหลือ แม้ว่า กลวิธีในการจัดการกับอาการนั้นจะประสบผลสำเร็จ สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ โมเดล การจัดการกับอาการยังมีความจำเป็นต้องใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดอาการนั้นซ้ำอีก

จากแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคน มีองค์ประกอบ ที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย หรือ องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อ การเกิดอาการ การรักษา การเลือกวิธีการรักษา และการ จัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นจากกลวิธีจัดการที่แต่ละบุคคลเลือกปฏิบัติ

แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอด

การประเมินประสบการณ์การมีอาการมีความสำคัญ เนื่องจากอาการมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความทุกข์ทรมานและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย การประเมินที่ดีจะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการกับอาการ ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามจะมีอาการเกิดขึ้นร่วมกันหลายอาการ โดยส่วนใหญ่มีอาการเฉลี่ยถึง 13 อาการ/คน (Kirkova et al ., 2006) ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถเกิดจากการดำเนินของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาจากยาเคมีบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลากหลาย และมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ประสบการณ์การมีอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยหลายมิติ เช่น ระยะเวลา (duration) ความถี่ (frequency) ความรุนแรง (severity) และความทุกข์ทรมาน/การรบกวนชีวิต (distress) เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการจึงควรมีความครอบคลุม ถูกต้อง และน่าเชื่อถือ โดยมีค่าความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ (Reliability & Validity) อยู่ในระดับที่ยอมรับเป็นมาตรฐาน มีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (Burns & Grove, 1997 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) รวมทั้งไม่รบกวนผู้ป่วยมากเกินไป จากการทบทวนวรรณกรรม มีเครื่องมือจำนวนมากที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่

1. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) สร้างโดยบรูเอร์และคณะ (Bruera, Kuehn, Miller, Selmser & Macmillan, 1991) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) ประกอบด้วยมิติ การมีอาการ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ประเมินอาการที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมี 9 ข้อ ได้แก่ ความเจ็บปวด การทำกิจกรรม อาการคลื่นไส้ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความง่วงเหงาหาวนอน ความอยากอาหาร ความผาสุก และการหายใจสั้น ลักษณะคำตอบเป็น Visual analogue scale (VAS) มีคะแนน 0-10 คะแนน ประเมินโดยให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายลงบนเส้นตรงยาว 10 ซม. ด้านซ้ายสุดไม่มีอาการ (0 คะแนน) ด้านขวาสุดมีอาการมากที่สุด (10 คะแนน) ได้มีการนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ค่าความตรงภายนอกใช้วิธีวัดซ้ำ (test-retest) และความเที่ยงภายในได้ค่าครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .70 (Davison, Jhangri & Johnson , 2006)

2. The Symptom distress scale (SDS) เป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการที่มากกว่า 5 อาการ สร้างโดย McCorkle & Benoliel (1983) ใช้ประเมินระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ (degrees of

distress) มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ประเมินอาการ 10 อาการ ได้แก่ ปวด (pain) อ่อนล้า (fatigue) นอนไม่หลับ (insomnia) คลื่นไส้ (nausea) เบื่ออาหาร (appetite) การทำงานของลำไส้ (bowel pattern) สมาธิ (concentration) การเคลื่อนไหว (mobility) อารมณ์ (mood) และสภาพทั่วไป (appearance) ลักษณะตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีค่าความเที่ยง โดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

3. แบบประเมิน TRSC (Therapy – Related Symptom Checklist)(Williams et al., 1997) เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด เป็นลักษณะ Symptom checklist จำนวน 25 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาที่เกิดขึ้น และระดับความรุนแรงของปัญหา มี 5 ระดับ คือ 0-4 ซึ่งมีความหมายคือ 0 = ไม่มีปัญหา, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = รุนแรง และ 4 = รุนแรงมาก ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านกระบวนการตรวจทานความถูกต้องของการแปลและได้รับการยอมรับ (Piamjariyakul, et al., 2010) มีค่าความเที่ยงของแบบวัดค่าครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.70

4. ประเมินอาการ (The Memorial Symptom Assessment Scale - MSAS) สร้างโดยพอร์ทินอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการมีอาการในผู้ป่วยที่โรคมะเร็งในระยะลุกลามทั้งจากการดำเนินโรคและการรักษา คำถามประกอบด้วยอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการ ทั้งอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ มีหลายมิติ ได้แก่ การมีอาการ (Occurrence) ความถี่ (Frequency) ความรุนแรง (Severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ (Distress) ให้ประเมินว่ามีอาการที่ระบุหรือไม่ ถ้าตอบว่ามีให้ผู้ป่วย ประเมินความถี่ของการเกิดอาการ ระดับความรุนแรง ในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา หากไม่มีอาการก็ไม่ต้องระบุคำตอบในช่องความบ่อย ความรุนแรง และความรู้สึกทุกข์ทรมาน การประเมินความถี่แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (น้อยมาก บางครั้ง บ่อยครั้ง เกิดตลอด) การประเมินความรุนแรงของอาการเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 (ความรุนแรงน้อย) ถึง 4 (ความรุนแรงมากที่สุด) การประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 (อาการนั้นไม่รบกวนผู้ป่วยเลย) ถึง 4 (รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด) เครื่องมือถูกนำไปทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ รวม 246 คน ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) แต่ละหมวดย่อย ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และดัชนีความทุกข์ทรมานโดยรวมเท่ากับ 0.83, 0.88 และ 0.58 ตามลำดับ (Portenoy et al., 1994) และค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0.78-0.87 (Lobchuk, 2002; Tramter et al., 2003 อ้างถึงใน Suwisith, 2008) สำหรับการศึกษา

ผู้ป่วยในประเทศไทย Suwisith (2008) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 320 คน ได้ค่าค่า Cronbach Alpha ในมิติการเกิดอาการ (Occurrence) ความถี่ (Frequency) ความรุนแรง (Severity) และการรบกวนการดำเนินชีวิต (Distress) และโดยรวม 0.89, 0.89, 0.91, 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ

จากการทบทวนการใช้เครื่องมือประเมินประสบการณ์การมีอาการดังกล่าวข้างต้น แต่ละเครื่องมือก็ประกอบด้วยอาการและองค์ประกอบที่แตกต่างกันไป นอกจากวิธีการเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมที่ผู้ศึกษาได้กล่าวไว้แล้วนั้น เครื่องมือที่ดีต้องประกอบด้วยอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบคลุมกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม อีกทั้งมีค่าความเชื่อมั่นในระดับดี สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจที่จะเลือกใช้แบบประเมิน MSAS มาดัดแปลงในการประเมินประสบการณ์การมีอาการ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดอาการทั้งจากการดำเนินโรคและการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบด้วยอาการของโรคมะเร็งทั้งอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งครอบคลุมกับมิติต่าง ๆ ของประสบการณ์การมีอาการตามกรอบแนวคิดที่ผู้ศึกษาศึกษา

กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies)

ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการดำเนินของโรคและการรักษา มีการรับรู้อาการเกี่ยวกับร่างกายหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นและมีการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งเกิดผลกระทบทางตรงและทางอ้อมจากการเกิดอาการต่างกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเหล่านั้นให้ได้ ผู้ป่วยแต่ละคนย่อมมีวิธีการจัดการอาการที่เฉพาะแตกต่างกันออกไป ผลลัพธ์ของการจัดการอาการขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการอาการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมประสบการณ์การเกิดอาการที่พบบ่อยมากที่สุดและเกิดความถี่บ่อยมากที่สุด ของผู้ป่วยมะเร็งปอด คือ อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง พบมากถึงร้อยละ 92.5 และอาการหายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น/หายใจลำบาก โดยพบได้ถึงร้อยละ 86.7 (จิริรัตน์ รัตนเพชร , 2556) ซึ่งสามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดอาการเหล่านั้นได้ว่า เกิดจากก้อนมะเร็งไปอุดกั้นบางส่วนของหลอดลม ทำให้มีอาการไอและหายใจลำบาก และมะเร็งมีการกระจายไปยังท่อน้ำเหลืองในปอดเป็นบริเวณกว้างทำให้มีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและเกิดอาการเหนื่อยล้าหรือมีการกระจายของมะเร็งเข้าไปในเยื่อหุ้มปอด ทำให้มีสารน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก รวมถึงอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดยาเม็ดมุ่งเป้าในผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ ยา Gefitinib Afatinib และ Erlotinib โดยมีวิธีการจัดการอาการ ดังนี้

วิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและการได้รับยาเคมีบำบัด

1. อาการเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น คือรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนอาจถึงเกือบหมดแรง ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกันได้ ผู้ป่วยมะเร็งปอดมักจะพบอาการที่ไม่สุขสบายได้หลายอาการทั้งจากตัวโรค ได้แก่ อาการไอ เสียงแหบ เจ็บหน้าอกและเหนื่อยง่าย โดยอาการที่เป็นปัญหาที่สำคัญที่พบมาก ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่และความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันมากที่สุดปัญหาหนึ่งคือความเหนื่อยล้า โดยสามารถพบได้ถึงร้อยละ 80-96 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมด และพบได้ในทุกช่วงของการดำเนินโรค ความเหนื่อยล้ามีสาเหตุมาจากตัวโรคมะเร็ง การรักษามะเร็ง ทั้งการผ่าตัด การฉายแสงและการให้ยาเคมีบำบัด (Piper et al., 1987) พยาบาลมีบทบาทในการป้องกันและแก้ไขความเหนื่อยล้า โดยเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลคือการปฏิบัติการพยาบาล กลยุทธ์ที่นำมาบำบัดความเหนื่อยล้า โดยใช้แนวคิดของ Nail & Winningham (1993 อ้างถึงใน กิ่งกาญจน์ อาจเดช, 2554.) สามารถจำแนกได้ 5 รูปแบบดังนี้

1.1 โปรแกรมการบำบัดความเหนื่อยล้าโดยเน้นการออกกำลังกาย (Exercise Therapy)

หมายถึง รูปแบบการพยาบาลเน้นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย การทำงานของโครงสร้างกล้ามเนื้อในร่างกาย และมีการใช้พลังงานจาก ร่างกาย เกิดขึ้น เพื่อการบำบัดรักษาให้ร่างกายมีความแข็งแรงสมบูรณ์ขึ้น

1.2 โปรแกรมการบำบัดความเหนื่อยล้า โดยเน้นการให้ข้อมูลและความรู้ (Education Intervention)

หมายถึง รูปแบบการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม โดยการให้ความรู้ข้อมูล การสอน การชี้แนะ การให้เอกสาร คู่มือวิธีปฏิบัติเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าตามสาเหตุ (อกันตรี กองทอง , 2544)

1.3 โปรแกรมการบำบัดความเหนื่อยล้าที่ใช้การบำบัดทางจิตวิทยา (Psychological intervention)

หมายถึง รูปแบบการพยาบาลหรือกิจกรรมที่ส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยที่มีต่ออาการความรู้สึกเหนื่อยล้า รวมถึงการใช้ความรู้ทางจิตวิทยาสำหรับการดูแลผู้ป่วยให้ผ่อนคลายทุกเลาลดลง เช่น การใช้กลุ่มช่วยเหลือ

1.4 โปรแกรมการบำบัดความเหนื่อยล้า โดยวิธีการดูแลทางเลือก (Complementary therapy)

หมายถึง รูปแบบการ พยาบาลที่มีการผสมผสานกันระหว่างการรักษาแบบดั้งเดิมหรือการแพทย์

ทางเลือกกับการรักษาด้วยการแพทย์ปัจจุบัน เพื่อจัดการกับอาการ และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิต โดยเป็นลักษณะของการดูแลแบบผสมผสานด้วยกาย จิตวิญญาณและสังคม โดยช่วยในการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้อวัยวะในร่างกายปรับสมดุลของการทำงาน เช่น การไหลเวียนเลือด น้ำเหลืองช่วยในการจัดของเสียออกนอกร่างกาย ลดความตึงเครียด เพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งเกิดจาก กลไกที่ผ่านกระบวนการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Physical and psychological effects) เนื่องจากความสมดุลของ ร่างกายทั้ง 3 ส่วนนี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เช่น สุวคนธบำบัด (Aromatherapy), การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย การนวดฝ่าเท้า การใช้สมาธิบำบัด โยคะ ชี่กง การฝังเข็ม เป็นต้น

5) โปรแกรมการบำบัดความเหนื่อยล้า เน้นใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Activities for distraction) หมายถึง รูปแบบ การพยาบาลหรือกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ หรือละจากอาการความรู้สึกของผู้ป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น ดนตรีบำบัด การอ่านหนังสือ

2. อาการหายใจลำบาก

อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดเป็นอาการที่พบได้บ่อยโดยพบได้ถึงร้อยละ 29-87 เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากการรักษาและการดำเนินของโรคที่ไปอุดกั้นทางเดินหายใจหรือก่อนที่เกิดขึ้นภายในปอด หรือกรณีก่อนไปอุดกั้นหลอดลม เกิดหลอดลมตีบ หดเกร็ง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจไม่อิ่ม/ตื้น อาจร่วมกับการมีเสียงแหบ หรือเกิดจากสาเหตุการแพร่กระจายของมะเร็งเข้าทางเดินน้ำเหลืองในปอด มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด และเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เกิดการหายใจลำบาก (กรีธา ธรรมคำภีร์, 2550) กลวิธีการจัดการหายใจลำบากจะมีทั้งที่ต้องใช้ยา และการไม่ใช้ยา ดังนี้

2.1 การใช้ยา เพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบาก ได้แก่ ยาที่มีอนุพันธ์ของฝิ่น ยากลุ่ม Corticosteroids ยาคลายกังวล Anxiolytic agent และการรักษาด้วยออกซิเจน

2.1.1 ยาที่มีอนุพันธ์ของฝิ่น (opioid) ซึ่งเป็นยาที่มีหลักฐานสนับสนุนให้ใช้บรรเทา อาการหายใจลำบากได้ดีที่สุด โดยกลไกออกฤทธิ์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าไปลดการรับรู้ อาการ หายใจเหนื่อยหอบ (sensation of breathlessness) ของผู้ป่วย และฤทธิ์ของยาที่ระงับปวด ทำให้อาการปวดบริเวณทรวงอกลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยหยุดหายใจด้วย

2.1.2 ยากลุ่ม Corticosteroids ยาขยายหลอดลม ให้ยา ขยายหลอดลมร่วมกับรังสีรักษาหรือเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการอุดตันของทางเดินหายใจ รวมถึงให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่มีภาวะหลอดเลือดปอดอุดตัน

2.1.3 ยากลยกังวล (Anxiolytic agent) เพื่อลดความวิตกกังวลอันเป็นผลมาจากความรู้สึกหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด โดยที่ยาไม่ได้ ส่งผลโดยตรงที่ปอด แต่ยาช่วยบรรเทาอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย เนื่องจากอาการวิตกกังวลและอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กัน

2.1.4 ดูแลให้ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน เพื่อให้ได้ค่าแรงดันย่อยของก๊าซออกซิเจน (Pao) 55-60 มม.ปรอท และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (O_2 sat) 88 - 90% พยาบาลต้องสังเกตภาวะพร่องออกซิเจน และเฝ้าระวังไม่ให้ปริมาณออกซิเจนสูงเกินไป เพราะอาจเกิดการหายใจล้มเหลวจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่งได้

2.2 การไม่ใช้ยา ได้แก่ การฝึกบริหารการหายใจ เทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสม การสงวนพลังงาน การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลด้านโภชนาการ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายใจเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการหายใจลำบาก ไม่เกิดอาการเหนื่อยล้า ช่วงเวลาให้ความรู้ที่เหมาะสม คือ ขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก รวมทั้งให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการหายใจไปพร้อม ๆ กัน พยาบาลควรชี้แนะให้ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติได้ มีการติดตามให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยเฉพาะผู้ป่วยที่หายใจลำบากเรื้อรัง กิจกรรมประกอบด้วย

2.2.1 ฝึกการหายใจโดยการห่อปาก (Pursed-lip breathing) สามารถลด อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ ซึ่งวิธีการหายใจด้วยวิธีนี้จะช่วยยืดเวลาในการหายใจออกและเพิ่มแรงดันในหลอดลมขณะหายใจออก จึงลดอากาศที่ค้างอยู่ในถุงลมและลดแรงต้านทานการหายใจได้ โดยใช้หลักการหายใจเข้าทางจมูกล้วนแล้วห่อปาก ปลดลมหายใจออกช้า ๆ ไม่ออก แรงขับลมในลักษณะให้ได้ดังใจ อัตราส่วนของเวลาที่ใช้ในการหายใจเข้าต่อการหายใจออกมากกว่า 1: 2 การห่อริมฝีปากขณะหายใจออก ทำให้เกิดแรงดันในทางเดินหายใจเล็ก ๆ มีเวลาถ่ายเทลมหายใจเพิ่มมากขึ้น อากาศที่ค้างคั่งในปอดจึงลดน้อยลง และช่วยลดความดันในทรวงอก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มปริมาตรความจุปอด ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง

2.2.2. สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและลดความวิตกกังวล เช่น การฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ การปฏิบัติสมาธิ ชั่ง โยคะ ฟังเพลง อ่านหนังสือธรรมะ เป็นต้น

2.2.3 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากโดยทั่วไปจะกลัวและวิตกกังวลในการออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงมักจะอยู่ในท่าเดิม ๆ ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งพยาบาลมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำในการช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อบริหารกล้ามเนื้อ โดยแนะนำตั้งแต่ประเภทของการออกกำลังกาย ได้แก่ การยกน้ำหนักเบา ๆ การเดินบนลู่วิ่ง การขึ้นลงบันได การขี่จักรยาน การออกกำลังกายช่วยลดอาการหายใจลำบากและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานประจำวัน

2.2.4 การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่เหมาะสม เพื่อให้กล้ามเนื้อหายใจทำหน้าที่ได้มากที่สุด และใช้แรงในการหายใจน้อยที่สุด ลดอาการหายใจลำบาก โดยการนั่งแล้วโน้มตัวไปข้างหน้าบนหมอนที่วางอยู่โต๊ะ ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น เนื่องจากทำให้ปอดมีการขยายตัว ไม่ถูกกดเบียดของกระบังลม ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น

2.2.5 การสงวนพลังงาน ผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีการสงวนพลังงานคือ มีการวางแผนในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ลักษณะกิจกรรมที่เหมาะสมนั้น หมายถึง กิจกรรมสูงสุดที่ผู้ป่วยกระทำได้ และกิจกรรมน้อยที่สุดที่ผู้ป่วยกระทำได้ และไม่ก่อให้เกิดความไม่สบายต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย พยายามทำกิจกรรมประจำวันในทำนองมากที่สุดเท่าที่ทำได้ เช่น การอาบน้ำ แต่งตัวควรกระทำในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีพลังงานมากที่สุด และการใส่กางเกงก่อนใส่ เสื้อ หรือการนำเก้าอี้ไปไว้ในที่ต่าง ๆ เพื่อใช้นั่งเวลาทำกิจกรรม รวมทั้งหลีกเลี่ยงการยกของหนัก เคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้วิธีการเดินแทนการวิ่ง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ช้า ๆ มีระยะพักร่วมกับการหายใจ โดยกล้ามเนื้อหน้าท้อง เป็นต้น จากการศึกษาของ Connors et al. (2007 อ้างถึงใน ขวัญจิรา ธนอมจิตต์, 2554) ได้นำเทคนิคการสงวนพลังงานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมในการลดอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งชนิดเซลล์เล็ก และชนิดเซลล์ไม่เล็ก จำนวน 169 ราย พบว่า ผู้ป่วยมี อาการหายใจลำบากลดลง

2.2.6 การจัดสิ่งแวดล้อม การสัมผัสอากาศที่เย็นจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิด การระคายเคืองที่ทำให้เกิดอาการไอ และทำให้อาการหายใจลำบากมากขึ้น พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงอากาศหนาวเย็น ลมแรง สวมเสื้อผ้าที่อบอุ่น การจัด สภาพแวดล้อม ที่สะดวกสบายควรเปิดหน้าต่าง หรือการเปิดพัดลมให้มีลมพัดเบา ๆ ผ่านบริเวณใบหน้า เนื่องจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 (Trigeminal

nerve) ที่เป็นตัวรับรู้อาการหายใจลำบากที่ใบหน้า เมื่อมีแรงลมมาจะช่วยลดการกระตุ้นตัวรับรู้การหายใจลำบากบริเวณใบหน้า ทำให้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากลดลง

2.2.7. ด้านโภชนาการ การขาดสารอาหารในผู้ป่วยมะเร็งปอดอาจมีสาเหตุที่คล้ายกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน จากการได้รับเคมีบำบัด (Cleeland, 2000) เนื่องจากการรับประทานอาหารปริมาณมากทำให้พื้นที่ความจุของปอด ลดลง ขัดขวางการเคลื่อนไหวของกระบังลม ทำให้มีการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น และได้รับ ออกซิเจนลดลง ผู้ป่วยจึงรับประทานอาหารได้น้อยลง หากเกิดขึ้นในระยะยาวทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ และเมื่อขาดสารอาหารจะ ส่งผลให้ความยืดหยุ่นของปอดลดลง จะเพิ่มแรงต้านทานในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีการจัดการภาวะโภชนาการ เพื่อให้ระบบหายใจทำหน้าที่ได้ปกติ ซึ่งจะช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการหายใจลำบากได้

2.2.8 คุณแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้ป่วยบางรายมีอาการหายใจลำบากมากขึ้น เนื่องจากเกิดภาวะพร่องออกซิเจนขณะอาบน้ำ ผู้ป่วยจึงมักจะหลีกเลี่ยงการอาบน้ำทำให้ร่างกายขาดความสดชื่น เพื่อร่างกายสะอาดสดชื่น และป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนขณะอาบน้ำ แนะนำให้ญาติดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามความเหมาะสม ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่หายใจลำบากนั้นผู้ป่วยมักจะอ้าปากหายใจ ทำให้เยื่อปากแห้ง ส่งผลให้ไม่สุขสบาย ควรให้ผู้ป่วยแปรงฟัน บ้วนปาก หรือดื่มน้ำ เพื่อให้ช่องปากมีความชุ่มชื้น อีกทั้งควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยบ้วนปากทุกครั้งหลังได้รับยาขยายหลอดลมชนิดสเตียรอยด์ เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราในปาก

3. อาการปวด

ความปวดเป็นความรู้สึกที่รบกวนการทำกิจวัตรประจำวันและการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็ง สาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดเกิดจากก้อนมะเร็ง การรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษา จากการศึกษาของ Cooley et al. (2003 อ้างถึงใน ขวัญจิรา ถนอมจิตต์, 2554)) พบว่าอาการปวดเป็นอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา สำหรับการศึกษาคความชุกของอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความปวดร้อยละ 40 ซึ่งอาการปวดนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งปอดร้อยละ 27 และเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย ๆ ของชีวิตร้อยละ 76 ซึ่งสาเหตุหลักของอาการปวดร้อยละ 73 มาจากตัวโรคมะเร็งเอง และร้อยละ 11 มาจากการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งตำแหน่งอาการปวดที่พบมากที่สุดในการผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ หน้าอกร้อยละ 25 หลังส่วนเอว และ Pancoast's syndrome (นพมาศ พัดทอง, 2554) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากมะเร็งบริเวณส่วนยอดของ

ปวด มีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงทำให้เกิดอาการปวดที่ใหญ่และหนักส่วนบน ร้อยละ 31 การจัดการความปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีด้วยกันหลายวิธีทั้งการใช้ยาและการบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ

3.1 การจัดการความปวดโดยใช้ยา

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างถึงใน Prasongsook, 2016) ได้กำหนดแนวทางการเลือกใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดจากโรคมะเร็งเป็นลำดับขั้นบันได 3 ระดับ (three-step ladder) โดยจำแนกตามความรุนแรงของอาการปวด ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระดับความปวดเล็กน้อย (คะแนน 1-3) ให้ยาแก้ปวดในกลุ่มที่ไม่ใช่ โอปิออยด์ เช่น พาราเซตามอล แอสไพริน และยาแก้ปวดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ขั้นที่ 2 ระดับความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 4-6) ที่ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ หรือใช้ยาในขั้นที่ 1 แล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรือมีอาการปวดเพิ่มขึ้น แนะนำให้ใช้ยาโอปิออยด์ชนิดอ่อน เช่น ทรามาดอล โคเดอีน ร่วมกับยาที่ไม่ใช่โอปิออยด์ และยาเสริม

ขั้นที่ 3 ระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรง (คะแนน 7-10) หรือเมื่อใช้ยาในขั้นที่ 2 แล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดหรือมีอาการปวดเพิ่มขึ้น แนะนำให้ใช้ยาโอปิออยด์ชนิดแรง เช่น มอร์ฟีน เฟนทานิล หรือ Methadone ร่วมกับยาที่ไม่ใช่โอปิออยด์และยาเสริม

3.2 การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การจัดการความปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยา เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ถือเป็นบทบาทอิสระที่สามารถปฏิบัติควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์เพื่อช่วยลดขนาดของการใช้ยาแก้ปวด ลดผลข้างเคียงจากยาแก้ปวดหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามีดังนี้ (กาญจนา เพียรบุญญิต, 2557)

3.2.1 การประคบร้อน-ประคบเย็น การประคบร้อนช่วยทำให้เกิดการขยายตัวของเส้นเลือดและเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ส่วนการประคบเย็นจะช่วยลดการอักเสบและลดการหลั่งสารเคมี เช่น กรดแลคติก โปแตสเซียม อีออน และฮิสตามีน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความปวด

3.2.2 การนวด (Massage therapy) เป็นการปฏิบัติโดยการถูหรือกด ทำให้มีการปิดกั้นหรือยับยั้งกระแสประสาทความปวด จึงไม่มีกระแสประสาทส่งผ่านไปยังสมองทำให้ลดความปวด และเป็นการเพิ่มความทนต่อความปวดทำให้เกิดการหลั่งสารเอนโดรฟินเพื่อไประงับสารสื่อประสาทความปวดที่ไขสันหลัง ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น

3.2.3 การฝังเข็ม (Acupuncture) เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนจีนโบราณ ที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นจุดในร่างกาย โดยใช้เข็มปักผ่านผิวหนังบริเวณจุดที่กำหนดไว้ ซึ่งการฝังเข็มจะช่วยปรับกลไกความปวดภายในโดยการกระตุ้นเส้นประสาทเล็กๆ ในกล้ามเนื้อแล้วส่งสัญญาณประสาทไปยังไขสันหลังผ่านไปยังสมองให้มีการกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ให้เพิ่มการหลั่งสารที่มีคุณ

สมบัติคล้ายมอร์ฟิน คาสทีโคลามีน (catecholamines) และซีโรโตนิน (serotonin) ในพลาสมาและในเนื้อเยื่อสมอง ให้มีการยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ (transmission cell หรือ T cell) จึงทำให้ความปวดลดลง ซึ่งการฝังเข็มสามารถควบคุมทั้งความปวดเรื้อรังและความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้

3.2.4 การฝึกสมาธิ (Meditation) เป็นการฝึกจิตใจให้สงบ ผ่อนคลาย โดยการฝึกบริหารจัดการจิตใจของตนเองให้มีสติรับรู้อยู่กับอริยาบทของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การกำหนดลมหายใจเข้า ออกหรือการมุ่งความสนใจไปที่การยุบพองของหน้าท้อง การทำสมาธิทำให้จิตใจสงบส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างเต็มที่ เซลล์ร่างกายส่วนที่ผิดปกติปรับเปลี่ยนเข้าสู่ภาวะปกติ มีผลเหมือนยาในการทำลายเซลล์มะเร็ง

3.2.5 การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เป็นเทคนิคที่ใช้กระตุ้นความรู้สึกของผู้ป่วยให้เบี่ยงเบนความสนใจจากประสบการณ์ไม่สุขสบายจากความปวด โดยการดึงความสนใจมาสู่สิ่งที่กำลังกระทำอยู่เพื่อเป็นการให้ข้อมูลใหม่เข้าสู่สมองส่วน เรติคูลาร์ ฟอร์เมชัน ทำให้มีความสนใจต่อสิ่งกระตุ้นมากขึ้นและสนใจต่อความปวดลดลง ส่งผลให้การรับรู้ความปวดลดลง นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอนโดฟิน ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้งความปวด จึงทำให้ผู้ป่วยมีความทนต่อความปวดเพิ่มขึ้น การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อบรรเทาความปวดที่พบ เช่น การอ่านหนังสือ การฟังดนตรี การสร้างจินตนาการ หรือการมองภาพธรรมชาติประกอบเสียงเพลง

4. อาการทางผิวหนัง

อาการทางผิวหนัง ผื่นที่พบระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดแบบมุ่งเป้า จะเป็นผื่นแดง หรือผื่นคล้ายสิว ซึ่งมีความแตกต่างจากสิว ทั้งสาเหตุการเกิดและลักษณะทางพยาธิวิทยา ดังนั้นการดูแลรักษาจึงมีความแตกต่างจากสิวทั่วไป ซึ่งแต่ละคนจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เนื่องจากผิวหนังปกติมี EGFR เป็นจำนวนมาก เมื่อยามุ่งเป้ายับยั้ง EGFR จึงมีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ผิวหนังและไม่สามารถคงความชุ่มชื้นไว้ได้ ผิวหนังจะแห้ง คัน มีอาการผื่นแดงหรือผื่นคล้ายสิว มักพบบริเวณหนังศีรษะ หน้า คอ หน้าอก หลัง ผื่นที่เกิดขึ้นจะมีอาการคันเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรงมาก ในกรณีที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น ผิวหนังลอกหรือพุพองมาก อาจจะต้องหยุดรับประทานยาต้าน EGFR และพบแพทย์ทันที เราสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของอาการทางผิวหนัง ตามการประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ตามแนวทางของ National Cancer Institute Terminology Criteria for Adverse Event (CTCAE) version 4.03 ได้ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ระดับความรุนแรงของอาการทางผิวหนัง

ระดับความรุนแรงของอาการทางผิวหนัง			
ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3	ความรุนแรงระดับ 4
- < 10% ของพื้นที่ผิวหนังร่างกาย - อาจไม่พบอาการเจ็บหรือคันใดๆ	- พบ 10-30% ของพื้นที่ผิวหนังร่างกาย - อาจพบอาการเจ็บหรือคันหรือไม่ก็ได้ - อาจทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างไม่ได้	- > 30% ของพื้นที่ผิวหนังร่างกาย - อาจพบอาการเจ็บหรือคันหรือไม่ก็ได้ - ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ - พบการติดเชื้อบริเวณผิวหนังและมีความจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ	- ทั่วร่างกาย - พบการติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่รุนแรงต้องได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ - มีภาวะอื่นๆ ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตร่วมด้วย

แนวทางการจัดการอาการทางผิวหนัง ปฏิบัติดังนี้

1. ใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ทาผิวหนังชนิดครีมหรือขี้ผึ้ง แพทย์อาจแนะนำให้ทานยาหรือมียาอื่น ๆ ร่วมด้วย ขึ้นกับความรุนแรงของอาการทางผิวหนังในขณะนั้น อาจใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานหรือทาผิวหนังในกรณีมีการติดเชื้อร่วมด้วย
2. ทำความเข้าใจว่าผื่นที่เกิดขึ้นไม่ใช่ผิว ดังนั้นไม่แนะนำให้ซื้อยารักษาผิวทาเอง เนื่องจากยารักษาผิวจะยิ่งทำให้ผิวแห้งและกระตุ้นอาการคัน
3. ปกป้องผิวจากแสงแดดโดยหลีกเลี่ยงการโดนแดดที่ร้อนจัด โดยเฉพาะแสงแดดในช่วงเวลา 10 โมงเช้าถึง 4 โมงเย็น และควรทาครีมกันแดดที่มี SPF > 30 และสามารถป้องกันแสงทั้ง UVA และ UVB
4. ควรสวมหมวกและแว่นตากันแดด เพื่อป้องกันแดดบริเวณหัวและใบหน้า หรือสวมเสื้อแขนยาวเวลาออกกลางแจ้ง เพื่อป้องกันการทำลายผิวหนังจากแสงแดด และควรเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สวมใส่ทุกวัน
5. ควรใช้สบู่หรือน้ำยาซักผ้าอย่างอ่อน หลีกเลี่ยงที่มีกลิ่นแรง ควรเลือกใช้สบู่ที่มีน้ำมัน หรือไขมันเป็นส่วนผสม ควรอาบน้ำที่อุณหภูมิธรรมดา ไม่ควรอาบน้ำที่ร้อนเกินไป
6. ควรใช้มอยส์เจอร์เชอร์ชนิดที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ไม่มีน้ำหอมหรือสารกันเสียเป็นส่วนผสมหรือทาโลชั่นบำรุงผิวชนิดที่มีสารก่อภูมิแพ้ต่ำ (hypoallergenic lotion) หรือครีมที่มี

ส่วนผสมของ ยูเรีย ทั้งลำตัวและใบหน้า เพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น โดยเฉพาะบริเวณที่เป็นขุยและผิวหนังหนาขึ้น จะทำให้การเกิดผื่นที่ผิวหนังลดน้อยลง ควรทาผิวหนัง ทั้งลำตัวและใบหน้า ภายใน 15 นาทีหลังอาบน้ำ

7. หลีกเลี่ยงผ้าที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง หรือทำให้คัน เช่น ผ้าขนสัตว์ และใยสังเคราะห์ ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่หลวม หากเกิดอาการคัน แนะนำให้ประคบผ้าเย็นหรือน้ำแข็งบริเวณที่เป็นแทนการเกา เพื่อลดการบาดเจ็บของผิวหนังจากการเกา

8. ควรตัดเล็บให้สั้นและรักษาความสะอาดของมือและเล็บอยู่เสมอ

9. แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้ง/ปรึกษาแพทย์ หากมีอาการดังนี้

9.1 เมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์ทางผิวหนังเป็นครั้งแรก

9.2 หากมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น หรือกระทบการดำเนินชีวิตประจำวัน

9.3 หากอาการไม่ดีขึ้น แม้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

5. อาการท้องเสีย

เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย จากการใช้ยารักษาโรคมะเร็งปอดแบบมุ่งเป้า ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการรุนแรงจนทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำมากและเกิดปัญหาต่อการทำงานของไต ทำให้มีอาการไตวายเฉียบพลันเกิดขึ้นได้ สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของอาการท้องเสียตามการประเมินระดับความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ ตามแนวทางของ National Cancer Institute Terminology Criteria for Adverse Event (CTCAE) version 4.03 ได้ดังตาราง ที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ระดับความรุนแรงของอาการท้องเสีย

ระดับความรุนแรงของอาการท้องเสีย			
ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3	ความรุนแรงระดับ 4
-ท้องเสีย < 4 ครั้งจาก การถ่ายปกติ -ถ่ายเป็นน้ำเพิ่มจาก ปกติเล็กน้อย	-ท้องเสีย 4-6 ครั้งจาก การถ่ายปกติ -ถ่ายเป็นน้ำเพิ่มจาก ปกติปานกลาง	-ท้องเสีย ☐ 7 ครั้งจาก การถ่ายปกติ -ไม่สามารถกลั้นถ่าย อุจจาระได้ -ถ่ายเป็นน้ำเพิ่มจาก ปกติมาก -ต้องเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาล	อาการท้องเสียเป็น อันตรายต่อชีวิต ต้อง ได้รับการรักษาโดย ทันที

มีแนวทางการจัดการอาการท้องเสีย ปฏิบัติ ดังนี้

1. หากมีอาการท้องเสียแพทย์จะทำการสั่งยาแก้อาการท้องเสีย เช่นยา Loperamide 4 mg (2 เม็ด) ทันที หลังจากนั้นรับประทานครั้งละ 2 mg (1 เม็ด) ทุกครั้งหลังท้องเสีย (รับประทานได้ไม่เกิน 16 mg/วัน) จนกว่าอาการท้องเสียจะหายไปนาน 12 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยบางท่านอาจจะได้รับยาแก้ท้องเสียคู่มาด้วยยา รักษาโรคมะเร็งปอดแบบมุ่งเป้าตั้งแต่แรก เวลาเกิดอาการท้องเสียจะได้รับประทานยาได้ทันที และ ในกรณีที่อาการท้องเสียเป็นรุนแรงหรือถ่ายไม่หยุด 2-3 วัน ที่ซึ่งได้รับยารักษาที่เหมาะสมแล้ว ให้รีบ ติดต่อแพทย์ทันที

2. ดื่มน้ำหรือของเหลว ให้มากขณะที่มีอาการท้องเสีย โดยดื่มให้ได้อย่างน้อย 3-4 ลิตรต่อวัน และดื่มน้ำเกลือแร่ (ORS)เสริมด้วย เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

3. รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม ก๋วยเตี๋ยว ก๋วยเตี๋ยว ปลา และไก่ ครั้งละน้อยแต่ บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่สุก ไม่สะอาด อาหารเผ็ดจัดหรือรสจัด อาหารที่ทำให้เกิดลม

4. หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน แอลกอฮอล์ ผลิตภัณฑ์นม ไขมัน ใยอาหาร น้ำส้ม น้ำลูกพรุน ไม่รับประทานยาละลาย ยากวนแพทย์สั่ง

5. อาการท้องเสียอาจทำให้ผิวหนังบริเวณทวารหนักถูกทำลายและมีอาการปวด ควรทำความสะอาดบริเวณทวารหนักด้วยน้ำอุ่นหลังถ่ายเสมอ

6. แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้ง/ปรึกษาแพทย์หากมีอาการดังนี้

6.1 เมื่อมีอาการท้องเสียเกิดขึ้นหลังรับประทานยาด้าน EGFR โดยมีอาการถ่ายเหลว ปริมาณมากโดย มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป

6.2 รู้สึกเพลียมากหรืออาการท้องเสียส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

6.3 มีอาการต่อไปนี้ร่วมกับอาการท้องเสีย: ปวดท้อง หรือ ปวดเกร็งท้อง ไข้ ปัสสาวะมีสี เข้มและมีอาการปัสสาวะน้อยลง รวมทั้งมีอาการซึม สับสน ปวดศีรษะ จากการขาดน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

6.4 ได้รับยารักษาอาการท้องเสียเป็นเวลา 2 วัน แล้วยังถ่ายอุจจาระเหลวตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

6. อาการเยื่อช่องปากอักเสบ

เยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis) เป็นการอักเสบของเยื่อภายในช่องปาก ซึ่งอาจพบ ร่วมกับปากหรือช่องปากเป็นแผลและเจ็บปาก อาจพบเลือดออก บริเวณเหงือกและลิ้น มักพบภายใน 2-4 อาทิตย์แรก ที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคมะเร็งปอดแบบมุ่งเป้า หากอาการรุนแรง แพทย์อาจปรับเปลี่ยน ขนาดยาด้าน EGFR หรือหยุดยาด้าน EGFR แล้วแต่ความรุนแรงของอาการในขณะนั้น

ตารางที่ 2.3 ระดับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

ระดับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ			
ความรุนแรงระดับ 1	ความรุนแรงระดับ 2	ความรุนแรงระดับ 3	ความรุนแรงระดับ 4
-อาการไม่รุนแรง -ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา	-อาการปวดระดับปานกลาง แต่ยังคงสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ - สามารถเปลี่ยนเป็นอาหารชนิดพิเศษ	- อาการปวดรุนแรง รบกวนการรับประทานอาหารปกติ	- อาการปวดรุนแรงมาก เป็นอันตรายต่อชีวิต -ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

แนวทางการจัดการอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ปฏิบัติดังนี้

1. แนะนำให้ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและการอักเสบภายในช่องปากก่อนเริ่มการรักษา
2. ใช้แปรงสีฟันชนิดขนอ่อนนุ่มแปรงฟันและเหงือกเบา ๆ และดูแลรักษาช่องปากอยู่เสมอ
3. กลั้วปากด้วยน้ำเกลือ ทุกครั้งหลังอาหารและก่อนนอน หลีกเลี่ยงน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
4. รับประทานอาหารที่ไม่ร้อนจัด เนื่องจากอาหารที่ร้อนจัดจะระคายเคืองได้
5. จิบน้ำเปล่าบ่อยๆ หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ หรืออาหารที่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น มะเขือเทศ น้ำส้ม หรือมะนาว
6. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เผ็ด เปรี้ยว เค็มจัด รับประทานไอศกรีมเย็นๆหรือน้ำแข็งใส เพื่อเพิ่มความเย็นและชุ่มชื้นให้เยื่อช่องปากได้
7. บรรเทาอาการเจ็บปาก โดย
 - 7.1 ใช้ลิปมัน วาสลีน หรือขี้ผึ้ง ทาริมฝีปากเพื่อป้องกันริมฝีปากแห้งและแตก
 - 7.2 ทำให้ปากชา โดยอมน้ำแข็งหรือประคบก้อนน้ำแข็งเมื่อจำเป็นหรือบ้วนปากด้วยยาชา 2% Lidocaine และ ทาด้วย 0.1% Triamcinolone acetonide
8. แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้ง/ปรึกษาแพทย์หากมีอาการดังนี้
 - 8.1 เมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือมีอาการเจ็บปากที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
 - 8.2 เมื่อได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม แต่อาการปวดยังไม่บรรเทา

7. ขอบเล็บอีกเสบ

เป็นอาการข้างเคียงอีกอย่างหนึ่งที่อาจพบได้จากการทานยา คือ ผิวหนังบริเวณรอบเล็บหรือ จมูกเล็บ เกิดการอักเสบหรือติดเชื้อ โดยจะเกิดทั้งเล็บมือ เล็บเท้า จะมีอาการบวม แดง เป็นแผลแตก แพทย์อาจรักษาโดยใช้ยาครีม หรือพิจารณาใช้ยาปฏิชีวนะ หรือยามาเชื้อทาบริเวณดังกล่าว หรือยา ปฏิชีวนะชนิดรับประทานกรณีที่เกิดการติดเชื้อ

แนวทางการจัดการอาการขอบเล็บอักเสบปฏิบัติ ดังนี้

1. ไม่ควรแกะหนังกำพร้าบริเวณรอบเล็บ หรือดึงผิวหนังรอบเล็บ เนื่องจากอาจเพิ่มความ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2. หลีกเลี่ยงการกัดเล็บหรือการทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณเล็บ

3. ควรตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ แต่ไม่ควรตัดสั้นจนเกินไป และตัดตรงไม่โค้ง เพื่อป้องกัน การเกิดเล็บขบ

4. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารก่อการระคายเคือง เช่น ผงซักฟอก

5. หากต้องสวมใส่ถุงมือ ให้ใช้ชนิดที่ทำจากผ้าฝ้าย

6. พยายามทำให้มือและเท้าให้แห้งอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงการโดนน้ำ หรือแช่น้ำเป็น เวลานาน

7. แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้ง/ปรึกษาแพทย์ หากมีอาการดังนี้

7.1 เมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือมีปัญหาเกี่ยวกับเล็บมากจนกระทบการดำเนิน ชีวิตประจำวัน

7.2 มีอาการอักเสบ บวม แดง รุนแรงหรือมีหนองเกิดขึ้นบริเวณรอบจมูกเล็บ

7.3 หากอาการไม่ดีขึ้น แม้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน (2539) ให้ความหมาย ว่าคุณภาพ หมายถึง ลักษณะ ความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนคำว่าชีวิตให้หมายความถึงความเป็นอยู่อัน ตรงข้ามกับ ความตาย แต่มิได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนั้นสรุปได้ว่า คุณภาพ ชีวิตหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ของบุคคลขณะมีชีวิตอยู่

Aaronson (1988) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจของ บุคคลที่ครอบคลุมผ่านความสามารถในการดำรงบทบาท 5 ด้าน คือ บทบาทด้านร่างกาย บทบาทด้านหน้าที่ บทบาทด้านการรับรู้ บทบาทด้านอารมณ์ และบทบาทด้านสังคม

Hanuchururakul (1988) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความผาสุก (Well-being) ความสุข (Happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) แม้ในขณะที่บุคคล อยู่ในภาวะเจ็บป่วย และได้รับผลกระทบจากการรักษา

Padilla & Grant (1985) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต ที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยประเมินจาก ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความคิดคำนึงเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม การตอบสนองต่อการวินิจฉัย และการตอบสนองต่อการรักษาทางโภชนา

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิตและประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลรวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

Ferrell et al. (1998). ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตว่า ความรู้สึกถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ในชีวิต ที่ประกอบไปด้วยความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

Cella et al. (2002) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพว่า เป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ ไม่ให้ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษา ที่เกี่ยวข้องกับ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคม และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม

โดยสรุป ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจความสุขในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ที่ผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านร่างกาย ด้านหน้าที่ ด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม แม้ในขณะที่บุคคลนั้นๆ ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษา

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์ที่มีความซับซ้อนหลายมิติ หรือมีหลายองค์ประกอบ (multidimensional) มิได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่งร่วมกัน โดยนักวิชาการ

ได้จำแนกองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHOOL Group, 1996 อ้างถึงใน ฉลาด แสงอาทิตย์ 2546) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (physical domain) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบาย ความรู้สึกมีพลัง ความรู้สึกอ่อนล้า การนอนหลับและการพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีในด้านความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายทั่วไปของตนเอง

3. ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (level of independence domain) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์ และความสามารถในการทำงาน

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship domain) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม และการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านร่างกาย สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการทางสุขภาพและสังคม แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนหย่อนใจ หรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ เสียง การจราจร สภาพภูมิประเทศ

6. ด้านจิตวิญญาณ (spiritual domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางจิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อ Padilla and Grant (1985) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well being) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำงาน และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจ ในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตทั่วไป

3. ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image concerns) ได้แก่ การยอมรับสภาพร่างกายของตนเอง ความสามารถในการปรับตัวและความสามารถในการมีชีวิตร่วมกับอาการของโรค

4. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ การรับรู้อาการต่าง ๆ ที่เกิด จากการรักษา และสามารถปรับตัวรับสภาพอาการที่จะเกิดขึ้นได้

5. การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่เพียงพอ

6. ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ปฏิกริยาจากบุคคลในสังคม ความกลัวการปฏิเสธจากสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Aaronson (1988) ซึ่งกล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงใจของบุคคลในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติ หรืออาจใช้ความหมายเดียวกับความผาสุกก็ได้ ในด้านการให้ความหมายคุณภาพชีวิตของมะเร็งวิทยานั้น โดยปกติจะอธิบายองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผ่านความสามารถในการทำหน้าที่ 5 ด้าน ดังนี้

1. การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Function) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องออกแรง ความสามารถในการเดินไม่ว่าจะไกลหรือใกล้ การจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ อยู่คนเดียวหรือเก้าอี้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่นการรับประทานอาหารแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำ

2. การทำหน้าที่ด้านบทบาท (Role function) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ เช่น ความสามารถในการการทำงานหรือการทำกิจวัตรประจำวันรวมถึงความสามารถในการทำงานอดิเรกและกิจกรรมยามว่างต่าง ๆ

3. การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ (Cognitive function) หมายถึง ความสามารถในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์หรือดูโทรทัศน์รวมถึงความสามารถในการจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้โดยไม่มีปัญหา

4. การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (Emotional function) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านอารมณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกต่าง ในชีวิตในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา เช่น ความรู้สึกตึงเครียด ความรู้สึกกังวล อารมณ์หงุดหงิดและความรู้สึกซึมเศร้า

5. การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social function) หมายถึง เป็นการทำหน้าที่ด้าน สังคมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เช่น การได้รับผลกระทบจากการรักษาหรือสภาพร่างกายที่เป็นโรคต่อการทำหน้าที่ด้านชีวิตครอบครัว รวมถึงความสามารถของบุคคลที่จะออกไปทำกิจกรรม ทางสังคมต่าง ๆ ร่วมกับบุคคลอื่น

แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยควรประเมินด้วยตนเองเพื่อจะได้ทราบถึงคุณภาพชีวิตที่แท้จริง การประเมินคุณภาพชีวิตจำเป็นที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องมีความรู้และให้ความสนใจ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและต้องให้การดูแลให้ครบทุกด้านและเป็นองค์รวม เพื่อจะได้ใช้ข้อมูลเหล่านี้ให้เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตมีอยู่มากมาย ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมตรงกับวัตถุประสงค์ในการที่จะวัด และต้องสะท้อนสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการใช้ประโยชน์จากข้อมูลนั้น จากการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ที่สะท้อนมิติคุณภาพชีวิต สามารถจัดประเภท ตามกลุ่มประชากร โดยแบ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป และแบบเฉพาะกับโรคหรือภาวะ สุขภาพใด ภาวะหนึ่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (General quality of Life measures) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป (generic Instrument) ออกแบบมาเพื่อให้ใช้ได้กับทุกกรณี สามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตได้ในผู้ป่วยทุกโรค และสามารถใช้ในคนปกติที่มีสุขภาพดีได้ด้วย คำถามของแบบประเมินนี้จึงมีลักษณะเป็นกลางๆ ที่ไม่เจาะลึกในแต่ละด้าน เพื่อให้สามารถใช้ได้กับทุกสถานการณ์ ข้อดี ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือสามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่างๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ ได้ ข้อเสียคือมีความไว (responsiveness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเครื่องมือเหล่านี้ไม่มีความ เฉพาะเจาะจงต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง ตัวอย่างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบ ทั่วไป เช่น

1.1 Short For Health Survey-36 (SF-36) เป็นหนึ่งเครื่องมือประเมิน คุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware et al (1992) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ คุณภาพชีวิตของบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 8 มิติ มี ทั้งหมดรวม 35 ข้อ คือ Physical Functioning (PF), Role Limitations due to Physical problems (RP), Social Functioning (SF), Role Limitations due to Emotional problems (RE), Bodily Pain (BP), General Mental Health (MH), Vitality (VT) La General Health Perceptions (GH) รวมทั้งคำถามเปรียบเทียบสุขภาพ (Reported Health Transition) อีก 1 ข้อ รวมทั้งสิ้น

36 ข้อ แต่ละคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะ สุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และตัวเลือก ตอบแต่ละคำถามเป็นแบบ Likert Scale คะแนนของแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 ความหมายของคะแนนสูงคือการมีสุขภาพดี คะแนนต่ำแสดงถึง ระดับสุขภาพที่ด้อยกว่าหรือแย่กว่า นอกจากนี้ยังสามารถรายงานคะแนนออกมาเป็นคะแนนรวมทางด้านร่างกาย (Physical component score) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (Mental component score) โดยคิดเป็น norm-based score ในรูปค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไปอยู่ที่ 50 ± 10 คะแนน

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of life Questionnaires) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินค่าการรับรู้ในเรื่องคุณภาพ ชีวิตของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ซึ่งสามารถช่วยแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และสามารถบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ว่าการรักษาได้ผลดี ข้อจำกัดของแบบประเมินชุดนี้คือสามารถใช้ได้กับประชากร บางกลุ่มที่ยังไม่เป็นโรค เนื่องจากเป็นลักษณะคำถามทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF มีองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนยิ่งสูงหมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตยิ่งดี

1.3 แบบสอบถามเฉพาะเจาะจงกับโรค (Disease Specific instrument) แบบสอบถามชนิดนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรค ภาวะ หรือการรักษานั้นๆ โดยตรง ผลที่ได้จะมีความแตกต่างกันทำให้เป็นแบบสอบถามที่มีความไวในการวัดความแตกต่างหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ให้ในโรคนั้นๆ อย่างไรก็ตามเนื่องจากแบบประเมินในกลุ่มนี้ออกแบบมาให้มีความเฉพาะในแต่ละกรณี ทำให้ข้อมูลที่ได้จากแต่ละแบบสอบถามมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ซึ่งข้อเสียที่ตามมาคือ ไม่สามารถนำผลที่ได้จากแบบสอบถามที่ต่างกันมาเปรียบเทียบกันได้ แม้จะวัดในกลุ่มประชากรเดียวกัน (Testa & Simonson, 1996) ซึ่งแบบสอบถามประเภทนี้ มีการแบ่งเป็นประเภทย่อยๆ ดังนี้ แบบสอบถามที่ใช้เฉพาะกลุ่มประชากร เช่น เด็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุ แบบสอบถามเฉพาะโรค เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ตัวอย่างของเครื่องมือประเภทนี้ เช่น

1.3.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นจากผู้ป่วยมะเร็งของ Padilla & Grant (1985) นำมาแปลและปรับให้เข้ากับผู้ป่วยมะเร็งในวัฒนธรรมไทย โดยสมจิต หนูเจริญกุล มีจำนวน 19 ข้อ วัดการรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ ปฏิกริยาตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วน ประเมินค่าเชิงเส้นที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร คะแนนถึงหมายถึง การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี

1.3.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy General: FACT-G) สร้างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella et al. (1993) เป็นแบบประเมินการรับรู้ความผาสุก ประกอบด้วย 4 ด้านคือ ความผาสุก ด้านอารมณ์ ด้านการทำหน้าที่ ด้านร่างกาย และด้านสังคม มีจำนวนข้อคำถาม 27 ข้อ ลักษณะการเลือกตอบใช้การประเมินค่า 5 ระดับ รวมคะแนนรายด้านและคะแนนรวมทุกข้อ คะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 466 ราย ผลการทดสอบคุณสมบัติด้านความเที่ยงพบว่ามีค่า สัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ในระดับดี ($\alpha=0.89$) ส่วนมิตย้อยอยู่ใน ระดับปานกลางถึงดี ($\alpha=0.65-0.82$) ความเที่ยงของแบบทดสอบอยู่ในระดับดี ($r = 0.92$) วรชัย รัตนธรราร แม้นมนา จิระจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล (2544) นำมาแปลและทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งคนไทย 364 รายพบว่า FACT-G ฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงอยู่ในระดับดี ($\alpha=0.75 -0.90$)

1.3.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ C-30 (European Organization for Research and Treatment in C) ancer Quality of Life Questionnaire) ของ Aronson et al. (1994) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย แปลและพัฒนาโดย Silpakit et al. (2006) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นแบบประเมินที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลักคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของบุคคล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยการประเมิน 3 ส่วน ได้แก่ 1) การประเมินบทบาทหน้าที่ 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คือ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านสังคม 2) การประเมินกลุ่มอาการ 3 กลุ่ม คือ อาการอ่อนเพลีย อาการปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียน และการประเมินอาการเดี่ยว 6 อาการ ประกอบด้วยอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะ คือ เหนื่อยล้า หายใจลำบาก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ท้องผูก และถ่ายเหลว รวมถึงการประเมินสถานะทางการเงินของผู้ป่วยที่เป็นจากตัวโรคและการรักษา จำนวน 13 ข้อ ตั้งแต่ข้อที่ 1-28 จะมีลักษณะของข้อคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ โดยมี

เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มีเลย ไปจนถึง 4 หมายถึง มากที่สุด 3) การประเมินสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-7 ซึ่ง 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่แย่มาก ไปจนถึง 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพ ที่ดีเยี่ยม มีการแปลคะแนนของแต่ละข้อเป็น 100 คะแนน จึงมีค่าคะแนนรวม 0-100 คะแนน ซึ่งคะแนนที่มากหมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ดี และคะแนนที่น้อย หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำ

แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและมีการแปลใช้มากกว่า 60 ภาษา (EORTC Quality of Life Group et al., 2007) รวมทั้งมีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว โดยได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น 310 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า 0.70 และทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยวิธีการวิเคราะห์ Multitrait method ซึ่งพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของทุกข้อมีความครอบคลุมและมีอำนาจในการจำแนกที่เป็นมาตรฐาน (Silapakit et al., 2006)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต The European Organization for Research and Treatment in Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ C-30) ของ Aaronson (1994) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย Silapakit et al. (2006) เนื่องจากเครื่องมือนี้ มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือซึ่งมีการแปล ใช้แล้วมากกว่า 60 ภาษา (Koller et al., 2007) ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น 310 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมากกว่า 0.70 และทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยวิธีการวิเคราะห์ Multitrait method พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของทุกข้อมีความครอบคลุมและมีอำนาจในการจำแนกที่เป็นมาตรฐาน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อภิรดี ลดาวัลย์ (2547) ศึกษาอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง ในแต่ละระยะความรุนแรงของโรค (cancer staging) และระยะการดำเนินของโรค (trajectory phasing) ร่วมกับการศึกษาประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก (ความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน) ตามระยะความรุนแรงของโรค และระยะการดำเนินของโรคมะเร็ง พบว่า อาการที่พบในลำดับต้นๆ ของทุกระยะความรุนแรงของโรคและระยะ

การดำเนินของโรค คือ 1) อาการปวด / เจ็บ 2) ริมฝีปาก/คอ/ น้ำลายแห้ง 3) เพื่อย/ไม่มีแรง/เหนื่อยง่าย 4) เบื่ออาหาร และ 5) เบื่อหน่าย/ท้องแสบ/ไม่มีกำลังใจ ส่วนประสบการณ์การจัดการกับอาการของผู้ป่วย โรคมะเร็งได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เช่น บริโภคเครื่องดื่มเพิ่มมากขึ้น รับประทานอาหารเหลว/อาหารเสริม 2) การใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น รับประทานยาแก้ปวด รับประทาน ยาแก้ไอ 3) ใช้วิธีการผ่อนคลาย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ฟักผ่อน นอนหลับ 4) ใช้ยาแผน โบราณหรือสมุนไพร โดยการบริหาร เช่น ยาลม น้ำผึ้ง น้ำมะนาว โดยผู้ป่วยเชื่อว่า การปฏิบัติ กิจกรรมดังกล่าวช่วยให้อาการดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ และผู้ป่วยเป็นผู้จัดการกับอาการด้วยตนเอง และ ปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน เป็นเวลาที่แน่นอน โดยมีการรับรู้ผลลัพธ์ของกสนจัดการกับอาการของโรคมะเร็ง เป็นไปในทางที่ดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ

ณัฐนันท์ เกตุภาค (2554) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และ การปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยที่มีอายุ 18-60 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 รายโดยจับคู่ในเรื่องอายุ ระดับการศึกษาและหอผู้ป่วย โดยกลุ่ม ทดลองได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูล ทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบบันทึกการสังเกตและแบบสอบถามการปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับ ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.40 คะแนน เป็น 15.72 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 7.16 คะแนน หลังได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้น 18.28 คะแนน เป็น 25.32 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มี ค่าเฉลี่ย 18.80 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การให้ข้อมูล โดยสื่อวีดิทัศน์มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถูกต้อง เพิ่มขึ้น

ศรวิภา ธรรมรักษ์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อ ความรู้และการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะหอ ผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง

ทดลอง (one group pre-post test) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการจัดการตนเองหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะในผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต แบบประเมินความรู้ เรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ แบบประเมินการจัดการตนเองหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจในการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจัดการตนเองได้ถูกต้องร้อยละ 90% และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80 ถึงร้อยละ 93.3)

ไพรัตน์ สุกระสร (2561) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทวารเทียม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลผ่านไลน์เป็นรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่ำกว่าก่อนให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัชมาศ ไทยเล็ก (2562) ศึกษาผลของโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งอายุ 7-12 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากที่พัฒนาภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และคะแนน

เฉลี่ยอันดับการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ในวันที่ 7, 14 และวันที่ 21

ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแอ่งแกว่งและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมารับการตรวจ ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 39 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายแอ่งแกว่ง และการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตนด้วยแอปพลิเคชัน LINE ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายแอ่งแกว่งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน

ธมลวรรณ ศรีกลิ่น (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันต่อความรู้การใช้ยาสูดและการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 64 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่าน สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิด IMB Model ประเมินผลการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืดตามเกณฑ์ของ Global Initiative for Asthma guideline มีระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน มีคะแนนความรู้โรคหืด คะแนนความถูกต้องของการใช้ยาสูด และการควบคุมอาการโรคหืดดีกว่ากลุ่มควบคุม และดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01 ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน มาใช้ควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการได้ไม่ดีที่มาติดตามการรักษา เพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ส่งเสริมทักษะและความสม่ำเสมอในการใช้ยาสูด

เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง (2563) ศึกษาผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชัน เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านคำกลิ้ง หมู่ 3 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านจั่น อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี จำนวน 54 คน จากผลสัมฤทธิ์มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 20 คน จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (ผู้ป่วยที่ใช้แอปพลิเคชันเป็น) จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม (ผู้ป่วยที่ใช้แอปพลิเคชันไม่เป็น) จำนวน 10 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ คือ การไม่ควบคุมอาหาร ค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษา สำหรับผลการใช้สื่อแอปพลิเคชัน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้สื่อแอปพลิเคชัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ผลค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับในยุคไทยแลนด์ 4.0 นี้ แอปพลิเคชันความรู้จึงเหมาะในการช่วยทบทวนหรือเพิ่มความรู้ในการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

วนิสา หะยิเชะ, นุจรี ไชยมงคล, อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ และมยุรี ยี่ป่าโล๊ะ (2564) ศึกษาผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ 2) การออกแบบและพัฒนารูปแบบความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน 3) การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล 4) การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบแอปพลิเคชัน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม ประกอบด้วย การดูแลทารกให้เป็นมุสลิมที่สมบูรณ์ การดูแลทารกด้วยโภชนาการที่สะอาดและมีประโยชน์ และการดูแลทารกให้มีความผูกพันกับพระเจ้า ภายหลังได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน มารดามีความรู้มากกว่าก่อนการได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ พยาบาลและมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด มีความพึงพอใจต่อการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน โดยรวมอยู่ระดับมาก ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า บุคลากรด้านสุขภาพ ควรข้อมูลความรู้ที่เป็นรูปแบบแอปพลิเคชัน ซึ่งเป็นอีกทางเลือกที่สะดวก ง่าย ทันยุคทันสมัย และมารดาสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง พยาบาลและมารดาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตามวิถีมุสลิม

ประดิษฐ์ ปฐวิศรีสุธา (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คนและกลุ่มควบคุม 32คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งประยุกต์จากกรอบแนวคิด IBM Model ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาด้านวัณโรคในสัปดาห์ที่ 6 เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาด้านวัณโรคในสัปดาห์ที่ 1 ($p < .05$)

กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ มนัสนันท์ พรหมศรี และชรินทร์พร มะชะรา (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอกเคานท์สำหรับมารดาในการให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดทุกคนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอกเคานท์ประกอบด้วยวิดีโอ 7 เรื่อง และแผ่นภาพอินโฟกราฟิกให้ความรู้มารดาให้ข้อมูลผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ฯ แบบออนไลน์ และการให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ตลอด 24 ชั่วโมงผ่านช่องทางแชทหลังใช้รูปแบบฯ มารดามีความมั่นใจมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

Karaaslan-Eser & Ayaz-Alkaya. (2021) ศึกษาผลการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนต่อความร่วมมือในการรักษาและการจัดการอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน จำนวน 84 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 42 รายกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน และอาการเฉพาะที่อาจเกิดขึ้น ให้จดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และความรุนแรงของอาการ และอ่านคำแนะนำการจัดการอาการต่าง ๆ ผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเคมีบำบัดชนิดรับประทานหลังการทดลองในเดือนที่ 1 ระยะติดตามในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการระยะติดตามในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ภายในกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองในเดือนที่ 1

Çinar et al. (2021) ศึกษาผลของการฝึกอบรมโดยใช้แอปบนโทรศัพท์มือถือในการดูแลช่วยเหลือต่อคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่กำลังได้รับการรักษาเสริมด้วยฮอร์โมน จำนวน 64 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 31 ราย และกลุ่มทดลอง 33 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการฝึกอบรมการใช้แอปบนโทรศัพท์มือถือในการดูแลช่วยเหลือประกอบด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วยบนแอปโทรศัพท์มือถือ และแอปพลิเคชันการจัดการบนเว็บ โดยให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคำแนะนำเรื่องโรคมะเร็งเต้านม อาการ และการดำเนินชีวิต (โภชนาการ ที่เพียงพอและสมดุล การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Handa et al. (2020) ศึกษาผลของการใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดสูตร taxane-based chemotherapy ร่วมกับ anthracycline-based ที่ประเทศญี่ปุ่น จำนวน 102 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 52 ราย และกลุ่มทดลอง 50 ราย กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และการบันทึกอาการต่าง ๆ ด้วยตนเอง กลุ่มทดลองได้รับการบันทึกความรุนแรงของอาการต่าง ๆ จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดโดยใช้แอปพลิเคชันระบบการสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่านสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์ส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลข้างเคียง และความร่วมมือในการใช้แอปพลิเคชันก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 4 คอร์ส ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนผ่านการใช้แอปพลิเคชันมีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่ำกว่าและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงมีการบันทึกความรุนแรงของอาการจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด จำนวน 1,867 ครั้ง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการรายงานอาการระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำทั่วไปมีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

Huang et al. (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาผ่านทางเว็บไซต์ต่อคุณภาพชีวิตและความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ขนาดเล็กระยะลุกลามที่ได้รับการ

วินิจฉัยเบื้องต้น โดยใช้การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กระยะลุกลามที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะ IIIa, IIIb, หรือ IV ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 28 ราย และกลุ่มทดลอง 27 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการผ่านทางเว็บไซต์ กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินอาการ ความสามารถในการจัดการอาการด้วยตนเอง 2) ให้ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งระยะของโรคและการรักษา 4) ให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการ โดยเฉพาะอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสีรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ การติดเชื้อ อาการทางผิวหนัง เยื่อช่องปากอักเสบ ความไม่สบายของระบบทางเดินอาหาร 5) การดูแลแบบประคับประคอง เช่น การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ อธิบายแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งปอด และ 6) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามในสิ่งที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตและความทุกข์ทรมานจากอาการก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเดือนที่ 1, 2, และ 3 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตมิติทางอารมณ์เพิ่มขึ้น และมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่มีมิติทางกาย มิติทางบทบาท/การทำงาน มิติด้านการรับรู้ และมิติทางสังคมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 3

การดำเนินการ

การดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยการใช้สื่อการสอนรูปแบบวีดิทัศน์ เพื่อจัดการกับอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ผ่านทาง แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็คมุ่งเป้า ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

การวิเคราะห์ปัญหา

ห้องตรวจมะเร็งวิทยาเป็นห้องตรวจโรคเฉพาะทางอายุรกรรม ตั้งอยู่ที่ อาคารทีปังกรรัศมีโชติ ชั้น 3 โดยมีคลินิกออกตรวจทุกวันจันทร์ ถึงวันพฤหัสบดี เวลา 8.00 –15.00 น. มีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน พยาบาลจ้างจากบุคคลภายนอก 1 คน (ปฏิบัติงานเฉพาะวันจันทร์ถึงวันพุธ) ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Solid tumor) ทุกชนิดที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (ยกเว้นโรคมะเร็งเม็ดเลือด) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยวันละ 100-150 คนต่อวัน กลุ่มโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งศีรษะและลำคอ และมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี ตามลำดับ (โรงพยาบาลวชิรพยาบาล หน่วยมะเร็งวิทยา, 2565) จากสถิติโรคมะเร็งรายใหม่ที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจมะเร็งวิทยาพบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดรายใหม่มาใช้บริการตั้งแต่ปี 2563-2565 จำนวน 171, 178 และ 197 ตามลำดับโดยพบมากเป็นลำดับที่ 2 ของโรคมะเร็งทั้งหมด และมีแนวโน้มของโรคมะเร็งปอดเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมากกว่า ร้อยละ 80 ที่มาพบแพทย์ก็มีการกระจายของโรคแล้ว โดยการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดยังคงเป็นมาตรฐานหลัก แต่ด้วยในปัจจุบันวิวัฒนาการในการรักษาโรคมะเร็งปอดถูกพัฒนาและก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษามะเร็งปอดด้วยยาเม็คมุ่งเป้า ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษา ผู้ป่วยที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR-TKI ได้เข้ามามีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดมากขึ้น เนื่องจาก ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ทุกสิทธิการรักษา อีกทั้งเป็นยาด้านมะเร็งชนิดเม็ดรับประทานที่สะดวกในการรักษาและช่วยเพิ่มระยะเวลาในการรอดชีวิต

ถึงแม้ว่ายาในกลุ่มนี้จะมีผลข้างเคียงโดยรวมน้อยกว่ายาเคมีบำบัด แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้การรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ยาในการรักษานาน จึงมีโอกาที่จะเกิดผลข้างเคียงหลายอย่างที่จะกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัว และป้องกันความรุนแรงของผลข้างเคียงนั้น จากการสอบถามผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้า ตั้งแต่ วันที่ 1 สิงหาคม 2564 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 จำนวน 10 ราย

พบว่ามีปัญหาจากผลข้างเคียงจากการใช้ยาฆ่าเชื้อ จำนวน 2 ราย คือ มีอาการถ่ายเหลวติดต่อกัน 1 อาทิตย์ 1 ราย และมีอาการท้องอืดท้องบวม น้ำตาไหล แต่การมองเห็นชัดเจน 1 ราย โดยไม่ทราบว่าเป็นผลข้างเคียงจากยาฆ่าเชื้อที่รับประทานและไม่แน่ใจว่าสามารถมาพบแพทย์ก่อนนัดได้หรือไม่ นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ทำ Rapid Assessment จากการประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อกลุ่มนี้ ด้วยแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากผู้มารับบริการ มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3.1 ตารางแสดงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาฆ่าเชื้อ

ข้อ	ความต้องการของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1	วิธีการรับประทานยาฆ่าเชื้อ	5	50
2	ผลข้างเคียงของยาฆ่าเชื้อ	10	100
3	คำแนะนำการปฏิบัติตัว	10	100
4	สมุด คู่มือ หรือเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัวหลังทานยา	10	100
5	ช่องทางการติดต่อเวลามีปัญหา	8	80
6	อื่นๆ เช่น ข้อมูลโรคและการรักษา ข้อควรระวังต่าง ๆ อาหารที่ควรรับประทาน	6	60

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากแบบสอบถาม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความต้องการทราบถึงผลข้างเคียงและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ต้องการสมุด คู่มือ หรือเอกสารแนะนำ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ช่องทางการติดต่อเมื่อมีปัญหาหรือต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม ร้อยละ 80 ผู้ป่วยบางรายไม่เคยทราบว่า มียาต้านมะเร็งชนิดเม็ดที่สามารถรักษาโรคมะเร็งปอดได้ และไม่เคยทราบว่า มีผลข้างเคียงอย่างไรและต้องดูแลตนเองต่อเนื่องอย่างไร สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการได้รับ คือความรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติจากโรคและจากภาวะแทรกซ้อน วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคและข้อควรระวัง รวมถึงมีความต้องการช่องทางในการขอความช่วยเหลือ คำแนะนำเมื่อพบกับปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ เมื่อกลับไปที่บ้านแล้ว แต่เนื่องด้วยพื้นที่ที่ให้การดูแลและข้อจำกัดจำนวนบุคลากรที่ให้บริการมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล อีกทั้งต้องหมุนเวียนกันรับผิดชอบงานหลายหน้าที่ จึงทำให้การให้ข้อมูลและความรู้กับผู้ป่วยและญาติต้องเป็นไปด้วยความเร่งรีบ มีเวลาจำกัด ทำให้ไม่เต็มที่ ไม่มีคู่มือหรือสื่อการสอนที่สามารถให้ผู้ป่วยนำกลับไปอ่านเพิ่มเติมหรือทวนซ้ำที่บ้านได้ การจดจำข้อมูลผู้ป่วยบางท่าน

มากคนเดียว สูงอายุ จำได้ไม่หมด ลืมง่าย จากปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มะเร็งปอดกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาจึงนำมาวิเคราะห์ในรูปแบบของ SWOT analysis ดังต่อไปนี้

S = strengths

- หน่วยงานเป็นส่วนหนึ่งของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมัย มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคมะเร็งให้การดูแลและเข้าถึงได้
- บุคลากรมีศักยภาพ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ สามารถทำงานร่วมกันอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ
- บุคลากรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนา มุ่งเน้นคุณภาพ ผู้รับบริการ และการทำงานเป็นทีม คำนึงถึงความเสี่ยงและความปลอดภัย

W = weakness

- จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด ทำให้ต้องเว้นระยะห่าง และสื่อสารภายใต้หน้ากาก ทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจน ต้องใช้เวลานาน
- จำนวนผู้มารับบริการมีจำนวนมากขึ้นทั้งจากการส่งต่อจากสิทธิ์ประกันสังคมโรงพยาบาลคู่สัญญาและนโยบายมะเร็งรักษาที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (Cancer Anywhere) ส่งผลให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำและการให้ข้อมูลจากบุคลากรต้องเป็นไปด้วยความเร่งรีบ รายละเอียดที่สำคัญอาจได้รับไม่ครบถ้วน
- ไม่มีสมุดคู่มือในการให้คำแนะนำการใช้ยาต้านมะเร็งแบบมุ่งเป้า เนื่องจากเป็นยาใหม่ ที่ได้รับการพัฒนาและทำการศึกษาวิจัยทางคลินิกจากต่างประเทศและในประเทศไทยเพิ่งเริ่มมีการใช้ยา และการเข้าถึงยากกลุ่มนี้มาไม่นาน
- บุคลากรมีหลายหน้าที่ ส่งผลให้การอธิบายมีเวลาจำกัด ไม่สามารถให้คำแนะนำ รายละเอียดตามที่ผู้ป่วยต้องการได้ครบถ้วน

O = opportunities

- จากการที่หน่วยงานอยู่ในเขตเมือง ทำให้เกิดการพัฒนา การบริการด้านเวชศาสตร์เขตเมือง โดยการใช้ Digital เป็นจุดเน้นของคณะแพทยศาสตร์ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ให้บุคลากรเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก

- ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาการใช้เทคโนโลยี การสื่อสารต่าง ๆ Application Line เป็นความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงแหล่ง เรียนรู้และข้อมูลได้ด้วยตนเอง เป็นโปรแกรมที่ใช้งานได้ง่าย สะดวก สามารถติดต่อ ติดตาม ให้คำปรึกษาได้

T = threats

- ผู้ป่วยสูงอายุ มากคนเดียวไม่มีญาติ ต้องอธิบายหลายครั้ง บางครั้งมีปัญหาด้านการฟัง การรับรู้ ลืมง่าย และบางรายต้องการได้รับข้อมูลและต้องการคำแนะนำที่เฉพาะ
- สถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการปฏิบัติงาน ยึดหลักไม่ให้เกิด ความแออัดของจุดบริการต่าง ๆ และเว้นระยะห่าง มีผลต่อการสื่อสาร
- สื่อสังคมออนไลน์ที่รวดเร็ว ทำให้เกิดความเข้าใจผิดของข้อมูลทางการแพทย์ ที่มาจากแหล่ง ที่ขาดความน่าเชื่อถือ เช่น Fake New

จากการทำ SWOT analysis วิเคราะห์ปัญหาและสรุปได้ว่า บุคลากรมีศักยภาพ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และความมุ่งมั่นในการพัฒนา สามารถทำงานร่วมกันอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ คำนึงถึงความเสี่ยงและความปลอดภัย และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ในสถานการณ์ที่โลกมี เปลี่ยนแปลงด้วยโรคอุบัติใหม่และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ และพัฒนา การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารต่าง ๆ application line เป็นช่องทางหนึ่งที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงแหล่ง เรียนรู้และข้อมูลได้ด้วยตนเอง เป็นโปรแกรมที่ใช้งานได้ง่าย สะดวก สามารถติดต่อ ติดตาม ให้คำปรึกษาได้ ทางผู้ศึกษาจึงมีการปรับแนวทางการให้คำแนะนำในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยามุ่งเป้าด้วย การพัฒนาสื่อการสอนเป็นคลิปวิดีโอพร้อมเอกสารประกอบคำบรรยาย เรื่อง โรคมะเร็งปอด อาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ที่จำเป็นและ ทวนซ้ำได้หลายรอบ อีกทั้งเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ในการจัดการอาการรวมทั้งสามารถพูดคุยได้ตอบ หรือสอบถามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและ การติดตามผู้ป่วยทางแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อกลับบ้านได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการข้างเคียง ลดความรุนแรงและผลกระทบจากอาการข้างเคียงจากการรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

พัฒนาคุณภาพงาน

จากการวิเคราะห์สาเหตุและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยามุ่ง เป้า พบว่าปัญหาเกิดทั้งจากผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสุขภาพในหน่วยงานจึง

ได้ปรับแนวทางการให้คำแนะนำในการจัดการกับอาการข้างเคียง เพื่อเป็นไปในทิศทางเดียวกันด้วยการนำจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา มาวิเคราะห์ใช้ในการวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่พบ ด้วยสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ COVID 19 ทำให้ต้องเว้นระยะห่าง และสื่อสารภายใต้หน้ากาก ทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจน ต้องใช้เวลานาน อีกทั้งความคาดหวังของผู้รับบริการในปัจจุบันต้องการได้รับการบริการที่ดี เอาใจใส่ และต้องการข้อมูลที่ชัดเจน แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรที่มีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่เพิ่มขึ้น การขาดการเชื่อมโยงระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย จึงต้องนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการสื่อสารแบบไร้รอยต่อให้ความรู้ในด้านการจัดการอาการ และการปฏิบัติตัวผ่านทาง แอปพลิเคชันไลน์ รวมทั้งยังสามารถเป็นการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน สามารถตอบข้อสงสัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และติดตามร่วมด้วยได้ ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาสื่อการสอนเป็นวีดิทัศน์และเอกสารประกอบคำบรรยาย และจัดตั้งกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ ชื่อว่า “ ปอดดี มีสุข ” เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ศึกษา ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความวารสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกำหนดหัวเรื่องและเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ในเรื่องมะเร็งปอด ปัจจัยเสี่ยง การรักษาด้วยวิทยาเม็ดมุงเป้า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การจัดการอาการและการรับประทุษยา

2. จัดลำดับเนื้อหาและสตอรี่บอร์ด เพื่อทำเป็นสื่อการสอนที่สร้างขึ้นในรูปแบบวีดิทัศน์ และเอกสารประกอบคำบรรยาย โดยมีเนื้อหารายละเอียดเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปอด ปัจจัยเสี่ยง การรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการรับยามุ่งเป้า การปฏิบัติตัวและคำแนะนำในการทานยา เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องครบถ้วน ชัดเจน รวมถึงการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยาและเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง หลังจากการแก้ไขปรับปรุงแล้ว จึงนำไปผลิตเป็นสื่อการสอนเป็นวีดิทัศน์และเอกสารประกอบคำบรรยาย และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า จำนวน 5 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจภาษาและเสียงพูดชัดเจน เข้าใจง่าย มีประโยชน์มาก สามารถดูซ้ำได้หลายรอบ ไม่เบื่อหน่าย

3. จัดตั้งกลุ่มไลน์ ชื่อ “ ปอดดี มีสุข ” ทดสอบการใช้วีดิทัศน์และ เอกสารประกอบคำบรรยาย เรื่อง การดูแลตัวเองเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า โดยให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ด้วยความสมัครใจ เพื่อเป็นช่องทางการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการ ผ่านทาง

สื่อการสอน เป็นวีดิทัศน์ ซึ่งมีความยาวประมาณ 10 นาที รวมถึงการส่งข้อความติดตามอาการทางโทรศัพท์ ทุก 1 สัปดาห์ จนถึงวันนัดติดตามอาการ เพื่อสอบถามถึงปัญหา อุปสรรค ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย และการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีและสามารถจัดการกับอาการข้างเคียง ลดความรุนแรง

4. ประเมินความคิดเห็น ความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อประเมินผลของการให้ข้อมูลเรื่องการจัดการกับอาการ ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า เพื่อพัฒนาและปรับปรุงงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพปลอดภัย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอดที่มีชิ้นกลายพันธุ์ และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 50 ราย จากผู้ป่วยที่มารับบริการ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีชิ้นกลายพันธุ์ และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 ราย จากผู้ป่วยที่มารับบริการ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2566 โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด และมีผลการตรวจชิ้น EGFR positive และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าครั้งแรก
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีสติสัมปชัญญะ สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูดและการมองเห็น
4. มีโทรศัพท์เคลื่อนที่และสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้
5. สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน แหล่งรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว การได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลการรักษามะเร็งปอดด้วยยาเม็ดมุงเป้า ข้อมูลส่วนนี้ผู้ศึกษาเป็นผู้สัมภาษณ์ และกรอกข้อมูลด้วยตนเอง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมาและชนิดของยามุงเป้าที่ได้รับในปัจจุบัน ข้อมูลส่วนนี้ได้จากบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย

1.3 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า ใช้สำหรับประเมินความรู้ เรื่องโรคมะเร็งปอด และการจัดการอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบ โดยวัด 2 ครั้ง คือก่อนและหลังการให้ความรู้การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้าผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ลักษณะคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ คือ ตอบแบบทดสอบได้ถูกต้องได้ 1 คะแนนและไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน คิดข้อคำถามทั้งหมดได้ 10 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนข้อ (ชานินทร์ ศิลป์จารุ, 2555) ดังนี้

ระดับคะแนน	การแปลผล
7-10	ระดับดี
4-6	ระดับปานกลาง
0-3	ระดับต่ำ

1.4 แบบสอบถามประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า (The Memorial Symptom Assessment Scale - MSAS) ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยพอร์ทีนอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) ประกอบด้วยข้อคำถามในการประเมินอาการทั้งสิ้น 32 อาการในหลายมิติ ได้แก่ การประเมินการรับรู้อาการ ความถี่ในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันจากอาการ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Suwisith (2008) โดยในการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้ศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ความผิดปกติหรือความรู้สึกไม่สบาย โดยให้

ประเมินว่ามีอาการที่ระบุหรือไม่ ถ้าตอบว่ามี ให้ผู้ป่วยประเมินความถี่ ความรุนแรงและการรบกวนชีวิตประจำวัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.4.1 มิติด้านความถี่ของอาการ หมายถึงอาการที่เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด ค่าคะแนนของความถี่มีมาตรวัดตั้งแต่ระดับ 1 ถึงระดับ 5

1 คะแนน หมายถึง	มีอาการนานๆครั้ง หรือสัปดาห์ละ 1 วัน
2 คะแนน หมายถึง	มีอาการน้อยครั้ง หรือสัปดาห์ละ 2 วัน
3 คะแนน หมายถึง	มีอาการค่อนข้างบ่อยสัปดาห์ละ 3-4 วัน
4 คะแนน หมายถึง	มีอาการบ่อยครั้งหรือสัปดาห์ละ 5-6 วัน
5 คะแนน หมายถึง	มีอาการตลอดเวลาหรือทุกวันใน 1 สัปดาห์

1.4.2 มิติด้านความรุนแรงของอาการ เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการ ที่เกิดขึ้น มีความรุนแรงมากเพียงใด โดยให้ผู้ป่วยประเมินระดับความรุนแรงของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต โดยค่าคะแนนของความรุนแรงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการน้อยมาก
2 คะแนน หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการน้อย
3 คะแนน หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการค่อนข้างมาก
4 คะแนน หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการมาก
5 คะแนน หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด

1.4.3 มิติการประเมินความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการประเมินอาการที่เกิดขึ้น ที่ทำให้เกิดการรับรู้ว่ารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันเพียงใด โดยค่าคะแนนของอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน หมายถึง	รบกวนชีวิตประจำวันน้อยมาก
2 คะแนน หมายถึง	อาการรบกวนชีวิตประจำวันน้อย
3 คะแนน หมายถึง	อาการรบกวนชีวิตประจำวันค่อนข้างมาก
4 คะแนน หมายถึง	อาการรบกวนชีวิตประจำวันมาก
5 คะแนน หมายถึง	อาการรบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด

การแปลผลการรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แบ่งเป็นค่าคะแนน 3 ระดับ (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (ชานินทร์ ศิลป์จารุ, 2555) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
1.00-2.33	ระดับน้อย
2.34-3.66	ระดับปานกลาง
3.67-5.00	ระดับมาก

1.5 แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (Dodd et al., 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติเมื่อเกิดอาการรบกวนอันเนื่องมาจากผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการที่ผู้ป่วยเลือกใช้ปฏิบัติขณะได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าว่ามีวิธีการจัดการกับอาการที่พบบ่อยและมีการเลือกปฏิบัติอย่างไรลักษณะ คำตอบเป็นแบบสำรวจอาการ (check list) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ ปฏิบัติ ” หรือ “ ไม่ปฏิบัติ ” และประสิทธิผลของการจัดการกับอาการตามวิธีดังกล่าวว่าเป็นอย่างไร มี 3 ตัวเลือก คือ ดีขึ้น เหมือนเดิม หรือแย่ลง โดยสอบถามและบันทึก 1 ครั้ง หลังจากได้รับยามู่งเป้ามาแล้วในสัปดาห์ ที่ 4 การแปลผล จะเป็นการแจกแจงจำนวนของอาการว่า ดีขึ้น เหมือนเดิม หรือ แย่ลง ร้อยละเท่าใด

1.6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EORTC QLO-C30 V.3) ของ Aranson et al., (1994) แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย Silpakit et al. (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตนี้ประกอบด้วยการประเมิน 3 ด้าน ดังนี้

1.6.1 การประเมินความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ การทำหน้าที่ด้านบทบาท จำนวน 2 ข้อ การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ จำนวน 2 ข้อ การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อและการทำหน้าที่ด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ

1.6.2 การประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา จำนวน 13 ข้อ คือ ความเหนื่อยล้า จำนวน 3 ข้อ อาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 2 ข้อ ความเจ็บปวด

จำนวน 2 ข้อ อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร อาการท้องผูก อาการท้องเสีย และปัญหาทางการเงิน จำนวนอย่างละ 1 ข้อ ตั้งแต่ข้อที่ 1-28 จะมีค่าลักษณะคำตอบเป็นประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้ 1 หมายถึง ไม่มีเลย 2 หมายถึง เล็กน้อย 3 หมายถึงค่อนข้างมาก และ 4 หมายถึง มากที่สุด

1.6.3 การประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29-30 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-7 ซึ่งมีการให้คะแนนดังนี้ ตำแหน่งที่ 1 หรือจุดที่ 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต / ภาวะสุขภาพที่แย่มาก และตำแหน่งที่ 7 หรือจุดที่ 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ ภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม

สำหรับการแปลงคะแนน มีการแปลงคะแนนเป็น 100 คะแนน เพื่อการเปรียบเทียบคะแนนของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก ซึ่งมีวิธีการแปลงคะแนนดังรายละเอียดในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 แสดงวิธีการให้คะแนนในการคิดคำนวณคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิต

แบบประเมินคุณภาพชีวิต	Scale	Number of items	Item rang *	Item number
มิติด้านการทำหน้าที่				
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	PE	5	3	1 ถึง 5
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	RF	2	3	6,7
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	EF	4	3	21ถึง24
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	CF	2	3	20,25
การทำหน้าที่ด้านสังคม	SF	2	3	26,27
มิติด้านอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา				
ความเหนื่อยล้า	FA	3	3	10,12,18
อาการคลื่นไส้และอาเจียน	NV	2	3	14,15
อาการปวด	PA	2	3	9,19
อาการหายใจลำบาก	DY	1	3	8
อาการนอนไม่หลับ	SL	1	3	11
อาการเบื่ออาหาร	AP	1	3	13

แบบประเมินคุณภาพชีวิต	Scale	Number of items	Item rang *	Item number
อาการท้องผูก	CO	1	3	16
อาการท้องเสีย	DI	1	3	17
ปัญหาทางการเงิน	FI	1	3	28
มิติด้านภาวะสุขภาพ/คุณภาพชีวิตโดยรวม	QL	2	6	29,30

* Item Rang คือความแตกต่างระหว่างคะแนนสูงสุดที่สุดของคำตอบที่น่าจะเป็นไปได้และคะแนนต่ำที่สุดของคำตอบที่น่าจะเป็นไปได้ โดยลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่า 4 ระดับ คือ 1-4 ดังนั้นค่าความต่างระหว่างค่าคะแนนของคำตอบสูงสุดและต่ำสุด คือ 3 สำหรับส่วนที่ 2 มีลักษณะคำตอบเป็นเชิงเส้น 7 ระดับ คือ 1-7 ดังนั้นค่าความแตกต่าง ระหว่างค่าคะแนนของคำตอบสูงสุดและต่ำสุด คือ 6

วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตของ EORTC

คะแนนดิบ Raw score (RS) ที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปเข้าสู่สูตรเพื่อคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิต วิธีคำนวณ มีดังนี้

$$1) \text{ หาค่า Raw score (RS) } = (\text{ข้อที่ 1} + \text{ข้อที่ 2} + \text{ข้อที่ 3} + \dots + \text{ข้อที่ n}) / n$$

ตัวอย่างวิธีการคิด RS :

1.1) RS ความสามารถในการทำหน้าที่

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

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

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

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

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

1.2) RS ของส่วนอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา

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

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

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

1.2) RS ของส่วนอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา (ต่อ)

RS อาการหายใจลำบาก = (ข้อที่ 8) / 1

RS อาการนอนไม่หลับ = (ข้อที่ 11) / 1

RS อาการเบื่ออาหาร = (ข้อที่ 13) / 1

RS อาการท้องผูก = (ข้อที่ 16) / 1

RS อาการท้องเสีย = (ข้อที่ 17) / 1

RS ปัญหาทางการเงิน = (ข้อที่ 28) / 1

1.3) RS ของส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวม

Ex. RS = (ข้อ 29 + ข้อ 30) / 2

2) การคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตมีดังนี้

2.1) คะแนนส่วนของความสามารถในการทำหน้าที่ สูตรในการคำนวณ คือ

$$\{1-(RS-1)/\text{Item Range}\} \times 100$$

เช่น การทำหน้าที่ด้านบทบาท(Role functioning): RS = (ข้อที่ 6 + ข้อที่ 7) / 2

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

สำหรับการแปลงคะแนนนั้น มีการแปลงคะแนนเป็น 100 คะแนน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงของมาตรฐานของ EORTC (Scott et al., 2008) มีการแปลงคะแนน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.3 ตารางที่ 3.3 คะแนนเฉลี่ยอ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ EORTC

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด	Ref. mean (Scott et al., 2008)
ด้านการประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม	56.6
ด้านการทำหน้าที่	
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	61.5
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	68.9
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	82.3
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	71.9
การทำหน้าที่ด้านสังคม	71.3

ที่มา Scott et al., 2008

ตารางที่ 3.3 คะแนนเฉลี่ยอ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ EORTC (ต่อ)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด	Ref. mean (Scott et al ., 2008)
ด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย (ต่อ)	
อาการนอนไม่หลับ	31.6
ความเจ็บปวด	29.7
อาการท้องผูก	19.2
ปัญหาทางการเงิน	17.4
อาการคลื่นไส้อาเจียน	10.8
อาการท้องเสีย	7.4

ที่มา Scott et al ., 2008

2.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือสื่อการสอนสำหรับการให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 สื่อวีดิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำ เรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอด ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการแสดง การรักษา การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า และคำแนะนำสำหรับการรับประทานยา โดยได้บันทึกในรูปแบบ QR Code และให้ความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เป็นภาพประกอบใช้รูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันและข้อความ ซึ่งผู้ป่วยสามารถกลับไปดูซ้ำที่บ้านได้หากลืมประเด็นที่ผู้ศึกษาสอนไปในบางจุด

2.2 เอกสารประกอบคำบรรยาย เป็นเอกสารที่ผู้ศึกษาได้จัดทำ เพื่อเผยแพร่ให้กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า โดยมีเนื้อหาในเอกสารประกอบด้วย การทำความเข้าใจกับโรคมะเร็งปอด ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอด อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากยาเม็ดมุ่งเป้าและการปฏิบัติตัวรวมถึงคำแนะนำสำหรับการรับประทานยา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาคำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ผู้ศึกษานำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแบบสัมภาษณ์อาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และแบบสอบถามความรู้และกัลปีวิดีโอเรื่อง โรคมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน

1.2 อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งและกรอบแนวคิด

การจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) จำนวน 2 ท่าน

1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน

1.4 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้สารสนเทศ จำนวน 1 ท่าน

ตรวจสอบโครงสร้างความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์และสำนวนภาษา ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ นำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเดิมเป็นแบบสัมภาษณ์ ปรับเปลี่ยนเป็นรวบรวมข้อมูลจากระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล แบบสอบถามความรู้ เอกสารประกอบ วิดีทัศน์ โรคมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า และแบบสัมภาษณ์อาการ การจัดการอาการ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง มีการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ความเร็วในการพูด เสียง ภาพความสั้นยาวของสื่อวีดิทัศน์และเอกสารประกอบคำบรรยายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุ่งเป้า เนื้อหาในเอกสารมีความเหมาะสมเข้าใจง่าย รูปภาพที่ใช้ประกอบคำบรรยายทำให้ดึงดูดใจ ไม่เบื่อ มีความพึงพอใจในการให้ข้อมูลและเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต่อการนำไปใช้การจัดการอาการข้างเคียงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน สามารถนำเอกสารคู่มือและสื่อวีดิทัศน์มาทบทวน สร้างความมั่นใจในการจัดการกับอาการข้างเคียงและมีกำลังใจในการรักษา นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2547) ได้ค่าความตรงของแบบสอบถามความรู้ เอกสารประกอบคำบรรยาย และวีดิทัศน์ เท่ากับ 0.98, 1 และ 1

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้า ใช้สำหรับประเมินความรู้ เรื่องโรคมะเร็งปอด และการจัดการอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ จำนวน 30 ราย นำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ กูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 หรือ KR -20) พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

2. แบบสอบถามประสพการณ์อาการในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ศึกษาเลือกแบบสอบถาม ประสพการณ์การมีอาการ (The Memorial Symptom Assessment Scale - MSAS) ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย พอร์ทีนอยและคณะ (Portenoy et al., 1994) เป็นแบบประเมินการมีอาการผู้ป่วยมะเร็งในหลายมิติ ใน การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้า ที่มี คุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค ในมิติการมีอาการ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานหรือรบกวนการดำเนิน ชีวิตประจำวัน เท่ากับ .80, .76, .82 และ .78 ตามลำดับ

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EORTC QLO-C30 V.3) ของ (Aranson, 1994) แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย Silpakit et al. (2006) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตนี้ ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (2) ด้าน การประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา และ (3) ด้านการประเมิน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตนี้มาตรวจสอบความเที่ยงกับผู้ป่วยมะเร็ง ปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าความ เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .83

การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ถึงผลของการให้ข้อมูลความรู้โดยเป็นการพัฒนา รูปแบบในการให้ข้อมูลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้าโดยการใช้สื่อ เป็นวิทยุผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด ปัจจัยเสี่ยง การรักษาด้วยยา

เมื่อดมุ้งเป้า ผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอาการที่เกิดจากโรคและผลข้างเคียงของยาเมื่อดมุ้งเป้า และคุณภาพชีวิต โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1. ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จาก นายแพทย์หัวหน้าหน่วยมะเร็งวิทยาและแพทย์เจ้าของไข้ที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดด้วยยาเมื่อดมุ้งเป้าและประสานกับบุคลากรหน่วยมะเร็งวิทยาเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการทำการศึกษา โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2566

2. ผู้ศึกษาสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นบวกและแพทย์วางแผนการรักษาด้วยยาเมื่อดมุ้งเป้าครั้งแรก จากระบบนัดหมายในแต่ละวันที่มารับบริการห้องตรวจมะเร็งวิทยาผู้ป่วยนอก เวลา 8.00. -16.00 น. วันจันทร์ –วันพฤหัสบดี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผู้ศึกษาเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลและให้คำอธิบายกับผู้ป่วยว่า ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการ และขอความร่วมมือในการทำการศึกษา และเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

3.1 การเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 วันที่ 1 ก่อนเข้าห้องตรวจเพื่อพบแพทย์ เป็นการให้ยาเคมีบำบัดชนิดรับประทานยาเมื่อดมุ้งเป้า ครั้งแรก

3.1.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และแนะนำตัว ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล (โดยการสัมภาษณ์) และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเองโดยดูจากประวัติอิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์) แบบสอบถามประสบการณ์อาการ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดและการได้รับการรักษาด้วยยาเมื่อดมุ้งเป้า (Pre-test) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยผู้ศึกษาได้ร่วมพูดคุยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ในเรื่องอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยาเมื่อดมุ้งเป้า รวมถึงการจัดการอาการเพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น

3.1.2 ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์เสร็จแล้ว ระหว่างที่รอรับใบนัดและใบเบิกยาจากพยาบาลประจำหน่วย ผู้ศึกษาจะให้ความรู้และข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งปอดและการรักษาด้วย

ยาเม็ดมุงเป้า พร้อมกับมอบเอกสารและให้ผู้ป่วยได้รับชมสื่อวีดิทัศน์ซึ่งมีความยาว 10 นาที โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปอด ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอด อาการแสดง การรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า อาการข้างเคียงและการจัดการอาการและคำแนะนำในการรับประทานยา โดยให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR Code และดาวน์โหลดทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยสร้างรายชื่อผู้ป่วยและเข้าร่วมกลุ่ม “ปอดดี มีสุข” เปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาและให้คำชี้แนะ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสื่อวีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปอดและการจัดการอาการ เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้าได้ตลอดเวลาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ พร้อมเอกสารที่ทำเป็นเล่มสมุดเมื่อกลับบ้าน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจและเลือกวิธีการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับอาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งข้อมูลการจัดการอาการผู้ป่วยสามารถเริ่มปฏิบัติได้ ก่อนเกิดอาการข้างเคียง และหากผู้ป่วยมีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการจัดการอาการ สามารถติดต่อพยาบาลผ่านทางไลน์และโทรศัพท์ หลังจากนั้นจึงให้ทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดและการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า (Post-test)

3.2 พบผู้ป่วย ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในอีก 2 สัปดาห์ต่อมา ผู้ศึกษาเข้าพบผู้ป่วย โดยได้ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นที่บ้านและการจัดการอาการ ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า โดยการใช้แหล่งข้อมูลความรู้จากคลิปวิดีโอในแอปพลิเคชัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมีทักษะ สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับอาการข้างเคียงของการรักษาที่เกิดขึ้น ปรับปรุงการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการเป็นอย่างไร และเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้ซักถามและให้คำชี้แนะ กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาสามารถสอบถามและติดต่อผู้ศึกษาเพื่อขอคำปรึกษา และมีการติดตามการจัดการอาการทางแอปพลิเคชัน Line ทุกสัปดาห์

3.3 การเก็บข้อมูล ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในอีก 4 สัปดาห์ต่อมา ผู้ศึกษาเข้าพบผู้ป่วยและขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบประเมินประสบการณ์อาการ ความรุนแรง อาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน แบบ แบบประเมินการจัดการอาการภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด

4. หลังจากนั้นผู้ศึกษาเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแจ้งผู้ป่วยถึงการสิ้นสุดการศึกษา ผู้ศึกษาขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างและสอบถามถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ รับฟังข้อเสนอแนะและการแสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแล้ว ผู้ศึกษานำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติสำเร็จรูป มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอด ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยนำมาหาความถี่และร้อยละ
2. แบบสอบถามความรู้ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้าก่อนและหลังการได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้าผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ภายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติคู่ (Paired t-test)
4. ประสิทธิภาพการ ซึ่งประกอบไปด้วย คะแนนความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมาน ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า ใช้สถิติ ความถี่และร้อยละ
6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าก่อนและหลังการได้รับความรู้ในการจัดการอาการด้วยแอปพลิเคชันไลน์ภายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติคู่ (Paired t-test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One groups pre – post test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และคำแนะนำ โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ในการจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มียืนกลายพันธุ์ และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 30 รายจากผู้ป่วยที่มารับบริการ ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2565 – พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ผลการศึกษครั้งนี้ ผู้ศึกษานำเสนอข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการประกอบไปด้วย การรับรู้อาการ ความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนในชีวิตประจำวันหรือความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า

ส่วนที่ 4 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า

ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ก่อนและหลังการได้รับความรู้และคำแนะนำ โดยการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	36.6
หญิง	19	63.3
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	2	6.7
41-50 ปี	5	16.7
51-60 ปี	10	33.3
61-70 ปี	8	26.7
> 70 ปี	5	16.7
$\bar{X}$ 58.6 (SD =11.7) , Range = 29-82 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	7	23.3
คู่	17	56.7
หม้าย	4	13.3
หย่า/แยกกันอยู่	2	6.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	36.7
มัธยมศึกษา	5	16.7
ปวช.	1	3.3
ปวส/ อนุปริญญา	4	13.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	30

ตารางที่ 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ) (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประกอบอาชีพ		
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	10	33.3
รับจ้าง	3	10.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	16.7
รับราชการ	3	10.0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	3.3
เกษตรกร	1	3.3
พนักงานบริษัท	4	13.3
อื่นๆ	3	10.0
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	20.0
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	56.7
ประกันสังคม	6	20.0
เงินสด	1	3.3
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 15,000	2	6.7
15,000-30,000	22	73.3
30,001-50,000	6	20
$\bar{X} = 22,566.8$		
แหล่งที่มาของรายได้ *		
ตนเอง	18	60.0
สามี/ภรรยา	12	40.0
บุตร	15	50.0
ญาติพี่น้อง	8	26.7

ตารางที่ 4.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
พักอยู่กับ		
อยู่ตามลำพัง	2	6.7
สามี/ภรรยา/บุตร	23	76.7
บิดา/มารดา/ญาติพี่น้อง	5	16.7
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว *	22	73.3
ความดันโลหิตสูง	15	50.0
เบาหวาน	7	23.3
ไขมันในเลือดสูง	12	40.0
หัวใจ	4	13.3
หอบหืด	4	13.3
โรคเกาต์	2	6.7

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด ที่มีถิ่นก่อกำเนิดและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 29 ปี ถึง 82 ปี โดยอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 33.3 รองลงมาคืออายุ 61-70 ปี ร้อยละ 26.7 (เฉลี่ย = 58.67 , SD= 11.78) เป็นเพศหญิง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 ส่วนมากมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 56.7 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 ส่วนมากมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 36.7 และเป็นแม่บ้าน หรือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 56.7 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 22,566.8 บาท โดยมีแหล่งที่มาของรายได้ของตนเอง ร้อยละ 60 จากบุตร ร้อยละ 50 จาก สามี หรือภรรยา ร้อยละ 40 และญาติพี่น้อง ร้อยละ 26.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการพักอาศัยอยู่กับสามี ภรรยา หรือบุตร ร้อยละ 76.7 กลุ่มตัวอย่าง

มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.3 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40 เบาหวาน ร้อยละ 23.3 และหัวใจ ร้อยละ 13.3

ตารางที่ 4.2 จำนวนร้อยละของข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (n=30)

การเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของยาเม็ดมุ่งเป้าที่ได้รับ		
Erlotinib	24	80
Afatinib	4	13.3
Gefitinib	2	6.7
การรักษาวิธีอื่น		
ไม่เคย	12	40
เคย	18	60
การรักษาวิธีอื่นที่เคยได้รับ		
การผ่าตัด	3	10
การฉายแสง	5	16.7
เคมีบำบัด	10	33.3
การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ		
ไม่เคย	19	63.3
เคย * (กรณีเคยได้รับจาก)	11	36.7
ทีมสุขภาพ	4	13.3
ญาติพี่น้องเพื่อนร่วมงาน	5	16.7
หนังสือ เอกสาร	1	3.3
Internet	8	26.7
อื่นๆ	3	10.0

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด ที่มีฮิสทอลายพันธุ์และได้รับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้าที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้า ดังนี้ คือ ยา Erlotinib ร้อยละ 80 ยา Afatinib ร้อยละ 13.3 และยา Gefitinib ร้อยละ 6.7 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการรักษาวิธีอื่น ร้อยละ 60 ได้แก่ การผ่าตัด ร้อยละ 10 การฉายแสง ร้อยละ 16.7 และการได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการสอน หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้าและการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้า ร้อยละ 36.7 โดยส่วนใหญ่ได้รับมาจากการค้นจาก Internet ร้อยละ 26.7 รองลงมาได้รับจากญาติพี่น้องเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 16.7 ได้รับมาจากแพทย์ ร้อยละ 13.3 จากแหล่งอื่นๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ร้อยละ 10 และจากหนังสือ เอกสาร ร้อยละ 3.3

ส่วนที่ 2 ผลของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้าก่อนและหลังได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ตารางที่ 4.3 ระดับคะแนนความรู้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้าก่อนและหลังการได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (n=30)

คะแนน (ระดับ)		ก่อน		หลัง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-3	ต่ำ	0	0	0	0
4-6	ปานกลาง	10	33.3	2	6.7
7-10	สูง	20	66.7	28	93.3
$\bar{X} / SD$		7.43 / 1.22		9.57 / 0.73	

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ก่อนให้ความรู้ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้ามีระดับคะแนนปานกลาง 10 ราย (ร้อยละ 33.3) และระดับสูง 20 ราย (ร้อยละ 66.7) ภายหลังได้รับความรู้ผ่านทาง แอปพลิเคชันไลน์ พบว่ามีระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น โดยอยู่ในระดับสูงจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 93.3) และระดับปานกลาง 2 ราย (ร้อยละ 6.7)

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า ก่อนและหลังการได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (n=30)

คะแนนความรู้	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อน	7.43	1.22	9.544	<0.001*
หลัง	9.57	0.73		

P < 0.05

จากตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าก่อนและหลังการได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยภายหลังการได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ค่าคะแนนความรู้ ($\bar{X}=9.57$ SD=0.73) สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ($\bar{X}=7.43$ SD=1.22)

ส่วนที่ 3. ประสพการณ์การมีอาการ ใน 4 มิติ คือ มิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และ มิติความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยมะเร็งปอดก่อนการรักษาและหลังการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า ตารางที่ 4.5 แสดงข้อมูลประสพการณ์การมีอาการในมิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยมะเร็งปอดก่อนการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n=30)

อาการ	ประสพการณ์การมีอาการ						
	การเกิด	ความถี่	ระดับ	ความ	ระดับ	ความทุกข์	ระดับ
	อาการ			รุนแรง		ทรมาน	
	จำนวน (ร้อยละ)	X (SD)		X (SD)		X (SD)	
1. หายใจไม่อึด / หายใจสั้น / หายใจ ลำบาก	27 (90.0)	3.57(0.63)	ปานกลาง	3.42 (0.63)	ปานกลาง	3.37 (0.67)	ปานกลาง
2. ไอ	22 (73.3)	3.56 (0.65)	ปานกลาง	3.32 (0.63)	ปานกลาง	3.24 (0.66)	ปานกลาง
3. ปวด	20 (66.7)	2.84 (0.83)	ปานกลาง	2.63 (0.90)	ปานกลาง	2.47 (0.91)	ปานกลาง

ตารางที่ 4.5 แสดงข้อมูลประสบการณ์การมีอาการในมิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน ของผู้ป่วยมะเร็งปอดก่อนการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า (ต่อ)
(ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n=30)

อาการ	ประสบการณ์การมีอาการ (มิติ)						
	การเกิด	ความถี่	ระดับ	ความ	ระดับ	ความทุกข์	ระดับ
	อาการ			รุนแรง		ทรมาน	
	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$ (SD)		$\bar{X}$ (SD)		$\bar{X}$ (SD)	
4.อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ ไม่มีแรง	16 (53.3)	3.07 (0.83)	ปานกลาง	2.77 (0.77)	ปานกลาง	2.57 (0.73)	ปานกลาง
5.น้ำหนักลด	15 (50.0)	2.12 (0.44)	น้อย	1.88 (0.33)	น้อย	1.72 (0.46)	น้อย
6.กังวล/กลัวใจ	14 (46.7)	3.37 (0.56)	ปานกลาง	2.87 (0.43)	ปานกลาง	2.67 (0.48)	ปานกลาง
7.เบื่ออาหาร /ไม่ อยากอาหาร	13 (43.3)	2.67 (0.68)	ปานกลาง	2.37 (0.57)	ปานกลาง	2.19 (0.62)	น้อย
8.ท้องผูก	12 (40.0)	2.23 (0.44)	น้อย	2.00 (0.00)	น้อย	1.85 (0.38)	น้อย
9.นอนไม่หลับ / หลับยาก	11 (36.6)	3.30 (0.54)	ปานกลาง	2.74 (0.59)	ปานกลาง	2.74 (0.59)	ปานกลาง
10.หุดหิด โมโหง่าย	9 (30.0)	2.82 (0.60)	ปานกลาง	2.45 (0.52)	ปานกลาง	2.18 (0.41)	น้อย
11.ชาปลายมือ ปลายเท้า	7 (23.3)	2.45 (0.69)	ปานกลาง	2.75 (0.38)	ปานกลาง	2.62 (0.51)	ปานกลาง
12.กลิ่นลำบาก	5 (16.7)	2.58 (0.52)	ปานกลาง	2.17 (0.39)	น้อย	2.42 (0.52)	ปานกลาง
13.เวียนศีรษะ	5 (16.7)	2.63 (0.52)	ปานกลาง	2.50 (0.54)	ปานกลาง	2.75 (0.46)	ปานกลาง
14.คลื่นไส้	3 (10.0)	2.00 (0.54)	น้อย	1.88 (0.35)	น้อย	1.88 (0.35)	น้อย
15.เจ็บปาก	2 (6.7)	2.67 (0.30)	ปานกลาง	2.66 (0.31)	ปานกลาง	2.67 (0.40)	ปานกลาง
16.เสียงแหบ	2 (6.7)	2.50 (0.71)	ปานกลาง	4.00 (0.00)	มาก	3.50 (0.71)	ปานกลาง
17.อาเจียน	1 (3.3)	2.75 (0.10)	ปานกลาง	2.50 (0.71)	ปานกลาง	2.50 (0.71)	ปานกลาง
18.ล้นรับรสอาหาร เปลี่ยนแปลง	1 (3.3)	2.00 (0.00)	น้อย	2.00 (0.00)	น้อย	2.00 (0.00)	น้อย
19.ท้องเสีย	0	0		0		0	
20.มีผื่นคันตามตัว	0	0		0		0	

จากตารางที่ 4.5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดก่อนการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า มีการรับรู้อาการใน 4 มิติ ดังนี้

มิติการเกิดอาการ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า มีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) หายใจไม่อิ่ม/ หายใจตื้น /หายใจลำบาก 2) อาการไอ 3) ปวด 4) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง และ 5) น้ำหนักลด คิดเป็นร้อยละ 90, 73.3, 66.7, 53.3 และ 50.0 ตามลำดับ ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยน 2) อาเจียน 3) เสียงแหบ 4) เจ็บปาก และ 5) คลื่นไส้ (ร้อยละ 3.3, 3.3, 6.7, 6.7 และ 10.0 ตามลำดับ)

มิติความถี่ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า รายงานความถี่มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) หายใจไม่อิ่ม /หายใจตื้น /หายใจลำบาก 2) ไอ 3) กังวล/กลุ่มใจ 4) นอนไม่หลับ / หลับยาก และ 5) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ($\bar{x} \pm SD = 3.57(0.63)$, 3.56 (0.65), 3.37 (0.56), 3.30 (0.54) และ 3.07 (0.83) ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่เป็นความถี่ในระดับปานกลาง ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่ น้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยน 2) คลื่นไส้ 3) น้ำหนักลด 4) ท้องผูก และ 5) ชาปลายมือ ปลายเท้า ($\bar{x} \pm SD = 2.00 (0.00)$, 2.00 (0.54), 2.12 (0.44), 2.23 (0.44) และ 2.45 (0.69) ตามลำดับ) โดยเป็นความถี่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

มิติความรุนแรง พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า รายงานความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) เสียงแหบ 2) หายใจไม่อิ่ม /หายใจตื้น /หายใจลำบาก 3) ไอ 4) กังวล/กลุ่มใจ และ 5) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ($\bar{x} \pm SD = 4.00 (0.00)$, 3.42 (0.63), 3.32 (0.63), 2.87 (0.43) และ 2.77 (0.77) ตามลำดับ) โดยเป็นความรุนแรงในระดับ ปานกลาง ถึงมาก ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) คลื่นไส้ 2) น้ำหนักลด 3) ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยน 4) ท้องผูก และ 5) กลืนลำบาก ($\bar{x} \pm SD = 1.88 (0.35)$, 1.88 (0.33), 2.00 (0.00), 2.00 (0.00) และ 2.17 (0.39) ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่ เป็นความรุนแรงในระดับน้อย

มิติรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า รายงานรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) เสียงแหบ 2) หายใจไม่อิ่ม /หายใจตื้น /หายใจลำบาก 3) ไอ 4) นอนไม่หลับ หลับยาก และ 5) กังวล/กลุ่มใจ ($\bar{x} \pm SD = 3.50 (0.71)$, 3.37 (0.67), 3.24 (0.66), 2.74 (0.59) และ 2.67 (0.48) ตามลำดับ) โดยเป็นความทุกข์

ทรมาณในระดับ ปานกลาง ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความทุกข์ทรมาณน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) น้ำหนักลด 2) ท้องผูก 3) คลื่นไส้ 4) ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยน และ 5) หงุดหงิด โมโหง่าย ($\bar{x} \pm SD = 1.72 (0.46), 1.85 (0.38), 1.88 (0.35), 2.00 (0.00)$ และ $2.18 (0.41)$ ตามลำดับ โดย ทั้งหมดเป็นความทุกข์ทรมาณในระดับน้อย

ตารางที่ 4.6 แสดงข้อมูลประสบการณ์การมีอาการในมิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และ มิติรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งปอดภายหลัง ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า 4 สัปดาห์ (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n=30)

อาการ (หลังการ รักษา)	ประสบการณ์การมีอาการ (มิติ)						
	การเกิด	ความถี่	ระดับ	ความ	ระดับ	รบกวน	ระดับ
	อาการ			รุนแรง		ชีวิตประจำวัน	
	จำนวน	$\bar{x} (SD)$		$\bar{x} (SD)$		$\bar{x} (SD)$	
1. คื่น/คันตามตัว	28 (93.3)	3.53 (0.90)	ปานกลาง	3.02 (0.62)	ปานกลาง	3.07 (0.64)	ปานกลาง
2. หายใจไม่อิ่ม/ หายใจสั้น/หายใจ ลำบาก	20 (66.7)	2.96 (0.77)	ปานกลาง	2.46 (0.54)	ปานกลาง	2.34 (0.46)	ปานกลาง
3. เบื่ออาหาร/ไม่ อยากอาหาร	18 (60)	2.86 (0.44)	ปานกลาง	2.24 (0.44)	น้อย	2.14 (0.35)	น้อย
4. ไอ	16 (53.3)	2.68 (0.56)	ปานกลาง	2.42 (0.43)	ปานกลาง	2.08 (0.28)	น้อย
5. ท้องเสีย	15 (50.0)	3.03 (0.62)	ปานกลาง	2.37 (0.49)	ปานกลาง	2.38 (0.48)	ปานกลาง
6. อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ ไม่มีแรง	14 (4.7)	2.43 (0.63)	ปานกลาง	2.17 (0.38)	น้อย	1.97 (0.18)	น้อย
7. นอนไม่หลับ/ หลับยาก	13 (43.3)	2.81 (0.48)	ปานกลาง	2.26 (0.45)	น้อย	2.26 (0.45)	น้อย
8. หงุดหงิด โมโหง่าย	12 (40.0)	2.62 (0.52)	ปานกลาง	1.82 (0.41)	น้อย	1.91 (0.30)	น้อย
9. เจ็บปาก	12 (40.0)	2.45 (0.67)	ปานกลาง	2.25 (0.44)	น้อย	1.18 (0.40)	น้อย
10. กังวล/กลัวใจ	11 (36.7)	2.30 (0.54)	น้อย	2.03 (0.41)	น้อย	1.80 (0.48)	น้อย
11. ปวด	10 (33.3)	2.11 (0.57)	น้อย	1.95 (0.52)	น้อย	1.89 (0.57)	น้อย
12. น้ำหนักลด	8 (26.7)	1.54 (0.51)	น้อย	1.17 (0.38)	น้อย	1.08 (0.28)	น้อย

ตารางที่ 4.6 แสดงข้อมูลประสบการณ์การมีอาการในมิติการเกิดอาการ มิติความถี่ มิติความรุนแรง และ มิติรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งปอดภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า 4 สัปดาห์ (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ) (n=30) (ต่อ)

อาการ (หลังการ รักษา)	ประสบการณ์การมีอาการ (มิติ)						
	การเกิด อาการ	ความถี่	ระดับ	ความ รุนแรง	ระดับ	รบกวน ชีวิตประจำวัน	ระดับ
	จำนวน	$\bar{X}$ (SD)		$\bar{X}$ (SD)		$\bar{X}$ (SD)	
13. คลื่นไส้	6 (20.0)	2.08 (0.28)	น้อย	2.00 (0.00)	น้อย	1.50 (0.71)	น้อย
12. น้ำหนักลด	8 (26.7)	1.54 (0.51)	น้อย	1.17 (0.38)	น้อย	1.08 (0.28)	น้อย
13. คลื่นไส้	6 (20.0)	2.08 (0.28)	น้อย	2.00 (0.00)	น้อย	1.50 (0.71)	น้อย
14. ขาปลายมือ ปลายเท้า	6 (20.0)	2.80 (0.49)	ปานกลาง	2.32 (0.41)	น้อย	2.21 (0.48)	น้อย
15. เวียนศีรษะ	5 (16.7)	2.00 (0.00)	น้อย	2.13 (0.35)	น้อย	1.75 (0.46)	น้อย
16. กลืนลำบาก	4 (13.3)	2.23 (0.49)	น้อย	2.08 (0.29)	น้อย	1.92 (0.52)	น้อย
17. ท้องผูก	3 (13.3)	1.40 (0.52)	น้อย	1.20 (0.42)	น้อย	1.00 (0.00)	น้อย
18. ลิ้นรับรสอาหาร เปลี่ยนแปลง	2 (6.7)	2.25 (0.50)	น้อย	2.24 (0.58)	น้อย	2.25 (0.50)	น้อย
19. เสียงแหบ	2 (6.7)	2.27 (0.00)	น้อย	4.00 (0.00)	มาก	3.50 (0.71)	ปานกลาง
20. อาเจียน	1 (3.3)	2.00 (0.00)	น้อย	2.00 (0.00)	น้อย	1.50 (0.71)	น้อย

จากตารางที่ 4.6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า 4 สัปดาห์ มีการรับรู้อาการใน 4 มิติ ดังนี้

มิติการเกิดอาการ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า 4 สัปดาห์ มีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) ผื่น/คันตามตัว 2) อาการท้องเสีย 3) หายใจไม่อิ่ม/หายใจสั้น/หายใจลำบาก 4) อาการเบื่ออาหาร /ไม่ยอมกินอาหาร และ 5) ไอ คิดเป็นร้อยละ 93.3, 73.3, 66.7, 60 และ 53.3 ตามลำดับ ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเกิดอาการน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) อาเจียน 2) เสียงแหบ 3) ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยน 4) ท้องผูก และ 5) กลืนลำบาก (ร้อยละ 3.3 , 6.7 , 6.7 , 13.3 และ 13.3 ตามลำดับ)

มิตិความถี่ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า 4 สัปดาห์ รายงานความถี่มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) ผื่น/คันตามตัว 2) ท้องเสีย 3) หายใจไม่อิ่ม / หายใจถี่ / หายใจลำบาก 4) เบื่ออาหาร/ไม่ยอมอาหาร และ 5) นอนไม่หลับ / หลับยาก ($\bar{x} \pm SD = 3.53 (0.90), 3.03 (0.62), 2.96 (0.77), 2.86 (0.44)$ และ $2.81(0.48)$ ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่เป็นความถี่ในระดับ ปานกลาง ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่ น้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) ท้องผูก 2) น้ำหนักลด 3) อาเจียน 4) เวียนศีรษะ และ 5) เจ็บปาก ($\bar{x} \pm SD = 1.40 (0.52), 1.54 (0.51), 2.00 (0.00), 2.00 (0.00)$ และ $2.10 (0.30)$ ตามลำดับ) โดยเป็นความถี่ในระดับน้อย

มิตិความรุนแรง พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า 4 สัปดาห์ รายงานความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) เสียงแหบ 2) ผื่น/คันตามตัว 3) ท้องเสีย 4) ไอ และ 5) เบื่ออาหาร/ไม่ยอมอาหาร ($\bar{x} \pm SD = 4.00 (0.00), 3.02 (0.62), 2.46 (0.54), 2.42 (0.43)$ และ $2.37 (0.49)$ ตามลำดับ) โดยเป็นความรุนแรงในระดับ ปานกลาง ถึงมาก ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) น้ำหนักลด 2) ท้องผูก 3) เจ็บปาก 4) ปวด และ 5) อาเจียน ($\bar{x} \pm SD = 1.17 (0.38), 1.20 (0.42), 1.82 (0.41), 1.95 (0.52)$ และ $2.00 (0.00)$ ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงในระดับน้อย

มิติรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า 4 สัปดาห์ รายงานอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) เสียงแหบ 2) ผื่น/คันตามตัว 3) เบื่ออาหาร/ไม่ยอมอาหาร 4) ท้องเสีย และ นอนไม่หลับ/หลับยาก ($\bar{x} \pm SD = 4.00 (0.00), 3.07 (0.64), 2.38 (0.48), 2.34 (0.46)$ และ $2.26 (0.45)$ ตามลำดับ) โดยเป็นความรุนแรงในระดับ ปานกลาง ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) ท้องผูก 2) น้ำหนักลด 3) คลื่นไส้ 4) อาเจียน และ 5) เวียนศีรษะ ($\bar{x} \pm SD = 1.00 (0.00), 1.08 (0.28), 1.50 (0.71), 1.50 (0.71)$ และ $1.75 (0.46)$ ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่เป็นความทุกข์ทรมานในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า

การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า จากอาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกเป็นดังนี้คือ

4.1 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการผื่น / คันตามผิวหนัง

ตารางที่ 4.7 แสดงข้อมูลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการผื่น / คันตามผิวหนัง (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี) (n=30)

วิธีการจัดการอาการ ผื่น / คันตามผิวหนัง	จำนวน	ร้อยละ	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการผื่น / คันตามผิวหนัง					
			ดีขึ้น		เหมือนเดิม		แย่ลง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การรับประทานยา ปฏิชีวนะตามแพทย์สั่ง	20	66.6	17	85	3	15	0	0
2.การทาผิวหนังด้วย โลชั่น ให้ผิวชุ่มชื้น	28	93.3	26	92.9	2	7.1	0	0
3.การลูบผิวหนังเบาๆ	18	73.3	10	55.5	8	44.4	0	0
4.อยู่ในที่อากาศเย็น สบาย อากาศถ่ายเทได้ สะดวก	15	66.7	12	70	3	30	0	0
5.การอาบน้ำและใช้ สบู่อ่อน	12	53.3	4	25	8	75	0	0

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 คน (ร้อยละ 93.3) มีอาการเป็นผื่น / คันตามผิวหนัง ใช้วิธีการจัดการด้วยการทาผิวหนังด้วยโลชั่นมากที่สุด เพื่อให้ผิวมีความชุ่มชื้น เนื่องจากผู้ป่วยผิวจะแห้งมาก (ร้อยละ 92.9) รองลงมาใช้วิธีการจัดการด้วยการรับประทานยาปฏิชีวนะ ตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 66.6) การลูบผิวหนังเบา ๆ (ร้อยละ 73.3) และการอยู่ในที่อากาศเย็นสบาย อากาศถ่ายเทได้สะดวก หรือเปิดพัดลมเป่าตัว (ร้อยละ 66.7) โดยผลลัพธ์ของการจัดการอาการทั้งหมดนี้มีอาการดีขึ้น

(ร้อยละ 88.3 , 85.0 , 55.5 และ 70) ตามลำดับ ส่วนวิธีการอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้และมีผลลัพธ์การจัดการอาการคงเดิม คือ การอาบน้ำ ใช้สบู่อ่อน ๆ (ร้อยละ 75.0)

4.2 การจัดการอาการท้องเสียและผลลัพธ์ของการจัดการท้องเสีย

ตารางที่ 4.8 แสดงข้อมูลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการท้องเสีย (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี) (n=30)

วิธีการจัดการอาการ ท้องเสีย	จำนวน	ร้อยละ	ผลลัพธ์ของการจัดการ อาการท้องเสีย					
			ดีขึ้น		เหมือนเดิม		แย่ลง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ดื่มเกลือแร่บ่อยๆ	15	100	15	100	0	0	0	0
2.หลีกเลี่ยงอาหาร รส จัด กากใย นม	15	100	10	66.7	5	33.3	0	0
3.รับประทานอาหารที่ ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด ง่ายขึ้น	12	80	8	66.7	4	33.3	0	0
4.การรับประทานยา loperamide ตาม คำแนะนำของแพทย์	10	33.3	7	70	1	10	2	20
5.ปรึกษาแพทย์ พยาบาล	5	22.7	2	40	3	60	0	0

จากตาราง ที่ 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องเสียจำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.0) มีทั้งถ่ายเหลวจำนวนครั้งเล็กน้อยจนถึงระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการอาการท้องเสียด้วยการดื่มเกลือแร่บ่อย ๆ (ร้อยละ 100) ซึ่งพบว่าช่วยทำให้อาการทุเลาเพี้ยนลดลง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ หลีกเลี่ยงอาหาร รสจัด กากใย นม (ร้อยละ 100) การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาดง่ายขึ้น (ร้อยละ 80.0) วิธีการเหล่านี้ ช่วยให้ อาการท้องเสียทุเลาลง (ร้อยละ 100, 66.7) และการรับประทานยา loperamide ตามคำแนะนำของแพทย์ (ร้อยละ 33.3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการช่วยให้อาการท้องเสียดีขึ้น (ร้อยละ 70) เหมือนเดิม (ร้อยละ 10) มีอาการแย่ลง (ร้อยละ 20) โดยแพทย์ต้องปรับลดขนาดยามุ่ง

เป้าลง ส่วนวิธีการอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้และมีผลลัพธ์การจัดการอาการคงเดิม คือ โทรศัพทมาปรีกษา แพทย์ พยาบาล (ร้อยละ 22.7)

4.3 การจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการเมื่ออาหาร/ความอยากอาหารลดลง (n=30)

ตารางที่ 4.9 แสดงข้อมูลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการเมื่ออาหาร/ความอยากอาหารลดลง (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี) (n=30)

วิธีการจัดการอาการ เมื่ออาหาร ความ อยากอาหารลดลง	ผลลัพธ์ของการจัดการ อาการเมื่ออาหาร/ความอยาก อาหารลดลง							
	จำนวน	ร้อยละ	อาหารลดลง					
			ดีขึ้น		เหมือนเดิม		แย่ลง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม การรับประทานอาหาร อาหารโดย ทาน อาหารที่หลากหลาย	18	60.0	15	83.3	3	16.7	0	0
พยายามรับประทานอาหาร อาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น	18	60.0	14	77.8	4	22.2	0	0
พยายามฝืนใจ รับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่ ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด	15	50.0	10	66.7	5	33.3	0	0
รับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่	14	46.7	9	64.3	5	35.71	0	0
ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด รับประทานอาหาร	12	40.0	8	66.7	4	33.3	0	0
เสริม								

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเมื่ออาหาร / ความอยากอาหารลดลง ทั้งหมด 18 ราย (ร้อยละ 60.0) ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานอาหารกึ่งเดียว น้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวหวาน ขนมหวาน ไอศกรีมและน้ำสมุนไพร เช่น น้ำจิง น้ำตะไคร้ ผลลัพธ์ของการจัดการ

อาการช่วยให้อาการดีขึ้น (ร้อยละ 83.3) เหมือนเดิม (ร้อยละ 16.7) วิธีรองลงมา คือพยายามรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น (ร้อยละ 60.0) ช่วยให้ทานอาหารได้มากขึ้น (ร้อยละ 77.8) และมีอาการคงเดิม (ร้อยละ 22.2) วิธีอื่นที่ใช้ร่วมกัน คือ พยายามฝืนใจรับประทานอาหาร (ร้อยละ 50) รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด (ร้อยละ 46.7) และ การรับประทานอาหารเสริม (ร้อยละ 40) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ส่วนใหญ่ทำให้กลุ่มตัวอย่างทานอาหารได้มากขึ้น (ร้อยละ 66.7, 64.3, 66.7 ตามลำดับ)

3.4 การจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการเจ็บปาก (n=30)

ตารางที่ 4.10 แสดงข้อมูลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการเจ็บปาก (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี) (n=30)

วิธีการจัดการอาการ เจ็บปาก	จำนวน	ร้อยละ	ผลลัพธ์ของการจัดการ อาการเจ็บปาก					
			ดีขึ้น		เหมือนเดิม		แย่ลง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.บ้วนปากด้วย น้ำเกลือ / น้ำเปล่า บ่อยๆ	12	40	10	83.3	2	16.7	0	0
2.ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น จิบ น้ำบ่อยๆ	12	40	12	100	0	0	0	0
3.หลีกเลี่ยงอาหารที่ มีรสจัด เผ็ด เปรี้ยว	10	40	9	90.0	1	10.0	0	0
4.ใช้แปรงสีฟัน ขนอ่อนนุ่ม แปรง ฟันและเหงือกเบาๆ	10	83.3	8	80	2	20	0	0
5.ทายาป้ายปาก ตามแพทย์สั่ง	7	58.3	7	100	0	0	0	0

จากตารางที่ 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปาก ทั้งหมด 12 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40 ใช้วิธีการจัดการอาการเจ็บปาก โดยการดื่มน้ำ และจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อลดอาการปากแห้ง และเพิ่มความชุ่มชื้น

ให้กับช่องปาก (ร้อยละ 40) ร่วมกับการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ / น้ำเปล่าบ่อย ๆ (ร้อยละ 40) ผลลัพธ์ของการจัดการ ช่วยให้ปากแห้งและเจ็บปากลดลง (ร้อยละ 100 และ 83.3) ตามลำดับ รองลงมาใช้วิธีหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เผ็ดเปรี้ยว (ร้อยละ 40) ผลลัพธ์ของการจัดการช่วยให้เจ็บปากลดลง (ร้อยละ 90.0) และวิธีอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ คือ ใช้แปรงสีฟัน ขนอ่อนนุ่ม แปรงฟันและเหงือกเบา ๆ (ร้อยละ 83.3) และ ทายาป้ายปาก ตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 58.3) ผลลัพธ์ของการจัดการส่วนใหญ่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปากลดลง (ร้อยละ 80 และ 100 ตามลำดับ)

3.5 การจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการติดเชื้อที่เล็บ (n=30)

ตารางที่ 4.11 แสดงข้อมูลวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการขอบเล็บอักเสบและการติดเชื้อที่เล็บ (ตอบได้มากกว่า 1 วิธี) (n=30)

วิธีการจัดการอาการ ขอบเล็บอักเสบและ การติดเชื้อที่เล็บ	จำนวน	ร้อยละ	ผลลัพธ์ของการจัดการ อาการติดเชื้อที่เล็บ					
			ดีขึ้น		เหมือนเดิม		แย่ลง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ทาโลชั่น ครีม ใส่ยาทาแผล	6	20	4	66.7	2	33.3	0	0
2.รักษาเล็บให้แห้ง ไม่ปล่อยให้ชุ่มน้ำนาน	6	20	4	66.7	2	33.3	0	0
3. หลีกเลี่ยงการใส่ รองเท้าที่คับ	5	16.7	4	80	1	20	0	0
4. ไม่ดึงผิวหนังรอบ เล็บ และหลีกเลี่ยง การทำให้เกิด การบาดเจ็บ	4	13.3	3	75	1	25	0	0
5.ตัดเล็บให้สั้นอยู่ เสมอ	3	10	2	66.7	1	33.3	0	0

จากตารางที่ 4.11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บขอบเล็บและมีอาการติดเชื้อที่เล็บ ทั้งหมด 6 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20 ใช้วิธีการจัดการอาการของการติดเชื้อที่เล็บด้วยวิธี ทาแผล ใส่ยา และทาโลชั่น

บริเวณหลังมือ เท้า รวมถึงการรักษาเล็บให้แห้ง ไม่ปล่อยให้ชุ่มน้ำนานๆ (ร้อยละ 20) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ พบว่า มีอาการทุเลาลง (ร้อยละ 66.7) มีอาการคงเดิม (ร้อยละ 33.3) รองลงมา กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการอาการโดย หลีกเลี่ยงการใส่รองเท้าที่คับ (ร้อยละ 16.7) ไม่ดึงผิวหนังรอบเล็บ และ หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดการบาดเจ็บ (ร้อยละ 13.3) ตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ (ร้อยละ 10) และ ผลลัพธ์ของการจัดการ พบว่า มีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 80.75 และ 66.7)

ส่วนที่ 5 ผลของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ก่อนและหลังการได้รับความรู้และคำแนะนำ โดยการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์
ตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า

(n = 30)

คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปอด	Pre-test		Posttest		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
มิติด้านภาวะสุขภาพ/ คุณภาพชีวิตโดยรวม	37.78	11.73	70.83	8.11	18.280	<0.001*
มิติด้านการทำหน้าที่						
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	56.00	19.93	74.67	13.49	7.992	<0.001*
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	71.11	20.50	82.78	13.48	5.887	<0.001*
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	58.33	12.95	80.28	11.26	8.056	<0.001*
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	70.00	15.41	80.00	12.69	3.275	<0.003*
การทำหน้าที่ด้านสังคม	40.00	17.29	48.89	13.79	2.283	<0.030*
มิติด้านกลุ่มอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา						
ความเหนื่อยล้า	65.93	16.75	32.96	9.89	-10.387	<0.001*
อาการคลื่นไส้และอาเจียน	4.44	9.72	10.56	8.17	2.626	<0.014*
อาการปวด	37.22	28.93	25.00	18.44	-4.428	<0.001*
อาการหายใจลำบาก	75.56	21.32	41.11	14.34	-10.179	<0.001*
อาการนอนไม่หลับ	55.56	26.74	40.00	18.36	-5.037	<0.001*

คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปอด	Pre-test		Posttest		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อาการท้องผูก	34.44	25.50	8.89	14.99	-5.769	<0.001*
อาการเบื่ออาหาร	44.44	22.03	60.00	16.14	2.971	<0.006*
อาการท้องเสีย	2.22	12.17	50.00	22.74	10.785	<0.001*
ปัญหาทางการเงิน	71.11	25.87	56.67	21.71	-3.261	<0.003*

p-value < 0.05

ตารางที่ 4.12 เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า ก่อนและหลังการได้รับความรู้และคำแนะนำ โดยการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในมิติทางกาย มิติทางด้านบทบาท ด้านอารมณ์ ด้านการรู้จัก และทางด้านสังคม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$ ในทุกด้าน) ส่วนคะแนนด้านกลุ่มอาการซึ่งหากมีคะแนนลดลงจะแสดงถึง มีอาการแสดงของกลุ่มอาการลดลง โดยพบว่า อาการเหนื่อยล้า อาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการท้องผูก และปัญหาทางการเงิน มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$ ในทุกอาการ) ส่วนคะแนนด้านกลุ่มอาการอาการ ที่มีคะแนนสูง จะแสดงถึงความผิดปกติจากกลุ่มอาการแทรกซ้อน โดยพบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเบื่ออาหาร และอาการท้องเสีย มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.014$, 0.006 และ 0.001 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนด้านภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งหากมีคะแนนสูงจะแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่าคะแนนในด้านเหล่านี้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One groups pre – post test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และคำแนะนำ โดยการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ ในการจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีฮัยนกลายพันธุ์ และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 30 รายจากผู้ป่วยที่มารับบริการ ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2565 – พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ช่วยยกระดับคุณภาพของงานด้านการให้บริการด้านความรู้ให้ได้มาตรฐาน
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า
3. เพื่อศึกษาการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าหลังได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์
4. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าก่อนและหลังการได้รับความรู้การจัดการอาการโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีฮัยนกลายพันธุ์ และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปอด และมีผลการตรวจ EGFR positive และได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าครั้งแรก
2. อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. มีสติสัมปชัญญะ สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูดและการมองเห็น
4. มีโทรศัพท์เคลื่อนที่และสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้
5. สวมครีและยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า 3) แบบประเมินประสิทธิผลการ 4) แบบประเมินการจัดการกับอาการ และ 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า แบบประเมินประสิทธิผลการ 4 มิติ และคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.78, .80, .76, .82, .78 และ .83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปอด ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย และคะแนนของแบบสอบถามความรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้คำแนะนำการจัดการอาการ ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้สถิติคู่ (Paired t-test)

3. ข้อมูลประสิทธิผลการมีอาการ สำหรับมิติการเกิดอาการวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนอีก 3 มิติ คือ มิติความถี่ มิติความรุนแรงของอาการ และมิติอาการรบกวนชีวิตประจำวัน ระหว่างก่อนการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า และภายหลังการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าในสัปดาห์ที่ 4 วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4 วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าใช้สถิติ ความถี่และร้อยละ

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า ก่อนและหลังการได้รับการให้ข้อมูลในการจัดการอาการด้วยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้สถิติคู่ (Paired t-test)

สรุปผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มารับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกห้องตรวจมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 58.6 ปี (ช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 56.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.3)

มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 36.7 และเป็นแม่บ้าน หรือไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 33.3 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 22,566.8 บาท โดยมีแหล่งที่มาของรายได้จากตนเองและบุตร (ร้อยละ 60 และ 50) ตามลำดับ ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 56.7) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.3) ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 50 และ 40) ตามลำดับ

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า คือ ยา Erlotinib (ร้อยละ 80.0) และเคยผ่านการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ร้อยละ 60.0 ได้แก่ การได้รับยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 33.3) รองลงมา คือ การฉายแสง (ร้อยละ 16.7) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการสอน หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าและการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า (ร้อยละ 63.3)

2. ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าก่อนและหลังได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2.1 ก่อนให้ความรู้ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้ามีระดับคะแนนปานกลาง 10 ราย (ร้อยละ 33.3) และระดับสูง 20 ราย (ร้อยละ 66.7) ภายหลังได้รับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ พบว่ามีระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น โดยอยู่ในระดับสูงจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 93.3) และระดับปานกลาง 2 ราย (ร้อยละ 6.7)

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า ก่อนและหลังการได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภายหลังการได้รับความรู้ ผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 9.57$ $SD = 0.73$) สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ($\bar{X} = 7.43$ $SD = 1.22$)

3. ประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า และหลังได้รับการรักษาแล้ว 4 สัปดาห์ ใน 4 มิติ คือ มิติด้านการเกิดอาการ มิติด้านความถี่ มิติความรุนแรง และมิติความทุกข์ทรมาน มีดังนี้

มิติการเกิดอาการ ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการ โดยมีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการหายใจไม่อิ่ม/ หายใจตื้น /หายใจลำบาก ร้อยละ 100 อาการไอ ร้อยละ 73.3 อาการปวด ร้อยละ 66.3 อาการอ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ร้อยละ 63.3 และ น้ำหนักลด คิดเป็นร้อยละ 60 และภายหลังการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า

4 สัปดาห์ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ อาการ ผื่น/คันตามตัว ร้อยละ 100 อาการท้องเสีย ร้อยละ 76.7 อาการ หายใจไม่อิ่ม/หายใจตื้น/หายใจลำบาก พบร้อยละ 66.7 อาการเบื่ออาหาร /ไม่ยอมกินอาหาร ร้อยละ, 60 และ อาการไอ คิดเป็น 53.3

มิตិความถี่ ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่มากที่สุด 5 อันดับแรก ของอาการ ได้แก่ 1).หายใจไม่อิ่ม /หายใจตื้น /หายใจลำบาก ($\bar{X} \pm SD = 3.57 \pm 0.63$) 2) ไอ ($\bar{X} \pm SD = 3.56 \pm 0.65$) 3) กังวล/กลุ่มใจ ($\bar{X} \pm SD = 3.37 \pm 0.56$) 4) นอนไม่หลับ /หลับยาก ($\bar{X} \pm SD = 3.30 \pm 0.54$) และ 5) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ($\bar{X} \pm SD = 3.07 \pm 0.83$) โดยส่วนใหญ่เป็นความถี่ที่อยู่ในระดับ ปานกลาง และ ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด 4 สัปดาห์ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่าง รายงานความถี่มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1).ผื่น/คันตามตัว 2) ท้องเสีย 3) หายใจไม่อิ่ม /หายใจตื้น /หายใจลำบาก 4) เบื่ออาหาร/ไม่ยอมกินอาหาร และ 5) นอนไม่หลับ /หลับยาก ($\bar{X} \pm SD = 3.53 (0.90)$, $3.03 (0.62)$, $2.96 (0.77)$, $2.86 (0.44)$ และ $2.81(0.48)$ ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่เป็นความถี่ในระดับ ปานกลาง ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่ น้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) ท้องผูก 2) น้ำหนักลด 3) อาเจียน 4) เวียนศีรษะ และ 5) เจ็บปาก ($\bar{X} \pm SD = 1.40 (0.52)$, $1.54 (0.51)$, $2.00 (0.00)$, $2.00 (0.00)$ และ $2.10 (0.30)$ ตามลำดับ) โดยเป็นความถี่ในระดับน้อย

มิตិความรุนแรง ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรกของอาการได้แก่ 1) เสียงแหบ กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} \pm SD = 4.00 \pm 0.00$) และอาการอื่นๆ รองลงมา ที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง คือ 2) อาการหายใจไม่อิ่ม /หายใจตื้น /หายใจลำบาก ($\bar{X} \pm SD = 3.42 \pm 0.63$) 3) ไอ ($\bar{X} \pm SD = 3.32 \pm 0.63$) 4) กังวล/กลุ่มใจ ($\bar{X} \pm SD = 2.87 \pm 0.43$) และ 5) อ่อนเพลีย/เปลี่ยน/ไม่มีแรง ($\bar{X} \pm SD = 2.77 \pm 0.77$) ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด 4 สัปดาห์ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่าง รายงานความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) เสียงแหบ 2) ผื่น/คันตามตัว 3) ท้องเสีย 4) ไอ และ 5) เบื่ออาหาร/ไม่ยอมกินอาหาร ($\bar{X} \pm SD = 4.00 (0.00)$, $3.02 (0.62)$, $2.46 (0.54)$, $2.42 (0.43)$ และ $2.37 (0.49)$ ตามลำดับ) โดยเป็นความรุนแรงในระดับ ปานกลาง ถึงมาก ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1)

น้ำหนักลด 2) ท้องผูก 3) เจ็บปาก 4) ปวด และ 5) อาเจียน ($\bar{x} \pm SD = 1.17 (0.38), 1.20 (0.42), 1.82 (0.41), 1.95 (0.52)$ และ $2.00 (0.00)$ ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงในระดับน้อย

มิติด้านการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันหรือความทุกข์ทรมาน ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า พบว่าอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรกของอาการได้แก่ 1) เสียงแหบ ($\bar{x} \pm SD = 3.50 \pm 0.71$) 2) หายใจไม่อิ่ม /หายใจสั้น /หายใจลำบาก ($\bar{x} \pm SD = 3.37 \pm 0.67$) 3) ไอ ($\bar{x} \pm SD = 3.24 (0.66)$, 4) นอนไม่หลับ หลับยาก ($\bar{x} \pm SD = 2.74 (0.59)$ และ 5) กังวล/กลัวใจ ($\bar{x} \pm SD = 2.67 (0.48)$ โดยอาการทั้งหมดเป็นความทุกข์ทรมานในระดับ ปานกลาง ภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า 4 สัปดาห์ พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่าง รายงานอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันมากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย คือ 1) เสียงแหบ 2) ผื่น/คันตามตัว 3) เบื่ออาหาร/ไม่ยอมกินอาหาร 4) ท้องเสีย และ นอนไม่หลับ/หลับยาก ($\bar{x} \pm SD = 4.00 (0.00), 3.07 (0.64), 2.38 (0.48), 2.34 (0.46)$ และ $2.26 (0.45)$ ตามลำดับ) โดยเป็นความรุนแรงในระดับ ปานกลาง ส่วนอาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความรุนแรงน้อยที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากน้อยไปมาก คือ 1) ท้องผูก 2) น้ำหนักลด 3) คลื่นไส้ 4) อาเจียน และ 5) เวียนศีรษะ ($\bar{x} \pm SD = 1.00 (0.00), 1.08 (0.28), 1.50 (0.71), 1.50 (0.71)$ และ $1.75 (0.46)$ ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่เป็นความทุกข์ทรมานในระดับน้อย

4. วิธีการจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าหลังได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ที่พบบ่อย มีดังนี้

4.1 อาการเป็นผื่น / คันตามผิวหนัง เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 93 ของกลุ่มตัวอย่างโดยมีวิธีการจัดการ ได้แก่ การจัดการอาการด้วยการทาผิวหนังด้วยโลชั่น เพื่อให้ผิวมีความชุ่มชื้น รองลงมา คือ การรับประทานยาปฏิชีวนะ ตามแพทย์สั่ง การอาบน้ำด้วยสบู่ และ การอยู่ในที่อากาศเย็นสบายอากาศถ่ายเทได้สะดวก หรือเปิดพัดลมเป่าตัว โดยผลลัพธ์ของการจัดการอาการทั้งหมดนี้มีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 92.9 , 85 , 55.5 และ 70) ตามลำดับ ส่วนวิธีการอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้และมีผลลัพธ์การจัดการอาการคงเดิม คือ การอาบน้ำ ใช้สบู่อ่อนๆ (ร้อยละ 75.0)

4.2 อาการท้องเสีย เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างมีอาการท้องเสีย โดยมีทั้งถ่ายเหลวจำนวนครั้งเล็กน้อยจนถึงระดับมาก มีวิธีการจัดการอาการท้องเสียด้วยการดื่มเกลือแร่บ่อยๆ (ร้อยละ 100) ซึ่งพบว่าช่วยทำให้อาการทุเลาเพี้ยนลดลง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ หลีกเลี่ยงอาหาร รสจัด กากใย นม (ร้อยละ 100) การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด ย่อยง่าย

(ร้อยละ 80.0) วิธีการเหล่านี้ ช่วยให้ อาการท้องเสียทุเลาลง (ร้อยละ 100, 66.7) และการรับประทานยา loperamide ตามคำแนะนำของแพทย์ (ร้อยละ 33.3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการช่วยให้ อาการท้องเสีย ดีขึ้น (ร้อยละ 70) เหมือนเดิม (ร้อยละ 10) มีอาการแย่ง (ร้อยละ 20) โดยแพทย์ต้องปรับลดขนาดยามุ่ง เป้าลง ส่วนวิธีการอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้และมีผลลัพธ์การจัดการอาการคงเดิม คือ โทรศัพทมาปรึกษา แพทย์ พยาบาล (ร้อยละ 22.7)

4.3 อาการเบื่ออาหาร/ความอยากอาหารลดลง เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ร้อยละ 60.0 ของกลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการจัดการ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน อาหาร เช่น รับประทานกล้วยเดี่ยว น้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวหวาน ขนมหวาน ไอศกรีมและน้ำสมุนไพร เช่น น้ำขิง น้ำตะไคร้ วิธีการลงมา คือพยายามรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น พยายามฝึกใจ รับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด และการรับประทานอาหารเสริม ผลลัพธ์ ของการจัดการอาการ ส่วนใหญ่ทำให้กลุ่มตัวอย่างทานอาหารได้มากขึ้น (ร้อยละ 83.3, 77.8, 66.7, 64.3 และ 66.7 ตามลำดับ)

4.4 อาการเจ็บปาก เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่าง มี วิธีการจัดการ โดยการดื่มน้ำ จิบน้ำบ่อยๆ เพื่อลดอาการปากแห้ง และเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับช่องปาก การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ / น้ำเปล่าบ่อยๆ ร่วมกับ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เผ็ด เปรี้ยว การใช้แปรงสีฟัน ขนอ่อนนุ่ม แปรงฟันและเหงือกเบาๆ และ การทายาป้ายปากตามแพทย์ สั่ง ผลลัพธ์ของการจัดการส่วนใหญ่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปากลดลง (ร้อยละ 100, 83.3 , 90 , 80 และ 100 ตามลำดับ)

4.5. อาการติดเชื้อที่เล็บ เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ร้อยละ 20 ของกลุ่ม ตัวอย่าง มีวิธีการจัดการ ด้วยวิธี ทำแผล ใส่ยา และทาโลชั่นบริเวณ มือเท้า การรักษาเล็บให้แห้ง ไม่ ปล่อยให้ชุ่มน้ำนาน ๆ หลีกเลี่ยงการใส่รองเท้าที่คับ ไม่ดึงผิวหนังรอบเล็บ และหลีกเลี่ยงการทำให้เกิด การบาดเจ็บ ตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ ผลลัพธ์ของการจัดการ พบว่า มีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 66.7, 66.7, 80 ,75 และ 66.7 ตามลำดับ)

5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ก่อนและหลังการได้รับความรู้และคำแนะนำ โดยการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า ก่อนและ หลังการได้รับความรู้และคำแนะนำ โดยการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า คะแนน

ด้านภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า ภายหลังการได้รับความรู้การจัดการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีคะแนนสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนด้านความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย ด้านบทบาท ด้านอารมณ์ ด้านการรู้จัก และทางด้านสังคม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$ ในทุกด้าน) และคะแนนด้านกลุ่มอาการ พบว่า อาการเหนื่อยล้า อาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการท้องผูก และปัญหาด้านการเงิน มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$ ในทุกอาการ) สำหรับกลุ่มอาการที่มีคะแนนสูงขึ้น คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเบื่ออาหาร และ อาการท้องเสีย มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.014$, 0.006 และ 0.001 ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

จากผลของการศึกษาโดยการให้ความรู้การจัดการอาการ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วย มะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า สามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้าก่อนและหลัง ได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ($\bar{X} = 9.57$ $SD = 0.73$) สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ($\bar{X} = 7.43$ $SD = 1.22$) โดยพบว่า มีระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น โดยอยู่ในระดับสูงจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 93.3) และระดับปานกลาง 2 ราย (ร้อยละ 6.7) ซึ่งอธิบายได้ว่า การศึกษาโรคมะเร็งปอดด้วยยาเม็ดมู่งเป้าเป็นการรักษาที่พัฒนาใหม่ และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลจากที่ใดมาก่อนร้อยละ 63.3 ดังนั้นเมื่อ ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการรักษามะเร็งปอดด้วยยาเม็ดมู่งเป้าทางสื่อวีดิทัศน์ โดยการสแกน QR-code ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ในโทรศัพท์มือถือ โดยใช้เวลาเข้าชม 10 นาที ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ประกอบด้วย อาการไม่พึงประสงค์และการจัดการอาการจากการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า การรับประทานยา ที่มีเนื้อหาสั้น กระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย มีภาพประกอบ อีกทั้งมีเอกสารประกอบคำบรรยาย และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รมลวรรณ ศรีกลิ่น (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน ต่อความรู้การไต่ถามและการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด ในผู้ป่วยโรคหืดอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 64 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการโรคหืด

ผ่านสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน มีคะแนนความรู้โรคหืด คะแนนความถูกต้องของการใช้ยาสูด และการควบคุมอาการโรคหืดดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐนันท์ เกตุภาค (2554) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 18-60 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2. ประสบการณ์อาการผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้า

2.1 ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งปอด 5 อันดับแรกก่อนการรักษา คือ อาการหายใจไม่อิ่ม/ หายใจลำบาก ไอ ปวด อ่อนเพลีย/เพลีย/ไม่มีแรง และ น้ำหนักลด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาวดี รุ่งแจ้ง และ รัชนี นามจันทร์ (2559) พบว่า อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ได้แก่ อาการปวด ไอ เหนื่อยล้า หายใจลำบาก และ เบื่ออาหาร และจากการศึกษาของ Merlo et al (2022) พบว่า อาการที่ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความทุกข์ทรมานในระดับมาก คือ ความปวด หายใจลำบาก ไอ เหนื่อยล้า และความวิตกกังวล ซึ่ง อาการหายใจลำบาก หายใจไม่อิ่มเต็มอิ่ม และอาการไอเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของการศึกษาในครั้งนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รายงานการเกิดอาการดังกล่าวว่า มีความถี่ ความรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก อาการเหล่านี้เป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งโรคมะเร็งปอดระยะที่มีการลุกลาม ก้อนมะเร็งจะไปอุดกั้นบางส่วนของหลอดลม ทำให้มีอาการไอและหายใจลำบาก และมะเร็งมีการกระจายไปยังท่อน้ำเหลืองในปอดเป็นบริเวณกว้าง ทำให้มีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและเกิดอาการเหนื่อยล้า หรือมีการกระจายของมะเร็งเข้าไปในเยื่อหุ้มปอดทำให้มีสารน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก และมีอาการไอมากกว่าปกติ สำหรับอาการอื่น ๆ ที่พบจำนวนน้อยแต่ผู้ป่วยประเมินว่ามีความรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับมาก คือ อาการเสียงแหบ ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ พบ มีจำนวน 2 ราย ซึ่งเกิดจากการที่ ก้อนเนื้อมีการกระจายไปกดทับ laryngeal nerves หรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้อปอด (mediastinal lymph nodes) ทำให้เกิด vocal cord paralysis โดยอาการดังกล่าวพบได้ไม่บ่อย (O'Dowd & Baldwin, 2022) ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโรคมะเร็งรุนแรง เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคที่มีก้อนมะเร็งมี

ของโรคที่มีก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปยังประสาทบริเวณใกล้เคียง ส่งผลให้มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร การทำงานกับผู้อื่นในชีวิตประจำวันหรือไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองกับผู้อื่นได้ และต้องออกแรงในการพูดมากขึ้น

2.2 ประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดภายหลังได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้าในสัปดาห์ที่ 4 พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า 4 สัปดาห์ มีการรับรู้การเกิดอาการมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการ ผื่น/คันตามตัว อาการท้องเสีย อาการหายใจไม่อึด/หายใจสั้น/หายใจลำบาก อาการเบื่ออาหาร /ไม่อยากอาหาร และ อาการไอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rongngern et al. (2021) ศึกษาถึงอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า EGFR เฉพาะที่เกิดกับผิวหนัง จำนวน 74 ราย พบว่า อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือ อาการ ผื่นแพ้ ลอกเป็นขุย พบถึง 65.9 % อาการ เจ็บที่เล็บ 57.4% และอาการผื่นคล้ายสิ่ว 42.6% และจากการศึกษาของ Akerley, Boucher, & Bentz. (2009) ในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 40 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้า พบว่า อาการไม่พึงประสงค์ ที่พบมากที่สุดคือ ผื่น (31ราย) รองลงมา มีอาการท้องเสีย (18 ราย) เบื่ออาหาร (9 ราย) เหนื่อยล้า (9 ราย) และ น้ำหนักลด (4 ราย) จากการศึกษาของ Giordano et al. (2016) ที่ได้รวบรวมการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเม็ดมุงเป้า ชนิด Afatinib จากงานวิจัย 6 งาน พบอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยจากการใช้ยานี้ คือ อาการท้องเสีย อาการผื่นคล้ายสิ่ว อาการเจ็บปาก อาการติดเชื้อที่เล็บ และ อาการเบื่ออาหาร ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รายงานการเกิดอาการ ผื่นตุ่มแดง / ตุ่มหนองคล้ายสิ่ว อาการท้องเสีย และอาการเบื่ออาหาร ดังกล่าว่า มีความถี่ ความรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เนื่องจาก ยาด้านการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งชนิดเม็ดมุงเป้า epidermal growth factor receptor inhibitors (EGFR) ได้แก่ Erlotinib Afatinib และ Gefitinib มีผลข้างเคียงทางด้านระบบผิวหนัง ผื่น ขน และเล็บ ถึง 65-90% โดยลักษณะของผื่นที่เกิดขึ้นนี้ก็มีลักษณะคล้ายตุ่มสิ่ว มักพบในตำแหน่ง ใบหน้า หนังศีรษะ หน้าอก และหลังด้านบน หลังจากได้รับยา 1-2 สัปดาห์ และอาการมักจะรุนแรงที่ 3-4 สัปดาห์ และหลังจากนั้น อาการมักจะเริ่มรุนแรงลดลง แต่ในบางราย ผื่นและความแดงอาจคงอยู่ได้นานหลายเดือน จึงส่งผลต่อภาพลักษณ์เดิมของตน และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับอาการท้องเสีย นั้น ส่งผลต่อความไม่สบายของร่างกาย ต้องลุกมาขับถ่ายบ่อย ถึงแม้ว่าจำนวนอุจจาระแต่ละครั้งไม่มาก แต่ส่งผลให้การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายต้องสูญเสียน้ำและเกลือแร่ และเกิดความอ่อนเพลีย อ่อนล้าตามมา (Hirsh et al, 2014) นอกจากอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ยังคงมีอาการ อื่น ๆ ภายหลังการได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้าแล้ว 4 สัปดาห์ แต่ยังคงอยู่ และผู้ป่วยประเมินว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

ในระดับมาก คือ อาการเสียงแหบ ส่งผลให้มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติส แผลงภูทอง (2552) ที่พบว่าอาการเสียงแหบเป็นอาการที่ผู้ป่วยประเมินว่ามีความรุนแรงมากที่สุดเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากอาการเสียงแหบทำให้ผู้ป่วยสื่อสารกับผู้อื่นลำบากและการสื่อสารเป็นสิ่งที่สำคัญ สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจต้องติดตามประเมินผลการรักษาในระยะยาวเนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาต่อเนื่อง

3 การจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้าหลังได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาเม็ดมุ่งเป้าเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะใช้วิธีการจัดการร่วมกันหลายวิธี ทั้งที่สามารถจัดการอาการได้ด้วยตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น แต่โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการดูแลจัดการอาการได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกสบาย การออกกำลังกาย การปรับการรับประทานอาหาร แพทย์ทางเลือก การดูแลด้านจิตวิญญาณ การทำกิจวัตรประจำวัน และการรู้จักคิด การแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาด้วยยา โดยจะอธิบายเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อย ดังนี้

3.1 อาการเป็นผื่น / คันตามผิวหนัง เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 83.3 ของกลุ่มตัวอย่าง โดย ผื่นจะพบในลักษณะ เป็นตุ่มแดง บริเวณ ลำตัวด้านหน้า ด้านหลัง หลังศีรษะ และบริเวณใบหน้ามักจะพบเป็นตุ่มหนองคล้ายสิวโดยเฉพาะบริเวณ T-zone ของใบหน้าจะพบมีผื่นมาก ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ มีผู้ป่วย 2 ราย ที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากยาเม็ดมุ่งเป้าที่มีความรุนแรงของผื่น อยู่ในระดับ 2 คือพบผื่นแดง ทั่วตัว ทั้ง ใบหน้า ลำตัว แขน และขา มีอาการคันร่วมด้วย จึงประสานให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และแพทย์มีความจำเป็นต้องหยุดยาชั่วคราวประมาณ 1 อาทิตย์พร้อมให้ยาทาร่วมกับยา แก้อักเสบกลับไปทานเพิ่ม เมื่อระดับความรุนแรงของผื่นลดลงแล้ว จึงให้การรักษาต่อโดยลดขนาดของยาเม็ดมุ่งเป้าลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Tseng et al.(2020) ที่ศึกษาถึง ผลของการใช้ยาเม็ดมุ่งเป้า Epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors (EGFR-TKI) ที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ทางผิวหนังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด สามารถพบอาการไม่พึงประสงค์ทางผิวหนังได้ถึง 93.2% โดยจะมีอาการทางผิวหนังลักษณะ แห้ง เป็นขุย และเป็นผื่นตุ่มแดง และตุ่มหนองคล้ายสิวถึง 70 % และบริเวณที่เกิดผื่นมากที่สุด คือบริเวณ ใบหน้า ลำตัวด้านหน้า ด้านหลังส่วนบน และหลังศีรษะ อาการข้างเคียงทางระบบผิวหนังเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะมีความรุนแรงน้อย แต่ผู้ป่วยต้องรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ดังนั้นการดูแลเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดผื่นจึงมีความสำคัญ แนะนำเรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิว หรือ

ทำให้ผิวแห้ง เช่น โลชั่นที่มีกลีเซอรีนหรือแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การอาบน้ำร้อนจัด ควรแนะนำให้หมั่นบำรุงผิวให้ชุ่มชื้น อาจพิจารณาใช้ 5-10% urea cream หรือใช้ครีมกันแดด ที่มี SPF >15 ร่วมด้วยกรณีต้องออกนอกบ้าน (Lacouture et al., 2021) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีวิธีการจัดการอาการโดยการใช้น้ำ ได้แก่ การทาผิวหน้าด้วยโลชั่น ครีม บ่อยๆ เพื่อให้ผิวมีความชุ่มชื้น ไม่แห้ง บางรายใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เช่น น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นร่วมกับครีมที่ได้รับจากโรงพยาบาล การใช้ครีมกันแดดก่อนออกจากบ้าน บางรายมีอาการคันตามผิวมาก แพทย์จะเพิ่มในกลุ่มยาแก้แพ้ (Antihistamine) สำหรับผื่นที่เกิดบริเวณใบหน้า และหนังศีรษะ ที่มีผื่นแดง และผื่นเป็นตุ่มหนอง จะใช้ยาทาเฉพาะที่ เช่น 0.01% TA Cream และหรือ clindamycin lotion รองลงมาคือ การรับประทานยาปฏิชีวนะ ซึ่งคือ ยา Doxycycline รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า ยืน ตามแพทย์สั่ง นอกจากนี้ ยังมีการจัดการโดยไม่ใช้ยาในกลุ่มตัวอย่างใช้ คือ การอาบน้ำอุ่นๆ และการอยู่ในที่อากาศเย็นสบาย อากาศถ่ายเทได้สะดวก หรือเปิดพัดลมเป่าตัว การสวมเสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี โดยผลลัพธ์ของการจัดการอาการทั้งหมดนี้มีอาการทุเลาลง อาการคันน้อยลง ส่วนวิธีการอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้และมีผลลัพธ์การจัดการอาการคงเดิม คือ การอาบน้ำ ใช้สบู่อ่อนๆ การพูดคุยกับบุคคลอื่น เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ การนอนหลับพักผ่อน การทำกิจกรรมที่ชอบ

3.2 อาการท้องเสีย เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ร้อยละ 73.3 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง มีวิธีการจัดการอาการด้วยการทานยา loperamide 1-2 เม็ด ทุก 4 ชม. ตามคำแนะนำของแพทย์ โดยแพทย์จะมีคำสั่งการรักษากลับไปให้ทานที่บ้านพร้อมกับยาเม็ดมุงเป้า ผลลัพธ์ของการจัดการอาการช่วยให้อาการดีขึ้น ลดการถ่ายอุจจาระจำนวนครั้งลดลง แต่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ที่ใช้การจัดการอาการด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ยังคงมีอาการถ่ายเหลว มากกว่า วันละ 10 ครั้ง และไม่มีอาการปวดท้อง จึงให้คำแนะนำโดยการติดต่อประสานงานกันทางแอปพลิเคชันไลน์ ให้มาพบแพทย์เจ้าของไข้ก่อนวันนัด ได้มีการตรวจเช็ทางอุจจาระเพื่อประเมินว่าไม่มีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดการติดเชื้อของทางเดินอาหารร่วมด้วย รวมถึงต้องสอบถามถึงการใช้ยาระบาย ยาลดกรดบางตัว และมีการปรับแผนการรักษาโดยลดขนาด ยามุงเป้าลง เป็นรับประทานวันเว้นวัน เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา รองลงมาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ คือ วิธีการดื่มน้ำเกลือแร่บ่อย ๆ ซึ่งพบว่าช่วยทำให้อาการทุเลา เพลียลดลง ส่วนวิธีการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้ร่วมกันคือ หลีกเลี่ยงอาหาร รสจัด กากใย นม การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด ย่อยง่าย วิธีการเหล่านี้ ช่วยให้อาการท้องเสียทุเลาลง ส่วนวิธีการอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้และมีผลลัพธ์การจัดการอาการคงเดิม คือ โทรศัพท์มาปรึกษาแพทย์ พยาบาล เพื่อเพิ่มความเข้าใจในการรับประทานยาแก้

ท้องเสีย และการปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานอาหารและความจำเป็นในการมาพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ (Hirsh et al, 2014) ที่ศึกษา ถึงวิธีการจัดการอาการท้องเสียของผู้ป่วยที่ได้รับยา มุ่งเป้า กลุ่ม Epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors (EGFR-TKI) พบว่า ส่วนใหญ่แพทย์จะจ่ายยาและแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มทานยา แก่ท้องเสีย loperamide ทันทีที่เริ่มมีอาการถ่าย อุจจาระเหลว โดยสามารถทานได้ครั้งละ 2 เม็ด (4 mg) ทันที ที่เริ่มมีอาการ และทานต่อเนื่องไปอีก ครั้ง ละ 1 เม็ด (2 mg) ทุก 2-4 ชมหลังการถ่ายแต่ละครั้งหากยังมีอาการถ่ายเหลวจนหยุดถ่ายอย่างน้อย 12 ชม. จึงค่อยหยุดยา โดยสามารถรับประทานได้สูงสุดไม่เกิน 20 mg/วัน(10 เม็ดต่อวัน) ในกรณีถ้าอาการไม่ทุเลาลง ควรรีบมาโรงพยาบาลพบแพทย์เพื่อให้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนที่ร่างกายเสียน้ำไป รวมถึง ควรเพาะเชื้อจากอุจจาระ และให้ยามาเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด และควรหยุดการรักษา ด้วยยามุ่งเป้าชั่วคราวถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วยังคงมีอาการถ่ายเหลวอยู่หลัง 48 ชม. นอกจากการจัดการอาการด้วยยาแล้ว ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยการงด อาหารรสจัด รสเผ็ด อาหารมัน อาหารที่ทำจากนม ผักผลไม้ ถั่วต่างๆและดื่มน้ำอย่างน้อย 3-4 ลิตร/วัน และเกลือแร่

3.3 อาการเบื่ออาหาร/ความอยากอาหารลดลง เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากยามุ่งเป้ามีผลทำให้การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงไป ความอยากอาหารลดลง นอกจากนี้ ผลข้างเคียงของการรับประทานยาปฏิชีวนะ ซึ่งคือ ยา Doxycycline ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อจากผื่นตุ่มหนอง ทำให้มีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทานอาหารเพิ่ม มากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการอาการ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารตามคำแนะนำของพยาบาล เช่น การรับประทานกล้วยเขียว น้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว ทานขนมหวานเย็น ๆ ไอศกรีมและน้ำสมุนไพร เช่น น้ำจิง น้ำตะไคร้ วิธีรองลงมา คือพยายาม รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น พยายามฝืนใจรับประทานอาหาร รับประทานอาหาร ที่ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด และ การรับประทานอาหารเสริม เช่น นมทางการแพทย์ทดแทน ผลลัพธ์ของ การจัดการอาการ ส่วนใหญ่ทำให้กลุ่มตัวอย่างทานอาหารได้มากขึ้น อาการไม่แยแส สอดคล้องกับ การศึกษาของ อภิญาญา การมปราชญ์และคณะ (2560) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด มีอาการเบื่อ อาหารเป็นอาการที่พบได้บ่อยมากเป็นลำดับที่ 2 และมีวิธีการจัดการโดยพยายามรับประทานอาหาร เปลี่ยนชนิดอาหารบ่อยๆ รับประทานอาหารที่ชอบ ขนมหวาน ผลไม้ และการเพิ่มรอบการรับประทาน

อาหาร และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ รุ่งแจ้ง และรัชณี นามจันทรา (2559) ศึกษาการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม พบว่า อาการเบื่ออาหารเป็นอาการที่ผู้ป่วยประเมินว่ามีความรุนแรงสูงที่สุด เนื่องจาก อาการเบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆลดลง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการนี้ ด้วยการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการรับประทานอาหาร บริโภคเครื่องดื่มที่มีรสชาติเพิ่มขึ้น ซึ่งวิธีนี้ช่วยให้การรับรสดีขึ้นและเพิ่มความอยากอาหาร

3.4 อาการเจ็บปาก / การอักเสบของช่องปาก เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีอาการเจ็บในบริเวณช่องปาก ลิ้น ร่วมกับการมีแผลคล้ายร้อนในบริเวณริมฝีปาก และมีอาการแสบในปากมากขึ้น เมื่อรับประทานอาหารเผ็ดหรือรสจัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lorenzo Lo Muzio, et al (2018) ที่ได้รวบรวมการศึกษาย่างเป็นระบบของผู้ป่วยที่ได้รับยามุ่งเป้า (EGFR-TKI) ทั้งหมดจำนวน 4,353 ราย พบว่ามีอาการข้างเคียงเกิดภาวะเจ็บและอักเสบในช่องปาก ในทุกระดับความรุนแรง (any grade) ถึง 40-67 %ระดับความรุนแรง 1-2 พบ 59.3% และระดับความรุนแรง 3-4 พบ 15.3% ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการอาการโดยการรักษานามัยของช่องปากด้วยการบ้วนปากบ่อยๆด้วยน้ำเกลือ / น้ำเปล่า หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์ ซึ่งจะทำให้อาการแย่ลงได้ ร่วมกับการดื่มน้ำ และจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อลดอาการปากแห้ง และเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับช่องปาก หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เผ็ด เปรี้ยว การใช้แปรงสีฟัน ขนอ่อนนุ่ม แปรงฟันและเหงือกเบาๆ และ ทายาป้ายปาก kenalog in orabase , Triamcinolone วันละ 2-3 ครั้ง ตามแพทย์สั่ง ผลลัพธ์ของการจัดการส่วนใหญ่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปากลดลง สอดคล้องกับการศึกษาหลายๆ งานวิจัย พบว่าการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการแปรงฟันหลังรับประทานอาหารภายใน 30 นาที รวมทั้งการแปรงฟันวันละ 2-4 ครั้ง การบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ และหรือบ้วนปากด้วยสารละลายเบนโซคาเมีนไฮโดรคลอไรด์ โซเดียมไบคาร์บอเนต หรือการอมกลั้วปากด้วยน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ การหลีกเลี่ยง ชา กาแฟ รวมทั้งอาหารที่มีความเป็นกรดสูง การป้ายปากด้วยสมุนไพรกลีเซอรินพญายอ จะช่วยลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากได้ (พิชานี แสนมโนวงศ์, 2549 ; นงนภัศ เด็กหลี, 2558 ; Kato et al, 2017)

3.5 อาการติดเชื้อบริเวณขอบเล็บหรือผิวหนังบริเวณรอบเล็บ เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้แต่ไม่บ่อย เนื่องจากยาามีผลทำให้เกิดการบางลงของ periungual epidermis ร่วมกับการทำลายทำให้เกิด

ภาวะ paronychia ที่เป็นการอักเสบรอบขอบเล็บร่วมกับมีอาการเจ็บ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบได้ประมาณ ร้อยละ 20 ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของ Lacouture et al., (2021) สามารถพบอาการไม่พึงประสงค์ได้ประมาณ 17.2% ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็คมุ่งเป้า และได้อธิบายถึงแนวทางการจัดการอาการว่า ควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ผลิตภัณฑ์อ่อนๆในการทำความสะดวกมือเท้า และเช็ดผิวให้แห้งทุกครั้ง ควรใส่ถุงมือกรณีจำเป็นต้องทำความสะอาดสิ่งของต่าง ๆ หลีกเลี่ยงการตัดหนังกำพร้าหรือการทำเล็บที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ บางครั้งอาจใช้เทปเพื่อช่วยดึงเนื้อรอบขอบเล็บออก เพื่อลดการกดฝังของเล็บเข้าในเนื้อรอบๆเล็บ ในศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการ ด้วยวิธี ทำแผลด้วยน้ำเกลือ ใส่ยาทาฆ่าเชื้อเฉพาะที่ ตามคำแนะนำของแพทย์ และทาโลชั่นบริเวณมือเท้า บำรุงผิวให้ชุ่มชื้น การใช้ผลิตภัณฑ์อ่อนๆในการทำความสะดวกมือเท้า หมั่นรักษาเล็บให้แห้ง ไม่ปล่อยให้ชุ่มชื้นนาน ๆ หลีกเลี่ยงการใส่รองเท้าที่คับ ไม่ดึงผิวหนังรอบเล็บ และหลีกเลี่ยงการทำให้เกิดการบาดเจ็บ การตัดหนังกำพร้า ควรตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ ผลลัพธ์ของการจัดการอาการพบว่า มีอาการดีขึ้น (สาคร หับเจริญและคณะ, 2565)

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้า ก่อนและหลังการได้รับความรู้และคำแนะนำ โดยการใช้สื่อการเรียนรู้รูปแบบแอปพลิเคชันไลน์

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และคำแนะนำในการจัดการอาการ โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าก่อนได้รับความรู้ ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ โดยพบว่าคะแนนด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในมิติทางกาย มิติด้านบทบาท ด้านอารมณ์ ด้านการรู้จัก และทางด้านสังคม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$ ในทุกด้าน) และอาการเหนื่อยล้า อาการปวด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการท้องผูก และปัญหาด้านการเงิน มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ (ในทุกอาการ) ส่วนคะแนนด้านกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่มีคะแนนสูง แสดงถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้า โดยพบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเบื่ออาหาร และ อาการท้องเสีย มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จากผลการศึกษา นี้แสดงให้เห็นว่า การรักษาด้วยยาเม็คมุ่งเป้าส่งผลให้คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งปอดดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งปอดในผู้ป่วยที่มีการกลายพันธุ์ของยีน Epidermal growth factor receptor (EGFR) และได้รับยาต้าน EGFR-TKI

(Epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors) ซึ่งเป็นยาต้านมะเร็งเฉพาะจุด จากการศึกษาวิจัยทางคลินิกหลาย งานพบว่า มีผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีการตอบสนองต่อของโรคโดยรวมหรือ overall response rate ประมาณร้อยละ 70 เพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตรวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิต (ฐิณันท์ เรืองเวชวัฒนา, 2565) เนื่องจากยามุ่งเป้าในการรักษามะเร็งปอด เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อต้าน หรือรบกวนการทำงานของเซลล์โดยออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงที่ตำแหน่ง receptor ของเซลล์หรือยีน ทำให้การส่งสัญญาณของเซลล์มะเร็งถูกรบกวน ทำให้การเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งหยุดชะงักและถูกทำลายไป ส่งผลให้ก้อนในปอดยุบลง ก้อนมะเร็งลดลงอย่างต่อเนื่อง น้ำในปอดลดลง ปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้มากขึ้น จากการตอบสนองต่อการรักษาได้ดีต่อโรค ถึง ร้อยละ 70 (Ciardiello & Tortora , 2008 อ้างถึงใน ฐิณันท์ เรืองเวชวัฒนา, 2565) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยยามุ่งเป้าดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการรู้จัก โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทางด้านร่างกาย คือ อาการทางหายใจลำบากลดลง อาการปวดลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นจนเกือบเท่าปกติ รวมทั้ง มีอาการไอลดลง สามารถนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืนได้มากขึ้น และมีอาการอ่อนล้า อ่อนเพลียลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hirsh et al (2013) ที่ศึกษาถึงอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า (EGFR-TKI) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นก่อนการรักษา โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย พบว่า มีอาการไอ อาการปวด หายใจลำบากและเหนื่อย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$ และในการศึกษารั้งนี้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดจะเกิดความทุกข์ทรมานทั้งจากตัวโรค และการรักษาด้วยยาเม็ดมุ่งเป้า แต่ก็ไม่ได้ทำให้การแสดงบทบาทหน้าที่ทางด้านสังคม อารมณ์หรือด้านการรู้จักของผู้ป่วยเสียไป อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ กิดเป็นร้อยละ 56.7 และอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรคิดเป็นร้อยละ 76.7 ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองยังมีความหมาย และคุณค่ายังเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้น่าจะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองเกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขถึงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต และจากการสอบถามผู้ป่วย ผู้ป่วยบอกว่าได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในการพามาพบแพทย์เพื่อการรักษา อีกทั้งเพื่อนร่วมงานเข้าใจในโรคและอาการที่เป็น ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความพึงพอใจและมีกำลังใจถึงแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งการได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาจากทีมสุขภาพจากช่องทางการสื่อสารด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล รับฟังปัญหาและตอบสนอง

ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมเป็นปัจเจกบุคคล สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นปัจจัยในการช่วยให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น

ถึงแม้ว่ายากลุ่มนี้จะให้การรักษามีประสิทธิภาพ และมีผลข้างเคียงโดยรวมที่น้อยกว่ายาเคมีบำบัด แต่สามารถพบอาการไม่พึงประสงค์หลายอย่างจากการใช้ยาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้ได้ เช่น ผลข้างเคียงต่อระบบผิวหนัง ทำให้เกิดความเสียหายที่ระบบผิวหนังและที่รูขุมขน เกิดผื่นที่มีลักษณะเป็นผื่นแดงหรือผื่นคล้ายสิว โดยอาจเป็นตุ่มหนองหรือติดเชื้อแทรกซ้อนได้ หากมีอาการรุนแรงมาก อาจเกิดผิวหนังลอกหรือพุพองมาก อาการท้องเสีย ซึ่งบางรายส่งผลต่อการทำงานของไต การเกิดภาวะตับอักเสบ การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ การเบื่ออาหารและการติดเชื้อที่เล็บ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจต้องจำเป็นต้องถอดเล็บในบางราย (ชัยนันท์ เรืองเวทย์วัฒนา, 2565) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยในด้านกลุ่มอาการต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมา มีคะแนนสูงขึ้น แสดงถึงอาการไม่พึงประสงค์จากผลการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า โดยพบว่า อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเบื่ออาหาร และ อาการท้องเสีย มีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังนั้น การจัดการอาการจากผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ จึงมีความจำเป็นต่อทีมสุขภาพที่ควรตระหนักและสามารถที่จะดูแลรักษาผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นให้ดี เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการรักษาให้นานที่สุด แต่เนื่องด้วย พื้นที่ให้บริการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนใหญ่จะให้บริการแบบผู้ป่วยนอก อีกทั้งในสถานการณ์ของการเกิดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส Covid 19 ซึ่งต้องมีข้อจำกัดของการเว้นระยะห่างและการใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลให้น้อยลง อีกทั้งจำนวนบุคลากรที่ให้บริกรมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล จึงทำให้การให้ข้อมูล คำแนะนำและการติดตามผู้ป่วยยังทำได้ไม่เต็มที่ การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วยผ่านทางคำแนะนำสั้นๆพร้อมแผ่นพับ ด้านการจัดการอาการอาจไม่ครอบคลุมและเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลความรู้ที่จะนำไปใช้กับการจัดการอาการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงที่บ้าน

การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์และให้คำแนะนำคำปรึกษาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้า เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมกับกับโลกยุคดิจิทัล เนื่องจากการสื่อสารที่ทันสมัยและเป็นที่ยอมรับในยุคปัจจุบัน การนำเสนอผ่านรูปภาพ เสียง ชวนให้ดึงดูดความสนใจ นำติดตาม และทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เกิดการเรียนรู้และคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีเวลาในการเตรียมความพร้อมและวางแผนจัดการกับอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

มีการจัดการอาการกับผลข้างเคียงได้เหมาะสมกับอาการ ไม่เกิดภาวะรุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิตที่ต้องได้รับการรักษาแบบนอนโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Handa et al., (2020) ศึกษาถึงผลของการใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดสูตร taxane-based chemotherapy ร่วมกับ anthracycline-based ที่ประเทศญี่ปุ่น จำนวน 102 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 52 ราย และกลุ่มทดลอง 50 ราย กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และการบันทึกอาการต่าง ๆ ด้วยตนเอง กลุ่มทดลองได้รับการบันทึกความรุนแรงของอาการต่าง ๆ จากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดโดยใช้แอปพลิเคชันระบบการสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่านสมาร์ตโฟนหรือคอมพิวเตอร์ส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ผลข้างเคียง และความร่วมมือในการใช้แอปพลิเคชันก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 4 คอร์ส ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนผ่านการใช้แอปพลิเคชันมีอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่ำกว่าและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงมีการบันทึกความรุนแรงของอาการจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจำนวน 1,867 ครั้ง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการรายงานอาการระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำทั่วไป มีอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

นอกจากการได้รับข้อมูลการจัดการอาการผ่านทางแอปฯ ไลน์แล้ว กลุ่มตัวอย่างยังสามารถส่งข้อความ คำปรึกษา คำถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ ไม่มั่นใจ เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว ผ่านทาง Chat Line เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ลดระดับความรุนแรงของอาการ หรือ อาการแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการกับอาการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Çinar et al., (2021) ศึกษาผลของการฝึกอบรมโดยใช้แอปบนโทรศัพท์มือถือในการดูแลช่วยเหลือต่อคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมที่กำลังได้รับการรักษาเสริมด้วยฮอร์โมน จำนวน 64 ราย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 31 ราย และกลุ่มทดลอง 33 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการฝึกอบรมการใช้แอปบนโทรศัพท์มือถือในการดูแลช่วยเหลือประกอบด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วยบนแอปโทรศัพท์มือถือ และแอปพลิเคชันการจัดการบนเว็บ โดยให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคำแนะนำเรื่อง

โรคมะเร็งเต้านม อาการ และการดำเนินชีวิต (โภชนาการที่เพียงพอและสมดุล การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด) เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นและมีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป

การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า เป็นสิ่งที่สำคัญ ถึงแม้ว่ายากลุ่มนี้จะให้การรักษามีประสิทธิภาพ และมีผลข้างเคียงโดยรวมที่น้อยกว่ายาเคมีบำบัด แต่สามารถพบอาการไม่พึงประสงค์หลายอย่างจากการใช้ยา ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้ แพทย์และพยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วยที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการรักษาให้นานที่สุด จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นช่องทางการสื่อสารที่คืออย่างหนึ่ง ที่สามารถให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาได้ รวมทั้งติดตามอาการ ความรุนแรง และวิธีการจัดการของผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการจัดการอาการ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรตระหนัก และเล็งเห็นถึงความสำคัญในการเตรียมความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษามะเร็งปอดด้วยยาเม็ดมู่งเป้าในกลุ่มยาอื่น ๆ นอกเหนือจากยาในกลุ่ม EGFR TKI ตั้งแต่การตรวจยืนยัน การรักษา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์และวิธีการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อวางแผนติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลเพื่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งการสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดเม็ดได้อย่างต่อเนื่องจนการรักษาไม่ตอบสนอง

2. ปัจจุบันมีการวิจัยทางคลินิกทางด้านอนุพันธุศาสตร์มากขึ้น เพื่อพัฒนายาที่นำมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นเพื่อการรักษาพยาบาลที่ต้องไปควบคู่กับการแพทย์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง บุคลากรควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านองค์ความรู้และนวัตกรรม รวมถึงสื่อการสอน

ที่ทันสมัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบมุ่งเป้า อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับอาการจากยามุ่งเป้าชนิดอื่น ๆ ก่อนที่จะเริ่มรับการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยผู้ป่วยและครอบครัวสามารถศึกษาและทำความเข้าใจด้วยตนเองนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา และการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะทางนโยบาย เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า การติดตามการจัดการอาการผ่านทางช่องทางแอปพลิเคชันไลน์มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลต่อการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากได้เห็นผลทางคลินิก รวมถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการสื่อสารและการติดตามผล ดังนั้นแนวทางการบริหารด้านการใช้ยาเคมีบำบัดตัวอื่น ๆ ที่จำเป็นใช้ และมีผลข้างเคียงที่รุนแรง ควรส่งเสริมให้มีการติดตามผลผ่านทางช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ เนื่องจากสะดวก ปลอดภัย เข้าถึงได้และประหยัด

บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสาธารณสุข.
- นนทบุรี : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา เพียรบุญญิตี. (2557). ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการนวดแลสส์วิตซ์ต่อ
ความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิดานันท์ มลิทอง. (2548). เทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- กิตติยาพร สังขศรีสมบัติ มนัสนันท์ พรหมศรี นิรันดร์ ผาณิตและชรินทร์พร มะชะรา. (2565). การพัฒนา
รูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ ออฟฟิเชียลแอดเดสสำหรับ
มารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, (16)2, 623-641.
- กึ่งกาญจน์ อาจเดช. (2554). รูปแบบกิจกรรมในการบำบัดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ :
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเทศไทย การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับ
บัณฑิตศึกษา มสธ. ครั้งที่ 1 26 สิงหาคม 2554 . 1-13.
- กรีธา ธรรมคำภีร์ .(2550). มะเร็งปอด: *Textbook of lung cancer*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ขวัญจิรา ถนอมจิตต์. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จาริณญ์ จินดาประเสริฐ.(2560). ความก้าวหน้าในการรักษามะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็กที่มี
การกลายพันธุ์ของ epidermal growth factor receptor. *KKU Journal of Medicine*, 3 (3), 5-11.
- จรัสรัตน์ รัตน์เพชร. (2556). ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- เจนวิทย์ นวลแสง (2562) จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. *วารสารการเมือง
การบริหารและกฎหมาย*. 10 (2), 131-155.
- ฉลาด แสงอาทิตย์. (2546). ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี
รักษาร่วมกับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ณัฐนันท์ เกตุภาค. (2554). ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. *Nursing Journal*, 38(3), 98-109.
- ทักษาศ ไทยเล็ก. (2562). ผลของนโยบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพ ช่องปาก ต่อพฤติกรรมการป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชลลวรรณ ศรีกลิ่น. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันต่อความรู้การใช้ยาสูดและการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39 (2), 50-63.
- ธิดิยา เดชเทพพร. (2565). การรักษาผลข้างเคียงที่เกิดจากยาต้าน EGFR. ใน ธัญนันท์ เรืองเวทย์วัฒนา (บ.ก.) มะเร็งปอดชนิดยีนกลายพันธุ์ EGFR=EGFR-mutant lung cancer. กรุงเทพมหานคร: ไอดี ออล ดิจิตอลพรีนซ์.
- ธัญนันท์ เรืองเวทย์วัฒนา. (2565). สถานการณ์โรคมะเร็งปอดและการรักษาปัจจุบันในประเทศไทย. ใน ธัญนันท์ เรืองเวทย์วัฒนา (บรรณาธิการ). มะเร็งปอดชนิดยีนกลายพันธุ์ EGFR=EGFR-mutant lung cancer. กรุงเทพมหานคร: ไอดี ออล ดิจิตอลพรีนซ์.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2555). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. (พิมพ์ครั้งที่ 13) กรุงเทพมหานคร: สามัญชนีเนสอาร์แอนดี.
- นพมาศ พัดทอง. (2554). องค์ประกอบของกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัย: แนวทางการปฏิบัติสู่ความสำเร็จ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุษรัตน์ สีนวลแจ้ง. (2561). ความต้องการ การได้รับความรู้และการสนับสนุนและความพึงพอใจต่อความรู้และการสนับสนุนที่ได้รับของผู้ป่วยมะเร็งระยะแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(1), 24-33.
- ประดิษฐ์ ปฐวิศรีสุธา. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคปอด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(2), 301-309.

ปาริชาติ นิยมทอง. (2561). โรคมะเร็งปอดรู้เท่าทันป้องกันได้. *Journal of the Phrae Hospital*.

26 (1), 61-80.

ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแ่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, (37) 2, 52-69.

พรพิมล เลิศพานิชย์, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2560). ประสิทธิภาพการ และคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*. 6(1), 45-55.

พูลสุข ศิริพล. (2554). การจัดการกับอาการ: การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ใน ปรานิ หูไพอระ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส, 60-91.

ไพรัตน์ สุกระสร. (2561). ผลของการให้ข้อมูลผ่านไลน์ต่อความวิตกกังวลหลังผ่าตัดทำทวารเทียมในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2539*. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.

รติรส แผลงภูทอง. (2552). ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วย มะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*.

รุจิรัตน์ ผัดวัน. (2551). ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 35(1), 125-133.

วรชัย รัตนธรร, แม้นมนา จิระจรัส, และสุวรรณี สิริเลิศระกุล. (2544). การแปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดคุณภาพชีวิต. *จดหมายเหตุทางแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 84(10), 1430-1442.

วนิสา หะยีเซะ, นุจรี ไชยมงคล, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และมยุรี ยี่ปาโล๊ะ. (2564). การพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์ : ผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิธีมุสลิม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 13(1), 39-55.

ศิริกร ก้องวัฒนกุล เบญจมาศ ปรีชากุล และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์.(2562). ประสบการณ์อาการและการจัดการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* สสอท, 1(1), 50-66.

ศรวิภา ธนรักษ์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะของผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 32(4), 1283-1296.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินต์ติ้ง.

สมเกียรติ วงษ์ทิม และวิศิษฐ์ อุดมพานิชย์. (2542). มะเร็งปอด ใน สมเกียรติ วงษ์ทิม และวิศิษฐ์ ศรีดามา (บรรณาธิการ). *โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม* (หน้า 188-204). กรุงเทพมหานคร: ยูนิต์พับลิเคชั่น.

สุรัชย์ มณีเนตร. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

เสน่ห์ พุทธิ. (2563). ศึกษาผลของการใช้สื่อการเรียนรู้วีดิทัศน์ภาษาอีสานต่อความรู้และทักษะของการจัดการอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(4), 84-96.

เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง. (2563). ผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชัน เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อคะแนนความรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 8(2), 89-104.

สาคร หับเจริญ, กันตพร ยอดไชย และ เกสรี มณีทอง.(2565). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการอาการพิษต่อเลือดในสตรีมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด : กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย* , 15(2), 30-40.

สารนิติ บุญประสพ. (2555). อาการหายใจลำบาก; บทบาทของพยาบาล. (Dyspnea: the Role of a Nurse). *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6 (2), 1-11.

- สุชาวดี รุ่งแจ้ง และรัชนี นามจันทร์. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 43-57.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). *Hospital-Based cancer registry* สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [online]. แหล่งที่มา: <https://www.nci.go.th>. [25 เมษายน 2563].
- อมรรัตน์ ณะสนธิ์ 2552. อาการและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32 (1), 12-24.
- อภิญา คารมปราชญ์ และคณะ. (2560). อาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(4), 326-331.
- อภิรดี ลดาวงษ์. (2547). การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*.
- อภันตรี กองทอง (2544) ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- Aaronson, N.K., Cull, A., Kaasa, S., and Sprangers, MAG. (1994). The European Organization for Research Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in Oncology. *Intern J Mental Hlth*, 23, 75-96.
- Aaronson, N.K. (1988). Quality of life: what is it? How should it be measured? *Oncology Willston Park*, 2(5), 69-76.
- Akerley, W., Boucher, K. M & Bentz, J.S. (2009). A Phase II Study of Erlotinib as Initial Treatment for Patients with Stage IIIB-IV Non- small Cell Lung Cancer. *Journal of Thoracic Oncology*, 4(2), 214-219.
- Bonk, A. K. (2012). Management of dyspnea in a patient with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39 (3), 257-260.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P., & Macmillan., K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*, 7, 6-9.

- Bruera, E., Schmitz, B., Pither, J., Neumann, C. M., & Hanson, J. (2000). The Frequency and Correlates of Dyspnea in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19 (5), 357-362.
- Cella, D.F., Tulsky, D., Gray, G., et al. (1993). The functional assessment of cancer therapy (FACT) scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Cella, D., Webster, K., Chang, C. H., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., et al. (2002). Deriving a clinically meaningful symptom index from the Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary (FACT-Hep) scale: *The FHSI-8. Quality of Life Research*, 9(3), 293-304.
- Change, V.T., Hwang, S.S., Feuerman, M., Kasimis, B.S. and Thaler, H.T. (2000). The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF) validity and reliability. *Cancer*, 89 (5), 1162-1171.
- Chou, F.Y., Dodd, M., Abrams, D., & Padilla, G. (2007). Symptom, self-care, and quality of life of Chinese American patient with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1162-1167.
- Cinar, D., Karadakovan, A., & Erdogan Pinar, A. (2021). Effect of mobile phone app-based training on the quality of life for women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 1-10.
- Cooley, M.E., Short, T.H., & Moriarty, H.J. (2003). Symptom prevalence, distress and change over time in adults receiving treatment for lung cancer. *Psycho-Oncology*, 12, 694-708.
- Davison, S.N., Jhangri, G.S., & Johnson, J.A. (2006). Longitudinal validation of a modified Edmonton symptom assessment system (ESAS) in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 21, 3189-3195.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., and Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer: Part I: Physical and social well-being. *Cancer Nursing*, 20, 398-408.
- Fishbein, J.N., Nisotel, L.E., MacDonald, J. J., Amoyal Pensak, N., Jacobs, J.M., Flanagan, C., Jethwani, K., & Greer, J.A. (2017). Mobile application to promote adherence to oral chemotherapy and symptom management : A protocol for design and development. *JMIR Research Protocols*, 6(4), e62
- Giordano, P., Manzo, A., Montanino, A., Costanzo, R., & et al (2016). Afatinib: An overview of its clinical development in non-small-cell lung cancer and other tumors. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 97, 143-151.
- Handa, S., Okuyama, H., Yamamoto, H., Nakamura, S., & Kato, Y. (2020). Effectiveness of a Smartphone Application as a Support Tool for Patients Undergoing Breast Cancer Chemotherapy : A Randomized Controlled Trial. *Clinical Breast Cancer*, 20(3), 201-8.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving in Thailand*. USA, Wayne State University.
- Hirsh, V., Cadranell, J., Cong, X.J., Fairclough, D., et al. (2013). Symptom and Quality of Life Benefit of Afatinib in Advance Non-Small-Cell Lung Cancer Patients Previously Treated with Erlotinib or Gefitinib. *Journal of Thoracic Oncology*, 8(2), 229-237.
- Hirsh, V., Blais, N., Burkes, R., Verma, S., & Croitoru, K. (2014). Management of diarrhea induce by Epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors. *Current Oncology*, 21(6), 329 - 335.
- Huang, C. C., Kuo, H. P., Lin, Y. E., & Chen, S. C. (2019). Effects of a web-based health education program on quality of life and symptom distress of initially diagnosed advanced non-small cell lung cancer patients: a randomized controlled trial. *Journal of Cancer Education*, 34, 41-49.
- Jennings, A. L., Davies, A. N., Higgins, J. P., Gibbs, J. S., & Broadley, K. E. (2002). A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnea. *Thorax*, 57, 939-944.

- Karaaslan-Eser, A., & Ayaz-Alkaya, S. (2021). The effect of a mobile application on treatment adherence and symptom management in patient using oral anticancer agents : A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 1-10.
- Kant, S., & Singh, G. V. (2006). Breathing exercise as adjuvant in the management of COPD: An Overview. *Lung india*, 23 (4), 165-169.
- Kinnane N, Stuart E, Thompson L, Evans K. & Schneider-Kolsky M. (2008). Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 17(4), 328-39.
- Kirkova, J., Davis, M.P., Walsh, D., Tiernan, E., O'Leary, N., LeGrand, S.B., et al. (2006). Cancer symptom assessment instrument : A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 24(9), 1459-1473.
- Koller, M., Aaronson, N.K., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P., Group & E.Q.O.L.(2007). Translation procedures for standardized quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer(EORTC)approach. *Eur J Cancer*, 43 (12), 1810-1820.
- Lacouture, M.E., Sibaud, V., Gerber, P.A., Hurk, C.V.D, & et al. (2021). Prevention and management of dermatological toxicities relate to anticancer agent: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 32 (2), 157-170.
- Lorenzo, L.M., Arena, C., Troiano, G., Zhurakivska, K., & Nocini, R. (2018). Stomatitis and EGFR-Tyrosine Kinase Inhibitors: A Review of Current Literature in 4353 Patient. *Clinics in Oncology*, (3) , 1-6.
- McCorkle, R., & Benoliel, J, Q. (1983). Symptom distress, current concerns and mood disturbance after diagnosis of life – threatening disease. *Social Sciebce & Medicine*, 17(7), 431-438.

- Merlo, A., Carlson, R., Williams., B.M., Balakrishnan,P., & Chen, S. (2022). Postoperative Symptom Burden in Patients Undergoing Lung Cancer Surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(3), 254-267.
- National Cancer Institute. (2010). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v 4.03*. National Institute of health, Available from : http://www.eortc.be/service/doc/ctc/CTCAE_4.03_2010-06-14. สืบค้น 31 พฤษภาคม 2565.
- O'Dowd, L.E. & Baldwin, D.R. (2022). Clinical Presentation and Diagnostic Approach in Suspected Lung Cancer. *Encyclopedia of Respiratory Medicine, (Second Edition)*, (4), 705-715.
- Padilla, G.V., & Grant, M.M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in nursing science*, 8(1), 45-60.
- Padilla, G.V., Grant, M.M. and Ferrell, B. (1992). Nursing research into quality of life. *Qual Life* 1, 341-348.
- Piamjariykui, U., Williums, P.D., Prapakorn, S., Kim, M., Park, L., Rojjanasrirat, W., et al. (2010). Cancer therapy-related symptom and self-care in thailand. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 387-394.
- Piper, B.F., Lindsey, A.M., and Dodd, M.J. (1987). Fatigue mechanism in cancer patients. *Development Nursing Theory Nursing Forum*, 14, 17-23.
- Polanski, J., Polanska, B. J., Rosinczuk, J., Chabowski, M., & Chabowska, A. Z. (2016) .Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets and Therapy*, 9, 1023-1028.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8 th ed.), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P.(1999). *Nursing Research :Principle and Method*. (6th ed.), Lippincott, Williams & Wilkins.
- Portenoy, R.K., Thaler H.T., Komblieth., A.B., Lepore., J.M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E. et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30(3), 1326-1336.

- Prasongsook, N. (2016). Cancer Pain Management. *Thai society of clinical oncology*, 21(3).
- Ramalingam, S.S., et al., (2020). Overall Survival with Osimertinib in Untreated, EGFR - Mutated Advanced NSCLC. *N Engl J Med*, 382 (1) , 41-50.
- Rongngern, P., Nakwan, N., Tantivithiwate, T & Watchirakaeyoon, P. (2021). Cutaneous Side Effects of Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors (PRIDE syndrome) in Patients with Non-small Cell Lung Cancer: A Cross-sectional Study from Hatyai Hospital, Southern Thailand. *Thai J Dermatol*, 37(4), 150-160.
- Sheldon, L.K., et al. (2008). Evidence-Based Interventions for Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 789-797.
- 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 QOL-C30): validation study of the Thai version. *Journal of Quality of life*, 15(1), 167-172.
- Suwisith, N., Hanucharunkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K., & Asavametha, N. (2008) . Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Thai Journal of Nursing Research*, 12 (3), 153-165.
- Testa, M.A. and Simonson, D.C.(1996). Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*, 33 (4), 835-840.
- Tseng, Li-C., Chen, K.H., Wang, C.L., & Weng, Li-C. (2020). Effects of tyrosine kinase inhibitor therapy on skin toxicity and skin-related quality of life in patients with lung cancer. *Medicine*, 99(23), 1-6.
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical care*, 30, 473-483.
- Williams, P., Ducey K., Williams, A., et al. (1997). A Therapy-Related Symptom Checklist (TRSC) for oncology patients: a self-report instrument. *Oncology Nursing Forum*, 24(3), 301.

World Health Organization. (2022). Cancer fact sheets . Available from :

<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer/>. สืบค้น 25 ธันวาคม 2564

Wu YL., Zhou C., Liam CK., Wu G., Liu X., Zhong Z., et al. (2015). First-line erlotinib versus gemcitabine/cisplatin in patients with advance EGFR mutation-positive non- small- cell lung cancer: analysis from the phaseIII, randomized, open-label, ENSURE study. *Ann Oncology*, 26, 1883-9.

Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issue. *Journal of advanced nursing*, 17(1), 795-800.

Zhang, L.L., Wang, S. Z., Chen, H. L., & Yuan, A. Z. (2016). Tai Chi exercise for cancer-related fatigue in patients with lung cancer undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Journal of pain and symptom management*, 51(3), 504-511.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการศึกษา

1. นายแพทย์ยศวจันท์ รุ่งโรจน์วัฒนา
 อาจารย์ภาควิชา อายุรศาสตร์สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. พ.ต.ท.หญิง ผศ. ดร.นวลลออ ทวีศรี
 อาจารย์ (สบ3) ภาควิชาหลักการพยาบาลกลุ่มงานอาจารย์
 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
3. อาจารย์ ดร. ดวงรัตน์ กวีนันทชัย
 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น
 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
5. นางอพัชนิภา บุญหลี่
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๙๐) _____

ที่ พวช.๑๒./๒๐๖๕ _____ วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ _____

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะห

เรียน หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางสาวกมลน พรคณาปราชญ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๒๘๗) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานเชิงวิเคราะหเรื่อง “ผลของการให้ความรู้การจัดการอาการโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยามิตมั่งเป้า ”

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ นายแพทย์ยศวิจน์ รุ่งโรจน์วัฒนา ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะห เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวจันทนา จินตวงศ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รักษาการแทนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ที่ นมร.๐๓๑๒/๑๗๕๓



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต
กทม. ๑๐๓๐๐

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ

ด้วย นางสาวกมลน พรมณาปราณี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่อง “ผลของการให้ความรู้การจัดการอาการโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุงเป้า”

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พิจารณาเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ ว่าที่ พ.ต.อ. หญิง ดร.นวลลออ ทวีศรี ตำแหน่ง ผศ. (สบ๔) ภาควิชาหลักการพยาบาล กลุ่มงานอาจารย์ สังกัดวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๒๗๐๐. สุวรรณ Faculty of Medicine
Medicine
Maha
Hospital
P.O. Box ๖๘

(รองศาสตราจารย์ปนัดดา สุวรรณ)
รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ)

โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๓๐๔๐

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban-vajira@nmu.ac.th

“สถาบันแพทยศาสตร์ที่ทรงคุณค่า ผู้นำด้านเวชศาสตร์เขตเมือง”



ที่ นมร.๐๓๑๒/๑๗๕๓

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต
กทม. ๑๐๓๐๐

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ

ด้วย นางสาวกมลน พรคณาปราชญ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่อง “ผลของการให้ความรู้การจัดการอาการโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด”

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พิจารณาเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ ว่าที่ พ.ต.อ. หญิง ดร.นวลลออ ทวีศรี ตำแหน่ง ผศ. (สบ๔) ภาควิชาหลักการพยาบาล กลุ่มงานอาจารย์ สังกัดวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๒๗.๒.๖๖

Faculty of
Medicine
Naresuan
Hospital

(รองศาสตราจารย์ปนัดดา สุวรรณ)

รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ)

โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๓๐๙๐

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban-vajira@nmu.ac.th

“สถาบันแพทยศาสตร์ที่ทรงคุณค่า ผู้นำด้านเวชศาสตร์เขตเมือง”



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ฝ่ายการพยาบาล โทร. ๐๒-๒๕๔-๓๐๕๐)

ที่ นมร.๐๓๑๒/๑๗๕๗ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะห

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ก่อการณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ด้วย นางสาวกมลน พรคณาปราชญ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๒๘๗) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานเชิงวิเคราะหเรื่อง “ผลของการให้ความรู้การจัดการอาการโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุ่งเป้า”

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ เป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ก่อการณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะหดังกล่าว เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ศิริกมล นพ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์)

คณะบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิทยาการพยาบาล โทร. ๓๘๕๑)

ที่ พวช.๑๒./๒๕๖๖

วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะห์

เรียน นางอภิญญา บุญหลี่

ด้วย นางสาวกมลน พรมณปราษฎ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๒๘๗) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการทำผลงานเชิงวิเคราะห์เรื่อง “ผลของการให้ความรู้การจัดการอาการโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมุ่งเป้า”

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่าน นางอภิญญา บุญหลี่ ตำแหน่ง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาผลงานเชิงวิเคราะห์ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวจันทนา จินาวงศ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รักษาการแทนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

9. ปัจจุบันท่านพักอยู่กับ

☐ อยู่ตามลำพัง ☐ สามเณร/ภรรยา/บุตร ☐ บิดา/มารดา/ญาติพี่น้อง ☐ อื่นๆระบุ

10. โรคประจำตัวอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มีระบุ.....

ส่วนที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

1. ยาเม็ดมุงเป้าที่ท่านได้รับ.....

ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคยโปรดระบุ

☐ การผ่าตัด ☐ การฉายแสง ☐ การให้ยาเคมีบำบัด

ท่านเคยได้รับการสอน หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้าและการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้าหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

ถ้าเคย ท่านเคยได้รับความรู้เหล่านี้จากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ ญาติพี่น้องเพื่อนร่วมงาน

☐ หนังสือ เอกสาร ☐ วิทยู โทรทัศน์ ☐ อื่นๆ.....

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้า

โปรดอ่านข้อความทางด้านซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
กรุณาตอบทุกข้อโดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เลือกตอบ ถูก เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง

เลือกตอบ ผิด เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้นผิด

คำถาม	ถูก	ผิด
1. ในปัจจุบันมีการพัฒนายาเม็ดมู่งเป้าที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอด โดยผู้ป่วยสามารถรับการรักษาด้วยการรับประทานยาเม็ดมู่งเป้าได้ทุกคน		
2. การรักษาด้วยยาต้านมะเร็งแบบมู่งเป้า ยาจะออกฤทธิ์ทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็งเท่านั้น ไม่ทำลายเซลล์ปกติอื่นๆของร่างกาย		
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งแบบมู่งเป้า สามารถซื้อยาบำรุง ขาวิตามิน หรือยาสมุนไพรอื่นๆมาทานเสริมได้		
4. การตรวจเลือดและการเอกซเรย์ในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้แพทย์ทราบผลของการรักษา หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อทำการรักษาหรือรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลาที่		
5. ยาเม็ดรับประทานแบบมู่งเป้า อาจเกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น ท้องเสีย ผื่นคล้ายสิ่ว ขอบเล็บอักเสบ ดับอักเสบ เคืองตา เป็นต้น		
6. ผู้ป่วยที่ได้รับยาเม็ดแบบมู่งเป้า หากเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง สามารถหยุดยาเองได้ โดยไม่ต้องไปพบแพทย์		
7. เมื่อมีอาการเจ็บปาก ควรซื้อน้ำยาบ้วนปากที่มีขายตามท้องตลาดมาใช้ เพื่อฆ่าเชื้อโรค และรักษาแผล		
8. หากท่านลืมหาทานยาเม็ดแบบมู่งเป้า ควรทานทันทีที่นึกขึ้นได้ ไม่ว่าเวลาจะผ่านไปนานแค่ไหนก็ตาม		
9. เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเม็ดมู่งเป้า เช่น ผื่นหนังเป็นผื่นคล้ายสิ่ว สามารถซื้อยาแก้แพ้ หรือยารักษาสิ่วมารับประทานเองได้		
10. หากมีอาการขอบเล็บอักเสบ ควรดูแลตนเองด้วยการหลีกเลี่ยงการโดนน้ำ การสัมผัสกับสารก่อการระคายเคือง เช่น ผงซักฟอก		

ชุดที่ 3 แบบสอบถามอาการข้างเคียงของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเม็ดมู่งเป้า

คำชี้แจง : ในการตอบแบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ท่านมีอาการใดเกิดขึ้น มีระดับความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของท่านดังกล่าวข้างล่างต่อไปนี้หรือไม่

ถ้าไม่มีอาการกรณuaiใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องไม่มีอาการ และไม่ต้องประเมินระดับความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน

ถ้ามีอาการกรณuaiใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องมีอาการ และขอให้ท่านประเมินระดับความถี่ ความรุนแรง และอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของท่าน ตามความรู้สึของท่าน

เกณฑ์ในการเลือกตอบมีดังนี้

1) ความถี่ของอาการ กรณuaiใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยระดับความถี่ของอาการ แบ่งเป็น

นานๆครั้ง	หมายถึง	มีอาการสัปดาห์ละ 1 วัน
น้อยครั้ง	หมายถึง	การเกิดอาการน้อยมาก สัปดาห์ละ 2 วัน
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	การเกิดอาการบางครั้ง สัปดาห์ละ 3-4 วัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	การเกิดอาการบ่อยครั้ง สัปดาห์ละ 5-6 วัน
ตลอดเวลา	หมายถึง	การเกิดอาการตลอดทุกวันทั้งสัปดาห์

2) ความรุนแรงของอาการ กรณuaiใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยระดับความรุนแรงของอาการ แบ่งเป็น

น้อยมาก	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการน้อยมาก
มีน้อย	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการน้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการค่อนข้างมาก
มาก	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการมาก
มากที่สุด	หมายถึง	มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด

3) อาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน กรณuaiใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยระดับอาการที่รบกวนชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น

น้อยมาก	หมายถึง	รบกวนชีวิตประจำวัน น้อยมาก
มีน้อย	หมายถึง	รบกวนชีวิตประจำวัน น้อย
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	รบกวนชีวิตประจำวัน ค่อนข้างมาก
มาก	หมายถึง	รบกวนชีวิตประจำวัน มาก
มากที่สุด	หมายถึง	รบกวนชีวิตประจำวัน มากที่สุด

ชุดที่ 4 แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการข้างเคียงจากยาเม็ดมุงเป้าในการรักษาโรคมะเร็งปอด

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความ การจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเม็ดมุงเป้าในการรักษาโรคมะเร็งปอด ที่ท่านเลือกใช้ปฏิบัติขณะได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดมุงเป้าและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการตามวิธีดังกล่าวว่าเป็นอย่างไร

อาการ/วิธีการจัดการ	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ		
	ดีขึ้น/หายไป	เหมือนเดิม	แย่ลง
ผื่น คล้ายสิ่ว /คันตามผิวหนัง			
1. การทาผิวหนังด้วยโลชั่น มอยส์เจอร์ไรเซอร์ ครีม ให้ผิวชุ่มชื้น (เป็นครีมที่ปราศจากแอลกอฮอล์)			
2. การรับประทานยาปฏิชีวนะ ตามแพทย์สั่ง			
3. การอาบน้ำบ่อยๆ			
4. การทาผิวหนังด้วยครีม หรือ โลชั่นเพื่อให้ผิวชุ่มชื้น			
5. การอาบน้ำ และใช้สบู่อ่อน			
6. หลีกเลี่ยงการถูกแดดจ้า โดยเฉพาะ เวลา 10.00-16.00 น			
7. การนอนพักผ่อน			
8. การใส่ถุงมือในการทำทำความสะอาดบ้าน หรือล้างจาน			
9. อยู่ในที่อากาศเย็นสบาย อากาศถ่ายเทได้สะดวก			
10. การสวมหมวก /นั้งสมาธิ			
11. การพูดคุยกับคนอื่น			
12. อื่นๆ ระบุ.....			
ท้องเสีย			
13. ทานยา loperamide ตามคำแนะนำของแพทย์			
14. ใช้ยาแผนโบราณ ระบุ			
15. ดื่มน้ำเกลือแร่บ่อยๆ			
16. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด ย่อยง่าย			
17. หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด กากใย นม			
18. ให้น้ำเกลือ			
19. ประเมินแพทย์ พยาบาล			

อาการ/วิธีการจัดการ	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ		
	ดีขึ้น/หายไป	เหมือนเดิม	แย่ลง
20. ไปโรงพยาบาล			
21. อื่นๆ ระบุ			
อาการเจ็บปาก			
22. บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ / น้ำเปล่าบ่อยๆ			
23. ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น จิบน้ำบ่อยๆ			
24. อมน้ำแข็ง ดื่มน้ำเย็น ไอศกรีมเย็นๆ น้ำแข็งไส			
25. รับประทานอาหารอ่อนที่ไม่ร้อนจัด			
26. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เผ็ดเปรี้ยว			
27. หลีกเลี่ยงน้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น น้ำมะเขือเทศ น้ำส้ม น้ำมะนาว			
28. ทาวาสลิน ลิปปมัน ลิปปาล์ม หรือขี้ผึ้ง			
29. งด ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			
30. ทายาป้ายปาก ตามแพทย์สั่ง			
31. ใช้แปรงสีฟัน ขนอ่อนนุ่ม แปรงฟันและเหงือกเบาๆ (กรณีมีฟันปลอม แนะนำให้ถอดออก)			
เบื่ออาหาร / ความอยากอาหารลดลง			
32. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดย ระบุ			
33. รับประทานอาหารเสริม ระบุ			
34. พยายามรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งขึ้น			
35. รับประทานอาหารวิตามิน			
36. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด			
37. พยายามฝืนใจรับประทานอาหาร			
38. ทำกิจกรรมเบี่ยงเบน			
39. อื่นๆ ระบุ			

อาการ/วิธีการจัดการ	ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ		
	ดีขึ้น/หายไป	เหมือนเดิม	แย่ลง
ติดเชื้ที่เล็บ			
40. ตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ			
41. รักษาเล็บให้แห้ง ไม่ปล่อยให้ชุ่มน้ำนานๆ			
42. อย่าดึงผิวหนังรอบเล็บ และหลีกเลี่ยงการทำให้เกิดการบาดเจ็บ			
43. หลีกเลี่ยงการใส่รองเท้าที่คับ			
44. ใส่ถุงมือที่ทำจากผ้าฝ้าย			
45. ไปพบแพทย์			
46. อื่นๆ ระบุ			

ชุด ที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 (version 3)

ผู้ศึกษามีความสนใจบางสิ่งเกี่ยวกับคุณและสุขภาพของคุณ กรุณาตอบคำถามทุกข้อด้วยตัวเอง โดยทำเครื่องหมาย ☒ ช่องที่ตรงกับตัวคุณมากที่สุด คำตอบเหล่านั้น ไม่มี “ถูก” หรือ “ผิด” ข้อมูลที่ได้ จะเก็บไว้เป็นความลับ

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
1.คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนัก ๆ หรือไม่				
2.คุณมีความลำบากในการเดิน <u>ไกล ๆ</u> หรือไม่				
3.คุณมีความยากลำบากในการเดิน <u>ระยะใกล้ ๆ</u> นอกบ้านหรือไม่				
4.คุณจำเป็นต้องอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่				
5.คุณมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำหรือการใช้ห้องน้ำหรือไม่				
6.คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่				
7.คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างอื่น ๆ หรือไม่				
8.คุณมีอาการหายใจ ไม่เต็มอิ่มหรือไม่				
9.คุณมีอาการปวดหรือไม่				
10. คุณจำเป็นต้องพักผ่อนหรือไม่				
11.คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่				
12.คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่				
13.คุณรู้สึกเบื่ออาหารบ้างหรือไม่				
14.คุณมีการคลื่นไส้หรือไม่				
15.คุณอาเจียนหรือไม่				

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
16.คุณมีอาการท้องผูกหรือไม่				
17.คุณมีอาการท้องเสียหรือไม่				
18.คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่				
19.อาการปวด รบกวนการทำงานประจำวันของคุณหรือไม่				
20.คุณมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์หรือไม่				
21.คุณรู้สึกตึงเครียดหรือไม่				
22.คุณรู้สึกกังวลหรือไม่				
23.คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่				
24.คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่				
25.คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือไม่				
26.สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณหรือไม่				
27.สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณหรือไม่				
28.สภาพร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่				

สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาวงกลมล้อมตัวเลขระหว่าง 1 ถึง 7 ที่ตรงกับคุณมากที่สุด

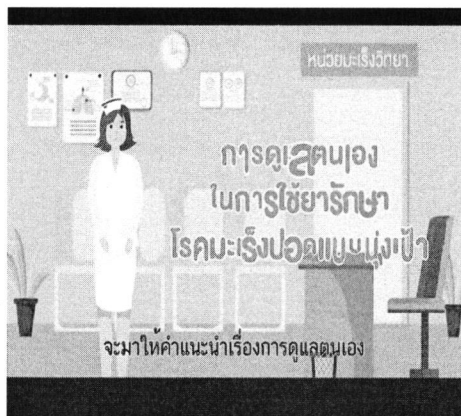
29. คุณประเมิน ภาวะสุขภาพ โดยรวมของคุณในขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร

1	2	3	4	5	6	7
แย่มาก						ดีเยี่ยม

30. คุณประเมิน คุณภาพชีวิต โดยรวมของคุณในขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร

1	2	3	4	5	6	7
แย่มาก						ดีเยี่ยม

ตัวอย่างคู่มือ และคลิปวิดีโอที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้



ประวัติ ผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวกมลน พรคณาปราชญ์
วัน เดือน ปีเกิด	27 มิถุนายน พ.ศ. 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดสงขลา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 18/22 ถนน พิบูลสงคราม ตำบล สวนใหญ่ อำเภอ เมือง จังหวัด นนทบุรี
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
สถานที่ทำงานภาควิชา/ฝ่าย/กลุ่มงาน	ห้องตรวจมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โทรศัพท์ ที่ทำงาน 02-2443000 ต่อ 5372 มือถือ 081-8054228
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2532	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ (สมทบมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)
พ.ศ. 2555	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2557	หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
ประสบการณ์การทำงานและผลงาน	
พ.ศ. 2532-2553	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะ
พ.ศ. 2553-2560	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมะเร็ง 6A
พ.ศ. 2560-2563	หัวหน้าห้องตรวจมะเร็งวิทยาและหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก 4
พ.ศ. 2563-ปัจจุบัน	หัวหน้าห้องตรวจมะเร็งวิทยาและหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก 6

