

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

ณัฐนันท์ มุสิกบุญเลิศ พย.บ.*, อมรรัตน์ วันทองทิพย์ พย.บ.*, เบนจวรรณ กิจควรดี ศศ.ม.** , ภาณุ อดกลั่น ปส.ค.**

*โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41330

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41330

Abstract: Quality of Life among Lung Cancer Patients, Udon Thani Cancer Hospital

Musikboonlert N*, Wanthongtip A*, Kitkualdee B**, Odklun P**

* Udonthani Cancer Hospital, Nong Phai, Mueang Udonthani, Udonthani, 41330

** Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Mueang Udonthani, Udonthani, 41330

(E-mail: wannakarn2521@gmail.com)

The objectives was to determine quality of life among lung cancer patients, Udon Thani Cancer Hospital. The sample were 102 caregivers. The research instrument was short form questionnaire for quality of Life (WHOQOL-THAI). The data were analyzed using descriptive statistics. The finding revealed that the majority of lung cancer patients was male (67.65%), mean age of 60 years old, farmers (61.76%), education at the primary level (68.63%), and married (77.45%). Most of lung cancer patients had average income 83,873 baht per year. Most of them (35.29%) were 1) HT 2) DM & HT and 3) DM. Most were treated by Chemotherapy (46.08%). Lung cancer-specific symptoms from treatment were 16 symptoms, everyone have 2 or more symptoms. Most of symptoms were 1) Fatigue, 2) Anorexia, and 3) Myalgia/ Arthralgia. The satisfaction of with their health was at moderated level. Quality of life according to the patient's perceived at high level. The overall quality of life at high level included 4 aspects: 1) health at moderated level, 2) mind at high level, 3) social relationships at moderated level, and 4) environment at high level.

Keywords: Quality of life, Lung cancer patients

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปอด 102 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.65) อายุเฉลี่ย 60 ปี อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 61.76) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.63) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.45) รายได้เฉลี่ย 83,873 บาท ต่อปี มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 35.29) พบมาก 3 อันดับแรก คือ 1) ความดันโลหิตสูง 2) เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และ 3) เบาหวานและโรคข้อเข่าเสื่อม รักษาด้วยเคมีบำบัด (ร้อยละ 46.08) อาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการรักษาพบ 16 อาการ ผู้ป่วยทุกคนมีอาการตั้งแต่ 2 อาการ ถึง 8 อาการ ส่วนมาก ได้แก่ (1) ความเมื่อยล้า (2) อาการเบื่ออาหาร และ (3) ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ (3) อาการปวดกระดูก/กล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมะเร็งปอดพึงพอใจต่อสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี จำแนกเป็นด้าน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับปานกลาง 2) คุณภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดี 3) ด้านสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และ 4) ด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งปอด

บทนำ

มะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 14 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2555 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 70 ในอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า มะเร็ง

เป็นสาเหตุอันดับที่สองของการเสียชีวิตทั่วโลกและมีผู้เสียชีวิต 8.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลก พบว่า เกือบ 1 ใน 6 คนเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งประมาณร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ผลกระทบทางเศรษฐกิจของโรคมะเร็งมีความสำคัญและเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจประจำปีของมะเร็งทั้งหมดในปี 2553 อยู่ที่ประมาณ 1.16 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2008 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งทุกชนิด ในเพศชาย 16.97 - 30.14 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิต 12.69 - 14.97 ต่อแสนประชากร ในเพศหญิง 14.01 - 22.00 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิต 9.01 - 9.11 ต่อแสนประชากร โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปอดในเพศชาย 3.34 - 5.72 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิต 2.91 - 4.66 ต่อแสนประชากร ในเพศหญิง 1.30 - 2.25 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิต 1.11 - 1.61 ต่อแสนประชากร² ในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2009 พบผู้ป่วยมะเร็งปอด 1,449,350 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 219,440 ราย ในยุโรปพบ 3.2 ล้านราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 391,000 ราย²

ในระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2557 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรไทย มีอัตราการตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 84.91, 87.64, 88.34, 91.17, 95.17, 98.45, 104.75 และ 107.88 ตามลำดับ รองลงมาคือ อุบัติเหตุ มีอัตราการตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 56.66, 55.1, 55.63, 51.59, 52.77, 51.61, 50.18 และ 49.03 ตามลำดับ และโรคหัวใจ มีอัตราการตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 29.32, 29.77, 28.96, 28.88, 31.36, 32.98, 38.06 และ 38.48 ตามลำดับ³ และยังพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเพิ่มสูงขึ้น (Cancer in Thailand Vol. I-VI) และจากสถิติพบว่า 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศ

และเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก¹ ผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มาใช้บริการในปี พ.ศ. 2558 (All new cancer patients) 3,439 ราย จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ 360 ราย⁴

รายงานสถิติโรคมะเร็งปอด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีปี พ.ศ. 2558 พบทั้งสิ้น 2,377 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 284 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.95 ซึ่งเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งในปี พ.ศ. 2558 รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งตับ คิดเป็นร้อยละ 18.89 และร้อยละ 13.21 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดในพื้นที่อีสานตอนบนในรอบ 3 ปี เพิ่มขึ้น ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วย ส่งผลคุณภาพการรักษายาบาลผู้ป่วย การจัดบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากการรักษายาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล เป็นต้น เพราะประชาชนในเขตท้องที่อีสานตอนบนจะมีวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ วัฒนธรรมท้องถิ่นที่เป็นเอกลักษณ์แตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อได้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และเสนอต่อผู้บริหารในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ศึกษา ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวน 102 ราย ได้จากการเลือกแบบเจาะจง โดยความสมัครใจของผู้ป่วยจากทุกแผนก ระหว่าง 1 ตุลาคม 2559 ถึง 31

ตารางที่ 1 คะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกรายด้าน

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่มี (คะแนน)	คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน)	คุณภาพชีวิตดี (คะแนน)
ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบ ทั้ง 4 ด้าน

ผล

จากการเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามทั้งหมด 102 ราย ผลการศึกษพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 67.65 อายุอยู่ระหว่าง 34 - 85 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 59.78 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.76 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.63 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.45 รายได้อยู่ระหว่าง 10,000 - 600,000 บาทต่อปี รายได้เฉลี่ย 83,872.55 บาทต่อปี มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.29 พบมาก 3 อันดับแรก คือ 1) ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.78 2) เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5.88 และ 3) เบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อมเท่ากัน คือ ร้อยละ 2.94 การรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 46.08 อาการไม่พึงประสงค์ภายหลัง

มีนาคม 2560 รวม 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย โดยพัฒนามาจากแบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวด ใน 24 หมวด รวม 24 ข้อ ซึ่งผู้วิจัย⁶ ได้ศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด สรุปได้ว่าสามารถใช้แทนฉบับเต็มได้ และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 4 ด้าน รวมจำนวน 26 ข้อ นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าระหว่าง IOC 0.6 - 1.0 และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามมาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลมาหาความเที่ยงของแบบทดสอบทั้งฉบับ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอหนังสือแนะนำตัวจากโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อนำไปใช้ในการติดต่อทุกแผนกที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาส่งแบบสอบถามพร้อมทั้งหนังสือแนะนำตัวไปยังหัวหน้าหอและหัวหน้าแผนกเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และผู้ศึกษาติดตามแบบสอบถามด้วยตัวเอง การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ กลุ่มที่ 1 ข้อความทางบวก 23 ข้อ กลุ่มที่ 2 ข้อความทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2, 9, 11) คะแนน การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ (ตารางที่ 1)

การรักษา 16 อาการ โดยพบในผู้ป่วย 1 ราย พบ 2 - 8 อาการ ทั้งนี้พบน้อยที่สุดคือ 2 อาการ ร้อยละ 6.86 มากที่สุด 8 อาการ ร้อยละ 4.92 โดยทั่วไป พบ 3 อาการ ร้อยละ 29.41 อาการที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ 1) เหนื่อย/อ่อนเพลีย ร้อยละ 52.94 จะแก้ไขโดยการพักผ่อน นอนหลับ 2) เบื่ออาหาร ร้อยละ 50.00 จะแก้ไขโดยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ตีมนม รับประทานผลไม้ และ 3) ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 42.16 จะแก้ไขโดย การรับประทานยา การนวดกล้ามเนื้อ

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด สํารวจโดยใช้ WHOQOL-BREF-THAI พบว่า

2.1 ผู้ป่วยมะเร็งปอดพอใจกับสุขภาพของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.08 รองลงมาคือ พึงพอใจต่อสุขภาพตนเองในระดับมาก ร้อยละ 19.61 พึงพอใจต่อสุขภาพตนเองในระดับมากที่สุด ร้อยละ 16.67 ไม่พึงพอใจต่อสุขภาพตนเองในระดับมาก ร้อยละ 12.75 และไม่พึงพอใจต่อสุขภาพตนเอง ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 4.90 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.05

2.2 คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดส่วนมากพบว่า อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 41.18 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตในระดับดีมาก เท่ากันกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.49 คุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ร้อยละ 4.90 และคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีมาก ร้อยละ 2.94 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.97

2.3 คุณภาพชีวิต โดยรวมส่วนมากพบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.98 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.04 และอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 0.98 จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.45 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 11.76 อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 10.78

2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.57 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.45 อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 0.98

3) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.02 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.10 อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 5.88

4) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.65 อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.37 อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0.98 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตจำแนกรายด้าน

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตปานกลาง		คุณภาพชีวิตดี	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพกาย	11	10.78	79	77.45	12	11.76
ด้านจิตใจ	1	0.98	28	27.45	73	71.57
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	6	5.88	50	49.02	46	45.10
ด้านสิ่งแวดล้อม	1	0.98	32	31.37	69	67.65
คุณภาพชีวิตโดยรวม	1	0.98	49	48.04	52	50.98

วิจารณ์

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ส่วนมากเป็นเพศชาย ซึ่งเพศชายและอยู่ในวัยสูงอายุ อาจเป็นเพราะเพศชาย มีพฤติกรรมเสี่ยง อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ จากผลการสำรวจครัวเรือน ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคยาสูบ จำนวน 10.9 ล้านคน อัตราการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 19.9¹⁸ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดมากที่สุด ผู้ที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 10 - 30 เท่า เนื่องจากสารในบุหรี่สามารถทำลายเซลล์ปอด ทำให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนมวนและจำนวนปีที่สูบบุหรี่ การได้รับสารพิษและมลภาวะในสิ่งแวดล้อม เช่น ควันทูบหรี่ อายุ ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด ผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่^{2,16-17} และในบุหรี่มีสารก่อมะเร็งมากกว่า 60 ชนิด เช่น Polycyclic Aromatic Hydrocarbons, Nitrosamines แอสเบสตอส (asbestos) ก๊าซเรดอน (radon) สารหนู ริงส์ และสารเคมีอื่นๆ รวมถึงฝุ่นและไอระเหยจากนิกเกิล โครเมียม และโลหะอื่นๆ เป็นต้น^{2,16}

ผู้ป่วยมะเร็งปอดโดยส่วนมากรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากมะเร็งปอดส่วนมากมักเป็นชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก พบได้ประมาณร้อยละ 85 - 90 แต่จะแพร่กระจายได้ช้ากว่า และสามารถรักษาให้หายได้โดยการผ่าตัด หากพบตั้งแต่เนิ่นๆ และตอบสนองได้ดีกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด สำหรับมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก พบได้ประมาณร้อยละ 10 - 15 เซลล์จะเจริญเติบโตและแพร่กระจายได้รวดเร็วกว่ามะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็ก ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว การรักษาจะไม่ใช้วิธีการผ่าตัด ส่วนมากจะรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัดหรือฉายรังสี^{16, 17}

ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ผลการศึกษาพบอาการแสดง 16 อาการ โดยผู้ป่วย 1 ราย พบอาการไม่พึงประสงค์ 2 - 8 อาการร่วมกัน ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการรักษาที่พบมาก คือ ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ นอนหลับยาก และเวียนศีรษะ/มีศีรษะ อาการหายใจลำบาก เนื่องจากส่วนมากได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดไม่ได้ออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงที่เซลล์มะเร็งเท่านั้น จึงอาจส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติทั่วไปและการทำงานของอวัยวะอื่นๆ ทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปากอักเสบ เบื่ออาหาร ภูมิคุ้มกันต่ำ ท้องเสีย ผอมร่าง ซึ่งอาการเหล่านี้จะมากหรือน้อยขึ้นกับชนิดของยา ความแข็งแรงของร่างกาย และความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วย^{2,7-8,12-13} โรงพยาบาลควรพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้ป่วยด้วยความรวดเร็วเพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เช่น การพัฒนา clinical practice guideline ทั้งในส่วนของแพทย์ พยาบาล และ สหสาขาวิชาชีพอื่นๆ รวมทั้งผู้บริหารควรกำหนดนโยบายด้านคุณภาพบริการ นโยบายด้านความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วยของบุคลากรในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากบุคลากรที่มีความสุขจะสามารถให้บริการที่สร้างความสุขแก่ผู้ป่วยได้

คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดซึ่งส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง^{2,7,12} ถึงระดับดี^{7,10-11} เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิต พบว่าระดับความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ความอ่อนแอ) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจึงไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้¹² อาจเนื่องจากความไม่สุขสบายเนื่องจากการรักษาด้วยวิธีต่างๆ^{8,14} เช่น ระยะเวลาในการรักษาด้วยเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับ

ชนิดของโรค ระยะของโรค และการตอบสนองต่อยา โดยปกติยาเคมีบำบัดจะให้เป็นชุด ใช้เวลา 1 - 5 วันต่อชุด แต่ละชุดห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับเคมีบำบัดเฉลี่ย 6-8 ชุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์ การรักษาที่ใช้ระยะเวลายาวนาน และมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยหลายประการ รวมทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ผู้ป่วยจึงเกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล เป็นสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.65) อายุเฉลี่ย 60 ปี อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 61.76) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.63) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.45) รายได้เฉลี่ย 83,873 บาทต่อปี มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 35.29) พบมาก 3 อันดับแรก คือ 1) ความดันโลหิตสูง 2) เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และ 3) เบาหวานและโรคข้อเข่าเสื่อม รักษาด้วยเคมีบำบัด (ร้อยละ 46.08) ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต คืออาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการรักษาพบมากถึง 16 อาการ โดยทั่วไปในผู้ป่วย 1 รายที่พบ 3 อาการ (ร้อยละ 29.41) อาการที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ 1) เหนื่อย/อ่อนเพลีย 2) เบื่ออาหาร และ 3) ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมะเร็งปอดพึงพอใจต่อสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปอดอยู่ในระดับดี ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง 2) คุณภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดี 3) ด้านสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และ 4) ด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์อัสระ เจียวิริยบุญญา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนก พยาบาลประจำการทุกคน ที่ได้ให้การสนับสนุนให้งานศึกษาสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556 - 2560). กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
2. Vincent T. DeVita, Jr., Theodore S. Lawrence., Steven A. Rosenberg. Cancer Principle & Practice of Oncology. 9 edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer; 2011.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ. พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด; 2559.
5. โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital – Based Cancer Registry) ปี 2558. (เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2559). เข้าถึงได้จาก: <http://www.udcancer.org/doccancer/HOS2015.pdf>.
6. Suwat Mahatnirunkul. World Health Organization Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL-BREF-THAI.2002 [cited 2016 July 1]. Available from: <http://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>.

7. ขวัญจิรา ถนอมจิตต์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
8. จีราวรรณ สันติเสวี. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด NSCLC ระหว่างการให้ยาPlatinum base ร่วมกับ Etoposide กับ Paclitaxel ร่วมกับ Carboplatin [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
9. World Health organizations. (2017). Cancer Fact sheet. [cited 2016 July 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
10. จุริรัตน์ รัตน์เพ็ชร. ประสบการณ์อาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
11. จริตรส แมลงภูทอง. ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการรบกวนหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
12. แสงรุ่ง สุขจิระทวี. ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
13. Vijay Kumar Barwal, Salig Ram Mazta, Anita Thakur, Rajeev Kumar Seam, Manish Gupta. Quality of life among lung cancer patients undergoing treatment at a tertiary cancer institute in North India. Int J Res Med Sci 2016; 4: 490310.
14. Polanski J, Jankowska-Polanska B, Rosinczuk J, Chabowski M, Szymanska-Chabowska A. Quality of life of patients with lung cancer. Onco Targets Ther 2016; 9:1023-8.
15. แสงระวี แทนทอง อัมภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ประสบการณ์ อาการ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา (เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2559). เข้าถึงได้จาก: <http://www.apheit.siam.edu/journal/science-22-1/05sangrawee.pdf>.
16. Hagop M. Kantarjian, Robert A. Wolff, and Charles A. Koller. The MD Anderson Manual of Medical Oncology. 2nd Edition. New York. Mc Graw Hill Medical; 2011.
17. Vincent T. DeVita, Jr., Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg (Editor). Cancer Principle & Practice of Oncology. 7nd Edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer; 2005.
18. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ของประเทศไทย พ.ศ. 2559. (เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2559). เข้าถึงได้จาก :<http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/tobaccoinfo/2017/Situation2016final.pdf>.