

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยทางคลินิก
กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
Associated Severity of Common Clinical Symptoms
with Anxiety and Depression among Patients
with Advanced Cancer

พรพิมล เลิศพานิช¹ ภัทรานิษฐ์ เมธีพิธิษฐ¹ วชิรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์^{1*}
Pornpimon Lertpanit¹ Patthranit Methipisit¹ Vatcharin Wuthironarith^{2*}
ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง² อัมภาพร นามวงศ์พรหม³
Suparat Panpoklang² Ampaporn Namvongprom³

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์, กรุงเทพมหานคร

¹Registered Nurse, Chulabhorn Hospital, Bangkok, Thailand.

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี

²Lecturer, School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani, Thailand.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี

³Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: vatcharin@rsu.ac.th

*Corresponding author: vatcharin@rsu.ac.th

Received 28 June 2019 • Revised 28 June 2021 • Accepted 20 July 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม **วิธีการ:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 428 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตามแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา และแบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติ Spearman Rank Correlation **ผลการศึกษา:** พบว่า โดยรวมความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเท่ากับ 3.41 (SD = 2.36) และ 3.64 (SD = 2.25) ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าร้อยละ 41.58 และร้อยละ 36.22 มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง-สูง ส่วนความรุนแรงของอาการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าอาการอื่น 3 อันดับแรก คือ เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และเหนื่อย/อ่อนเพลีย เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นอาการคลื่นไส้ เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) และกลุ่มที่รักษาตามอาการ (ดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป) พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ความวิตกกังวลแตกต่างกัน

ส่วนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่รักษาในระหว่างแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกไม่แตกต่างกัน **อภิปรายผล:** พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินอาการที่พบบ่อยทางคลินิกเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล; ภาวะซึมเศร้า; ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

Abstract

Objective: This descriptive cross-sectional study aimed to examine anxiety, depression and symptom severity of patients with advanced cancer. **Methods:** Sample were patients with advanced cancer. A purposive sample of 428 patients was recruited for this study. Data were collected by using Patient Information Sheet and Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). Data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman Rank Correlation. **Results:** The findings revealed that the overall average scores of anxiety and depression were at a low levels $M = 3.41$ ($SD = 2.36$) and $M = 3.64$ ($SD = 2.25$), respectively It was found that 41.58% and 36.22% of patients perceived anxiety and depression at moderate-to-high levels which required transferring to the palliative care team. Top three reported symptoms severity were poor appetite, not getting well and fatigue. It was found that severity of symptoms were significantly positive correlated with anxiety and depression ($p < .05$), except nausea. Depression of the groups of patients between those received the palliative treatment (chemotherapy and radiotherapy) and the symptomatic treatment (general standard); as well as the In-patient the between and the outpatient department patients were not statistically different. For anxiety, significant difference between the palliative and symptomatic treatment groups was found. However, there was non-significant difference between the In-Patient Department (IPD) and Out-Patient Department (OPD) groups. **Discussion:** These findings underscore the need for routine screening of symptom were severity because these symptoms were associated with anxiety and depression in palliative care setting.

Keywords: anxiety; depression; patients with advanced cancer

ความเป็นมาของปัญหา

มะเร็งระยะลุกลามเป็นมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้รวมทั้งไม่สามารถระบุระยะของโรคตามระบบ T-M-N staging ได้ เนื่องจากการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามจะพิจารณาจากการรักษา หากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก็จัดเป็นมะเร็งระยะลุกลาม^{1,2} ดังนั้น การรักษามะเร็งระยะนี้จึงเป็นไปเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและยืดชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งวิธีรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Treatment) มีทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอรัโมนและยามุ่งเป้า ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการรักษาวิธีใดนั้นขึ้นกับตำแหน่งและการแพร่กระจายของโรค อย่างไรก็ตาม วิธีการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ที่พบ คือ เคมี

บำบัดและรังสีรักษา ส่วนผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่สามารถรับการรักษาแบบประคับประคองได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านสภาพร่างกายและจิตใจ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจึงเป็นการรักษาตามอาการ (Symptomatic Treatment) ที่เกิดขึ้นเพื่อลดความรุนแรงของอาการลง

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงบรรยายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยพบว่าอาการทางด้านอารมณ์และจิตใจที่พบมากคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า^{3,4} การศึกษาของ Delgado-Guay M, et al.⁵ ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 216 คน ระหว่างการดูแลรักษาแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 37 มีอารมณ์ซึมเศร้า (Hospital

Anxiety and Depression Scale for depression: HADS-D ≥ 8) และร้อยละ 44 มีความวิตกกังวล (Hospital Anxiety and Depression Scale for anxiety: HAD-A ≥ 8) นอกจากนี้ยังพบว่า ในคนที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความวิตกกังวลร่วมด้วยจะพบว่าความถี่และความรุนแรงของบางอาการ เช่น ปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ เหนื่อยล้า ความอยากอาหาร เป็นที่ขึ้นและรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งพบว่ามีความผาสกุลลดลงด้วย นอกจากนี้รายงานการวิจัยของ Mystakidou, et al.⁶ ที่ศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าคุณภาพชีวิตที่วัดจากการทำหน้าที่ทางกาย อารมณ์ บทบาทและสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ จึงจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือจากทีมดูแลแบบประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) อย่างเหมาะสม โดยพบว่าการให้การดูแลทางด้านจิตสังคม (Psychosocial intervention) โดยใช้เทคนิคการบำบัดทางด้านพฤติกรรม (Cognitive behaviour techniques) จะมีผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามสามารถลดอาการซึมเศร้า (Depression) และความรู้สึกเศร้า (Feelings of sad) ได้และทำให้สามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น⁷ นอกจากนี้ในการศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้แนวปฏิบัติในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เปิดให้บริการเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จะได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ โดยการใช้แบบประเมินอาการของเอดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย⁹ เพื่อคัดกรองระดับความรุนแรงของอาการ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการในระดับปานกลางขึ้นไป คือ มีค่าคะแนนของ ESAS Scores ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย จะได้รับการส่งต่อให้ทีมดูแลแบบประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) เพื่อให้การดูแลรักษาที่มีความเฉพาะเจาะจง ส่วนกลุ่มที่มีความรุนแรงของอาการน้อย คือ มีคะแนนต่ำกว่า 4 ไม่มี ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไปโดยแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางมะเร็ง

ที่ประจำในหอผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งมักจะมีคำถามที่สะท้อนว่ามีความกังวลใจและไม่สบายใจเกี่ยวกับโรค การรักษา อาการและการดูแลตนเอง แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาข้อมูลภาพรวมของสถานการณ์ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยทั้งในรูปแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอย่างสอดคล้องมากขึ้น รวมทั้งนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาต่อยอดการวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบกับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) กับกลุ่มที่รักษาตามอาการ (ดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป)
- 3) เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

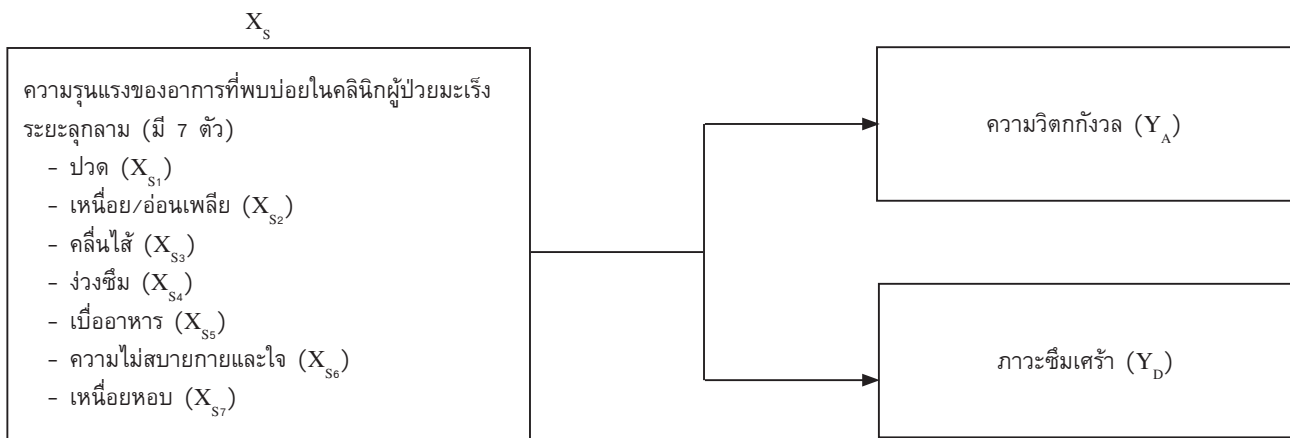
- 1) การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- 2) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) กับกลุ่มที่รักษาตามอาการ (ดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป) มีความแตกต่างกัน
- 3) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง

ระยะลุกลามระหว่างกลุ่มตัวอย่างมะเร็งระยะลุกลามที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม^{6,10-14} ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกับความรุนแรงของอาการ ซึ่งได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/

อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ เนื่องจากอาการเหล่านี้เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทางคลินิก และเป็นอาการที่โรงพยาบาลประเมินโดยใช้ ESAS เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการในระดับปานกลางขึ้นไปให้ได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนและให้การดูแลรักษาจากทีมดูแลแบบประคับประคอง กรอบแนวคิดที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ดังภาพ 1



X_s = Severity of common clinical symptoms; Y_A = Anxiety ; Y_D = Depression

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง เพื่อการศึกษาความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา กับกลุ่มที่รักษาตามอาการ และระหว่างกลุ่มตัวอย่างแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬารัตน์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ามารับบริการการดูแลแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา และอื่นๆ ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬารัตน์

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม 2561 โดยการคัดเลือก

แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (ระยะที่ 3 และระยะที่ 4) ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (2) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และสามารถทำแบบประเมิน ESAS ได้ด้วยตนเอง (3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ (1) แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่มีผลต่อการรู้คิดและการประเมินอาการของตนเอง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Lemeshow, et al.¹⁵ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ไม่เกิน 20% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 428 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยใน 160 คน และผู้ป่วยนอก 268 คน กลุ่มผู้ป่วยใน คือ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ตั้งแต่เดือน มกราคม - สิงหาคม 2561 ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ มีผู้ป่วยจำนวน 160 คน และกลุ่มผู้ป่วยนอก คือ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่

เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ตั้งแต่เดือน มกราคม - สิงหาคม 2561 ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ มีผู้ป่วยจำนวน 268 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลจุฬารัตน์ (Project Code 024/2560) วันที่ 25 ธันวาคม 2560 เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อเข้าถึงข้อมูลในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล และประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยของหน่วยงาน สำหรับผู้ป่วยใน ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยด้วย หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ทำการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงนามในใบยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. คัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากเวชระเบียนของผู้ที่เข้ามาใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน
2. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากเวชระเบียน
3. หลังจากชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรุนแรงของอาการ ซึ่งได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายใจ และเหนื่อยหอบ กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน ESAS ฉบับภาษาไทย โดยใช้เวลารวม 10 นาที และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนทั้ง 428 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ตำแหน่ง

ที่เป็นโรค ระยะของโรค (Stage) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ

2. แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย Chinda, et al.⁹ แบบประเมินประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของอาการ 9 อาการคือ ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ เหนื่อยหอบ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นๆ และ 10 หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด ซึ่งเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรง แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0 หมายถึง ระดับไม่รุนแรง 1-3 หมายถึง ระดับต่ำ 4-6 หมายถึง ระดับปานกลาง 7-10 หมายถึง ระดับสูง สำหรับการแปลผลความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงเช่นเดียวกับอาการอื่น ซึ่งค่าคะแนนมากกว่า 2 ขึ้นไปมีความไวในการวินิจฉัยความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า¹⁶ แบบประเมินฉบับภาษาไทย ได้ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่า Cronbach's alpha = .86 และผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือโดยการนำไปใช้จริงในผู้ป่วยมะเร็ง⁹

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยในคลินิกของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ โดยใช้ non-parametric: Spearman Rank Correlation ค่าของ r_s แปลระดับความสัมพันธ์ได้ดังนี้ r_s .00-.19 very weak, .20-.39 weak, .40-.59 moderate, .60-.79 strong, .80-1.0 very strong 3) เปรียบเทียบค่าคะแนนความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) กับกลุ่มที่รักษาตามอาการ (ดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป) โดยใช้ non-parametric : Mann-Whitney U Test และ 4) เปรียบเทียบค่าคะแนนความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยใช้ non-parametric: Mann-Whitney U Test เนื่องจากทดสอบการกระจายของตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าการกระจายของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง** โดยภาพรวมประกอบด้วย ข้อมูล 2 ส่วน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและการรักษา ตามลำดับ

1.1 **จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.67) อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 55.61) อายุเฉลี่ย เท่ากับ 60.91 (SD = 12.33) สถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 70.56) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.96) ระดับการศึกษาอนุปริญญาและสูงกว่า (ร้อยละ 44.63) มากกว่าครึ่งว่างงาน (ร้อยละ 51.64) ส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้ (ร้อยละ 68.46) รายละเอียดดังตาราง 1

1.2 **จำแนกตามการรักษา** พบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) มีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มที่รักษาตามอาการ (ดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 167 คน (ร้อยละ 39.02) ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.90) อยู่ในวัยสูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 62.87) สถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 68.26) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.80) ระดับการศึกษาอนุปริญญาและสูงกว่ามีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 41.92) มากกว่าครึ่งทำงาน (ร้อยละ 51.50) ส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้ (ร้อยละ 74.25) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่รักษาตามอาการ จำนวน 261 คน (ร้อยละ 60.98) ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.09) มากกว่าครึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 50.95) สถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 72.03) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.79) ระดับการศึกษาอนุปริญญาและสูงกว่ามีจำนวนมากที่สุด

(ร้อยละ 46.36) มากกว่าครึ่งว่างงาน (ร้อยละ 53.64) ส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้ (ร้อยละ 64.75) เมื่อทดสอบทางสถิติเพิ่มเติม พบว่า อายุและรายได้แตกต่างกันรายละเอียดดังตาราง 1

เมื่อจำแนกตามแผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (ข้อมูลไม่ได้แสดงในตาราง) พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 160 คน (ร้อยละ 37.38) และที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 268 คน (ร้อยละ 62.62) กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.13) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 60) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 77.50) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.38) เรียนอนุปริญญาและสูงกว่า (ร้อยละ 40.63) มากกว่าครึ่งหนึ่งทำงาน (ร้อยละ 56.25) และครอบครัวมีรายได้ (ร้อยละ 78.12) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.31) อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 52.99) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.42) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.52) ระดับการศึกษาอนุปริญญาและสูงกว่า (ร้อยละ 47.01) ครอบครัวมีรายได้ (ร้อยละ 62.69) และมากกว่าครึ่งว่างงาน (ร้อยละ 56.34) เมื่อทดสอบทางสถิติเพิ่มเติม พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

นอกจากนี้ พบว่าข้อมูลจำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้ง 2 รูปแบบรวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในแผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกมีข้อมูลที่ได้รับการวินิจฉัยชนิดประเภทของมะเร็งในระบบต่างๆ ที่คล้ายคลึงกัน และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าเกือบทุกตัวไม่แตกต่างกัน (ไม่ได้แสดงข้อมูลในรายละเอียด)

ตาราง 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (โดยรวม) และรูปแบบการรักษา (N = 428)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนรวม (N = 428)	รูปแบบการรักษา		ผลทดสอบทางสถิติ
		การรักษาแบบประคับ ประคองด้วยเคมีบำบัด/ รังสีรักษา (n = 167)	การรักษาตามอาการ (n = 261)	
		n(%)	n(%)	
เพศ				
ชาย	194(45.33)	82(49.10)	112(42.91)	$\chi^2 = 1.575^{NS}$
หญิง	234(54.67)	85(50.90)	149(57.09)	

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนรวม (N = 428)	รูปแบบการรักษา		ผลทดสอบทางสถิติ
		การรักษาแบบประคับ ประคองด้วยเคมีบำบัด/ รังสีรักษา (n = 167)	การรักษาตามอาการ (n = 261)	
	n(%)	n(%)	n(%)	
อายุ (ปี)				
ต่ำสุด-สูงสุด	21-97	31-93	21-97	t = 2.683 _a ***
\bar{X} (SD)	60.91(12.33)	62.90(12.24)	59.64(12.24)	
อายุ (กลุ่มอายุ)				
≤ 45	44(10.28)	14(8.38)	30(11.49)	$\chi^2 = 8.351^{NS}$
46-59	146(34.11)	48(28.74)	98(37.55)	
60-69	140(32.71)	56(33.53)	84(32.18)	
70-79	71(16.59)	35(20.96)	36(13.79)	
≥ 80	27(6.31)	14(8.38)	13(4.98)	
สถานภาพสมรส				
โสด	51(11.92)	22(13.17)	29(11.11)	$\chi^2 = .737^{NS}$
สมรส	302(70.56)	114(68.26)	188(72.03)	
หย่าร้าง/หม้าย	75(17.52)	31(18.56)	44(16.86)	
ศาสนา				
พุทธ	415(96.96)	165(98.80)	250(95.79)	$\chi^2 = 3.147^{NS}$
คริสต์	9(2.10)	1(0.23)	8(1.87)	
อิสลาม	4(0.93)	1(0.23)	3(0.70)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	18(4.21)	8(4.79)	10(3.83)	$\chi^2 = .959^{NS}$
ประถมศึกษา	136(31.78)	56(33.53)	80(30.65)	
มัธยมศึกษา	83(19.39)	33(19.76)	50(19.16)	
อนุปริญญาและสูงกว่า	191(44.63)	70(41.92)	121(46.36)	
อาชีพ				
ว่างงาน	221(51.64)	81(48.50)	140(53.64)	$\chi^2 = 1.076^{NS}$
ทำงาน	207(48.36)	86(51.50)	121(46.36)	
รายได้/ปี				
ไม่มีรายได้	135(31.54)	43(25.75)	92(35.25)	$\chi^2 = 4.257^*$
มีรายได้	292(68.46)	124(74.25)	169(64.75)	

χ^2 = Chi-square test; a = t-test; *p < .05; ***p < .001; NS = non-significant

2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัย ด้านการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 428 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 42.29) รองลงมา คือ มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์และเต้านม (ร้อยละ 30.37) และระบบทางเดินหายใจและทรวงอก (ร้อยละ 18.46) ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งในระยะที่ 4

(ร้อยละ 78.74) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 49.77)

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัดและหรือรังสีรักษา จำนวน 167 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 47.37) รองลงมา คือ มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์และเต้านม (ร้อยละ 25.15) และระบบทางเดินหายใจและทรวงอก (ร้อยละ

18.71) ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งในระยะที่ 4 (ร้อยละ 80.12) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่น้อยกว่า 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.63) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาตามอาการ จำนวน 261 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 38.91) รองลงมา คือ มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์และเต้านม (ร้อยละ 33.85) และระบบทางเดินหายใจและทรวงอก (ร้อยละ 18.29) ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งในระยะที่ 4 (ร้อยละ 77.82) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 57.20)

กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในจำนวน 160 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 58.75) รองลงมา คือ มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์และเต้านม (ร้อยละ 19.38) และระบบทางเดินหายใจและทรวงอก (ร้อยละ 12.50) ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งในระยะที่ 4 (ร้อยละ 81.87) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 63.75) กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 268 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์และเต้านม (ร้อยละ 36.94) รองลงมา คือ ระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 32.46) และระบบทางเดินหายใจและทรวงอก (ร้อยละ 22.01) ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งในระยะที่ 4 (ร้อยละ 76.87)

ตาราง 2 ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า จำแนกตามจำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรุนแรง (N = 428)

ตัวแปร ระดับความรุนแรง	ความวิตกกังวล n(%)	ภาวะซึมเศร้า n(%)
ไม่รุนแรง (0 คะแนน)	214(50)	301(70.33)
รุนแรง	214(50)	127(29.67)
ต่ำ (1-3 คะแนน)	125(58.41)	81(63.78)
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	65(30.37)	32(25.20)
สูง (7-10 คะแนน)	24(11.21)	14(11.02)
\bar{X} (SD)	3.41(2.36)	3.64(2.25)

หมายเหตุ ระดับไม่รุนแรง = 0 คะแนน; ระดับต่ำ = 1-3 คะแนน; ระดับปานกลาง = 4-6 คะแนน; ระดับสูง = 7-10 คะแนน เมื่อประเมินด้วยแบบวัดของเอ็ดมอนตัน (ESAS)

2. ความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยทางคลินิกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดย ESAS

ผลกรวิเคราะห์ข้อมูลอาการที่พบจากการประเมินโดยใช้ ESAS ทั้งหมด 7 อาการ พบว่า อาการที่มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการสูงกว่าอาการอื่น 3 อันดับแรกคือ เบื่ออาหาร (\bar{X} = 4.91, SD = 2.84) ความไม่สบายกายและใจ

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 61.19)

ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า กับความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยทางคลินิก

1. ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดย ESAS

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย เมื่อใช้ ESAS พบว่า กลุ่มที่ไม่มีมีความรุนแรงของความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า พบว่า ร้อยละ 50 ไม่มีความวิตกกังวล ร้อยละ 70.33 ไม่มีภาวะซึมเศร้า (มีค่าเท่ากับ 0 ในทั้ง 2 ตัวแปร) เมื่อวิเคราะห์ค่าคะแนนความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า สำหรับกลุ่มที่มีความรุนแรงของความวิตกกังวล จากระดับต่ำ-ระดับสูง พบว่าร้อยละ 58.41 มีความรุนแรงในระดับต่ำ ร้อยละ 30.37 มีความรุนแรงในระดับปานกลาง และร้อยละ 11.21 มีความรุนแรงในระดับสูง สำหรับกลุ่มที่มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จากระดับต่ำ-ระดับสูง พบว่า ร้อยละ 63.78 มีความรุนแรงในระดับต่ำ ร้อยละ 25.20 มีความรุนแรงในระดับปานกลาง และร้อยละ 11.02 มีความรุนแรงในระดับสูง รายละเอียดดังตาราง 2

(\bar{X} = 4.35, SD = 2.40) เหนื่อย/อ่อนเพลีย (\bar{X} = 4.02, SD = 2.31) ตามลำดับ ส่วนอาการที่มีความรุนแรงระดับต่ำ-สูงที่พบตามลำดับจากมากไปน้อย คือ เหนื่อย/อ่อนเพลีย (ร้อยละ 68.43) ความไม่สบายกายและใจ (ร้อยละ 64.72) ปวด (ร้อยละ 53.97) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 53.04) เหนื่อยหอบ (ร้อยละ 46.73) ว่างซึม (ร้อยละ 43.69) และคลื่นไส้ (ร้อยละ

29.67) โดยเมื่อวิเคราะห์ค่าคะแนนอาการ สำหรับกลุ่มที่มีความรุนแรงของอาการแต่ละอาการเหล่านี้ พบว่า กลุ่มที่มีความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับต่ำ

ยกเว้นกลุ่มที่มีความรุนแรงของอาการความไม่สบายกายและใจส่วนใหญ่มีความรุนแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.96 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ความรุนแรงของอาการที่พบในคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำแนกตามจำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรุนแรง (N = 428)

ตัวแปร	ปวด	เหนื่อย/ อ่อนเพลีย	คลื่นไส้	ง่วงซึม	เบื่ออาหาร	ความไม่ สบายกาย และใจ	เหนื่อย หอบ
ระดับความรุนแรง	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
ไม่รุนแรง (0 คะแนน)	197(46.03)	135(31.54)	301(70.33)	241(56.31)	201(46.96)	151(35.28)	228(53.27)
รุนแรง	231(53.97)	293(68.43)	127(29.67)	187(43.69)	227(53.04)	277(64.72)	200(46.73)
ต่ำ (1-3 คะแนน)	114(49.35)	142(48.46)	79(62.20)	103(55.08)	90(39.65)	109(39.35)	103(51.50)
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	84(36.36)	108(36.86)	31(24.41)	59(31.55)	66(29.07)	119(42.96)	60(30.00)
สูง (7-10 คะแนน)	33(14.29)	43(14.68)	17(13.39)	25(13.37)	71(31.28)	49(17.69)	37(18.50)
\bar{X} (SD)	3.96(2.37)	4.02(2.31)	3.50(2.27)	2.71(2.31)	4.91(2.84)	4.35(2.40)	3.97(2.53)

หมายเหตุ ระดับไม่รุนแรง = 0 คะแนน; ระดับต่ำ = 1-3 คะแนน; ระดับปานกลาง = 4-6 คะแนน; ระดับสูง = 7-10 คะแนน เมื่อประเมินด้วยแบบวัดของเอ็ดมอนตัน (ESAS)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Spearman Rank Correlation พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ยกเว้นอาการคลื่นไส้ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เป็นรายอาการ โดยใช้เกณฑ์ของ Hinkle, et al.¹⁷ พบว่า อาการที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความไม่สบายกายและใจ ($r_s = .502$, $p < .001$ และ $r_s = .524$, $p < .001$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (N = 428)

ความรุนแรงของอาการ	ความวิตกกังวล		ภาวะซึมเศร้า	
	r_a	p-value	r_d	p-value
ปวด	.166	.015*	.342	.000***
เหนื่อย/อ่อนเพลีย	.424	.000***	.477	.000***
คลื่นไส้	.124	.070	.043	.632
ง่วงซึม	.254	.000***	.299	.001**
เบื่ออาหาร	.232	.001**	.202	.022*
ความไม่สบายกายและใจ	.502	.000***	.524	.000***
เหนื่อยหอบ	.230	.001**	.292	.001**

หมายเหตุ * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; ค่า r_a แทนค่า Correlation coefficient ของความวิตกกังวล (Anxiety); ค่า r_d แทนค่า Correlation ของภาวะซึมเศร้า (Depression)

เปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับ การรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัดและ รังสีรักษากับกลุ่มที่รักษาตามอาการ และระหว่างกลุ่ม ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

เมื่อนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 214 ราย ที่มีคะแนนความวิตกกังวล มากกว่า 1 คะแนนขึ้นไป มา วิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับ การรักษาแบบประคับประคอง(โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) กับกลุ่มที่รักษาตามอาการ(ดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป) และระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วย นอก พบว่า ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอันดับ (mean rank) คะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษา แบบประคับประคองและกลุ่มที่รักษาตามอาการ โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยอันดับ (mean rank) คะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test แล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน

เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัดและรังสี รักษากับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามอาการ และระหว่าง กลุ่มที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

เมื่อนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 127 ราย ที่ มีคะแนนภาวะซึมเศร้า มากกว่า 1 คะแนนขึ้นไปมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ ประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) กับกลุ่มที่ รักษาตามอาการ (ดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป) และ ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วย นอก พบว่า ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอันดับ (mean rank) คะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มที่ได้รับการรักษา แบบประคับประคอง และกลุ่มที่รักษาตามอาการโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test พบว่าไม่แตกต่างกัน และเมื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอันดับ (mean rank) คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่มารับการรักษาที่แผนก ผู้ป่วยนอกและที่แผนกผู้ป่วยในโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test พบว่าไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล ร้อยละ 50 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.67 ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยก่อนหน้านี้อย่างยิ่ง^{3,4} กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในครั้งนี้นับว่า

ไม่พบมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 70.33 อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 49.35 มีความรุนแรง ของอาการปวดอยู่ในระดับต่ำ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ไม่สูงทำให้ภาวะจิตใจที่สะท้อนให้เห็นนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า จึงน้อย สอดคล้องกับที่ Lie, et al.¹² ศึกษาพบว่า ภาวะ ซึมเศร้ามักมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการปวด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 4 (ร้อยละ 78.74) ซึ่งเป็นมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษา ให้หายได้ ซึ่งการรักษาที่ได้รับมีทั้งแบบประคับประคองและ รักษาตามอาการ นอกจากนี้ พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วย ด้วยมะเร็งระยะลุกลาม พบ 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ายิ่งระยะเวลาภายหลัง การวินิจฉัยนานขึ้น ผู้ป่วยจะกังวลกับโรค การแพร่กระจาย และการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น^{18,19} นอกจากนี้ พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับความวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้า จากการวัดโดยใช้ ESAS ที่มีคะแนน 4 ขึ้นไป (ปานกลางถึงสูง) ถึงร้อยละ 41.58 และ 36.22 ตามลำดับ ซึ่งเป็นระดับที่ต้องได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนซ้ำ (Comprehensive assessment) เพื่อให้การดูแลรักษา แบบประคับประคองที่เหมาะสม ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพของการ บริการ รวมทั้งเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

2. ความรุนแรงของอาการ เมื่อพิจารณาความ รุนแรงของอาการทั้ง 7 อาการ คือ ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และ เหนื่อยหอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50-60) มีระดับความรุนแรงของอาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร ในระดับที่ต้องรายงานเพื่อ ประเมินซ้ำและดูแลโดยทีมดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งผล ที่พบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดและรังสีรักษา รับรู้อาการมาก ที่สุด 5 อันดับคือ อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ปวด กังวลใจ นอน ไม่หลับ และเบื่ออาหาร โดยกลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัด อาการ ที่มีความรุนแรงมากที่สุด คือ เบื่ออาหาร²⁰ ในขณะที่กลุ่มที่ ได้รับรังสีรักษา อาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด คือ อาการ ปวด²¹ เนื่องจากอาการดังกล่าวเป็นอาการที่เป็นผลข้างเคียง จากการรักษา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่า ทุกอาการ

ยกเว้นอาการคลื่นไส้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าอาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย ง่วงซึม เบื่ออาหาร และเหนื่อยหอบ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ความไม่สบายกายและใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อน^{9,10,13} ทิศทางของความสัมพันธ์บ่งชี้ว่าความรุนแรงของอาการทางร่างกายมีผลในทางเดียวกันกับปัญหาทางจิตใจ ซึ่งในการศึกษานี้คือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การดูแลให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการทางกายในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม นอกจากช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ยังเป็นการลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วย

4. เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) กับกลุ่มที่รักษาตามอาการ (ดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มีอาการเกิดขึ้นทั้งจากโรคและจากการรักษา จึงทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นในช่วงที่ได้รับเคมีบำบัด/รังสีรักษา อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและในมีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน อาจเป็นได้ว่าผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการรุนแรงขึ้นแต่ได้รับการดูแลโดยทีมการดูแลแบบประคับประคอง จึงสามารถจัดการอาการในกรณี ESAS มากกว่า 4 เป็นต้นไป ส่วนผู้ป่วยนอกนั้นได้รับการรักษาแบบไปกลับซึ่งอาการไม่รุนแรงเช่นกัน จึงทำให้คะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน

ส่วนภาวะซึมเศร้านั้นไม่แตกต่างกัน ทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (โดยเคมีบำบัดและรังสีรักษา) กับรักษาตามอาการ (ดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป) รวมทั้งไม่แตกต่างกันทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและใน อาจเป็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีอาการเรื้อรัง และรุนแรงเป็นระยะๆ ตามการดำเนินการของโรคมามากกว่าที่จะเป็นผลจากวิธีการรักษา หรือ แผนกที่เข้ารับการรักษา

ข้อจำกัดของการศึกษา

เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว การนำผลการวิจัยไปใช้อาจต้องพิจารณาความคล้ายคลึงหรือ

ความแตกต่างของหน่วยงานที่ในงานวิจัยกับหน่วยงานที่ต้องการนำผลวิจัยไปใช้

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ถึงร้อยละ 41.58 และ 36.22 ซึ่งเป็นระดับที่ต้องได้รับการประเมินโดยละเอียดก่อนส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้พบว่า ความรุนแรงของอาการปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย ง่วงซึม เบื่ออาหาร ไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ยกเว้นอาการคลื่นไส้ อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและรักษาตามอาการ มีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกัน ($p < .05$) ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและตามอาการ และกลุ่มที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและในไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้อาการในระดับที่รุนแรงน้อยถึงปานกลาง และทุกอาการยกเว้นคลื่นไส้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรประเมินอาการของผู้ป่วยโดยใช้ ESAS และใช้แนวปฏิบัติในการจัดการอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเมื่ออยู่บ้านต้องเผชิญกับความรุนแรงของอาการทางกายที่มีผลกระทบต่อจิตใจ รวมถึงความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และควรพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพื่อใช้ในการจัดการอาการและทดสอบผลลัพธ์ด้วยการวิจัย เพื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถใช้ได้กว้างขวางต่อไป

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่าน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลจุฬารัตน์และสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต (รหัสทุนที่ได้รับ 93/2558)

เอกสารอ้างอิง

1. Chula Cancer. Division of Therapeutic Radiology and Oncology, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Advanced cancer [internet]. 2016 [cited 2020 Sep 9] Available from: <http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=238>
2. American Cancer Society. Understanding advanced cancer, metastatic cancer, and bone metastasis [internet]. 2020 [cited 2020 Sep 5]. Available from: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/advanced-cancer/what-is.html>
3. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 33(2): 118-29. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016>.
4. Yang YL, Liu L, Wang XX, et al. Prevalence and associated positive psychological variables of depression and anxiety among Chinese cervical cancer patients: Cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2014; 9(4): e94804. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094804>.
5. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, et al. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer*. 2009; 17(5): 573-9. doi: [10.1007/s00520-008-0529-7](https://doi.org/10.1007/s00520-008-0529-7).
6. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al. Assessment of anxiety and depression in advanced Cancer patients and their relationship with quality of life. *Qual Life Res*. 2005; 14(8): 1825-33. doi: [10.1007/s11136-005-4324-3](https://doi.org/10.1007/s11136-005-4324-3).
7. Uitterhoeve RJ, Vernooij M, Litjen M, et al. Psychosocial intervention for patients with advanced cancer—a systematic review of the literature. *Br J Cancer*. 2004; 91(6): 1050-62. doi: [10.1038/sj.bjc.6602103](https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602103).
8. Budlak S, Namjuntra R, Binhsen V. Effectiveness of the nursing practice guidelines on the anxiety of patients with advanced liver cancer. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2017; 10(2): 74-86. Thai.
9. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, et al. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage*. 2011; 42(6): 954-60. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.020).
10. Buzgova R, Jarosova D, Hajnova E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer in patients receiving palliative care. *Eur J Oncol Nurs*. 2015; 19(6): 667-72. doi: [10.1016/j.ejon.2015.04.006](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.04.006).
11. Delgado-Guay M, Yennurajalingam S, Parsons H, et al. Association between self-reported sleep disturbance and other symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2011; 41(5): 819-27. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2010.07.015](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.015).
12. Kim SJ, Rha SY, Song SK, et al. Prevalence and associated factors of psychological distress among Korean cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011; 33(3): 246-52. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2011.02.008](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2011.02.008).
13. Lie HC, Hjerstad MJ, Fayers P, et al. Depression in advanced cancer—assessment challenges and associations with disease load. *J Affect. Disord*. 2015; 173: 176-184. doi: [10.1016/j.jad.2014.11.006](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.006).
14. Salvo N, Zeng L, Zhang L, et al. Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clin. Oncol*. 2012; 24(2): 139-48. doi: <https://doi.org/10.1016/j.clon.2011.05.003>.
15. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, et al. Adequacy of sample size in health studies. New York: John Wiley & Sons; 1990.
16. Vignaroli E, Pace EA, Willey J, et al. The Edmonton Symptom Assessment System as a screening tool for depression and anxiety. *J Palliat Med*. 2006; 9(2): 296-303. doi: [10.1089/jpm.2006.9.296](https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.296).
17. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. Applied statistics for the behavioral sciences. 5 th ed. Massachusetts: Houghton Mifflin; 2003.
18. Ball H, Moore S, Leary A. A systematic literature review comparing the psychological care needs of patients with mesothelioma and advanced lung cancer *Eur J Oncol Nurs*. 2016; 25: 62-7. doi: [10.1016/j.ejon.2016.09.007](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.09.007).
19. Cheng KKF, Devi RD, Wong WH, et al. Perceived symptoms and the supportive care needs of breast cancer survivors six months to five years post-treatment period. *Eur J Oncol Nurs*. 2014; 18(1): 3-9. doi: [10.1016/j.ejon.2013.10.005](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.005).
20. Lerdpanich P, Namvongprom A, Pakdevong N. Symptom experiences and quality of life of patients with advanced cancer receiving chemotherapy. *APHEIT Journal*. 2017; 6(1): 45-55. Thai.
21. Tantong S, Namvongprom A, Pakdevong N. Symptoms experience and quality of life in patients with advanced cancer receiving radiation therapy. *APHEIT Journal*. 2016; 5(1): 40-7. Thai.