

บทความวิจัย

ความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Cancer Undergoing Chemotherapy

นิตยา สุนทรานนท์^{1*} อำภพร นามวงศ์พรหม² น้ำอ้อย ภักดีวงศ์
Nittaya Suntharnon^{1*} Ampaporn Namvongprom² Nam-oy Pakdevong²

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี

¹Master Student, School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี

²Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani, Thailand.

*Corresponding author: nittajampatoe@gmail.com

Received 22 July 2019 • Revised 13 February 2020 • Accepted 27 February 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความทุกข์ใจ คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ ระหว่างความทุกข์ใจ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 94 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดการวัดความทุกข์ใจและแบบประเมินคุณภาพชีวิต (EORTC QLQ-C30 V.3) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค = .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย, One sample t-test และ Spearman Rank Correlation

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความทุกข์ใจระดับปานกลาง ($M = 4.81$, $SD = 0.67$) ปัญหาทางกาย เป็นสาเหตุของความทุกข์ใจมากที่สุด คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ($M = 56.74$, $SD = 20.64$) ด้านการรับรู้ ($M = 63.83$, $SD = 14.38$) ด้านสังคม ($M = 44.33$, $SD = 19.79$) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($M = 52.75$, $SD = 16.95$) อยู่ในระดับต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตามพบว่าการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ ($M = 73.76$, $SD = 14.30$) คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนการทำหน้าที่ด้านบทบาท ($M = 62.94$, $SD = 16.42$) ไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยอ้างอิง ($p > .05$) นอกจากนี้พบว่าความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.347$, $p < .001$) ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยนอก โดยประเมินความทุกข์ใจและปัญหาด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ทันเวลา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ความทุกข์ใจ; คุณภาพชีวิต; เคมีบำบัด; มะเร็งระยะลุกลาม

Abstract

This descriptive research aimed to investigate distress, quality of life, and correlation between distress and quality of life in 94 patients with advanced cancer undergoing chemotherapy. Data were collected by using Distress Thermometer and EORTC QLQ-C30-THAI V.3 with Cronbach's coefficient alpha =.93. Descriptive statistics, One sample t-test and Spearman Rank Correlation were used to analyze data.

The findings revealed that most of the patients had moderate distress ($M = 4.81$, $SD = 0.67$). Physical problem was a primary cause of distress. Regarding the aspects of quality of life, physical functioning ($M = 56.74$, $SD = 20.64$), cognitive functioning ($M = 63.83$, $SD = 14.38$), and social functioning ($M = 44.33$, $SD = 19.79$) and Global health status/ quality of life ($M = 52.75$, $SD = 16.95$) was lower than that of the reference mean ($p < .05$). However emotional functioning ($M = 73.76$, $SD = 14.30$) was significantly higher than that of the reference means ($p < .001$). While there was no significant difference for the role functioning ($p > .05$). Distress and quality of life were significantly negative correlated at a low level ($r_s = -.347$, $p < .001$). Nurses should assess distress and problems of the patients with advanced cancer in order to provide appropriate care to improve quality of life.

Keywords: advanced cancer; chemotherapy; distress; quality of life

ความเป็นมาของปัญหา

มะเร็งระยะลุกลาม (advanced cancer) เป็นมะเร็งที่อยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้¹ อย่างไรก็ตาม การรักษาแบบประคับประคองยังคงมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรที่ยืนยาวขึ้น ช่วยชะลอการดำเนินของโรค บรรเทาความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น^{1,2} ซึ่งการรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัด (palliative chemotherapy) เป็นวิธีหนึ่งของการรักษามะเร็งระยะลุกลาม สูตรของเคมีบำบัดส่วนใหญ่มักเป็นสูตรเคมีบำบัดแบบผสม 2 ชนิดขึ้นไป (combination chemotherapy) หรือเป็นเคมีบำบัดสูตรที่ 2 (second line) หรือสูตรที่ 3 (third line) ซึ่งเคมีบำบัดเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง ดังนั้น จึงพบอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นได้ค่อนข้างมาก ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นร่วมกับอาการที่เกิดจากความรุนแรงของโรคแล้วจึงส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้นระหว่างการรักษา¹

ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ส่วนในต่างประเทศนั้นพบว่ามีการศึกษาค่อนข้างมาก จากการทบทวนงานวิจัยพบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นมีหลายสาเหตุไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางกาย ปัญหาทางอารมณ์ ปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดโดยพบอาการทางกายมากกว่า 1 อาการ ซึ่งอาการที่

พบได้บ่อย เช่น อ่อนเพลีย/อ่อนล้า ปัญหาเรื่องการนอนหลับ ปวด คลื่นไส้อาเจียน นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความกังวลใจ⁴ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านการทำกิจกรรม และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น⁵ อีกทั้งในระหว่างการรักษานั้นมีโอกาสเกิดความเสี่ยงของอาการมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าในการดำเนินโรคโดยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้⁶ การที่ไม่สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการและเหตุการณ์ในชีวิตได้ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความเครียด หรือในกรณีที่การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย อาการจะรุนแรงมากขึ้นทำให้ สภาพร่างกายแยลงจนทำให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลงส่งผลให้ต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพาผู้อื่น^{7,8} นอกจากนี้แล้วยังพบปัญหาอื่นๆ ที่เกิดระหว่างความเจ็บป่วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทางมารับการรักษา ปัญหาเรื่องที่พักอาศัย และการทำงาน เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจ (distress)

National Comprehensive Cancer Network [NCCN]⁹ ได้กำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามว่าควรประเมินความทุกข์ใจ (distress) อย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา เสมือนเป็น sixth vital signs¹⁰ เพราะหากผู้ป่วยเกิดความทุกข์ใจโดยไม่ได้รับการแก้ไข เมื่อสะสมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง คือ ทำให้

ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการให้ความร่วมมือในการรักษา¹¹ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ผลกระทบทางอ้อมคือทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด หรืออาจต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น⁷ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง^{6,7,12-14} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตลดลงระหว่างรับเคมีบำบัด และคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดครบ^{15,16}

สถานการณ์ของโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านมะเร็งระดับตติยภูมิ ขนาด 100 เตียง พบว่าการคัดกรองความทุกข์ใจของผู้ป่วยได้ถูกนำมาใช้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยในทุกรายจะได้รับการประเมินคัดกรองความทุกข์ใจ (Distress Thermometer) เมื่อผู้ป่วยมีคะแนนของความทุกข์ใจตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จะได้รับการส่งต่อไปยัง Palliative care team เพื่อให้การประเมินอย่างครบถ้วนและช่วยเหลือจัดการแก้ไขปัญหาความทุกข์ใจ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่มีมีการประเมินเพื่อคัดกรองความทุกข์ใจในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจากสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกมีอาการต่างๆ ที่เกิดทั้งจากการลุกลามของโรคมะเร็งและอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่ได้รับหรือปัญหาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ จนบางครั้งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมาตรวจติดตามและรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องได้ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก ผลที่ได้จากการวิจัยจะสะท้อนปัญหาความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ข้อมูลความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามครอบคลุมเพื่อให้พยาบาลสามารถเลือกสรรกิจกรรมหรือเทคนิคทางการพยาบาลต่างๆ ในการบรรเทาปัญหาความทุกข์ใจและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล นอกจากนี้ความรู้ที่ได้ยังเป็นการเพิ่มพูนพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพื่อประโยชน์ในการพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต่อไป

คำถามการวิจัย

ความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความทุกข์ใจและปัญหาความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความทุกข์ใจในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งของ National Comprehensive Cancer Network [NCCN]⁹ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งความทุกข์ใจ หมายถึง ประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ/จิตวิญญาณ รวมกันโดยความทุกข์ใจตามแนวคิดนี้ ประกอบด้วยปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาในชีวิตประจำวันทั่วไป ปัญหาในครอบครัว ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาทางกาย และปัญหาด้านความเชื่อ/ศาสนา/จิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็งและอาการข้างเคียงจากการรักษา การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ซึ่งหากปล่อยให้ความทุกข์ใจนี้เกิดขึ้นโดยไม่แก้ไขจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย¹⁰

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การการวิจัยและการรักษาโรคมะเร็งของยุโรป (The European Organization for Research and Treatment of Cancer [EORTC])¹⁷ เป็นแนวทางในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะภาวะสุขภาพทางกาย ซึ่งส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ คุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่มีองค์ประกอบย่อย 5 ด้าน ได้แก่

- 1.1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical functioning)
- 1.2) การทำหน้าที่ด้านบทบาท (role functioning)
- 1.3) การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (emotional functioning)
- 1.4) การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ (cognitive functioning)
- และ 1.5) การทำหน้าที่ทางด้านสังคม (social functioning)
- (2) ด้านกลุ่มอาการและปัญหาการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา และ (3) ด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่และด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยและรับรู้ว่ามะเร็งในระยะลุกลามที่เข้ารับเคมีบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ระหว่างเดือนมีนาคม 2561 - ตุลาคม 2561 โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยและรับรู้ว่ามะเร็งระยะลุกลาม 3) ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัด (palliative chemotherapy) ที่แผนกผู้ป่วยนอก 4) สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬารัตน์ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 - กันยายน 2559 จำนวน 700 คน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p = .05$ อำนาจการทดสอบ .80 เปิดตารางของ Norwood¹⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 94 ราย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมด้านวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต (เลขที่ 60-361-011) และโรงพยาบาลจุฬารัตน์ (เลขที่ 039/2560) วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561 หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย

ผลดีและผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา หรือข้อสงสัยก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมว่า หากรู้สึกอึดอัดหรือไม่อยากตอบ สามารถออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลซึ่งการยุติการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลใดๆ ต่อการดูแลรักษาหรือบริการที่จะได้รับ ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่าข้อมูลที่รับจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้ในตู้ที่ปลอดภัย ซึ่งไม่มีผู้ใดสามารถดูข้อมูลได้ เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์จะไม่มีข้อมูลใดที่สามารถอ้างอิงถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ และเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้นผู้วิจัยจะทำการลบข้อมูลทันที เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบด้วย (1) เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ จำนวนคนในครอบครัว ผู้ดูแลและสิทธิในการรักษา และ (2) ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การวินิจฉัย ระยะเวลาก่อนการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะลุกลาม performance status โดยใช้ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG Score) สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบันและการรักษาที่เคยได้รับ

2. แบบวัด Distress Thermometer เครื่องมือนี้สร้างขึ้นโดย Roth และคณะ ในปี ค.ศ. 1998 จากนั้นได้รับการพัฒนาต่อโดย National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ซึ่งฉบับภาษาไทย แปลโดย Laurujisawat and Jetiyanuwat¹¹ มีงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือ Distress Thermometer กับเครื่องมือ HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน พบว่า เครื่องมือ Distress Thermometer ฉบับภาษาไทยมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 70 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 86 ค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ 63 และค่าพยากรณ์ผลลบ ร้อยละ 89¹¹ เครื่องมือนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ პროთვადระดับความทุกข์ใจ และปัญหาความทุกข์ใจ

2.1 პროთვადระดับความทุกข์ใจ เป็นบันไดความทุกข์ใจมีค่าตั้งแต่ 0-10 ให้ผู้ป่วยวงกลมตัวเลขที่บอกความทุกข์ใจในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของผู้ป่วยได้ดีที่สุด

โดย 0 คือ ไม่มีความทุกข์ใจเลย จนถึง 10 คือ มีความทุกข์ใจอย่างแสนสาหัส มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ 0 = ไม่ทุกข์ใจ คะแนน 1-3 = ทุกข์ใจระดับต่ำ คะแนน 4-6 = ทุกข์ใจระดับปานกลาง และคะแนน 7-10 = ทุกข์ใจระดับสูง

2.2 ปัญหาความทุกข์ใจรวมทั้งสิ้น 35 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาในชีวิตประจำวัน จำนวน 4 ข้อ ปัญหาในครอบครัว จำนวน 3 ข้อ ปัญหาด้านอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ปัญหาด้านความเชื่อ/ศาสนา/จิตวิญญาณ จำนวน 1 ข้อ ปัญหาทางกาย จำนวน 21 ข้อ การแปลผล ผู้วิจัยกำหนดให้ ไม่มีปัญหา = 0 คะแนน และมีปัญหานั้นๆ = 1 คะแนน ซึ่งจะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-35 คะแนน คะแนนรวมที่มากแสดงถึงจำนวนมีปัญหาความทุกข์ใจมาก คะแนนรวมที่น้อยแสดงถึงจำนวนมีปัญหาความทุกข์ใจน้อย

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EORTC QLQ-C30 V.3) สร้างขึ้นโดย Aranson, et al.¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดย Silpakit, et al.²⁰ คุณภาพของเครื่องมือได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า CVI เท่ากับ .91 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

แบบประเมินคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งการประเมินเป็น 3 ด้านดังนี้ (1) ด้านการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (2) ด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา และ (3) ด้านการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตเพียง 2 ด้าน คือด้านการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้านย่อย และด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่วนด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษานั้นมีเนื้อหาการประเมินที่ซ้ำซ้อนกับปัญหาความทุกข์ใจ 5 ด้านในเครื่องมือ Distress Thermometer

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ 5 ด้าน มีข้อคำถาม 15 ข้อ คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย 5 ข้อ (ข้อ 1-5) การทำหน้าที่ด้านบทบาท 2 ข้อ (ข้อ 6, 7) การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ 4 ข้อ (ข้อ 21-24) การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ 2 ข้อ (ข้อ 20, 25) การทำหน้าที่ด้านสังคม 2 ข้อ (ข้อ 26, 27) การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เลย คะแนน 2 หมายถึง เล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมาก คะแนน 4 หมายถึง

มากที่สุด

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 29 และ 30 โดยมีคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 1-7 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่แย่มาก 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/ภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม

วิธีการคิดคะแนนคุณภาพชีวิตของ EORTC²¹

คะแนนดิบ Raw Score (RS) ที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปเข้าสู่สูตรเพื่อคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิต วิธีคำนวณมีดังนี้

1) หา Raw score (RS) = (ข้อที่ 1 + ข้อที่ 2 + ข้อที่ 3 + + ข้อที่ n)/n

ยกตัวอย่างการคิด RS

1.1) RS ความสามารถในการทำหน้าที่

RS การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical functioning) = (ข้อที่ 1 + ข้อที่ 2 + ข้อที่ 3 + ข้อที่ 4 + ข้อที่ 5)/5

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

RS การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (Emotional functioning) = (ข้อที่ 21 + ข้อที่ 22 + ข้อที่ 23 + ข้อที่ 24)/4

RS การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ (Cognitive functioning) = (ข้อที่ 20 + ข้อที่ 25)/2

RS การทำหน้าที่ด้านสังคม (Social functioning) = (ข้อที่ 26 + ข้อที่ 27)/2

1.2) RS คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

RS = (ข้อที่ 29 + ข้อที่ 30)/2

2) การคำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตมีดังนี้

2.1) คะแนนส่วนของความสามารถในการทำหน้าที่ สูตรในการคำนวณคือ

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

เช่น การทำหน้าที่ด้านบทบาท (Role functioning):

RS = (ข้อที่ 6 + ข้อที่ 7)/2

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

การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตจะแปลเป็นรายด้าน โดยจะเข้าสู่สูตรคำนวณค่าคะแนนแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงของมาตรฐานของ EORTC²¹ ดังตาราง 1

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยอ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ EORTC²¹

คุณภาพชีวิต	Reference Mean สำหรับ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
ด้านความสามารถในการทำหน้าที่	
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	75.80
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	60.70
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	68.70
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	80.50
การทำหน้าที่ด้านสังคม	
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	70.50
การประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม (Global health status) /คุณภาพชีวิต(QOL)	56.30

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่งานวิจัยผ่านการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลจุฬารัตน์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองทั้งหมด ดังนี้

1) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากแผนกเคมีบำบัด ชั้น 3 โดยเข้าพบหัวหน้าแผนก เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ในการวิจัยและขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล

2) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากระบบการนัดหมายของโรงพยาบาลในระบบคอมพิวเตอร์ (HIS) ล่วงหน้า โดยพิจารณาจากเกณฑ์การคัดเลือกจากชื่อผู้ป่วย ซึ่งเกณฑ์เบื้องต้น คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามที่มารับเคมีบำบัดที่แผนกเคมีบำบัด ชั้น 3 จากนั้น จัดทำบัญชีรายชื่อของแพทย์ เพื่อวางแผนเข้าพบเพื่อขอเก็บข้อมูล

3) ในวันที่เข้าพบผู้ป่วย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัดพาเข้าไปพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามตามแบบวัด Distress Thermometer และแบบประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที และข้อมูลพื้นฐานบางส่วน สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลักและความสัมพันธ์ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนใน

HIS เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การวินิจฉัยระยะเวลาการเจ็บป่วยระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นระยะลุกลาม Performance status (ECOG) สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน และการรักษาที่เคยได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (1) บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (2) วิเคราะห์ระดับความทุกข์ใจโดยการหาค่าเฉลี่ยคะแนนความทุกข์ใจ และเปรียบเทียบเกณฑ์ที่กำหนดซึ่ง แบ่งเป็น ไม่ทุกข์ใจ ทุกข์ใจ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ส่วนปัญหาความทุกข์ใจ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนปัญหาความทุกข์ใจในแต่ละด้าน (3) วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตโดยการเข้าสู่สูตรคำนวณและหาค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงมาตรฐานโดยใช้ One sample t-test และ (4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ใช้สถิติ Spearman rank correlation เนื่องจากการกระจายของคะแนนไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัด จำนวน 94 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 73.40 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 46-59 ปี ร้อยละ 41.49 อายุเฉลี่ย 59.38 ปี (SD =10.79) สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.21 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ

97.87 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.11 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 27.66 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 77.66 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 2-3 คน ร้อยละ 59.57 มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 94.68 ผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 47.87 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 34.04 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 54.26 รองลงมาคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 31.91 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.45 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีและมะเร็งเต้านม ร้อยละ 47.87 รองลงมาเป็นมะเร็งปอด ร้อยละ 20.21 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเฉลี่ย 23.97 เดือน (SD = 26.95) อยู่ในช่วงระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 57.45 ส่วนระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นระยะลุกลาม เฉลี่ย 5.38 เดือน (SD = 6.94) อยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 93.62 สภาพของผู้ป่วย (performance status) พบว่าส่วนใหญ่ ECOG Score 1 (ECOG 1 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ มีอาการของโรคเล็กน้อย) ร้อยละ 60 รองลงมา คือ ECOG

Score 2 (ECOG 2 หมายถึง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม มีอาการแสดงของโรค) ร้อยละ 26.60 สูตรเคมีบำบัดที่ได้รับมากที่สุดเป็นแบบ combination ร้อยละ 50 ซึ่งชนิดของเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด เป็น Platinum ร่วมกับ Microtubule targeting agent ร้อยละ 65.96 มากกว่าครึ่งหนึ่งเคยได้รับการรักษา ร้อยละ 63.83 ซึ่งส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษา 1 วิธี (เช่น เคมีบำบัด ผ่าตัด หรือ ฉายรังสี) ร้อยละ 63.33

ความทุกข์ใจ และปัญหาความทุกข์ใจ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีคะแนนความทุกข์ใจโดยรวมเฉลี่ย 4.13 (SD = 2.26) ซึ่งเป็นความทุกข์ใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ร้อยละ 51.06 มีความทุกข์ใจในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 15.96 มีความทุกข์ใจอยู่ในระดับสูง จะเห็นได้ว่าระดับความทุกข์ใจของผู้ป่วยระดับปานกลางขึ้นไป มีมากถึง ร้อยละ 67 ซึ่งเป็นระดับที่ต้องส่งต่อให้กับทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความทุกข์ใจ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=94)

ระดับความทุกข์ใจ	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	M	SD	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง(คน)	ร้อยละ
ไม่ทุกข์ใจ	0	-		13	13.83
ทุกข์ใจระดับต่ำ	1-3	2.06	0.87	18	19.15
ทุกข์ใจระดับปานกลาง	4-6	4.81	0.67	48	51.06
ทุกข์ใจระดับสูง	7-10	7.33	0.82	15	15.96
คะแนนความทุกข์ใจเฉลี่ย	0-10	4.13	2.26		

ปัญหาความทุกข์ใจ แบ่งเป็น 5 ด้าน รวมปัญหาทั้งสิ้น 35 ปัญหา พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเฉลี่ย 11.50 ปัญหา (SD = 4.11) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของปัญหาแต่ละด้านพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีปัญหาทางกายสูงสุด (9.38 ± 3.47) รองลงมาเป็นปัญหาด้านอารมณ์ (1.06 ± 0.83) และปัญหาในชีวิตประจำวัน (1.03 ± 0.94) ปัญหาที่พบมากที่สุด 10 อันดับแรกในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนเพลีย/อ่อนล้า (97.87%) คลื่นไส้ (89.36%) การรับประทานอาหาร (88.30%) ความกังวลใจ (80.85%) ความปวด (78.72%) การนอนหลับ (76.60%) อาการท้องผูก (64.89%) รูปลักษณ์ภายนอกมีการเปลี่ยนแปลง (60.64%) การเดินทาง (52.13%)

และการเคลื่อนย้ายตัวเอง (50.00%)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

ผลการวิจัยพบว่าการทำหน้าที่ในแต่ละด้านของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ และการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยมีคะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้พบว่าการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดในการศึกษารั้งนี้สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อย่างไรก็ตามพบว่า การทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ย

อ้างอิง ($p > .05$)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 52.75 (SD = 16.95)
เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงมาตรฐาน²¹

พบว่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิง ($\bar{x} = 56.30$) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกับคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงมาตรฐานของแบบประเมิน
คุณภาพชีวิตของ EORTC²¹ (N=94)

คุณภาพชีวิต	Ref. Mean (Scott et al. 2008:Online)	M	SD	One sample t-test	p value (1-tailed)
คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่					
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	75.80	56.74	20.64	-8.954	.000**
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	60.70	62.94	16.42	1.324	.095 ^{ns}
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	68.70	73.76	14.30	3.430	.001**
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	80.50	63.83	14.38	-11.236	.000**
การทำหน้าที่ด้านสังคม	70.50	44.33	19.79	-12.824	.000**
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	56.30	52.75	16.95	-2.032	.023*

* $p < .05$, ** $p < .001$, ns = non significant

**ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจกับคุณภาพ
ชีวิต**

ผลการวิจัยพบว่า ความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์ทาง
ลบกับคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ในระดับต่ำ อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ มีเพียงคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ด้าน

อารมณ์ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางลบกับความทุกข์ใจใน
ระดับปานกลาง ($r = -.441$, $p < .001$) ส่วนความทุกข์ใจ
กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบใน
ระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.374$, $p < .001$)
ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ และด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (N=94)

คุณภาพชีวิต	ความทุกข์ใจ	p value
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r _s)	
คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่		
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	-.272	.008*
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	-.134	.018*
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	-.441	.000**
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	-.258	.012*
การทำหน้าที่ด้านสังคม	-.248	.016*
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	-.374	.000**

* $p < .05$, ** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ความทุกข์ใจและปัญหาความทุกข์ใจ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีความทุกข์ใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.06 และพบว่า ร้อยละ 15.96 มีความทุกข์ใจอยู่ในระดับสูง ซึ่งตามแนวทางของการจัดการความทุกข์ใจของ NCCN⁹ ถือว่าเป็นระดับที่ต้องได้รับการส่งต่อให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคะแนนความทุกข์ใจ ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป^{22,23,4,24-26,11}

ปัญหาความทุกข์ใจของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเฉลี่ย 11.50 ปัญหา (SD = 4.10) ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุดคือ ปัญหาทางกาย รองลงมาคือด้านอารมณ์ และปัญหาในชีวิตประจำวัน ปัญหาที่พบบ่อยที่สุด 10 อันดับ คือ ความรู้สึกอ่อนเพลีย/อ่อนล้า คลื่นไส้ การรับประทานอาหาร กังวลใจ ความปวด การนอนหลับ อาการท้องผูก รูปลักษณ์ภายนอก มีการเปลี่ยนแปลง การเดินทางและการเคลื่อนย้ายตัวเอง ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางกายมากที่สุดถึง 8 ใน 10 อาการ รวมทั้งมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ถึงสูง ร้อยละ 90.43 ซึ่งเป็นผลจากการลุกลามของโรคและผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการทางกายมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ใจของผู้ป่วย²⁷

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามรองลงมา เป็นปัญหาทางอารมณ์ คือความกังวลใจ ร้อยละ 80.85 เนื่องมาจากอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของตัวโรคมะเร็งซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งการลุกลามไปยังอวัยวะใดบ้าง เช่น มีการลุกลามไปที่กระดูก มักจะก่อให้เกิดอาการปวดหรือถ้ามีการลุกลามไปที่ปอดจะส่งผลให้เกิดอาการทางระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบหายใจไม่เต็มอ้อมอ่อนเพลีย สิ่งเหล่านี้จะส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในทุกๆ ด้าน นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่เป็นสาเหตุของอาการเช่น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนเกี่ยวกับ สาเหตุปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็ง ที่พบคือปัญหาทางกาย ปัญหาในชีวิตประจำวัน และปัญหาด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะพบว่า มีปัญหาทางกายไม่ต่ำกว่า 1 อาการ โดยอาการที่พบได้บ่อยคือ อ่อนเพลีย/อ่อนล้า ปัญหาการนอนหลับ และอาการปวด ซึ่งส่งผลต่อปัญหาด้านด้านอารมณ์ คือความวิตกกังวล^{28,24}

จากผลการวิจัยเป็นที่น่าสนใจพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีความทุกข์ใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 19.15 ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งระยะลุกลามน้อยกว่า 1 ปี สภาพของผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองได้ มีผู้ดูแลร้อยละ 100 ซึ่งจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-6 คนโดยความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา/บุตร ร้อยละ 88.9 ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดผูกพันกับผู้ป่วย ซึ่งจะคอยดูแล เอาใจใส่ ด้วยความรักและเอื้ออาทร มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังเป็นคนสำคัญ มีกำลังใจในการดำรงชีวิต²⁹ อีกทั้งปัญหาความทุกข์ใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าปัญหาทางกาย เฉลี่ย 9 ปัญหา (SD = 3.56) ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในชีวิตประจำวัน และปัญหาด้านอารมณ์ จึงทำให้มีความทุกข์ใจในระดับต่ำ

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคะแนนด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนด้านการทำหน้าที่ด้านบทบาทเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และพบว่า การทำหน้าที่ด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องออกแรง และส่วนใหญ่ต้องการการพักผ่อนอยู่บนเตียงหรือเก้าอี้ อีกทั้งยังต้องการช่วยเหลือมาก ประกอบกับอาการทางกายที่รบกวนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ เช่น อาการอ่อนเพลีย/อ่อนล้า คลื่นไส้ ปวด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนที่พบว่าหากผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่รุนแรง ทำให้การทำกิจกรรมและการช่วยเหลือตัวเองในการทำตามบทบาทหน้าที่ลดลง³⁰

การทำหน้าที่ด้านการรับรู้เป็นการวัดเกี่ยวกับความยากลำบากในการใช้สมาธิและการจดจำสิ่งต่างๆ ส่วนการทำหน้าที่ด้านสังคมนั้นเป็นการวัดเกี่ยวกับการรับรู้สภาพร่างกายและการรักษามีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำกิจกรรมทางสังคม ซึ่งคุณภาพชีวิตทั้ง 2 ด้านนี้ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .001$) เนื่องมาจากผู้ป่วยมีอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลายอาการพร้อมกัน และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 ผู้ป่วยมีความรู้สึกอ่อนเพลีย/อ่อนล้า (97.87%) ความกังวลใจ (80.85%) สอดคล้องกับการศึกษา Rha and Jiyeon Lee³⁰ ที่พบว่า อ่อนเพลีย/อ่อนล้า ความกังวลใจ ส่งผลด้านลบต่อการทำหน้าที่ด้านการรับรู้และการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วย การทำหน้าที่ด้านบทบาท เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงพบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นการวัดเกี่ยวกับความสามารถหรือข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน หรืองานอดิเรก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยนอกมีสภาพร่างกายที่ยังพอสามารถทำกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมที่ไม่ได้ออกแรงหนักได้ จึงไม่ได้กระทบด้านนี้นัก

การทำหน้าที่ด้านอารมณ์พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามในแบบประเมินพบว่า เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความตึงเครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งมีระบบสนับสนุน ด้านครอบครัว ทั้งนี้พบว่า มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 94.68 เป็นคนในครอบครัว คือ สามี ภรรยา บุตร บิดามารดา หรือ พี่น้อง และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน 2-3 คน ร้อยละ 59.57 ทำให้สามารถมีคณทดแทนสับเปลี่ยนหน้าที่ในการดูแล ซึ่งการศึกษาของ Sansom and Thanasilp²⁹ พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = .48$)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีคะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการลุกลามจากตัวโรคมะเร็งที่ก่อให้เกิดอาการรบกวนต่างๆ รวมทั้งผลข้างเคียงจากเคมีบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนที่พบว่า กลุ่มอาการทางกายที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจะมีผลกระทบทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า อาการปวด นอนไม่หลับ ท้องผูก อาการคลื่นไส้/อาเจียน อาการเบื่ออาหาร/ความอยากอาหารลดลง³¹⁻³³

ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิต

ความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่าความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ซึ่งอธิบายได้จากผล

การวิจัยที่พบว่า สาเหตุของความทุกข์ใจที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาทางกาย ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนเพลีย/อ่อนล้า คลื่นไส้ อาการปวดรบกวนมาคือด้านอารมณ์ ได้แก่ ความกังวลใจ และปัญหาในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเดินทาง สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ และการทำหน้าที่ด้านสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนที่พบว่า ความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต³⁴ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์จากอาการต่างๆ จากตัวโรคที่อยู่ในระยะลุกลามและจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด รวมทั้งปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ ยิ่งถ้าผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรุนแรงของอาการมากขึ้นเรื่อยๆ ยิ่งก่อให้เกิดความทุกข์ใจ จึงส่งผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{27,34}

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีความทุกข์ใจอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง รวมแล้วมีถึงร้อยละ 67 ซึ่งเป็นระดับที่ต้องส่งต่อไปกับทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือ ซึ่งความทุกข์ใจที่สำคัญคือ ปัญหาทางกาย รบกวนมาคือ ปัญหาด้านอารมณ์ ได้แก่ ความกังวลใจ และปัญหาในชีวิตประจำวัน คือ เรื่องการเดินทาง จากผลการวิจัยที่พบ มีข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับระดับความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด โดยพบว่ามีย่อยกลุ่มผู้ป่วยที่มีความทุกข์ใจในระดับต่ำถึงร้อยละ 19.15 ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า ครอบครัว/ญาติผู้ดูแลมีส่วนสำคัญมากที่จะช่วยในการดูแลเอาใจใส่ ด้วยความรัก ความเข้าใจทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญกับความทุกข์ต่างๆ ไปได้ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ และการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้ป่วยมีคะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิง และการทำหน้าที่ด้านบทบาทของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากคะแนนเฉลี่ยอ้างอิง

นอกจากนี้พบว่า การทำหน้าที่ด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอ้างอิง ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตพบว่าความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ผลที่พบจากการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยนอก โดยควรจัดให้มีการประเมินความทุกข์ใจและปัญหาด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเพื่อให้ทราบปัญหาและให้การช่วยเหลือ ได้อย่างเหมาะสม ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในอาการที่พบบ่อยจากการวิจัยครั้งนี้ เช่น การลดอาการอ่อนเพลีย/อาการคลื่นไส้อาเจียน/เบื่ออาหาร เป็นต้น เพื่อลดอาการทางกายที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ผลที่พบจากการวิจัย สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลโดยให้ญาติมีความรู้ความเข้าใจในหลักการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อให้การดูแลของญาติดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- American Cancer Society. Advanced cancer. [internet]. 2016 [Cited 2016 Dec 15] Available from: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/advanced-cancer/what-is.html>.
- Zhong C, Liu H, Jiang L, et al. Chemotherapy plus best supportive care versus best supportive care in patients with non-small cell lung cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2013; 8(3): e58466 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0058466.
- Dessai SB, Chakraborty S, Sajeev K, et al. Pilot study of single-day distress screening with the NCCN distress thermometer to evaluate the feasibility of routine distress screening in tertiary cancer center in rural India. Psycho-Oncology. 2015; 24(7): 832-4. doi: 10.1002/pon.3739.
- LeBlanc T, El-Jawahri A, Tulskey J, et al. Using the distress thermometer to highlight palliative care needs of patients with acute myeloid leukemia (AML) (TH361B). JPSM. 2016; 51(2): 343-344. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.179
- Makmai S, Sirichayanugul C, Sirichayanugul T. Common symptoms and needs of pre-discharge advanced-stage cancer patients: A case-study at Phrae hospital, Thailand. Thai Cancer Journal. 2013; 33(4): 132-45. Thai.
- Tanomjit K, Thanasilp S. Selected factors related to quality of life of patients with lung cancer. JNSCU. 2015; 27(1): 120-32. Thai.
- Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, Garcia-Foncillas J, et al. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. Eur J Cancer Care (Engl). 2016; 25(4): 608-15. doi: 10.1111/ecc.12521
- Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors influencing the quality of life of patients with advanced cancer. Appl Nurs Res. 2017; 33: 108-112.
- National Comprehensive Cancer Network. Distress management. Clinical practice guidelines. JNCCN. 2007; 5(1): 3-7.
- Feldstain A, Tomei C, Blanger M, et al. Screening for distress in patients with cancer: methodologic considerations. Curr Oncol. 2014; 21(2): e330-33. doi: 10.3747/co.21.1794
- Laurujisawat P, Jetianuwat S. validity of the Thai version of the distress thermometer. Journal of Psychiatric Association of Thailand 2013; 58(3): 257-270. Thai.
- 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: 10.1016/j.clon.2011.05.003.
- Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. Indian J Cancer. 2011; 48(1): 55-59. doi: 10.4103/0019-509X.75828.
- Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, et al. The association of depression and anxiety with

- health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*. 2010; 19(7): 734-41. doi: 10.1002/pon.1627.
15. Chuchart K, Pruegsanusak K, Dachapunkul T, et al. Quality of life (QOL) in patients suffering from locally advanced stage nasopharyngeal cancer before, during and after receiving carboplatin with concurrent chemoradiotherapy. *Songkla Med J*. 2010; 28(3): 127-37. Thai.
 16. Lerdpanit P, Namvongprom A, Pakdevong N. Symptom experiences and quality of life of patients with advanced cancer receiving chemotherapy. *APHEIT Journal Science & Technology*. 2017; 6(8): 45-55. Thai.
 17. European Organization for Research and Treatment of Cancer. The EORTC QLQ-C30 development. 2008; Available from: https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/reference_values_manual2008.pdf.
 18. Norwood SL. Research strategies for advanced practice nurses. New Jersey: Practice Hall Health; 2000; 467.
 19. Aaronson NK, Cull, A, Kaasa S, et al. The European-organization-for-research and treatment- of- cancer QLQ-C30 – A quality-of-life. *JNCI*. 1993; 85(5): 364-76.
 20. Silpakit C, Sirilertrakul S, Jiraiarus, M, et al. The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30): validation study of the Thai version. *Qual Life Res*. 2006; 15(1): 167-72. doi: 10.1007/s11136-005-0449-7
 21. Scott, N. W. et al. EORTC QLQ-C30 Reference values [Internet] Available from: http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference_values_manual. 2008: 43.
 22. Patil V, Noronha V, Joshi A, et al. Distress management in patients with head and neck cancer before start of palliative chemotherapy: A Practical approach. *JGO*. 2018; 4(1): 1-10. doi: 10.1200/JGO.17.00044.
 23. Grassi L, Johansen C, Annunziata M. et al. Distress Thermometer study group screening for distress in cancer patients: a multicenter, nationwide study in Italy. *Cancer*. 2013; 119(9): 1714-21.
 24. Yamaguchi T, Morita T, Sakuma Y, Kato, A., et al. Longitudinal follow-up study using the distress and impact thermometer in an outpatient chemotherapy setting. *JPSM*. 2012; 43(2): 236-43.
 25. Liu F, Huang J, Zhang L, Fan, F., et al. Screening for distress in patients with primary brain tumor using distress thermometer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2018; 18(1): 1-8. doi: 10.1186/s12885-018-3990-9.
 26. Tang L, Fritzsche K, Leonhart R, et al. Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 15(1): 1-10. doi: 10.1186/s12955-017-0803-9
 27. McFarland DC, Shaffer KM, Tiersten A, et al. J. Prevalence of physical problems detected by the distress thermometer and problem list in patients with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2018; 27(5): 1394-403. doi: 10.1002/pon.4631.
 28. Li Q, Lin Y, Qiu Y, et al. The assessment of health-related quality of life and related factors in Chinese elderly patients undergoing chemotherapy for advanced cancer: A cross-sectional study. *EJON*. 2014; 18(4): 425-35.
 29. Sansom N, Thanasilp S. Selected Factors Related to Quality of Life of Terminal Cancer Patients. *JNSCU*. 2010; Special: 42-53. Thai.
 30. Rha SY, Lee J. Symptom clusters during palliative chemotherapy and their influence on functioning and quality of life. *Supportive Care in Cancer*. 2017; 25(5): 1519-27.

31. Panya P, Saneha C, Puwarawuttipanit W, et al. Factors influencing on nutritional status in patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. *Journal of Nursing Science*. 2016; 34(1): 66-76. Thai
32. Giesinger JM, Wintner LM, Oberguggenberger AS, et al. Quality of life trajectory in patients with advanced cancer during the last year of life. *Journal of palliative medicine*. 2011; 14(8): 904-12.
33. Sarenmalm EK, Nasic S, Håkanson C, et al. Swedish version of the distress thermometer: validity evidence in patients with colorectal cancer. *JNCCN*. 2018; 16(8): 959-66.
34. Zhu G, Yang G, Xu DS, et al. Application of a modified distress thermometer to screen for psychological distress in 140 patients with malignancies, and an analysis of related factors. *JNO*. 2018; 3(1): 39-44.