



แนวทางการประเมิน ภาวะจิตสังคม ในผู้ป่วยมะเร็ง

โดย

ชลิยา วามะลุน
โสภิต ทับทิมหิน
ชนาธิป หาทลัก
สายรุ้ง ประกอบจิตร
เพชรมณี บุญฉวี
อำไพวรรณ ทองสุพล

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
กรมการแพทย์
ปี พ.ศ.2568

ISBN : 978-616-11-5406-6

แนวทางการประเมินภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง

ที่ปรึกษา

นายเฉลิมพล ไชยรัตน์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

บรรณาธิการ

ชลียา วามะลุน

โสภิต ทับทิมหิน

ชนาธิป หาหลัก

สายรุ้ง ประกอบจิตร

เพชรมณี บุญฉวี

อำไพวรรณ ทองสุพล

พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2568

ลิขสิทธิ์ของ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ 2537

ห้ามคัดลอกเนื้อหา ก่อนได้รับอนุญาต

ISBN

จัดทำโดย

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี 34000

พิมพ์ที่ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

มนุษย์ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้และมีอิทธิพลต่อกัน ดังนั้น เมื่อบุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมของบุคคลนั้นด้วย ในทางกลับกันเมื่อจิตใจไม่ปกติ ก็ส่งผลกระทบต่อร่างกายเช่นกัน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวกับความเป็นความตาย ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูง ดังนั้นการที่สามารถประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยได้ทั้งจากการสังเกต การสนทนา และการสัมภาษณ์ จะทำให้สามารถวางแผนเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

บทเรียบเรียง “แนวทางการประเมินภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง” จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติ ใช้สำหรับประเมินภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยคาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

คณะผู้จัดทำ
กรมการแพทย์
กรกฎาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1	บทนำ
บทที่ 2	ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคมะเร็ง
บทที่ 3	แนวทางการประเมินภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
บทที่ 4	เครื่องมือประเมินภาวะจิตสังคม
บรรณานุกรม	33
ภาคผนวก	36

บทที่ 1

บทนำ

โรคมะเร็ง คือโรคที่มีความผิดปกติของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ ก่อให้เกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีการเจริญเติบโตโดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมที่เหมาะสม (Haber DA, 2007; จาริญาญ์ จินดาประเสริฐ, 2562) ซึ่งการได้รับทราบจากแพทย์ถึงการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ถือเป็นสถานการณ์วิกฤติในชีวิตของบุคคล ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับตัวอย่างรวดเร็วต่อข่าวร้ายกับโรคที่เกี่ยวกับความเป็นความตายนี้ ต้องพยายามควบคุมความไม่สบายใจเอาไว้ ในขณะที่ต้องตัดสินใจรับการรักษาโรค ความกังวลที่สำคัญคือกลัวการเสียชีวิต การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความพิการและการถูกทอดทิ้ง รวมถึงความกลัวเกี่ยวกับการแตกแยกด้านสัมพันธ์ภาพ ตลอดจนบทบาทหน้าที่และสถานภาพการงาน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลกับอนาคตเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรค กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยคืออาการทางกาย จิตใจ ปัจจัยระหว่างบุคคล ประเภทของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงชนิดของโรคมะเร็ง โดยที่การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่เกิดขึ้น จะแตกต่างกันออกไปตามการปรับตัวต่อปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

ระดับความรุนแรงของปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ดังนั้นการประเมิน และคัดกรอง ค้นหา ภาวะจิตสังคมจึงมีความสำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผน และแนวทางจัดการดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลเพื่อพัฒนาศักยภาพในตัวเองของผู้ป่วย ผู้การพึ่งพาตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 2 ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคมะเร็ง

การเกิดโรคมะเร็งในคน เป็นเรื่องที่ซับซ้อน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเซลล์ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นในภายหลังจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการดำเนินชีวิต หรือการสัมผัสสารก่อมะเร็ง ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ จากเซลล์ปกติเปลี่ยนเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด ซึ่งมะเร็งอาจมีความแตกต่างกันมากมายตามตำแหน่งของอวัยวะที่เป็น จุดกำเนิดของมะเร็ง และชนิดของเนื้อเยื่อที่อยู่ในอวัยวะนั้นๆ

2.1. ชนิดของมะเร็ง

มะเร็งมีมากกว่า 200 ชนิด ซึ่งสามารถจัดชนิดของโรคมะเร็งตามลักษณะของเซลล์ตั้งต้น โดยแบ่งเป็น 6 ชนิดหลักดังนี้ (จาริณูญ์ จินดาประเสริฐ, 2562)

- 2.1.1. Carcinoma หมายถึง มะเร็งที่มีต้นกำเนิดมาจากเซลล์เยื่อบุผิวของอวัยวะภายในและภายนอก ร่างกาย ซึ่งเป็นชนิดที่พบได้มากที่สุดทั้งหมด เช่น Squamous cell carcinoma, adenocarcinoma และ transitional cell carcinoma เป็นต้น
- 2.1.2. Sarcoma หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของร่างกาย ได้แก่ ไขมัน กล้ามเนื้อ เส้นประสาท กระดูกและกระดูกอ่อน เช่น liposarcoma และ osteosarcoma เป็นต้น
- 2.1.3. Leukemia หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเซลล์เม็ดเลือด
- 2.1.4. Lymphoma and Myeloma หมายถึง มะเร็งซึ่งมีการพัฒนามาจากต่อมน้ำเหลืองและเนื้อเยื่อของระบบภูมิคุ้มกัน
- 2.1.5. Brain and spinal cord cancer หมายถึง เนื้องอกของระบบประสาทส่วนกลาง
- 2.1.6. อื่นๆ เช่น มะเร็งผิวหนังชนิดเมลานอมาที่มาจากเซลล์ผลิตเม็ดสี (melanocytis)

2.2. คุณลักษณะของมะเร็ง

Hanahan และ Weinberg (2011) ได้ทำการศึกษาและสรุปลักษณะเฉพาะของเซลล์มะเร็งไว้ 10 ประการ เพื่อเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจในระดับชีววิทยาของมะเร็ง โดย จาริณูญ์ จินดาประเสริฐ (2562) อธิบายสรุปรายละเอียดดังนี้

- 2.2.1. Sustaining Proliferative signaling มีสัญญาณกระตุ้นให้เซลล์มะเร็งเกิดการแบ่งตัวตลอดเวลา
- 2.2.2. Evading growth suppressors เซลล์มะเร็งสามารถหลีกเลี่ยงการหยุดการเจริญเติบโตได้ ทำให้มีการยับยั้งการแบ่งตัว
- 2.2.3. Avoiding immune destruction เซลล์มะเร็งสามารถหลีกเลี่ยงการพบและทำลายจากเซลล์ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
- 2.2.4. Enabling replicative immortality เซลล์มะเร็งมีความสามารถในการแบ่งตัวไปเรื่อยๆ ไม่มีการตาย
- 2.2.5. Tumor-promoting inflammation เซลล์มะเร็งสามารถกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบ
- 2.2.6. Activating invasion and metastasis เซลล์มะเร็งสามารถลุกลามอวัยวะข้างเคียงและกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ ได้

- 2.2.7. Inducing angiogenesis เซลล์มะเร็งสามารถกระตุ้นให้เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ ส่งผลให้เซลล์มะเร็งได้รับสารที่จำเป็นในการเจริญเติบโตและการกระจายไปสู่อวัยวะอื่น
- 2.2.8. Genome instability and mutation เซลล์มะเร็งมีการกลายพันธุ์ และมีความไม่เสถียรของพันธุกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในยีน
- 2.2.9. Resisting cell death เซลล์มะเร็งสามารถหลีกเลี่ยงการตายแบบ apoptosis ได้
- 2.2.10. Deregulating cellular energetic เซลล์มะเร็งมีการควบคุมการใช้พลังงานที่แตกต่างจากเซลล์ปกติ

2.3. อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง

ในปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น รวมถึงกระบวนการในการตรวจวินิจฉัย และการตรวจทางพยาธิวิทยามีคุณภาพดีขึ้น โดยจากการรายงานสถิติของ The International Agency for Research on Cancer (IARC) ในฐานข้อมูล Global Burden of Cancer (Globocan) ปีค.ศ. 2008 ,2012 ,2018 พบว่ามีประชากรทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดทั่วโลก เพิ่มจาก 12.7 ล้าน คน 14.1 ล้านคน และ 18.1 ล้านคนตามลำดับ โดยคาดการณ์ในปี ค.ศ.2035 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 23.3 ล้านคน พบอุบัติการณ์ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในเพศชายมะเร็งปอดมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง(Jemal A, Bray F, et al, 2011; IARC, 2018) ส่วนในเพศหญิง มะเร็งที่มีอุบัติการณ์การเกิดมากเป็นอันดับหนึ่งคือ มะเร็งเต้านม รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปอดตามลำดับ สำหรับในประเทศไทยจากรายงานใน ฐานข้อมูล Global Burden of Cancer (Globocan) ปีค.ศ. 2018 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมะเร็งเต้านมมากที่สุด คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 35.7 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูก คิดเป็น 16.2 ต่อแสนประชากร และ มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง 13.9 ต่อแสนประชากร ส่วนในเพศชาย มะเร็งตับมากที่สุด คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 32.2 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือมะเร็งปอด คิดเป็น 29.4 ต่อแสนประชากร

2.4. สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

สาเหตุของการเกิดมะเร็งที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งมีหลายประการการ ที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมในเซลล์ ได้แก่

2.4.1. บุหรี่ มีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก และคอหอย มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งไต ฯลฯ โดยมีสารในบุหรี่มากกว่า 5,000 ชนิด ซึ่งมีการศึกษาพบว่ามีสารก่อมะเร็งมากกว่า 70 ชนิด เช่น Benzo[a]pyrene (BaP), Formaldehyde, Acetaldehyde, Catechol, Caffeic acid, Benzene 1,3 Butadiene, Isoprene, Ethylene oxide, Acrylonitrile, Cadmium และ Polonium -210 เป็นต้น (O'Conor RJ, 2015) และการได้รับควันบุหรี่ถึงแม้ไม่ได้สูบบุหรี่นั้นก็นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งเช่นเดียวกัน

2.4.2. การติดเชื้อ มีอุบัติการณ์ของมะเร็งทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 10 เกิดจากการติดเชื้อ(Plummer M, 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งการติดเชื้อที่ทำให้เกิดมะเร็งนั้นส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส อย่างไรก็ตามเชื้อแบคทีเรียและปรสิตก็เป็นปัจจัยให้เกิดมะเร็งบางชนิดเช่นกัน

- การติดเชื้อไวรัส โดยไวรัสก่อมะเร็ง (Oncogenic viruses) สามารถทำให้เกิดมะเร็งด้วย 2 กลไก คือโดยตรงและโดยอ้อม โดยตรงคือเซลล์ที่ติดเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงของยีนเป็นเซลล์มะเร็ง โดยอ้อมคือ

การติดเชื้อไวรัสทำให้เกิดกระบวนการอักเสบหรือการหลั่งสารกระตุ้นให้เซลล์ที่ไม่ได้ติดเชื้อเกิดกระบวนการแบ่งตัวกลายเป็นเซลล์มะเร็ง แต่ถึงแม้การติดเชื้อไวรัสจะสำคัญในการเกิดมะเร็งโดยเฉพาะในช่วงแรกเริ่ม การที่จะพัฒนาเป็นมะเร็งนั้นยังต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของเนื้องอกซึ่งเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ด้วยเช่นกัน เช่น ปัจจัยทางภูมิคุ้มกัน ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยจากฮอร์โมน ดังนั้นการติดเชื้อจนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้องอกมะเร็งนั้นมักใช้เวลาหลายปีหรือหลายสิบปี (จาริณัญญ์ จินดาประเสริฐ, 2562) ซึ่งไวรัสที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งชนิดต่างๆ ได้แก่ 1) Human Papilloma virus (HPV) สัมพันธ์กับมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรูทวารหนัก มะเร็งต่อมทอนซิลและโคนลิ้น 2) Hepatitis B virus (HBV) สัมพันธ์กับมะเร็งตับ 3) Hepatitis C virus (HCV) สัมพันธ์กับมะเร็งตับ 4) Epstein-Barr virus (EBV) สัมพันธ์กับมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งหลังโพรงจมูก และมะเร็งกระเพาะอาหาร และ 5) Human herpesvirus-8 (HHV-8) สัมพันธ์กับมะเร็ง Kaposi's sarcoma

- การติดเชื้อแบคทีเรีย พบว่าแบคทีเรียแกรมลบ *Helicobacter pylori* นั้นเป็นสาเหตุของแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น และถูกจัดเป็นเชื้อก่อมะเร็งกระเพาะอาหารชนิด adenocarcinoma และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งกระเพาะอาหารชนิด mucosa-associated lymphomas tumor (MALT) (Buck CB and Ratner L, 2015)

- การติดเชื้อปรสิต ซึ่งเชื้อปรสิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งท่อน้ำดีจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในเลือด เป็นต้น

2.4.3. ปัจจัยจากสารเคมี ซึ่งมีการศึกษาสาเหตุของมะเร็งจากการสังเกตเริ่มแรก โดยพบมะเร็งบางชนิดในกลุ่มอาชีพที่สัมผัสกับสารเคมีจำเพาะ เช่น มะเร็งผิวหนังของหนังหุ้มอวัยวะในผู้ที่ทำอาชีพทำความสะอาดปล่องไฟ หรือ Chimney sweep cancer สารเคมีหลายชนิดสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเซลล์ปกติจนกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ ได้แก่ asbestos, arsenic, silica สัมพันธ์กับมะเร็งปอด Aflatoxin สัมพันธ์กับมะเร็งตับ เป็นต้น (Yuspa SH and Shields PG., 2015)

2.4.4. ปัจจัยทางกายภาพที่ทำให้ก่อมะเร็ง (Physical factors) ได้แก่ รังสีอัลตราไวโอเล็ต (ultraviolet: UV) และรังสีชนิดก่อก่อไอออน (Ljungman M., 2015)

2.4.5. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่

- ปัจจัยด้านอาหาร เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อการเกิดมะเร็งผ่านหลายกลไกในระยะต่างๆ ของมะเร็ง แต่ข้อมูลยังไม่เป็นที่แน่ชัดถึงชนิดหรือปริมาณที่เป็นสาเหตุโดยตรงต่อการเกิดมะเร็ง เช่น อาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งมีการศึกษาระบุว่า การกินอาหารไขมันสูงนั้นเพิ่มการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ การรับประทานอาหารประเภทเนื้อแดงปริมาณมากเกี่ยวข้องกับเพิ่มโอกาสการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

- การออกกำลังกายและความอ้วน โดยมีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ สำหรับภาวะอ้วนนั้นเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งเยื่อบุมดลูก (จาริณัญญ์ จินดาประเสริฐ, 2562)

2.5. อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด และตำแหน่งของมะเร็ง รวมถึงผลต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียง และถ้าเซลล์มะเร็งมีการกระจายไปสู่อวัยวะอื่น อาการและอาการแสดงจะเกิดที่ส่วนอื่นๆ ในร่างกายได้ โดยสามารถสรุปอาการและอาการแสดงจากเนื้องอก ได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้คือ

2.5.1. อาการที่เกิดจากก้อนเนื้องอกโดยตรง ได้แก่ การคล้ำได้ก้อน หรือหากมีการลุกลามมากขึ้น มีอาการจากการกดเบียดและแตกออกเป็นแผล นอกจากนี้อาจมีอาการและภาวะแทรกซ้อนจากก้อน เช่น อาการไอ เจ็บหน้าอกในมะเร็งปอด อาการจุกได้ชายโครงในมะเร็งตับ อาการลำไส้อุดตันหรือลำไส้ทะลุในมะเร็งลำไส้ หรืออาการปัสสาวะเป็นเลือดในมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น

2.5.2. อาการและอาการแสดงที่เกิดจากมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

2.5.2.1. ทางหลอดเลือด (hematologic spreading) มะเร็งที่กระจายไปทางหลอดเลือดสามารถกระจายไปอวัยวะต่างๆ ได้ โดยมีความแตกต่างกันตามชนิดของมะเร็ง ส่งผลให้เกิดอาการในอวัยวะที่มะเร็งกระจายไป

- มะเร็งกระจายไปที่ปอด ทำให้เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย และไอได้ โดยลักษณะทางภาพหลังสีจะเห็นเป็น nodule หรือ mass ในเนื้อปอด ซึ่งหากมีปริมาณมากจะทำให้เห็นลักษณะ cotton -ball appearance
- มะเร็งกระจายไปที่สมอง อาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะรุนแรง หรืออาการทางระบบประสาทอื่นๆ ได้ ขึ้นกับตำแหน่งที่มีการกระจายไป อาจมีอาการอ่อนแรง ชา หรือ อาการชักได้ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดศีรษะนำมาก่อน รอยโรคในเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มักจะถูกพบบริเวณ gray-white junction ของสมอง และมีการ enhancement หลังฉีดสารทึบรังสี รวมทั้งพบมีการบวมของเนื้อเยื่อรอบๆ ก้อนมะเร็งอีกด้วย
- มะเร็งกระจายไปที่กระดูก ทำให้เกิดอาการปวดกระดูก หรือกระดูกหักได้ (pathological fracture)
- มะเร็งกระจายไปที่ตับ ลักษณะในเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ส่วนใหญ่เป็น hypodensity lesion และมี peripheral enhancement หลังฉีดสารทึบรังสี หากมีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยจะมีอาการจุกอึดแน่นท้อง ปวดบริเวณใต้ชายโครงขวา ต่ำถ้าหากขนาดเล็ก อาจไม่ทำให้เกิดอาการผิดปกติใดๆ

2.5.2.2. ทางระบบน้ำเหลือง (lymphatic spreading) มะเร็งที่กระจายไปตามระบบน้ำเหลือง จะทำให้ต่อมน้ำเหลืองมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยมักจะเป็นต่อมน้ำเหลืองที่มีอยู่ข้างเคียง (regional lymph node) เช่น มะเร็งที่ศีรษะและคอจะกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือมะเร็งปอดกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองในช่องอก หรือเหนือไหปลาร้า เป็นต้น

2.5.2.3. ทางช่องระหว่างอวัยวะภายในร่างกาย (coelomic spreading) มะเร็งสามารถกระจายไปทางช่องระหว่างอวัยวะในร่างกาย เช่น ช่องท้อง ช่องเยื่อหุ้มปอด ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ และส่งผลให้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ เกิดเป็นสารน้ำในช่องนั้นๆ เช่น เมื่อมีการแพร่กระจายของมะเร็งปอดมาที่เยื่อหุ้มปอด ส่งผลให้เกิด pleural effusion หรือ เมื่อมีการแพร่กระจายเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มหัวใจส่งผลให้เกิดภาวะ pericardial effusion แต่หากเป็นการกระจายเข้าสู่เยื่อช่องท้อง จะส่งผลให้เกิดการคั่งของน้ำในช่องท้อง (ascites) ตรวจร่างกายพบท้องขนาดใหญ่ขึ้นได้ ซึ่งพบได้บ่อยในมะเร็งรังไข่ มะเร็งกระเพาะอาหารและมะเร็งลำไส้

2.5.3. กลุ่มอาการพาราเนอพลาสติก (paraneoplastic syndromes) คือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยไม่ได้เกิดจากก้อนมะเร็งโดยตรง หรือเกิดจากก้อนมะเร็งแพร่กระจาย รวมถึงไม่ได้เกิดจากการขาดเลือด หรือการรักษาโรคมะเร็ง แต่เกิดจากการสร้างสารบางอย่างที่มีผลกระทบต่อร่างกาย โดยมีกลไกหลัก 2 กลไก คือ 1) การผลิตสารต่างๆ เช่น ฮอร์โมน เปปไทด์ หรือ cytokines จากเซลล์มะเร็ง และ 2) การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันระหว่างเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ โดยส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับระบบประสาท ระบบ

ต่อมไร้ท่อและระบบเลือด โดยมะเร็งปอดชนิดเซลล์เล็ก (small cell lung carcinoma: SCLC) เป็นมะเร็งที่พบกลุ่มอาการเหล่านี้มากที่สุด

อาการเตือน 7 ประการสำหรับมะเร็ง

สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) ได้มีการใช้คำศัพท์ C-A-U-T-I-O-N เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง 7 ประการ ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยว่าเกิดมะเร็ง ได้แก่

1. C-Change in bowel habits or bladder function คือการเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย เช่น ท้องผูกสลับท้องเสีย หรือก้อนอุจจาระขนาดเล็กกลอง อาจเป็นอาการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ และอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะลำบาก ปวดเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากมะเร็งกระเพาะปัสสาวะหรือมะเร็งต่อมลูกหมาก
2. A-A sore that does not heal คือการมีแผลเรื้อรังและรักษาไม่หาย เช่น แผลเรื้อรังในปาก อาจมีสาเหตุมาจากมะเร็งช่องปาก หรือแผลเรื้อรังที่ผิวหนังอาจเป็นอาการของมะเร็งผิวหนังได้
3. U-Unusual bleeding or discharge คือการมีเลือดหรือสารคัดหลั่งผิดปกติจากทวารต่างๆ ของร่างกาย โดยอาจเป็นอาการเริ่มต้นของมะเร็ง หรือเป็นอาการในระยะลุกลามของมะเร็งได้ เช่น อาภาไอเป็นเลือดอาจเป็นสาเหตุของมะเร็งปอดได้ เลือดออกทางช่องคลอดอาจมีสาเหตุมาจากมะเร็งปากมดลูกหรือมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก อาการปัสสาวะเป็นเลือดจากมะเร็งไต และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการมีเลือดออกทางหัวนมอาจเป็นอาการของมะเร็งเต้านม เป็นต้น
4. T-Thickening or lump in breast, testicles, or elsewhere คือการคลำได้ก้อนหยาบหรือคลำได้ก้อนที่เต้านม ลูกอัณฑะ หรืออวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย หรือคลำได้ต่อมน้ำเหลือง
5. I-Indigestion or difficulty swallowing คืออาการที่อาหารไม่ย่อย จุกเสียดท้อง อาจมีสาเหตุมาจากมะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี อาการกลืนลำบาก กลืนติด กลืนเจ็บโดยอาจเป็นอาการของมะเร็งหลอดอาหาร
6. O-Obvious change in wart or mole คือการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนของขนาด รูปร่าง ขอบเขต ของไฟ กระจ หรือปานที่เคยมีในร่างกาย เนื่องจากอาจเป็นอาการเริ่มต้นของมะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา ซึ่งหากได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้นมีโอกาสหายขาดจากโรคได้มาก
7. N-Nagging cough or hoarseness คืออาการไอเรื้อรัง หรือเสียงแหบซึ่งอาจเป็นอาการของมะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียงหรือมะเร็งไทรอยด์ได้

2.6. การวินิจฉัยมะเร็ง

การวินิจฉัยมะเร็งนั้นเริ่มต้นจากการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียดตามอาการ หรือกลุ่มอาการของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา รวมถึงการตรวจทางพยาธิวิทยาจะสอดคล้องกับผลการวินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิก หากมีความไม่สอดคล้องกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรึกษาและทบทวนผลการวินิจฉัยกับพยาธิแพทย์

2.7. การแบ่งระยะของโรคมะเร็ง

ระบบรายงานระยะของโรคมะเร็งนี้มีหลายระบบ แต่ระบบที่นิยมและใช้กันอย่างแพร่หลายคือระบบที่พัฒนาโดย American Joint Committee on Cancer (AJCC) และ International Union for Cancer (UICC) คือระบบ TNM Staging System¹ โดยอาศัยหลักการแบ่งระยะตามลักษณะทางกายวิภาคของโรค

T = Primary tumor ลักษณะของก้อนเนื้อออก ขนาดและการลุกลาม

N = Regional lymph nodes การกระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณข้างเคียง

M = Metastasis การกระจายไปอวัยวะอื่น

ในแต่ละมะเร็งนั้นมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของ TNM staging แต่โดยหลักการดังแดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินระยะของมะเร็งตาม TNM staging

T	X	ไม่สามารถประเมินได้
	0	ไม่พบก้อนมะเร็งปฐมภูมิ
	Is	In situ
	1-4	ระยะที่มากขึ้นบ่งบอกถึงขนาด และ/หรือการลุกลามเนื้อเยื่อรอบๆที่มากขึ้น
N	X	ไม่สามารถประเมินได้
	0	ไม่มีการกระจายไปต่อมน้ำเหลือง
	1-3	ระยะที่มากขึ้นแสดงถึงจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เพิ่มขึ้น หรือต่อมน้ำเหลืองขนาดใหญ่หรือมีการเกาะกลุ่มกัน (matted node)
M	0	ไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่น
	1	มีการกระจายไปอวัยวะอื่น

สัญลักษณ์อื่นๆ

ในระบบการประเมินระยะของ TNM staging นั้น จะมีคำนำหน้าเพื่อบอกรายละเอียดเพิ่มเติมคำนำหน้าที่ใช้บ่อยๆ ได้แก่

c: clinical stage เป็นการแบ่งระยะโรคโดยอาศัยข้อมูลทางคลินิกที่มีทั้งหมด โดยยังไม่ได้มีการรักษา มะเร็ง ประกอบด้วยการตรวจร่างกาย ผลการตรวจรังสีวิทยาและการตรวจทางพยาธิสภาพเบื้องต้น การแบ่งระยะโรคมะเร็งด้วยวิธีนี้มีความสะดวก แต่อาจมีข้อเสียคือผลบวกหลงหรือผลลบหลง เช่น ในเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบต่อมน้ำเหลืองขนาดใหญ่ แต่เมื่อผ่าตัดนำชิ้นเนื้อไปตรวจไม่พบเป็นมะเร็ง เป็นต้น

p: pathological stage เป็นการแบ่งระยะโรคจากข้อมูลที่ได้จากผลทางพยาธิวิทยาหลังการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นวิธีที่เป็นมาตรฐานและแม่นยำ

y: เป็นการเติมสัญลักษณ์เพื่อบ่งบอกว่าเป็นการแบ่งระยะโรคภายหลังจากการที่ได้รักษาด้วย neoadjuvant treatment โดยอาจเป็น yc หรือ yp ตัวอย่าง มะเร็งเต้านมระยะ ypT1N0M0 คือหลังจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแล้วผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่ายังมีก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่า 2 ซม. แต่ไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

r: retreatment stage เป็นการแบ่งระยะในช่วงที่มีการรักษาใหม่ในโรคที่มีการกลับเป็นซ้ำ

a: autopsy stage เป็นการแบ่งระยะโรคในมะเร็งที่พบตอนทำการตรวจศพ

ในแต่ละมะเร็งจะมีการจัดกลุ่มระยะตั้งแต่ I-IV เพื่อทำนายพยากรณ์ของโรค ดังแสดงตัวอย่างในตารางที่ 2 ซึ่งแสดงการแบ่งระยะในมะเร็งปอด โดยทั่วไประยะที่ IV หมายถึงมีการแพร่กระจาย นอกจากนี้ใน

แต่ละมะเร็งอาจมีการประเมินโดยเฉพาะซึ่งแตกต่างกันในรายละเอียด เช่น FIGO staging ในมะเร็งนรีเวช หรือ Ann Arbor classification ในมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น

ตารางที่ 2 TNM staging ของมะเร็งปอดชนิดเซลล์ไม่เล็ก

	T	N	M		T	N	M
Occult carcinoma	Tx	N0	M0	Stage IIIB	T1a-T2b	N3	M0
Stage 0	Tis	N0	M0		T3/T4	N2	M0
Stage IA1	T1mi/T1a	N0	M0	Stage IIIC	T3/T4	N3	M0
Stage IA2	T1b	N0	M0	Stage IVA	Any T	Any N	M1a/M1b
Stage IA3	T1c	N0	M0	Stage IVB	Any T	Any N	M1c
Stage IB	T2a	N0	M0				
Stage IIA	T2b	N0	M0				
Stage IIB	T1a-T2b	N1	M0				
	T3	N0	M0				
Stage IIIA	T1a-T2b	N2	M0				
	T3	N1	M0				
	T4	N0/ N1	M0				

2.8. การรักษา

การเลือกแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น สภาวะทางร่างกาย ภาวะทางโภชนาการ สภาวะทางจิตใจ ครอบครัว เศรษฐฐานะ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านโรคมะเร็ง ต้องคำนึงถึงลักษณะทางพยาธิวิทยา ชีววิทยาของมะเร็ง ระยะของโรค ลักษณะการเจริญเติบโตของเนื้องอก รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษา และ 3) ปัจจัยด้านการรักษา ซึ่งประเมินปัจจัยดังนี้ คือ ประสิทธิภาพของการรักษาและผลข้างเคียง การเลือกลำดับว่าจะเริ่มการรักษาแบบใดก่อน และการเข้าถึงได้ของการรักษา เช่น มีแพทย์เฉพาะทางในการผ่าตัด หรือการฉายรังสีด้วยวิธีพิเศษ หรือยาที่มีการอนุมัติให้ใช้ได้ในประเทศหรือไม่

การกำหนดเป้าหมายการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับแพทย์และผู้ป่วย ทำให้สามารถวางแผนการรักษาที่ชัดเจน กำหนดวิธีการและแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. หายขาด หรือ Cure คือผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวได้เท่ากับคนในวัยเดียวกัน โดยมากมักจะเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มาพบแพทย์ในระยะแรก สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดเอาก้อนออกทั้งหมด และได้รับการรักษาเสริมด้วยการฉายรังสี หรือเคมีบำบัดเพื่อให้โรคมะเร็งหายขาด
2. การยืดระยะเวลาการมีชีวิต คือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การรักษาสามารถยืดระยะเวลาการรอดชีวิต รวมทั้งสามารถลดอาการของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ สิ่งที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษคือ ระยะเวลาการรอดชีวิตที่เพิ่มมานั้น ต้องร่วมกับการได้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังนั้นควรเป็นการรักษาที่ได้ผลดีแต่ผลข้างเคียงไม่มากเกินไป

3. การควบคุมอาการในระยะสุดท้าย หรือ symptoms control ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการควบคุมอาการต่างๆ เพื่อลดและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากตัวโรค การรักษามะเร็งนั้นแบ่งได้เป็นหลักๆ คือการรักษาเฉพาะที่ คือการผ่าตัดหรือการฉายรังสี และการรักษาแบบทั่วร่างกาย (Systemic treatment) คือการให้ยาหรือสารต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย เช่น ยาเคมีบำบัด ยาพุ่งเป้า ยาด้านฮอร์โมน ยาภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

บทที่ 3

แนวทางการประเมินภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

3.1. ความหมาย

ภาวะจิตสังคม หมายถึง สภาพองค์ประกอบของบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่แสดงออกให้เห็นได้จากสีหน้า ท่าทาง แววตา คำพูด น้ำเสียง กริยาท่าทาง และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งทั้งหมดมีความสัมพันธ์กัน และมีอิทธิพลต่อกัน (เชาวนี ล่องชุมพล, 2552)

3.2. องค์ประกอบการประเมินภาวะจิตสังคม

การประเมินภาวะจิตสังคม (Psychosocial assessment) สิ่งสำคัญที่ผู้ประเมินต้องรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต รูปแบบในการเผชิญปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง บุคลิกลักษณะ ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงในวิถี ชีวิตหรือเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยครั้งนี้ และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากมีพฤติกรรมแสดงออกที่บ่งบอกความแปรปรวน จำเป็นต้องทำการตรวจสภาพจิตเพิ่มเติม

3.3. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านจิตสังคม

ควรเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 5 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ

3.3.1 ข้อมูลทางด้านร่างกาย (Physical dimension) หมายถึง ข้อมูลด้านชีวภาพและกายภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จิตใจ และสังคม ควรทำไปพร้อมๆ กับการซักประวัติและการประเมินภาวะด้านร่างกาย ข้อมูลที่ควรประเมิน ได้แก่

3.3.1.1 โรคหรือความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น โรคทางจิตเวช ปัญญาอ่อน เป็นต้น

3.3.1.2 ประวัติการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพและการใช้ยา ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน เช่น โรคเนื้องอกในสมอง อุบัติเหตุทางสมอง เป็นต้น

3.3.1.3 การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เพื่อค้นหาความยุ่งยากในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลได้

3.3.1.4 ลักษณะทางร่างกาย การแต่งกาย ท่าทาง การสบตา การเคลื่อนไหว ปฏิบัติการต่อการสัมภาษณ์/ การประเมิน การพูดคุยหรือความพิการ

3.3.2 ข้อมูลทางด้านอารมณ์ (Emotional dimension) อารมณ์ของบุคคลจะแสดงออกทาง สีหน้า ท่าทาง การกระทำ และการบอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้น ข้อมูลการประเมินภาวะอารมณ์ของผู้รับบริการ พยาบาลสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลทางด้านอารมณ์ได้จากการสังเกตลักษณะท่าทางที่แสดงออกรวมถึงอากัปกริยา ท่าทางอื่นๆ เป็นต้น

3.3.3 ข้อมูลด้านสติปัญญา (Intellectual dimension) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของสติปัญญา ได้แก่ การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส ความทรงจำในอดีตและปัจจุบัน ความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว การติดต่อสื่อสาร การยึดมั่นถือมั่นและความยืดหยุ่นของความคิด

3.3.4 ข้อมูลด้านสังคม (Social dimension) เป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคล ได้แก่

3.3.4.1 อัตมโนทัศน์ (Self concept) คือ การรับรู้การประเมินผลที่บุคคลมีต่อตนเองซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ที่สังคมมอบให้ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยเป็น 2 ด้าน คือ 1) ภาพลักษณ์ทางกาย (Body image) หมายถึง ความรู้สึกทางด้านจิตใจที่บุคคลมีต่อร่างกายของตนเอง ความรู้สึกนี้มักเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางกาย และ 2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) หมายถึง การที่บุคคลมองตนเองว่าเป็นอย่างไรในแง่ของคุณธรรมที่สังคม ยอมรับ คุณลักษณะหรืออุปนิสัยประจำตัว ความคาดหวังหรือความปรารถนาที่ตนเองต้องการ

3.3.4.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) หมายถึง สัมพันธภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่นในสังคมทุกระดับตั้งแต่บ้าน โรงเรียน ที่ทำงานและชุมชน รวมถึงบุคลากรที่มีสุขภาพซึ่งอาจเกิดในลักษณะเข้ากันได้ดี เป็นมิตร ไว้วางใจหรือมีความขัดแย้ง ไม่ไว้วางใจกัน ความคาดหวังไม่สอดคล้องกัน พึงพาดตนเองหรือพึงพาผู้อื่น

3.3.4.3 ระดับสังคมประกิต (Level of socialization) เป็นข้อมูลที่บอกถึงการปรับตัวต่อสภาพการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อบทบาทของการเป็นมารดาและต่ออาชีพของตนเอง เป็นต้น

3.3.4.4 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (Cultural and Environment factors) เช่น ค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียดหรือ สร้างกำลังใจต่อบุคคลได้

3.3.5 ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) เป็นการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการค้นหาความหมายของชีวิต ได้แก่

3.3.5.1 ปรัชญาชีวิต (Philosophy of life) เป็นการให้ความหมายของชีวิตตามค่านิยมและความเชื่อของบุคคล เช่น ทำดีได้ดีทำชั่วได้ชั่ว

3.3.5.2 ความรู้สึกต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ (Sense of transcendence) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความหวัง หมดหวังและความเชื่อมั่นบางอย่างในชีวิตที่ไม่สามารถอธิบายได้

3.3.5.3 แนวคิดเกี่ยวกับพระเจ้า พระพุทธเจ้า (Concept of deity) เป็นความเชื่อในแนวคิดของบุคคลที่มีต่อศาสนา ลัทธิของตนเอง

3.3.5.4 ความเชื่อมั่นทางจิตวิญญาณ (Spiritual fulfillment) เป็นความศรัทธา เชื่อมั่นในสิ่งดีงาม จะทำให้บุคคลกล้าหาญ มีกำลังใจในการต่อสู้กับสิ่งต่างๆ แม้แต่ความตาย

3.4. การประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

แนวทางในการสืบค้นปัญหาทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ประเมินได้จากสิ่งต่อไปนี้ คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว การตัดสินใจแก้ปัญหของผู้ป่วยและญาติ ศาสนา ความเชื่อ ตลอดจนวัฒนธรรมและประเพณีเดิมของผู้ป่วย รวมถึงความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์แห่งตน (ยูพิน เพียร์มรณ, 2553)

3.5. ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรง ประกอบกับวิธีการรักษาที่ซับซ้อนและเจ็บปวด จะส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวอย่างร้ายแรง และผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตเวชหลายๆ อย่าง ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

3.5.1 ผลต่อจิตใจเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวหลายอย่างตามมา เช่น กลัวว่าจะรักษาไม่หาย กลัวความเจ็บปวด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล เครียดและนอนไม่หลับ ต่อจากนั้นผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาหลายๆ อย่าง เช่น ปฏิเสธไม่รับรู้ความจริง กังวล โกรธ รู้สึกผิด และมีอารมณ์เศร้า ต่อมาจึงมีการปรับตัวเพื่อรับสถานการณ์ที่ร้ายแรง ซึ่งผู้ที่ปรับตัวได้ดี จะมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้าย ปฏิบัติอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำของแพทย์ รวมทั้งปรับวิถีการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีและเหมาะสม เช่น รับประทานอาหารที่ถูกต้อง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมองอนาคตอย่างมีความหวัง

3.5.2 วิธีการรักษาโรคและผลต่อจิตใจ

วิธีการรักษาโรคชนิดต่างๆ ในผู้ป่วยมะเร็ง จะมีผลต่อจิตใจผู้ป่วยดังต่อไปนี้

การผ่าตัด การทำ Mastectomy (การเลาะเต้านม) พบว่าผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ จะมีปัญหาด้านจิตใจต่อไปนี้ตามมา

- ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและต้องให้การรักษาด้วยยารักษาอาการซึมเศร้า
- ร้อยละ 35 มีปัญหาทางเพศ โดยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความบกพร่อง และวิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปรับตัวได้ดีภายในระยะเวลาหนึ่ง

ส่วนการรักษาด้วยรังสีรักษา อาการที่พบได้บ่อยภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาวิธีนี้คือ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียอย่างมากและอาจมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น วุ่นวายหรือแยกตัว

3.5.3 ผลของโรคซึ่งลุกลาม

ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะที่โรคกำลังลุกลามจะเกิดอาการทางจิตเวชหลายอย่าง ดังนี้ มีอาการซึมเศร้ามากร่วมกับความเจ็บปวดและอาการอ่อนเพลีย มีความวิตกกังวลและกลัว เช่น กลัวความเจ็บปวดและกลัวตาย มีอาการแพ้ และอาการสมองเสื่อม เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายไปสู่สมองร่วมกับมีความผิดปกติของเมตาบอลิซึม เช่น มีระดับแคลเซียมในเลือดสูง

3.5.4 ผลจากโรคต่อครอบครัวผู้ป่วย

เมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็ง ครอบครัวของผู้ป่วยจะมีปัญหาทางจิตใจหลายๆ อย่างตามมา ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เพราะหากญาติของผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละระยะอาจทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เช่น ความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ หรืออาจทอดทิ้งผู้ป่วยได้ ซึ่งปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยในภาวะใกล้ตายจะมีการตอบสนองทางจิต ดังที่ Elizabeth Kubler Ross (1969 อ้างถึงใน นภาวรณ พลพินิจ, 2547) ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 20 ราย เพื่อนำเสนอแนวคิดปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตของบุคคลที่มีต่อภาวะใกล้ตาย พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดปฏิกิริยาต่างๆ ที่คล้ายคลึงกันเรียกว่า ปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตต่อภาวะใกล้ตายและความตาย (The process of psychological response to dying) จำแนกเป็น 5 ระยะ คือ ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Denial and Isolation) ระยะของความโกรธ (Anger) ระยะของการต่อรอง (Bargaining) ระยะของความซึมเศร้า (Depression) และระยะของการยอมรับ (Acceptance) ส่วน Murray (1975 อ้างถึงใน นภาวรณ พลพินิจ, 2547) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาโต้ตอบของบุคคลที่มีต่อความสูญเสียนั้นไว้ด้วยกัน 4 ระยะ คือ ช็อก (Shock), ปฏิเสธ (Denial), เริ่มยอมรับความจริง (Acknowledge), และการปรับตัว (Adaptation) จากการทบทวนจึงพอสรุปปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ดังนี้ คือ

1. ภาวะช็อก (Shock) โดยผู้ป่วยจะตกใจ มึนงงและสิ้นหวัง ในทันทีที่ทราบ
2. ภาวะปฏิเสธและแยกตัว (Denial and Isolation)

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อการรับรู้หรือทราบว่าเป็นตัวเองต้องตาย จะเริ่มเรียนรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ได้ จึงมักนำกลไกการป้องกันตนเองมาใช้ มักมีการแสดงออกทางคำพูด เช่น “ไม่ใช่ฉัน” “ไม่เป็นความจริง” ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นกลไกการป้องกันตัว หรือเป็นการแก้ตัวต่อตนเอง กลไกนี้เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อให้บุคคลสามารถซึมซับความจริงว่าตนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อให้ความกลัวตายของตนเองลดลง

บุคคลจะปฏิเสธความจริงว่าตนกำลังจะตายไปได้พักหนึ่ง ความไม่เชื่อหรือการปฏิเสธต่อความตายนี้ ทำให้บุคคลเมื่อทราบข่าวช็อกกลับบ้านทันที และพยายามไปพบแพทย์หลายๆ คนเพื่อพิสูจน์ว่าตนเองกำลังป่วยด้วยโรคที่สามารถรักษาหายได้ กลไกในการปรับตัวนี้เป็นพฤติกรรมปกติ แต่หากการปฏิเสธความตายไม่ได้ผล บุคคลจะพยายามจัดการกับความตายโดยแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น ชัดขึ้น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

เมื่อบุคคลทราบว่าตนเองต้องตายแน่ มักมีพฤติกรรมเสียบขีมิแยกตัวจากสิ่งแวดล้อม ไม่อยากเผชิญกับบุคคลที่รู้สภาพของตน ซึ่งเป็นการปฏิเสธเพื่อป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ได้ยิน หรือได้รับการยืนยันว่าตนเองต้องตายแน่ ที่สุดบุคคลจะเลิกปฏิเสธหากรู้ว่าบุคคลที่อยู่ด้วยจะช่วยเหลือและเริ่มบอกกล่าวความรู้สึก

3. ภาวะของความโกรธ (Anger)

ช็อก ปฏิเสธ และไม่เชื่อ เป็นปฏิกิริยาต่อสู้กับความเป็นจริงของโรคที่เป็นอยู่ เป็นธรรมชาติที่เมื่อปฏิเสธไม่ได้แล้วว่าตนเองต้องเป็นเช่นนั้น จะเกิดความรู้สึกติดตามระยะปฏิเสธมา โดยมักเป็นความรู้สึกของความโกรธ บันดาลโทสะ ฉุนเฉียว ก้าวร้าว อาฆาต บุคคลจะแสดงอาการโกรธและไม่พอใจต่อทุกคน ต่อสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับตนเอง ความโกรธที่เกิดขึ้นไม่ใช่โกรธต่อสิ่งเหล่านี้ แต่โกรธต่อความเจ็บป่วยของตนเองที่กำลังทำให้ตนเองสูญเสีย ทุกอย่างในชีวิต พึงระลึกไว้ว่าความโกรธถูกต้องแสดงออกและอยู่ในรูปที่ถูกต้องเหมาะสมเสมอ

4. ภาวะของการต่อรอง (Bargaining)

ภาวะของความโกรธจะคงอยู่ได้ไม่นานจะเริ่มกลายเป็นภาวะของการต่อรอง เพื่อช่วยเอาชนะสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งที่เกิดขึ้นได้ คือ ความตาย การต่อรองเป็นธรรมชาติของมนุษย์เกิดขึ้นเมื่อตัวเองไม่สามารถจะเผชิญกับความจริงของตนเองได้ เป็นการต่อรองด้วยความหวัง ภาวะนี้บุคคลมักรู้สึกผิดหรือเสียใจต่อพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนที่ทำให้ไม่สามารถ มีชีวิตอยู่ได้ มักเริ่มต้นด้วยคำพูดที่ว่า “ถ้าคุณทำให้นฉันรอดฉันก็จะ....” อาจต่อรองกับแพทย์ ครอบครัว หรือพระเจ้า บุคคลเหล่านี้กระทำราวกับว่าพฤติกรรมที่ดีงามจะสามารถซื้อเวลาให้มีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้น บุคคลในภาวะใกล้ตายมักต้องการใครสักคนเพื่อรับฟังการแสดงออกซึ่งความเสียใจเหล่านั้น

5. ภาวะของความซึมเศร้า (Depression)

เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้อีกต่อไป บุคคลจะรู้สึกเหมือนชีวิตของตนได้สูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างไปพร้อมกับความเจ็บปวดและการบำบัดรักษา เช่น ร่างกาย รูปลักษณ์ภายนอก เวลาเงินทอง สถานะทางสังคมและอื่นๆ เป็นต้น ความซึมเศร้าเป็นการตอบสนองทางธรรมชาติที่มีต่อการสูญเสีย บุคคลจะเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยว ซึมเศร้า เบื่อหน่าย และเสียใจอย่างรุนแรง เจ็บขม ในขณะนี้บุคคลขอเพียงได้สัมผัสมือที่สื่อสารความเข้าใจและความเห็นใจย่อมมีความหมายมากกว่าคำพูด

หากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้แสดงออกถึงความโศกเศร้าของเขา และมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น บุคคลจะสามารถยอมรับความตายที่ใกล้เข้ามา และมีพัฒนาการด้านความรู้สึกสงบและมีความสุขเกี่ยวกับความตายของตนเอง

6. ระยะของการยอมรับ (Acceptance)

เมื่อบุคคลมีเวลาเพียงพอและได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม บุคคลจะสามารถผ่านขั้นตอนต่างๆ เรื่อยมาจนถึงระยะนี้ ซึ่ง Kubler Ross (1969 อ้างถึงใน นภาพรรณ พลพินิจ, 2547) เชื่อว่าเมื่อถึงระยะนี้บุคคลจะไม่เกิดความรู้สึกซึมเศร้าหรือโกรธ หรือพยายามต่อรองเพื่อยืดเวลาต่อไปแต่กลับยอมรับในโชคชะตาของตนเอง เป็นช่วงเวลาที่สะท้อนความรู้สึกทั้งปวงราวกับว่าความเจ็บปวดต่อการสูญเสียต่างๆ ได้สิ้นสุดลง ถึงเวลาแห่งการพักผ่อนครั้งสุดท้ายก่อนที่จะเดินทางไปเป็นระยะเวลาอันยาวนานอย่างไม่มีการกลับ คล้ายกับการเริ่มต้นใหม่ของชีวิต ซึ่งต้องการเพียงคนเดียวที่จะให้การดูแลด้วยความรัก ความอ่อนโยน ความเป็นเพื่อน สามารถอยู่ด้วยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องมีคำพูดใดๆ บุคคลต้องการความมั่นใจว่าจะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว เมื่อบุคคลที่อยู่ในวาระใกล้ตายได้พบกับความสุขและการยอมรับแล้ว ความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่างๆ ก็จะมีน้อยลงไป

7. ระยะการปรับตัว (Adaptation) เมื่อผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยพยายามใช้กลไกการเผชิญความเครียดได้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะลดความรุนแรงลง การปรับตัวนั้นจะพบได้ในระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูแล้ว เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง การปรับตัวจะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและปัจจัยสนับสนุนต่างๆ อีกหลายประการ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ

การเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม และก่อให้เกิดปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโดยตรงและในเรื่องอื่นๆ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์, 2550) ได้แก่

1. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโดยตรง

1.1 ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ความพิการ การสูญเสียอวัยวะ เสียโฉม ตลอดจนการช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย และการขับถ่ายไม่ได้ โดยที่ความเจ็บป่วยยิ่งร้ายแรงมาก ปัญหาที่ยังรุนแรงตามมาด้วย

1.2 ต้องเผชิญกับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งอาจเป็นเรื่องซับซ้อนเข้าใจยาก ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ หรืออาจจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดและภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้

1.3 ต้องปรับตัวกับสภาวะแวดล้อมในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสภาวะแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และอาจดูน่ากลัว น่าอึดอัด น่าเบื่อ หรือสับสนวุ่นวาย ไม่มีความเป็นส่วนตัว มีผู้ป่วยคนอื่นๆ และคนแปลกหน้าเต็มไปหมด การใช้ชีวิตประจำวันต่างๆ เช่น การกิน การนอน ก็ต้องเปลี่ยนแปลงไปตามกฎเกณฑ์ต่างๆ ของโรงพยาบาล

1.4 ต้องสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่อาจไม่รู้จักรักคุ้นเคยกันมาก่อน ซึ่งอาจเป็นเรื่องลำบากสำหรับผู้ป่วยบางคน ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกอึดอัด ไม่รู้จะวางตัวอย่างไรให้เหมาะสม ไม่แน่ใจว่าควรจะซักถามหรือขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลได้มากน้อยแค่ไหน โดยเฉพาะถ้าอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ก็อาจจะยิ่งเกรงใจที่ต้องรบกวนคนอื่นอยู่บ่อยๆ

2. ปัญหาอื่นที่เป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วย

2.1 ผู้ป่วยจะต้องพยายามรักษาอารมณ์ความรู้สึกของตนให้เป็นปกติ คือพยายามทำให้จิตใจเข้มแข็ง มีความหวัง ไม่ท้อถอย อดทนกับความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานต่างๆ จากโรคที่เป็น และยังคงต่อสู้กับความรู้สึกท้อแท้ กังวล ไม่แน่ใจ หวาดกลัว และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่คนอื่น ๆ หรือการโทษตัวเองว่าเป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วย เพื่อรักษาความรู้สึกที่ดีของตนเองไว้ให้ได้

2.2 ต้องปรับใจกับสภาพร่างกายของตนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น การสูญเสียอวัยวะ เสื่อม ความรู้สึกไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ซึ่งอาจจะทำให้รู้สึกว่าตนเองผิดปกติ น่าเกลียด ไร้สมรรถภาพ

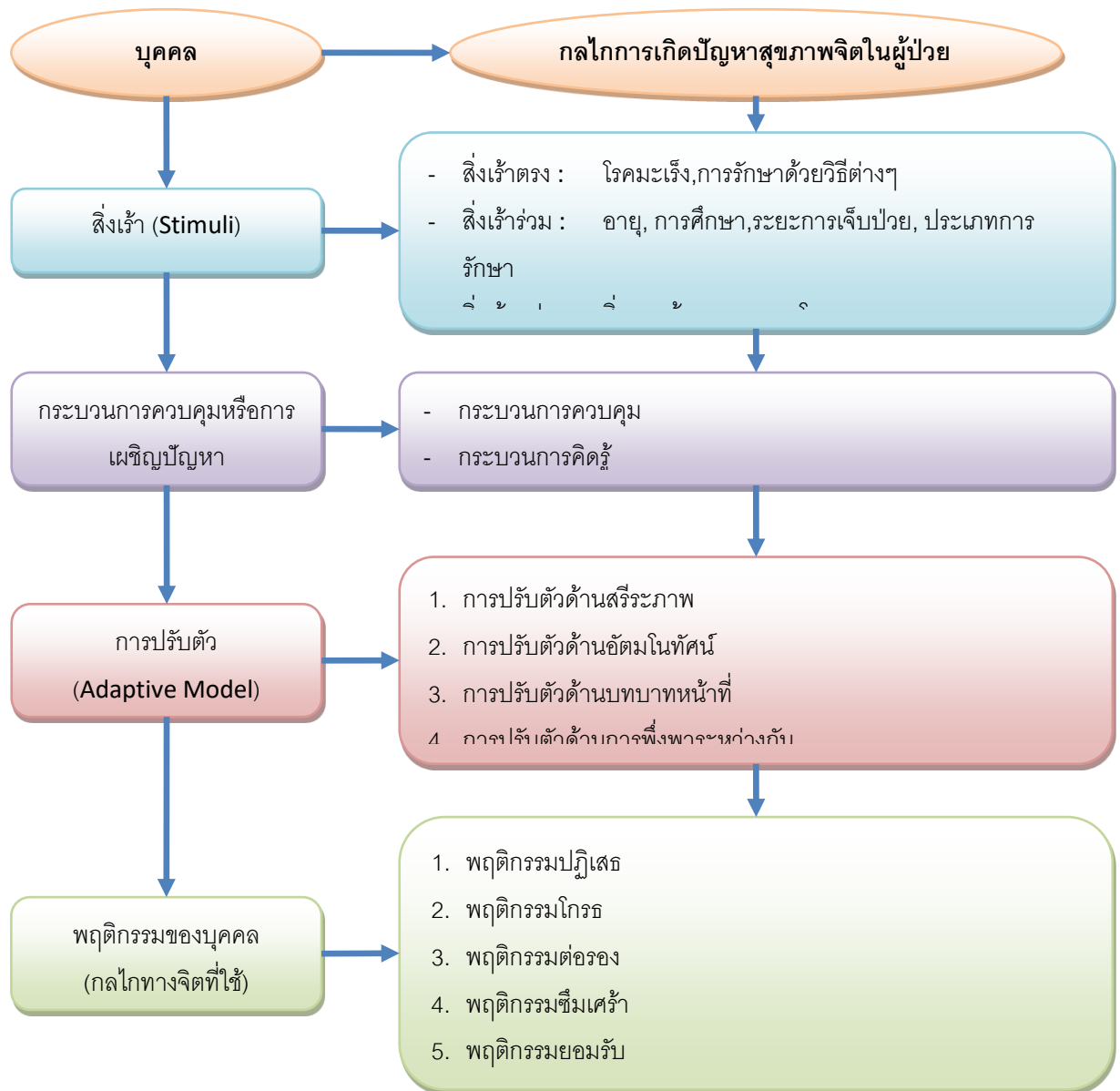
2.3 ต้องเตรียมใจสำหรับอนาคตที่ไม่แน่นอน โรคหลายๆ ชนิดจะมีการพยากรณ์โรคไม่แน่นอน ผู้ป่วยจึงต้องเตรียมตัวรับการสูญเสียหรือปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ในขณะที่เดียวกันกับที่ต้องรักษาความหวังว่าอาการจะดีขึ้น หรือสามารถหายเป็นปกติได้

2.4 ต้องรักษาความสัมพันธ์กับครอบครัว และเพื่อนฝูงไว้ การเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล ทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างเปลี่ยนแปลงไป เช่น เห็นห่างกันมากขึ้น อยู่ในสถานะที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งคนอื่น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสก็อาจเปลี่ยนไป โดยเฉพาะเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตนเองกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและพยายามรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวไว้

2.5 ต้องจัดการกับปัญหาอื่นในชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วย เช่น การลาพักงาน หรือการเรียน ปัญหาค่าใช้จ่าย ทั้งในชีวิตประจำวันและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจเป็นปัญหามากสำหรับผู้ป่วยบางคน

2.6 ต้องปรับตัวกับบทบาทในชีวิตที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วย เช่น จากผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้ได้รับการดูแล จากคนที่เคยทำงานมีความรับผิดชอบสูง มาเป็นคนป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ หรือต้องออกจากงาน

นอกจากนี้ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ ดาวชมพู พัฒนประภาพันธ์ (2550) ยังกล่าวอีกว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญดังกล่าวข้างต้นนี้ จะมีมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ ด้านคือ ปัจจัยด้านภูมิหลังและลักษณะส่วนตัวของผู้ป่วยเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และการประเมินความหมายของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง ถ้ามีปัญหามากผู้ป่วยก็มีภาระที่จะต้องปรับตัวมาก ซึ่งผลขั้นสุดท้ายในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะออกมาดีหรือไม่ดีอย่างไร จะขึ้นกับว่าปัญหารุนแรงแค่ไหน และผู้ป่วยมีความสามารถหรือทักษะในการปรับตัวกับปัญหานั้นได้มากน้อยเพียงใด



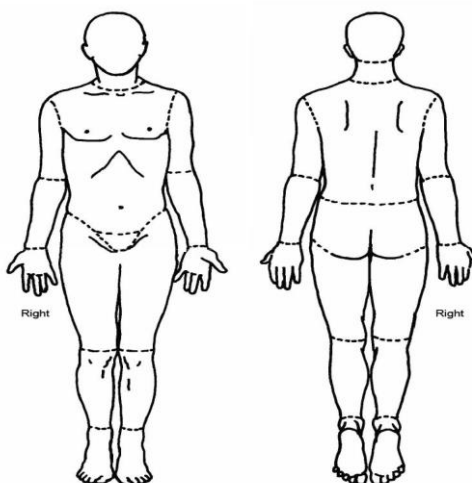
ภาพที่ 1 จิตพลวัตรในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วย

เนื้อหา	แนวคำถาม	ก่อนการรักษา			ระหว่างการรักษา			เมื่อสิ้นสุดการรักษา		
		ไม่พบ ปัญหา	พบ ปัญหา	ระบุ ปัญหา	ไม่พบ ปัญหา	พบ ปัญหา	ระบุ ปัญหา	ไม่พบ ปัญหา	พบ ปัญหา	ระบุ ปัญหา
	- ญาติท่านรู้สึกอย่างไรกับการ เจ็บป่วยครั้งนี้									
Spiritual assessments	<ul style="list-style-type: none"> - อะไรคือแหล่งของความหวัง / กำลังใจของท่าน - ท่านคาดหวังอะไร / อยากจะทำ อะไรให้สำเร็จ - อะไรที่มีความหมาย / มีคุณค่ามาก ที่สุดสำหรับท่านในขณะนี้ - เมื่อท่านรู้สึกกลัวหรือต้องการ กำลังใจ อะไร / วิธีการใดที่จะช่วย ท่านได้มากที่สุด - อะไรบ้างที่ช่วยให้ท่านรู้สึกมี ความสุขและสบายใจ - มีอะไรค้างคาในใจ ที่ท่านต้องการ ขอภัยหรือให้อภัยใครหรือไม่ - ท่านต้องการพูดคุยกับใครเป็นกรณี พิเศษหรือไม่ - ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิด จากอะไร - การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลทำให้ความ เชื่อและศรัทธาท่านเปลี่ยนแปลง หรือไม่ - ท่านต้องการปฏิบัติวิธีทางศาสนา หรือต้องการเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือไม่ ขณะนี้ - อยู่โรงพยาบาล (บุคคล / สิ่งของ / สัญลักษณ์ศาสนา) 									

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลุ่มอาการ (Symptoms assessments (MSAS: Memorial Assessment Scale ของ Portenoy และคณะ 1994 แปลไทยโดย นางลักขณ์ สุวิสิษฐ์, 2008)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังข้างล่างนี้หรือไม่	ไม่มีอาการ (-)	ถ้ามี				ถ้ามี				ถ้ามี				
		ท่านเกิดอาการบ่อยเพียงใด				อาการมีรุนแรงมากเพียงใด				อาการดังกล่าวทำให้ท่านรู้สึกทุกข์ทรมาน/ทุกข์ใจ หรือรบกวนท่านมากเพียงใด				
		น้อยมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกิดตลอด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้างมาก	มาก
30. บวมบริเวณแขนขา														
31. มองดูตนเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป														
32. ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง (อาจเป็นบางที่หรือทั่วร่างกาย)														
33. อื่นๆ ระบุ.....														

โปรดทำเครื่องหมายบริเวณตำแหน่งที่ตรงกับอาการเจ็บปวดของท่าน



ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (บูรณาการระหว่าง EORTC QLQ -C30 Version 3 และ FACIT-Sp-12 (version 4) เพื่อให้ครอบคลุมทั้ง Physical; Psychological; Social และ Spiritual

- European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) ฉบับภาษาไทย มี 30 ข้อ (แปลโดย ชลธิรา เจริญเวช, ศิริอร สิ้นธุ และ เอมพร รตินธร, 2560 แปลจาก EORTC-QLQ C-30 ของ Aarson,N.,1993)
- The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp Version4) มี 12 ข้อ (Jason M. Bredle and et al, 2011 ,มีค่า Reliability = 0.81-0.88)

กรุณาตอบคำถามทุกข้อด้วยตัวคุณเอง โดยทำวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับตัวคุณมากที่สุด (ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา)

ข้อที่	ประเด็นคำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
PF1	คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่นการหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนักๆ หรือไม่?	1	2	3	4
PF2	คุณมีความยากลำบากในการเดินไกลๆ หรือไม่?				
PF3	คุณมีความยากลำบากในการเดินระยะใกล้ๆ นอกบ้านหรือไม่?				

ข้อที่	ประเด็นคำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
PF4	คุณจำเป็นต้องอยู่แต่คนเดียวหรือเก้าอี้ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่ ?				
PF5	คุณมีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่อง การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำหรือไม่ ?				
RF6	คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจกรรมประจำวันหรือไม่?				
RF7	คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่างอื่นๆหรือไม่?				
DY8	คุณมีอาการหายใจไม่เต็มอิมหรือไม่?				
PA9	คุณมีอาการปวดหรือไม่?				
FA10	คุณจำเป็นต้องพักผ่อนหรือไม่?				
SL11	คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่?				
FA12	คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่?				
AP13	คุณรู้สึกเบื่ออาหารบ้างหรือไม่?				
NV14	คุณมีอาการคลื่นไส้หรือไม่?				
NV15	คุณอาเจียนหรือไม่?				
CO16	คุณมีอาการท้องผูกหรือไม่?				
DI17	คุณมีอาการท้องเสียหรือไม่?				
FA18	คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่?				
PA19	อาการปวดรบกวนการทำกิจกรรมประจำวันของคุณหรือไม่?				
CF20	คุณมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่างๆที่ต้องใช้สมาธิ เช่นการอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์หรือไม่ ?				
EF21	คุณรู้สึกตึงเครียดหรือไม่?				
EF22	คุณรู้สึกกังวลหรือไม่?				
EF23	คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่?				
EF24	คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่?				
CF25	คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่างๆหรือไม่?				
SF26	สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณหรือไม่?				
SF27	สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณหรือไม่?				
FI28	สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่?				
SP29	สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวของคุณหรือไม่?				
SP 30	สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของคุณหรือไม่?				
SP 31	สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่?				
SP 32	คุณรู้สึกสงบสุขหรือไม่?				
SP 33	คุณดำเนินชีวิตด้วยความมีสติและคิดอย่างมีเหตุผล				
SP 34	ชีวิตของคุณมีประโยชน์และมีความเจริญรุ่งเรือง				
SP 35	คุณมีความรู้สึกยุ่งยากหรือคับข้องใจ				
SP 36	คุณรู้สึกถึงความปรารถนาในชีวิตของคุณ				
SP 37	คุณเข้าใจตัวเองอย่างลึกซึ้ง ยอมรับและมีความสุขสบายใจ				
SP 38	คุณรู้สึกสุขสงบภายในจิตใจตัวเอง				

ข้อที่	ประเด็นคำถาม							ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
SP 39	ชีวิตของคุณไม่มีความหมายและไม่มีเป้าหมายใดๆ										
SP 40	คุณรู้สึกสุขสบายในความศรัทธา และความยึดมั่นในศาสนาของคุณ										
QL	คุณประเมินภาวะสุขภาพ โดยรวมของคุณในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร										
	1	2	3	4	5	6	7				
	แย่มาก						ดีเยี่ยม				
QL	คุณประเมินคุณภาพชีวิตของคุณโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร										
	1	2	3	4	5	6	7				
	แย่มาก						ดีเยี่ยม				

หมายเหตุ :

PF =	Physical Function	ด้านร่างกาย	DY=	Dyspsnea	อาการเหนื่อย
RF =	Role Functioning	ด้านบทบาทหน้าที่	SL=	Insomnia	อาการนอนไม่หลับ
EF=	Emotional Functioning	ด้านอารมณ์	AP=	Appetite loss	อาการเบื่ออาหาร
CF=	Cognitive Functioning	ด้านความคิด	CO=	Constipation	อาการท้องผูก
SF=	Social Functioning	การทำหน้าที่ด้านสังคม	DI=	Diarrhea	อาการถ่ายเหลว
FA=	Fatigue	อาการอ่อนล้า	FI=	Financial difficulties	อาการที่มีผลต่อสถานะทางการเงิน
NV=	Nausea and Vomiting	อาการคลื่นไส้/อาเจียน	QL=	Global health status/ QOL	คุณภาพชีวิตโดยรวม
PA=	Pain	อาการปวด	Sp=	Spiritual	ด้านจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 6 แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับ ภาษาไทย (Thai HADS)

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก [✓] ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด และกรณาคำตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกดีถึงเครียด

- [3] เป็นส่วนใหญ่ [2] บ่อยครั้ง
[1] เป็นบางครั้ง [0] ไม่เป็นเลย

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดี เกิดขึ้น

- [3] มีและค่อนข้างรุนแรงด้วย
[2] มีแต่ไม่มากนัก
[1] มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ
[0] ไม่มีเลย

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

- [3] เป็นส่วนใหญ่ [2] บ่อยมาก
[1] เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย [0] ไม่เป็นเลย

7. ฉันสามารถทำตามสบาย

- [0] เหมือนเดิม [1] ได้โดยทั่วไป
[2] ไม่บ่อยนัก [3] ไม่มีเลย

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจจนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

- [0] ไม่เป็นเลย
[1] เป็นบางครั้ง
[2] ค่อนข้างบ่อย
[3] บ่อยมาก

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

- [3] เป็นมากที่สุด
[2] ค่อนข้างมาก
[1] ไม่มากนัก
[0] ไม่เป็นเลย

13. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจขึ้นมากะทันหัน

- [3] บ่อยมาก [2] ค่อนข้างบ่อย
[1] ไม่บ่อยนัก [0] ไม่มีเลย

คะแนนรวมข้อนี้ = คะแนน

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้

- [0] เหมือนเดิม [1] ไม่มากเท่าแต่ก่อน
[2] มีเพียงเล็กน้อย [3] เกือบไม่มีเลย

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆ ได้

- [0] เหมือนเดิม
[1] ไม่มากนัก
[2] มีน้อย
[3] ไม่ได้เลย

6. ฉันรู้สึกแง่มีเสียบิกบาน

- [3] ไม่มีเลย [2] ไม่บ่อยนัก
[1] เป็นบางครั้ง [0] เป็นส่วนใหญ่

8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไรเรื่องซ้ำลงกว่าเดิม

- [3] เกือบตลอดเวลา [2] บ่อยครั้ง
[1] เป็นบางครั้ง [0] ไม่เป็นเลย

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง

- [3] ใช่
[2] ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร
[1] ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน
[0] ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม

12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

- [0] มากเท่าที่เคยเป็น
[1] ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
[2] น้อยกว่าที่เคยเป็น
[3] เกือบจะไม่มีเลย

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

- [0] เป็นส่วนใหญ่ [1] เป็นบางครั้ง
[2] ไม่บ่อยนัก [3] น้อยมาก

คะแนนรวมข้อนี้ = คะแนน

ชื่อ-สกุล	อายุ	ปี	เลขที่ภายนอก	เลขที่ภายใน
การวินิจฉัยโรค	หอผู้ป่วย		แพทย์	

การคิดคะแนน

อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7,9,11, 13) รวมกัน 0

อาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน

วินิจฉัยเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับคะแนน	การวินิจฉัย	วิตกกังวล	ซึมเศร้า
0 – 7 คะแนน	เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช		
8–10 คะแนน	เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ ผิดปกติชัดเจน		
11–21 คะแนน	เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช		

กิจกรรมการพยาบาล	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	หมายเหตุ
1.ประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ - ด้านร่างกาย เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร เรื่องเกี่ยวกับเพศ - ด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด ประเมินระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียด ความคิด และความรู้สึกทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น วิธีการแก้ปัญหา - ด้านสังคมและพฤติกรรม โดยการประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่และบทบาท การแสดงออกทางพฤติกรรม	
2. ค้นหาสาเหตุของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า			
3. การพยาบาลตามปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้น			
4. แนะนำผู้ป่วยเพื่อการผ่อนคลายความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ได้แก่ - การสร้างเสียงหัวเราะให้กับตนเอง - การระบายอารมณ์ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การพูดคุย ร้องไห้ หรือการเขียนความรู้สึกลงในสมุดบันทึก - การพูดคุยกับคนที่ไว้ใจ - การมองโลกในแง่ดี - การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ 30 นาที	
5.ประเมินผลหลังการพยาบาล			

ผู้ประเมิน

.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : แบบประเมินนี้ได้รับการอนุญาตจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนา นิลชัยโกวิทย์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2555

ส่วนที่ 7 แบบสรุปปัญหาและความต้องการการดูแล (Summary /Problem list)

No	Problem list of Holistic care	Outcome (ผลลัพธ์ที่ต้องการ)	Active วันที่พบ	Resolved วันที่สิ้นสุดปัญหา
	Physical care			
	Psychological care			
	Social care			
	Spiritual/ Cultural care			

ส่วนที่ 8 แบบรายงานความก้าวหน้าการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

ว.ด.ป.	ปัญหา	การจัดการ	ผลการดูแล	Plan	sign

ส่วนที่ 9 แผนการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งล่วงหน้า (Advance Care Plan)

ชื่อ-สกุล เลขที่ HN วัน/เดือน/ปี / /

GOLD STANDARD OF PALLIATIVE CARE (7C)

การสื่อสาร Communication	การประสานความร่วมมือ Co-ordination	การรักษาและบริหารยา ตามอาการ Control of Symptoms	การดูแลต่อเนื่อง Continuous care	ค้นหาความเชื่อและวัฒนธรรมการ อยู่ร่วมกัน Continued Learning	การประคับประคองผู้ดูแล Care Support	การดูแลระยะท้าย Care in the dying phase
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มีการสื่อสารโดยใช้ทักษะ Counseling <input type="checkbox"/> Family Meeting ให้ผู้ป่วยและญาติรู้และเข้าใจ/ยอมรับในกฎธรรมชาติของชีวิต และร่วมตัดสินใจในการดูแลระยะท้ายของชีวิต <input type="checkbox"/> ร่วมวางแผนกับครอบครัวในเรื่องความถี่ในการเยี่ยมผู้ป่วยและจัดให้มีผู้ดูแลสลับเปลี่ยนตลอดเวลา ในช่วงระยะท้ายของชีวิต <input type="checkbox"/> การให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ (การดำเนินโรคแผนการรักษา ข้อเท็จจริงต่างๆ) <input type="checkbox"/> ส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจในศักดิ์ศรีของตนเอง <input type="checkbox"/> LIVING WILL 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ประสานเชื่อมโยงครอบครัว ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ตามความต้องการของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ส่งเสริม/สนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้ญาติ ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด <input type="checkbox"/> ประสานด้านกายอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> อำนวยความสะดวกในการประกอบพิธีทางศาสนา หรือตามความเชื่อ <input type="checkbox"/> ประสานงานเครือข่ายเชื่อมต่อการดูแลจากบ้านสู่รพ. <input type="checkbox"/> นัดทีมสหวิชาชีพ (functional care team) เข้าร่วมเยี่ยมผู้ป่วยในระยะท้ายที่บ้าน เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมฯ ควรเยี่ยมพร้อมกันอย่างน้อย 1 ครั้ง 	<p>อาการไม่สุขสบาย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อาการปวด <input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร <input type="checkbox"/> ผอมแห้ง <input type="checkbox"/> ปากแห้ง ตาแห้ง <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หรือหุดหุดใจ <input type="checkbox"/> อ่อนเพลียและเหนื่อยล้า <input type="checkbox"/> ซึมเศร้า สับสน เพื่อ กระสับกระส่าย <input type="checkbox"/> ปัสสาวะผิดปกติ <input type="checkbox"/> ถ่ายเหลว หรือท้องผูก <input type="checkbox"/> ปัญหาของผิวหนัง เช่น เป็นแผล ผื่นคัน <p>มีการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> การจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวด ความร้อนหรือความเย็น การทำสมาธิบำบัด <p>การควบคุมอาการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สร้าง CG/Caregiver CG เพื่อดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับทีมพยาบาล <input type="checkbox"/> ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในและนอกเวลาราชการอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ประเมินสัญญาณชีพ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ประเมิน Activity Daily Living (ADL) <input type="checkbox"/> ประเมินติดตามอาการด้วย Pain scale, PPSV2, ESAS <input type="checkbox"/> Pain and Symptom Control เช่น การบริหารยาโดยแพทย์/เภสัชกร การรักษาโดยใช้แพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็มเพื่อลด pain <input type="checkbox"/> เป็ด ไอ กาส ให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธาและความรู้สึกต่อบุคคลที่รัก <input type="checkbox"/> ค้นหาความปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการ <input type="checkbox"/> มีการบันทึกผลการปฏิบัติงานและรายงานอาการผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style) แบบแผนความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและบุคคลในบ้าน แล้วนำมาจัดกิจกรรมทางการพยาบาลให้สอดคล้องกัน และแตกต่างกันในแต่ละบุคคล <input type="checkbox"/> พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย <ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาล:การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ 2. CG/Caregiver CG: การใช้แบบประเมิน Thai ADL 2Q 8Q การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอน <input type="checkbox"/> จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น การฝึกทักษะ SKT <input type="checkbox"/> สร้างทีมจิตอาสาด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น Caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวถึงการเปลี่ยนแปลงและอาการต่างๆ ที่พบในช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต <input type="checkbox"/> แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแล มีการพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกซึ่งกันและกัน <input type="checkbox"/> เตรียมความพร้อมญาติและผู้ดูแลโดยส่งเสริมให้ผ่านหลักสูตร Caregiver skill เพื่อฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมถึง การใช้แบบประเมิน PPS <input type="checkbox"/> การเสริมพลัง (Empowerment) ญาติ/ผู้ดูแล โดยชื่นชมและให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย <input type="checkbox"/> Psychological Support โดยใช้แบบประเมิน ThaiHAD 14 ข้อ /2Q <input type="checkbox"/> การสร้างบุคคลทดแทน เช่น CG หรือจิตอาสาสลับเปลี่ยนผู้ดูแลเพื่อลดความเครียด 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> การนำทางจิตวิญญาณ (Spiritual guidance)ระยะก่อนการสูญเสีย <input type="checkbox"/> ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> Counseling ผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับความตายที่จะมาถึง <input type="checkbox"/> ส่งเสริมให้คิดเชิงบวกตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น การฟัง หรืออ่านหนังสือธรรมะ <input type="checkbox"/> ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การจัดงานวันเกิด, Family Meeting, การทำสมาธิ บำบัด SKT <input type="checkbox"/> จัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกสบาย สงบ ร่มเย็น ใกล้ชิดสิ่งที่รักหรือที่ชอบ (Dying Room) เช่น การจัดแต่งบ้าน/คนใกล้ชิด <input type="checkbox"/> เมื่อผู้ดูแลพบปัญหา ส่งต่อพยาบาล <input type="checkbox"/> หยุดการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และยาที่ไม่จำเป็นในช่วงท้ายของชีวิต

GOLD STANDARD OF PALLIATIVE CARE (7C)

การสื่อสาร Communication	การประสานความร่วมมือ Co-ordination	การรักษาและบริหารยา ตามอาการ Control of Symptoms	การดูแลต่อเนื่อง Continuous care	ค้นหาความเชื่อและวัฒนธรรมการ อยู่ร่วมกัน Continued Learning	การประคับประคองผู้ดูแล Care Support	การดูแลระยะท้าย Care in the dying phase
		<input type="checkbox"/> ใช้นวัตกรรมในการดูแล เช่น การดึงรถบริหารกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> การใช้อุปกรณ์เสริม เช่น แผ่นเจลป้องกันแผลกดทับ	เป็นระยะๆ ต่อพยาบาล (Nurse Care Manager) ทำให้ได้ทราบข้อมูลและอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> แนะนำการใช้ Social network / จัดทำคู่มือและสื่ออิเล็กทรอนิกส์	<input type="checkbox"/> การดูแลหลังความตาย (Bereavement care) คือ การดูแลครอบครัว/ญาติ ให้ผ่านภาวะโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> ขอโหสิกรรม <input type="checkbox"/> เน้นความสุขสบายด้านจิตใจ โดยใช้หลักศาสนา Good Death โดย <ol style="list-style-type: none"> 1. การบรรเทาความเจ็บป่วย/ทุกข์ทรมาน โดย บริหารยาแก้ปวด, Music therapy, Art therapy 2. ยอมรับความตายอย่างสงบโดยช่วยให้ผู้ป่วยได้จัดการกับเรื่องที่กำลังคาใจ 3. เลือกสถานที่และตายท่ามกลางญาติ 4. มีการนำทางทางศาสนาตามความเชื่อของผู้ป่วย 5. คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 6. วางแผนให้ข้อมูลญาติในการดูแลหลังความตาย ระยะหลังการสูญเสีย (Bereavement Care) <input type="checkbox"/> การดูแลภาวะโศกเศร้าหลังความตาย

บรรณานุกรม

1. จาริณูญ์ จินดาประเสริฐ. **มะเร็งวิทยาพื้นฐาน (Basic Oncology)**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2562.
2. ชลียา วามะลุน, โสภิต ทับทิมหิน, มัลลิกา พุฒิชชาติ และ พิมวดี ตริโรจน์พร. ผลของการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อความสามารถในการยับยั้งเผชิญวิกฤติในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารพยาบาล 2556; 62 (1 พิเศษ): 10-18.
3. ชลียา วามะลุน, นุสรรา ประเสริฐศรี และ มาลี ไชยเสนา. โปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2559; 19 (2), 60-69.
4. โสภิต ทับทิมหิน, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. ผลการให้การบำบัดแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษา. วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27 (1): 109-123.
5. ยุพิน เพียรมงคล. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง จำกัด; 2553.
6. Aaronson NK., Ahmedzai S., Bergman B. and et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1993;85(5):365-76.
7. Buck CB and Ratner L. Oncologenic virus. In : DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, Editors. **DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: principles & practice of oncology**. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.p 69-82.
8. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, and Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7(2):6-9.
9. Chopra I, Kamal KM. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. Health and Quality of Life Outcomes 2012, 10:14.
10. Degboe A, Knight SL, Halling K, et al. Patients' experience of recurrent/metastatic head and neck squamous cell carcinoma and their perspective on the EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires: a qualitative study. J Patient Rep Outcomes 2018; 2(33): 1-13.
11. Djan R, Penington A. A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2013 ;66(5):647-59.
12. Fitzsimmons D, et al. A systematic review of the use and validation of health-related quality of life instruments in older cancer patients. Eur J Cancer 2009 ;45(1):19-32.
13. Gaston-Johansson F, Lachica EM, Fall-Dickson JM and Kennedy MJ. Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. Oncol Nurs Forum 2004 ;31(6):1161-9.

14. Jemal A, Bray F, et al. Global Cancer Statistics. **CA Cancer J Clin.** 2011; 61(2):69-90. Grassi L et al. Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings. *Front Psychol* 2015; 5, (1485) : 1-6.
15. Hanahan D, Weinberg RN. Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell.*2011;144:646-74.
16. Haber DA , Settleman J. Cancer: Drivers and passengers. **Nature.** 2007; 446 (**7132**):145-6.
17. Hong JS, and Tian J. Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Support Care Cancer* (2014) 22:453–459.
18. Huberty S. and Buckley M. Improving Psychosocial Assessment in a Community-Based Cancer Center. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2014, 18(5):45-48.
19. Jason M. Bredle and et al. Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Religions* 2011; 2: 77-94.
20. Kirkova J, Davis MP, Walsh D, Tiernan E, O'Leary N, LeGrand SB, Lagman RL, and Russell KM. Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol* 2006; 24(9):1459-73.
21. Ljungman M. Physical factors . In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, Editors. **DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: principles & practice of oncology.** 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.p 95-102.
22. Mahendran R., Lim HA., Tan JY., Kua EH., and Griva K. The prevalence and predictors of subsyndromal anxiety and depression in adult Asian cancer patients across the first year of diagnosis. *Asia Pac J Clin Oncol* 2016 ;12(4):476-489.
23. Nicholas, D. R., & Veach, T. A. The psychosocial assessment of the adult cancer patient . *Professional psychology: Research and practice* 2000; 31(2): 206-215.
24. O'Connor R. Tobacco. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, Editors. **DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: principles & practice of oncology.** 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.p 62-8.
25. Ojo B, Genden EM, Teng MS, Milbury K, Misiukiewicz KJ, and Badr H. A systematic review of head and neck cancer quality of life assessment instruments. *Oral Oncol* 2012 ;48(10):923-937.
26. Papavramidou N, Papavramidis T and Demetriou T. Ancient Greek and Greco-Roman Methods in Modern Surgical Treatment of Cancer. *Ann Surg Oncol.*2010;17:665-667.
27. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, and Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med* 2002 ;24(1):49-58.
28. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health.* 2016 ;4(9):e609-16.

29. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The memorial symptom assessment scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 1994;30(9):1326-36.
30. Singer S, Arraras JI, Chie WC, and et al. Performance of the EORTC questionnaire for the assessment of quality of life in head and neck cancer patients EORTC QLQ-H&N35: a methodological review. *Qual Life Res* 2013; 22(8):1927-41.
31. Singer S, Wollbrück D, Wulke C and et al. Validation of the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-H&N35 in patients with laryngeal cancer after surgery. *Head Neck* 2009 ;31(1):64-76.
32. Suwisith, N., Hanucharunkul, S., Dodd, M., Vorapongsathorn, T., Pongthavorakamol, K. and Asavametha, N. Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2008. 12(3): 153-165.
33. Yuspa SH and Shields PG. Chemical factors. In : DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, Editors. **DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: principles & practice of oncology.** 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.p 89-94.

ภาคผนวก
แบบสรุป เครื่องมือประเมินต่างๆ

Cancer Symptom Assessment Instruments: A Systematic Review

Table 5. Symptoms Considered in Multiple-Symptom (five symptoms) Assessment Instruments

Table 5. Symptoms Considered in Multiple-Symptom (> five symptoms) Assessment Instruments

Instrument Symptom	SDS ⁶	RSCL ⁷	ESAS ⁸	MSAS ¹⁰	A Computerized Symptom Assessment Instrument ⁵³	Reduced E-STAS ⁵⁷	MDASI ³	PSAR ⁵⁹	The Symptom Experience Scale ⁶⁰	The Canberra Symptom Score Card ⁹	CAMPAS-R ⁶¹	Symptom Monitor ⁶⁴
Pain	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Other pain or pain descriptors		Low back pain; abdominal aches; sore muscles; burning/sore eyes			Chest, arm and shoulder pain (LU); Br			Three sites of pain; body diagram; pain type		Weak or sore muscles		
Headache		X			X							
Fatigue/tiredness	X	X	ESAS modified ⁶⁹		X		X	X	X		X	X
Weakness			ESAS modified ⁶⁵		X							
Lack of energy		X		X							X	
Anorexia	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X
Weight loss		RSCL-M		X	X							
Weight gain		RSCL-M			X							
Xerostomia/dry mouth		X		X	X (H&N)		X		X			
Sore mouth		X		X	X (H&N)	X			X			
Taste change				X	X							
Nausea	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vomiting		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dyspepsia/indigestion					X							
Dysphagia/difficulty and/or painful swallowing		X		X	X							
Heartburn/acid indigestion		X										
Bloating				X								
Bowel pattern	X											
Constipation		X		X	X	X		X	X	X	X	X
Diarrhea		X		X	X			X	X			X
Dyspnea/difficulty breathing	X	X	X	X	X (LU)	X	X	X	X	X	X	X
Cough	X	RSCL-M		X	X				X	X		X
Hoarseness					X							
Sleep problems (insomnia)	X	X		X	X		X		X	X		X
Drowsiness or sedation			X	X			X	X				
Depression/feeling low		X	X		X	X					X	
Feeling sad				X			X					
Desperate feelings		X										
Anxiety		X	X		X						X	
Worrying/upset	ASDS 1	X		X	X (Br)		X					
Feeling tense		X										
Agitation/restlessness	ASDS 2					X						
Nervousness		X		X								
Feeling irritable		X		X	X							
Psychological distress						X						
Remembering							X			X		
Concentration	ASDS 2	X										
Confusion/hallucinations						X		X				
Problems controlling bowels		RSCL-M										
Problems with urination		RSCL-M		X								
Coordination/dizziness		X		X					X	X		
Numbness/tingling hands or feet		X		X			X					
Appearance/outlook/body image	X			X								
Hair loss		X		X								
Skin changes		RSCL-M		X	X (Br)							
Itching				X	X (Br; H&N)							
Fever/shivering body temperature	ASDS 2	X							X			
Sweats				X	X							
Edema/swelling of arms or legs				X	X (Br)							
Activity/mobility	X (Not in the last version)	X (in a version with QOL assessment)	X		X (H&N; LU)							
Well-being			X									

(continued on following page)

Table 5. Symptoms Considered in Multiple-Symptom (> five symptoms) Assessment Instruments (continued)

Instruments Symptoms	SDS ⁶	RSCL ⁷	ESAS ⁸	MSAS ¹⁰	A Computerized Symptom Assessment Instrument ⁵³	Reduced E-STAS ⁵⁷	MDASI ³	PSAR ⁵⁹	The Symptom Experience Scale ⁶⁰	The Canberra Symptom Score Card ⁹	CAMPAS-R ⁶¹	Symptom Monitor ⁶⁴
Interference with life (general activity, mood, work, relations with other people, walking, enjoyment of life)					X		X					
Sexual problems (interest or activity)		X		X								
Option "other" symptoms			X	X	X			X			X	X
Not enough family support, not given enough information, unable to perform usual activities + other specific issues for breast; H&N, lung cancers; caregiver's anxiety and depression					X	X					X	

NOTE. The symptom assessment instruments were developed for disease-related symptoms. The instruments are listed in chronologic order. If a symptom was added to a modification, the name of the altered instrument is reported. Symptoms may vary in the modified versions.

Abbreviations: SDS, Symptom Distress Scale; Br, breast cancer; RSCL, Rotterdam Symptom Checklist; ESAS, Edmonton Symptom Assessment System; MSAS, Memorial Symptom Assessment Scale; STAS, Support Team Assessment Schedule; MDASI, M.D. Anderson Symptom Inventory; PSAR, Pain and Symptom Assessment Record; CAMPAS-R, Cambridge Palliative Assessment Schedule; H&N, head and neck cancer; LU, lung cancer; ASDS, Adapted Symptom Distress Scale; QOL, quality of life.

Table 6. Symptom Assessment Instruments Compared With Ideal Symptom Instrument

Instrument	Modification*	Flexible†	Comprehensive‡	Scale§	Reliability	Validity¶	Completion Time#	Decision Making**
SDS ^{6,42}	Yes	2	3	5	4	3	5	4
RSCL ⁷	Yes	1	4	5	3	4	4	5
ESAS ^{8,44,45}	Yes	3	3	4	3	4	5	4
MSAS ¹⁰	Yes	2	5	5	4	4	0	5
OTTAT ⁵⁰	Yes	1	5	5	3	3	3	5
A Computerized Symptom Assessment Instrument ⁵³	No	1	4	5	0	4	4	5
Worthing Chemotherapy Questionnaire ⁵⁶	Yes	1	5	4	3	4	0	5
Reduced E-STAS ⁵⁷	No	1	3	4	0	0	5	4
MDASI ³	Yes	4	4	4	4	4	5	5
PSAR ⁵⁹	No	1	3	4	0	1	0	5
The Symptom Experience Scale ⁶⁰	No	1	3	3	0	0	0	3
CSS ⁹	No	1	3	4	0	2	5	4
CAMPAS-R ⁶¹	No	2	3	4	3	4	5	5
The Symptom Monitor ⁶⁴	No	2	3	4	2	1	5	4

NOTE. Selected instruments assessing multiple symptoms (> 5) are included. POMS was excluded because adjectives were used rather than symptoms. The instruments are listed in chronologic order. Instrument attributes are graded as follows: 1, poor; 2, poor to moderate; 3, moderate; 4, moderate to good; 5, good. If reliability/validity results or completion time were not reported, the score is 0.

Abbreviations: SDS, Symptom Distress Scale; RSCL, Rotterdam Symptom Checklist; ESAS, Edmonton Symptom Assessment System; MSAS, Memorial Symptom Assessment Scale; OTTAT, Oncology Treatment Toxicity Assessment Tool; Reduced E-STAS, Reduced Expanded Support Team Assessment Schedule; MDASI, M.D. Anderson Symptom Inventory; PSAR, Pain and Symptom Assessment Record; CSS, Canberra Symptom Score Card; CAMPAS-R, Cambridge Palliative Assessment Schedule.

*As reported in Table 3.

†More than one type of assessment method.

‡Covering more symptoms.

§Easy to understand, providing sufficient information is obtained.

||Precision.

¶Accuracy.

#Easy to complete.

**Facilitates symptom management.

อ้างอิง : Kirkova J, Davis MP, Walsh D, Tiernan E, O'Leary N, LeGrand SB, Lagman RL, and Russell KM. Cancer symptom

assessment instruments: a systematic review. J Clin Oncol 2006; 24(9):1459-73.

แบบประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง

อ้างอิง :Chopra I, Kamal KM. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. Health and Quality of Life Outcomes 2012, 10:14.

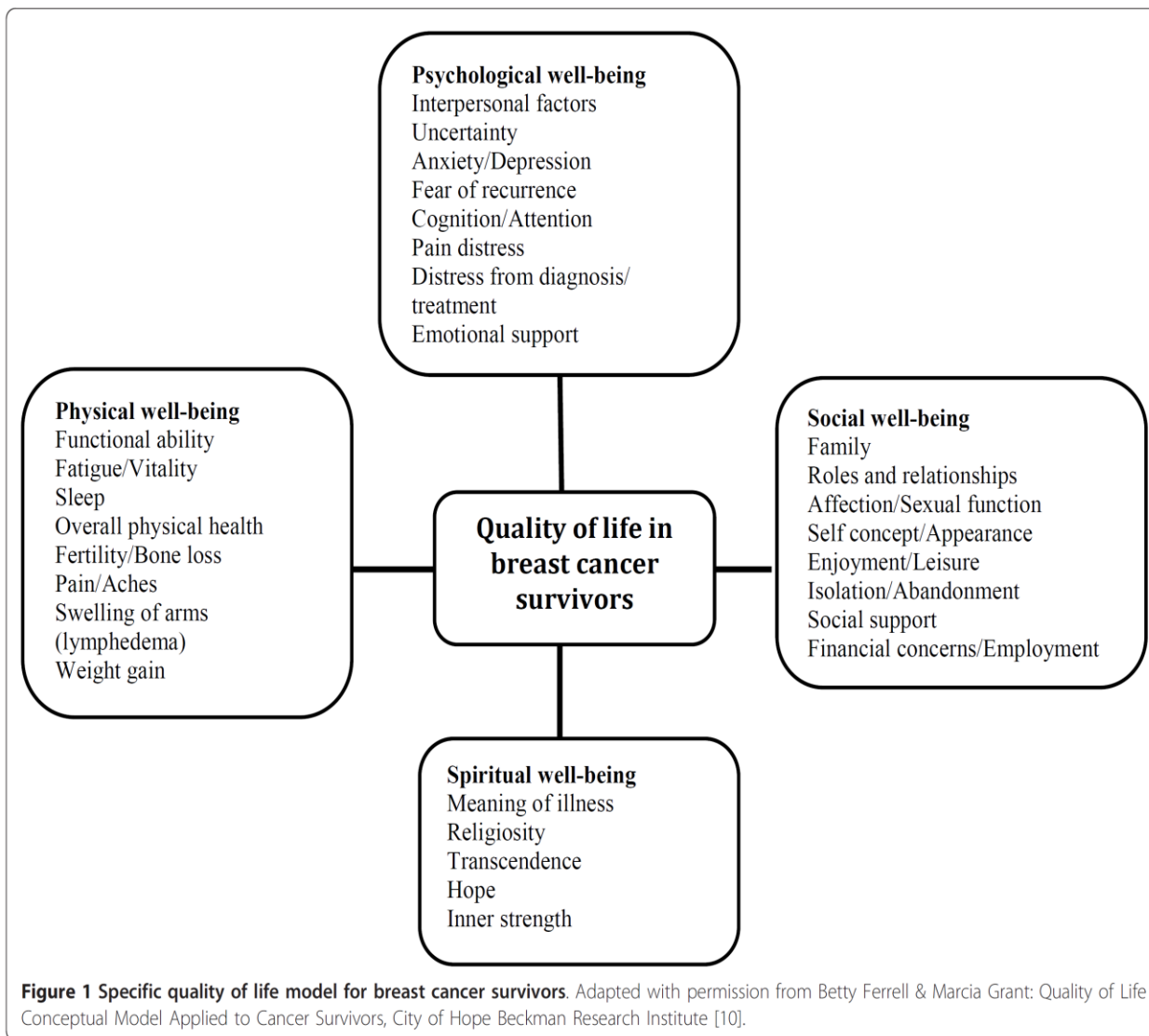


Table 1 Description of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors.

Instruments	Domains (Items)	Domain description	Ferrell's QoL domains *				Scaling & scoring/Administration
			Ph.	Ps.	So.	Sp.	
Disease-specific measures							
Body Image and Relationships Scale (BIRS) [14]	3 (32)	Strength and health; Social barriers; Appearance and sexuality	✓	✓	✓		5-point Likert scale; 1 (Strongly disagree) to 5 (strongly agree). Total and subscale score = summing all item scores. Higher score indicates greater impairment. Self-administered
Cancer Rehabilitation Evaluation System Cancer-Short Form (CARES-SF) [15]	6 (59)	Global CARES-SF; Physical; Psychosocial; Medical interaction; Marital relationship; Sexual concerns	✓	✓	✓		5-point scale ranging from 0 ("not at all"; no problem) to 4 ("very much"; severe). Higher scores represent poorer QoL. Self-administered
European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) [16-18]	10 (30)	Functional domains: Physical; Role; Emotional; Cognitive; Social; Global QoL Symptom domains: Fatigue; Nausea/vomiting; Pain Single-item domain: Dyspnea, appetite loss, sleep disturbance, constipation, diarrhoea	✓	✓	✓		Physical and role function, dichotomous (Yes/No); Global QoL, 7-point scale; Other items, 4-point Likert scale ranging from 1 (not at all) to 4 (very much). Scale scores = mean of item scores, rescaled to 0 to 100, with higher function subscale scores indicating less dysfunction and higher symptom subscale scores indicating more dysfunction. Self-administered, interviewer-administered. Time to administer: 15 min.
European Organization for Research and Treatment of Cancer-Breast Module (EORTC QLQ-BR23) [19]	8 (23)	Body image; Sexual functioning; Arm symptoms; Breast symptoms; Sexual enjoyment; Systemic therapy side-effects; Future perspective; Upset by hair loss	✓				4-point scale ranging from 1 (not at all) to 4 (very much). Scale scores = mean of item scores, rescaled to 0 to 100. Self-administered, interviewer-administered
Ferrans and Powers's Quality of Life Index-Cancer Version (QLI-CV) [20]	2 (70)	Satisfaction with various domains of life (Part 1): Health and functioning; Socioeconomic; Psychological/spiritual; Family Importance of the same domains to the subject (Part 2): Health and functioning; Socioeconomic; Psychological/spiritual; Family	✓	✓	✓	✓	6-point Likert-type scale ranging from 1 (very dissatisfied) to 6 (very satisfied) for PART 1, and 1 (very unimportant) to 6 (very important) for PART 2. Overall & Subscale scores range from 0 to 30. Higher scores indicate better QoL. Self-administered, interviewer-administered
Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B) [21]	7 (44)	Emotional well-being; Functional well-being; Physical well-being; Social/family well-being; Relationship with doctor; Breast cancer subscale; Additional concerns	✓	✓	✓		5-point Likert scale; 0 (not at all) to 4 (very much). Total FACT-B score has a range of 0 to 144. Self-administered. Time to administer: 10 min.
Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) [22]	5 (28)	Emotional well-being; Functional well-being; Physical well-being; Social/family well-being; Relationship with doctor	✓	✓	✓		5-point Likert scale; 0 (not at all) to 4 (very much). Item scores are summed to form overall and subscale scores. Higher scores indicate less dysfunction. Self-administered. Time to administer: 5 min.
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being Scale (FACIT-SP) [23]	2 (12)	Faith; Purpose				✓	5-point scale ranging from 0 (not at all) to 4 (very much). Higher scores indicate stronger spiritual beliefs. Self-administered, interviewer-administered

Table 1 Description of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. (Continued)

Quality of life-Cancer Survivor (QOL-CS) [24]	4 (41)	Physical well-being; Psychological well-being; Social well-being; Spiritual well-being	✓	✓	✓	✓	Visual analog scale ranging from 0 (worst) to 1 (best). Average of Scores (Overall & Subscale scores range from 0 to 1). Higher scores indicate better QoL. Self-administered, interviewer-administered
Quality of Life in Adult Cancer Survivors Scale (QLACS) [25]	12 (47)	Generic domains: Physical pain; Negative feelings; Positive feelings; Cognitive problems; Sexual problems; Social avoidance; Fatigue Cancer-specific domains: Distress about family; Distress about recurrence; Appearance concerns; Benefits of cancer; Financial problems resulting from cancer	✓	✓	✓	✓	Each item score range from 1 (Never) to 7 (Always). Scores for each domain are the sum (after appropriate reverse scoring) of the individual item scores. Domain scores range from 4-28 points. Higher scores represent poorer QoL. Self-administered
Condition-specific measures							
Fatigue Symptom Inventory (FSI) [26]	3 (13)	Intensity of fatigue; Interference of fatigue; ✓ Fatigue duration					Visual analog scale, 0 to 10. Intensity of fatigue (0 = not at all fatigued and 10 = extreme fatigue); Interference of fatigue (0 = no interference and 10 = extreme interference); Fatigue duration (0 = none of the day and 10 = the entire day). Scores range from 0-96. Higher scores indicating greater impact of fatigue. Self-administered

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

405 ถ.คลังอาวุธ ต.ขามใหญ่ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000



โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
www.uboncancer.go.th



045-319650-59, 045-317138-9