

ปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลพุทธโสธร
จังหวัดฉะเชิงเทรา

Factors associated with Quality of Life in Palliative Care Patients at
Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao Province

เฉลิมพล บำรุงศิริ

Chalermpon Bumrungsiri

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao Province

(Received: 07-01-2026, Revised: 16-07-2026, Accepted: 07-08 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคองและศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการดูแลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ป่วยระดับประคองและผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง อย่างละ 110 คน ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึง เดือนมกราคม 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรักษา แบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคอง และแบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติไคสแควร์ และประสิทธิสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยระดับประคองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยและการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองโดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง พบว่า คุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ มิติด้านอาการ มิติด้านภาวะสุขภาพ และมิติด้านภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยระดับประคองโดยรวม

ดังนั้น ควรพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยต้องเน้นการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันในผู้ป่วยระดับประคอง

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยระดับประคอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author, e-mail: Chalermponbumrungsiri@gmail.com)

Abstract

This descriptive research aimed to study the quality of life in palliative care patients and to examine the relationship between personal attributes, treatment factors, care factors, and quality of life in palliative care patients at Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao Province. A purposive sampling method was used to select 110 palliative care patients and 110 palliative care caregivers for the study, which was conducted from October 2025 to January 2026. The research instruments used were questionnaires comprising patient personal information, treatment factors, quality of life, caregiver personal information, palliative care caregiver skills, and a general patient care skills assessment. Data were analyzed using chi-square statistics and Spearman correlation coefficient.

The study found that the quality of life of palliative care patients was at a moderate level. Furthermore, correlation analysis revealed that education level and income were significantly correlated with the quality of life of palliative care patients (p -value < 0.05), duration of illness and overall self-care ability assessment were significantly correlated with quality of life in palliative care patients (p -value < 0.05). Correlation coefficients between care factors and quality of life in palliative care patients showed that the functional, symptomatic, health status, and health status dimensions of quality of life were not correlated with overall palliative care factors.

Therefore, the skills of caregivers should be developed to provide effective home care, and home visits should focus on physical and mental health and self-care in daily living for palliative care patients.

Keywords: Quality of life, Palliative care patients

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้นิยามการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการปฏิบัติการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้บริการเพื่อบรรเทาความปวดและอาการอื่นๆ การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณและเป็นบริการร่วมกับการดูแลรักษาโรค ตั้งแต่การวินิจฉัยเบื้องต้นจนวาระสุดท้ายและหลังเสียชีวิต การดูแลแบบประคับประคองให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอยู่และยอมรับความตาย ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ผสมผสานมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ รวมทั้งมีการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (กิตติกรนิลมานัต, 2565) การดูแลผู้ป่วยประคับประคองมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยบรรเทาความทุกข์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่ามากที่สุดจนถึงวันที่ล่วงลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (World Health Organization, 2020) ข้อมูลผู้ป่วยประคับประคองของจังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2566-2568 พบว่า มีจำนวน 1,423, 1,567 และ 3,251 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2568) สำหรับข้อมูลประคับประคองอำเภอเมือง

จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปีงบประมาณ 2566-2568 พบว่า มีจำนวน 284 , 309 และ 351 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา, 2568)

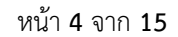
จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระดับประคองมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคองเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รวมถึงการควบคุมความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาและการดำเนินโรค และให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในระยะที่เหลืออย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุปริดา มั่นคง, 2565) ถ้าหากคุณภาพชีวิตต่ำลงย่อมส่งผลให้การรับรู้ถึงความพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในมิติต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตย่อมส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ในชีวิตต่อแท่งและสิ้นหวัง ส่งผลให้อาการของโรคนั้นมีความรุนแรงขึ้นและทำให้อาการแย่ลงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจากไปก่อนเวลาอันควร (Zebrack, 2001)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) คือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะในชีวิตตามบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่อาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย มาตรฐานของสังคม และความเกี่ยวข้องในสิ่งนั้น (World Health Organization, 1998) ซึ่งคุณภาพชีวิตประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ และคาดหวังว่าคุณภาพชีวิตจะไม่ได้รับผลกระทบจากอาการหรือการรักษาของโรค (Cella, 1997) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยระดับประคองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง (กาญจนา บุตรจันทร์, 2566) ปัจจัยการดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน (Socio-demographic) คือ อายุ เพศ และรายได้ ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการ กลุ่มอาการ และความรุนแรงของโรค (สุรัชย์ มณีเนตร, 2563; Padilla & Grant 1985) สำหรับปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physical health) พบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยทางสุขภาพย่อมส่งผลไปยังคุณภาพชีวิต และปัจจัยสุขภาพทางจิตใจ (Psychological health) ในผู้ป่วยระดับประคองที่มีภาวะความเครียด ความกดดัน หรือสภาวะทางอารมณ์มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณและความเชื่อ (Spiritual health) ได้แก่ จิตวิญญาณ ความหมายในชีวิต และความทุกข์ทางจิตวิทยา ความต้องการที่จะตายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง (Yamagishi, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระดับประคอง ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านการดูแลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพุทธโสธร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องเข้ารับการรักษาทงด้านการแพทย์ตลอดชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยระดับประคองให้มีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนถึงวันที่ล่วงลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินการด้านการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระดับประคองของจังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคองโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการดูแลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา



เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการลุกลามของโรคนะระดับ
สติสัมปชัญญะลดลงหรือมีอาการเหนื่อยหอบมาก และผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคองที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับค่าจ้าง/ค่าดูแล ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม/ให้ความรู้
ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยบุคลากรทางการแพทย์ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการ
ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา
ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การเกิด
แผลกดทับ การติดเชื้อของร่างกาย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยประยุกต์จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การ
อนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ
The Organization for the Research and Treatment of cancer Quality of life Questionnaire
Core 30 (EORTC QLQ-C30) (Aronson, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย (Silpakit et al, 2006)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประกอบด้วยทักษะของ
ผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 6 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ประกอบด้วยทักษะด้านการดูแลผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนี
ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไข
ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน
จากนั้นนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยื่นขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับการอนุมัติโครงการวิจัย
2. เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านและผู้ดูแลที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระดับประคับประคอง (Palliative care) โดยในแบบสอบถามทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพของทีมเยี่ยมบ้านจะเป็นผู้เก็บแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูลหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและประสานพื้นที่ในการติดต่อกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อบันทึกหมายและเดินทางไปเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล
4. ผู้วิจัยจะทำการแนะนำตัว อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเบื้องต้นเกี่ยวกับการทำวิจัยรวมถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ โดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอในรูป ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษา กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคับประคอง โดยการหาค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-Square)
3. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคับประคอง โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการวิจัย PH_CCO_REC 051/2568 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2568 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ทั้งวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ระยะเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการรับบริการใดๆ พร้อมทั้งรับรองว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยจะไม่มีเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ที่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.27 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.64 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64 ปี มีสภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 65.45 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.91 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.45 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.91 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 44.55

2. ข้อมูลปัจจัยด้านการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแบบประคับประคอง 1 ปี หรือน้อยกว่า ร้อยละ 75.45 ไม่เคยได้รับการรักษาแบบประคับประคองมาก่อน ร้อยละ 86.36 ไม่มีการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 96.36 ไม่มีการติดเชื้อ ร้อยละ 88.18

3. การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.18 และมิติด้านอาการและปัญหาจากโรคและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.09 มิติด้านภาวะสุขภาพ/คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.91 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยประคับประคอง

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
มิติด้านการทำหน้าที่ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)		
คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (0.00-33.33)	23	20.91
คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (33.34-66.67)	53	48.18
คุณภาพชีวิตในระดับสูง (66.68-100.00)	34	30.91
มิติด้านอาการและปัญหาจากโรคและการรักษา (คะแนนเต็ม 52 คะแนน)		
ความผิดปกติจากอาการน้อย (0.00-33.33)	42	38.18
ความผิดปกติจากอาการปานกลาง (33.34-66.67)	65	59.09
ความผิดปกติจากอาการมาก (66.68-100.00)	3	2.73
มิติด้านภาวะสุขภาพ/คุณภาพชีวิตโดยรวม (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)		
ภาวะสุขภาพ/คุณภาพโดยรวมต่ำ (0.00-33.33)	38	34.55
ภาวะสุขภาพ/คุณภาพโดยรวมปานกลาง (33.34-66.67)	56	50.91
ภาวะสุขภาพ/คุณภาพโดยรวมสูง (66.68-100.00)	16	14.55

ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน โดยด้านการทำหน้าที่ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านสังคม มีระดับคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่ระดับปานกลาง ส่วนด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย มีทั้งหมด 9 ด้าน พบว่า 6 ด้าน มีคุณภาพชีวิตด้านอาการระดับปานกลาง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร และปัญหาด้านการเงิน ส่วน 3 ด้าน มีคุณภาพชีวิตด้านอาการ ในระดับน้อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการท้องผูก อาการท้องเสีย และการประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วย (QOL)	M	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต (QOL level)
การทำหน้าที่	54.32	21.86	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	47.27	30.44	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	66.29	25.05	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	45.61	32.92	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	60.45	26.31	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านสังคม	51.97	25.21	ปานกลาง
การประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย	38.40	18.71	ปานกลาง
ความเหนื่อยล้า	54.24	24.95	ปานกลาง
อาการคลื่นไส้อาเจียน	18.94	22.63	น้อย
ความเจ็บปวด	48.79	30.10	ปานกลาง
อาการหายใจลำบาก	46.97	28.66	ปานกลาง
อาการนอนไม่หลับ	39.39	31.01	ปานกลาง
อาการเบื่ออาหาร	48.48	29.83	ปานกลาง
อาการท้องผูก	27.58	28.51	น้อย
อาการท้องเสีย	8.79	18.44	น้อย
ปัญหาทางการเงิน	52.42	28.00	ปานกลาง
การประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม	42.27	24.77	ปานกลาง

4. ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.55 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.00 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52 ปี สภาพสมรสคู่ ร้อยละ 91.82 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.09 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 37.27 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.18 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 41.82 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร/สะใภ้ ร้อยละ 37.27 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 ปีหรือน้อยกว่า ร้อยละ 77.27 โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 1.3 ปี

5. ข้อมูลทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 84.64$, $SD = 13.27$) เมื่อวิเคราะห์คะแนนรายด้านทั้ง 9 ทักษะ พบว่า 7 ทักษะของผู้ดูแลมีระดับทักษะดี ได้แก่ ทักษะการเฝ้าระวัง ตรวจสอบอาการ ทักษะการแปลความหมาย ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิบัติการ ทักษะการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน การให้การดูแล การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และมี 2 ทักษะอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ ทักษะการปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม และการร่วมมือกับผู้ป่วย

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และอาชีพกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคองไม่มีความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย
ระดับประคอง

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	p-value
	แยถึงปานกลาง	ดี		
เพศ				
ชาย	43(68.25)	20(31.75)	0.048	0.838
หญิง	33(70.21)	14(29.79)		
อายุ				
อายุน้อยกว่า 60 ปี	26(65.00)	14(35.00)	0.493	0.524
อายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป	50(71.43)	20(28.57)		
สถานภาพสมรส				
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	25(65.79)	13(34.21)	0.296	0.666
คู่	51(70.83)	21(29.17)		
ศาสนา				
พุทธ	69(69.00)	31(31.00)	0.004	1.000
คริสต์	7(70.00)	3(30.00)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	26(92.86)	2(7.14)	9.935	0.024*
ได้เรียนหนังสือ	50(60.98)	32(39.02)		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	35(62.50)	21(37.50)	2.320	0.151
ประกอบอาชีพ	41(75.93)	13(24.07)		
รายได้				
ไม่มีรายได้	35(71.43)	14(28.57)	5.226	0.023*
มีรายได้	41(67.21)	20(32.79)		

* p-value < 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง พบว่า
ปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย และการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองโดยรวมของผู้ป่วย
มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ส่วน
ด้านเคยรับการรักษาแบบระดับประคอง การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อของร่างกาย จำนวนครั้งที่มารับ
การรักษาที่ รพ. ปัญหาและความต้องการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง ดัง
ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิต		χ^2	p-value
	แยถึงปานกลาง	ดี		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	61(73.49)	22(26.51)	3.070	0.046*
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	15(55.56)	12(44.44)		
เคยรับการรักษาแบบประคอง				
เคย	12(10.91)	3(2.73)	0.870	0.566
ไม่เคย	89(80.91)	6(5.45)		
Palliative Performance Scale (PPS)				
0 – 30	10(9.09)	2(1.82)	3.257	0.034*
40 – 60	51(46.36)	12(10.91)		
70 – 100	21(19.09)	14(12.73)		
การเกิดแผลกดทับ				
ไม่มี	72(67.92)	34(32.08)	1.857	0.309
มี	4(100.00)	0(0.00)		
การติดเชื้ของร่างกาย				
ไม่มีการติดเชื้อ	64(65.98)	33(34.02)	3.721	0.061
มีการติดเชื้อ	12(92.31)	1(7.69)		
จำนวนครั้งที่มารับการรักษาที่ รพ.				
1 ครั้ง / 2 เดือน	21(19.09)	10(9.09)	1.486	0.239
1 ครั้ง / เดือน	52(47.27)	13(11.82)		
2 ครั้ง / เดือน	7(6.36)	5(4.55)		
≥ 3 ครั้ง / เดือน	2(1.82)	0(0)		
ปัญหาและความต้องการ				
ไม่มีปัญหาและความต้องการ	5(4.55)	1(0.91)	1.432	0.129
มีปัญหาและความต้องการ	90(81.82)	14(12.72)		

* p-value < 0.05

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง โดยมีระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ คุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านอาการระดับสูง ($r = -0.767^*$, $p < 0.05$) และมิติด้านภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ($r = 0.659^*$, $p < 0.05$) คุณภาพชีวิตมิติด้านอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมิติด้านภาวะสุขภาพระดับต่ำ ($r = 0.494^*$, $p < 0.05$) และคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ มิติด้านอาการมิติด้านภาวะสุขภาพ และมิติด้านภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการดูแลโดยรวม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลกับความคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคับประคอง

ตัวแปร	มิติด้านการทำหน้าที่	มิติด้านอาการ	มิติด้านภาวะสุขภาพ	ปัจจัยด้านการดูแล
มิติด้านการทำหน้าที่	1.00			
มิติด้านอาการ	-0.767*	1.00		
มิติด้านภาวะสุขภาพ	0.659*	0.494*	1.00	
ปัจจัยด้านการดูแล	-0.016	-0.008	0.103	1.00

* p-value < 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคับประคอง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานงานวิจัยข้อ 1 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคับประคองโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ข้อมูลคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคับประคอง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ในระดับปานกลาง และมิติด้านอาการและปัญหาจากโรคและการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง มิติด้านภาวะสุขภาพ/คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้าน (QOL) โดยด้านการทำหน้าที่ทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านสังคม ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ระดับปานกลาง ส่วนการประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ระดับปานกลาง ซึ่งเป็นตามสมมติฐานการวิจัย อาจเป็นเพราะว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคับประคองอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยพอยอมรับได้ แม้ว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองและมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอจากทีมสุขภาพ แต่ยังคงมีความวิตกกังวล มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของชนิดของโรค ระยะของโรค การรักษาที่ได้รับ อาการข้างเคียงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ตลอดจนความรุนแรงของอาการทางด้านร่างกาย เช่น เหนื่อยอ่อนเพลีย ปวด ความรุนแรงทางอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางได้ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานของศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยบุคคลเหล่านี้ต้องผ่านกระบวนการการอบรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้แบบประคับประคองและจะได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยการเยี่ยมบ้านจะต้อง มีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยและการแจ้งผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ รวมถึงการฝึกสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการประเมินสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ของการดูแลที่เหมาะสม ลดอัตราการเข้ารับบริการซ้ำที่โรงพยาบาล ทำให้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะประคับประคองพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Aronson, 1999) และยังสอดคล้องกับ เช็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์,เอมอร สวยสม และอนัญญา ลาลุน (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M =75.51, S.D.=8.76)

สมมติฐานงานวิจัยข้อ 2 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาทำให้มีความรู้และทราบถึงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคองที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิต ทำให้ระดับการศึกษาจึงมีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง สอดคล้องกับวิภาดา พิงสุข, พิชณรักษ์ กันทวิและภัทรพล มากมี (2563) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ ระดับการศึกษา และสอดคล้องกับเข็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์, เอมอร สวรส และอนัญญา ลาลุน (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p=0.019$) ส่วนปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง อาจเป็นเพราะว่า ปัจจัยด้านรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต โดยช่วยตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานต่างๆของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นอาหาร ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวกและการรักษาพยาบาลซึ่งมีความจำเป็นในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ จึงช่วยทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับเข็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์, เอมอร สวรส และอนัญญา ลาลุน (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่รายได้ต่อเดือน ($p=0.005$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรักษากับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย และการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองโดยรวมในผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อาจเป็นเพราะว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกด้านทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น และอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของทฤษฎี Shared ที่อธิบายว่าอาการทางด้านร่างกายและจิตใจจะรุนแรงขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยระยะยาวเช่น อาการปวด อาการอ่อนเพลีย ผลกระทบทางด้าน อารมณ์ อาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับวิภาดา พิงสุข, พิชณรักษ์ กันทวิ และภัทรพล มากมี (2563) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และสอดคล้องกับเข็มทอง ตรีเนตรไพบูลย์, เอมอร สวรส และอนัญญา ลาลุน (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองโดยรวมของผู้ป่วย (PPS) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคอง อาจเป็นเพราะว่า การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ต่ำลงจากการลุกลามของโรคมามากขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับ วิภาดา พิงสุข, พิชณรักษ์ กันทวิ และภัทรพล มากมี (2562) ที่พบว่าการศึกษา

ผู้ป่วยเริ่มมีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระดับ PPS ที่ต่ำลง อันเนื่องจากการลุกลามของโรคมะเร็ง ส่งผลให้เกิดความถดถอยทางด้านร่างกาย กระทั่งต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดความกังวลและความเครียดตามมาจะทำให้คุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแย่ลงตามลำดับ

3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง พบว่า คุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านอาการระดับสูง ($r = -0.767^*$, $p < 0.05$) และมิติด้านภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ($r = 0.659^*$, $p < 0.05$) มิติด้านอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับมิติด้านภาวะสุขภาพ ระดับต่ำ ($r = 0.494^*$, $p < 0.05$) มิติด้านการทำหน้าที่ มิติด้านอาการ มิติด้านภาวะสุขภาพ และมิติด้านภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคอง อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคองนั้นได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยของโรคและความรุนแรงต่างกัน หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องนั้นจะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นไม่แย่ลง แต่ก็อาจจะไม่สามารถส่งผลจนทำให้เกิดการเพิ่มของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยให้อยู่ในระดับดีและอาจมีปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่มีผลด้วยเช่นกัน ซึ่งจากผลการศึกษาสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยแบบประคองที่ได้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้โดยการดูแลผู้ป่วยนั้นต้องตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการดูแลที่ครอบคลุมในทุกด้านจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต โดยปราศจากความทุกข์ทรมาน ทั้งความเจ็บป่วยจากโรครวมไปถึงความทุกข์ทางจิตใจ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระดับประคองให้ดีขึ้นควรพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผู้ป่วยควรมุ่งเน้นที่การดูแลทางการแพทย์มากขึ้นโดยเฉพาะด้านร่างกายด้านจิตใจ และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันในผู้ป่วยระดับประคอง
3. ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลทุกรายให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและลดความเจ็บป่วยในผู้ป่วยระดับประคอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรถอดบทเรียนของผู้ดูแลผู้ป่วยด้านการพัฒนาทักษะการดูแลให้ทราบถึงแนวทางการดูแลและปัญหาของผู้ป่วยระดับประคองและผู้ดูแลในเชิงลึกเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือและวางแผนในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น
2. ควรนำข้อมูลที่ได้ไปจัดโปรแกรมการสนับสนุน การให้สุศึกษาและส่งเสริมผู้ป่วยระดับประคองและครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในผู้ป่วยระดับประคอง

References

- กาญจนา บุตรจันทร์. (2566). คุณภาพชีวิตและระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลสมหาราชนคร. *วารสารพยาบาลสวนดอก เชียงใหม่*, 19(3), 45-51.
- กิตติกร นิลมานันต์. (2565). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต: The end of Life Care*. ชานเมืองการพิมพ์.
- เข็มทอง ตรีนตรไพบุลย์, เอมอร สวีสสม และอณัญญา ลาลูน. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 31(2), 251- 261.
- วิภาดา พิงสุข, พิษณุรักษ์ กันทวิ และภัทรพล มากมี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 43(1), 143-154.
- สุปริดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภร วงศ์ทัญญู. (2565). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง : การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสุขภาพพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุรัชย์ มณีเนตร. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 24-35.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2568). *สรุปผลงานประจำปี 2568*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา. (2568). *รายงานตัวชี้วัดสาธารณสุข ประจำปี 2568*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา.
- Aaronson, N. K. (1988). Quality of life: what is it? How should it be measured?. *Oncology Willston Park*, 2(5), 69-76.
- Cella, D. (1997). The Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia (FACT-An) Scale: a new tool for the assessment of outcomes in cancer anemia and fatigue. *In Seminars in hematology*, 34(3), 13-19.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 45-60.
- Chatchawan Silpakit, Suwanee Sirilertrakul, Manmana Jirajarus, Thitiya Sirisinha, Ekaphop Sirachainan, and Vorachai Ratanatharathorn (2006). The European Organization for Research and Treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30): validation study of the Thai version. *Quality of Life Research*, 15(1), 167-172.
- World Health Organization. (1998). Development of The World Health Organization WHOQOL BREF Quality of life Assessment. *Psychol Med*, 28(3), 551-8.
- World Health Organization. (2020). *Cancer*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Yamagishi. (2013). Effects of a Programme of Interventions on Regional Comprehensive Palliative Care for Patients with Cancer: A Mixed-Methods Study. *The Lancet Oncology*, 14(7), 638-646.

Zebrack, B. J., & Chesler, M. A. (2001). A psychometric analysis of the Quality of Life-Cancer Survivors (QOL-CS) in survivors of childhood cancer. *Quality of Life Research*, 10(4), 319-329.