

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน

ลัคนา กองเมือง สุรพร มะณีรัตน์ อังคินันท์ พรหมนิมิตร์
หน่วยพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์

Received: July 30, 2024

Revised: August 24, 2024

Accepted: August 26, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของเซปป์ ค.ศ. 1995 และแนวคิดการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ Institute for patients and family center care ค.ศ. 2023 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน จำนวน 20 ราย และครอบครัว 20 ราย คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย 3) แบบบันทึกการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4) แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.97 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (FACT-C) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคว์ สแควร์ สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน ครั้งที่ 1-4 อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 81.25, 66.00, 71.65 และ 78.00 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน ครั้งที่ 1 เทียบกับ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 2 เทียบกับครั้งที่ 4 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่อย่างไรก็ตาม ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 3, ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 4, ครั้งที่ 2 เทียบกับครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 2 เทียบกับครั้งที่ 4 พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยสรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของครอบครัว; คุณภาพชีวิต; มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก; การรับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน

ผู้สนับสนุนประสานงาน:

ลัคนา กองเมือง

หน่วยพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์

906 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

อีเมล: Lakkana.gon@cra.ac.th

Effects of a family participation program on quality of life in colorectal cancer patients receiving home chemotherapy

Lakkana Gongmuang, Sureeporn Maneerat, Aungsinun Promnimit

Inpatient Department, Chulabhorn Hospital, Chulabhorn Royal Academy

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to study the effects of a family participation program on the quality of life in colorectal cancer patients receiving home chemotherapy. This study was based on Schepp's theory of family participation, 1995 and the concept of patient- and family-centered care of Institute for Patient and Family Centered Care, 2023. The sample consisted of 20 colorectal cancer patients receiving home chemotherapy and 20 family members, recruited based on inclusion criteria for an experimental group. Data collection tools included: 1) a personal demographic questionnaire, 2) a family demographic questionnaire, 3) hospital discharge records, 4) a family support assessment (Cronbach's alpha coefficient = 0.97), and 5) a quality of life assessment using the FACT-C (Cronbach's alpha coefficient = 0.98). The collected data were analyzed using descriptive statistics, chi-squared tests, and repeated measures ANOVA. The findings revealed the following mean quality of life scores at different times: 81.25 at the first measurement, 66.00 at the second measurement, 71.65 at the third measurement, and 78.00 at the fourth measurement, respectively. The analysis showed statistically significant differences in quality of life scores between the first and second measurements, and between the second and the fourth measurements ($p < 0.05$). However, no statistically significant differences were observed between the first and the third measurements, the first and the fourth measurements, the second and the third measurements, or the third and the fourth measurements ($p > 0.05$). In conclusion, the study results indicate that the family participation program improves patient care efficiency, which positively impacts the quality of life for patients undergoing home chemotherapy.

Keywords: family participation; quality of life; colorectal cancer; home chemotherapy

Corresponding Author:

Lakkana Gongmuang

Inpatient Department, Chulabhorn Hospital, Chulabhorn Royal Academy

906 Kamphaeng Phet 6 Road, Talat Bang Khen Sub-district, Lak Si District, Bangkok 10210, Thailand

E-mail: Lakkana.gon@cra.ac.th

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ของทั่วโลกและมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นในแต่ละปี เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งขึ้นไม่เพียงแต่จะกระทบกับผู้ป่วยเท่านั้นยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยด้วย ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดการรักษา เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งเป็นการรักษาที่ต่อเนื่องและต้องใช้ระยะเวลาการรักษาค่อนข้างยาวนาน การให้ยาเคมีบำบัดจึงมีระยะเวลาการรักษาที่แตกต่างกันไป โดยระยะเวลาการรักษา 6 เดือนถึง 2 ปี การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจึงมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย¹ การมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งบทบาทของครอบครัวผู้ป่วยมีดังนี้ 1) ผู้ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย 2) ผู้ประสานงานการจัดการดูแลในครอบครัว^{2,3} จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งต้องการความรู้ในการดูแลผู้ป่วย² สอดคล้องกับแนวคิดความต้องการของ Gaglione⁴ (1984) ได้กล่าวไว้ว่าความต้องการและการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวไว้ 4 ด้าน คือความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการจัดการกับอาการ รวมทั้งการปรับตัว⁵ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ หากความต้องการได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลลดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยตามมา ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีความสัมพันธ์สูงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย⁶ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง^{7,8}

จากการวิจัยที่ผ่านมาของ มัณฑิภา ประชาภิ และพิมภา สุตวา (2555) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ครอบครัว กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS program ที่ออกแบบโดย นอร์ธเฮาส์ และคณะ สื่อที่ใช้ประกอบด้วย วีดิโอ เทปเพลง และภาพพลิก ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁹ สอดคล้องกับการวิจัยของ ช่อผกา ปุยขาว (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพัฒนาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Schepp (1995) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว สื่อที่ใช้ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือสำหรับครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁰ สอดคล้องกับการวิจัยของ ชมนาด วรรณพรศิริ อรรวรรณ รัตนจำรูญ และมลวิทย์ ตระกูลทิพย์ (2557) เรื่องผลของรูปแบบการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการดูแลของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววันก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและครอบครัว 38 คู่ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ห่างกันทุก 1 เดือน เดือนที่ 1 กิจกรรมการสร้างพลังอำนาจ และสร้างควมมีคุณค่า เดือนที่ 2

กิจกรรมการสร้างความมั่นใจในการดูแล เดือนที่ 3 กิจกรรม การให้กำลังใจในการดูแล และเดือนที่ 4 กิจกรรมการเป็นที่ปรึกษา พบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นเวลา 4 เดือน ครอบครัวมีคะแนนการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹¹ และการศึกษาของ Northouse et al. (2005) ที่ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมกับครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่าโปรแกรมส่งผลทางบวกกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กลับเป็นซ้ำและผู้ดูแลในครอบครัว สรุปได้ว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้¹²

จากการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน พบว่ายังมีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่การศึกษาจะพบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รวมทั้งรูปแบบการให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านในปัจจุบันยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การปฏิบัติมีความหลากหลาย นอกจากนี้ระยะติดตามผลหลังจากออกจากโรงพยาบาลที่ต่อเนื่องยังขาดการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยบางรายต้องเลื่อนระยะเวลาการให้ยาเคมีบำบัดไปเนื่องจากภาวะสุขภาพที่ไม่พร้อม ดังนั้น หากครอบครัวได้รับความรู้และการจัดการอาการที่ไม่เพียงพอ ความมั่นใจในการดูแล ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากสถิติการให้การดูแลรักษาของศูนย์การแพทย์มะเร็งวิทยาจุฬาภรณ์ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด 2,099 ราย โดยพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันดับที่ 1 จำนวน 826 ราย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเป็นการรักษาแบบนอนโรงพยาบาลระยะเวลา 3 วัน และแบบที่ให้ยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน สูตรยาเคมีบำบัด

ประกอบด้วย Oxaliplatin Leucovorin และ 5-FU ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านมีความแตกต่างจากผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัดแบบในโรงพยาบาล ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มให้ยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านจะได้รับการเตรียมความพร้อมที่โรงพยาบาลรวมถึงการประเมินความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ ในการให้ยาเคมีบำบัดในครั้งที่ 1 ส่วนครั้งที่ 2-12 ผู้ป่วยจะมีรับยาเคมีบำบัดที่ day care ได้แก่ Oxaliplatin และ Leucovorin ระยะเวลา 2 ชั่วโมงทางพอร์ต (Port A-cath) และหลังจากนั้นจะมีระยะพักให้ยาเคมีบำบัด 5-FU กลับไปที่บ้านต่ออีก 50 ชั่วโมง เมื่อครบระยะเวลาผู้ป่วยจะต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อนำพอร์ตและยาเคมีบำบัดออก ช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การบริการผู้ป่วยมะเร็งได้รับผลกระทบอย่างกว้างขวาง กล่าวคือการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีข้อจำกัด ดังนั้น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านช่วยบรรเทาผลกระทบจากการระบาดได้ในระดับหนึ่งและช่วยให้การรักษามีความต่อเนื่อง^{13,14} อีกทั้งยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องสามารถดูแลตนเองได้ตลอดระยะเวลาของการรับยาเคมีบำบัดจำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลาการรักษานาน 6 เดือน รวมทั้งสามารถจัดการกับผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของเชปป¹⁵ (Schepp, 1995) และการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹⁶ Institute for patients and family center care (2023) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และหาวิธีการแก้ไขปัญหามาให้กำลังใจ และประเมินผลกิจกรรมพร้อมให้คู่มือในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน 2) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การบริหารยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน และการจัดการกับอาการข้างเคียง 3) ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการดูแลประจำวัน เรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลสภาพแวดล้อม อาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย 4) ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติพร้อมสาธิตย้อนกลับการดูแลด้านการพยาบาล เรื่อง การดูแลยาเคมีบำบัดที่ให้ทางพอร์ต การจัดการเมื่อเกิดยาเคมีบำบัดหก รั่วซึม การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล และผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์และเสริมแรงครอบครัวในช่วงเย็น 7 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในวันที่ 7, 21 ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีแบบแผนการวิจัยเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการวิจัย EC 045/2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยยาสูตรฟอลฟอก (FOLFLOX) หรือสูตรฟอลฟิรี (FOLFIRI) ทางพอร์ต (Port A-Cath) ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน ครั้งที่ 1 จำนวน 20 ราย และครอบครัว จำนวน 20 ราย ที่เข้ารับการรักษาทันทีผู้ป่วยใน 14 ศูนย์การแพทย์มะเร็งวิทยาจุฬาภรณ์ ตามเกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในระยะของโรค (stage) II-IV และได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดเข้าของครอบครัว คือ เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเป็นเครือญาติ เป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร หรือเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก คือให้การดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่ได้ค่าตอบแทน มีอายุ 20-65 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหรือฉายรังสี ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้วระยะหนึ่ง หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือทำให้อยู่อุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม เกณฑ์การคัดออกของครอบครัว คือ ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้วระยะหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ Cohen โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.90 ขนาดอิทธิพลความแตกต่าง เท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยจึงคำนวณจากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียง คือ การศึกษาของขมนาด วรรณพรศิริ อรรณณ รัตนจำรูญ และ

มลิวัลย์ ตระกูลทิพย์ (2557) เรื่องผลของรูปแบบการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการดูแลของครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม¹⁰ นำไปคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power 3.1.9.7 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 8 คู่ และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 20 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purpose sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คู่ เป็นผู้ป่วย 20 ราย และครอบครัว 20 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดโดยดูข้อมูลจากระบบการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อวางแผนการรักษาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล โดยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการกำหนดหมายเลขผู้ป่วยเป็นเลขคู่ เลขคี่และจับฉลากเลขคู่เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวน 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยสร้างจากกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของเชปปี้ (Schepp, 1995) และการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็นในส่วนที่ผู้ป่วยประเมินครอบครัว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 4 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ (0 คือ ไม่ใช่ 1 คือ ใช่) และส่วนที่ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลหลัก มีข้อคำถาม 6 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ (0 คือ ไม่ผ่าน 1 คือ ผ่าน) กลุ่มตัวอย่างต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทั้งนี้ถ้ากลุ่มตัวอย่างคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจะประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือทบทวนเนื้อหาและฝึกทักษะการดูแลแล้ววัดผลใหม่ กระทำเช่นนี้จนกว่าจะผ่านเกณฑ์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ระยะของโรค ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลเฉลี่ยต่อวัน ผู้ช่วยเหลือและแหล่งให้การช่วยเหลือขณะให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

3. แบบบันทึกการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ประเมินพอร์ต (Port A-cath) อาการข้างเคียงต่างๆ หลังได้รับยาเคมีบำบัด คำแนะนำแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และสิ่งที่ครอบครัวต้องการให้ช่วยเหลือ

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป function assessment of cancer therapy-colorectal (FACT-C) ที่สร้างโดย Cell (1997)¹⁷ ฉบับภาษาไทยมีจำนวน 36 ข้อ แปลโดยสุวรรณี สิริเลิศตระกูล และคณะ¹⁸ ครอบคลุมด้านความผาสุกร่างกาย สังคม อารมณ์/จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย โดยประเมินคุณภาพจากความรู้สึกของผู้ป่วย 4 ด้าน โดยมีเกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ (Likert Scale 0-4) โดยคะแนน 0 คะแนน มีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นน้อยที่สุด ถึง 4 คะแนน มีคุณภาพชีวิตในด้านนั้นมากที่สุด ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการกลับค่าคะแนนในส่วนที่เป็นคำถามทางลบ ก่อนที่จะทำการรวมคะแนนเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อคำถามด้านร่างกาย ข้อ 1-7 เป็นข้อคำถามด้านลบ (กลับคะแนนเป็น 0-1-2-3-4) ข้อคำถามความผาสุกด้านสังคมครอบครัว ข้อ 8-14 เป็นด้านบวกทั้งหมด (กลับคะแนนเป็น 4-3-2-1-0)

ข้อคำถามด้านอารมณ์ จิตใจ ข้อ 15-20 ข้อ 15 ด้านลบ ข้อ 16 ด้านบวก ข้อ 17-20 ด้านลบ และข้อปฏิบัติ กิจกรรม ข้อ 21-27 เป็นด้านบวกทั้งหมด ข้อ 28-34 เป็นข้อคำถามเฉพาะโรค และข้อ 35-36 สำหรับผู้ป่วยที่มีถุงถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง แปลผลคะแนนดังนี้ คะแนนเต็มคือ 136 คะแนน 0-45 คะแนน มีคุณภาพชีวิต ระดับต่ำ 46-90 คะแนน มีคุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง 91-136 คะแนน มีคุณภาพชีวิต ระดับสูง

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ FACT-C ไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.98 และแบบประเมินการสนับสนุนของครอบครัว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา การวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเล็กน้อยไม่เกินความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยมีการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการสังเกตความผิดปกติขณะเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมทั้งเตรียมการให้ความช่วยเหลือในกรณีที่จะเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างน้อย 3 ปี ในเรื่องการให้ความรู้ และการประเมินคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินในผู้ป่วยรายเดียวกัน ในเวลาเดียวกัน จนครบ 10 ราย ระยะเวลา

2 สัปดาห์ แล้วนำค่าคะแนนที่ประเมินได้นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แคปป่า ได้ค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ระยะเตรียมความพร้อม วันที่ 1 ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา 1) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วม 2) ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยจากการบันทึกเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ รวมทั้งสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยและครอบครัว 3) ผู้ช่วยวิจัยซักถามกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยก่อนดำเนินการวิจัย 4) ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต และประเมินการสนับสนุนของครอบครัวก่อนการดำเนินการวิจัย

ระยะการดำเนินการ วันที่ 2-3 ของการนอนโรงพยาบาล กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การสาธิตย้อนกลับ พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้วิจัยได้สร้างความรู้โดยใช้สื่อ power point เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลสิ่งแวดล้อม อาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการข้างเคียง การดูแลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดทางพอร์ต (Port A-cath) การจัดการเมื่อยาเคมีบำบัดทก รั่วซึม การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล และการสร้างสิ่งแวดล้อมในขณะที่สอนเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีส่วนร่วม จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน เอื้อต่อการเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ผู้ช่วยวิจัยประเมินความเข้าใจด้วยการซักถามเกี่ยวกับความรู้ที่ให้ไป และสรุปประเด็นสำคัญต่างๆ ให้ชัดเจน ผู้ช่วยวิจัยมอบคู่มือสำหรับครอบครัวเพื่อ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านเพื่อให้ครอบครัวกลับไปพบทวนด้วยตนเองอีกครั้งหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และชี้แจงกำหนดนัดหมายการติดตามการสนับสนุนและให้ความรู้ทางโทรศัพท์ในวันที่ 7 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

ระยะการติดตามทางโทรศัพท์ วันที่ 7 และ 21 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยติดตามผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์ในลักษณะการให้คำปรึกษาและคำแนะนำ (counseling and coaching) ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที หรือพิจารณาตามความเหมาะสมแล้วแต่กรณีในช่วงเวลา 17:00-18:00 น. ในเรื่องปัญหาและอาการผิดปกติต่างๆ จากการให้ยาทางพอร์ต (Port A-cath) การดูแลผู้ป่วยเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวตามที่วางแผนไว้และสภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น และให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวกล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง หากครอบครัวปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้ช่วยวิจัยแนะนำเพื่อให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ระยะประเมินผลการปฏิบัติ วันที่ 14, 28 และ 84 ของการมารับยาเคมีบำบัดในรอบถัดมา ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในวันที่ 84 กล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 17.0 โดยวิเคราะห์คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจากการทดสอบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบปกติ และไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 20 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 63.35 ปี อายุต่ำสุด 38 ปี อายุสูงสุด 82 ปี S.D. = 9.62 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรง ร้อยละ 35 รองลงมา มะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 30 ระยะของโรคระยะที่ 3 ร้อยละ 70 รองลงมา ระยะของโรคระยะที่ 4 ร้อยละ 30 ไม่มีทวารเทียม ร้อยละ 65 มีทวารเทียม ร้อยละ 35 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 25 ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFIRI ร้อยละ 55 รองลงมา ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FLOX ร้อยละ 45 ซึ่งพบว่าไม่มีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70 หย่า ร้อยละ 15 หม้าย ร้อยละ 10 และโสด ร้อยละ 5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25 ระดับอนุปริญญา และประถมศึกษา ร้อยละ 20 เท่ากัน สูงกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40 ข้าราชการ ร้อยละ 25 ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20 รับจ้าง ร้อยละ 10 และรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 5 โดยมีรายได้เฉลี่ย 14,750 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 70,000 บาท ต่ำสุด 13,000 บาท S.D. = 20,229.92 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 55 พอใช้ ร้อยละ 40 และเหลือเก็บ ร้อยละ 5 ใช้สิทธิการรักษา สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 60 สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 25 สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 10 และสิทธิรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 5 ทั้งนี้ ในระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 ราย ไม่มีผู้ป่วยถอนตัวจากการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 เพศชาย ร้อยละ 35 อายุเฉลี่ย 50.55 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี สูงสุด 74 ปี S.D. = 14.44 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70 รองลงมา โสด ร้อยละ 25 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 55 อนุปริญญา ร้อยละ 20

สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 15 ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาเท่ากัน ร้อยละ 5 ประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 35 อาชีพราชการ ร้อยละ 30 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 15 รับจ้าง ร้อยละ 10 พนักงานเอกชนและรัฐวิสาหกิจเท่ากัน ร้อยละ 5 มีรายได้เฉลี่ย 22,950 บาท ต่อเดือน รายได้สูงสุด 60,000 บาท ต่ำสุด 10,000 บาท S.D. = 15,849.53 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นสามี-ภรรยา

ร้อยละ 40 บุตร ร้อยละ 40 และเป็นเครือญาติ ร้อยละ 20 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 12.50 ชั่วโมง/วัน ระยะเวลาการดูแลสูงสุด 16 ชั่วโมง ต่ำสุด 8 ชั่วโมง S.D. = 6.05 ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 30 ทั้งนี้ในระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 รายไม่มีผู้ป่วยถอนตัวจากการศึกษา

Table 1 The average values of standard deviation and quality of life of colorectal cancer patients receiving chemotherapy at home (n=20)

Time	Quality of life of colorectal cancer patients receiving chemotherapy at home (n=20)			
	Min-Max	Mean	S.D.	Level
1 st Time	54.00-102.00	81.25	12.62	Moderate
2 nd Time	44.00-88.00	66.00	11.49	Moderate
3 rd Time	49.00-93.00	71.65	12.46	Moderate
4 th Time	35.00-121.00	78.00	17.77	Moderate

Note : 1st time, 1st cycle of receiving chemotherapy, 2nd time, 2nd cycle of receiving chemotherapy, 3rd time, 3rd cycle of receiving chemotherapy, 4th time, 4th cycle of receiving chemotherapy

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน ครั้งที่ 1-4 อยู่ในระดับปานกลาง โดยครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ย 81.25

(S.D. = 12.62) ครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ย 66.00 (S.D. = 11.49) ครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ย 71.65 (S.D. = 12.46) และครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ย 78.00 (S.D. = 17.77) ดังตารางที่ 1 (Table 1)

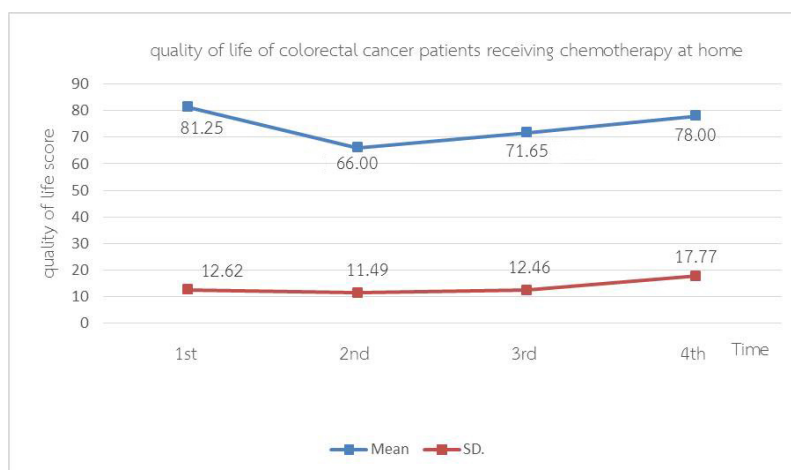


Figure 1 Changing of average scores quality of life of colorectal cancer patients receiving chemotherapy at home 1st- 4th time

Table 2 The average values of standard deviation and compare the mean quality of life of colorectal cancer patients received chemotherapy at home before the trial and after the 1st-4th trial (n=20)

Time	Quality of life of colorectal cancer patients receiving chemotherapy at home (n=20)		
	Mean	S.D.	p-value
(1) vs (2)	(81.25) ^{vs} (66.00)	12.05	0.003
(1) vs (3)	(81.25) ^{vs} (71.65)	12.54	0.080
(1) vs (4)	(81.25) ^{vs} (78.00)	15.19	1.000
(2) vs (3)	(66.00) ^{vs} (71.65)	11.97	0.350
(2) vs (4)	(66.00) ^{vs} (78.00)	14.63	0.031
(3) vs (4)	(71.65) ^{vs} (78.00)	15.11	0.942

Note : Repeated measures ANOVA, (1) = 1st cycle of chemotherapy, (2) = 2nd cycle of chemotherapy, (3) = 3rd cycle of chemotherapy, (4) = 4th cycle of chemotherapy

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 3 พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 4 พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ครั้งที่ 2 เทียบกับครั้งที่ 3 พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ครั้งที่ 2 เทียบกับครั้งที่ 4 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และครั้งที่ 3 เทียบกับครั้งที่ 4 พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2 (Table 2)

อภิปรายผล

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4 อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 81.25, 66.00, 71.65 และ 78.00 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ใน

ระดับปานกลาง^{19,20,21} แต่ในครั้งที่ 2 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตลดลงเป็น 66.00 แสดงให้เห็นว่าเป็นช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากการนอนโรงพยาบาลในการให้ยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านในครั้งที่ 1 ไปเป็นการให้ยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องมีการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นในครั้งที่ 2-12 ซึ่งในการให้ยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านครั้งที่ 2 เป็นครั้งแรกที่ผู้ป่วยจะได้รับกระเปาะให้ยาเคมีบำบัด 5-FU กลับไปให้ที่บ้านต่ออีก 50 ชั่วโมง ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้จากการติดตามทางโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังเกิดความกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตคะแนนลดลงมาเป็น 66.00 แตกต่างจากงานวิจัยของ วิลลาร์ดน์ เดซและรุ่งระวี นาวิเจริญ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับสูง²² ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา ระยะของโรค จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด ประสบการณ์การมีอาการ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ความทุกข์ทางใจ และ

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว^{21,23,24,25} ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงปริญญาตรี สามารถอ่านออกเขียนได้ และมีรายได้เฉลี่ย 14,750 บาทต่อเดือน (S.D. = 20,229.92) มีรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 40 จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้ป่วยจะหาวิธีการดูแลตนเองได้มากกว่าการที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อีกทั้งรายได้มีผลต่อการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ นอกจากนี้ ความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต²⁶ จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกดี สดวกสบาย และมีความสุขมากที่ได้นอนพักรักษาอยู่ที่บ้านและมีญาติพี่น้องคอยดูแลสามารถไปทำงานได้ตามปกติ ในขณะที่ให้ยาเคมีบำบัดที่บ้านและเพื่อนๆ ในที่ทำงานไม่มีใครทราบว่าผู้ป่วยกำลังรับการรักษาโรคมะเร็งอยู่ซึ่งเป็นผลดีต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย¹⁹ ดังนั้น นับว่าการให้ยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ในระดับหนึ่ง

นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านครั้งที่ 1 เทียบกับครั้งที่ 2 และครั้งที่ 2 เทียบกับครั้งที่ 4 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านที่เพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นสามี-ภรรยา และบุตร ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวจะรู้สึกได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและส่งผลต่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตก็ตาม²⁷ อีกทั้งโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน 2) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วย 3) ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ และ 4) ครอบครัวมี

ส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วย โดยประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการให้คำปรึกษา เป็นวิธีการลดความทุกข์และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง²⁸ และนอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05^{10,11,29,30}

สรุปผล

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน ที่พัฒนาขึ้นโดยมีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลสิ่งแวดล้อม อาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการข้างเคียง การดูแลเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดทางพอร์ต (Port A-cath) การจัดการเมื่อยาเคมีบำบัดทกรั่วซึม การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล รวมทั้งการฝึกปฏิบัติ การสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการให้ยาเคมีบำบัดทางพอร์ต แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หอผู้ป่วยเคมีบำบัดสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านต่อเนื่องจนครบการรักษา 6 เดือน เพื่อช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถวางแผนการดูแลได้

อย่างเหมาะสม รวมทั้งทราบถึงแนวโน้มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน

3. ผู้วิจัยควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติม รวมถึงการนำแนวปฏิบัติให้ยาเคมีบำบัดแบบที่บ้านใช้ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ ต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบที่บ้าน อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปถึงผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Warunee M, Thitikan K, Kalaya N. Quality of life of cancer patients receiving chemotherapy and their family caregivers. J Nurs Healthc 2018;36:52-61. (in Thai)
2. Warunee M. Family caregivers of cancer patients: Roles' adaptation and quality of life promotion. Rama Nurs J 2014;20:10-22. (in Thai)
3. Supreeda M, Yupapin S, Suporn W. Roles of family caregivers of palliative care patients: Preliminary qualitative study. JTNMC 2016;31:104-21. (in Thai)
4. Gaglione KM. Assessing and intervening with families of CCU patients. Nurs Clin North Am 1984;19:427-32.
5. Cardoso F, Harbeck N, Mertz S, et al. Evolving psychosocial, emotional, functional, and support needs of women with advanced breast cancer: Results from the Count Us, Know Us, Join Us and Here & Now surveys. Breast 2016;28:5-12.
6. Wilailuck T, Sureeporn T. Factors related to spiritual well-being of terminal cancer patients. Davision of complementary and alternative medicine 2009;2:27-35.
7. Yihedego E, Aga F, Gela D, et al. Quality of life and associated factors among family caregivers of adult cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. Cancer Manag Res 2020;12:10047-54.
8. Yao Z, Ruijin T, Liuna B, et al. Effects of family-centered positive psychological intervention on psychological health and quality of life in patients with breast cancer and their caregivers. Support Care Cancer 2023;31:592. [cited 2024 May 12]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08053-2>.
9. Montika P, Pimpa S. Effectiveness of a family nursing program on the quality of life of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy and their primary caregivers. JNATNO 2012;30:104-12. (in Thai)
10. Chopaka P, Sureeporn T, Janya C. The effect of family participation program on quality of life in terminal cancer patients. KJN 2019;26:93-106. (in Thai)
11. Chommanad W, Orawan O, Maliwan T. Effectiveness of family-centered care model on families caring and quality of life among breast cancer patients. J Nurs Health Sci 2014;8:19-30. (in Thai)
12. Northouse L, Kershaw T, Mood D, et al. Effects of a family intervention on the quality of Life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. Psychooncology 2005;14:478-91.

13. Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. [cited 2024 March 28]. Available from: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectiousdisease-analysis/covid-19/>.
14. Utthiya P, Sereewichayasawad N, Sirilertrakul S, et al. Roles of home health care nurses in caring for patients receiving chemotherapy via central venous catheter at home. *Nurs Res Inno J* 2019;25:119-29. (in Thai)
15. Schepp K. Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children. Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle, WA; 1995.
16. Institute for patients and family center care. [cited 2023 March 28]. Available from: <https://www.ipfcc.org>.
17. Cella D, FACT-C (Version 4). License for clinical provider. 1997. [cited 2024 March 28]. Available from: <https://www.Facit.org/measures/fact-c>.
18. Sirilertrakul S, Jirajarus M, Rattanatharathorn W, et al. Reliability of functional assessment of cancer therapy (FACT) Thai version in breast cancer patients, colorectal cancer patients and lung cancer patient. *TJN* 2000;4:61-77. (in Thai)
19. Srisuda N, Pratsani S, Darawan R, et al. Quality of life of patients with colorectal cancer receiving the home chemotherapy service and caregivers during the Covid-19 pandemic. *J Nurs Health Sci Res* 2023;15: e266036. (in Thai)
20. Thongdech P, Nitita T. Health promoting behaviors and quality of life in patients with breast cancer receiving chemotherapy. *J Nurs Healthc* 2015;33:92-101. (in Thai)
21. Atthaphinan C, Lueboonthavatchai P. Quality of life and associated factors in colorectal cancer patients with colostomy at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J* 2017;61:387-400. (in Thai)
22. Wimolrat D, Rungrawee N. Predicting factors of quality of life among colorectal cancer patients with colostomy receiving chemotherapy. *KJN* 2016;23:133-47. (in Thai)
23. Porawan W, Rachadapa S, Suphanna K, et al. Quality of life and associated factors among cancer patients receiving chemotherapy during the COVID-19 pandemic in Thailand. *Int J Environ Res Public Health* 2024;21:317.
24. Nguyen HTH, Duong KL, Nguyen ST, et al. Quality of life and its associated factors among cancer patients receiving chemotherapy at oncology hospitals in vietnam after the third wave of the COVID-19 pandemic. *Cancer Manag Res* 2022;14:2429-44.

25. Sunthamon N, Namvongprom A, Pakdevong N-oy. Distress and quality of life in patients with advanced cancer undergoing chemotherapy. *JRN-MHS*;40:58-70. (in Thai)
26. Kemthong T, Aim-on S, Ananya L. Factors related to quality of life of terminally ill cancer patients receiving palliative care, KaengKhro Hospital, Chaiphum Province. *UDHHOSMJ* 2023;31:251-61. (in Thai)
27. Wipada P, Phitsanurak K, Phataraphon M. Factors associated with quality of life among cancer patients with palliative care at the end of life residing in Chiang Rai Province. *NJPH* 2019;116-28. (in Thai)
28. Mosher CE, Adams RN, Helft PR, et al. Family caregiving challenges in advanced colorectal cancer: Patient and caregiver perspectives. *Support Care Cancer* 2016; 24:2017-24.
29. Pattama B, Puangpaka K, Pregamol R, et al. Effectiveness of family-based intervention program for family members of preschool children with acute lymphoblastic leukemia undergoing chemotherapy: A quasi-experimental study. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2023;27:75-88.
30. Arsad N, Abas A. The effect of family support on the quality of life of breast cancer patients undergoing chemotherapy at Aloei Saboe Hospital. *IJHESS* 2024;6: 211-4.