



ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว

มณฑิกา ประชากิจ พย.ม.*

พิมพ์ภา สุตราวท.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบง่ายเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน ศูนย์มะเร็งอุดรธานี จำนวน 30 ครอบครัวแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ครอบครัว กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS program ที่ออกแบบโดยนอร์ทเฮาส์และคณะซึ่งถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส ครอบคลุมสาระสำคัญในเรื่อง F-Family involvement การมีส่วนร่วมของครอบครัว O-Optimistic attitude เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจ ทศนคติทางบวก-การมองโลกในแง่ดี C-Coping effectiveness การค้นหาวิธีการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม U-Uncertainty reduction การให้ความรู้เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน S-Symptom management การจัดการและการดูแลตนเอง สื่อที่ใช้ประกอบด้วยวีดีโอ เทปเพลง และภาพพลิก กลุ่มทดลองทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจากนั้นเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวทั้งหมด 4 กิจกรรมในวันที่เข้ารับการรักษา เมื่อกลับบ้านมีการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตหลังทำกิจกรรมในวันที่มาตรวจตามนัดสัปดาห์ที่ 3 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ T-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมการพยาบาลครอบครัว โรคมะเร็งลำไส้ เคมีบำบัด ผู้ดูแลหลักในครอบครัว คุณภาพชีวิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีมากขึ้น และมีอัตราการตายสูงอย่างรวดเร็ว ในประเทศไทย มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ล่าสุด พ.ศ. 2552 พบว่าอัตราการตายเท่ากับ 88.3 ต่อประชากรแสนคน¹ ศูนย์มะเร็งอุดรธานีเป็นหนึ่งในสถานที่ทำการรักษาโรคมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้อย่างครบวงจร สำหรับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งของศูนย์มะเร็งอุดรธานี 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2552-2554 พบจำนวนผู้มารับบริการ

ที่เป็นมะเร็งรายใหม่ต่อปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นคือ 1,674; 1,698 และ 1,807 รายตามลำดับ การรักษาโรคมะเร็งปัจจุบันนี้มีหลายวิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษารวมถึงการใส่แร่ เคมีบำบัด อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีจำนวนมากที่สุดและเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติ 6 เดือนย้อนหลัง จำนวนผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน มีจำนวน 50 ถึง 90 คนต่อเดือน ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ มีมากที่สุดประมาณร้อยละ 30-40²

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร LV+5FU³ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3-5 วัน หลังจากผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดแล้วปัญหาที่เกิดขึ้นคือเกิดผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ผลกระทบด้านร่างกายจะพบอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ท้องเสีย ผิวหนังคล้ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ เป็นต้น ผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เช่นวิตกกังวลจากการรักษา กลัวความตาย เป็นภาระให้ลูกหลาน ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองลดลง บางรายที่เปิดลำไส้ที่หน้าท้องจะกังวลในเรื่องการดูแลทำความสะอาดลำไส้ การเปลี่ยนถุงรูดอุจจาระและเรื่องกลิ่น ขาดรายได้จากการลางาน เป็นต้น บุคคลสำคัญที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยคือครอบครัว เพราะครอบครัวมีความสำคัญในสังคมไทย มีความผูกพันในระบบเครือญาติ ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย⁴ ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นญาติสายตรง หรือมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต บทบาทในการดูแลผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือในทำกิจกรรมต่างๆทั้งด้านร่างกาย ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจซึ่งเป็นสิ่งที่ยาก⁵ ผลกระทบต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายเช่น อ่อนล้า ปวดหลัง นอนไม่หลับ ผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดศีรษะ หน้ามืดบ่อยครั้ง เป็นต้น ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล กลัวการสูญเสีย เบื่อหน่าย จากการศึกษาพบว่าเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงติดต่อกันมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมงต่อวันอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้⁶ จากการใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง⁷ กับผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 10 ราย พบว่า จำนวน 4 ราย มีความเครียดในระดับสูง ปัญหาด้านจิตวิญญาณ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งมีความต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจโดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา เช่นเข้าวัดฟังธรรม สวดมนต์ ไม่ได้เข้าร่วมเพราะต้องดูแลผู้ป่วย จากการศึกษา⁸ พบว่า ถ้าคนเราขาดกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง⁹ จากปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้นส่งผล

ต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสะท้อนถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ส่วนใหญ่จะสะท้อนความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁹

พยาบาลเป็นบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด แนวทางการพยาบาล ที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการฟื้นฟูจากการเจ็บป่วย การจัดการกับสิ่งแวดล้อม การจัดหาความสุขสบาย การสอน การให้ข้อมูล หรือกิจกรรมเสริมบำบัดทางการพยาบาล เช่น การดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด¹⁰ เป็นต้นยังมีการพยาบาลที่ช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาและเผชิญปัญหา Northouseได้ทำการศึกษาการพยาบาลแบบ FOCUS program เป็นการให้ข้อมูลและการสอน ควบคู่ไปพร้อมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัส และคณะ ครอบครัวมีความสำคัญในเรื่อง F-Family involvement การมีส่วนร่วมของครอบครัว O-Optimistic attitude เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจ ทศนคติทางบวก-การมองโลกในแง่ดี C-Coping effectiveness การค้นหาวิธีการเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม U-Uncertainty reduction การให้ความรู้เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน S-Symptom management การจัดการและการดูแลตนเอง Northouse^{11,12} ได้ทำการทดลองและวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ดูแลให้การดูแลไปพร้อมกัน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ผลข้างเคียงของเคมีบำบัดยังเกิดขึ้นได้หลังได้รับยาครบในแต่ละครั้งจนกระทั่งกลับบ้าน การเตรียมตัวเข้ารับเคมีบำบัดครั้งต่อไป และหลังครบการรักษาต้องมาตรวจอย่างต่อเนื่อง¹³ ผู้วิจัยจึงสนใจนำไปประกอบการพยาบาลครอบครัวตามแนวคิดของ Northouse^{11,12} นำมาทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ทุกด้าน โดยพยาบาลเป็นผู้ให้แนวทาง ผู้ป่วยและครอบครัวแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้นต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดและผู้ดูแลหลักในครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้การพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS program ตามแนวคิดของ Northouse^{11,12} โดยการสอนและการให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวไปพร้อมกัน โปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัส ครอบคลุมสาระสำคัญในเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทักษะคิดทางบวกการมองโลกในแง่ดี สร้างความหวัง การค้นหาวิธีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การให้ความรู้เพื่อลดความรู้สึกลังเลไม่แน่นอนให้ข้อมูลที่เหมาะสม และวิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวดีขึ้น คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภาวะความสบายของบุคคลนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต การศึกษาของ Ferrell¹⁴ แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคม และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ศึกษาและเหมาะสมเป็นเกณฑ์ในการวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงนำการพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS Program มาประยุกต์ใช้ สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ มีระยะของโรคระยะที่ 1-3 ไม่มีการแพร่กระจายของโรค อายุระหว่าง 35-60 ปี ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ขึ้นไปและผู้ดูแลหลักในครอบครัว 1 คน ที่ให้การดูแลตลอดการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วย อายุระหว่าง 20-60 ปี ที่เข้ารับการ

รักษาในตึกผู้ป่วยในศูนย์มะเร็งอุดรธานี ช่วงกลางเดือนมีนาคม 2555 ถึงกลางเดือนเมษายน 2555 เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือไม่ยินยอมหรือขอถอนตัวออกจากการทำวิจัยและถ้าเกิดการผิดปกติจากภาวะโรคหรือการรักษาขณะเข้าร่วมทำวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตจากงานวิจัยของ Northouse^{11,12} ใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน¹⁵ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ครอบครัวแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ครอบครัว ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะของโรค ครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด โรคประจำตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัวเพิ่ม สถานภาพความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวนเด็กที่ต้องดูแลในครอบครัวที่อายุต่ำกว่า 5 ปี

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว ดังนี้

2.1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วย Functional Assessment of cancer Therapy (FACT) สำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal Cancer Sub-scale) version 4 (FACT-C) นำฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวรรณี สิริเลิศตระกูล และคณะ¹⁶ นำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับงานวิจัย ประกอบด้วย 27 คำถามและคำถามเฉพาะโรคอีก 9 ข้อ และอีก 2 ข้อสำหรับผู้ที่มี colostomy มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาเท่ากับ 0.87 และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาหาความเที่ยงโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) 0.75

2.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ดัดแปลงแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Ferrell จากงานวิจัยของวัลภาครุฑแก้ว¹⁷ จำนวน 29 ข้อ



ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน นำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาเท่ากับ 0.91 และผู้วิจัยนำเครื่องมือมาหาความเที่ยงโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's coefficient alpha) 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วย ภายใต้อาการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และได้รับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2555

กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว ทำการทดสอบก่อนการทดลอง (Pre - test) โดยทำแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้ทราบก่อนวันทำกิจกรรม ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการไม่สบายสายจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ถ้ามีจะเลื่อนเวลาที่ทำกิจกรรมหรือเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ทำในวันถัดไป มี 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จับมือประสานรวมพลังในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัวสามารถหาจุดแข็งในครอบครัว ยอมรับกับปัญหาและแก้ไขปัญหโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเล่าถึง ความทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการต่าง ๆ ผลกระทบต่อตนเอง รวมถึงการแก้ไข ปัญหาเบื้องต้นที่เกิดขึ้น จับมือกันเพื่อให้กำลังใจกัน

กิจกรรมที่ 2 รู้โรค รู้การดูแลแก้ปัญหา ลดความรู้สึกไม่แน่นอน ให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลดูวิดีโอแผนการรักษาตามขอบเขตที่สามารถอธิบายได้ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและเคมีบำบัด และใช้ภาพพลิกอธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัดและวิธีการดูแลที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 3 ครอบครัวดีต้องมีคิดบวก สร้างทัศนคติที่ดีของครอบครัวและผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย การยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น สร้างกำลังใจในครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพูดคุยกันในเรื่อง ความดีงาม ความหวังใจของผู้ดูแลและผู้ดูแลได้พูดถึงความภาคภูมิใจในการที่ได้ดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 ผ่อนคลายชกนิตพิชิตโรค สร้างการเรียนรู้ในการแก้ปัญหา การปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน จัดการกับความเครียด ความกังวลที่เกิดขึ้นสามารถดำรงกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ฟังวิดีโอธรรมเทศนาของพระอาจารย์วัดป่าหนองกุงบูรพาวัลย์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เรื่องการรู้จักแก้ไขปัญหา ต่อสู้กับการเจ็บป่วย และฝึกการผ่อนคลาย โดยอยู่ในท่าที่สบายมีสมาธิ เปิดดนตรีบรรเลงเบา ๆ โดยให้ผู้ร่วมวิจัยอยู่ในความสงบ ไม่นึกถึงเรื่องใด ๆ

หลังจากทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านจะมีการติดตามโดยการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและครอบครัวในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ครั้งละ 30 นาที ทำการทดสอบหลังการทดลอง (Post - test) โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเป็นชุดเดียวกับ (Pre - test) ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 3

กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำการทดสอบก่อนการทดลอง โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต จะได้รับพยาบาลตามปกติ ตามปกติโดยการได้รับข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และแพทย์เจ้าของไข้ตามปกติ ได้รับการพยาบาลตามปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และทำการทดสอบหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดเดียวกับ ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่ และอัตราร้อยละ ข้อมูลการวัดคุณภาพชีวิตด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังทดลองโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุระหว่าง 36-60 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนใหญ่



อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 47 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน ร้อยละ 40 บทบาทหน้าที่ในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 53 โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 20 โรคความดัน ร้อยละ 13 ครั้งที่ของการได้รับเคมีบำบัด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 3-8 ร้อยละ 13 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 5 ร้อยละ 33 การวินิจฉัยโรคกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 2 ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นระยะที่ 2 ร้อยละ 47

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักในครอบครัว
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86 กลุ่มทดลองอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมอายุระหว่าง 42 -50 ปี ร้อยละ 33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา การประกอบอาชีพทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป/เดือน ร้อยละ 47 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 33 สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 40 เท่ากัน ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 60 โรคประจำตัวเป็นโรคความดัน ร้อยละ 20 และกลุ่มควบคุมเป็นโรคความดัน ร้อยละ 13 ในครอบครัวมีบุคคลอื่นที่เจ็บป่วยเรื้อรังและระดับการช่วยเหลือตนเองปานกลางกลุ่มทดลองมีร้อยละ 20 และกลุ่มควบคุมมีและระดับการช่วยเหลือตนเองปานกลาง ร้อยละ 13 ในครอบครัวทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีภาระต้องเลี้ยงดูเด็กอายุน้อยกว่า 5 ขวบ และในครอบครัวทั้งสองกลุ่มมีผู้พลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}=2.51$ และ 2.39 , $SD=.52$ และ $.66$) และ ($\bar{x}=3.90$ และ 3.47 , $SD=.30$ และ $.31$) เปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบค่าที (Pair t- test) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูง

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.46$, $p\text{-value}=0.05$) และ ($t=4.13$, $p\text{-value}=0.05$) ส่วนรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วย ด้านความผาสุกด้านสังคมก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}<0.05$) (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นคือการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาเช่น การดูแลผู้ป่วย รับรู้เกี่ยวกับผลการรักษา ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว แต่หน้าที่หลักของครอบครัวคือการเผชิญปัญหาเพื่อทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดการรักษา แต่จากผลการทดลองหลังได้รับการพยาบาลครอบครัวที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดมากขึ้น มีผลทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวมากขึ้นจึงทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาในครอบครัวได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น¹⁸ แต่คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วย พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) (ตารางที่ 1) เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมจากการต้องเข้ารับ การรักษาที่ยาวนานจะเห็นจากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดจำนวนหลายครั้ง ได้รับครั้งที่ 3-8 ร้อยละ 13 จากการศึกษาพบว่าเมื่อได้รับยาเคมีเป็นเวลานาน ย่อมเกิดผลข้างเคียงมากขึ้น¹⁹ ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและผู้อื่นลดลง แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างต่อเนื่องช่วยกันแก้ปัญหา ปัญหาจะเกิดขึ้นน้อยลง²⁰

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง สูงกลุ่มควบคุม ($\bar{x}=1.97$ และ 2.51 , $SD=.19$ และ $.52$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบค่าที (Independent t - test) พบว่าค่า



คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.00$, $p\text{-value}=0.05$) ส่วนรายด้านความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจและความผาสุกด้านจิตวิญญาณค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) แต่คะแนนเฉลี่ยด้านร่างกาย สังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลหลักในครอบครัวกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=3.90$ และ 3.51 , $SD=.31$ และ $.43$) เปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้วยการทดสอบค่าที (Independent t - test) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.88$, $p\text{-value}=0.05$) (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นถึงผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัว (FOCUS program) จากการศึกษาของ Northouse^{11,12} ได้สรุปในผลงานวิจัยของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว (FOCUS program) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมากพร้อมครอบครัวพบว่ามีความรู้ที่ถูกต้องกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวนี้เป็นการให้ข้อมูลและสอนผู้ป่วยพร้อมครอบครัวเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาไปพร้อมกันสะท้อนให้เห็นถึงการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวตามปกติ ถึงแม้จะได้รับข้อมูลเรื่องการรักษา การปฏิบัติตนแต่เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจทำให้การรับรู้ต่อการรักษาลดลง²¹ การได้รับการดูแลการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำให้มีคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้นได้²² และสอดคล้องกับการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยการแทรกหลักของการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัว เน้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็นจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้²³ ซึ่งการพยาบาลครอบครัวที่ผู้วิจัยใช้เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นเห็นอกเห็นใจกัน และส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันจึงสามารถลดปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวด้วยวิธีการ FOCUS program ไปใช้ในการปฏิบัติงานเป็นประจำ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานเนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ได้เกิดในระยะอันสั้น
2. การปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้งควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
3. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวไปพัฒนาสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลแบบต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำในทุกขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในศูนย์มะเร็งอุดรธานี ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวที่ช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. National Cancer Institute. Cancer Register in Thailand. [Online]. 2010. Available from: www.Nci.go.th/statisti.htm.
2. Cancer Register at Inpatient Department, Udonthani regional cancer center, 2010 Udonthani.
3. Ferrans CE. Quality of life through The Eyes of Survivors of Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum* 1994; 21(10): 1645-1651.
4. Dodd MJ, dibble SL. Predictor of concerns and coping strategies of cancer chemotherapy outpatient. *Applied Health and Nursing Research* 1996; 6 (1): 2-7.
5. Aapro MS, Molassiotis A, Olver I. Anticipatory nausea and vomiting. *Support care in cancer* 2005; 13: 117-121.
6. Bruckhardt CS. The impact of arthritis quality of life. *Nursing Research* 1995; 34: 11-16.



7. Schofield H. Family caregivers: Disability, illness and ageing. Australia: Victorian Health Promotion Foundation; 1998.
8. Yun YH, Rhee YS, Kang IO, et al. Economic burden and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology* 2005; 68: 107-114.
9. Linda LD. Building A Science of caring for caregivers. *Family and community Health* 1992; 15(2): 1-9.
10. Pornthip Pukahuta. The Effects of therapeutic prayer on anxiety and spiritual well-being in breast Cancer patients in diagnostic phase. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern division* 2012; 30(2): 122-130.
11. Northhouse LL, et al. Family-based program of care for women with recurrent breast cancer and their family members. *Oncology Nursing Forum* 2002; 22: 1211-1218.
12. Northhouse L, et al. Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology* 2005; 14: 478-491.
13. Van Gerpen R. Pathophysiology. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE, eds. *Oncology nursing*. 5th ed. St. Louis MO: Mosby Elsevier; 2007: 3-16.
14. Ferrell RB, Dow HK, Leigh S, Ly J, Gulasekeram P. Quality of life in long term Cancer survivors. *Oncology of Nursing Forum* 2005; 22: 915-922.
15. วิจิตร ศรีสุพรรณ. การวิจัยทางการพยาบาล: หลักการและแนวปฏิบัติ. เชียงใหม่: โครงการตำรา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
16. Suwannee Srilertakoon, et al. The reliability item-Total Correlation and Discrimination of The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale in Breast Cancer Patients, Colorectal cancer and Lung Cancer Patient in Thai Version. *Journal of Clinical of oncology* 2005; 11(3): 61-77.
17. Wallapha Krutkaew. Hardiness and Quality of life in HIV-Infection Person. (Thesis). Chaingmai: Chaingmai University; 1998.
18. Friedman MM. Families nursing: theory and assessment. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange: New York; 1992.
19. Rose MA, Clark-Alexander B. Quality of life and coping of HIV-positive women with children. *Janac* 1996; 7(2): 28-33.
20. Ferrans CE. Quality of life through the Eyes of Survivors of Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum* 1994; 21(10): 1645-1651.
21. Linda LD. Building A Science of caring for caregivers. *Family and community Health* 1992; 15(2): 1-9.
22. Chow E, Tsao MN, Harth T. Does psychosocial intervention Improve survival in cancer A meta-analysis. *Palliative Medicine* 2004; 18: 25-31.
23. Loke AY, Liu CF, Szeto Y. The Difficulties Faced by Informal Caregivers of Patients with Terminal Cancer in Hong kong and the Available Social Support. *Cancer Nursing* 2003; 26(4): 276 - 283.



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว

คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วย						
ด้านความผาสุกด้านร่างกาย	2.32	.089	2.47	.77	2.21	.04*
ด้านความผาสุกด้านสังคม	3.14	.63	3.19	.57	.83	.41
ด้านความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	2.14	1.2	2.44	1.0	3.91	.002*
ด้านความผาสุกด้านจิตวิญญาณ	2.23	.64	2.47	.50	2.98	.01*
คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย	2.39	.66	2.51	.52	1.46	.04*
คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ดูแลหลัก						
ด้านความผาสุกด้านร่างกาย	3.40	.41	3.79	.66	8.11	.001*
ด้านความผาสุกด้านสังคม	3.33	.36	3.83	.33	10.36	.001*
ด้านความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	3.43	.46	3.82	.42	5.84	.001*
ด้านความผาสุกด้านจิตวิญญาณ	3.71	.43	4.17	.37	12.88	.001*
คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลหลัก	3.47	.31	3.90	.30	4.13	.001*

*P<0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ป่วย						
ด้านความผาสุกด้านร่างกาย	2.47	.77	2.47	.49	-3.36	.02*
ด้านความผาสุกด้านสังคม	3.19	.57	2.62	.31	-.73	.001*
ด้านความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	2.44	1.0	2.23	.35	-3.67	.08
ด้านความผาสุกด้านจิตวิญญาณ	2.47	.50	1.94	.24	-2.49	.35
คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย	2.51	.52	1.97	.19	.00	.04*
คุณภาพชีวิตรายด้านของผู้ดูแลหลัก						
ด้านความผาสุกด้านร่างกาย	3.79	.41	3.48	.27	1.78	.008*
ด้านความผาสุกด้านสังคม	3.83	.36	3.43	.19	2.96	.006*
ด้านความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	3.82	.46	3.71	.21	3.02	.007*
ด้านความผาสุกด้านจิตวิญญาณ	4.17	.43	3.50	.19	3.63	.002*
คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลหลัก	3.90	.31	3.51	.43	3.88	.001*

*P<0.05



Effectiveness of a Family Nursing Program on the Quality of Life of Patients with Colorectal Cancer Receiving Chemotherapy and Their Primary Caregivers

Montika Prachakit M.N.S.*

Pimpa Sutra M.S.**

Abstract

The objective of this quasi experimental research was to study the effects of Effectiveness of a Family Nursing Program on the Quality of Life of Patients with Colorectal Cancer Receiving Chemotherapy and their Primary caregivers. The sample group were randomly selected consisted of patients admitted to the IPD of Udon thani regional cancer. Selection criteria were based on groups of 30 families the group was divided equally into two groups: experimental and control groups were 15, 15 families. The experimental groups received Family Nursing Program (FOCUS program).The program was developed by Northhouse et al. conceptually, this study was guided by a stress-appraisal model adapted from the work of Lazarus related about F-Family involvement, O-Optimistic attitude, C-Coping effectiveness, U-Uncertainty reduction and S- Symptom management. The material included video, tapes and manuals. The experimental groups before received intervention collected data by pre-test for quality of life scale for patients and their primary caregivers ,after out of hospital follow-up phone calls once a week (approx.30 min/call),finally received post-test at follow-up at week 3 .The control groups received usually care. The instruments consisted of interviewing questionnaire for general data, Quality of life scale for patients and families. Data were analyzed by percentage, standard deviation and t test.

The results were as follows: after experimental, experimental groups were found that the mean overall quality of life was higher than before statistically significant at 0.05 and were found that the mean overall quality of life was higher than control groups statistically significant at 0.05.

Keywords: family nursing program, colorectal cancer, family, chemotherapy, Quality of life

* Master of Nursing Science (Family Nursing), Faculty of Nursing , Khon Kaen University

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University