

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Predicting Factors of Quality of life among Patients with Terminal Cancer at Out-Patient Department of Hospitals in Medical Service Department, Bangkok Metropolitan and Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, พย.ม (Benchamart Trakoolngamden, M.N.S)*

สุภาวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, ศศ.ม. (Supawan Wongteerasup, M.A.)**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) จำนวน 110 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม ประสิทธิภาพการมีอาหาร และคุณภาพชีวิต ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 2 – 5 ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89, 0.88 0.96 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ

* อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

** อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16$, $SD = .35$) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรประสบการณ์การมีอาการ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อนำตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมดมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40.80 ($R^2 = .408$, $P < 0.05$) โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้สูงที่สุด รองลงมา คือประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Abstract

This descriptive research study aimed to investigate predictive factors for quality of life among patients with terminal cancer. The 110 research samples patients with terminal cancer who have taken services from the Out – patients department from the General Hospitals of Medical Service Department, Bangkok Metropolitan and Faculty of Medicine Vajira Hospitals, Navamindradhiraj University by mean of stratified random sampling. Data were obtained using interview based on demographic characteristics questionnaire; sense of coherence questionnaire, social support questionnaire, symptom experiences questionnaire, and quality of life questionnaire. These Instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Internal consistency reliability for each questionnaires tested

by Cronbach's alpha were 0.89, 0.88, 0.96 and 0.87, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's production - moment correlation, and Stepwise regression analysis. The findings revealed that patients with terminal cancer had moderate level of quality of life ($\bar{X} = 3.16$, S.D. = .35). The relationship between social support and sense of coherence showed positive significant with quality of life. However, the relationship between symptom experiences and admission time to hospital was negative significant with quality of life and duration of illness was not statistically correlated to quality of life. The Stepwise multiple regression analysis revealed that social support, symptom experiences, and admission time to hospital could predict 40.80% in quality of life ($R^2 = .408$, $P < 0.05$). Social support could significantly predict quality of life, followed by symptom experiences (in symptom severity dimension) and admission time to hospital. Whereas sense of coherence and duration of illness could not predict quality of life in patients with terminal cancer. Finding assist in developing nursing intervention or program that effectively promotes quality of life for patients with terminal cancer.

Keywords: quality of life, terminal cancer patients

บทนำ

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคม การเมือง และเทคโนโลยีของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเป็นศูนย์กลางการพัฒนาประเทศ ที่มีความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เพราะความเป็นเมืองที่น่ามาซึ่งโอกาส และมีความเป็นอยู่อย่างสะดวกสบาย มีช่องทางการประกอบอาชีพที่มากขึ้น การเดินทาง การติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว รวมถึงรูปแบบการท่องเที่ยวที่หลากหลาย ทำให้ประชากรหลั่งไหลเข้ามาพักอาศัยอย่างหนาแน่นรวดเร็ว

(สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล, 2556) ความหลากหลายของความเป็นเมืองดังกล่าว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม หรือผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภค ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนเมืองเปลี่ยนไปในทิศทางที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ การเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคระบาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ปัญญา ศรีเพ็ญจันทร์, 2549) รวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable diseases: NCDs)

ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคอ้วนลงพุง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ เป็นต้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยพบว่า อัตราการตายจากโรคมะเร็งต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2554 - 2558 เท่ากับ 95.20, 98.50, 122.60, 125.80 และ 133.40 ตามลำดับ

นอกจากนี้จากข้อมูลอัตราตาย 10 อันดับ จำแนกตามสาเหตุการตายของประชากร กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2549 - 2556 พบว่า สาเหตุการตายอันดับ 1 คือ โรคมะเร็งทุกชนิด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และเพิ่มมากที่สุดในปี พ.ศ.2556 โดยพบอัตราตายถึง 160.20 ต่อประชากรแสนคน (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, นธีรัตน์ ธรรมโรจน์ และ ชาดากานต์ ฝิโลประการ, 2559)

ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการลุกลามของโรค หรืออยู่ในระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตลดลง (Henoch et al., 2007) เนื่องจากต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงในทางเลวลง ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (กิตติกร นิลมานัต, 2555) และจากอาการรบกวนต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยพบว่า เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องบวม น้ำหนักลด และคลื่นไส้ ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถบ่งชี้ได้ว่าความตาย

ใกล้จะมาถึง (Price et al., 2013) ด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวล มีอารมณ์เศร้าและหงุดหงิดง่าย ด้านการทำหน้าที่ในสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การขาดงาน หรือการต้องลาออกจากงาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว (วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, 2552) และด้านจิตวิญญาณพบว่าผู้ป่วยจะมีความบีบคั้นทางจิตวิญญาณจากความไม่แน่นอนของโรค และการต้องเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2554) ทำให้รู้สึกไม่มั่นใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง หดห่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรค และไม่สามารถค้นหาความหมายของชีวิตได้ (Ferrell, 1998)

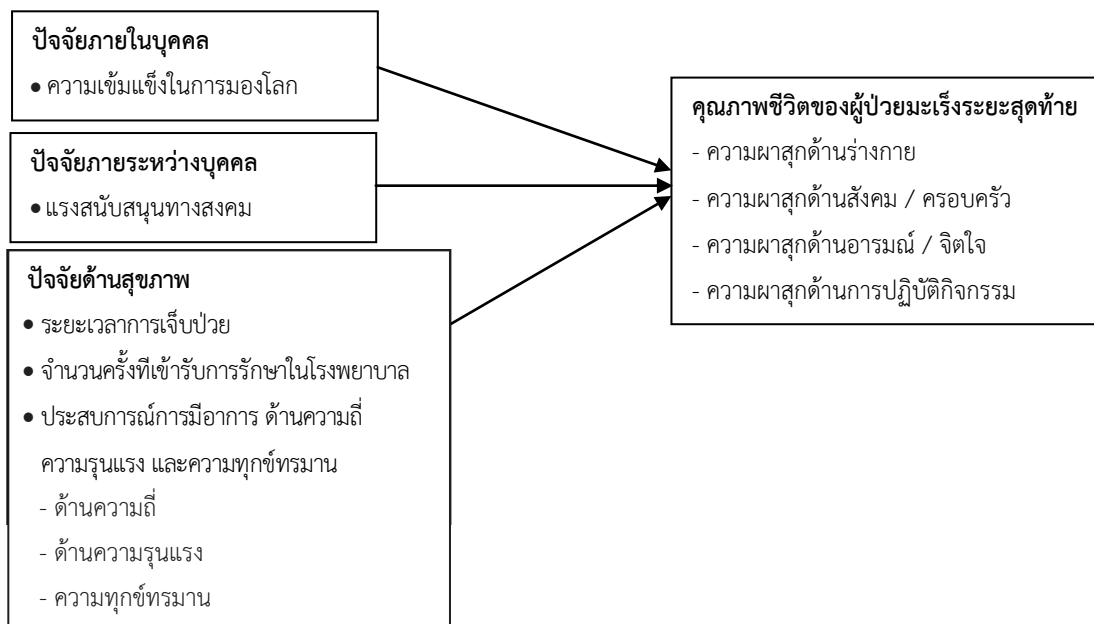
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น อย่างไรก็ตามปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ที่ไม่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงโดยกระบวนการทางการแพทย์ได้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม พบว่ามีปัจจัยที่พยาบาลสามารถวางแผน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ เช่น ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ

ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจะต้องมีความ
รู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ
ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน
กรุงเทพมหานคร และในพื้นที่ที่ประชากรมี
ลักษณะการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกับสังคมเมือง
ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต
สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ภายใต้สภาวะ
สุขภาพที่เปลี่ยนแปลง สามารถยอมรับและเตรียม
ตัวเผชิญกับความตายได้อย่างสงบสามารถยอมรับ
และเตรียมตัวเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร
คัดสรร ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก
แรงสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การมีอาการ
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความสามารถของตัวแปร
คัดสรรดังกล่าวในการร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การมีอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจายของโรคไปยังระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ที่สุ่มจากประชากรดังกล่าวข้างต้น โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Cohen 1992) จากการใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์การถดถอย (Cohen, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากร กำหนดโควตาตามจำนวนของผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกแต่ละโรงพยาบาล ทั้ง 9 แห่ง (รายละเอียดในตารางที่ 1) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พูดและฟังภาษาไทยได้ดี มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พ.ศ. 2558 และจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยต่อปี (ราย)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
1. เจริญกรุงประชารักษ์	26,575	35
2. ตากสิน	22,915	31
3. กลาง	12,760	16
4. สิรินคร	6,604	9
5. หลวงพ่อทวีศักดิ์ชุติน ธิโร อุทิศ	3,742	5
6. ราชพิพัฒน์	2,480	3
7. เวชการุณย์รัศมี	1,353	2
8. ลาตกระบังกรุงเทพมหานคร	1,418	2
9. คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล	5,250	7
รวม	83,087	110

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาล สิรินคร โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ วิทยาลัยการแพทย์ รุโรทิศ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี และโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร มีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 โรงพยาบาลดังกล่าว มาเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมที่คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช รวมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 28 ราย เนื่องจากเป็น โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษ จำนวน 3 ท่าน หาความเชื่อมั่นโดยการนำแบบสอบถาม ไปทดสอบ (try out) กับผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราธิราช ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 0.88 0.96 และ 0.87 ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพในครอบครัว

ผู้ดูแลหลักขณะเจ็บป่วย สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็ง ในการมองโลกของ Antonovsky (1987) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรณวดี พุฒวัฒนะ (2532) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถ ทำความเข้าใจ ด้านความสามารถบริหารจัดการ และความสามารถให้ความหมาย ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 8 ข้อ และคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนรวมสูงแสดง ว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกดีกว่าผู้ป่วย ที่มีระดับคะแนนต่ำกว่า

ส่วนที่ 3 คือ แบบสอบถามแรงสนับสนุน ทางสังคม ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) และดัดแปลง เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดย วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยแบ่งการสนับสนุน ทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ลักษณะคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 คือ แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS) สร้างโดย Portenoy และคณะ (1994) เป็นแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการที่ประกอบด้วย มิติย่อย ด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักขณ์ สุวิสิษฐ์ (Suwisith, 2007) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะคำตอบมิติด้านความถี่และความรุนแรง เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ โดยความถี่ 1 (เกิดขึ้นน้อยมาก) ถึง 4 (เกิดตลอดเวลา) และความรุนแรง 1 (รุนแรงน้อย) ถึง 4 (รุนแรงมากที่สุด) สำหรับการประเมินมิติด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับคือ 0 - 4 โดยความทุกข์ทรมาน 0 (ผู้ป่วยไม่รู้สึกทุกข์ทรมานเลย) ถึง 4 (ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุด) คะแนนประสบการณ์การมีอาการโดยรวมวิเคราะห์โดยหาผลรวมของแต่ละอาการในทุกมิติและหาค่าเฉลี่ย

สำหรับมิติด้านความถี่ของประสบการณ์การมีอาการ จะประเมินเพียง 24 อาการแรก Portenoy และคณะ ได้พัฒนา MSAS โดยละเว้นการประเมินความถี่ 8 อาการ ได้แก่ เจ็บปาก/ในช่องปาก ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง น้ำหนักลด ผอมร่วง ท้องผูก บวมบริเวณแขน/ขา มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม หรือ เปลี่ยนแปลงไป ผิวหนังหรือเล็บเปลี่ยนแปลง เนื่องจากอาการเหล่านี้จะคงอยู่เป็นเวลานานและรูปแบบการเกิดไม่สามารถ

ประเมินได้ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ที่พัฒนาโดย Cella และคณะ (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย วรชัย รัตนธรรธร และคณะ (Ratanatharathorn et al., 2001) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 27 ข้อ ครอบคลุมความผาสุกด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีเกณฑ์การประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 - 4 โดย 0 คะแนน (มีคุณภาพในชีวิตด้านนั้นน้อยที่สุด) ถึง 4 คะแนน (มีคุณภาพในชีวิตในด้านนั้นมาก) โดยคะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2558 จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช วันที่ 15 มีนาคม 2559 และ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร วันที่ 20 มิถุนายน 2559 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2559 และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพร้อมด้วยผู้ช่วยวิจัยชี้แจงรายละเอียดต่อกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาด้วยสถิติบรรยายในการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

3. ทำอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยมีตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การมีอาการทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติในด้านการกระจายแบบปกติ (normality) ความผิดปกติของข้อมูล

(outliers) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (homoscedasticity) และความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) พบว่า ไม่มีปัญหาละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.73 อายุเฉลี่ย 52.72 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.18 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.27 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.09 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 66.36 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้คิดเป็นร้อยละ 69.09 ผู้ดูแลหลักขณะเจ็บป่วยส่วนใหญ่ คือ สามี - ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 50.60 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 39.60 และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าคิดเป็นร้อยละ 68.18 กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.00 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.64 ระยะเวลาภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่

อยู่ในช่วง 1-12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 63.64 คะแนน ECOG อยู่ที่ 0 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 36.36 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.79 และโรคประจำตัวที่กลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 17.27 การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับตั้งแต่เจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ ได้รับยาเคมีบำบัดคิดเป็นร้อยละ 78.18 และ 87.27 ตามลำดับ

ความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

39.78 (SD = 6.11) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.30 (SD = 5.04) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีอาหารด้านความถี่ บางครั้ง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 (SD = 0.05) มีประสบการณ์การมีอาหารด้านความรุนแรง น้อยมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 (SD = 0.12) และไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.51 (SD = 0.54) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 (SD = 0.35) (รายละเอียดในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษาในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N=110)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	ระดับ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง)					
1 - 10 ครั้ง	48	43.64	-	-	-
11 - 20 ครั้ง	37	33.64	-	-	-
21 - 30 ครั้ง	17	15.45	-	-	-
31 - 40 ครั้ง	1	0.90	-	-	-
มากกว่า 40 ครั้ง	7	6.37	-	-	-
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (เดือน)					
1 - 12 เดือน	70	63.64	-	-	-
13 - 24 เดือน	17	15.45	-	-	-
25 - 36 เดือน	7	6.36	-	-	-
37 - 48 เดือน	2	1.82	-	-	-
49 - 60 เดือน	9	8.18	-	-	-
มากกว่า 60 เดือน	5	4.55	-	-	-
ความเข้มแข็งในการมองโลก	-	-	39.78	6.11	ระดับปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	-	-	29.30	5.04	ระดับสูง
ประสบการณ์การมีอาหารด้านความถี่	-	-	2.13	0.05	บางครั้ง
ประสบการณ์การมีอาหารด้านความรุนแรง	-	-	1.89	0.12	น้อยมาก
ประสบการณ์การมีอาหารด้านความทุกข์ทรมาน	-	-	0.51	0.54	ไม่ทุกข์ทรมาน

ตารางที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษาในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N=110) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD	ระดับ
คุณภาพชีวิต					
- ความผาสุกด้านร่างกาย	-	-	2.50	0.99	ต่ำ
- ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว	-	-	3.96	0.71	สูง
- ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	-	-	2.45	0.75	ต่ำ
- ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	-	-	3.64	0.88	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-	-	3.16	0.35	ปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .57$ และ $.28$ ตามลำดับ)

โดยที่ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง ส่วนประสบการณ์การมีอาการด้านความทุกข์ทรมาน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.53, -.49, -.48$ และ $-.34$ ตามลำดับ) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N = 110)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1.จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	1.00							
2. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.08	1.00						
3. ความเข้มแข็งในการมองโลก	-.28**	-.18	1.00					
4. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.30**	-.12	.25**	1.00				
5. ประสบการณ์การมีอาการด้านความถี่	.30**	.20*	-.51**	-.61**	1.00			
6. ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง	.17	.16	-.32**	-.65**	.60**	1.00		
7. ประสบการณ์การมีอาการด้านความทุกข์ทรมาน	.03	.24**	-.17	-.54**	.56**	.84**	1.00	
8. คุณภาพชีวิต	-.34*	-.050	.28**	.57**	-.49**	-.53**	-.48**	1.00

หมายเหตุ * $P\text{-value} < .05$, ** $P\text{-value} < .01$, two – tailed

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) แบบขั้นตอน Stepwise โดยใช้ตัวแปรทำนายทั้งหมด 7 ตัว ได้แก่ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์การมีอาการด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง และจำนวนครั้งที่เข้ารับการ

รักษาในโรงพยาบาล สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .408$) ($F = 24.335$, $P < .05$) โดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้สูงที่สุด ($\beta = .332$, $P < 0.05$) รองลงมา คือ ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง ($\beta = -.284$, $P < 0.05$) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ($\beta = -.192$, $P < 0.05$) ตามลำดับ โดยมี ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .639 ($R = .639$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ($N = 110$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta (β)	t	P-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.165	.285	.332	3.244	.002
ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง	-.179	.277	-.284	-2.865	.005
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	-.005	.271	-.192	-2.448	.016
Constant = 2.705, $R = .639$, $R^2 = .408$, $R^2_{adj} = .391$, $SE = .271$, $F = 24.335$, $p < .000$					

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สมการการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบค่าคะแนนมาตรฐาน (standardized score) คือ = 0.332 (แรงสนับสนุนทางสังคม) - 0.284 (ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง) - 0.192 (จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล) หรือแบบค่าคะแนน unstandardized score คือ = $2.705 + 0.165$ (แรงสนับสนุนทางสังคม) - 0.179 (ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง) - 0.005 (จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 40.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .408$) และตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .57$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้สูงที่สุด ($\beta = .332, P < 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อความเครียดและกระบวนการเผชิญกับความเครียดของบุคคล โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับความเครียดต่ำและสามารถเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาได้ดีกว่า ซึ่งจากการที่ได้สังเกตกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีสามี - ภรรยา หรือ บุตรของผู้ป่วยมาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย และบางรายที่สถานภาพสมรสหม้าย จะมีบุตรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และจากการพูดคุยสอบถามแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่าง

เล่าว่าตั้งแต่ตนเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ตนและครอบครัวได้มีโอกาสดูแลกันมากขึ้น ทำให้เข้าใจกันมากขึ้น เห็นอกเห็นใจกัน ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวอย่างดีที่สุด ทำให้เห็นถึงความรัก ความห่วงใยซึ่งกันและกัน และเมื่อตนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา จะได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวทุกครั้ง นอกจากนี้เมื่อมาพบแพทย์แต่ละครั้งจะได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองจากแพทย์และพยาบาลที่ให้คำแนะนำอย่างเต็มใจและเป็นประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า ยังเป็นที่ต้องการของบุคคลรอบข้าง มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายที่คุกคามชีวิต และมีความหวังที่จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (2544) พบว่า การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคคลรอบข้าง รวมไปถึงบุคลากรทางสาธารณสุข ทั้งด้านวัตถุ หรือสิ่งของ รวมไปถึงการให้การช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ การสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลหรือข่าวสารที่จะนำไปใช้ประโยชน์ และการสนับสนุนช่วยเหลือด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นการแสดงความรัก ความห่วงใย และความเห็นอกเห็นใจ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายไข้เจ็บเกิดความมั่นใจและปลอดภัยมากขึ้น (Schwarzer and Knoll, 2007)

ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง

ประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.53$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน ($\beta = -.284$, $P < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของแสงระวี แทนทอง อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2559) พบว่าการรับรู้อาการ ด้านความถี่ และความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P < .001$) จากการศึกษาของ Teshelman (2007) พบว่า ยิ่งระยะเวลาของการเหลือชีวิตน้อยลงผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการจะยิ่งเพิ่มขึ้นเท่านั้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 4 มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดำเนินของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งประสบการณ์การรับรู้อาการในกลุ่มตัวอย่างรายงานประสบการณ์การมีอาการในมิติด้านความรุนแรงของอาการใน 32 อาการ 5 ลำดับแรก ได้แก่ น้ำหนักลด ท้องผูก ลิ้นรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง รู้สึกเศร้าใจ มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อ

ความผาสุกด้านร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายอ่อนแอลง ขาดความทนทานต่อโรค เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ประสบกับปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว และกิจวัตรประจำวัน และทำให้คุณภาพชีวิตลดลงในที่สุด

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.34$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ($\beta = -.192$, $P < 0.05$) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 - 10 ครั้ง ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น อาจแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของโรคที่รุนแรงมากขึ้น และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเอง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยต้องปรับแผนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เข้ากับระเบียบต่างๆของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์ (2552) พบว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน จำนวนมากกว่า 4 ครั้งทำให้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำลง และพบว่าผู้ป่วยมักมีอาการท้อแท้จากอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้นด้วย

ความเข้มแข็งในการมองโลก

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .28$) สอดคล้องกับการศึกษาของมณี แสงแก้ว (2554) พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งรวมถึงโรคมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .25$) แสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีส่วนช่วยส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ถือว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเข้าใจและจัดการอย่างมีความหมายกับภาวะเครียดจากโรคและปัญหาต่างๆที่เผชิญจากโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและมีแหล่งที่คอยให้ความช่วยเหลือให้มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหา อาจช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้สามารถปรับตัวในขณะที่เจ็บป่วยและช่วงเวลาที่ยากลำบากในชีวิตขณะรับการรักษาให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และ มณฑา ลิ้มทองกุล, 2557) แต่เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นลักษณะภายในตัวของแต่ละบุคคล และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผลกับมโนทัศน์สุขภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 4 ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การรักษาที่ได้รับมีเป้าหมายเพื่อประคับประคองอาการ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1-10 ครั้ง (ร้อยละ 43.64) และบางรายมากกว่า 40 ครั้ง (ร้อยละ 6.37) รวมถึงระยะเวลาที่เหลือนอยู่ในชีวิตมีความไม่แน่นอน จึงอาจทำให้บั่นทอนความหวังและกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย รวมถึงความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญลดลง ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยภายหลังได้รับการวินิจฉัยอยู่ในช่วง 1-12 เดือน (ร้อยละ 63.64) ซึ่งการได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในระยะเวลาไม่นาน จะส่งผลให้การรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยและการเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง และยอมรับสถานการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปได้ไม่ตื่นตก ซึ่งผลลัพธ์ของการปรับตัว คือ คุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วย จากการศึกษาของ Bloom, Petersen and Kang (2007) พบว่า แม้การเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งจะเป็นสิ่งคุกคามชีวิต แต่เมื่อระยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวและเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยได้มากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยเมเร็งที่รอดชีวิตในระยะเวลาประมาณ 5 ปี หรือมากกว่านั้นจะรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตในระดับดีหรือดีมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมเร็งระยะสุดท้ายได้ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และเป็นที่ต้องการของบุคคลอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรเห็นความสำคัญของการคงไว้ซึ่งการให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ รวมถึงการให้คำแนะนำในการปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับระยะของโรคของผู้ป่วย เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นทางกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีความผาสุกด้านร่างกายและด้านอารมณ์/จิตใจในระดับต่ำ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมเร็งในวาระสุดท้ายของชีวิต

2. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมเร็งระยะสุดท้ายในด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ดังนั้นเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมเร็งระยะสุดท้ายได้ครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม จึงควรศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติจิตวิญญาณของผู้ป่วยเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นงลักษณ์ สรรสม. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, และมณฑา ลิ้มทองกุล. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 21(4), 85-93.
- ปัญญา ศรีเพ็ญจันทร์.(บรรณาธิการ). (2549). *เมืองสดใส หัวใจเพื่อสุขภาพ*, กรุงเทพฯ:สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- เพ็ญใจ จิตรนาทรัพย์. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร.
- มณี แสงแก้ว. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, นธีรัตน์ ธรรมโรจน์, และชาตากานต์ ฝิโลประการ. (2559). รายงานเบื้องต้นข้อมูลด้านสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- แสงระวี แทนทอง อำภพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย รักติวงศ์. (2559). ประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 5(1), 40 – 47.
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล. (2556). *แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร 12 ปี ระยะที่ 2 พ.ศ. 2556–2559*. กรุงเทพฯ.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2556: public health statistics 2013*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Bloom, J.R., Petersen, D.M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16, 691-706.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., & Harris, J. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3), 570-579.
- Cohen, J. (1992). Quantitative Methods in Psychology A power Primer. *Psychology Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Ferrell, B. R. (1998). Quality of life in breast cancer survivors: Implications for developing support services. *Oncology Nursing Forum*, 25(5), 887-895.
- Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson M., Gaston-Johansson, F., FAAN, & Danielson E. (2007). The impact of symptoms, coping capacity, and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(4), 370-379.
- Price, M. A., Bell, M. L., Sommeijer, D. W., Friedlander, M., Stockler, M.R., DeFazio, A., & Webb, P.M. (2013). Physical symptoms, coping styles and quality of life in recurrent ovarian cancer: A prospective population – based study over the last year of life. *Gynecologic Oncology*, 130, 162 – 168.
- Ratanatharathorn, V., Sirilerttrakul, S., Jirajarus, M., Silpakit, C., Maneechavakajom, J., Sailamai, P., & Sirisinha, T. (2001). Quality of life, functional assessment of cancer therapy-general. *Journal of Medical Association of Thailand*, 84, 1430 – 1442.
- Suwisith N. (2007). *Symptom clusters and their influences on the functional status of woman with breast cancer*. Doctoral dissertation, Mahidol University.
- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional role of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42, 243 – 252.
- Teshlman, C., Petersson, L., Degner, L. F., & Sprangers, M. (2007). Symptom prevalence, intensity, and distress in patients with inoperable lung cancer in relation to time of death. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 5381-5389.