

**ความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด**
**Distress and quality of life among family caregivers
of patients with advanced cancer undergoing chemotherapy**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2560

Volume 40 No.4 (October-December) 2017

รัตติยา ไชยชมพู พย.ม.^{*} อัมภาพร นามวงศ์พรหม Ph.D.^{**} น้าอ้อย กักตึงศ์ ส.ด.^{**}

Rattiya Chaichompoo M.N.S^{*} Ampaporn Namvongprom Ph.D.^{**} Nam-oy Pakdevong Dr.PH.^{**}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความทุกข์ใจ ระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างระดับความทุกข์ใจกับระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 88 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เครื่องมือคัดกรองความทุกข์ใจ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติ สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีความทุกข์ใจในระดับปานกลาง ปัญหาความทุกข์ใจ 5 อันดับแรกคือ ความกังวลใจ อ่อนเพลีย/อ่อนล้า เศร้า/เสียใจ การนอนหลับ และความหดหู่สะท้อนใจ และด้านคุณภาพชีวิตพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงดี อย่างไรก็ตามพบว่าความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กัน

คำสำคัญ: ความทุกข์ใจ คุณภาพชีวิต ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

Abstract

This descriptive cross – sectional research aimed to investigate distress level, quality of life level, and correlation between distress level and quality of life level of family caregivers of patients with advanced cancer undergoing chemotherapy. A purposive sample of 88 caregivers of patients receiving chemotherapy at OPD were recruited for this study and interviewed by the researcher. Instruments used to collect data comprised personal information sheet, distress thermometer, and WHOQOL-BREF-THAI. Data were analyzed by using descriptive statistics, and spearman rank correlation. Findings showed that family caregivers perceived distress at a moderate levels. Top five problem lists included worry, fatigue, sadness, sleep disturbance, and depression. Family caregivers reported overall and dimension of quality of life at a moderate to good level. Nevertheless, distress and quality of life were not significantly correlated.

keywords: distress ,quality of life, caregivers of patients with advanced cancer

^{*}Master Degree of Nursing Science student, Adult Nursing, School of Nursing, Rangsit University

^{**}Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

บทนำ

เป้าหมายของการรักษาโรคมะเร็งระยะลุกลาม คือ การบรรเทาอาการของโรคและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย เนื่องจากการรักษาโรคมะเร็งในระยะนี้ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคได้จากลักษณะของโรคที่มีความรุนแรงและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากเคมีบำบัดเป็นการให้ยาทางหลอดเลือดดำซึ่งส่งผลทั่วทั้งร่างกาย มีกลไกการออกฤทธิ์โดยไปยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง และในขณะเดียวกันเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกาย¹ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัดซึ่งอาการที่พบบ่อยคือ อาการง่วงซึม อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซาปลายมือปลายเท้า เยื่อบุช่องปากอักเสบ เป็นต้น² อาการของโรคร่วมกับอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานมากขึ้น นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะนี้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและมีความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น³ จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย^{1,4}

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความทุกข์ใจ (distress)⁴ ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะทุกข์ใจในระดับปานกลางถึงสูง⁵ ซึ่งความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นมักมีการดำเนินอย่างต่อเนื่องและมีระดับที่เพิ่มสูงขึ้นเมื่อการดำเนินของโรคของผู้ป่วยเข้าสู่ระยะลุกลาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีสุดท้ายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต⁶ ซึ่งความทุกข์ใจในระดับสูงนี้สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้⁷ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

ในแต่ละการศึกษา โดยมีบางส่วนรายงานว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงดี⁸ และมีส่วนหนึ่งรายงานว่าคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี⁷ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า ความทุกข์ใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลที่มีความทุกข์ใจในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ⁵

ข้อสรุปจากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นนี้ เป็นข้อสรุปที่ได้จากงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากประเทศไทยทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตความเป็นอยู่ และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ในสถานการณ์ของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันมีการคัดกรองความทุกข์ใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน เพื่อส่งต่อทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเข้ามาดูแลต่อเนื่องจากกรณีที่ผู้ป่วยมีคะแนนความทุกข์ใจในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับทุกข์ใจกับระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับบริการในแผนกเคมีบำบัดของโรงพยาบาล จุฬารัตน์ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่สอดคล้องกับบริบท และเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ และจัดโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความทุกข์ใจ และปัญหาความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความทุกข์ใจกับระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความทุกข์ใจในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งของ The National Comprehensive Cancer Network (NCCN)⁹ เป็นกรอบในการศึกษาความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแล ซึ่งตามแนวคิดนี้ความทุกข์ใจคือประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่น่าพึงพอใจที่มีอาการหลายอย่างรวมกัน ประกอบด้วยปัญหา 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาในชีวิตประจำวัน ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาด้านความเชื่อ/ ศาสนา/ จิตวิญญาณ ปัญหาในครอบครัว และปัญหาทางกาย ซึ่งความทุกข์ใจจะส่งผลกระทบต่อความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับโรคมะเร็ง อาการที่เกิดจากโรคมะเร็งและการรักษา ทั้งนี้ หากความทุกข์ใจอยู่ในระดับสูงและไม่ได้รับการแก้ไขความทุกข์ใจก็จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ World Health Organization (WHO)¹⁰ มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ด้วย ซึ่งตามแนวคิดนี้คุณภาพชีวิตคือ การรับรู้ของบุคคลต่อสถานะที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาได้ว่า ญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประสบการณ์นี้ในหลายกรณีส่งผลให้ญาติ

ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ และในขณะเดียวกันญาติผู้ดูแลยังประสบปัญหาความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งในด้านชีวิตประจำวัน ด้านอารมณ์ ด้านความเชื่อ/ ศาสนา/ จิตวิญญาณ ด้านครอบครัว และด้านร่างกาย เหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาระดับความทุกข์ใจ ระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างระดับความทุกข์ใจกับระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดที่เข้ารับบริการในแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่มี ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) scale ≤ 2 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน ไม่เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียงโดยใช้เวลานั่งหรือนอนบนเตียงน้อยกว่าร้อยละ 50 ของเวลาตื่น 2) เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเป็นประจำระหว่างการรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัด โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจและไม่ได้รับค่าตอบแทน 3) อายุ 20 ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสารด้วยการฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความทุกข์ใจกับระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลของ Fujinami และคณะ⁵ ได้ correlation coefficient = $-.385$ กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 และ power of analysis = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย¹¹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน

ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล 2) เครื่องมือคัดกรองความทุกข์ใจ พัฒนาโดย NCCN⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดย กุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์และคณะ¹² ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) พรอทวัดระดับความทุกข์ใจ ซึ่งมีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับคือ ทุกข์ใจระดับต่ำ (0-3 คะแนน) ทุกข์ใจระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และทุกข์ใจระดับสูง (7-10) โดยคะแนนที่น้อยหมายถึง มีความทุกข์ใจในระดับต่ำ ส่วนคะแนนที่มากหมายถึง มีความทุกข์ใจในระดับสูง ทั้งนี้ตามแนวทางของ NCCN จะมีการส่งต่อให้กับทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามาให้การประเมินและดูแลอย่างต่อเนื่องกรณีที่ได้รับผลการประเมินมีคะแนนความทุกข์ใจมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน และ 2) ปัญหาความทุกข์ใจ ประกอบด้วยปัญหาจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาในชีวิตประจำวัน ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาด้านความเชื่อ/ ศาสนา/ จิตวิญญาณ และปัญหาทางกาย รวมทั้งสิ้นจำนวน 35 ปัญหา โดยให้ตอบว่ามีหรือไม่มีปัญหานั้น กำหนดให้ 0 คะแนนคือ ไม่มีปัญหา และ 1 คะแนนคือ มีปัญหา การแปลผลใช้คะแนนรวมจำนวนปัญหาซึ่งมีตั้งแต่ 0 ถึง 35 คะแนน โดยคะแนนที่มากหมายถึง มีปัญหาความทุกข์ใจมาก คะแนนรวมที่น้อยหมายถึง มีปัญหาความทุกข์ใจน้อย งานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาเปรียบเทียบเครื่องมือคัดกรองความทุกข์ใจกับเครื่องมือ HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานพบว่า เครื่องมือคัดกรองความทุกข์ใจฉบับภาษาไทยมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 70 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 86 ค่าพยากรณ์ผลบวก ร้อยละ 63 และค่าพยากรณ์ผลลบ ร้อยละ 89¹² และ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ¹³ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ การแปลผลคุณภาพชีวิตโดยรวมจะใช้ผลคะแนนของทุกข้อคำถามรวมกัน ซึ่งจะมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน จากนั้นเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของเครื่องมือที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากการนำเสนอผลคะแนนในรูปแบบคะแนนเฉลี่ยรวมทั้งหมดซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมแล้ว ยังสามารถนำเสนอคะแนนแบบแยกองค์ประกอบ ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การแปลผลจะใช้คะแนนรวมของข้อคำถามในด้านนั้นและเทียบคะแนนตามเกณฑ์ของเครื่องมือ ส่วนคำถามข้อที่ 1 และข้อที่ 26 เป็นตัวชี้วัดในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพกายโดยรวม จะไม่คิดคะแนนรวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน โดยมีการให้คะแนนเป็น 1-5 คะแนนตามลำดับ จากนั้นคำนวณค่าเฉลี่ยของรายข้อเทียบกับเกณฑ์เพื่อให้แปลผลเป็น 3 ระดับคือ ไม่ดี ปานกลาง และดี ด้านคุณภาพของเครื่องมือ งานวิจัยที่มีมาก่อนได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคพบว่า มีค่าเท่ากับ 0.84¹³ และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของแบบวัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.93 และในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย มีค่าเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยรังสิตเลขที่ ID 60361005 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬารัตน์เลขที่ 019/2560 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2560 โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและหนังสือ

รับรองการผ่านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ หัวหน้าหน่วยเคมีบำบัด เพื่อชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อของผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์จากระบบนัดหมายของโรงพยาบาลก่อนวันนัดจริง 1-2 วัน และทำการวางแผนเพื่อเข้าพบผู้ป่วย

3) วันที่เข้าพบผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยโดยสังเขป จากนั้นขออนุญาตตรวจสอบคุณสมบัติของญาติโดยการสอบถามข้อมูลเบื้องต้น และดำเนินการเก็บข้อมูลจากญาติที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ โดยทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความทุกข์ใจ ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความทุกข์ใจกับระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สถิติ spearman rank correlation

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1) ลักษณะของญาติผู้ดูแลญาติผู้ดูแลจำนวนทั้งหมด 88 ราย มีอายุระหว่าง 21-75 ปี (mean= 46.07, SD= 13.39) โดยร้อยละ 82.95 เป็นวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 57.95 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.09 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 68.18 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.64 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.23 มีบุตรและจำนวนบุตรอยู่ระหว่าง 1-5 คน (mode = 2) จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 1-8 คน (mode = 4) ร้อยละ 71.60 ของญาติผู้ดูแลเป็นบุคคล

ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ได้แก่ บุตร สามี ภรรยา และมารดา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.05 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยมาก่อน ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 16.51 เดือน (SD=19.64) ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระดับปานกลาง (mean = 6.07, SD= 2.59) โดยร้อยละ 48.86 มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับมาก 2) ลักษณะของผู้ป่วยที่ญาติให้การดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้งหมดจำนวน 88 ราย มีอายุระหว่าง 35-82 ปี (mean = 60.51, SD= 10.14) ร้อยละ 50 เป็นวัยผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีและโรคมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 87.50 ได้รับการรักษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วิธี โดยผู้ป่วยทั้งหมดเคยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 61.38 ของผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเฉลี่ย 14.92 เดือน (SD = 20.01) โดยร้อยละ 43.18 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยน้อยกว่า 6 เดือน

ความทุกข์ใจ และปัญหาความทุกข์ใจ

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคะแนนความทุกข์ใจเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (mean= 4.97, SD= 3.16) ซึ่งตามแนวทางของ NCCN คะแนนความทุกข์ใจตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปถือว่าเป็นความทุกข์ใจในระดับสูงและต้องได้รับการส่งต่อให้กับทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามาให้การช่วยเหลือ⁹ โดยพบว่าญาติผู้ดูแลร้อยละ 69.32 มีความทุกข์ใจในระดับปานกลางถึงสูงการศึกษาปัญหาความทุกข์ใจในครั้งนี้ มีการแบ่งปัญหาออกเป็น 5 ด้าน รวมจำนวนปัญหาทั้งสิ้น 35 ปัญหา ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีจำนวนปัญหาเฉลี่ย 4.80 ปัญหา (SD= 3.46) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยปัญหาแต่ละด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลมีปัญหาด้านอารมณ์สูงสุด (mean= 2.11, SD= 1.85) รองลงมาคือ ปัญหาด้านร่างกาย (mean=1.88, SD=1.86)

และปัญหาในชีวิตประจำวัน (mean= 0.57, SD= 0.81) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกของญาติผู้ดูแล ได้แก่ กังวลใจ อ่อนล้า เสร้า/เสียใจ มีปัญหาการนอนหลับ และหุดหู่/สะเทือนใจ ซึ่งเป็นปัญหาในด้านอารมณ์และปัญหาทางกายรวมกัน

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean= 97.99, SD= 9.24) โดยพบว่า ร้อยละ 56.82 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และร้อยละ 43.18 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตแต่ละด้านในระดับปานกลาง ถึงดี โดยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับดี ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทาง

สังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทำการวิเคราะห์เฉพาะคำถามข้อที่ 1 และข้อที่ 26 ของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวม (ชีวิตความเป็นอยู่) ในระดับปานกลาง (mean = 3.82 , SD= 0.74) ส่วนความพึงพอใจพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean= 3.40, SD= 0.58)

ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิต ผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลคะแนนความทุกข์ใจ และคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่าการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติ spearman rank correlation ซึ่งพบว่า ความทุกข์ใจไม่มีความสัมพันธ์กันกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (p >.05) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ด้วยสถิติ spearman rank correlation

ตัวแปรต้น	คะแนนคุณภาพชีวิต (Correlation coefficient, r)				
	โดยรวม	ด้านสุขภาพกาย	ด้านจิตใจ	ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	ด้านสิ่งแวดล้อม
คะแนนความทุกข์ใจ	-.068 ^{NS}	.010 ^{NS}	-.190 ^{NS}	-.144 ^{NS}	-.031 ^{NS}

NS = not significant

อภิปรายผล

ความทุกข์ใจ และปัญหาความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความทุกข์ใจในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยที่มีมาก่อนที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความทุกข์ใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง^{5,7} แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

มะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งการที่ญาติผู้ดูแลมีความทุกข์ใจเฉลี่ยในระดับปานกลางนี้ อาจเนื่องมาจากญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยพบว่าร้อยละ 71.60 ของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร สามิ/ภรรยาและมารดา ซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักและเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเห็นอกเห็นใจ และมีความรู้สึกเป็นทุกข์ร่วมกับผู้ป่วย ในด้านการรับ

รู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดกับผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยเฉลี่ย 6.07 คะแนน จาก 10 คะแนน ซึ่งเป็นการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในด้านความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกับความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแลพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแล ($r = .300$, $p = .005$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนที่พบว่า ญาติที่รับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากจะมีความทุกข์ใจในระดับสูง⁶ นอกจากนี้ การมีภาระด้านครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความทุกข์ใจในระดับที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยพบว่าญาติผู้ดูแลร้อยละ 82.95 ยังประกอบอาชีพ สถานภาพสมรสคู่และมีบุตร แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลอยู่ในช่วงวัยที่กำลังสร้างฐานะและความมั่นคงในครอบครัวซึ่งมีบทบาทและความรับผิดชอบหลายอย่างในเวลาเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาระทางด้านครอบครัวจะมีระดับความทุกข์ใจสูงกว่า⁵ นอกจากนี้ ปัญหาความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลมีปัญหาเกือบทุกด้าน โดยพบปัญหาด้านอารมณ์มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์เป็นปัญหาที่สำคัญของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม⁴

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี อาจเป็นไปได้ที่ว่าผู้ป่วยที่ญาติให้การดูแลยังสามารถในการดูแลตนเอง ต้องการการช่วยเหลือเพียงบางส่วนเท่านั้น (ECOG ≤ 2) ระยะเวลาที่ญาติให้การดูแลส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 68.18) และได้รับการสนับสนุนในระดับดี ซึ่งจะเห็นได้จากมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน และร้อยละ 61.36 ใช้สิทธิการรักษาจากสวัสดิการภาครัฐ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนที่พบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับปานกลางถึงดีรวมทั้งการมีภาระค่าใช้จ่ายที่ต่ำ มีความเข้มแข็งในครอบครัว และได้รับการสนับสนุนที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁴ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยบางส่วนที่พบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับต่ำ^{4,7}

ความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กัน อาจเป็นไปได้ที่ว่าความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแลที่เป็นตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่มีสาเหตุมาจากด้านอารมณ์ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว โดยสามารถเพิ่มขึ้นหรือลดลงสู่ระดับปกติได้ในระยะเวลาที่สั้นตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งหากมีการใช้แนวทางแก้ไขที่เหมาะสมระดับความทุกข์ใจจะลดลงและกลับสู่ภาวะปกติได้ในเวลาอันสั้น ซึ่งอาจไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่หากไม่สามารถแก้ไขได้ความทุกข์ใจจะส่งผลกระทบต่อบุคคลในระยะยาวซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁹ นอกจากนี้ ถึงแม้ญาติผู้ดูแลมีความทุกข์ใจในระดับปานกลางซึ่งเป็นระดับที่ต้องได้รับการส่งต่อให้ทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามาให้การดูแล แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระบบสนับสนุนที่ดีจึงทำให้ความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวของญาติผู้ดูแล¹⁴ แตกต่างจากการศึกษาที่มีมาก่อนของ Fujinami และคณะ⁵ ที่พบว่าความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความสัมพันธ์กันทางลบ กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลที่มีความทุกข์ใจในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี อย่างไรก็ตาม แม้ผลการวิจัยจะพบว่า ความทุกข์ใจไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด แต่เมื่อพิจารณา

ผลวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ความทุกข์ใจมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($r = -0.190$, $p = .076$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากความทุกข์ใจไม่ได้รับการแก้ไขก็อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของญาติผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดมีความทุกข์ใจในระดับที่ต้องได้รับการส่งต่อให้ทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามาให้การดูแลช่วยเหลือ ดังนั้น ในทางปฏิบัติควรมีระบบการคัดกรองความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแลควบคู่ไปกับการประเมินปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลควรเข้ามามีบทบาทในการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในเบื้องต้น โดยให้การพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวกับความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมกับระดับความทุกข์ใจของญาติผู้ดูแล ได้แก่ การสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียด การส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาจากการจัดกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งควรมีการส่งต่อให้ทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเข้ามาให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติผู้ดูแลที่มีความทุกข์ใจในระดับสูง (distress score > 7 คะแนน) ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาความทุกข์ใจของญาติแบบติดตามไปข้างหน้า และควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับญาติผู้ดูแลในบริบทของสังคมไทย เนื่องจากการศึกษเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย

References

1. American Cancer Society. Advanced cancer [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2017 [updated 2017; Cited 2017 May 17th]. Available from <https://www.cancer.org/acs/>

- groups/cid/documents/webcontent/003082-pdf.pdf
2. Kim HS, Kim M, Lee SH. Symptom clusters in Korean patients with metastatic cancer undergoing palliative chemotherapy. *JHPN* 2016; 4: 292-9.
3. Makmai S, Siriyankul C, Siriyankul T. Common symptoms and need of advanced cancer patients before discharge from hospital: case study of Phrae hospital. *Thai Cancer Journal* 2013; 4: 132 - 45. (in Thai)
4. Northouse LL, Mood DW, Montie JE, Sandler HM, Forman JD, Hussain M, et al. Living with prostate cancer: patients, and spouses, psychosocial status and quality of life. *J Clin Oncol* 2007; 27: 4171-7.
5. Fujinami R, Sun V, Zachariah F, Uman G, Grant M, Ferrell B. Family caregivers, distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho-Oncology* 2015; 1: 54-62.
6. Burrige LH, Barnett AG, Clavarino AM. The impact of perceived stage of cancer on carers, anxiety and depression during the patients, final year of life. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 615-23.
7. Miguel I, Moreira A, Freire J. Burden, quality of life and distress of the main caregiver in head and neck, cervix and rectal cancer patients. *J Cancer Res Ther* 2017; 3: 2017-3.
8. Nayak MG, George A, Vidyasagar MS, Kamath A. Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 2014; 2: 70-5.
9. National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines

- in oncology. JNCCN 2010; 4: 448-85.
10. World Health Organization. WHOQOL- BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [updated 2014; Cited 2017 Feb 25th]. Available from http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
 11. Norwood SL. Research strategies for advanced practice nurse. New Jersey: Preution Hall Health; 2000.
 12. Laurujisawat P, Jetiyanuwat S. Validity of the Thai version of the distress thermometer. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2013; 3: 257 - 70. (in Thai)
 13. Mahatnirunkul S, Tantipiwattanasakul V, Pumpaisanchai V, Vongsuwan K, Pornmanarungkul R. WHOQOL- BREF-THAI [Internet]. 2012 [updated 2012; Cited 2017 Jan 12th]. Available from <http://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf> (in Thai)
 14. Meecharoen W, Sirapo-ngam Y, Monkong S, Oratai P, Northouse LL. Factors influencing quality of life among family caregivers of patients with advanced cancer: a causal model. Pacific Rim Int J Nurs Res 2013; 4: 304-16.