

การดูแลสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับบริการ  
ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี  
HEALTH CARE AFFECTING THE QUALITY OF LIFE AMONG  
CANCER PATIENTS AT CHONBURI CANCER HOSPITAL

อนัญญา ปิ่นแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ธันวาคม 2559  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ อนัญญา ปิ่นแก้ว ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

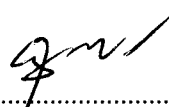
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิสูตร ตันวัฒนกุล)

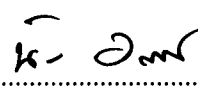
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

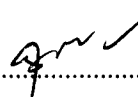
  
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เรณูมาศ มาอูน)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิสูตร ตันวัฒนกุล)

  
.....กรรมการ  
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์)

  
.....กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

คณะสาขารัฐศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิสูตร ตันวัฒนกุล)

วันที่ 30 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์และคฤณีพนธ์จากมหาวิทยาลัยบูรพา  
ประจำปีงบประมาณ 2559

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก อาจารย์ รัช.ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งท่านทั้งสองได้ให้ความกรุณา เสียสละเวลา อันมีค่าในการให้ข้อเสนอแนะ คอยช่วยเหลือให้คำปรึกษา ให้กำลังใจสนับสนุน แนะนำแนวทางการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดี เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้ด้วย

การศึกษานี้จะสำเร็จลงไม่ได้หากไม่ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาและอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวก ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาตอบแบบสอบถามในการศึกษานี้

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์และคุณิพนธ์สำหรับนิสิตชาวไทย งบประมาณรายจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินและงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอขอบพระคุณผู้ให้ทุน ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ แนวความคิดและวิธีการศึกษา หาแหล่งข้อมูลความรู้ในระหว่างการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นเรียนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา และขอขอบคุณบุคคลในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจให้การช่วยเหลือและสนับสนุน ความดีและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดา มารดา คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้การอบรมสั่งสอน ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา

อนันฐมา ปิ่นแก้ว

57920370: สม. (สาขารณสุขศาสตร์)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ การดูแลสุขภาพ/ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อนันตมา ปิ่นแก้ว: การดูแลสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (HEALTH CARE AFFECTING THE QUALITY OF LIFE AMONG CANCER PATIENTS AT CHONBURI CANCER HOSPITAL) คณะกรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์: วสุธร ต้นวัฒนกุล; Ph.D., บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ; พธ.ด., 115 หน้า, ปี พ.ศ. 2559.

โรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วย การเสียชีวิต รวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (Burden Disease) ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่อย่างมาก ทำให้ประชากรไทยสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษทั้งจากบุคลากรที่ดูแลรักษา ญาติพี่น้องและของตัวผู้ป่วยเองที่มีต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น จึงต้องศึกษาการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากร จากญาติพี่น้อง และการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และผลของการดูแลที่มีต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด, รังสีรักษา, เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด ณ เวลานั้น และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามนัดโดยเป็นผู้ป่วยเก่าที่ได้รับการรักษาแล้วทั้งสิ้น 200 คน ข้อมูลเก็บด้วยแบบสอบถามโดยนำไปส่งเองแล้วรับกลับ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละรายข้อ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 70.0 เป็นผู้หญิง อายุเฉลี่ย  $53.8 \pm 12.3$  ปี รู้ว่าเป็นโรคมะเร็งมาแล้วเฉลี่ย  $8.7 \pm 10.1$  เดือน โดยส่วนมากเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งศีรษะและลำคอร้อยละ 30.5, 21.5 และ 20.0 ตามลำดับ พบในระยะ 2 สูงสุด รองลงมาระยะ 3, 1 และ 4 ร้อยละ 32.0, 26.0, 9.0 และ 24.0 ตามลำดับ อยู่ระยะการรักษารังสีรักษาสูงสุด รองลงมารังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด เคมีบำบัด และผ่าตัด ร้อยละ 58.0, 25.0, 10.0 และ 7.0 ตามลำดับ ผู้ป่วยตอบว่า ได้รับการดูแลรักษาอย่างดีมากจากบุคลากรร้อยละ 58.5 จากญาติพี่น้องร้อยละ 76.0 และการดูแลตนเองร้อยละ 74.0 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมสูงสุด รองลงมาทางจิตใจ ทางร่างกาย และทางสังคมร้อยละ 74.4, 71.7, 71.6 และ 67.6 ตามลำดับ และโดยรวมนั้นผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 41.0 การดูแลสุขภาพจากบุคลากร จากญาติพี่น้อง และจากการดูแลตนเอง ระยะโรค และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการดูแลตนเอง (X3) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งมากที่สุด รองลงมาเป็นการดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) และการดูแลทั้งสองมีผลเชิงบวก ส่วนระยะโรค (X4) และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) มีผลเชิงลบ และมีผลมากเรียงกันตามลำดับ โดยปริมาณความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตร้อยละ 16.0, 3.8,

28.8, 2.3 และ 5.0 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.629 โดยร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ร้อยละ 38.3 โดยการดูแลสุขภาพตนเองมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด รองลงมาเป็นการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ระยะเวลาเป็นโรคมะเร็ง และระยะเวลาที่ทราบการเป็นโรคมะเร็ง ตามลำดับ

จากผลการวิจัยหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัว พัฒนานโยบายด้านโรคมะเร็งเชิงรุก เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการให้เป็นเลิศ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

57920370 : M.P.H. (PUBLIC HEALTH)

KEYWORDS : QUALITY OF LIFE/ HEALTH CARE/ CANCER PATIENTS

ANATTACHA PINKAEW: HEALTH CARE AFFECTING THE QUALITY OF LIFE AMONG CANCER PATIENTS AT CHONBURI CANCER HOSPITAL. ADVISORY COMMITTEE: VASUTON TANVATANAKUL, Ph.D., BOONTHAM KIJPREEDARBORISUTHI, Ph.D., 115 P. 2016.

Cancer is a illnesses problem, Death include Burden Disease problem both the disease and the treatment which affect the lives and well-being very seriously. Affected population Thailand quality of life. It should receive special care from the medical providers, their relatives and self-care. Therefore, this study was to determine the effects of health care from medical providers, their relatives and the patients themselves on the quality of life in the cancer patients. The sample consisted are cancer patients at chonburi cancer hospital treatment by surgery, radiation, chemotherapy and radiotherapy with chemotherapy at that time of 200 cancer patients who received a treatment. Data were collected by sending a questionnaire to the patients answer and analyzed by percentage, mean, standard deviation and stepwise multiple regression analysis.

The study indicated that most of the patients 70.0 % were women, mean age  $53.8 \pm 12.3$  years, that is a cancer on average  $8.7 \pm 10.1$  months, that most of the patients of them were breast cancer, cervical and head and neck was 30.5, 21.5 and 20.0 %, respectively. The second stage the highest, followed by stage 3, 1 and 4 of 32.0, 26.0, 9.0 and 24.0 %, respectively, and are in keeping with the highest radiation treatment, followed by radiotherapy with chemotherapy and surgery 58.0, 25.0, 10.0 and 7.0 %, respectively. The most of the patients told that they received health care very good from medical providers 58.5 %, from their relatives 76.0 %, and from self-care 74.0 %, had quality of life in environment, mental, physical and in social relationships 74.4, 71.7, 71.6 and 67.6 %, respectively and the quality of life by overall was good level 41.0. Health care from medical providers, their relative and self-care, stage of illness and the time to know sick correlated with patients' quality of life. Influential the highest Health care from self-care (X3), followed by from medical providers (X1) and affected their quality of life positively, but stage of illness (X4) and the time to know sick (X5) affected their quality of life negatively, which had given beta weight respectively. Their quality of life were correlation 16.0,

3.8, 28.8, 2.3 and 5.0 %, respectively, and correlation 0.629 Their quality of life were correctly predicted from these factors 38.3 %. Influential the highest Health care from self-care affecting the quality of life, followed by from medical providers stage of illness and the time to know sick, respectively.

The Research use health promotion for health care very good from self-care. Learning activities from self-care and their relatives. policy development proactive cancer detection and excellence service for cancer patients quality of life improved.



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ช
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ณ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
สมมติฐานของการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่จะได้รับ.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
สถานการณ์และปัญหาของโรคมะเร็ง .....	9
การบริการรักษาโรคมะเร็ง .....	11
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง .....	13
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง .....	18
แนวคิดและทฤษฎีการดูแลแบบประคับประคอง .....	26
คุณภาพชีวิต.....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
รูปแบบการวิจัย .....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	41
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล .....	41

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ (ต่อ)	
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	46
การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง .....	48
4 ผลการวิจัย .....	49
ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง .....	49
ข้อมูลส่วนบุคคล .....	51
การดูแลสุขภาพจากบุคลากร .....	54
การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง .....	56
การดูแลสุขภาพตนเอง .....	58
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง .....	61
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา .....	65
ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต .....	66
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	68
สรุปผลการวิจัย.....	68
อภิปรายผล .....	74
ข้อเสนอแนะ.....	76
บรรณานุกรม .....	77
ภาคผนวก .....	80
ภาคผนวก ก.....	81
ภาคผนวก ข.....	83
ภาคผนวก ค.....	92
ภาคผนวก ง .....	100
ภาคผนวก จ .....	109
ภาคผนวก ฉ .....	111
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	115

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่พบมากในหญิงและชาย 5 อันดับ ปี 2547 ถึง 2556..... 10
2	จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นตัวอย่างจำแนกตามวันรับบริการและวิธีการรักษา ..... 40
3	การกำหนดตัวแปร ข้อมูล เนื้อหาและตัวชี้วัด..... 43
4	จำนวนกลุ่มทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพจำแนกตามวันรับบริการและวิธีการรักษา..... 45
5	คะแนนความถี่ของระดับคุณภาพชีวิตแบ่งตามองค์ประกอบ ..... 47
6	องค์ประกอบตัวแปรคุณภาพชีวิตรายชื่อ ..... 50
7	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลา ที่รู้ถึงการเจ็บป่วย ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง และวิธีการรักษา ..... 52
8	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ..... 54
9	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ..... 56
10	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามการดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง ..... 57
11	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง..... 58
12	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามการดูแลสุขภาพตนเอง ..... 59
13	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการดูแลสุขภาพตนเอง..... 60
14	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย และทางสังคม ..... 62
15	จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิตและคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้ป่วยจำแนก ตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ..... 65
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกตามตัวแปร ..... 66
17	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจำแนกตาม รูปแบบ ..... 67

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	4
2 แนวคิดของการให้ Palliative Care .....	27
3 แผนภาพการสู่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการศึกษา.....	39

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วย การเสียชีวิต รวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (Burden Disease) ทำให้ประชากรไทยสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556) ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สถิติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในปี 2556 พบจำนวน 1,927 ราย ในปี 2557 พบจำนวน 2,111 ราย และในปี 2558 พบจำนวน 2,248 ราย ในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ในปี 2553 พบจำนวน 7,521 ราย ในปี 2554 พบจำนวน 7,425 ราย และในปี 2555 พบจำนวน 7,205 ราย และสถิติโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศไทย ในปี 2548 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 98,852 ราย (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2559)

การรักษาโรคมะเร็งนั้นซับซ้อนและใช้ระยะเวลานาน อีกทั้งยังหายขาดยากหรือไม่มีทางรักษาได้เลย ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งมีมากขึ้น โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่อาจก่อมะเร็งได้ตลอดเวลา (กัทธกร วันบรรจบ, 2554) ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ความไม่ปลอดภัยในชีวิตตลอดระยะเวลาของการรักษาซึ่งใช้ระยะเวลานาน ผู้ป่วยจะเกิดความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกาย และจิตใจอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกซึมเศร้าไร้ค่า ไม่มีกำลังใจในการรักษาต่อไป และรอคอยความตายที่ใกล้เข้ามาอย่างเป็นทุกข์ ไม่มีความรู้สึกรอคอยดูแลตนเองให้มีชีวิตอยู่ในสังคมอีกต่อไป สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดต่ำลง (เพ็ญใจ จิตรนันททรัพย์, 2552)

วิธีการรักษาโรคมะเร็ง แบ่งออกเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี ฝังแร่ ยาเคมีบำบัด การได้รับฮอร์โมน ในการรักษาโรคมะเร็งจะแตกต่างกันตามชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย และขึ้นอยู่กับเป้าหมายในการรักษา (พวงทอง ไกรไพบูลย์, 2548)

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาด้วยสารเคมีหลาย ๆ ชนิดที่เป็นพิษต่อเซลล์เข้าไปในร่างกายเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง แต่การรักษาแบบนี้เซลล์ปกติจะถูกทำลายไปด้วย ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อทางเดินอาหาร ปาก ไชกระดูก ผม ผิวหนัง ระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ

ระบบประสาท กล้ามเนื้อ และอารมณ์ของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องเตรียมตัวบำรุงร่างกายในเรื่อง การกิน พักผ่อน ทำจิตใจให้สงบ ดูแลช่องปาก และฟัน

การรักษาด้วยวิธีรังสีรักษา มีจุดประสงค์เดียวกับเคมีบำบัด โดยมุ่งที่จะจำกัดเซลล์มะเร็ง อากาศข้างเคียงจะน้อยกว่าเคมีบำบัด และจำกัดอยู่บริเวณที่ทำการรักษา เช่น ผิวหนังแห้ง ผมร่วง ระบายเคือง คลื่นไส้ อาเจียน กลืนอาหารลำบาก มีแผลในช่องปาก และอ่อนเพลีย เป็นต้น

การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนมะเร็งออก ทั้งจุดก่อนมะเร็ง และจุดใหม่ ที่กระจายตัวออกไป อาจมีอาการแทรกซ้อนได้แก่ เจ็บปวด และบอบช้ำ ปวดบวม ติดเชื้อ มี เลือดออกทั้งภายใน และภายนอกร่างกายหากเย็บแผลไม่ดี ผู้ป่วยควรทำความเข้าใจในการรักษา อย่างถูกต้อง และให้ความร่วมมือกับแพทย์อย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยต่อสู้กับโรคนี้อาจได้ (อารีรัช เพ็ญศิลา, 2553)

ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม (ทับทิม เปาอินทร์, เขาวรัตน์ รุ่งว่าง และเรวัตติ เตียสกุล, 2553)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีโอกาสเครียด ซึมเศร้าง่าย ผู้ป่วยอาจรับสภาพ และปรับตัวไม่ได้เมื่อ รับทราบความจริง ดังนั้นจึงต้องการกำลังใจอย่างมาก คนในครอบครัว ญาติ และผู้ใกล้ชิดมีบทบาท สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพราะเมื่อเจ็บป่วยแล้วย่อมทำให้ผู้ป่วยทำภารกิจประจำวันได้ไม่สะดวก (วิโรจน์ ไววานิชกิจ, 2553)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งควรครอบคลุมต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตผู้ป่วย โดยการดูแลนั้นจะ รวมถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วย การดูแลโดยบุคคลในครอบครัว และการดูแลโดยบุคลากร โดยจะ มีบทบาทในการดูแลที่แตกต่างกัน (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551)

ผู้ป่วยมะเร็งควรดูแลตนเองทั้งเรื่อง เอกสารข้อมูลการรักษา ผิวหนัง การทานอาหาร ความสะอาดของร่างกายปากและฟัน อาการผิดปกติ การนอนหลับ การดื่มน้ำสะอาด กำลังใจ การ ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ออกกำลังกาย และการมารักษาให้ตรงตามนัด (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2548)

โดยผู้ป่วยควรดูแลตนเองตามวิธีการรักษา และอาการข้างเคียงที่ได้รับ รวมถึงควรดูแล ตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555)

บทบาทของญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยทั้งในเรื่องเอกสาร ประกอบการรักษา ช่วยจดบันทึกการรักษา คอยย้ำเตือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ

การช่วยเหลือดูแลเป็นกำลังใจ ปลอบใจ ช่วยสังเกตอาการผิดปกติ ใส่ใจดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้ สะดวกสบาย ใส่ใจดูแลอาหารของใช้ที่จำเป็น ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ถูกต้องและนำมา ถ่ายทอดให้ผู้ป่วย อยู่เคียงข้างคอยดูแล อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555)

ส่วนบทบาทของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษา การให้ กำลังใจในการรักษาโรค การอำนวยความสะดวกสบายเมื่อมารับบริการ รับฟังความคิดเห็น สอบถามปัญหาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ข้อมูลการรักษาที่เข้าใจง่าย มีความสัมพันธ์ที่ดี ให้คำแนะนำทั้ง เรื่องการดูแลอาการข้างเคียง การรับประทานอาหาร สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย ดูแลติดตามอาการ อย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นควรดูแลอย่างครอบคลุมความต้องการทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์, 2554)

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความจำเป็นของการ รักษา นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาพยาบาลให้หายขาดจากโรคเพียงอย่างเดียว แต่จะขึ้นอยู่กับคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเป็นสำคัญ (พวงทอง ไกรไพบูลย์, 2551)

โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้าน ร่างกาย วัดการรับรู้สภาพร่างกาย ด้านจิตใจ วัดการรับรู้สภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ของตนกับ บุคคลอื่น วัดการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น และด้านสิ่งแวดล้อม วัดการรับรู้ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิรังกุล, 2540)

ดังนั้นการรักษาโรคมะเร็งไม่ได้ขึ้นอยู่กับใครคนใดคนหนึ่ง ไม่ว่าจะแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว หรือแม้กระทั่งการได้รับการรักษาโดยเครื่องมือ ที่ทันสมัย แต่ต้องได้รับการดูแลรักษาจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง หากผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวเข้าใจซึ่ง กันและกัน และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในขณะรักษา จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่งผ่านไปยังครอบครัว และคนรอบข้าง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งหวังว่าผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ใน การดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง โดยผ่านสื่อ การบริการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ และจัด กิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัวเพื่อพัฒนาทักษะ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัว พัฒนา นโยบายด้าน โรคมะเร็งเชิงรุก เพื่อให้ตรวจค้นหามะเร็งพบในระยะเริ่มแรก และควบคุม ป้องกัน ลด

ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็ง เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ของโรงพยาบาล ให้ดูแลใส่ใจการให้บริการแก่ผู้ป่วย

โดยทั้งหมดนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นเป็น สิ่งที่ทุกคนต้องการแม้กระทั่งผู้ป่วยมะเร็งก็ตาม ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญกับผู้ป่วย มะเร็ง

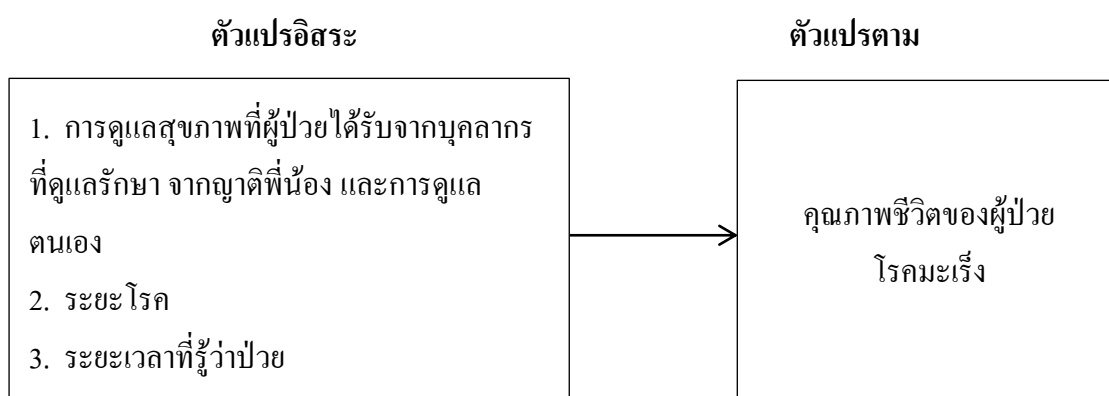
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรที่ดูแลรักษา จากญาติพี่น้อง และจาก การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
3. เพื่อศึกษาผลของการได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากร จากญาติพี่น้อง จากการดูแล ตนเอง ระยะโรค และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

### สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คาดว่า การดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับจากบุคลากรที่ดูแลรักษา จากญาติพี่น้อง และการดูแลสุขภาพตนเองจะมีผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดย ระยะโรค และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยจะมีผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ประโยชน์ที่จะได้รับ

การวิจัยนี้พบว่าการดูแลสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการดูแลสุขภาพตนเองมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาเป็นการดูแลสุขภาพจากบุคลากร และจากญาติพี่น้อง ตามลำดับ โดยระยะ โรค และระยะเวลาที่รู้ว่าผู้ป่วยมีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากผลการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันควบคุมลดปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็ง และการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องทั้งก่อนการรักษา ขณะรับการรักษา และภายหลังการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ไลน์เสียงตามสาย และบริการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ และจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้
2. จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อผู้ป่วย และญาติพี่น้องเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งเรื่องการดูแลอาการข้างเคียงที่ได้รับจากการรักษา การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกาย การพักผ่อน และการใช้ชีวิตประจำวัน เป็นต้น
3. เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย และญาติพี่น้องให้ต่อสู้กับการรักษาโรคมะเร็ง ไม่ให้ย่อท้อ หดหู่ วิตกกังวลกับการเจ็บป่วยและการรักษา
4. พัฒนานโยบายด้านโรคมะเร็งเชิงรุก เพื่อให้ตรวจค้นหามะเร็งพบในระยะเริ่มแรก และควบคุม ป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็ง
5. เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ ของโรงพยาบาลให้ดูแลใส่ใจการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยความรวดเร็ว มีอริยาสัย และไม่เลือกปฏิบัติ ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และไม่บิดเบือนข้อเท็จจริง

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการแม้กระทั่งผู้ป่วยมะเร็งก็ตาม ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญกับผู้ป่วยมะเร็ง

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะศึกษาคุณภาพชีวิตในความหมายขององค์การอนามัยโลกเป็นมุมมองหรือความคิด ความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุข การรับรู้ การเข้าใจตัวเอง การยอมรับสภาพตนเองในเชิงจิตใจ และความรู้สึกต่อชีวิตของผู้ป่วยเอง ความพอใจต่อชีวิตความเป็นอยู่ภายใต้สิ่งรอบตัวผู้ป่วยทั้งบุคลากร และบุคคลในครอบครัว สอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมว่าขณะนี้ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไร โดยใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วัดคุณภาพชีวิต 4 ทาง คือ ทางร่างกาย ทางจิตใจ ทาง

ความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น และทางสิ่งแวดล้อม โดยเครื่องมือได้ทดสอบความเที่ยง และความตรงในผู้ป่วยชาวไทยทางด้านจิตเวช ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ติดเชื้อเอชไอวี

รวมทั้งศึกษาการดูแลสุขภาพตามหลักการ Palliative Care การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัว โดยดูแลตั้งแต่ใน ระยะแรกของโรคพร้อมกับการรักษาหลักอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยความป้องกันและ บรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ การประเมินอย่างแม่นยำ การรักษาความ ปวดและปัญหาอื่น ๆ ให้ครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยมีตัวแปรร่วมได้แก่ ระยะป่วย และระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล มะเร็งชลบุรี รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด, รังสีรักษา, เคมีบำบัด หรือรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ณ เวลานั้น และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามนัด โดยเป็นผู้ป่วยเก่าที่ได้รับการรักษาแล้ว ด้วย แบบสอบถามโดยนำไปส่งเองแล้วรับกลับในช่วงที่เก็บข้อมูล

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดของการวิจัยเกี่ยวกับวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามทั้ง คำถามเปิดมีข้อจำกัดที่การรวบรวมข้อมูล และคำถามปิดมีข้อจำกัด คือ ผู้ตอบไม่มีโอกาสได้แสดง ความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ระดับและการปฏิบัตินั้นใกล้เคียงกันจนตัดสินใจเลือกลำบาก อาจจะทำให้ ผู้วิจัยไม่ได้ข้อเท็จจริง เพราะผู้วิจัยตั้งคำถามไว้ครอบคลุมไม่หมด บางข้อคำถามมีความหมายไม่ชัดเจน ผู้ตอบจึงตีความหมายต่างกัน และคำตอบผิดพลาดได้ ซึ่งต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมา อธิบายหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังรักษามีข้อจำกัด โดยอาจใช้ไม่ได้กับผู้ป่วย มะเร็งบางชนิดที่ไม่ได้เก็บข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด, รังสีรักษา, เคมีบำบัด หรือรังสีรักษาร่วมกับ เคมีบำบัด ณ เวลานั้น และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามนัด โดยเป็นผู้ป่วยเก่าที่ได้รับการรักษา แล้ว โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น และเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ซึ่งได้จำนวนผู้ป่วยที่แบ่งตามการรักษา ต่างกันค่อนข้างมาก จึงไม่สามารถนำวิธีการรักษามาเปรียบเทียบกันได้ และในการสุ่มตัวอย่างไม่ได้ กำหนดจำนวนผู้ป่วยที่มีระยะโรค หรือระยะเวลาที่รู้ถึงการป่วยอย่างแน่ชัด ทำให้ได้จำนวนที่ แตกต่างกันอย่างมาก โดยโรคมะเร็งนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากทั้งตัวโรค ชนิดโรค ระยะเวลาที่ ทราบว่าเป็นผู้ป่วย ในส่วนการวัดคุณภาพชีวิตใช้แบบสอบถามในการวัดทำให้ข้อมูลที่ได้มาอาจไม่ตรง ตามความจริง การสอบถามเรื่องดูแลตัวของบุคลากร บุคคลในครอบครัว และการดูแลตนเองของ ผู้ป่วย ได้สอบถามจากตัวผู้ป่วยเอง ทำให้มีข้อจำกัดตรงวัดความเห็นจากตัวผู้ป่วยอย่างเดียวไม่มีการ

สอบถามจาก บุคลากร บุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยหลังคิดว่าบุคลากรหรือบุคคลในครอบครัวดูแลได้ดีหรือไม่คืออย่างไร รวมถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งหากลงข้อมูลจะผดสังผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล

### **นิยามศัพท์เฉพาะ**

**ผู้ป่วย** หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ได้รับความรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด, รังสีรักษา, เคมีบำบัด หรือรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ณ เวลานั้น และเป็นผู้ป่วยเก่าที่มารับการรักษาตามนัด

**โรคมะเร็ง** หมายถึง โรคที่เกิดจากกลุ่มของเซลล์ในร่างกายเกิดความผิดปกติในแต่ละอวัยวะ โดยร่างกายไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ และลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงทำให้กลายเป็นก้อน โตขึ้นเรื่อย ๆ หรือเป็นแผลเรื้อรัง เมื่อ ไปอยู่ที่อวัยวะใดก็จะมีชื่อเรียกมะเร็งตามอวัยวะนั้น

**ชนิดโรค** หมายถึง ชนิดของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นตามอวัยวะของผู้ป่วยตามผลการวินิจฉัยของแพทย์

**ระยะโรค** หมายถึง ระยะโรคมะเร็งตามการวินิจฉัยของแพทย์ที่ลงข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย และระบบทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

**วิธีการรักษา** หมายถึง การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยจะรักษาตามวิธีการรักษาแตกต่างกันออกไปตามแผนการรักษาของแพทย์

**ระยะเวลาป่วย** หมายถึง ระยะเวลาป่วยที่ลงข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

**ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย** หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งจากการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์

**บุคลากร** หมายถึง แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี แต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เจ้าหน้าที่แผนกผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

**ญาติพี่น้อง** หมายถึง บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือด และบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ การเดินทางมาโรงพยาบาล สนใจต่อทุกข์สุขของผู้ป่วย

**การดูแลสุขภาพจากบุคลากรที่ดูแลรักษา** หมายถึง บุคลากรในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่ให้บริการดูแลสุขภาพติดตามดูแลอาการเจ็บป่วย

**การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง** หมายถึง ญาติพี่น้องของผู้ป่วยโรคมะเร็งสนับสนุนให้  
การดูแล และกำลังใจที่ดี ช่วยเหลือ ย้ำเตือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

**การดูแลตนเอง** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง เพื่อดูแล เอาใจใส่สุขภาพ การ  
รักษาพยาบาลตามคำแนะนำของบุคลากร และการจัดการความเครียด

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง การรับรู้ทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ  
สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

**การมารับบริการตามนัด** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยตรงตามการนัดหมายของ  
แพทย์ที่แผนกผู้ป่วยรังสีรักษา เคมีบำบัด และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ณ โรงพยาบาล  
มะเร็งชลบุรี

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องคุณภาพชีวิต และการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้วิจัยศึกษา ค้นคว้าข้อมูลจากหนังสือ ตำรา สารานุกรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาอ่านศึกษา วิเคราะห์ และสรุปเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง เรียบเรียงเนื้อหา นำมาเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม เรียงตามลำดับเนื้อหา สถานการณ์และปัญหาของโรคมะเร็ง การบริการรักษาโรคมะเร็ง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การดูแลรักษาโรคมะเร็ง แนวคิดและทฤษฎีการดูแลแบบประคับประคอง คุณภาพชีวิตผู้ป่วย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### สถานการณ์และปัญหาของโรคมะเร็ง

1. สถานการณ์ โรคมะเร็งเป็นปัญหาการเจ็บป่วย การเสียชีวิต รวมทั้งปัญหาเรื่องภาระโรค (Burden Disease) ทำให้ประชากรไทยสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556) ตั้งแต่ปี 2541 เป็นต้นมา โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในปี 2556 พบจำนวน 1,927 ราย ในปี 2557 พบจำนวน 2,111 ราย และในปี 2558 พบจำนวน 2,248 ราย ในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ ในปี 2553 พบจำนวน 7,521 ราย ในปี 2554 พบจำนวน 7,425 ราย และในปี 2555 พบจำนวน 7,205 ราย (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2558) และสถิติโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศไทย ในปี 2548 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 98,852 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556)

ผู้ป่วยที่มารักษามี 4 ระยะ ระยะที่ 1 มารับการรักษาร้อยละ 7.6 ระยะที่ 2 ร้อยละ 27.0 ระยะที่ 3 ร้อยละ 26.1 ระยะที่ 4 ร้อยละ 26.4 และไม่ทราบระยะร้อยละ 12.9 และจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกในหญิงและชาย คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งช่องปาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมากในหญิงและชาย 5 อันดับ ปี 2547 ถึง 2556

ปี	มะเร็งเต้านม	มะเร็งปากมดลูก	มะเร็งปอด	มะเร็งลำไส้ใหญ่	มะเร็งช่องปาก
2547	297	324	208	124	145
2548	329	323	236	147	162
2549	340	314	179	130	136
2550	311	282	204	125	136
2551	352	296	232	139	129
2552	315	348	216	143	132
2553	389	306	221	132	152
2554	435	311	257	159	161
2555	412	280	230	179	149
2556	487	257	213	147	138
รวม	3667	3041	2196	1425	1440

ที่มา : โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2557

มะเร็งที่พบมากในชาย ได้แก่ มะเร็งปอด พบผู้ป่วยร้อยละ 18.2 มะเร็งศีรษะและลำคอ (มะเร็งช่องปาก, มะเร็งหลังโพรงจมูก, มะเร็งหลอดอาหาร, มะเร็งคอหอย) พบผู้ป่วยรวม ร้อยละ 29.4 มะเร็งที่พบมากในหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม พบผู้ป่วยร้อยละ 40.7 มะเร็งปากมดลูก พบผู้ป่วยร้อยละ 21.7 และมะเร็งที่พบมากทั้งชายและหญิง ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบในชายร้อยละ 10.2 และพบในหญิงร้อยละ 5.3 ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนมากร้อยละ 14.3 อายุ ระหว่าง 50-54 ปี โดยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งอาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 83.40 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2557)

**2. ปัญหาของโรคมะเร็ง** ปัญหาของโรคมะเร็งในปัจจุบัน มะเร็งเป็นโรคที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต มีการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน และใช้ระยะเวลาอันยาวนานและมีผลกระทบจากการรักษาหลายอย่าง ทั้งอาการข้างเคียงที่รุนแรง ระยะเวลาการรักษา และการสูญเสียอวัยวะ เป็นต้น จึงนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยอมรับในปัจจุบัน และมะเร็งยังเป็นโรคอันดับต้น ๆ ที่คนทั่วโลก รวมถึงคนไทยหวาดกลัว พบได้ทุกเพศ ทุกวัย (วิโรจน์ ไหววนิชกิจ, 2553)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมากต้องทุกข์ทรมานและเสียชีวิตลงในเวลาไม่นาน ทำให้เกิดภาพที่น่ากลัวและสิ้นหวังฝังอยู่ในความคิดของผู้คนในสังคมโดยทั่วไป แต่ผู้ที่หายจากมะเร็งก็มีอยู่ไม่น้อย หากได้รับการรักษาที่ทันเวลา ตามแผนของแพทย์และได้รับการดูแลที่ดี

ผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนมากเผชิญกับความหวาดกลัวจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาจนหลายคนอยากหยุดการรักษาและยอมจำนนต่อโรคร้าย

## การบริการรักษาโรคมะเร็ง

1. การรักษาโรคมะเร็ง การรักษาโรคมะเร็งมีรายละเอียดของโรคแตกต่างกันบ้างในบางอวัยวะ วิธีการรักษาอาจใช้วิธีการเดียวหรือหลายวิธีร่วมกัน ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็นโรค ระยะโรค และสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557) เป้าหมายในการรักษาโรคมะเร็ง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและ คนในครอบครัวควรทำความเข้าใจ มีความสำคัญสำหรับทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว โดยเป้าหมาย ในการรักษาโรคมะเร็งนั้น มี 3 แนวทาง คือเป้าหมายเพื่อหายขาดจากโรค เป้าหมายเพื่อยืดชีวิต และเป้าหมายเพื่อรักษาตามอาการ (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2555)

การรักษามะเร็งด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นวิธีที่เรารู้จักกันดี มีวิธีการรักษา 3 แบบที่เป็นหลักสากล คือ การผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด ซึ่งแพทย์อาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือใช้ร่วมกับทั้ง 3 แบบก็ได้ ส่วนใหญ่ต้องพิจารณาจากอาการของคนไข้แต่ละราย เนื่องจากมะเร็งแต่ละชนิดจะมีวิธีการรักษาที่ไม่เหมือนกัน (ภัสกร วันบรรจบ, 2552) ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยไม่ค่อยเข้าใจ และกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนมาก โดยเฉพาะรังสีรักษาเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสับสน และกังวลมากที่สุด กลัวเรื่องฉายรังสี กลัวผิวหนังไหม้เกรียม กลัวผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากรังสี ซึ่งมีกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากที่อยู่ในภาวะเช่นนี้ (ปราโมทย์ สันตยากร, 2552)

1.1 การผ่าตัด การรักษาโดยการผ่าตัดถือเป็นทางเลือกอันดับแรกของการรักษาโรคมะเร็ง โดยทั่วไปการผ่าตัดจะได้ผลมาก ต่อเมื่อมะเร็งรวมตัวอยู่แห่งเดียวยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น และอยู่ในจุดที่ผ่าตัดได้ ถ้าเป็นการผ่าตัดใหญ่ คือ นอกจากตัดเอาเนื้อเซลล์มะเร็งออกไปแล้วยังตัดท่อน้ำเหลืองและอวัยวะรอบด้านที่คาดว่าจะมีเซลล์มะเร็งออกไปด้วย เพื่อลดการลุกลามหรือการเกิดมะเร็งซ้ำให้น้อยที่สุด ถ้าหากคนไข้สามารถฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็ว และมีภูมิคุ้มกันปกติจะทำให้คนไข้สามารถต่อสู้กับมะเร็งได้คุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้น (เชียร รัตธรรมกุล, 2555)

1.2 รังสีรักษา การรักษาแบบรังสีรักษาหรือการฉายรังสี เป็นการฉายรังสีไปยังบริเวณที่มีมะเร็งและบริเวณใกล้เคียง และมีการพัฒนาจนฉายรังสีเฉพาะจุดได้แม่นยำยิ่งขึ้น จึงสามารถฉายบริเวณที่เป็นเนื้องอกเท่านั้นทำให้บริเวณรอบข้างเสียหายน้อยลง แต่ยังมีผลกระทบอยู่ เช่น

ผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ผิวหนังตรงจุดที่ฉายแสงถูกทำลายจนอาจเกิดแผล เนื้อเยื่อบริเวณนั้น ถูกทำลายและอาจเกิดอาการร้อน (เชิธร รัตธรรมกุล, 2555)

นอกจากนั้น ยังสามารถนำรังสีใส่เข้าไปในอวัยวะที่เป็นมะเร็งโดยตรงหรือเรียกว่า การใส่แร่/ ฟังแร่ซึ่งการฝังแร่รังสีอนุภาพสูงในระยะใกล้ทำให้การรักษาได้ผลดีมาก ใช้รังสีปริมาณมาก แม้จะทำให้ก้อนเนื้อฝ่อตัวลง แต่ขณะเดียวกันภูมิคุ้มกันร่างกายก็จะได้รับผลกระทบ (ปราโมทย์ สันตยากร, 2552)

1.3 เคมีบำบัด การรักษาแบบเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดเป็นยาที่ออกฤทธิ์ในช่วงเวลาที่เซลล์แตกตัวและมีผลทำให้เซลล์มะเร็งตายนั่นเอง แต่ในร่างกายคนเราไม่ได้มีแต่เซลล์มะเร็ง ยังมีเซลล์อื่น ๆ ที่ต้องแตกตัวอยู่ตลอดเวลา และยาเคมีก็ออกฤทธิ์กับเซลล์ปกติด้วยเช่นกัน ดังนั้น เซลล์ปกติ เช่น เซลล์ผนังกระเพาะลำไส้ เซลล์รากขน รวมถึงเซลล์ภูมิคุ้มกัน จะได้รับความเสียหายจากผลข้างเคียงของยาเคมีต้านมะเร็งนี้ไปด้วย ซึ่งผลข้างเคียงนี้ทั้งแพทย์ และนักบำบัดทั้งหลายให้ความสำคัญอย่างยิ่ง (เชิธร รัตธรรมกุล, 2555)

อย่างไรก็ตามในการรักษาโรคมะเร็งอาจไม่มีวิธีใดเพียงวิธีเดียว และการตอบสนองต่อการรักษาจะดีเพียงใดยังขึ้นกับปัจจัยอื่นด้วย เช่น ภาวะโภชนาการ สภาพจิตใจผู้ป่วย ดังนั้นนอกจากการดูแลรักษาที่ถูกต้องแล้ว ต้องดูแลปัจจัยแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้การรักษาได้ผล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไปพร้อมกัน

2. การบริการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี สังกัด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ที่ ถนนเลขที่ 300 หมู่ 2 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี บริการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งทุกระบบของร่างกาย บำบัด รักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งครบวงจรในพื้นที่ภาคตะวันออก มีหน้าที่รับผิดชอบให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด ผ่าตัด รังสีรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ จัดระบบการให้บริการเพื่อรับบริการส่งต่อ รวบรวมข้อมูลสถิติ และจัดทำทะเบียนมะเร็ง สนับสนุนภารกิจด้านพัฒนาวิชาการ การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเพิ่มพูนความรู้ทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งในลักษณะเครือข่ายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และพัฒนาวิชาการและประเมินการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษา

ให้บริการในวันและเวลาราชการ (หยุดทุกวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์) หน่วยงานบริการได้แก่ งานบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป (OPD ทั่วไป) งานบริการผู้ป่วยนอกรังสีรักษา (OPD RT) ให้การรักษาโดยการฉายแสง การใส่แร่ งานบริการผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด (OPD CMT) กลุ่มงานทันตกรรม (OPD Den) งานบริการห้องส่องกล้อง (OPD ENDO) กลุ่มงานรังสีวินิจฉัย และ



เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (OPD X-Ray) การตรวจเต้านมด้วยเครื่อง Mammogram, X-Ray, Ultrasound และ Nuclear Medical และศูนย์ประสานงานรับ-ส่งต่อ (Refer) (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2557)

## ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง

**1. ความหมาย** ความหมายของโรคมะเร็ง (cancer) คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติในระดับเซลล์ เซลล์มะเร็งคือเซลล์ที่มีความผิดปกติ และมีการแบ่งตัวโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์ในร่างกายเมื่อเสื่อมสลายและตายลง ก็จะสร้างเซลล์ขึ้นมาใหม่ ภายใต้การควบคุมของร่างกาย แต่เมื่อร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ร่างกายจะสร้างเซลล์ให้เติบโตขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นก้อนเนื้อที่ผิดปกติ หรือเนื้องอก และหากส่วนนั้นเข้าไปแทรกแซงทำลายอวัยวะอื่นก็จะเรียกเนื้อร้ายนี้ว่า มะเร็ง (นพเกล้า มณีกุล, 2553) นอกจากนี้ยังสามารถลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงมีการแพร่กระจายไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผ่านทางต่อมน้ำเหลือง หรือทางกระแสเลือด (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555)

มะเร็งเกิดจากเซลล์ร่างกายผิดปกติ มีการแบ่งตัวและเพิ่มจำนวนเซลล์ที่รวดเร็วและมากกว่าปกติ ดังนั้น จึงอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อที่ผิดปกติ ถ้าเซลล์นั้นอยู่อวัยวะใดก็จะเรียกชื่อมะเร็งตามอวัยวะนั้น เช่น มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น (นพเกล้า มณีกุล, 2553) มีสาเหตุมาจากสารพันธุกรรม หรือ DNA ที่บกพร่อง ทำให้เกิดการแบ่งตัวและเพิ่มจำนวนของเซลล์ขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกลายเป็นก้อนเนื้อที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของร่างกาย (เจตน์ เจริญโท, 2556) ทำให้เกิดเป็นเนื้องอก ซึ่งแบ่งเป็นเนื้องอกธรรมดา (Benign) และเนื้อร้ายหรือมะเร็ง (Malignant) (เจตน์ เจริญโท, 2556)

มะเร็งที่พบในร่างกายมนุษย์มีมากกว่า 100 ชนิด มะเร็งแต่ละชนิดมีการดำเนินของโรคไม่เหมือนกัน เช่น มะเร็งปอด มะเร็งสมองจะมีการดำเนินของโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีชีวิตการอยู่รอดสั้นกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น (นพเกล้า มณีกุล, 2553)

**2. ประเภทโรคมะเร็ง** ประเภทโรคมะเร็งแบ่งเป็นการเรียกชื่อมะเร็ง และมะเร็งที่พบบ่อย โรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ย่อมมีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติ ภูมิศาสตร์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และอุบัติการณ์ของมะเร็งที่เกิดในเพศชาย และหญิงก็ต่างกันออกไป

2.1 การเรียกชื่อมะเร็ง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดคาร์ซิโนมา (carcinoma) และซาร์โคมา (sarcoma)

2.2 โรคมะเร็งที่พบบ่อย โรคมะเร็งที่พบบ่อยในหญิงและชายได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปอด และมะเร็งศีรษะและคอ (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2558)

2.2.1 มะเร็งเต้านม มะเร็งเต้านมพบบ่อยในหญิงไทย โดยมากมักเกิดกับผู้หญิง อายุ 50 ปีขึ้นไป มะเร็งเต้านมเกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์ของมะเร็ง (ภักขร วันบรรจบ, 2554) มะเร็งเต้านมเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตบริโภคนิยม และการพัฒนาอุตสาหกรรม มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เกิดจากเยื่อของต่อมน้ำนม หรือเยื่อของท่อน้ำนม (เจลิยว ปิยะชน, 2555)

2.2.2 มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุให้หญิงไทยเสียชีวิตมาก เกิดจากไวรัสชื่อว่า HPV (Human Papilloma Virus) หรือไวรัสหูด ติดต่อทางการสัมผัส ส่วนใหญ่เป็นการสัมผัสทางการมีเพศสัมพันธ์ทำให้มีรอยถลอกของผิวเยื่อ และเชื้อไวรัสเข้าไปที่ปากมดลูก พบมากในหญิงอายุ 35-60 ปี (ภักขร วันบรรจบ, 2554) ร้อยละ 80 พบในประเทศกำลังพัฒนา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (เจลิยว ปิยะชน, 2555)

2.2.3 มะเร็งปอด มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบมาก แต่รักษาให้หายขาดได้หากตรวจพบในระยะเริ่มแรก การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรค นอกจากนี้แล้ววิถีชีวิตที่ต้องทำงานอยู่กับสารเคมีบางชนิดเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคนี้ด้วย (ภักขร วันบรรจบ, 2554) มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของประชากรทั้งชายและหญิง คัดกรองได้โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการทำซีทีสแกน (CT scan) เพื่อหาความผิดปกติในเนื้อเยื่อ กระดูก หรือ โครงสร้างของร่างกาย (เจลิยว ปิยะชน, 2555)

2.2.4 มะเร็งศีรษะและลำคอ โรคมะเร็งศีรษะและลำคอเกิดจากเยื่อเมือกภายในของอวัยวะบริเวณศีรษะและลำคอ ได้แก่ ช่องปาก ซึ่งประกอบด้วย ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เนื้อเยื่อใต้ลิ้น และรอบๆ ลิ้น เหงือก ลิ้น และเพดานแข็ง, คอหอยส่วนปาก (oropharynx) ซึ่งประกอบด้วย โคนลิ้น ต่อมทอนซิล เพดานอ่อน และ ลิ้นไก่, โปรงหลังจมูก, กล่องเสียง และเนื้อเยื่อรอบกล่องเสียง (hypopharynx), โปรงจมูก และโพรงไซนัส และต่อมน้ำลายต่าง ๆ การรวมกลุ่มอวัยวะต่าง ๆ เป็นโรคมะเร็งศีรษะและลำคอเพราะ โรคมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ เหล่านี้ มีธรรมชาติของโรค คล้ายคลึงกัน มีการลุกลาม เป็นลำดับขั้นตอนเหมือนกัน มีวิธีการรักษาคคล้ายคลึงกัน มีการพยากรณ์โรค (ความรุนแรงของโรค และ อัตราอยู่รอดภายหลังการรักษา) ใกล้เคียงกันในแต่ละระยะโรค และมีผลข้างเคียง/แทรกซ้อนจากการรักษาคคล้ายกัน (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

2.2.5 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุแห่งการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด พบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มักไม่ค่อยแสดงอาการให้เห็นในระยะเริ่มแรกหรือขณะที่เป็นตั้งเนื้องอก ผลการรักษาจะดีและมีโอกาสหายขาดได้ (ภักขร วันบรรจบ, 2554) สัมพันธ์กับวิถีชีวิตโดยเฉพาะอาหาร (เจลิยว ปิยะชน, 2555)

**3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง** สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง แบ่งเป็นปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายในแต่ส่วนมากจะเกิดจากปัจจัยภายนอกมากกว่า เพราะสภาพแวดล้อมภายนอกส่งผลต่อร่างกายได้มากที่สุด ทั้งทางตรงและทางอ้อม (ปราโมทย์ สันตยากร, 2552) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรับสารก่อมะเร็งที่ปนเปื้อนในอาหาร อากาศ และน้ำ การติดเชื้อโรคมะเร็งชนิด ภูมิคุ้มกันบกพร่อง รังสีอัลตราไวโอเล็ต รังสีเอกซเรย์ เชื้อไวรัสบางชนิด เช่นฮิวแมนแพปพิลโลมา เชื้อพยาธิใบไม้ในตับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และได้รับสิ่งที่เป็โทษเข้าสู่ร่างกาย ปัจจัยภายใน ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาวเกิดจากความพิการมาแต่กำเนิด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง การขาดวิตามินบางชนิด เป็นต้น

โรคมะเร็งไม่ได้เกิดจากสาเหตุเดียวแต่มีปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน และมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีมากกว่าอย่างอื่น โรคมะเร็งมักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551) และอายุโดยอายุยิ่งมากยิ่งมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงขึ้น (เฉลิม พียะชน, 2555) รายละเอียดดังนี้

3.1 อาหาร การปรุง และการประกอบอาหาร อาหารเป็นสิ่งที่เรารับเข้าสู่ร่างกาย หากได้รับไม่ถูกต้องก็เป็นการส่งเสริมให้เกิดมะเร็ง เช่น เหล้า ปลาดิบที่มีเชื้อพยาธิใบไม้ฝนตับ หมากปลาร้า ปลาสาม ถั่วลิสงที่มีเชื้อรา เนื้อเค็ม แหนม กุนเชียง แหนม (ปราโมทย์ สันตยากร, 2552) สิ่งที่ปนเปื้อน และสารที่เกิดจากการปรุง การประกอบอาหารเป็นปัจจัยสำคัญ (เฉลิม พียะชน, 2555)

3.2 มลพิษ สารเคมี สิ่งแปลกปลอม และสารก่อมะเร็ง มลพิษรวมทั้งสารเคมีที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมจะเข้าสู่ร่างกายทางการกิน ดื่ม หายใจ และสัมผัส สารเหล่านี้เป็นสาเหตุร่วมให้เกิดมะเร็ง

3.3 เชื้อโรค เชื้อโรคเป็นกลุ่มของสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กมาก รวมถึงไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา โปรโตซัว อัลจี (สาหร่าย) และตัวพยาธิ พบได้ทุกแห่ง กลุ่มจุลชีพหรือเชื้อโรคเป็นสาเหตุโดยตรงหรือสัมพันธ์ทำให้เกิดมะเร็ง ไวรัสแบคทีเรียหลายชนิดก็เป็นกลุ่มสำคัญ แต่คงต้องใช้ระยะเวลาานานมาก ในร่างกายมีจุลชีพอาศัยอยู่โดยเฉพาะแบคทีเรีย แต่ถ้าได้รับสิ่งกระตุ้นทำให้มีสภาพขาดความสมดุลก็ส่งเสริมให้เกิดมะเร็งได้

3.4 ความเครียด ความเครียดคือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้ร่างกายอ่อนแอ เซลล์มะเร็งมีโอกาสในการทำหน้าที่ทำร้ายร่างกายได้ ระบบภูมิคุ้มกันโดยเมื่อเกิดความเครียดแล้วร่างกายจะเกิดความอ่อนแอ สร้างกลไกไปให้เซลล์มะเร็งดำเนินกลายเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นต่อไป (เฉลิม พียะชน, 2555) เมื่อร่างกายเครียดร่างกายจะหลั่งสารอะดรีนาลีนออกมามาก ช่วงนี้ร่างกายจะผลิตอนุมูลอิสระออกมามากจนกระตุ้นให้เกิดเซลล์มะเร็ง (ปราโมทย์ สันตยากร, 2552)

3.5 พันธุกรรม พันธุกรรมเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้เกิดมะเร็ง ไม่ใช่สาเหตุหลักต้องมีปัจจัยอื่นมากระตุ้น เช่น การดำเนินชีวิตไม่สมดุล ขาดสารอาหาร ได้รับสารพิษ เป็นต้น และมีเพียง 2-3 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่คาดว่ามีความเสี่ยงมาจากพันธุกรรม

3.6 อายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีโอกาสเป็นมะเร็งมากขึ้น แต่อายุนั้นไม่ใช่สาเหตุหลักของการเป็นมะเร็งเป็นเพียงสาเหตุร่วมเท่านั้น

4. ระยะของโรคและความรุนแรง โดยทั่วไปมะเร็งเกือบทุกชนิดมีการจัดระยะของโรค เรียกว่า ระยะของโรคมะเร็ง (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559)

ระยะของโรคมะเร็ง คือ ภาวะการลุกลามหรือแพร่กระจายของโรค ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากที่สุดที่บอกวิธีรักษาโรค ใช้ทำนายผลของการรักษาและเป็นตัวบอกรอการรอดของผู้ป่วย โดยทั่วไปแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 แต่มีบางส่วนที่ไม่ทราบระยะที่ชัดเจน

(พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551)

โดยทั่วไปมะเร็งเกือบทุกชนิดมีการจัดระยะของโรคเรียกว่า ระยะของโรคมะเร็ง (คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559)

นอกจากนั้นยังมีโรคมะเร็งระยะบั้นปลายชีวิตส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด เป็นระยะลุกลามรุนแรงเฉพาะที่หรือระยะแพร่กระจาย ไม่มีโอกาสรักษาหายเพราะโรคคือต้องการรักษา และผู้ป่วยมักใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่แต่บนเตียง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

เซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่พัฒนาตัวเองได้อย่างอิสระ ขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมีความรุนแรงไร้การควบคุม โตขึ้นได้เรื่อย ๆ ลุกลามไปอวัยวะใกล้เคียง และยังต้องการสารอาหารจำนวนมาก ดำรงชีวิตด้วยน้ำตาล และเกล็ดเลือดออกซิเจน ความรุนแรงของโรคมะเร็ง จะขึ้นกับหลายปัจจัยที่สำคัญ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551)

โรคมะเร็งทั้ง 4 ระยะจะมีการลุกลาม หรือการแพร่กระจายคล้ายคลึงกันในโรคมะเร็งเกือบทุกชนิด ดังนี้

4.1 ระยะที่ 1 มะเร็งระยะต้น ลุกลามอยู่เฉพาะในเนื้อเยื่อหรืออวัยวะต้นกำเนิดของมะเร็ง ฟังตัวอยู่เฉพาะในอวัยวะที่เกิดโรคและยังไม่มีมีการลุกลามแพร่กระจาย ถ้ารักษาได้อย่างถูกต้อง และทันท่วงที่มีโอกาสหายขาดสูงสุด โดยมีอัตราการรอดที่ 5 ปี จะอยู่ในช่วง ร้อยละ 80 - 90

4.2 ระยะที่ 2 มะเร็งระยะต้น ลุกลามไม่มาก และอาจมีการลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงเนื้อเยื่อ อวัยวะที่เป็นมะเร็ง อัตราการรอดที่ 5 ปี จะประมาณ ร้อยละ 70 - 80

4.3 ระยะที่ 3 มะเร็งระยะลุกลาม แผลมะเร็งมีขนาดโตมาก รวมถึงลุกลามลึกเข้าไปยังเนื้อเยื่อ อวัยวะข้างเคียงมาก และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองใกล้ ๆ อวัยวะต้นกำเนิดมะเร็ง โดยลุกลามอย่างมาก มากกว่า 1-2 ต่อม อัตรารอดที่ 5 ปี จะประมาณ ร้อยละ 20 - 50

4.4 ระยะที่ 4 มะเร็งระยะลุกลามเฉพาะที่หรือเป็นระยะที่มีการแพร่กระจายของโรค เป็นโรคมะเร็งที่มีความรุนแรงสูงสุด โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีโรคลุกลามรุนแรงแต่ยังไม่มีการแพร่กระจาย และกลุ่มที่มีการแพร่กระจายของโรคแล้ว โดยระยะที่ 4 ชนิดที่มีการแพร่กระจาย เป็นระยะที่โรคมะเร็งไม่มีโอกาสในการรักษาหาย ได้เป็นระยะ โรคที่รุนแรงที่สุด แต่ถ้าเป็นระยะที่ 4 ชนิดลุกลามรุนแรงแต่ยังไม่มีการแพร่กระจายจะมีโอกาสรักษาได้หาย ถึงแม้โอกาสรักษาจะหายน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับระยะอื่นก็ตาม 4 อัตรารอดที่ 5 ปี จะประมาณ ร้อยละ 0 – 5 เป้าหมายของการรักษาคือยืดอายุและคุณภาพชีวิต

นอกจากนั้นสภาพร่างกายของผู้ป่วยก็มีส่วนต่ออัตราการรอดชีวิต ถ้าแข็งแรง โอกาสอยู่ได้นานก็สูงขึ้น อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยอายุมากจะมีอัตราการรอดต่ำ เพราะมักทนการรักษาไม่ได้ การเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ เพราะจะทำให้มีผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย อัตรารอดจะต่ำกว่าคนที่แข็งแรง

**5. ผลกระทบของโรคและการรักษา** ผลกระทบจากโรคมะเร็งและการรักษามีหลายอย่าง เนื่องจากมะเร็งแต่ละชนิดจะมีวิธีการรักษาที่ไม่เหมือนกัน (ภัสกร วันบรรจบ, 2552) โดยเฉพาะรังสีรักษาเป็นวิธีที่ผู้ป่วยกังวล และกลัวมากที่สุด (ปราโมทย์ สันตยากร, 2552) ในการรักษาโรคมะเร็งนั้นร่างกายผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาดีเพียงใดยังขึ้นกับการดูแลสุขภาพ เช่น ภาวะโภชนาการ ภาวะภูมิคุ้มกัน สภาพจิตใจผู้ป่วย ดังนั้นนอกจากการรักษาที่ถูกต้องแล้ว ต้องดูแลปัจจัยแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้การรักษาได้ผล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไปพร้อมกัน (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง, 2552)

5.1 ผลกระทบในการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยที่รักษาโดยการผ่าตัดมักได้รับผลกระทบคือ การสูญเสียอวัยวะ และในเรื่องเกี่ยวกับความสวยงาม หากเป็นอวัยวะที่อยู่ใน/ บนใบหน้า และลำคอ (เฉลิมว ปิยะชน, 2555)

5.2 ผลกระทบในการรักษาโดยรังสีรักษา ผู้ป่วยที่รักษาโดยรังสีรักษาจะเกิดภาวะอักเสบของอวัยวะหรือบริเวณที่ฉายรังสี มีผลต่อการรับประทาน และการกลืน ส่วนผลข้างเคียงในระยะยาว ที่พบได้บ่อย เช่น ภาวะน้ำลายน้อย หรือ น้ำลายแห้ง ฟันผุได้ง่าย ช่องปากตีบแคบได้ง่าย และผิวหนัง บริเวณได้รับรังสีเป็นพังผืด แข็ง (เฉลิมว ปิยะชน, 2555)

5.3 ผลกระทบในการรักษาโดยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่รักษาโดยยาเคมีบำบัดมักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และมีผลต่อไขกระดูก มีการกดไขกระดูก เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ติดเชื้อโรคได้ง่าย เม็ดเลือดแดงต่ำ เกิดภาวะซีด และเกร็ดเลือดต่ำ เกิดเลือดออกได้ง่าย (เจลิยว ปิยะชน, 2555)

6. การวินิจฉัยโรคมะเร็ง การวินิจฉัยโรคมะเร็งทำได้หลายวิธีซึ่งขึ้นกับชนิดของโรคมะเร็งและอวัยวะที่จะรับการตรวจวินิจฉัยโดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ซักประวัติ อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย

6.2 ตรวจร่างกายหาความผิดปกติต่าง ๆ โดยตัดชิ้นเนื้อไปตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา (การตรวจชิ้นเนื้อหรือเนื้อเยื่อมะเร็งด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยพยาธิแพทย์) หรือการนำเซลล์จากก้อนมะเร็งไปตรวจพิสูจน์ทางเซลล์วิทยา (การตรวจเซลล์มะเร็งด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยพยาธิแพทย์) ซึ่งทั้ง 2 วิธีเป็นวิธีวินิจฉัยโรคมะเร็งได้แน่นอนที่สุด

6.3 วินิจฉัยจากภาพเอกซเรย์

6.4 วินิจฉัยจากการตรวจเลือดเพื่อตรวจหาสารที่สัมพันธ์กับเซลล์มะเร็งเรียกว่าวิธี Tumor markers แต่มีมะเร็งไม่กี่ชนิดเท่านั้นที่จะวินิจฉัยด้วยวิธีการนี้ได้ จึงมักใช้วิธีนี้เป็นข้อมูลประกอบในการติดตามผลการรักษาเท่านั้น

6.5 การผ่าตัด ในบางครั้งจำเป็นต้องทำการผ่าตัดใหญ่ เพื่อจะได้นำชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดมาพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาโดยตรง (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551)

### การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การรักษาแต่ละชนิดจะไม่เหมือนกันมีวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็นมะเร็ง ระยะของมะเร็ง สภาพร่างกาย และความเหมาะสมของผู้ป่วย การรักษาจะยากหรือง่ายนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็ง และการดำเนินของโรคด้วย (นพเกล้า มณีกุล, 2553)

การดูแลรักษาโรคมะเร็งจะได้ผลดีต้องร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในสถานพยาบาล สมาชิกครอบครัวญาติพี่น้อง และตัวผู้ป่วยเองเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และหากต้องจากไปก็จากไปอย่างไร้กังวล หมดทุกข์ หมดความเศร้าโศกทั้งของตัวผู้ป่วยเอง ลูกหลาน ญาติมิตร และผู้ที่เกี่ยวข้อง (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง เพราะกายกับจิตใจนั้นเชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก และหากจิตใจห่อเหี่ยวเกิดทุกข์ขมขื่นส่งผลกระทบต่อร่างกายไปด้วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยโรคมะเร็งนอกจากการได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างดีที่สุดแล้ว กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญมากเช่นกัน การรักษาโรคมะเร็งต้องรักษาแบบผสมผสาน ควบคู่ทั้งกายและจิตใจ ช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิต และเสริมสร้างกำลังใจ (นพเกล้า มณีกุล, 2553)

อย่าไว้ใจตามสิ่งสำคัญที่สุดคงหนีไม่พ้นกำลังใจจากคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง คนที่เป็นที่รัก หรือคนใกล้ชิด การคอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ถือเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ใกล้ชิดถือว่าเป็นบุคคลที่ต้องคอยเป็นกำลังใจสำคัญให้แก่ผู้ป่วย ให้

ความหวัง และต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หรือรู้สึกท้อตัวเองน่าสงสาร (นพเกล้า มณีกุล, 2553)

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจะครอบคลุมทั้งการดูแลตนเอง ครอบครัวของผู้ป่วย บุคลากร

ในสถานพยาบาล ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ จิตวิญญาณของผู้ป่วย (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2554)

นอกจากกำลังใจจากคนรอบข้างแล้ว ผู้ป่วยโรคมะเร็งเองก็ต้องเรียนรู้ที่จะเป็นกำลังใจให้

ตัวเองอยู่เสมอ ไม่ท้อแท้ เพราะสุดท้าย แม้จะมีกำลังใจมากมายแค่ไหน แต่ถ้าเราไม่ให้โอกาสตัวเอง

เพื่อยอมรับกำลังใจจากผู้อื่น หรือคอยเติมเต็มกำลังใจกับตัวเราเองอยู่เสมอ คงไม่มีใครช่วยเราได้

(นพเกล้า มณีกุล, 2553)

**1. การดูแลสุขภาพของบุคลากรที่ให้บริการ** การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของบุคลากรที่

ให้บริการ โดยเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย แผนกผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด

ซึ่งบุคลากรแต่ละฝ่ายก็ย่อมมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแตกต่างกัน ดังนี้

1.1 บทบาทของแพทย์ บทบาทการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ คือ แพทย์มีบทบาทในการ

ดูแลผู้ป่วยทั้งในบทบาทของแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อนมนุษย์ที่พึงปฏิบัติต่อกัน และในฐานะที่เป็น

ส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาทั้งหมด

1.1.1 บทบาทของแพทย์ในฐานะผู้ให้การรักษา ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ให้

การรักษา คือ วินิจฉัยที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลครบถ้วน เข้าใจง่าย และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ทั้ง

ด้านร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ความปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ปาก

แห้งและกระหาย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก วิตกกังวล หรือนอนไม่หลับ อาการเหล่านี้ถูกดูแลไม่ได้

นอกจากนั้นแพทย์ต้องมีความรู้ความสามารถที่ทันสมัยในการดูแลอาการต่าง ๆ และยังต้องให้ความ

สนใจ ให้ความสำคัญกับคำพูดที่ผู้ป่วยบรรยาย ลักษณะท่าทางและอาการแสดงของผู้ป่วย

1.1.2 บทบาทของแพทย์ในฐานะเพื่อนมนุษย์ รับฟังความคิดเห็นและมุมมองของ

ผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวหรือจากสังคม ย่อมทำให้การดูแลรักษาอาการของผู้ป่วย ตอบสนอง

ความต้องการทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย เกิดความขัดแย้งน้อยที่สุด

1.1.3 บทบาทของแพทย์ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย

บทบาทของแพทย์ควรดำรงตนอย่างผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพหนึ่ง ที่ต้องแสดงองค์ความรู้ในวิชาชีพ

ของตน รวมถึงรับฟังความคิดเห็นจากมุมมองอื่นด้วย (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554)

1.2 บทบาทของพยาบาล บทบาทการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล คือ ช่วยเหลือผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและครอบครัว ทั้งด้านการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ วางแผนให้การพยาบาล และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลสามารถดูแล และให้คำแนะนำแก่ผู้ใกล้ชิดและครอบครัวของผู้ป่วยในการ ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกายของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การให้อาหารและน้ำ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันอันตราย การ ช่วยเหลือให้มีความสุขสบาย รวมถึงการดูแลสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

สำหรับการดูแลเพื่อตอบสนองด้านจิตใจและอารมณ์นั้น มีความสำคัญยิ่งที่จะ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและสามารถดำรงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง โดยเริ่ม จากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยและความตาย เปิด โอกาสและให้ความร่วมมือกับผู้ใกล้ชิดในครอบครัวของผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและทำ กิจกรรมตามความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมและสังคมได้อย่างเหมาะสม (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554)

1.3 บทบาทของเภสัชกร บทบาทการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกร คือ การจัดเตรียมยา การ ผสมยาเคมีบำบัด การจัดเตรียมยาที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น ยาระงับปวด โดยเฉพาะ Morphine รูปแบบต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันกล่าวได้ว่า ยังมีไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วย ระยะสุดท้าย (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554)

1.4 บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ทำงานด้านสวัสดิการ สังคม มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเงิน และการสนับสนุนให้สามารถดำรงชีวิต ในสังคมต่อไปได้ การรักษาต้องมีค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาให้ผู้ป่วยและ ครอบครัววิตกกังวล (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554)

**2. การดูแลสุขภาพของญาติพี่น้อง** บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิด เพื่อผู้สูงที่ สนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนสมาชิกในกลุ่มหรือชมรมเดียวกัน หรือแม้แต่สัตว์เลี้ยงของผู้ป่วยเอง ต่างมี บทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย ทั้งในเรื่องความช่วยเหลือดูแลเป็นกำลังใจสนับสนุน ชี้นำแนวทาง หรือ แม้แต่ผลกระทบทางด้านลบ

2.1 การดูแลเรื่องข้อมูลความรู้โรคมะเร็ง ญาติพี่น้องควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการ วินิจฉัย การรักษาและมีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาให้มากที่สุด โดยเฉพาะ ประเด็นที่มีทั้งผลดีผลเสีย หรืออาจมีความขัดแย้งในอนาคตได้ เช่น ปฏิบัติการกู้ชีวิต การใส่ท่อหรือ สายต่าง ๆ ในร่างกาย หรือแม้แต่สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หากมีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่าง สมาชิกในครอบครัว ควรมีการพูดคุยกัน ร่วมกับแพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษา หรือแม้แต่ว่า ผู้ป่วยเองถ้ามีความพร้อม (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554)



2.2 การดูแลเรื่องเอกสารและข้อมูลการรักษา บุคคลในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลเรื่องเอกสารและข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย จดบันทึกช่วยจำเพื่อความถูกต้องสมาชิกในครอบครัวทุกคนควรรับทราบในเรื่องต่าง ๆ ของผู้ป่วยด้วย เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและตรงกัน ให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง สอดคล้องกัน เป็นการลดความเครียด ความกังวลของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 การดูแลการจัดเก็บเอกสาร บุคคลในครอบครัวควรจัดเก็บเอกสารคำแนะนำที่มีความจำเป็นและสำคัญควรจัดเก็บไว้ในแฟ้มเฉพาะ วางไว้ที่ทุกคนควรทราบ หยิบอ่านได้ง่าย ควรอ่านทบทวนบ่อย ๆ จนจำได้ ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการเตือนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล

2.4 การดูแลเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ การมาพบแพทย์ทุกครั้ง เป็นความจำเป็นและสำคัญที่ควรมีสมาชิกในครอบครัวมาอยู่กับผู้ป่วยด้วยอย่างน้อยหนึ่งคน เพื่อเป็นเพื่อน ให้กำลังใจผู้ป่วย ร่วมพูดคุยปรึกษากับแพทย์หรือพยาบาลและช่วยกันจำคำแนะนำเมื่อกลับถึงบ้านควรช่วยจดบันทึกช่วยจำเรื่องราวต่าง ๆ รวมทั้งการนัดหมายต่าง ๆ ด้วย นอกจากนั้นยังควรเล่าเรื่องและคำแนะนำต่าง ๆ ของแพทย์หรือพยาบาลให้สมาชิกในครอบครัวได้รับทราบร่วมกับ เป็นการช่วยให้มีการสื่อสารและเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551)

2.5 การดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ครอบครัวผู้ป่วยควรดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยไม่ควรทอดทิ้งผู้ป่วย ควรหมั่นดูแลเอาใจใส่อยู่เป็นประจำ เพราะจะเป็นกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยสามารถต่อสู้และมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข (ปราโมทย์ สันตยากร, 2552)

3. การดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลรักษาสุขภาพตนเองนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งควรพยายามใช้ชีวิตประจำวันให้เป็นปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตที่เหมาะสมใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด การปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลก็เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมั่นใจว่า ความเข้าใจและสิ่งที่ปฏิบัติกันนั้นถูกต้องไม่ขัดกับการรักษา (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551)

การดูแลตนเองควรดูแลหลายเรื่องไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลช่องปาก การพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น ดูแลตนเองตามวิธีการรักษา ได้แก่ ผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติต่าง ๆ และการดูแลตนเองตามแบบธรรมชาติบำบัด ดังนี้

3.1 การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยควรดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เรื่องที่ควรทราบได้แก่ เอกสารข้อมูล

การรักษา คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ สุขภาพอนามัยทั่วไป คือ การแปรงฟัน อาบน้ำ เป็นต้น การดูแลสุขภาพจิตและอารมณ์ การดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม การนอนหลับพักผ่อน การท่องเที่ยว การออกกำลังกาย การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ ที่พักการเดินทางเพื่อมารักษา และคำรักษาพยาบาล

3.1.1 เอกสารข้อมูลการรักษา เอกสารข้อมูลการรักษาผู้ป่วยที่ควรเตรียมมาในการรักษาควรเก็บไว้ในแฟ้มเฉพาะเพื่อป้องกันการสูญหาย เช่น จดหมายส่งตัวจากต้นสังกัด เอกสารการใช้สิทธิ ผลการตรวจ พิล์มเอกซเรย์ และการตรวจต่าง ๆ ใบรายงานการผ่าตัด และใบรายงานการตรวจชิ้นเนื้อ

3.1.2 คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยควรทบทวนและทำความเข้าใจในคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ควรจดบันทึกช่วยจำ

3.1.3 สุขภาพอนามัยทั่วไป ผู้ป่วยควรดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป ควรดูแลสุขภาพสะอาดของร่างกายทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนนอน เช่น อาบน้ำ เช็ดนอน จะช่วยให้สดชื่นแจ่มใส นอนหลับสบาย

3.1.3.1 การดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก และฟัน ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวในการรักษาความสะอาดช่องฟัน ดังนี้ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งเมื่อตื่นนอนและก่อนนอนเมื่อแปรงฟันควรแปรงลิ้นด้วย แปรงสีฟันควรมีขนแปรงนุ่ม บ้วนปากด้วยน้ำเปล่า น้ำเกลือจาง ๆ น้ำเกลือไบคาร์บอเนต ควรบ้วนปากหลังการรับประทานทุกครั้ง ถ้ารู้สึกปากแห้งมากหรือไม่มีน้ำลาย ให้จิบน้ำบ่อย ๆ หรืออมน้ำแข็งก้อนเล็ก ๆ ทาลิปกอสบ่อย ๆ ถ้าริมฝีปากแห้ง ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 4-5 แก้ว ผู้ป่วยควรพบทันตแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 2-3 เดือน (ปราโมทย์ สันตยากร, 2552)

3.1.3.2 การดูแลรักษาความสะอาดผม การดูแลรักษาความสะอาดผม ควรสระผมสม่ำเสมอ ไม่ให้มีกลิ่น ควรตัดผมสั้นเพราะจะดูแลรักษาได้ง่ายกว่าผมยาว เลือกแชมพูชนิดอ่อน เพื่อลดการระคายเคืองต่อหนังศีรษะ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551)

3.1.3.3 การดูแลรักษาความสะอาดสภาพแวดล้อม ผู้ป่วยควรดูแลรักษาความสะอาดสภาพแวดล้อมรอบตัว เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ควรเปลี่ยนทุกวัน ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอน แก้วน้ำ ช้อน สภาพแวดล้อมควรอยู่ในที่แสงพอเหมาะ อากาศโปร่งสบาย ถ่ายเทสะดวก ไม่มีกลิ่นอับชื้นเหม็นจะทำให้รบกวนการพักผ่อน และความอยากอาหาร

3.1.3.4 การดูแลเรื่องการขับถ่าย ผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องรักษาสุขอนามัยในเรื่องการขับถ่าย ทั้งการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะควรฝึกถ่ายให้เป็นเวลา

3.1.3.5 การดูแลรักษาความสะอาดอวัยวะขั้วถ่าย ผู้ป่วยควรรักษาความสะอาดของอวัยวะขั้วถ่ายด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังการขั้วถ่าย และรักษาให้แห้งสะอาด อย่าให้อับชื้น

3.1.4 การดูแลสุขภาพจิตและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคมะเร็งควรดูแลในเรื่องสุขภาพจิตใจและอารมณ์เสมอ เป็นเพราะต้องเผชิญอยู่กับความกลัว เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า ผู้ป่วยต้องปรับตัวทั้งด้านการใช้ชีวิตและการอยู่กับความเครียดโดยการยอมรับและมีสติ มองโลกในแง่ดี พุดคุยปรึกษาคอบครัว อย่าเก็บไว้คนเดียว พยายามทำจิตใจให้สดชื่น อยู่ในที่บรรยากาศดี หลีกเลี้ยงเรื่องกระทบจิตใจ ออกเดินทางท่องเที่ยว พักผ่อน เปลี่ยนสถานที่ ไม่ฟังเรื่องเศร้า เพลงเศร้า พักผ่อนให้เต็มที่

3.1.5 การดูแลเรื่องอาหาร ผู้ป่วยควรดูแลเรื่องอาหารเนื่องจากเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการใช้ชีวิต หากไม่รับประทานอาหารจะทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหาร ผู้ป่วยควรกินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ส่วนอาหารหมักดองและอาหารกระป๋องสำเร็จรูป เช่น ผักดอง เต้าหู้ยี้ เป็นต้น อาจทำให้ท้องเสียและติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะผู้ที่เม็ดเลือดขาวต่ำ นอกจากนั้นคุณค่าทางโภชนาการยังด้อยกว่าอาหารปรุงสุก ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด หากผู้ป่วยทานอาหารทางสายควรรักษาความสะอาดของอาหาร และท่ออาหาร หรือสายยางให้สะอาดเสมอ

3.1.6 น้ำดื่ม ผู้ป่วยควรดูแลเรื่องการดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ประมาณวันละ 4-8 แก้ว ไม่นับรวมน้ำประเภทอื่น เช่น น้ำอัดลม หรือน้ำแกงต่าง ๆ และไม่ควรดื่มน้ำน้อยหรือมากเกินไป การดื่มน้ำให้ได้ตามจำนวนเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่รับการรักษาแบบเคมีบำบัด

3.1.7 การนอนหลับพักผ่อน และการท่องเที่ยว การดูแลตนเองเรื่องการนอน การพักผ่อน และการท่องเที่ยว นั้น ผู้ป่วยควรนอนหลับสนิทอย่างน้อยวันละ 5-6 ชั่วโมง (ตอนกลางคืน) ถ้าอ่อนเพลียอาจนอนกลางวันได้ ถ้านอนไม่หลับให้หาสาเหตุเพื่อแก้ไขปรับปรุง อาจหากิจกรรมอย่างอื่นทำให้คลายอารมณ์ จัดสภาพแวดล้อมให้น่านอน สงบ เคลื่อนไหวทำงาน ออกกำลังกายบ้างระหว่างวัน ส่วนเรื่องการพักผ่อนและท่องเที่ยว นั้นควรหาโอกาสพักผ่อนกับครอบครัว เพื่อช่วยให้ออกกำลังกายกันและกัน ส่งเสริมสุขภาพกายและมีผลต่อสุขภาพจิต และควรเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วย

3.1.8 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ไม่จำเป็นต้องหักโหม ทำเท่าที่ทำได้ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด ท้องผูก เลือดลมไหลเวียนดี ลดการเกิดแผลกดทับ ทำให้สุขภาพกายดีสุขภาพจิตดี ลดการวิงเวียน

มีนึ่ง เพิ่มความอยากอาหาร การเดินเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ควรเดินวันละ 20-30 นาที หากไม่สะดวกให้ลูกนั่ง ขยับแขนขา แกว่งแขนขา สะบัดมือ สะบัดเท้า ไปมา พลิกตัว

3.1.9 การทำงาน ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยควรปรับการทำงานไม่หักโหมเกินไป ไม่ควรทำงานที่มีความเครียด กัดค้นสูง อาจมีช่วงพักระหว่างวัน และควรปรึกษาหัวหน้างาน เพื่อแบ่งเบาภาระงานในช่วงการรักษาและพักฟื้น ระหว่างรักษาไม่มีข้อห้ามไม่ให้ทำงาน แต่ควรทำตามกำลัง

3.1.10 การมีเพศสัมพันธ์ โดยทั่วไปไม่มีข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์ ยกเว้นผู้ป่วยโรคเมเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งอวัยวะเพศชาย ซึ่งแพทย์แนะนำให้งดมีเพศสัมพันธ์ในช่วงการรักษาและพักฟื้น และควรคุมกำเนิดไม่ให้ตั้งครรภ์ระหว่างการรักษา อาจเป็นอุปสรรคต่อการรักษาและเป็นอันตรายต่อทั้งแม่และลูก

3.1.11 ที่พักการเดินทางเพื่อมารักษา ผู้ป่วยควรดูแลเรื่องที่พักให้มีความสะอาด มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่สกปรกกรุงรัง ไม่มีกลิ่น ไม่อับชื้น ไม่มีเสียงดังรบกวน ไม่มีฝุ่นละออง และเดินทางมารักษาสะดวก

3.1.12 ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยควรศึกษาสิทธิการรักษาว่าครอบคลุมในเรื่องใดบ้าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง เช่น สิทธิประกันสังคม หรือสิทธิประกันจากเอกชน และควรเตรียมเอกสารให้ครบถ้วน แจ้งเจ้าหน้าที่เรื่องสิทธิการรักษา และหากต้องการเอกสารอะไรควรแจ้งล่วงหน้า

3.2 ดูแลตนเองตามวิธีการรักษา ได้แก่ ผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีหลายวิธีการ วิธีการหลัก ๆ คือ การผ่าตัด รังสีรักษา ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยควรมีวิธีการดูแลตนเองตามวิธีการรักษา ดังนี้

3.2.1 การดูแลตนเองเมื่อรักษาด้วยการผ่าตัด การดูแลตนเองเมื่อได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ถ้าได้รับน้ำเกลือ หรือสายยางต่าง ๆ ควรระมัดระวังไม่ให้สายหลุด ควรแจ้งแพทย์ พยาบาลถ้ามีอาการปวดบวมบริเวณที่ให้น้ำเกลือ พยายามเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก ปอดและลำไส้ทำงานได้ดี ลดการติดเชื้อและอาการท้องผูก ถ้าดื่มน้ำได้ควรดื่มให้เพียงพอ ถ้ามีอาการผิดปกติควรแจ้งแพทย์ทันที

3.2.2 การดูแลตนเองเมื่อได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา หากได้รับการรักษาแบบฉายรังสี ผู้ป่วยควรดูแลผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสี และดูแลตนเองเมื่อท้องผูก ดังนี้

3.2.2.1 การดูแลผิวหนังในบริเวณที่ฉายรังสีรักษา โดยทั่วไปผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีรักษาตรงบริเวณที่ตีเส้นไว้มักจะมีโอกาสเป็นแผลได้ง่าย (ปราโมทย์ สันตยากร, 2552) ผู้ป่วยควรป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่ผิวหนัง โดยผู้ป่วยต้องระวังไม่ให้ถูกเสียดสี ควรแต่งกายตามที่

แนะนำ ต้องระวังอย่าให้ถูกน้ำ ห้ามขัด เช็ด หรือถู ถ้าสามารถอาบน้ำได้ ต้องไม่ขัดถูบริเวณที่ฉายรังสี ควรตัดเล็บให้สั้น ห้ามใช้ยา ครีม โรยแป้ง โลชั่น หรือลูกกลิ้งระงับกลิ่น บนผิวหนังส่วนที่ฉายรังสี (เช่น ฉายบริเวณรักแร้) หากไม่จำเป็นไม่ควรโกนหนวด เครา ห้ามใช้ความร้อนหรือเย็น ประคบผิวหนังบริเวณที่ฉายรังสีเด็ดขาด หากมีอาการระคายเคือง คัน หรือกำวลบริเวณผิวหนังส่วนที่ฉายรังสี ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลทุกครั้ง

3.2.2.2 การดูแลตนเองเมื่อท้องผูก ท้องเสียระหว่างฉายรังสี เมื่อผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีแล้วมีอาการท้องผูก ท้องเสีย ควรดูแลตนเอง ดังนี้ ผู้ป่วยต้องรักษาสุขอนามัยในเรื่องการขับถ่ายทั้งการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ควรฝึกถ่ายให้เป็นเวลา วันละครั้งจะช่วยลดอาการท้องผูกได้ รับประทานอาการกลุ่มผักผลไม้ให้มากขึ้นในแต่ละมื้ออาหาร หรือเป็นอาหารว่าง ควรดื่มน้ำสะอาดให้ได้อย่างน้อยวันละ 4-8 แก้ว ผู้ป่วยควรสังเกตลักษณะหรือสีของปัสสาวะและอุจจาระว่าผิดปกติหรือไม่ เพราะจะเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อจะได้รายงานแพทย์หรือพยาบาล เพื่อให้การวินิจฉัยหรือการรักษาได้รวดเร็วทันที่ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2551)

3.2.3 การดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดควรดูแลตนเองในเรื่องผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดทั้งผลเฉียบพลัน และระยะยาวหลังครบการรักษา ดังนี้

3.2.3.1 การดูแลเมื่อได้รับผลข้างเคียงระยะเฉียบพลันระหว่างรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เมื่อผู้ป่วยรักษาด้วยยาเคมีบำบัดย่อมได้รับผลข้างเคียงจึงต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ให้ถูกต้อง ครบถ้วน สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ผอมลง คลื่นไส้ อาเจียน ดูแลเรื่องการดื่มน้ำ หลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ถ้าเกิดอาการผิดปกติผู้ป่วยควรแจ้งแพทย์ หรือพยาบาลด่วน โดยเฉพาะอาการ บวม แดง แสบ หรือเจ็บบริเวณให้น้ำเกลือ หากผู้ป่วยรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดต้องแจ้งแพทย์เสมอ เช่น ยาแอสไพริน ระหว่างรักษาสตรีห้ามตั้งครรภ์ และควรมาตรวจเลือดตามนัดทุกครั้ง

3.2.3.2 การดูแลเมื่อได้รับผลข้างเคียงระยะยาวหลังครบการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบแล้วอาจพบสิ่งผิดปกติ ดังนี้ ผู้ป่วยมีอาการซีด เม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติ อาจรับผลกระทบต่อหัวใจ ปอด ตับ ไตได้ ขึ้นกับปริมาณของยา อาจมีอาการชาปลายมือปลายเท้าได้ แต่จะค่อย ๆ หายไปเอง

3.3 การดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติ อาการผิดปกติจากการได้รับการรักษาผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ดังนี้

3.3.1 อาการไข้ อาการไข้ คืออาการที่เกิดขึ้นเมื่ออุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติ ผู้ป่วยควรนอนในห้องที่อากาศถ่ายเทสะดวก ห่มผ้าตามความต้องการ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว

รับประทานยาให้ตรงเวลา ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล ถ้ามีข้อสงสัยให้ปรึกษาแพทย์ และพยาบาล

3.3.2 ผมง่วง เมื่อผู้ป่วยมีอาการผมง่วงควรดูแลตนเอง ดังนี้ สังเกตว่าอาการผมง่วงเกิดจากอะไร และควรหลีกเลี่ยง ควรเตรียมวิกผมไว้ล่วงหน้าหากทราบว่าผมง่วง ผู้ป่วยควรตัดผมสั้นเพื่อสะดวกต่อการดูแล สามารถสระผมได้แต่ควรขี้นเบา ๆ ยกเว้นแพทย์ห้ามให้สระเป็นรายกรณี ไม่ควรตัด ย้อม ยืดผมในช่วงรักษา

3.3.3 อาการบวม แขนขาบวม เมื่อผู้ป่วยมีอาการบวมควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ถูกต้อง ควบถ่วง ควบคุมการดื่มน้ำ และการทานอาหารเค็มตามแพทย์หรือพยาบาลแนะนำ ผู้ป่วยควรเพิ่มการทานโปรตีน เสื้อผ้าที่สวมใส่ควรสบายตัว ระมัดระวังความสะอาดของส่วนที่บวม พยายามดูแลไม่ให้เกิดแผล ตุ่มคัน รอยขีดข่วน เวลาที่ผู้ป่วยนอนให้ยกเท้าสูง ถ้ามีอาการบวมควรใส่รองเท้าหลวมสบาย

3.3.4 สะอึก หากผู้ป่วยมีอาการสะอึกควรหายใจเข้าออกลึก ๆ อาจกลืนหายใจนาน ๆ เป็นพัก ๆ ดื่มน้ำสะอาดประมาณครึ่งแก้วรวดเดียวติดต่อกัน 1-2 ครั้ง รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และควรระวังการหกล้ม ตกเตียง และการขับขีรถหลังทานยาเนื่องจากยาอาจทำให้ง่วง

3.3.5 ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่อับชื้น หรือคนพลุกพล่าน ควรอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงแดดส่องถึง ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม และของใช้ต่าง ๆ ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ไม่ควรทานผักสด ผลไม้ที่ทานควรเป็นชนิดที่ปอกเปลือกได้ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทโยเกิร์ต หรือนมเปรี้ยว ถ้ามีอาการท้องเสียร่วมด้วยควรแจ้งแพทย์ พยาบาลทันที

3.3.6 เก็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยที่มีเก็ดเลือดต่ำควรรับประทานยาให้ครบ 5 หมู่วระมัดระวังไม่ให้มีแผล เกิดอุบัติเหตุ หรือได้รับการกระทบกระเทือน รักษาความสะอาดของแผล ช่องปาก และสุขภาพร่างกาย ผู้ป่วยควรรับประทานยาที่ทำให้เลือดออกง่าย เมื่อเจาะเลือดหรือฉีดยา ให้กรออยเจาะเลือดแน่น ๆ นาน ๆ จนแน่ใจว่าเลือดหยุดแล้ว

## แนวคิดและทฤษฎีการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตโดยการป้องกันและลดความทุกข์ทรมาน ด้วยการค้นหาอาการเจ็บปวด และปัญหาต่าง ๆ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้แต่เริ่มต้น และให้การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการ ประกอบด้วย ลดความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน บูรณาการจิตสังคม และจิตวิญญาณในการดูแล ทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและ

ครอบครัว ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต อาจนำมาใช้ตั้งแต่เราเริ่มเจ็บป่วยร่วมกับการรักษา อื่น ๆ ที่ต้องการ ยืดชีวิตของผู้ป่วย เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา (ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถใช้หลักการของ Palliative Care โดยสามารถให้ Palliative Care ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรกของโรคพร้อมกับการรักษาหลักอื่น ๆ ซึ่งองค์กรอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ Palliative Care ไว้ หมายถึง การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยความป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ การประเมินอย่างแม่นยำ การรักษาความปวดและปัญหาอื่น ๆ ให้ครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นคงไม่ต้องรอให้หมดหนทางรักษาเสียก่อน แล้วจึงพิจารณาเรื่องนี้เป็นอันดับสุดท้าย ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวคิดของการให้ Palliative Care (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554)

หลักการของ Palliative Care หัวใจหลักหรือหลักการสำคัญของ Palliative Care สามารถสรุปสั้น ๆ ได้เป็น “4 C” ดังนี้

1. Centered at patient and family: ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการ หรือกิจกรรมใด ๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด

2. Comprehensive: ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณนอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาและความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดง

ความรู้สึก อารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ หรือความเชื่อและศรัทธา ทางศาสนาที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย

3. Coordinated: เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และ สังคม งานหลายด้าน ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่เข้ามามีส่วนร่วม ในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานให้เข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูง ที่ร่วมดูแล สนับสนุน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคม ภายนอก เช่น ผู้นำศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่าง ๆ

4. Continuous: มีความต่อเนื่องและประสิทธิผลอย่างสม่ำเสมอ การดูแลควรครอบคลุม อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ไปแล้ว ดังแสดงภาพที่ 1 ไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนในทุก สถานการณ์ การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษา จึงขึ้นกับสถานการณ์นั้น ๆ ที่ต้องอาศัยการ ประเมินเป็นระยะ เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, 2554)

## คุณภาพชีวิต

1. ความหมายและลักษณะของคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจใน ชีวิตความเป็นอยู่แต่ละด้าน ด้านสุขภาพและความเครียด หมายถึง การมีอาการทางด้านร่างกายและ จิตใจที่บ่งบอกถึงภาวะของสุขภาพทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วย และภาวะความเครียดของจิตใจ คือ ความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้อันเนื่องมาจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ (สถาบันบัณฑิต พัฒนบริหารศาสตร์, 2556)

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญของการพัฒนาในหลายประเทศ ทั่วโลก เป็นดัชนีชี้วัดความเจริญของประเทศ องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคำว่า “คุณภาพ ชีวิต” หมายถึง “มุมมองหรือความคิดของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสภาวะชีวิตของตนเองภายใต้บริบท ทางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความ คาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของเขา” เช่น คนหนึ่งอาจให้ความสำคัญต่อเรื่องการทำงานและ การหาเงินเป็นตัววัดคุณภาพชีวิตของเขา แต่อีกคนอาจให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและ สิ่งแวดล้อมในการอยู่อาศัยมากกว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของแต่ละบุคคล แตกต่างไปตามสังคม ความเชื่อและวัฒนธรรม



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การประเมินผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ตามมุมมองผู้ป่วยเอง ซึ่งประกอบด้วยมิติทางด้านสุขภาพหลายด้าน เช่น สุขภาพด้านร่างกาย สุขภาพด้านจิตใจ สุขภาพด้านสังคม ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม และภาวะสุขภาพทั่วไป เช่นความสามารถในการคิดวิเคราะห์และความจำ การดำเนินชีวิตและการทำงานหาเลี้ยงชีพ การมีเพศสัมพันธ์ การนอนหลับ อาการปวด และอาการของโรคต่าง ๆ

แนวคิดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสอดคล้องกับแนวความคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยพิจารณาถึงต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิต ไม่ใช่มองเพียงแต่ตัวโรค (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

**2. ประเภทของคุณภาพชีวิต** ประเภทของคุณภาพชีวิตมีทั้งประเภทประเมินภาวะสุขภาพแบบมิติเดียว หรือประเมินสุขภาพแบบหลายมิติ ซึ่งแต่ละประเภทมีเครื่องมือหลายชนิด ดังนี้

2.1 เครื่องมือประเมินแบบมิติเดียว (Unidimensional Health Status Measures) เครื่องมือประเมินแบบมิติเดียว หมายถึง เครื่องมือที่ประเมินสุขภาพเพียงมิติเดียวอาจจะเป็นคำถามเดียวหรือหลายคำถามแล้วรายงานรวม หากถามคำถามเดียวอาจถามถึงความผาสุกโดยรวม หรือภาวะสุขภาพโดยรวม แต่ควรใช้หลายคำถามในมิติเดียว ตัวอย่างเครื่องมือประเมินมิติเดียวมีดังต่อไปนี้

2.1.1 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ของร่างกาย เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ Katz Index และ Barthel Index จะประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตัวเองเบื้องต้น ส่วนใหญ่ใช้กับผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.1.2 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจจะประเมินอารมณ์ทั้งทางบวกและลบ เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า มีหลายชนิด เช่น Beck Depression Inventory

2.1.3 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านสังคม เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านสังคม เช่น Social Support Survey สอบถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางด้านสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูล การสนับสนุนที่มองเห็นได้ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก ความรักและเอาใจใส่

2.1.4 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านความจำ เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านความจำ เช่นเครื่องมือ Mental Status Questionnaire สอบถามเกี่ยวกับวันที่ สถานที่วันเกิดของตนเอง ผู้นำของประเทศ ว่ามีความบกพร่องหรือไม่

2.1.5 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านการนอนหลับ เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านการนอนหลับ เช่น เครื่องมือ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ถามเกี่ยวกับความถี่ของการถูกรบกวนในระหว่างการนอน และคุณภาพของการนอนหลับ ระยะเวลาที่ใช้ในการนอน และจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ

2.1.6 เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตวิญญาณ เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ทางด้านจิตวิญญาณ เช่น เครื่องมือ McGill Quality of Life Questionnaire ซึ่งมีมิติย่อยทางด้านจิตวิญญาณดี สอบถามเกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิต ความมีคุณค่า และความหวาดกลัวอนาคต เป็นต้น

2.1.7 เครื่องมือประเมินอาการปวด เครื่องมือประเมินอาการปวด เช่น การใช้เครื่องมือ Visual Analog Scale โดยมีสเกลตั้งแต่ 0-10 มีค่าตั้งแต่ ไม่ปวดเลย ถึง ปวดมากที่สุด

2.2 เครื่องมือประเมินแบบหลายมิติ (Multidimensional Health Status Measures) คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุก ๆ มิติที่สำคัญ

2.2.1 Short Form Health Survey-36 (SF-36) เครื่องมือ Short Form Health Survey-36 (SF-36) สอบถามคุณภาพชีวิต ในมิติ Physical functioning, Psychological functioning, Social functioning, Pain, Productivity, Overall well-being

2.2.2 Sickness Impact Profile (SIP) เครื่องมือ Sickness Impact Profile (SIP) สอบถามคุณภาพชีวิตในมิติ Physical functioning, Psychological functioning, Social functioning, Cognitive functioning, Sleep, Pain, Productivity, Overall well-being

2.2.3 Nottingham Health Profile (NHP) เครื่องมือ Nottingham Health Profile (NHP) สอบถามคุณภาพชีวิตในมิติ Physical functioning, Psychological functioning, Social functioning, Sexual functioning, Sleep, Pain, Productivity

2.2.4 WHOQOL-BREF เครื่องมือ WHOQOL-BREF สอบถามคุณภาพชีวิตในมิติ Physical functioning, Psychological functioning, Social functioning, Sexual functioning, Cognitive functioning, Sleep, Pain, Productivity, Spirituality, Overall well-being ซึ่งมีมิติมากที่สุดในกลุ่มนี้

**3. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต** องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีหลายมิติ ประมาณ 10 มิติ ดังนี้ มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเพศ ด้านจิตประสาท การนอน การปวด ด้านผลิตภาพ ด้านจิตวิญญาณ และความผาสุกโดยรวม รายละเอียดดังนี้

3.1 มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย มิติการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิต หรือการทำกิจวัตรประจำวัน มี 3 ระดับ คือ การดูแลตนเองใน

เบื้องต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังในระดับปานกลาง เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำอาหาร การเดินระยะใกล้ ๆ การเดินขึ้นบันได การยกของ และการดำเนินชีวิตประจำวันที่ใช้พลังกำลังมาก เช่น การเดินระยะทางไกล การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ใช้พลังมาก

3.2 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ หมายถึง สุขภาวะด้านอารมณ์และความมั่นคงของอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยด้านบวกและด้านลบ ด้านบวก ได้แก่ การมีความสุข สนุกสนาน ความหวัง และมีชีวิตชีวา ด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ รู้สึกผิด เป็นต้น

3.3 มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม มิติการทำหน้าที่ทางด้านสังคม หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง และชุมชน เช่น การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติมิตร เพื่อน และสังคม

3.4 มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ มิติการทำหน้าที่ทางด้านเพศ หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสัมพันธ์ทางด้านเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตามปกติทั้งด้านความถี่ รูปแบบ และความพึงพอใจ ทั้งนี้มี โรคและยาบางชนิดที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเมเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ยามะเร็ง และยารักษาความดันโลหิตสูง

3.5 มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท มิติการทำหน้าที่ทางด้านจิตประสาท หมายถึง ความสามารถทางด้านความคิด ความจำ ได้แก่ การจำวันสำคัญต่าง ๆ ได้ การมีเหตุผล การรับรู้สิ่งรอบตัว

3.6 มิติการนอน มิติการนอน หมายถึง ความสามารถในการนอนหลับเมื่อเข้านอน ตอนกลางคืน การไม่ถูกรบกวนให้ตื่นบ่อยเมื่อนอนหลับ การไม่ตื่นเร็วผิดปกติในตอนเช้าหรือความตื่นด้วยความยากลำบาก รวมถึงจำนวนชั่วโมงที่นอนหลับ การนอนหลับมีผลต่อความวิตกกังวล ซึมเศร้า มียาและโรคหลายอย่างที่มีผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคเมเร็ง และยาความดันโลหิตสูง

3.7 มิติการปวด มิติการปวด หมายถึง มิติที่เกี่ยวกับความเจ็บปวดด้านร่างกาย ทั้ง ความรุนแรงของการปวด ระยะเวลาการปวด และความถี่ที่ปวด การประเมินอาการปวดในแต่ละกิจกรรม เช่น เดิน ก้ม วิ่ง หรือขึ้นบันได

3.8 มิติการทำหน้าที่ทางด้านผลิตภาพ มิติการทำหน้าที่ทางด้านผลิตภาพ หมายถึง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งการได้รับค่าจ้างและไม่ได้รับค่าจ้าง ได้แก่ การมีงานทำ การทำงานบ้าน หรือการทำอาสาสมัคร

3.9 มิตินำที่ทางจิตวิญญาณ มิตินำที่ทางจิตวิญญาณ หมายถึง แรงขับ หรือความปรารถนาดีที่ใ้บุคคลมีความหมาย มันคงภายใน ความคิด ความศรัทธา ความรู้สึก ธรรมะ

3.10 ความผาสุกโดยรวม ความผาสุกโดยรวม มักจะประเมิน 2 เรื่อง ดังนี้ คุณภาพชีวิตโดยรวมหรือความพึงพอใจในชีวิต และภาวะสุขภาพโดยรวม

4. การวัดคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปมีอยู่ 2 แบบ แบบที่ 1 วิธีมาตรฐาน และแบบที่ 2 วิธีประเมินรายบุคคล ดังนี้

4.1 วิธีมาตรฐาน วิธีการวัดคุณภาพชีวิตวิธีมาตรฐานจะใช้แบบสอบถามมาตรฐาน มีกลุ่มของคำถามเตรียมไว้ โดยเป็นคำถามที่คิดว่าจำเป็นต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ละข้อคำถามจะมีน้ำหนักหรือความสำคัญเท่า ๆ กัน

4.2 วิธีประเมินรายบุคคล วิธีการวัดคุณภาพชีวิตวิธีประเมินรายบุคคล โดยผู้ถูกประเมินคิดเกี่ยวกับมิติของชีวิตที่มีความสำคัญต่อตนเอง และให้คะแนนความสำคัญของตนเอง วิธีนี้แก้ไขข้อจำกัดของวิธีแรกที่บางคำถามอาจไม่เกี่ยวกับผู้ตอบ และการประเมินคุณภาพชีวิตแบบรายบุคคลจะตรงกับค่านิยมคุณภาพชีวิตมากกว่าการประเมิน โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน วิธีการประเมินคุณภาพชีวิตรายบุคคลมี 2 วิธี คือ Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEI-QOL) และ Patient Generated Index, Condition-Specific (PGI-CS) ดังรายละเอียดดังนี้ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

4.2.1 Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEI-QOL) วิธี SEI-QOL จะให้บอกมิติของชีวิต 5 ด้าน ที่คิดว่ามีความสำคัญหรือจำเป็นต่อชีวิต ให้คะแนนสำหรับสถานะของมิติที่เลือกแต่ละมิติโดยคะแนนเต็ม 100 หมายถึง สถานะที่ดีที่สุดและคะแนน 0 หมายถึง สถานะที่แย่ที่สุด ให้คะแนนน้ำหนัก (weight) แต่ละมิติตามความต้องการที่จะให้มิติด้านนั้นดีขึ้น (improvement)

4.2.2 Patient Generated Index, Condition-Specific (PGI-CS) วิธี PGI-CS จะให้บอกมิติของชีวิต 5 มิติ ที่คิดว่าได้รับผลกระทบจากโรคที่เป็นอยู่ และอีก 1 มิติ ที่นอกเหนือจากเรื่องของสุขภาพ ให้คะแนนสำหรับสถานะของมิติที่เลือกแต่ละมิติรวมทั้งมิติอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากเรื่องของสุขภาพ โดยคะแนนเต็ม 100 หมายถึง สถานะที่ดีที่สุด และคะแนน 0 หมายถึง สถานะที่แย่ที่สุด ให้คะแนนน้ำหนัก (weight) แต่ละมิติตามความต้องการที่จะให้มิติด้านนั้นดีขึ้น (improvement)

5. แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีการสร้างกันไว้ และมีคุณภาพดี ใช้กันทั่วไปมีหลายแบบวัด ดังนี้

- 5.1 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของหน่วยงาน The Philippines Academy มี 9 หมวด 30 ตัวชี้วัดใหญ่ 19 ตัวชี้วัดย่อย ใช้วัดความเป็นอยู่ที่ดี และคุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคล
- 5.2 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของหน่วยงานมาเลเซีย มี 12 หมวด 101 ตัวชี้วัดย่อย ใช้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม และจัดทำเป็นต้นแบบรายงานประจำปีทางสังคม
- 5.3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของหน่วยงานเยอรมันนี (German Research Society) มี 4 หมวด 33 ตัวชี้วัดย่อย ใช้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชน
- 5.4 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ของหน่วยงาน ESCAP มี 12 หมวด 101 ตัวชี้วัดย่อย ใช้วัดสาระต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคุณภาพ
- 5.5 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของหน่วยงาน WHO มี 2 ฉบับ คือ ฉบับเต็ม ชุด WHOQOL-100 มี 6 หมวด 100 ตัวชี้วัด ใช้วัดคุณภาพชีวิตของมนุษย์ และ ฉบับย่อ ชุด WHOQOL-BREF หรือ WHO ชุดย่อ 26 คำถาม ประกอบไปด้วยคำถาม 2 ชนิด คือ แบบวัดภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ ไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้
- ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่มาก
- ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง
- มาก หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก
- เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรง (validity) ที่ดี โดยมีค่า content validity = 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient = 0.84 (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ธีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิงกุล, 2540)
- 5.6 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต Short Form Health Survey-36 (SF-36) เครื่องมือ SF-36 เป็นแบบสอบถามที่สร้างโดย Ware และคณะ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 8 มิติ ได้แก่ Physical functioning, role limitation due to physical problems, role

limitation due to emotion problems, bodily pain, mental health, vitality, social functioning, general health perceptions แต่ละมิติมีจำนวนคำถามแตกต่างกัน และแต่ละคำถามจะถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ตัวเลือกคำถามเป็นแบบลิเกิร์ตสเกล (มีลำดับมากน้อยในตัวเลือกตอบ เช่น มีปัญหาน้อยไปมาก) จะรายงานคะแนนรวมตามมิติจำนวน 8 มิติ โดยแต่ละมิติจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า โดยคะแนนเฉลี่ยของคนสุขภาพปกติทั่วไปอยู่ที่  $50 \pm 10$

5.7 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต Sickness Impact Profile (SIP) เครื่องมือ SIP เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีคำถามทั้งหมด 136 ข้อ แบ่งเป็น 2 มิติใหญ่ คือ มิติทางด้านร่างกาย และจิตใจ ที่ประกอบด้วย 12 มิติย่อย โดยมีมิติทางด้านร่างกายมี 3 มิติย่อย ได้แก่ ambulation, mobility และ body care and movement ส่วนมิติด้านจิตใจมี 9 มิติย่อย ได้แก่ social interaction, communication, alertness behavior, emotional behavior, sleep and rest, eating, home management, recreation และ employment เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงและตรงที่ดี แต่ข้อเสียคือ แบบสอบถามยาวเกินไป

5.8 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต Nottingham Health Profile (NHP) เครื่องมือ NHP เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในประเทศอังกฤษ มีคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกมีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เกี่ยวกับ physical functioning, vitality (sleep and energy), pain, emotional functioning, social functioning ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ ที่เกี่ยวกับปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วยในเรื่อง job/ work, home management, social life, home life, sex life, interests/ hobbies. Holidays เครื่องมือประเมินนี้มีความเที่ยงและตรงเช่นเดียวกับ SF-36 และ SIP

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลายเรื่อง พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านการทำหน้าที่การดูแลสุขภาพ ศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งในการเข้ารับรักษา และโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ดังนี้

สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งมีปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ อายุ ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เนื่องจาก รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตรวมถึงค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ส่วนปัจจัยด้านเพศ พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของการ เป็นผู้นำครอบครัว เพศชายจึงเกิดความวิตกกังวลมากกว่าเพศหญิง

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงในทุก ด้านเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะความผาสุกทางด้านร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ตามปกติ ส่วนความผาสุกทางด้านจิตใจลดลงเนื่องจาก ความวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ความผาสุกด้านสังคมลดลง เนื่องจากผู้ป่วยต้องแยกตัวออกจากสังคม ยกเว้นความ ผาสุกด้านสิ่งแวดล้อมที่มีระดับสูงขึ้น ปัจจัยด้านอาการและกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบต่อ คุณภาพชีวิต ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่ ได้รับการรักษามากกว่า 1 ปี พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในช่วง 1 ปีแรก เนื่องจากเป็น ช่วงที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการรักษาและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เหมาะสมแล้ว ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินของโรคเกิด การรบกวนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมายส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต

3. ปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลของคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย เนื่องจากความเจ็บป่วยสร้างความรู้สึกลบ เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต วิตกกังวล ก่อ เกิดเป็นความเครียดทำให้ความผาสุกทางจิตใจลดลง แต่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วยโรคมะเร็ง และลดความวิตกกังวลได้

4. ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพพบว่า การดำรงหน้าที่ในการดูแลสุขภาพที่ ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้จะมีความพึงพอใจใน ชีวิต และสามารถตอบสนองความต้องการในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าไม่ สามารถปฏิบัติได้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้จะเกิดความพึงพอใจในการเผชิญกับโรคที่เป็น

นงลักษณ์ สรรสม และสุริพร ธนศิลป์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 120 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสพการณ์การมีอาการ แบบประเมินการ ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมศาสนา แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมิน

คุณภาพชีวิต พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและต่ำ แต่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต

เพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์ (2552) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าการรักษาที่งานพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ และผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจที่คลินิกโลหิตวิทยา ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 จำนวน 30 ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (FACT-Leu) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันมีคะแนนโดยรวม และรายด้านในระดับสูง ยกเว้นด้านร่างกาย จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษามีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม ครอบครัว และผู้มีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย

ทับทิม เปาอินทร์, เขารัตน์ รุ่งสว่าง และเรวัต เตียสกุล (2553) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัด มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดแบบ MRM และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 128 ราย รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติ และวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และเคมีบำบัดที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้มีความแตกต่างกัน ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่แตกต่างกัน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 79.93

กันยา นันตะแก้ว, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และสุดารัตน์ ชัยอาจ (2554) ได้ศึกษาผลโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด และแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ในการรักษาโรคมะเร็งทั่วไป ฉบับที่ 4 ของเซลลาและ



คณะ ซึ่งแปลเป็นไทยโดยวรัชย์ รัตนธรรธร และคณะ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ธนเดช สีนุเสถก (2558) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ระยะของโรคเป็นตัวบ่งชี้ถึงโอกาสการหายจากโรคมะเร็ง และตัวโรคบางโรคค่อนข้างร้าย ระยะก็ไม่สำคัญ ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษา บางโรคก็รักษาหายง่าย และควรดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่สบายจากโรครุนแรงอย่างมะเร็ง จะมีปัญหาทางจิตใจด้วย ทีมงานบุคลากรต้องดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการผ่อนคลาย มีความสุข โรงพยาบาลที่ดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รวมถึงสิ่งแวดล้อมดี เหมาะสม ผู้ป่วยมีความสุขนับว่าอยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลที่ดี

โสรัจญา สุริยันต์, วรณิ เตียววิเศษ และนุจรีย์ ไชยมงคล (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด: แบบจำลองเชิงสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับอิทธิพลโดยรวมสูงสุดจากความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด รองลงมาคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านม

# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) ในลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วยมะเร็งเป็นประชากรเป้าหมาย โดยเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด, รังสีรักษา, เคมีบำบัด หรือรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด ณ เวลานั้น และเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาตามนัดโดยเป็นผู้ป่วยเก่าที่ได้รับการรักษาแล้ว

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น 171 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995 หน้า 178) ดังนี้คือ

$$\text{สูตร } n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

$Z$  = ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 สองหางมีค่า 1.96

$\sigma$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว = 14.91 (เพ็ญใจ จิตรนาทรัพย์, 2552)

$d$  = ความคลาดเคลื่อนจากประชากรที่ศึกษากำหนด 15 % มีค่า 2.2365

$$d = \frac{14.91}{0.15} = 2.2365$$

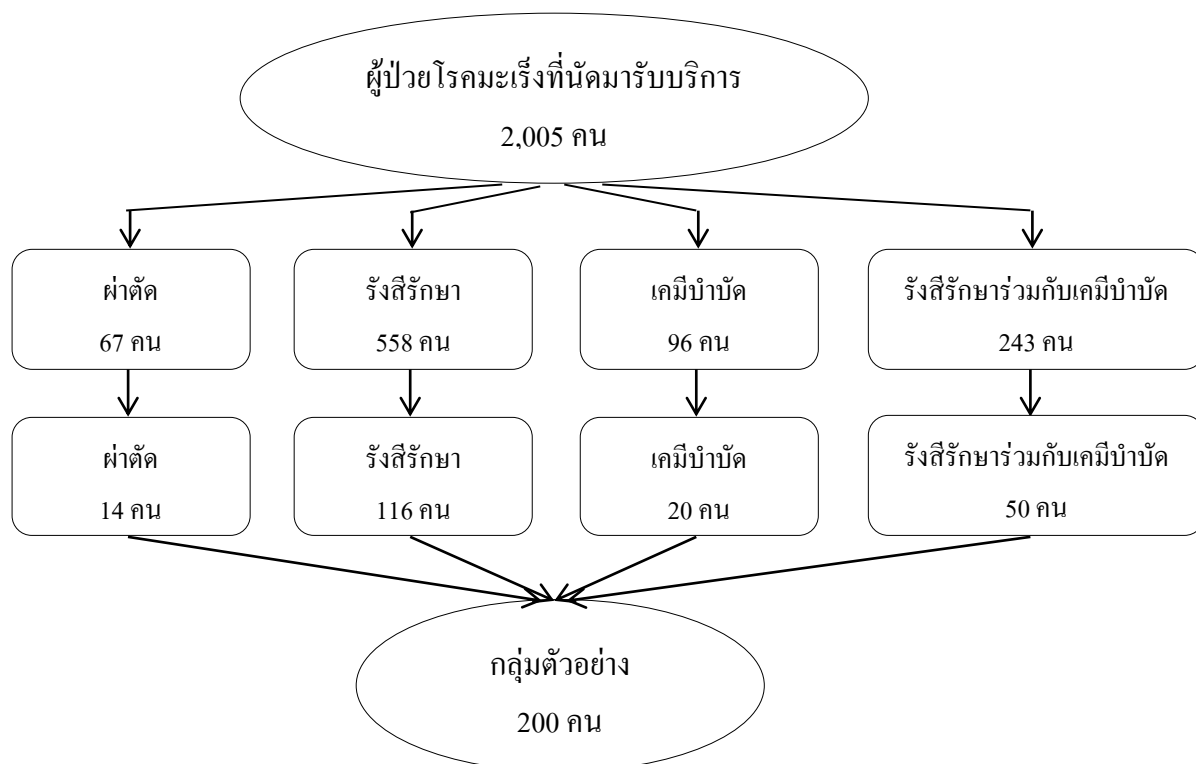
แทนค่า  $n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$

$$n = \frac{(1.96)^2 (14.91)^2}{(2.2365)^2}$$
$$n = 170.74$$

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ใช้ผู้ป่วยมะเร็งอย่างน้อย 171 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. การสุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เป็นประชากรศึกษาแต่ละกลุ่มแตกต่างกันค่อนข้างมาก ฉะนั้น จึงใช้วิธีการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ จะได้ผู้ป่วยรับการรักษาโดยการผ่าตัด 14 คน รังสีรักษา 116 คน เคมีบำบัด 20 คน และรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด 50 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 200 คน

ในการสุ่มตัวอย่างจึงแบ่งผู้ป่วยตามวิธีการรักษา ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยนัดรักษา และสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) เริ่มตั้งแต่วันจันทร์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ตามลำดับหมายเลขรับบริการ 1 ต่อ 2 และจับฉลากลำดับหมายเลขรับบริการมา 1 คน ได้หมายเลขใดผู้ป่วยคนนั้นจะเป็นตัวอย่างเริ่มต้น แล้วบวกไปอีก 2 จะเป็นคนถัดไป จนได้แต่ละวัน ตามจำนวนที่ได้วางแผนไว้ก็ยุติในวันนั้น ทำอย่างนี้จนครบ 8 สัปดาห์ในวันทำการทั้ง 4 กลุ่ม จะได้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 200 คน ตามต้องการ ดังภาพที่ 3 และตารางที่ 2



ภาพที่ 3 แผนภาพการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นตัวอย่างจำแนกตามวันรับบริการและวิธีการรักษา

ผู้ป่วยกลุ่ม	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	รวม
<b>สัปดาห์ที่ 1</b>						
ผ่าตัด	1	1	1	1	1	5
รังสีรักษา	3	3	3	3	3	15
เคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5
<b>สัปดาห์ที่ 2</b>						
ผ่าตัด	1	1	1	1	1	5
รังสีรักษา	3	3	3	3	3	15
เคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5
<b>สัปดาห์ที่ 3</b>						
ผ่าตัด	1	1	1	1		4
รังสีรักษา	3	3	3	3	3	15
เคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5
<b>สัปดาห์ที่ 4</b>						
ผ่าตัด						
รังสีรักษา	3	3	3	3	3	15
เคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5
<b>สัปดาห์ที่ 5</b>						
ผ่าตัด						
รังสีรักษา	3	3	3	3	3	15
เคมีบำบัด						
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ผู้ป่วยกลุ่ม	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	รวม
<b>สัปดาห์ที่ 6</b>						
ผ่าตัด						
รังสีรักษา	3	3	3	3	3	15
เคมีบำบัด						
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	1	1	1	1	1	5
<b>สัปดาห์ที่ 7</b>						
ผ่าตัด						
รังสีรักษา	3	3	3	3	3	15
เคมีบำบัด						
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	2	2	2	2	2	10
<b>สัปดาห์ที่ 8</b>						
ผ่าตัด						
รังสีรักษา	3	2	2	2	2	11
เคมีบำบัด						
รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	2	2	2	2	2	10
<b>รวม</b>	<b>41</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>200</b>

### เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนหนึ่งเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดโรค ระยะโรค ระยะเวลาป่วย และวิธีการรักษา ส่วนสถานภาพสมรสและระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยส่งให้ผู้ป่วยตอบเอง ส่วนนี้มีคำถามแบบปิดและเปิดผสมกัน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพ แบ่งเนื้อหาเป็น 3 เรื่องคือ การดูแลสุขภาพจากบุคลากร จากญาติพี่น้อง และการดูแลตนเอง จำนวนรวม 36 ข้อ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพจากบุคลากร ตามการดูแลเกี่ยวกับการได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับคำแนะนำ ให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการดูแล และความพึงพอใจต่อการดูแลจากบุคลากรของโรงพยาบาลมะเร็ง ชลบุรี จำนวน 12 ข้อ

2. การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง ตามการดูแลเอาใจใส่ในการรักษาพยาบาล การให้กำลังใจ และการได้รับการช่วยเหลือ ให้ความสะดวกจากญาติพี่น้องของผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ

3. การดูแลสุขภาพตนเอง ตามการดูแลเอาใจใส่ตนเองเกี่ยวกับการดูแลรักษา การเอาใจใส่สุขภาพ และการจัดการความเครียดของตนเอง จำนวน 12 ข้อ

การดูแลสุขภาพทั้ง 3 เรื่องที่ถาม มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีเกณฑ์ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต คำถามส่วนนี้นำกรอบเนื้อหาและข้อคำถามมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI) 4 องค์ประกอบ และได้ปรับแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหา และภาษาบางส่วน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตทางกาย คุณภาพชีวิตทางจิต คุณภาพชีวิตทางสังคม และคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 6 ข้อ, 8 ข้อ, 4 ข้อ, และ 6 ข้อ ตามลำดับ จำนวนรวม 24 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ไม่เลย	ให้ 5	1
เล็กน้อย	ให้ 4	2
ปานกลาง	ให้ 3	3
มาก	ให้ 2	4
มากที่สุด	ให้ 1	5

2. การสร้างแบบสอบถาม มีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.1 สํารวจแนวคิด หลักการและเนื้อหา

2.2 กำหนดตัวแปร ข้อมูล เนื้อหาและตัวชี้วัดตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการศึกษาตามผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเป็นตารางสองทางกำหนดตัวแปร ข้อมูล เนื้อหาและตัวชี้วัด ได้ผลปรากฏตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การกำหนดตัวแปร ข้อมูล เนื้อหาและตัวชี้วัด

ตัวแปร	ข้อมูล	เนื้อหาและตัวชี้วัด
ข้อมูลส่วนบุคคล		
เพศ	ชาย/ หญิง	ความเป็นชาย/ หญิง
อายุ	ตัวเลขปี	จำนวนอายุเป็นปีของผู้ป่วยตั้งแต่เกิดถึงปัจจุบัน
ชนิดโรค	ประเภท	ชนิดของโรคมะเร็งตามผลการวินิจฉัยของแพทย์
ระยะโรค	ชนิดโรค	ระยะของโรคมะเร็งตามการวินิจฉัยของแพทย์
ระยะเวลาป่วย	ระยะโรค	ระยะเวลาป่วยที่ลงข้อมูลในเวชระเบียน
วิธีการรักษา	ประเภท	วิธีการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์
สถานภาพสมรส	สถานภาพสมรส	ประเภทสถานภาพสมรสปัจจุบันของผู้ป่วย
ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย	ตัวเลข	ท่านรู้ว่าเป็นมะเร็งตั้งแต่เมื่อใด
การดูแลสุขภาพจากบุคลากร	คะแนน	การได้รับการดูแลเอาใจใส่ 3 ตัวชี้วัด การได้รับคำแนะนำ ให้ข้อมูล 3 ตัวชี้วัด การได้รับการมีส่วนร่วมในการดูแล 3 ตัวชี้วัด การได้รับความพึงพอใจต่อการดูแล 3 ตัวชี้วัด
การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง	คะแนน	การได้รับเอาใจใส่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 5 ตัวชี้วัด การได้รับกำลังใจ 4 ตัวชี้วัด การได้รับความช่วยเหลือ ความสะดวก 3 ตัวชี้วัด
การดูแลสุขภาพตนเอง	คะแนน	การดูแลรักษา 4 ตัวชี้วัด การเอาใจใส่สุขภาพ 5 ตัวชี้วัด การจัดการความเครียด 3 ตัวชี้วัด
คุณภาพชีวิต	คะแนน	ความรู้สึกทางกาย หรือแสดงอาการทางกาย 7 ตัวชี้วัด ความรู้สึกทางจิตใจ 6 ตัวชี้วัด ความรู้สึกต่อสัมพันธภาพทางสังคม 3 ตัวชี้วัด ความรู้สึกต่อสภาพสิ่งแวดล้อม 8 ตัวชี้วัด

2.3 เขียนข้อความคำถาม ตามลักษณะของแบบประเมิน 5 ระดับที่กำหนด แบ่งเนื้อหา และตัวชี้วัดเป็น 5 ส่วนตามตารางที่ 3

2.4 ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์เบื้องต้นทั้งด้านเนื้อหา ภาษาและการจัดรูปแบบของแบบสอบถาม นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จนได้รับความเห็นชอบ จึงจัดพิมพ์ต้นฉบับ

3. การตรวจสอบความตรง นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วพร้อมแบบตรวจสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ตามชื่อที่ปรากฏในภาคผนวก) พิจารณาและประเมินความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อ กำหนดให้พิจารณาว่า ข้อใดมีเนื้อหาตรงตามทฤษฎี นิยามเชิงปฏิบัติการและวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ประเมินว่า เห็นด้วย ข้อใดไม่ตรงให้ประเมินว่า ไม่เห็นด้วย และข้อใดตัดสินไม่ได้ว่าตรงหรือไม่ตรง ให้ประเมินว่า ไม่แน่ใจ และให้ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ หากมีข้อใดมีเนื้อหาไม่ตรง มีเนื้อหาไม่ถูกต้อง ไม่ชัดเจนด้วย จากนั้นนำผลการประเมินหาความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence = IOC) กำหนดผลการประเมิน เห็นด้วย ให้ +1 ไม่เห็นด้วย ให้ -1 และ ไม่แน่ใจ ให้ 0 แทนค่าในสูตร (อ้างในบุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2553 หน้า 330) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ R = คะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญประเมินให้

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ปรากฏผลว่า

การดูแลสุขภาพจากบุคลากร มีค่า IOC ระหว่าง -0.67 ถึง 0.33

การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง มีค่า IOC ระหว่าง -0.33 ถึง 0.33

การดูแลสุขภาพตนเอง มีค่า IOC ระหว่าง -0.33 ถึง 0.33

คุณภาพชีวิต มีค่า IOC ระหว่าง -0.33 ถึง 0.67

ปรากฏว่า มีบางข้อคำถามไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะให้ปรับแก้ไขเนื้อหาและภาษา จึงได้นำไปปรับ แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาจนเห็นชอบร่วมกัน

4. การทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพ นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุง แก้ไขและอาจารย์ที่ปรึกษาเห็นชอบแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง 30 คน ซึ่งจะคัดออกจากตัวอย่างที่ศึกษา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในระหว่างเดือนธันวาคม ปี 2558 โดยแบ่งตามเกณฑ์การคัดเข้ามาเป็นประชากรที่ศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 จำนวนกลุ่มทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพจำแนกตามวันรับบริการและวิธีรักษา

ผู้ป่วยกลุ่ม	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	รวม
1. ผ่าตัด	1	1				2
2. รังสีรักษา	4	4	3	3	3	17
3. เคมีบำบัด	1	1	1			3
4. รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	2	2	2	2		8
รวม	8	8	6	5	3	30

การทดลองใช้แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้นำแบบสอบถามไปส่งให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและรับกลับเองในวันนั้น

นำแบบสอบถามที่ได้ทดลองใช้แล้วมาตรวจสอบคุณภาพดังนี้

4.1 ตรวจสอบอำนาจจำแนก (Discrimination power) แบบสอบถามส่วนที่ 2 การดูแลจากบุคลากร การดูแลจากญาติพี่น้อง และการดูแลตนเอง และส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต นำมาหาคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดของทุกข้อ และหาอำนาจจำแนกด้วยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation coefficient) ปรากฏผลว่า

การดูแลสุขภาพจากบุคลากร มีอำนาจจำแนก ระหว่าง	0.581 ถึง 0.756
การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง มีอำนาจจำแนก ระหว่าง	0.655 ถึง 0.798
การดูแลสุขภาพตนเอง มีอำนาจจำแนก ระหว่าง	0.259 ถึง 0.573
คุณภาพชีวิต มีอำนาจจำแนก ระหว่าง	0.392 ถึง 0.734

4.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพจากบุคลากร การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง และการดูแลสุขภาพตนเอง และส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต ที่หาอำนาจจำแนกแล้ว นำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ปรากฏผลว่า

การดูแลสุขภาพจากบุคลากร	มีความเที่ยง	0.949
การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง	มีความเที่ยง	0.929
การดูแลสุขภาพตนเอง	มีความเที่ยง	0.783
คุณภาพชีวิต	มีความเที่ยง	0.927

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็ิงชลบุรีแล้ว จึงได้ผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นประชากร ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามที่จัดทำเป็นต้นฉบับสมบูรณ์แล้วไปแจกเองให้ถึงตัวผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างทุกคน และนัดเวลารับกลับในวันที่แจกให้ นั้น เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ก่อนกลับได้ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของการตอบในทุกข้อ และเมื่อเห็นว่าครบถ้วน สมบูรณ์แล้ว จึงรับกลับ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามได้รับกลับคืนและครบถ้วน สมบูรณ์ จำนวน 200 ชุด และได้นำมาวิเคราะห์ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง เนื่องจากแบบสอบถามส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต ได้มีการปรับเนื้อหาและภาษาบางส่วนให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ศึกษา จึงอาจทำให้ข้อความคำถามแต่ละข้อคลาดเคลื่อนไปจากองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของแบบวัดที่นำมาใช้ (WHO) ฉะนั้น ก่อนนำไปวิเคราะห์ผล จึงได้ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง เพื่อยืนยันองค์ประกอบของข้อความคำถามที่ใช้ ด้วยการวิเคราะห์หองค์ประกอบ (Factor analysis) และหมุนแกนด้วยวิธี Varimax

2. ลักษณะและการกระจายข้อมูล นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์สถิติดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ทำแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละ ส่วนอายุ และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับอายุและระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย เป็น 4 กลุ่ม

2.2 การดูแลสุขภาพ ทั้งจากบุคลากร จากญาติพี่น้องและการดูแลตนเอง ทำแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละของการตอบในแต่ละข้อ จากนั้นให้คะแนนแต่ละข้อของผู้ป่วยแต่ละคนตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมคะแนนของแต่ละคน หากคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยร้อยละ ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เสร็จแล้ว ทำแจกแจงความถี่ของคะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (อ้างในบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) คือ ระดับดีมาก ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ระดับดีปานกลางได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 และระดับดีน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ

2.3 คุณภาพชีวิต ทำแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละของการตอบในแต่ละข้อ จากนั้นให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมคะแนนของแต่ละคน แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ และคะแนนรวมคุณภาพชีวิต หากคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยร้อยละ ( $\% \bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเสร็จแล้ว ทำแจกแจงความถี่ของคะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ที่ใช้กับแบบสอบถามขององค์การอนามัยโลก (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรัสกุล, 2540) คือ ระดับดี ปานกลาง และน้อย ตามคะแนนที่ได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนความถี่ของระดับคุณภาพชีวิตแบ่งตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ดี	ปานกลาง	น้อย
คุณภาพชีวิตทางจิตใจ	75 (37.5)	114 (57.0)	11 (5.5)
คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม	96 (48.0)	102 (51.0)	2 (1.0)
คุณภาพชีวิตทางร่างกาย	85 (42.5)	103 (51.5)	12 (6.0)
คุณภาพชีวิตทางสังคม	52 (26.0)	114 (57.0)	34 (17.0)
คุณภาพชีวิตรวม	82 (41.0)	116 (58.0)	2 (1.0)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย การดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) และคุณภาพชีวิต (Y) ทั้งหมดวัดด้วยเมตริก ระดับการวัดเป็นระดับช่วง (Interval Scale) หรืออัตราส่วน (Ratio scale) ตัวแปร X1, X2, X3 และ Y มีหน่วยการวัดเป็นคะแนน ตัวแปร X4 มีหน่วยการวัดเป็นระดับความรุนแรงของโรค ระยะ 1 รุนแรงน้อยสุด ระยะ 2, 3, 4 รุนแรงขึ้นตามลำดับ และตัวแปร X5 มีหน่วยการวัดเป็นปี จึงหาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบคู่ (Inter correlation) แต่จะเสนอผลความสัมพันธ์ระหว่างคู่ตัวแปร X1, X2, X3, X4 และ X5 กับ Y เท่านั้น

4. ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดให้การดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง

(X3) ระยะโรค (X4) และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) เป็นตัวแปรเกณฑ์ (criterion variable) และคุณภาพชีวิต (Y) เป็น ตัวแปรตาม ที่ถูกทำนาย

### การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 003/ 2559 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2559 และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ตามหนังสือที่ขอความร่วมมือไปจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนเก็บข้อมูล รวมถึงได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ทราบ ชี้แจงให้รู้ว่าการตอบไม่ทำความรบกวนสิทธิส่วนบุคคล หรือทำให้ผู้ป่วยเสียหายแต่อย่างใด ผลการตอบจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ส่วนรวม นำเสนอผลโดยรวมเท่านั้น และหากมีความเสียหายกับผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างไม่ว่ากรณีใด ๆ ในระหว่างการตอบหรือหลังการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะรับผิดชอบทุกประการ พร้อมให้ผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างแต่ละคนลงชื่อยินยอมไว้เป็นหลักฐานตามเอกสารในภาคผนวก

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ต้องการศึกษาผลของการดูแลจากบุคลากรที่ดูแลรักษา จากญาติพี่น้อง และการดูแลตนเองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด, รังสีรักษา, เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด ณ เวลานั้น มารับการรักษาตามนัด โดยเป็นผู้ป่วยเก่าที่ได้รับการรักษาแล้ว จำนวน 200 คน นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง เรียงตามลำดับดังนี้

1. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง
2. ข้อมูลส่วนบุคคล
3. การดูแลสุขภาพจากบุคลากร
4. การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง
5. การดูแลสุขภาพตนเอง
6. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
7. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
8. ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

#### ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

แบบสอบถามส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เมื่อนำไปเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยตัวอย่างจริง 200 คน ก่อนนำไปวิเคราะห์ผล ได้นำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ เพื่อยืนยันข้อความคำถามที่ใช้วัดให้ชัดเจนว่ามีกี่องค์ประกอบ และข้อความคำถามใดอยู่ในองค์ประกอบใด ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ หลังหมุนแกนด้วยวิธี Varimax พบว่า ข้อความคำถามคุณภาพชีวิตที่ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ศึกษา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เหมือนแบบสอบถามต้นแบบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้เลือกมาเป็นกรอบในการวัดคุณภาพชีวิตครั้งนี้ แต่รายชื่อคำถามคลาดเคลื่อนจากองค์ประกอบเดิมบางส่วน จึงจัดข้อความคำถามลงองค์ประกอบตามที่วิเคราะห์ได้ ดังนี้

- องค์ประกอบ 1 คุณภาพชีวิตทางจิตใจ มี 8 ตัวชี้วัด
- องค์ประกอบ 2 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม มี 6 ตัวชี้วัด
- องค์ประกอบ 3 คุณภาพชีวิตทางกาย มี 6 ตัวชี้วัด
- องค์ประกอบ 4 คุณภาพชีวิตทางสังคม มี 4 ตัวชี้วัด

ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีข้อความคำถามที่เป็นตัวชี้วัด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 องค์ประกอบตัวแปรคุณภาพชีวิตรายข้อ

ตัวแปรที่	คุณภาพชีวิต	น้ำหนัก องค์ประกอบ	องค์ประ กอบที่
	คุณภาพชีวิตทางจิตใจ		
1	ความรู้สึกรับผิดชอบใจต่อตนเอง	0.728	1
2	ความรู้สึกรับผิดชอบใจต่อความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง	0.696	1
3	การยอมรับรูปร่างหน้าตาตนเอง	0.597	1
4	ความมีสมาธิในการทำงาน	0.587	1
5	ความพอใจในความสามารถทำกิจกรรมในแต่ละวัน	0.570	1
6	ความพอใจต่อความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ	0.548	1
7	ความรู้สึกรับผิดชอบ ปลอดภัยในชีวิต	0.543	1
8	ความพอใจต่อการเป็นมิตรกับเพื่อน	0.500	1
	คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม		
1	สภาพแวดล้อมที่อยู่ดีต่อสุขภาพ	0.723	2
2	การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	0.698	2
3	ความพอใจต่อสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย	0.660	2
4	ความพอใจต่อความเป็นอยู่	0.596	2
5	ความพอใจในชีวิต รู้สึกมีความหมาย	0.535	2
6	การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	0.509	2
	คุณภาพชีวิตทางร่างกาย		
1	ความพอใจในการนอนหลับ	0.709	3
2	ความพอใจในความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการ	0.670	3
3	การยอมรับความเจ็บป่วยและอยู่กับความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ วิตกกังวลได้	0.568	3
4	การมีกำลังกายเพียงพอในการทำงานในชีวิตประจำวัน	0.559	3
5	ความพอใจกับสุขภาพ	0.528	3

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตัวแปรที่	คุณภาพชีวิต	น้ำหนัก องค์ประกอบ	องค์ประกอบ ที่
6	ความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมีความสุข สงบ และมีความหวัง คุณภาพชีวิตทางสังคม	0.496	3
1	ความพอใจในการมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	0.788	4
2	ความพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้	0.766	4
3	ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน	0.617	4
4	ความพอใจในชีวิตทางเพศ	0.511	4

ข้อความคำถาม แต่ละข้อ มีบางข้อน่าจะปรับใจความผิด ทำให้เนื้อหาไม่ตรงกับ  
องค์ประกอบ ต้องตรวจสอบและปรับภาษาใหม่

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากร้อยละ 70.0 เป็นผู้หญิง ที่เหลือร้อยละ 30.0 เป็นผู้ชาย มีอายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 87 ปี อายุเฉลี่ย ระหว่าง 41 - 66 ปี ( $53.81 \pm 12.28$ ) ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.0) มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 32.5 ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีเพียงร้อยละ 13.5 ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ ยังอยู่ด้วยกันถึงร้อยละ 63.5 ที่สมรสแล้ว แต่เป็นหม้าย หย่า หรือ แยกกันอยู่มีร้อยละ 20.0 และที่เป็นโสดมีร้อยละ 16.5

ผู้ป่วยเหล่านี้ทราบว่า เป็นมะเร็งในระยะเวลาต่ำสุดไม่เกิน 1 เดือน สูงสุด 9 ปี เฉลี่ย ประมาณ 9 เดือน โดยส่วนมากร้อยละ 65.0 ทราบว่าเป็นมะเร็งมาแล้ว 5 – 12 เดือน ที่ทราบว่า เป็นมะเร็งมาแล้วไม่เกิน 4 เดือน มีร้อยละ 24.5 และทราบว่า เป็นมะเร็งมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี มีร้อยละ 10.5 ชนิดมะเร็งที่เป็นมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 30.5 รองลงมา มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 21.5 มะเร็งศีรษะและลำคอ ร้อยละ 20.0 มะเร็งลำไส้และทวารหนัก ร้อยละ 12.5 ที่เหลืออีกร้อยละ 1 – 5 เป็นมะเร็งปอด (9 คน) มะเร็งหลอดอาหาร (5 คน) มะเร็งกระดูก (4 คน) มะเร็งต่อมลูกหมาก (3 คน) มะเร็งรังไข่ (2 คน) มะเร็งสมอง (2 คน) นอกนั้นไม่มีชนิดละ 1 คน ได้แก่ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งตับ และมะเร็งข้อศอก

ระยะการป่วย เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 2 มากสุด ร้อยละ 32.0 รองลงมา ระยะที่ 3 ร้อยละ 26.0 ไม่ทราบระยะการป่วยร้อยละ 24.0 ระยะที่ 4 กับระยะที่ 1 มีผู้ป่วยน้อยสุด ร้อยละ 9.0 เท่ากัน

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษามากสุดร้อยละ 58.0 รองลงมารักษาด้วยรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด 25.0 รักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 10.0 และรักษาด้วยการผ่าตัดน้อยสุด ร้อยละ 7.0 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่รู้ถึงการเจ็บป่วย ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง และวิธีการรักษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รวม	200	100.0
เพศ		
1. หญิง	140	70.0
2. ชาย	60	30.0
อายุ (ปี)		
1. น้อยกว่า 40 ปี	27	13.5
2. 40 – 49 ปี	49	24.5
3. 50 – 59 ปี	59	29.5
4. 60 ปี ขึ้นไป	65	32.5
อายุดำสุด 21 ปี สูงสุด 87 ปี เฉลี่ย 53.81 ปี S.D. = 12.28		
สถานภาพสมรส		
1. โสด	33	16.5
2. คู่	127	63.5
3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	40	20.0
ระยะเวลาที่รู้ถึงการเจ็บป่วย		
1. 1 - 4 เดือน	49	24.5
2. 5 - 8 เดือน	85	42.5
3. 9 – 12 เดือน	45	22.5
4. 1 ปี ขึ้นไป	21	10.5
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นมะเร็ง ต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 9 ปี เฉลี่ย 8.68 เดือน S.D. = 10.08		



## ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคมะเร็ง		
1. มะเร็งเต้านม	61	30.5
2. มะเร็งปากมดลูก	43	21.5
3. มะเร็งศีรษะและลำคอ	40	20.0
4. มะเร็งลำไส้และทวารหนัก	25	12.5
5. มะเร็งปอด	9	4.5
6. มะเร็งหลอดอาหาร	5	2.5
7. มะเร็งกระดูก	4	2.0
8. มะเร็งต่อมลูกหมาก	3	1.5
9. มะเร็งรังไข่	2	1.0
10. มะเร็งสมอง	2	1.0
11. มะเร็งกระเพาะอาหาร	1	0.5
12. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	1	0.5
13. มะเร็งผิวหนัง	1	0.5
14. มะเร็งต่อมไทรอยด์	1	0.5
15. มะเร็งตับ	1	0.5
16. มะเร็งข้อศอก	1	0.5
ระยะของโรคมะเร็ง		
1. ระยะที่ 1	18	9.0
2. ระยะที่ 2	64	32.0
3. ระยะที่ 3	52	26.0
4. ระยะที่ 4	18	9.0
5. ไม่ระบุระยะ	48	24.0
วิธีการรักษา		
1. ผ่าตัด	14	7.0
2. เคมีบำบัด	20	10.0
3. รังสีรักษา	116	58.0
4. รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด	50	25.0

### การดูแลสุขภาพจากบุคลากร

ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมาก ระหว่างร้อยละ 70.5 - 86.5 ตอบว่า ได้รับการดูแลจากบุคลากรที่ดูแลรักษาในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

1. ความพอใจกับการติดตามดูแลอาการเจ็บป่วย	86.5 %
2. การได้รับความเป็นมิตร มีสัมพันธภาพที่ดี	85.5 %
3. ความพอใจในการดูแลรักษา	83.0 %
4. ความสะดวกสบายในการอำนวยความสะดวกที่เข้ารับบริการ	83.0 %
5. การเอาใจใส่ให้คำแนะนำและดูแลอาการข้างเคียง	80.5 %
6. การเอาใจใส่ชี้แจงสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ	79.5 %
7. การได้รับข้อมูลการรักษาที่เข้าใจง่าย	79.5 %
8. ความพอใจในคำแนะนำอาหารที่ทาน ที่หลีกเลี่ยงหรือทดแทน	72.0 %
9. พอใจกับการคอยให้กำลังใจ	70.5 %

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 63.5 - 69.0 ตอบว่า ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในระดับมาก ในเรื่อง

1. ความเอาใจใส่ สอบถามปัญหาสุขภาพ	69.0 %
2. ความพอใจในการรับฟังความคิดเห็นและสอบถามปัญหา	68.0 %
3. ความพอใจที่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา	63.5 %

ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามการดูแลสุขภาพจากบุคลากร

การดูแลสุขภาพจากบุคลากร	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยสุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. ความพอใจกับการติดตามดูแลอาการเจ็บป่วย	74 (37.0)	99 (49.5)	26 (13.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
2. การได้รับความเป็นมิตร มีสัมพันธภาพที่ดี	70 (35.0)	101 (50.5)	25 (12.5)	2 (1.0)	2 (1.0)
3. ความพอใจในการดูแลรักษา	62 (31.0)	104 (52.0)	32 (16.0)	2 (1.0)	0 (0.0)
4. ความสะดวกสบายในการอำนวยความสะดวกที่เข้ารับบริการ	56 (28.0)	110 (55.0)	32 (16.0)	2 (1.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การดูแลสุขภาพจากบุคลากร	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปาน กลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยสุด n (%)
1. ความพอใจกับการติดตามดูแล อาการเจ็บป่วย	74 (37.0)	99 (49.5)	26 (13.0)	0 (0.0)	1 (0.5)
2. การได้รับความเป็นมิตร มีสัมพันธภาพที่ดี	70 (35.0)	101 (50.5)	25 (12.5)	2 (1.0)	2 (1.0)
3. ความพอใจในการดูแลรักษา	62 (31.0)	104 (52.0)	32 (16.0)	2 (1.0)	0 (0.0)
4. ความสะดวกสบายในการ อำนวยความสะดวกที่เข้ารับบริการ	56 (28.0)	110 (55.0)	32 (16.0)	2 (1.0)	0 (0.0)
5. การเอาใจใส่ให้คำแนะนำ และ ดูแลอาการข้างเคียง	47 (23.5)	114 (57.0)	35 (17.5)	4 (2.0)	0 (0.0)
6. การเอาใจใส่ชี้แจงสิทธิ ประโยชน์ที่พึงจะได้รับ	62 (31.0)	97 (48.5)	34 (17.0)	7 (3.5)	0 (0.0)
7. การได้รับข้อมูลการรักษาที่ เข้าใจง่าย	52 (26.0)	107 (53.5)	38 (19.0)	3 (1.5)	0 (0.0)
8. ความพอใจในคำแนะนำอาหาร ที่ทาน ที่หลีกเลี่ยงหรือทดแทน	61 (30.5)	83 (41.5)	38 (19.0)	12 (6.0)	6 (3.0)
9. พอดีกับการคอยให้กำลังใจ	60 (30.0)	81 (40.5)	52 (26.0)	6 (3.0)	1 (0.5)
10. ความเอาใจใส่ สอบถามปัญหา สุขภาพ	46 (23.0)	92 (46.0)	53 (26.5)	8 (4.0)	1 (0.5)
11. ความพอใจในการรับฟังความ คิดเห็นและสอบถามปัญหา	40 (20.0)	96 (48.0)	60 (30.0)	3 (1.5)	1 (0.5)
12. ความพอใจที่เปิดโอกาสให้มี ส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา	36 (18.0)	91 (45.5)	60 (30.0)	12 (6.0)	1 (0.5)

เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมด้วยการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากคำถาม 12 ข้อ ของการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ปรากฏว่า คะแนนที่ให้อยู่ระหว่าง 12 – 60 คะแนน พบว่าผู้ป่วยมีความพอใจต่อการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ต่ำสุด 27 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน เฉลี่ย 48.10 คะแนน หรือร้อยละ 80.2 ของคะแนนเต็ม โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (SD) 6.86 คะแนน และเมื่อแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (อ้างใน บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2553) ปรากฏผลว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 58.5 เห็นว่าตนได้รับการดูแลจากบุคลากรในระดับดีมาก ได้รับการดูแลดีปานกลางในจำนวนร้อยละ 35.0 และได้รับการดีน้อย มีจำนวนเพียงร้อยละ 6.5 แต่โดยรวมได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.2 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ศึกษาเฉลี่ยเห็นว่า ตนได้รับการดูแลจากบุคลากรระดับดีมาก ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับการดูแลสุขภาพจากบุคลากร

ระดับการดูแลสุขภาพจากบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
1. ดีมาก (48 คะแนน ขึ้นไป)	117	58.5
2. ดีปานกลาง (37 – 47 คะแนน)	70	35.0
3. ดีน้อย (น้อยกว่า 37 คะแนน)	13	6.5
รวม	200	100.0

คะแนนต่ำสุด 27 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน เฉลี่ย 48.10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.2 S.D. = 6.86

### การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง

ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากระหว่างร้อยละ 73.5 - 91.5 ตอบว่า ได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

1. การได้รับกำลังใจที่ดี 91.5 %
2. การได้รับสัมพันธภาพที่ดี 90.0 %
3. การได้รับความช่วยเหลือดูแล 88.5 %
4. ความเอาใจใส่ยามเดือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ 85.5 %
5. การได้รับการดูแลเอาใจใส่และอยู่เคียงข้างอย่างพอใจ 83.5 %
6. การช่วยเหลือดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้สะดวกสบาย 83.0 %
7. การช่วยสังเกตอาการผิดปกติ 78.5 %
8. ได้รับการช่วยเหลือจัดเตรียมอาหาร 78.0 %

9. ได้รับการถ่ายทอดข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง 77.5 %  
 10. ได้รับการเอาใจใส่จัดเตรียมของใช้ที่จำเป็น 74.0 %  
 11. ได้รับการเอาใจใส่จัดเตรียมเอกสารการรักษา 73.5 %

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 64.5 ตอบว่า ได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องในระดับมาก ในเรื่อง  
 ได้รับการเอาใจใส่ช่วยจัดบันทึกการรักษา ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามการดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง

การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยสุด n (%)
1. การได้รับกำลังใจที่ดี	147 (73.5)	36 (18.0)	14 (7.0)	3 (1.5)	0 (0.0)
2. การได้รับสัมพันธภาพที่ดี	123 (61.5)	57 (28.5)	15 (7.5)	4 (2.0)	1 (0.5)
3. การได้รับความช่วยเหลือดูแล	121 (60.5)	56 (28.0)	18 (9.0)	4 (2.0)	1 (0.5)
4. ความเอาใจใส่ยื่นเตือนให้ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	127 (63.5)	40 (20.0)	18 (9.0)	11 (5.5)	4 (2.0)
5. การได้รับการดูแลเอาใจใส่ และอยู่เคียงข้างอย่างพอใจ	120 (60.0)	51 (25.5)	23 (11.5)	3 (1.5)	3 (1.5)
6. การช่วยเหลือดูแลสิ่งแวดล้อม รอบตัวให้สะดวกสบาย	97 (48.5)	69 (34.5)	26 (13.0)	4 (2.0)	4 (2.0)
7. การช่วยสังเกตอาการผิดปกติ	103 (51.5)	54 (27.0)	32 (16.0)	4 (2.0)	7 (3.5)
8. ได้รับการช่วยเหลือจัดเตรียม อาหาร	111 (55.5)	45 (22.5)	30 (15.0)	8 (4.0)	6 (3.0)
9. ได้รับการถ่ายทอดข้อมูล ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง	82 (41.0)	73 (36.5)	30 (15.0)	2 (1.0)	13 (6.5)
10. ได้รับการเอาใจใส่จัดเตรียม ของใช้ที่จำเป็น	104 (52.0)	44 (22.0)	35 (17.5)	12 (6.0)	5 (2.5)
11. ได้รับการเอาใจใส่จัดเตรียม เอกสารการรักษา	119 (59.5)	28 (14.0)	32 (16.0)	10 (5.0)	11 (5.5)
12. ได้รับการเอาใจใส่ช่วยจัด บันทึกการรักษา	97 (48.5)	32 (16.0)	38 (19.0)	11 (5.5)	22 (11.0)

เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมด้วยการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากคำถาม 12 ข้อ ของการดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง ปรากฏว่า คะแนนที่ให้อยู่ระหว่าง 12 – 60 คะแนน พบว่าผู้ป่วยมีความพอใจต่อการดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง ต่ำสุด 16 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน เฉลี่ย 51.28 คะแนนหรือร้อยละ 85.5 ของคะแนนเต็ม โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (SD) 9.04 คะแนน และเมื่อแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2553) ปรากฏผลว่า ผู้ป่วยร้อยละ 76.0 เห็นว่าตนได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องในระดับดีมาก ได้รับการดูแลดีปานกลางในจำนวนร้อยละ 16.0 และได้รับการคิน้อย มีจำนวนเพียงร้อยละ 8.0 แต่โดยรวมได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 85.5 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ศึกษาโดยเฉลี่ยเห็นว่า ตนได้รับการดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง อยู่ในระดับดีมาก ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง

ระดับการดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง	จำนวน	ร้อยละ
1. ดีมาก (48 คะแนน ขึ้นไป)	152	76.0
2. ดีปานกลาง (37 – 47 คะแนน)	32	16.0
3. คิน้อย (น้อยกว่า 37 คะแนน)	16	8.0
รวม	200	100.0

คะแนนต่ำสุด 16 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน เฉลี่ย 51.28 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 85.5 S.D. = 9.04

### การดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมาก ระหว่างร้อยละ 72.5 - 99.5 ตอบว่า ได้ดูแลตนเองในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

1. ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย ปากและฟัน 99.5 %
2. มารับการรักษาตรงตามนัด 94.5 %
3. ดูแลคอยป้องกันผิวหนังไม่ให้เกิดแผล 91.5 %
4. สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง 91.5 %
5. เก็บเอกสารข้อมูลการรักษาใส่แฟ้มไว้เฉพาะป้องกันการสูญหาย 85.5 %
6. ให้กำลังใจตนเอง 85.5 %
7. งดหวาน มัน เค็มจัด 79.5 %
8. นอนหลับวันละอย่างน้อย 5-6 ชั่วโมง 75.5 %

9. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร 72.5 %  
 และผู้ป่วยที่ศึกษาอีกร้อยละ 49.0 - 61.0 ตอบว่า ได้ดูแลตนเองในระดับมาก ในเรื่อง
1. ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะเป็นเวลา 61.0 %
  2. ทำกิจกรรมให้รู้สึกผ่อนคลาย 51.5 %
  3. ออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกายสัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง 49.0 %
- ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วย จำแนกตามการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง	เป็นประจำ n (%)	บ่อยครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	นาน ๆ ครั้ง n (%)	ไม่เคยเลย n (%)
1. ดูแลรักษาความสะอาด ร่างกาย ปากและฟัน	177 (88.5)	22 (11.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. มารับการรักษาตรงตามนัด	171 (85.5)	18 (9.0)	11 (5.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. ดูแลคอยป้องกันผิวหนัง ไม่ให้เกิดแผล	149 (74.5)	34 (17.0)	11 (5.5)	3 (1.5)	3 (1.5)
4. สังเกตอาการผิดปกติของ ตนเอง	132 (66.0)	51 (25.5)	15 (7.5)	2 (1.0)	0 (0.0)
5. เก็บเอกสารข้อมูลการรักษา ใส่แฟ้มไว้เฉพาะป้องกันการ สูญหาย	141 (70.5)	30 (15.0)	12 (6.0)	10 (5.0)	7 (3.5)
6. ให้กำลังใจตนเอง	112 (56.0)	59 (29.5)	23 (11.5)	5 (2.5)	1 (0.5)
7. งดหวาน มัน เค็มจัด	105 (52.5)	54 (27.0)	38 (19.0)	2 (1.0)	1 (0.5)
8. นอนหลับวันละอย่างน้อย 5-6 ชั่วโมง	112 (56.0)	39 (19.5)	21 (10.5)	2 (1.0)	7 (3.5)
9. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย วันละ 2 ลิตร	95 (47.5)	50 (25.0)	38 (19.0)	13 (6.5)	4 (2.0)
10. ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะเป็นเวลา	74 (37.0)	48 (24.0)	51 (25.5)	22 (11.0)	5 (2.5)

ตารางที่ 12 (ต่อ)

การดูแลสุขภาพตนเอง	เป็นประจำ n (%)	บ่อยครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	นาน ๆ ครั้ง n (%)	ไม่เคยเลย n (%)
11. ทำกิจกรรมให้รู้สึก ผ่อนคลาย	60 (30.0)	43 (21.5)	58 (29.0)	29 (14.5)	10 (5.0)
12. ออกกำลังกายเคลื่อนไหว ร่างกายสัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง	52 (26.0)	46 (23.0)	57 (28.5)	28 (14.0)	17 (8.5)

เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมด้วยการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากคำถาม 12 ข้อ ของการดูแลสุขภาพตนเอง ปรากฏว่า คะแนนที่ให้อยู่ระหว่าง 12 – 60 คะแนน พบว่าผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเอง ต่ำสุด 34 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน เฉลี่ย 51.05 คะแนนหรือร้อยละ 85.1 ของคะแนนเต็ม โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (SD) 6.22 คะแนน และเมื่อแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (อ้างใน บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, 2553) ปรากฏผลว่าผู้ป่วยร้อยละ 74.0 เห็นว่าดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก มีความพอใจในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 24.0 และมีความพอใจในระดับดีน้อย มีจำนวนเพียงร้อยละ 2.0 แต่โดยรวมได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 85.1 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ศึกษาเห็นว่าตนได้รับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการดูแลสุขภาพตนเอง

ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
1. ดีมาก (48 คะแนน ขึ้นไป)	148	74.0
2. ดีปานกลาง (37 – 47 คะแนน)	48	24.0
3. ดีน้อย (น้อยกว่า 37 คะแนน)	4	2.0
รวม	200	100.0

คะแนนต่ำสุด 34 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน เฉลี่ย 51.05 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 85.1 S.D. = 6.22



### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตจำแนกตามองค์ประกอบได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพชีวิตทางจิตใจ พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากร้อยละ 60.0 - 70.0 ตอบว่ามีคุณภาพชีวิตทางจิตใจ ในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

- |                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| 1. ความพอใจต่อการเป็นมิตรกับเพื่อน | 70.0 % |
| 2. การยอมรับรูปร่างหน้าตาตนเอง     | 65.5 % |
| 3. ความรู้สึกพึงพอใจต่อตนเอง       | 60.0 % |

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 46.0 - 56.5 ตอบว่า มีคุณภาพชีวิตทางจิตใจ ในระดับมาก ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. ความพอใจในความสามารถทำกิจกรรมในแต่ละวัน             | 56.5 % |
| 2. ความรู้สึกพึงพอใจต่อความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง | 54.0 % |
| 3. ความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต                     | 52.0 % |
| 4. ความมีสมาธิในการทำงาน                               | 50.0 % |
| 5. ความพอใจต่อความสามารถในการทำงาน ได้อย่างที่เคยทำ    | 46.0 % |

องค์ประกอบที่ 2 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากร้อยละ 62.0 - 72.0 ตอบว่ามีคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม ในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

- |   |        |
|---|--------|
| 1. ความพอใจต่อสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย | 72.0 % |
| 2. ความพอใจในชีวิต รู้สึกมีความหมาย     | 67.5 % |
| 3. ความพอใจต่อความเป็นอยู่              | 61.5 % |
| 4. สภาพแวดล้อมที่อยู่ดีต่อสุขภาพ        | 62.0 % |

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 45.0 - 55.0 ตอบว่า มีคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม ในระดับมาก ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน | 55.0 % |
| 2. การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด                    | 45.0 % |

องค์ประกอบที่ 3 คุณภาพชีวิตทางร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากร้อยละ 62.5 - 66.5 ตอบว่ามีคุณภาพชีวิตทางร่างกาย ในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. การมีกำลังกายเพียงพอในการทำงานในชีวิตประจำวัน       | 66.5 % |
| 2. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมีความสุข สงบ และมีความหวัง | 62.5 % |

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 40.0 - 57.5 ตอบว่า มีคุณภาพชีวิตทางร่างกาย ในระดับมาก ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. การยอมรับความเจ็บป่วยและอยู่กับความรู้สึกหงา เศร้า หดหู่ วิตกกังวลได้ | 57.5 % |
|--|--------|

2. ความพอใจในการนอนหลับ	54.0 %
3. ความพอใจกับสุขภาพ	53.5 %
4. ความพอใจในความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการ	40.0 %

องค์ประกอบที่ 4 คุณภาพชีวิตทางสังคม พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากร้อยละ 31.0 - 62.5

ตอบว่ามีคุณภาพชีวิตทางสังคม ในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

1. ความพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้	62.5 %
2. ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน	47.5 %
3. ความพอใจในการมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	41.5 %
4. ความพอใจในชีวิตทางเพศ	31.0 %

ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยจำแนกตามคุณภาพชีวิตทางจิตใจ ทางสิ่งแวดล้อม  
ทางร่างกาย และทางสังคม

คุณภาพชีวิต	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	เล็กน้อย n (%)	ไม่เลย n (%)
<b>ทางจิตใจ</b>					
1. ความพอใจต่อการเป็นมิตร กับเพื่อน	35 (17.5)	105 (52.5)	55 (27.5)	3 (1.5)	2 (1.0)
2. การยอมรับรูปร่างหน้าตา ตนเอง	41 (20.5)	90 (45.0)	56 (28.0)	10 (5.0)	3 (1.5)
3. ความรู้สึกพึงพอใจต่อ ตนเอง	20 (10.0)	100 (50.0)	63 (31.5)	12 (6.0)	5 (2.5)
4. ความพอใจใน ความสามารถทำกิจกรรมใน แต่ละวัน	29 (14.5)	84 (42.0)	70 (35.0)	13 (6.5)	4 (2.0)
5. ความรู้สึกพึงพอใจต่อ ความสามารถในการเดินทาง ด้วยตนเอง	36 (18.0)	72 (36.0)	61 (30.5)	20 (10.0)	11 (5.5)

ตารางที่ 14 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	เล็กน้อย n (%)	ไม่เลย n (%)
<b>ทางจิตใจ</b>					
6. ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ในชีวิต	17 (8.5)	87 (43.5)	81 (40.5)	10 (5.0)	5 (2.5)
7. ความมีสมาธิในการทำงาน	13 (6.5)	87 (43.5)	78 (39.0)	20 (10.0)	2 (1.0)
8. ความพอใจต่อ ความสามารถในการทำงานได้ อย่างที่เคยมักทำ ทางสิ่งแวดล้อม	18 (9.0)	74 (37.0)	81 (40.5)	23 (11.5)	4 (2.0)
1. ความพอใจต่อสภาพ บ้านเรือนที่อยู่อาศัย	52 (26.0)	92 (46.0)	52 (26.0)	4 (2.0)	0 (0.0)
2. ความพอใจในชีวิต รู้สึกมี ความหมาย	58 (29.0)	77 (38.5)	57 (28.5)	6 (3.0)	2 (1.0)
3. ความพอใจต่อความเป็นอยู่	36 (18.0)	87 (43.5)	70 (35.0)	6 (3.0)	1 (0.5)
4. สภาพแวดล้อมที่อยู่ดีต่อ สุขภาพ	24 (12.0)	101 (50.0)	70 (35.0)	5 (2.5)	0 (0.0)
5. การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่ จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	26 (13.0)	84 (42.0)	70 (35.0)	18 (9.0)	2 (1.0)
6. การมีโอกาสได้พักผ่อน คลายเครียด ทางร่างกาย	23 (11.5)	67 (33.5)	84 (42.0)	20 (10.0)	6 (3.0)
1. การมีกำลังกายเพียงพอใน การทำงานในชีวิตประจำวัน	50 (25.0)	83 (41.5)	55 (27.5)	11 (5.5)	1 (0.5)
2. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความสุข สงบ และมีความหวัง	30 (15.0)	95 (47.5)	66 (33.0)	9 (4.5)	0 (0.0)
3. การยอมรับความเจ็บป่วย และอยู่กับความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ วิตกกังวลได้	54 (27.0)	61 (30.5)	57 (28.5)	25 (12.5)	3 (1.5)

ตารางที่ 14 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	เล็กน้อย n (%)	ไม่เลย n (%)
4. ความพอใจในการนอนหลับ	36 (18.0)	72 (36.0)	52 (26.0)	25 (12.5)	15 (7.5)
5. ความพอใจกับสุขภาพ	30 (15.0)	77 (38.5)	75 (37.5)	5 (2.5)	13 (6.5)
6. ความพอใจในความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการ	35 (17.5)	45 (22.5)	66 (33.0)	43 (21.5)	11 (5.5)
ทางความสัมพันธ์ทางสังคม					
1. ความพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้	39 (19.5)	86 (43.0)	64 (32.0)	10 (5.0)	1 (0.5)
2. ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน	21 (10.5)	74 (37.0)	80 (40.0)	20 (10.0)	5 (2.5)
3. ความพอใจในการมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	25 (12.5)	58 (29.0)	95 (47.5)	17 (8.5)	5 (2.5)
4. ความพอใจในชีวิตทางเพศ	21 (10.5)	41 (20.5)	73 (36.5)	31 (15.5)	34 (17.0)

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้วยการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ทาง ได้แก่คุณภาพชีวิตทางจิตใจ 8 ข้อ คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม 6 ข้อ คุณภาพชีวิตทางร่างกาย 6 ข้อ และคุณภาพชีวิตทางความสัมพันธ์ทางสังคม 4 ข้อ ปรากฏว่าคะแนนที่ให้อยู่ระหว่าง 8 – 40, 6 – 30, 6 – 30, และ 4 - 20 คะแนน ตามลำดับ พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตทางจิตใจเฉลี่ย 28.67 คะแนน หรือร้อยละ 71.7 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมเฉลี่ย 22.32 คะแนน หรือร้อยละ 74.4 คุณภาพชีวิตทางร่างกายเฉลี่ย 21.49 คะแนน หรือร้อยละ 71.6 คุณภาพชีวิตทางความสัมพันธ์ทางสังคมเฉลี่ย 13.51 คะแนน หรือร้อยละ 67.6 และคุณภาพชีวิตโดยรวม เฉลี่ย 86.01 คะแนน หรือร้อยละ 71.7 จากนั้นแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ และเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ตามเกณฑ์เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (สุวิวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรรย์กุล, 2540) ปรากฏผลว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี 82 คะแนน หรือร้อยละ 41.0 ปานกลาง

116 คะแนน หรือร้อยละ 58.0 มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเป็นเพียงส่วนน้อยแค่ 2 คะแนน หรือร้อยละ 1.0 และมีคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมสูงสุด รองมาทางจิตใจ ทางร่างกาย และทางความสัมพันธ์ทางสังคม (74.4, 71.7, 71.6 และ 67.6 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละระดับคุณภาพชีวิต และคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้ป่วยจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	$\bar{X}$	$\bar{X}\%$	ผล
ทางจิตใจ	75 (37.5)	114 (57.0)	11 (5.5)	28.67	71.7	2
ทางสิ่งแวดล้อม	96 (48.0)	102 (51.0)	2 (1.0)	22.32	74.4	1
ทางร่างกาย	85 (42.5)	103 (51.5)	12 (6.0)	21.49	71.6	3
ทางสังคม	52 (26.0)	114 (57.0)	34 (17.0)	13.51	67.6	4
โดยรวม	82 (41.0)	116 (58.0)	2 (1.0)	86.01	71.7	

### ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย การดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) และคุณภาพชีวิต (Y) ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนการดูแลสุขภาพจากบุคลากร จากญาติพี่น้อง และจากการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตในเชิงบวก ที่นัยสำคัญ 0.001, 0.006 และ 0.001 ตามลำดับ ส่วนระยะโรคและระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตในเชิงลบที่นัยสำคัญ 0.031 และ 0.001 ตามลำดับ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	r	$\rho$
Y = คุณภาพชีวิต	86.01	13.47	1.000	
X1 = การดูแลจากบุคลากร	48.10	6.86	0.400	0.000
X2 = การดูแลจากครอบครัว	51.29	9.04	0.194	0.006
X3 = การดูแลตนเอง	51.05	6.22	0.537	0.000
X4 = ระยะการเป็นโรคมะเร็ง	3.07	1.32	-0.152	0.031
X5 = ระยะเวลาที่ทราบการเป็นโรคมะเร็ง	8.68	10.08	-0.224	0.001

### ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

จากที่พบว่า ตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) และตัวแปรคุณภาพชีวิต (Y) มีความสัมพันธ์กัน จึงวิเคราะห์หาอิทธิพลต่อ กำหนดให้ตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) เป็นตัวแปรเกณฑ์ (criterion variable) และคุณภาพชีวิต (Y) เป็น ตัวแปรตาม ที่ถูกทำนาย ผลพบว่า ได้ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต 4 รูปแบบ (Model)

รูปแบบ 1 มี การดูแลสุขภาพตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเพียงตัวเดียว ให้นำน้ำหนักความมีอิทธิพล (Beta weight) 0.537 สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 28.5

รูปแบบ 2 มี การดูแลสุขภาพตนเองกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากร 2 ตัวแปรร่วมกันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตัวแปรการดูแลสุขภาพตนเองให้นำน้ำหนักความมีอิทธิพล 0.464 ซึ่งมากกว่าของตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ซึ่งให้นำน้ำหนักอิทธิพล 0.277 และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 35.3

รูปแบบ 3 มี การดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพจากบุคลากร และระยะโรค 3 ตัวแปรร่วมกันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตัวแปรการดูแลสุขภาพตนเองให้นำน้ำหนักความมีอิทธิพล 0.979 ซึ่งมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาเป็นตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร 0.574 และระยะโรคมะเร็งมีอิทธิพลน้อยสุด -1.541 ตัวแปรทั้ง 3 นี้ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 37.3

รูปแบบ 4 เป็นรูปแบบที่ดีที่สุด มีการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพจากบุคลากร  
 ระยะโรค และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย 4 ตัวแปรพร้อมกันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
 ตัวแปรการดูแลสุขภาพตนเองให้น้ำหนักความมีอิทธิพล 0.446 ซึ่งมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาการ  
 ดูแลสุขภาพจากบุคลากร ให้น้ำหนักอิทธิพล 0.275 ระยะโรคให้น้ำหนักอิทธิพล -0.131 และ  
 ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยให้น้ำหนักอิทธิพล -0.118 ซึ่งมีอิทธิพลน้อยสุด ตัวแปรทั้ง 4 ตัวนี้สามารถ  
 ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 38.3

ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง  
 จำแนกตามรูปแบบ

Model	Correlation		Coefficient		Test		95 % CI		Colinearity	
	R	Adj. R <sup>2</sup>	B	Beta	t	$\rho$	low	upp	Tole	VIF
1 Const			26.636		3.990	.000	13.47	39.80		
X3	0.537	0.285	1.163	0.537	8.957	.000	0.91	1.42	1.000	1.000
2 Const			8.513		1.146	.253	-6.14	23.17		
X3			1.005	0.464	7.851	.000	0.75	1.26	0.931	1.075
X1	0.600	0.353	0.545	0.277	4.694	.000	0.31	0.77	0.931	1.075
3 Const			13.175		1.751	.081	-1.66	28.01		
X3			0.979	0.452	7.743	.000	0.73	1.23	0.925	1.081
X1			0.574	0.292	4.998	.000	0.35	0.80	0.922	1.084
X4	0.618	0.373	-1.541	-0.151	-2.668	.008	-2.69	-0.40	0.988	1.012
4 Const			16.256		2.136	.034	1.25	31.27		
X3			0.965	0.446	7.689	.000	0.72	1.21	0.923	1.084
X1			0.539	0.275	4.687	.000	0.31	0.77	0.903	1.108
X4			-1.341	-0.131	-2.307	.022	-2.49	-0.20	0.960	1.041
X5	0.629	0.383	-0.157	-0.118	-2.054	.041	-0.31	-0.01	0.946	1.057

หมายเหตุ Durbin-Watson = 1.982

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรง ทั้งจากการเป็นโรคและการรักษา ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่อย่างมาก ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษทั้งจากบุคลากรที่ดูแลรักษา ญาติพี่น้อง และของตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้น จึงต้องการศึกษาผลการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ญาติพี่น้อง และผู้ป่วยเองที่มีต่อคุณภาพชีวิต

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) ในลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship study) มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่เป็นผู้ป่วยเก่า ได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด เป็นประชากรเป้าหมาย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Daniel ฉะนั้น การศึกษานี้ต้องใช้ผู้ป่วยอย่างน้อย 171 คน แต่เพื่อความสะดวกในการคำนวณจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยแบ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งที่นัดมา รับบริการเป็น 4 กลุ่มตามวิธีการรักษา ได้แก่ ผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด และ รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด และเทียบจำนวนตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่าง 14, 116, 20 และ 50 คน ตามลำดับ

ข้อมูลเก็บด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพจากบุคลากร ญาติพี่น้อง และการดูแลตนเอง และส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ทาง ได้แก่ ทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางสิ่งแวดล้อม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อมูลเก็บด้วยการส่งแบบสอบถามให้ตอบและวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลการวิจัยโดยสรุปดังนี้

1. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง แบบสอบถามส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เมื่อนำไปเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยตัวอย่างจริง 200 คน ก่อนนำไปวิเคราะห์ผล ได้นำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ เพื่อยืนยันข้อความคำถามที่ไว้วัดให้ชัดเจนว่ามีกี่องค์ประกอบ และข้อความคำถามใดอยู่ในองค์ประกอบใด ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ หลังหมุนแกนด้วยวิธี Varimax พบว่า ข้อความ



คำถามคุณภาพชีวิตที่ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ศึกษา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เหมือนแบบสอบถามต้นแบบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้เลือกมาเป็นกรอบในการวัดคุณภาพชีวิตครั้งนี้ แต่รายชื่อความคำถามคลาดเคลื่อนจากองค์ประกอบเดิมบางส่วน จึงจัดข้อความคำถามลงองค์ประกอบตามที่วิเคราะห์ได้ ดังนี้

องค์ประกอบ 1 คุณภาพชีวิตทางจิตใจ มี 8 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ 2 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม มี 6 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ 3 คุณภาพชีวิตทางกาย มี 6 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ 4 คุณภาพชีวิตทางสังคม มี 4 ตัวชี้วัด

ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีข้อความคำถามที่เป็นตัวชี้วัด

ข้อความคำถาม แต่ละข้อ มีบางข้อน่าจะปรับใจความผิด ทำให้เนื้อหาไม่ตรงกับ

องค์ประกอบ ต้องตรวจสอบและปรับภาษาใหม่

2. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยส่วนมากร้อยละ 70.0 เป็นผู้หญิง อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 87 ปี อายุเฉลี่ย ระหว่าง 41 - 66 ปี ( $53.81 \pm 12.28$ ) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกันร้อยละ 63.5 ที่สมรสแล้ว แต่เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่มีร้อยละ 20.0 และที่เป็นโสดมีร้อยละ 16.5 รู้ว่าเป็นมะเร็งน้อยสุด 1 เดือน สูงสุด 9 ปี เฉลี่ย 9 เดือน มากกว่าร้อยละ 10 เป็นมะเร็งเต้านม รองลงมา มะเร็งปากมดลูก มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งลำไส้และทวารหนัก ร้อยละ 30.5, 21.5, 20.0, 12.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยอยู่ในระยะ 2 มากสุด รองมา ระยะ 3 ไม่ทราบระยะการป่วย ระยะ 4 และระยะ 1 ร้อยละ 32.0, 26.0, 24.0, 9.0, 9.0 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาสูงสุด รองลงมา รังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด เคมีบำบัด และผ่าตัด ร้อยละ 58.0, 25.0, 10.0, 7.0 ตามลำดับ

3. การดูแลสุขภาพจากบุคลากร ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมาก ระหว่างร้อยละ 70.5 - 86.5 ตอบว่า ได้รับการดูแลจากบุคลากรที่ดูแลรักษาในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. ความพอใจกับการติดตามดูแลอาการเจ็บป่วย               | 86.5 % |
| 2. การได้รับความเป็นมิตร มีสัมพันธภาพที่ดี             | 85.5 % |
| 3. ความพอใจในการดูแลรักษา                              | 83.0 % |
| 4. ความสะดวกสบายในการอำนวยความสะดวกที่เข้ารับบริการ    | 83.0 % |
| 5. การเอาใจใส่ให้คำแนะนำและดูแลอาการข้างเคียง          | 80.5 % |
| 6. การเอาใจใส่ชี้แจงสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ        | 79.5 % |
| 7. การได้รับข้อมูลการรักษาที่เข้าใจง่าย                | 79.5 % |
| 8. ความพอใจในคำแนะนำอาหารที่ทาน ที่หลีกเลี่ยงหรือทดแทน | 72.0 % |
| 9. พอดีกับการคอยให้กำลังใจ                             | 70.5 % |

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 63.5 - 69.0 ตอบว่า ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในระดับมาก ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. ความเอาใจใส่ สอบถามปัญหาสุขภาพ                      | 69.0 % |
| 2. ความพอใจในการรับฟังความคิดเห็นและสอบถามปัญหา        | 68.0 % |
| 3. ความพอใจที่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา | 63.5 % |

จากผลการวิเคราะห์โดยรวม พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 58.5 เห็นว่าตนได้รับการดูแลจากบุคลากรในระดับดีมาก ได้รับการดูแลตีปานกลางในจำนวนร้อยละ 35.0 และได้รับบริการดีน้อย มีจำนวนเพียงร้อยละ 6.5 แต่โดยรวมได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.2 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ศึกษาเฉลี่ยเห็นว่า ตนได้รับการดูแลจากบุคลากรระดับดีมาก

#### 4. การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากระหว่างร้อยละ 73.5 - 91.5

ตอบว่า ได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. การได้รับกำลังใจที่ดี                             | 91.5 % |
| 2. การได้รับสัมพันธภาพที่ดี                          | 90.0 % |
| 3. การได้รับความช่วยเหลือดูแล                        | 88.5 % |
| 4. ความเอาใจใส่ยามเดือนให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์  | 85.5 % |
| 5. การได้รับการดูแลเอาใจใส่และอยู่เคียงข้างอย่างพอใจ | 83.5 % |
| 6. การช่วยเหลือดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้สะดวกสบาย     | 83.0 % |
| 7. การช่วยสังเกตอาการผิดปกติ                         | 78.5 % |
| 8. ได้รับการช่วยเหลือจัดเตรียมอาหาร                  | 78.0 % |
| 9. ได้รับการถ่ายทอดข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็ง      | 77.5 % |
| 10. ได้รับการเอาใจใส่จัดเตรียมของใช้ที่จำเป็น        | 74.0 % |
| 11. ได้รับการเอาใจใส่จัดเตรียมเอกสารการรักษา         | 73.5 % |

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 64.5 ตอบว่า ได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องในระดับมาก ในเรื่องได้รับการเอาใจใส่ช่วยจัดบันทึกการรักษา

จากผลการวิเคราะห์โดยรวม พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 76.0 เห็นว่าตนได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องในระดับดีมาก ได้รับการดูแลตีปานกลางในจำนวนร้อยละ 16.0 และได้รับบริการดีน้อย มีจำนวนเพียงร้อยละ 8.0 แต่โดยรวมได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 85.5 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ศึกษาโดยเฉลี่ยเห็นว่า ตนได้รับการดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง อยู่ในระดับดีมาก

#### 5. การดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากระหว่างร้อยละ 72.5 - 99.5 ตอบว่า ได้

ดูแลตนเองในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

1. ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย ปากและฟัน	99.5 %
2. มารับการรักษาตรงตามนัด	94.5 %
3. ดูแลคอยป้องกันผิวหนังไม่ให้เกิดแผล	91.5 %
4. สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง	91.5 %
5. เก็บเอกสารข้อมูลการรักษาใส่แฟ้มไว้เฉพาะป้องกันการสูญหาย	85.5 %
6. ให้กำลังใจตนเอง	85.5 %
7. งดหวาน มัน เค็มจัด	79.5 %
8. นอนหลับวันละอย่างน้อย 5-6 ชั่วโมง	75.5 %
9. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร	72.5 %

และผู้ป่วยที่ศึกษาอีกร้อยละ 49.0 - 61.0 ตอบว่า ได้ดูแลตนเองในระดับมาก ในเรื่อง

1. ดูแลการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะเป็นเวลา	61.0 %
2. ทำกิจกรรมให้รู้สึกผ่อนคลาย	51.5 %
3. ออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกายสัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง	49.0 %

จากผลการวิเคราะห์โดยรวม พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 74.0 เห็นว่า ได้ดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก มีความพอใจในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 24.0 และมีความพอใจในระดับดีน้อย มีจำนวนเพียงร้อยละ 2.0 แต่โดยรวมได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 85.1 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ศึกษาเห็นว่าตนได้รับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก

#### 6. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตจำแนกตามองค์ประกอบได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพชีวิตทางจิตใจ พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากร้อยละ 60.0 - 70.0 ตอบว่ามีคุณภาพชีวิตทางจิตใจ ในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

1. ความพอใจต่อการเป็นมิตรกับเพื่อน	70.0 %
2. การยอมรับรูปร่างหน้าตาตนเอง	65.5 %
3. ความรู้สึกพึงพอใจต่อตนเอง	60.0 %

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 46.0 - 56.5 ตอบว่า มีคุณภาพชีวิตทางจิตใจ ในระดับมาก ในเรื่อง

1. ความพอใจในความสามารถทำกิจกรรมในแต่ละวัน	56.5 %
2. ความรู้สึกพึงพอใจต่อความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง	54.0 %
3. ความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต	52.0 %
4. ความมีสมาธิในการทำงาน	50.0 %
5. ความพอใจต่อความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ	46.0 %

องค์ประกอบที่ 2 คุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากร้อยละ 62.0 - 72.0 ตอบว่ามีคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม ในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

- |   |        |
|---|--------|
| 1. ความพอใจต่อสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย | 72.0 % |
| 2. ความพอใจในชีวิต รู้สึกมีความหมาย     | 67.5 % |
| 3. ความพอใจต่อความเป็นอยู่              | 61.5 % |
| 4. สภาพแวดล้อมที่อยู่ดีต่อสุขภาพ        | 62.0 % |

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 45.0 - 55.0 ตอบว่า มีคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อม ในระดับมาก ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. การได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน | 55.0 % |
| 2. การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด                    | 45.0 % |

องค์ประกอบที่ 3 คุณภาพชีวิตทางร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากร้อยละ 62.5 - 66.5 ตอบว่ามีคุณภาพชีวิตทางร่างกาย ในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. การมีกำลังกายเพียงพอในการทำงานในชีวิตประจำวัน       | 66.5 % |
| 2. ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมีความสุข สงบ และมีความหวัง | 62.5 % |

และผู้ป่วยอีกร้อยละ 40.0 - 57.5 ตอบว่า มีคุณภาพชีวิตทางร่างกาย ในระดับมาก ในเรื่อง

- |   |        |
|---|--------|
| 1. การยอมรับความเจ็บป่วยและอยู่กับความรู้สึกหงา เศร้า หดหู่<br>วิตกกังวลได้ | 57.5 % |
| 2. ความพอใจในการนอนหลับ   | 54.0 % |
| 3. ความพอใจกับสุขภาพ  | 53.5 % |
| 4. ความพอใจในความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการ                                | 40.0 % |

องค์ประกอบที่ 4 คุณภาพชีวิตทางสังคม พบว่าผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนมากร้อยละ 31.0 - 62.5 ตอบว่ามีคุณภาพชีวิตทางสังคม ในระดับมาก (รวมคำตอบมากกับมากที่สุด) ในเรื่อง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. ความพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้  | 62.5 % |
| 2. ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน           | 47.5 % |
| 3. ความพอใจในการมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น | 41.5 % |
| 4. ความพอใจในชีวิตทางเพศ                     | 31.0 % |

จากผลการวิเคราะห์โดยรวม พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี 82 คะแนน หรือร้อยละ 41.0 ปานกลาง 116 คะแนน หรือร้อยละ 58.0 มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเป็นเพียงส่วนน้อยแค่ 2 คะแนน หรือร้อยละ 1.0 และมีคุณภาพชีวิตทางสิ่งแวดล้อมสูงสุด รองมาทางจิตใจ ทางร่างกาย และทางความสัมพันธ์ทางสังคม (74.4, 71.7, 71.6 และ 67.6 ตามลำดับ)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย การดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) และคุณภาพชีวิต (Y) ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนการดูแลสุขภาพจากบุคลากร จากญาติพี่น้อง และจากการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตในเชิงบวก ที่นัยสำคัญ 0.001, 0.006 และ 0.001 ตามลำดับ ส่วนระยะโรคและระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตในเชิงลบที่นัยสำคัญ 0.031 และ 0.001 ตามลำดับ

8. ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากที่พบว่า ตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) และตัวแปรคุณภาพชีวิต (Y) มีความสัมพันธ์กัน จึงวิเคราะห์หาอิทธิพลต่อ กำหนดให้ ตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) เป็นตัวแปรเกณฑ์ (criterion variable) และคุณภาพชีวิต (Y) เป็น ตัวแปรตาม ที่ถูกทำนาย ผลพบว่า ได้ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต 4 รูปแบบ (Model)

รูปแบบ 1 มี การดูแลสุขภาพตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเพียงตัวเดียว ให้น้ำหนักความมีอิทธิพล (Beta weight) 0.537 สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 28.5

รูปแบบ 2 มี การดูแลสุขภาพตนเองกับการดูแลสุขภาพจากบุคลากร 2 ตัวแปรร่วมกันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตัวแปรการดูแลสุขภาพตนเองให้น้ำหนักความมีอิทธิพล 0.464 ซึ่งมากกว่าของตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ซึ่งให้น้ำหนักอิทธิพล 0.277 และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 35.3

รูปแบบ 3 มี การดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพจากบุคลากร และระยะโรค 3 ตัวแปรร่วมกันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตัวแปรการดูแลสุขภาพตนเองให้น้ำหนักความมีอิทธิพล 0.979 ซึ่งมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาเป็นตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร 0.574 และระยะโรคมะเร็งมีอิทธิพลน้อยสุด -1.541 ตัวแปรทั้ง 3 นี้ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 37.3

รูปแบบ 4 เป็นรูปแบบที่ดีที่สุด มีการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพจากบุคลากร ระยะโรค และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย 4 ตัวแปรร่วมกันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตัวแปรการดูแลสุขภาพตนเองให้น้ำหนักความมีอิทธิพล 0.446 ซึ่งมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ให้น้ำหนักอิทธิพล 0.275 ระยะโรคให้น้ำหนักอิทธิพล -0.131 และ ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยให้น้ำหนักอิทธิพล -0.118 ซึ่งมีอิทธิพลน้อยสุด ตัวแปรทั้ง 4 ตัวนี้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 38.3

## อภิปรายผล

การดูแลสุขภาพจากบุคลากร การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของฟวงทอง ไกรพิบูลย์ (2554) พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจะครอบคลุมทั้งการดูแลตนเองโดยผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วย บุคลากรในสถานพยาบาล ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ จิตวิญญาณของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เต็มศักดิ์ พึ่งรัสมิ (2554) พบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งสามารถใช้หลักการของ Palliative Care โดยให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด ดูแลผู้ป่วยครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณนอกจากการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อ โรค การดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม งานหลายด้าน ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วม ในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานให้เข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี องค์ประกอบที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและเพื่อนฝูงที่ร่วมดูแล สนับสนุน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จากผลการวิเคราะห์โดยรวม พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี 82 คะแนน หรือร้อยละ 41.0 ปานกลาง 116 คะแนน หรือร้อยละ 58.0 มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเป็นเพียงส่วนน้อยแค่ 2 คะแนน หรือร้อยละ 1.0 หมายความว่าผู้ป่วยเกินครึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งยังได้รับผลกระทบจากโรค การรักษาทำให้คุณภาพชีวิตยังไม่ถึงระดับดี แต่ด้วยการดูแลสุขภาพที่ดีจากบุคลากร จากญาติพี่น้อง และการดูแลตนเองที่ดีนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนเดช สินธุเสก (2558) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มองที่ไม่สบายจากโรครุนแรงอย่างมะเร็ง จะมีปัญหาทางจิตใจด้วย ทีมงานบุคลากรต้องดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในการผ่อนคลาย มีความสุข โรงพยาบาลที่ดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รวมถึงสิ่งแวดล้อมดี เหมาะสม ผู้ป่วยมีความสุขนับว่าอยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย การดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) และคุณภาพชีวิต (Y) ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนการดูแลสุขภาพจาก

บุคลากร จากญาติพี่น้อง และจากการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตในเชิงบวก ที่นัยสำคัญ 0.001, 0.006 และ 0.001 ตามลำดับ ส่วนระยะโรคและระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตในเชิงลบที่นัยสำคัญ 0.031 และ 0.001 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่า ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพพบว่าการดำรงหน้าที่ในการดูแลสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้จะมีความพึงพอใจในชีวิต และสามารถตอบสนองความต้องการในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วยโรคมะเร็งและลดความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิต

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต จากที่พบว่า ตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) ระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) และตัวแปรคุณภาพชีวิต (Y) มีความสัมพันธ์กัน จึงวิเคราะห์หาอิทธิพลต่อ กำหนดให้ตัวแปรการดูแลสุขภาพจากบุคลากร (X1) การดูแลสุขภาพจากญาติพี่น้อง (X2) การดูแลสุขภาพตนเอง (X3) ระยะโรค (X4) และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย (X5) เป็นตัวแปรเกณฑ์ (criterion variable) และคุณภาพชีวิต (Y) เป็น ตัวแปรตาม ที่ถูกทำนาย ผลพบว่า ได้ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต 4 รูปแบบ (Model)

รูปแบบ 4 เป็นรูปแบบที่ดีที่สุด มีการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพจากบุคลากร ระยะโรค และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วย 4 ตัวแปรร่วมกันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตัวแปรการดูแลสุขภาพตนเองให้น้ำหนักความมีอิทธิพล 0.446 ซึ่งมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาการดูแลสุขภาพจากบุคลากร ให้น้ำหนักอิทธิพล 0.275 ระยะโรคให้น้ำหนักอิทธิพล -0.131 และระยะเวลาที่รู้ว่าป่วยให้น้ำหนักอิทธิพล -0.118 ซึ่งมีอิทธิพลน้อยสุด ตัวแปรทั้ง 4 ตัวนี้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 38.3

และสอดคล้องกับการศึกษาของ โสรัจญา สุริยันต์, วรณิ เตียววิศเรศ และนุจริย์ ไชยมงคล (2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด: แบบจำลองเชิงสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับอิทธิพลจากการสนับสนุนทางสังคม

สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ์ สรรสม และสุริพร ธนศิลป์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ศึกษากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้าย พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและต่ำ แต่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต

สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญใจ จิตรนำทรัพย์ (2552) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันใน โรงพยาบาลศิริราช ศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่เข้าการรักษาที่งานพยาบาลอายุรศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ และผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจที่คลินิกโลหิตวิทยา ผลการศึกษาพบว่าจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษามีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

และสอดคล้องกับการศึกษาของ กันยา นันตะแก้ว, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และสุภารัตน์ ชัยอาจ (2554) ได้ศึกษาผลโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ศึกษากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง โดยแบ่งตามวิธีการรับการรักษาสามารถนำไปเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ตรงตามความต้องการมากขึ้น และดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโดยจะเน้นให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ที่ดี โดยเชื่อมโยงระหว่างบุคลากรครอบครัว และผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยนำข้อมูลไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วย โดยร่วมมือจากหลายสาขาวิชาชีพเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต้องดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และคำนึงถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจะเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่มีระยะการป่วย และชนิดโรคมะเร็งต่างกัน



## บรรณานุกรม

- กันยา นันตะแก้ว, ทิพาพร วงศ์หงส์กุล และสุภารัตน์. (2554). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสาร*, 38 (ฉบับพิเศษ), 78-88.
- กิตติกร นิลมานันต์. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: ออเรนจ์ มีเดีย.
- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2555). *รู้จัก รู้เรื่อง รู้รักษา โรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- เจดน์ เจริญโท. (2556). *รู้จักรู้ทัน... ป้องกันโรค*. กรุงเทพฯ: กอไม่.
- เจลิยา ปิยะชน. (2555). *เรื่องมะเร็งที่หมอ (อาจ) ไม่ได้บอกคุณ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เต็มศักดิ์ พิงระศมี. (2554). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- ทับทิม เปาอินทร์, เขารัตน์ รุ่งสว่าง และเรวัตติ์ เตียสกุล. (2553). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM และได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 28-37.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Nurse: Being With The Dying)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). วี.พริ้นท์ จำกัด.
- นงลักษณ์ สรรสม และสุรีพร ธนศิลป์. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, (ฉบับพิเศษ), 42-69.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2553). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์.
- ปราโมทย์ สันตยากร (ธรรมปราโมทย์). (2552). *มะเร็ง ไม่น่ากลัวอย่างที่คิด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสภาสถานบันลือธรรม.
- ปราโมทย์ สันตยากร (ธรรมปราโมทย์). (2552). *หนทางพิชิตมะเร็งแนวทางป้องกัน-รักษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมสภาสถานบันลือธรรม.
- พระไพศาล วิสาโล. (2557). *การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยวิธีแบบพุทธ* (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.

- พระไพศาล วิสาโล. (2558). *รักษาใจให้ไกลทุกข์* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: เครือข่ายพุทธิกา.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2548). *รู้ทันโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2551). *อยู่กับมะเร็งอย่างเป็นสุข*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2554). *จากมะเร็งอย่างเป็นสุข*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). *ถาม-ตอบ มะเร็งร้ายสารพัดชนิด*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- พสมณท์ คุ่มทวีพร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ฮาบายุสะ กราฟฟิก.
- เพ็ญใจ จิตรนาทรพย์. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ภัสกร วันบรรจบ. (2552). *รู้ทันมะเร็ง รู้ก่อน ป้องกันเป็น มะเร็งจึงไม่ได้* น่ากลัวอย่างที่คิด. กรุงเทพฯ: กันยาวิรั.
- ภัสกร วันบรรจบ. (2554). *10 อันดับ โรคมะเร็งกับสัญญาณเตือนภัย*. กรุงเทพฯ: กันยาวิรั.
- ยุพาพิน ประเสริฐกุล. (2553). *ความจริงของ “มะเร็ง” สาเหตุ ทางป้องกัน และการรักษา*. กรุงเทพฯ: Feel good Publishing.
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2557). *สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พ.ศ.2556*. ชลบุรี: กมลศิลป์.
- วิโรจน์ ไหววานิชกิจ. (2553). *มะเร็ง (ไม่) ร้าย*. กรุงเทพฯ: ซิงค์ บีคอนด์ บুকส์.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2556). *บทสังเคราะห์งานวิจัย คุณภาพชีวิตของคนไทย 2553-2555*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2556). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ.2556 – 2560)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สตกพรรณ วิไลลักษณ์. (2553). *เนื้อร้าย ภัยหญิง*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุรัช มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 24-36.

- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรัสกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558: Public Health Statistics 2015*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- อารีรัช เพ็ญศิลา. (2553). *คู่มือชีวิต พิชิตมะเร็งร้าย*. กรุงเทพฯ: Feel good Publishing.
- Daniel, W.W. (1995). *Biostatistics : a foundation for analysis in the health sciences* (6 th ed.) New York : John Wiley & Sons. Inc.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิสมัย เสรีขจรกิจเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
2. แพทย์หญิงจิตราพร ชนบดี หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
3. ทันตแพทย์หญิงฐิติมา เตียววัฒนวิวัฒน์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุณภาพชีวิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบสอบถาม**  
**การดูแลสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่รับบริการ**  
**ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**

**คำชี้แจง**

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร บุคคลในครอบครัว และการดูแลตนเอง ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง และศึกษาผลการดูแลของบุคลากร บุคคลในครอบครัว และการดูแลตนเองที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยมีชนิดโรค ระยะโรค และระยะเวลาที่รู้ถึงการป่วยเป็นตัวแปรร่วม ซึ่งจะนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยทั้งในส่วนการดูแลตนเองของท่าน บุคคลในครอบครัว บุคลากร มีประโยชน์ต่อการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งของบุคลากรในโรงพยาบาลมะเร็ง และโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านมะเร็ง รวมทั้งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ฉะนั้นผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้ช่วยตอบแบบสอบถามนี้ และขอได้โปรดตอบให้ครบทุกข้อตามความเห็นของท่าน เพื่อจะได้้นำผลไปใช้ประโยชน์ดังกล่าว ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดนี้จะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

แบบสอบถามฉบับนี้มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2	การดูแลสุขภาพ	จำนวน 36 ข้อ
ส่วนที่ 3	คุณภาพชีวิต	จำนวน 26 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย



## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

---

### เฉพาะผู้วิจัย

HN ..... หมายเลขนัด .....

1. เพศ       หญิง     ชาย
2. อายุ (ปี) .....
3. ชนิดของโรคมะเร็ง .....
4. ระยะของโรคมะเร็ง  
 ระยะที่ 1                       ระยะที่ 2  
 ระยะที่ 3                       ระยะที่ 4

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. สถานภาพสมรส  คู่  หม้าย/หย่า  ยกกันอยู่
2. ท่านทราบว่าเป็นมะเร็งเมื่อใด .....

## ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพ

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องว่างที่ตรงกับการดูแลสุขภาพของบุคลากร ระดับการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัว และการดูแลตนเองของท่านเมื่อมารักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ข้อคำถาม	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยสุด
<b>การดูแลของบุคลากร</b>					
1. ท่านพอใจในการดูแลรักษาจากบุคลากร					
2. บุคลากรสอบถามปัญหาที่ท่านได้รับ					
3. บุคลากรให้คำแนะนำการดูแลอาการข้างเคียง					
4. บุคลากรอำนวยความสะดวกสบายเมื่อมารับบริการ					
5. บุคลากรให้กำลังใจท่าน					
6. บุคลากรรับฟังความคิดเห็นของท่าน					
7. บุคลากรให้ข้อมูลการรักษาเข้าใจง่าย					
8. บุคลากรมีสัมพันธภาพที่ดีกับท่าน					
9. บุคลากรให้คำแนะนำเรื่องอาหารทานอาหารกับท่าน					
10. บุคลากรดูแลสิทธิประโยชน์ของท่าน					
11. ท่านพอใจกับการดูแลติดตาม					

ข้อความคำถาม	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยสุด
อาการจากบุคลากร					
12. บุคลากรเปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา					
<b>การดูแลของบุคคลในครอบครัว</b>					
1. บุคคลในครอบครัวดูแลจัดการเอกสารการรักษาให้ท่าน					
2. บุคคลในครอบครัวช่วยจดบันทึกการรักษาของท่าน					
3. บุคคลในครอบครัวจะช่วยย้ำเตือนท่านให้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ					
4. บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจปลอบใจท่านให้มีความรู้สึกดี					
5. บุคคลในครอบครัวช่วยสังเกตอาการผิดปกติของท่าน					
6. บุคคลในครอบครัวดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้ท่านสะดวกสบาย					
7. บุคคลในครอบครัวดูแลจัดเตรียมอาหารให้ท่านรับประทาน					
8. บุคคลในครอบครัวศึกษาข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็งและนำมาถ่ายทอดแก่ท่าน					
9. บุคคลในครอบครัวอยู่เคียงข้างคอยดูแลท่าน					

ข้อความถาม	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยสุด
10. บุคคลในครอบครัวอยู่ร่วมกับท่านอย่างมีความสุข					
11. บุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีกับท่าน					
12. บุคคลในครอบครัวดูแลจัดเตรียมของใช้ที่จำเป็นสำหรับท่าน					
<b>การดูแลตนเอง</b>					
1. ท่านจัดเก็บเอกสารข้อมูลการรักษาไว้ในแฟ้มเฉพาะเพื่อป้องกันการสูญหาย					
2. ท่านป้องกันผิวหนังไม่ให้เกิดแผล					
3. ท่านงดอาหารหวานจัด มันจัด และเค็มจัด					
4. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน					
5. ท่านได้สังเกตอาการผิดปกติของตัวเอง					
6. ท่านนอนหลับอย่างน้อยวันละ 5-6 ชั่วโมง					
7. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร					
8. ท่านให้กำลังใจตัวเอง					
9. ท่านขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะเป็นเวลา					
10. ท่านหากิจกรรมต่าง ๆ ทำเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย					

ข้อความคำถาม	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11. ท่านออกกำลังกายตามความพร้อมของร่างกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง					
12. ท่านมารับการรักษาตรงตามนัด					

### ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงช่องว่างที่ตรงกับระดับคุณภาพชีวิตของท่านเมื่อมารักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

ข้อความคำถาม	ระดับ				
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน ในตอนนี้เพียงใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น เจ็บปาก เจ็บคอ ปวดท้อง ปวดตามตัว ผิวหนังบวมแดงคล้ำ ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3. ท่านมีกำลังใจเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความสุข มีความสงบ และมีความหวังมากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ					

ข้อความคำถาม	ระดับ				
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7. ท่านรู้สึกพึงพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาตัวเองได้ไหม					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิต					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือน ที่พักอาศัยที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					

ข้อความ	ระดับ				
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21. สภาพแวดล้อมที่ท่านอยู่ดีต่อสุขภาพท่านเพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทาง (คมนาคม) ไปไหนมาไหนของท่านมากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24. ท่านไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศ เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศแล้วมีวิธีทำให้ผ่อนคลายลงได้					
26. รู้สึกพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่โดยรวมของท่าน					

ภาคผนวก ค  
ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



## ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability)

ผลการตรวจสอบคุณภาพ เป็นดังนี้

1. การดูแลสุขภาพ ในส่วนการดูแลจากบุคลากร จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง = 0.949
2. การดูแลสุขภาพ ในส่วนการดูแลจากบุคคลในครอบครัว จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง = 0.929
3. การดูแลสุขภาพ ในส่วนการดูแลตนเอง จำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง = 0.783
4. คุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง = 0.927

### Reliability

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพ (การดูแลของบุคลากร)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.949	12

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
c1	4.30	.651	30
c2	4.07	.828	30
c3	4.17	.874	30
c4	4.20	.847	30
c5	4.17	.747	30
c6	3.97	.718	30
c7	4.13	.819	30
c8	4.23	.728	30
c9	4.00	.910	30
c10	4.10	.803	30
c11	4.37	.669	30
c12	3.97	.890	30

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
c1	45.37	50.792	.756	.945
c2	45.60	48.662	.769	.944
c3	45.50	47.983	.783	.944
c4	45.47	47.982	.812	.943
c5	45.50	49.983	.728	.946
c6	45.70	50.148	.744	.945
c7	45.53	49.016	.745	.945
c8	45.43	49.082	.845	.942
c9	45.67	48.230	.726	.946

c10	45.57	48.806	.782	.944
c11	45.30	51.045	.705	.946
c12	45.70	48.148	.752	.945

## ส่วนที่ 2 การดูแลคุณภาพ (การดูแลของบุคคลในครอบครัว)

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.929	12

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
c13	4.00	1.486	30
c14	3.60	1.734	30
c15	4.47	1.042	30
c16	4.77	.774	30
c17	4.40	.894	30
c18	4.50	.974	30
c19	4.50	.900	30
c20	3.80	1.186	30
c21	4.47	1.008	30
c22	4.60	.855	30
c23	4.60	.855	30
c24	4.43	1.135	30

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
--	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--

c13	48.13	81.085	.565	.931
c14	48.53	77.982	.568	.936
c15	47.67	82.920	.759	.920
c16	47.37	86.378	.794	.921
c17	47.73	83.926	.834	.919
c18	47.63	82.585	.840	.918
c19	47.63	84.033	.821	.919
c20	48.33	84.368	.579	.928
c21	47.67	84.230	.711	.922
c22	47.53	85.292	.783	.921
c23	47.53	84.878	.812	.920
c24	47.70	80.907	.793	.919

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพ (การดูแลตนเอง)

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.783	12

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
c25	4.37	1.098	30
c26	4.33	1.093	30
c27	4.23	1.006	30
c28	4.93	.254	30
c29	4.53	.900	30
c30	3.63	1.450	30
c31	3.70	1.179	30
c32	4.53	.681	30

c33	3.63	1.098	30
c34	3.70	1.149	30
c35	3.90	1.094	30
c36	4.80	.664	30

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
c25	45.93	40.547	.156	.796
c26	45.97	34.516	.641	.743
c27	46.07	36.202	.555	.754
c28	45.37	42.999	.264	.784
c29	45.77	38.737	.393	.771
c30	46.67	31.954	.603	.745
c31	46.60	33.697	.647	.740
c32	45.77	37.564	.708	.750
c33	46.67	37.816	.364	.774
c34	46.60	35.903	.488	.760
c35	46.40	40.386	.170	.795
c36	45.50	41.500	.234	.783

#### ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.927	26

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
q1	3.70	1.022	30
q2	3.43	1.331	30
q3	4.20	.805	30
q4	3.50	1.167	30
q5	3.53	1.252	30
q6	3.43	1.040	30
q7	3.50	.820	30
q8	3.83	.791	30
q9	3.43	1.223	30
q10	3.50	1.042	30
q11	4.13	.730	30
q12	3.43	1.104	30
q13	3.67	.758	30
q14	3.80	.714	30
q15	3.70	.837	30
q16	3.83	.913	30
q17	3.40	.814	30
q18	3.77	.774	30
q19	3.40	.894	30
q20	3.13	1.196	30
q21	3.73	.980	30
q22	3.47	.973	30
q23	3.77	1.073	30
q24	3.40	1.221	30
q25	3.00	1.050	30
q26	3.97	.850	30

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
q1	89.97	215.413	.622	.923
q2	90.23	221.840	.290	.930
q3	89.47	218.947	.652	.923
q4	90.17	208.557	.748	.921
q5	90.13	206.257	.759	.920
q6	90.23	213.013	.693	.922
q7	90.17	218.971	.638	.923
q8	89.83	217.592	.724	.922
q9	90.23	219.633	.386	.927
q10	90.17	217.937	.523	.925
q11	89.53	228.602	.271	.927
q12	90.23	218.392	.475	.925
q13	90.00	224.759	.431	.926
q14	89.87	225.223	.438	.926
q15	89.97	217.895	.669	.923
q16	89.83	214.282	.749	.921
q17	90.27	228.823	.229	.928
q18	89.90	230.438	.174	.929
q19	90.27	217.030	.656	.923
q20	90.53	208.120	.741	.921
q21	89.93	219.926	.490	.925
q22	90.20	212.510	.764	.921
q23	89.90	207.403	.860	.919
q24	90.27	213.099	.576	.924
q25	90.67	223.402	.338	.927
q26	89.70	220.562	.548	.924

ภาคผนวก ง

ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเป็นปรนัย



## ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเป็นปรนัย

เรื่อง การดูแลสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่รับบริการ ณ โรงพยาบาล  
มะเร็งชลบุรี HEALTH CARE AFFECTING THE QUALITY OF LIFE AMONG  
CANCER PATIENTS AT CHONBURI CANCER HOSPITAL

ข้อที่	ข้อคำถาม	คะแนนที่ได้จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ			สรุปผล		
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	รวม	IOC	แปลผล
<b>ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล</b>							
1	เพศ	+1	+1	+1	3	1	มีความตรง
2	อายุ	+1	+1	+1	3	1	มีความตรง
3	สถานภาพสมรส	+1	+1	+1	3	1	มีความตรง
4	ท่านทราบว่าเป็นมะเร็ง เมื่อใด	+1	+1	+1	3	1	มีความตรง
<b>ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพ</b>							
1	บุคลากรดูแลรักษา ความสะอาดร่างกาย ท่านอย่างเหมาะสม	-1	0	+1	0	0	ไม่มีความ ตรง
2	บุคลากรรักษา โรคมะเร็งอย่าง เหมาะสมตรงตาม แผนการรักษา	-1	0	+1	0	0	ไม่มีความ ตรง
3	บุคลากรให้ข้อมูลการ รักษาครบถ้วนเข้าใจง่าย	-1	+1	-1	-1	-0.33	ไม่มีความ ตรง
4	บุคลากรอำนวยความสะดวก สบายขณะมา รับบริการ	-1	-1	0	-2	-0.67	ไม่มีความ ตรง

ข้อที่	ข้อความ	คะแนนที่ได้จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ			สรุปผล		
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	รวม	IOC	แปลผล
5	บุคลากรให้ความสำคัญกับท่าน	-1	+1	0	0	0	ไม่มีความตรง
6	บุคลากรรับฟังความคิดเห็นของท่าน	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
7	บุคลากรช่วยเหลือให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษา	-1	+1	-1	-1	-0.33	ไม่มีความตรง
8	บุคคลในครอบครัวดูแลรักษาความสะอาดท่าน เช่น ตัดเล็บ อาบน้ำ สระผม เช็ดตัว	-1	0	+1	0	0	ไม่มีความตรง
9	บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลท่าน เช่น พุงเดิน ทำกายภาพฟื้นฟู	-1	0	+1	0	0	ไม่มีความตรง
10	บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจ ปลอบใจท่าน ให้มีความรู้สึกดี	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
11	บุคคลในครอบครัวอยู่เคียงข้างคอยดูแลสังเกตอาการผิดปกติให้ท่าน	-1	-1	+1	-1	-0.33	ไม่มีความตรง
12	บุคคลในครอบครัวดูแลสิ่งแวดล้อมท่าน ให้สะดวกสบาย	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง

ข้อที่	ข้อความ	คะแนนที่ได้จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ			สรุปผล		
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	รวม	IOC	แปลผล
13	บุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีกับท่าน สามารถอยู่ร่วมกับท่านอย่างมีความสุข	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
14	ผู้ใกล้ชิดรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย และการรักษาของท่าน	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
15	ท่านสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เช่น เดิน ลุก นั่ง นอน ด้วยตนเองได้	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
16	ท่านรับประทานอาหารเองได้ตามปกติ	-1	-1	+1	-1	-0.33	ไม่มีความตรง
17	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด และเครื่องดื่มน้ำอัดลม	-1	+1	-1	-1	-0.33	ไม่มีความตรง
18	ท่านดูแลความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดแผล เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ ดูแลเรื่องขับถ่ายเองได้	-1	+1	-1	-1	-0.33	ไม่มีความตรง
19	ท่านได้สังเกตอาการผิดปกติของตัวเอง	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง

ข้อที่	ข้อความ	คะแนนที่ได้จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ			สรุปผล		
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	รวม	IOC	แปลผล
20	ท่านนอนหลับสนิท เวลากลางคืน	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
21	ท่านเข้าใจ และยอมรับ การเจ็บป่วยได้	-1	-1	+1	-1	-0.33	ไม่มีความ ตรง
22	ท่านให้กำลังใจตัวเอง และคนในครอบครัว	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
23	ท่านสามารถ ปรับเปลี่ยนชีวิตให้อยู่ กับสภาพเจ็บป่วยกับ โรคได้อย่างผาสุก	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
24	ท่านปราศจากความ ทุกข์ มีความรู้สึกสงบ สุข ไร้กังวล	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
25	ท่านออกกำลังกายตาม ความพร้อมของ ร่างกายสม่ำเสมอ อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	-1	+1	+1	1	0.33	มีความตรง
<b>ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต</b>							
1	ท่านพอใจ ยอมรับกับ ความเป็นอยู่กับ โรค มะเร็งของตนเองได้	0	+1	0	1	0.33	มีความตรง
2	การเจ็บปวดจาก โรคมะเร็งของท่าน เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวด ตามตัว อ่อนเพลีย เมื่อ อาหาร ทำให้ไม่สามารถ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้	0	-1	+1	0	0	ไม่มีความ ตรง

ข้อที่	ข้อความ	คะแนนที่ได้จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ			สรุปผล		
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	รวม	IOC	แปลผล
3	ท่านมีกำลังเพียงพอใน การทำงานวัตร ประจำวัน	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
4	ท่านรู้สึกพอใจกับการ พักผ่อน นอนหลับใน ปัจจุบัน	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจ มี ความสุข สงบสุขใน ชีวิต	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
6	ท่านมีสมาธิในการทำ สิ่งต่าง ๆ เช่น ทำงาน ทำกิจวัตรประจำวัน	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
7	ท่านพอใจในตนเอง เข้าใจ และยอมรับใน ความเจ็บป่วยได้	0	-1	0	-1	-0.33	
8	ท่านยอมรับรูปร่าง หน้าตาตัวเอง	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตก กังวล	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
10	ท่านพอใจที่จะใช้ชีวิต ผ่านไปแต่ละวัน	0	+1	0	1	0.33	มีความตรง
11	ท่านรู้สึกว่าจำเป็นต้อง รักษาพยาบาลเพื่อจะ ทำงานทำกิจวัตร ประจำวัน หรือมีชีวิตอยู่	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง

ข้อที่	ข้อความ	คะแนนที่ได้จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ			สรุปผล		
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	รวม	IOC	แปลผล
12	ท่านพอใจ ความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวัน ของตนเอง	0	-1	+1	0	0	ไม่มีความ ตรง
13	ท่านพอใจกับการผูก มิตรเข้ากับคนอื่น เช่น เพื่อนท่าน บุคคลใน ครอบครัว เพื่อนท่าน ที่มารักษา	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
14	ท่านได้รับการ ช่วยเหลือจากเพื่อน ได้รับการเยี่ยมเยียน จากเพื่อนฝูง	0	+1	-1	0	0	ไม่มีความ ตรง
15	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความ มั่นคงปลอดภัย รู้สึกไร้กังวล	0	+1	0	1	0.33	มีความตรง
16	ท่านพอใจกับสภาพ บ้านเรือน ที่พักอาศัย ขณะรักษา	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายใน การรักษา เช่น ค่ารักษาพยาบาล, เดินทาง, อาหาร	0	-1	+1	0	0	ไม่มีความ ตรง
18	ท่านพอใจกับการมารับ บริการที่โรงพยาบาล มะเร็งชลบุรี	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง

ข้อที่	ข้อความ	คะแนนที่ได้จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ			สรุปผล		
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	รวม	IOC	แปลผล
19	ท่านรู้ข่าวสารแต่ละวัน ติดตามข่าวสารเรื่อง เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรักษา	0	+1	0	1	0.33	มีความตรง
20	ท่านได้พักผ่อนคลาย เครียด เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ ฟังเพลง	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
21	ท่านอยู่ใน สภาพแวดล้อมดีต่อ สุขภาพ อากาศบริสุทธิ์ สะอาด	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
22	ท่านพอใจกับการ เดินทางมารักษา เช่น ถนนหนทาง ระยะเวลา เดินทาง	0	-1	0	-1	-0.33	ไม่มีความ ตรง
23	ท่านรู้สึกกว่าชีวิตมี ความหมาย มีคุณค่า	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
24	ท่านไปไหนมาไหน ด้วยตนเอง เช่น มา โรงพยาบาล เดินทาง กลับบ้านเองได้ ไป เที่ยว ไปทำบุญด้วย ตนเองได้	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง
25	ท่านพอใจในชีวิตทาง เพศ เมื่อเกิดความรู้สึก ทางเพศแล้วมีวิธีทำให้ ผ่อนคลายลงได้	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง

ข้อที่	ข้อความ	คะแนนที่ได้จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ			สรุปผล		
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	รวม	IOC	แปลผล
26	รู้สึกพอใจกับชีวิต ความเป็นอยู่โดยรวม ของท่าน	0	+1	+1	2	0.67	มีความตรง



## ภาคผนวก จ

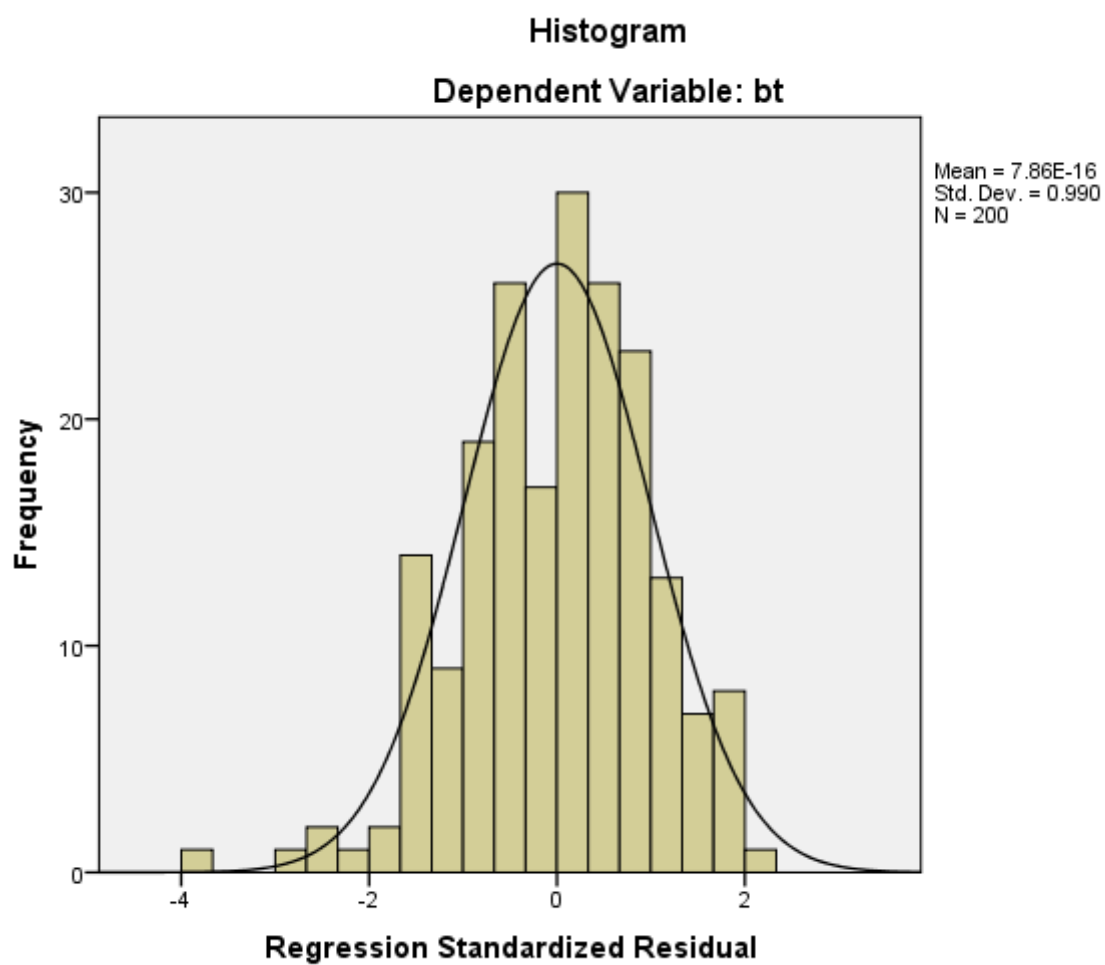
การวิเคราะห์หาความยากง่าย และอำนาจจำแนกรายชื่อของตัวแปรคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์หาความยากง่าย และอำนาจจำแนกรายชื่อของตัวแปรคุณภาพชีวิต

ข้อ	ความยากง่าย ( $\bar{x}$ )	อำนาจจำแนก (r)
1 ความพอใจกับสุขภาพ	3.53	0.577
2 ความสามารถในการทำสิ่งที่ต้องการ	3.25	0.424
3 การมีกำลังใจเพียงพอในการทำงานในชีวิตประจำวัน	3.85	0.640
4 ความพอใจในการนอนหลับ	3.45	0.469
5 ความพอใจต่อความสุข สงบ และมีความหวังในชีวิต	3.73	0.692
6 ความมีสมาธิในการทำงาน	3.45	0.659
7 ความรู้สึกพึงพอใจต่อตนเอง	3.59	0.734
8 การยอมรับรูปร่างหน้าตาตนเอง	3.78	0.542
9 การยอมรับและอยู่กับความรู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ วิตกกังวล ได้	3.69	0.551
10 ความพอใจในความสามารถทำกิจกรรมในแต่ละวัน	3.61	0.723
12 ความพอใจต่อความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ	3.40	0.621
13 ความพอใจต่อการเป็นมิตรกับเพื่อน	3.84	0.668
15 ความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในชีวิต	3.51	0.625
16 ความพอใจต่อสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย	3.96	0.543
17 ความพอใจในการมีเงินใช้จ่ายตามความจำเป็น	3.41	0.392
18 ความพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข	3.76	0.527
19 การได้รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต	3.57	0.558
20 การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	3.41	0.596
21 สภาพแวดล้อมที่อยู่ดีต่อสุขภาพ	3.72	0.620
22 ความพอใจต่อการเดินทางไปไหนมาไหน	3.43	0.567
23 ความรู้สึกมีความหมายในชีวิต	3.92	0.648
24 ความสามารถในการเดินทางด้วยตนเอง	3.51	0.530
25 ความพอใจในชีวิตทางเพศ	2.92	0.425
26 ความพอใจต่อความเป็นอยู่	3.76	0.676

**ภาคผนวก จ**

กราฟแสดงความสัมพันธ์คุณภาพชีวิต



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual  
Dependent Variable: bt

