

# ภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกับการดูแล สุขภาพแบบประคับประคองของครอบครัวในชุมชนชนบท ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

PSYCHOLOGICAL AND QUALITY OF LIFE OF THE ADVANCED CANCER  
PATIENTS RECEIVING PALLIATIVE CARE IN COMMUNITIES  
IN THE NORTHEAST REGION OF THAILAND

วารารณ สาวิสิต  
Waraporn Savisit

Received : 30 January 2023, Received in revised form : 20 March 2023, Accepted : 25 March 2023

## บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีการเปลี่ยนแปลงอาการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นผลจากอาการแสดงของโรค ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวล การดูแลแบบประคับประคองสามารถจัดการอาการรบกวนได้ มีภาวะสุขภาพที่ดีทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางปฏิบัติและผลลัพธ์ของการจัดการอาการรบกวน กลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 37 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในเขตหญิง ได้รับการวินิจฉัยแยกโรค 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ และมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับได้ ร้อยละ 51.4 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการแสดงออกถึงความรู้สึกสภาพจิตใจของครอบครัว คือ ตกใจ เครียด วิตกกังวล ร้อยละ 89.2 ผู้ป่วยมีระดับความสามารถระยะคงที่ ร้อยละ 51.4 อาการไม่สุขสบาย 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย และวิตกกังวล ซึ่งอยู่ในระดับความรุนแรงอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อยู่ในระดับน้อย และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง อยู่ในระดับน้อย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชน และท้องถิ่น ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงการบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพจิตและอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ:** สุขภาพจิต, คุณภาพชีวิต, การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม 73000

Faculty of Nursing Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom 73000

Corresponding author; E-mail: warapornsavit65@gmail.com



**ABSTRACT**

Advanced cancer patients (ACPs) manifest with progressive and severe physical, psychological, and emotional symptoms resulting from their diseases. Their families also experience emotional distress and anxiety from caregiving. Palliative care can help ACPs and family care givers (FCGs) better manage adverse symptoms and health conditions, improving quality of life. The purpose of this study was to study the mental health and quality of life of patients with metastatic cancer in families receiving palliative care, as well as the guidelines and outcomes of disturbance management. The sample consisted of 37 research participants. Data were collected through questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation maximum and minimum.

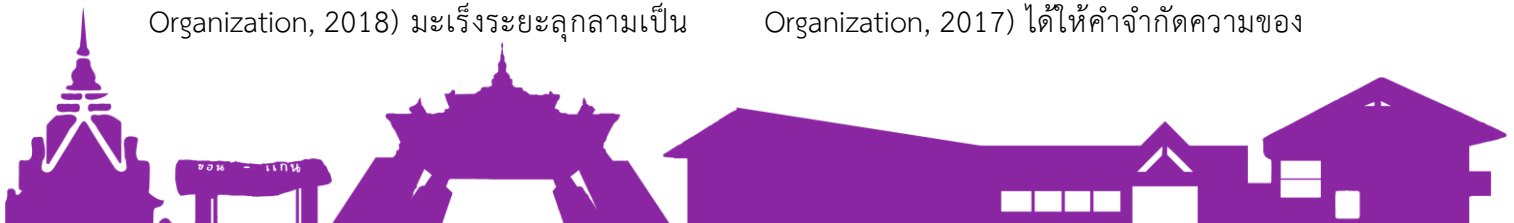
The results of the study found that the top 3 differential diagnoses for the sample of female advanced cancer patients (ACPs) were breast cancer, colon cancer, and cervical cancer. In males, lung cancer, colon cancer, and bile duct cancer were diagnosed. 51.4% of the patients were able to accept it. Patients' perceptions of the family's emotional expression were shock, stress, and anxiety 89.2%. Patients had a stable level of ability 51.4%. The top 3 symptoms of discomfort were pain, tiredness or fatigue, and anxiety, which ranged in mild to moderate severity. Their overall quality of life was at a moderate level. There is a low level of awareness of illness conditions and palliative self-care behaviors. The findings indicate the need for relevant agencies, communities, and localities to promote and support access to palliative care services, the mental health and discomfort of patients and their families, and a good quality of life.

**Keywords:** Psychological, Quality of life, Patient's perception, Self-care behavior, Cancer patients

**บทนำ**

มะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่สามารถเกิดได้กับทุกอวัยวะหรือเนื้อเยื่อของร่างกาย มีเซลล์ที่ผิดปกติเติบโตอย่างควบคุมไม่ได้ ขยายขอบเขตไปส่วนข้างเคียงของร่างกาย และ/หรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เรียกว่าการแพร่กระจายและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต (World Health Organization, 2023) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2561 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกมีประมาณ 18.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 14 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยมะเร็ง 9.6 ล้านคน (World Health Organization, 2018) มะเร็งระยะลุกลามเป็น

มะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้การรักษา มะเร็งระยะนี้จึงเป็นไปเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยพบว่าอาการทางด้านอารมณ์และจิตใจที่พบมากคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (พรพิมล เลิศพานิช และคณะ, 2564) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ได้ให้คำจำกัดความของ



“การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง” หมายถึงวิธีการที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต สามารถป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ และสามารถประเมินความต้องการในการรักษาอาการปวดและปัญหาอื่นๆของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2017) การได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลให้มีความผ่อนคลายเพื่อลดภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเลือกทางเลือกตามความเชื่อเลือกแนวปฏิบัติที่ต้องการให้สามารถจัดการกับอาการรบกวนในชีวิตประจำวันได้ทำให้ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมการแพทย์, 2556)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองประเภทผู้ป่วยนอก จำนวน 281 คน และประเภทผู้ป่วยในจำนวน 290 คน พบประเด็นผู้ป่วยต้องดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลมักมีความเครียดและความวิตกกังวลในการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นความสำคัญของผู้ดูแลว่าเป็นผู้มีบทบาทมากเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลจึงมักมีความเครียดและวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ และยังระบุว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนน้อย บริการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั่วถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งยังเป็นปัญหา อาทิเช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล การจัดการอาการเพื่อลดความเครียด วิตกกังวล

ดังนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับความรู้ เพื่อสามารถทราบการดำเนินโรคเพื่อสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป (หยาดรุ่ง อรุพันธ์, 2557) ความตายเป็นธรรมชาติของทุกชีวิต การมีชีวิตอยู่ในช่วงเวลาของความเป็นและความตายนั้นเป็นความทุกข์ทรมาน ทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมีความรู้ตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, 2559)

จากเหตุผลและความจำเป็นที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามการดูแลแบบองค์รวม กาย จิตสังคม จิตวิญญาณและวัฒนธรรม ประเพณี ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาความรู้ในการประเมินความสามารถทางร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS Score) และการประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยและเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลในการตัดสินใจในการรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Hum et al., 2019) แบบประเมิน ESAS เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ได้เข้าใจง่าย ประเมินได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ประเมินแก้ปัญหาได้ตรงจุดช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (บุญทิวา สุวิทย์ และคณะ, 2558) ซึ่งสามารถประเมินอาการไม่สุขสบายตามระดับความรุนแรงของอาการเป็นตัวเลข 0 – 10 กำหนดให้ 0 ไม่มีอาการ 1 – 3 มีอาการเล็กน้อย 4 – 6 มีอาการปานกลาง 7 – 10 มีอาการรุนแรงมากที่สุด



(D. Hui & E. Bruera, 2017) สำหรับการวัดระดับความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยให้คะแนนเต็ม 100 แบ่งเป็น 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1- ระดับ 3 ระดับที่ 1 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (70 -100) ระดับ 2 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (40 -60) และ ระดับ 3 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (0 - 30) ซึ่งเป็นระยะก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้าย (ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่, 2555) ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแตกต่างกันไปตามอาการ อาการแสดงและความก้าวหน้าของโรค และควรได้รับการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายในแต่ละด้าน อาทิเช่น ผู้ป่วยระดับ 1 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะมีอาการไม่สุขสบาย ด้านร่างกาย เช่น มีอาการปวด เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น มีความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งผู้ป่วยที่จัดอยู่ในความสามารถระดับนี้สามารถให้การดูแลโดยใช้ยาตามแผนการรักษา และการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเห็นคุณค่าของตนเอง การพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ การใช้วิธีบำบัดทางเลือก รวมทั้งสามารถทำการประเมินปัญหา ความต้องการ และการรับรู้ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านภาวะการเจ็บป่วย สังคมวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความเชื่อและความศรัทธา สัมพันธภาพต่อผู้อื่น และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยระดับ 2 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จะเป็นระยะที่มีการดูแลคล้ายกับผู้ป่วยที่จัดอยู่ในระดับ 1 ซึ่งบุคลากรที่มสุขภาพผู้ให้การดูแลควรประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแล ในเรื่องภาวะโภชนาการ การได้รับพลังงานสารอาหารแต่ละมื้อ และการประเมินและการจัดการอาการไม่สุขสบาย สำหรับผู้ป่วยที่จัดอยู่ในระดับ 3 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรมีการประเมินและการจัดการ

อาการไม่สุขสบาย ให้คำปรึกษาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยช่วงระยะท้าย ประเมินการยอมรับการสูญเสีย การดูแลผู้ป่วยตามระดับความสามารถร่างกายเพื่อช่วยให้มีการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความรู้เรื่องโรค ความก้าวหน้าของโรค และการจัดการอาการไม่สุขสบาย ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีการดูแลแบบจำเพาะต่ออาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้ความรู้ การจัดการอาการไม่สุขสบายกับเจ้าหน้าที่ ภาควิชาอายุรกรรม เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง และเกิดการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักการพยาบาล สภากงงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การศึกษานี้ นอกจากจะดำเนินการในด้านการประเมินภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและพฤติกรรมผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยโครงการวิจัยนี้เน้นการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้ง การให้ความรัก ความเอาใจใส่ในเพื่อนมนุษย์ที่คำนึงถึงสัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วยครอบคลุมการประเมินปัญหาความต้องการ การได้รับการแก้ไขปัญหา และประเมินผล

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต และอาการไม่สุขสบาย ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาระดับความสามารถ คุณภาพชีวิต การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพจิต อารมณ์ อาการรบกวน การจัดการอาการรบกวน และผลลัพธ์ของการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2562 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการศึกษาคือ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และลงความเห็นให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 37 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลที่บ้านที่ใช้ในการศึกษานี้ ในขั้นตอนการดำเนินการไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน และต้องการกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน ซึ่งผู้วิจัยทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ โดยแบ่งเป็น 3 คลัสเตอร์ ประกอบด้วย 13 อำเภอ (2-8 อำเภอ/คลัสเตอร์) และผู้วิจัยทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างศึกษาตามสัดส่วน (Proportional Allocation) แล้วทำการศึกษาทุกหน่วยประชากรในกลุ่มพื้นที่นั้นๆ (Cluster sampling) โดยใช้สูตรการคำนวณ สูตรของคอคเรน (Cohen, et al., 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน โดยเกณฑ์การพิจารณาการคัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีรายละเอียด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ข้อ 1-4 และมีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อยอีก 1 ข้อ ตามเกณฑ์ข้อ 5-7

1. เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่ศึกษามาแล้วอย่างน้อย 3 เดือนก่อนวันเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562

2. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้

3. มีครอบครัวในการดูแลหรือผู้ดูแล

4. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. เป็นมะเร็งระยะลุกลามระยะ 3 ระยะ 4 ขึ้นไป และ/หรือเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ส่งต่อให้การดูแลแบบประคับประคอง

6. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลข้างเคียงเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง

7. ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป  
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) นั้น พิจารณาจาก

1. ได้รับการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่า 2 สัปดาห์

2. ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ทำการศึกษาระยะเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรอง 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.60 ขึ้นไปทุกฉบับและทำการทดสอบ (Tryout) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 แบ่งออกเป็น 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย/การสังเกตผู้ป่วย ข้อคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบและเติมคำใน





ช่องที่กำหนด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา และศาสนา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย ภาวะการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคหลัก และการประเมินอาการไม่สุขสบาย ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย/การสังเกตผู้ป่วย ดังนี้

2.1 ภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ ความหมายต่อการเจ็บป่วย การได้รับการพยากรณ์โรคจากแพทย์ที่ทำการรักษา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการแสดงออกถึงความรู้สึกสภาพจิตใจของครอบครัว และการจำแนกตามโรคอื่นร่วมด้วย ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 4 ข้อ

2.2 การวินิจฉัยโรคหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลักจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดใด ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 1 ข้อ

2.3 การประเมินอาการไม่สุขสบาย (ESAS; Edmonton Symptom Assessment System) ใช้การสัมภาษณ์/สังเกตผู้ป่วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินอาการรบกวนมีระดับความรุนแรง 0 -10 โดยประยุกต์จาก ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับเป็นหมายเลข 0-10 ดังนี้

หมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ

หมายเลข 1-3 หมายถึง อาการรุนแรงเล็กน้อย

หมายเลข 4-6 หมายถึง อาการรุนแรงปานกลาง

หมายเลข 7-10 หมายถึง มีอาการรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความสามารถ (Palliative Performance Scale; PPS) ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย/การสังเกตผู้ป่วย ข้อคำถาม

ปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินในความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว โดยประยุกต์จากแบบประเมินระดับความสามารถผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ (ฉบับสวนดอก) ปี พ.ศ. 2551 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน PPS มากกว่า 70 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ค่าคะแนน PPS อยู่ระหว่าง 40-60 หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

ค่าคะแนน PPS น้อยกว่า 30 หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการไม่สุขสบาย (ESAS; Edmonton Symptom Assessment System) ใช้การสัมภาษณ์/สังเกตผู้ป่วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินอาการรบกวนมีระดับความรุนแรง 0 -10 โดยประยุกต์จาก ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับเป็นหมายเลข 0-10 ดังนี้

หมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ

หมายเลข 1-3 หมายถึง อาการรุนแรงเล็กน้อย

หมายเลข 4-6 หมายถึง อาการรุนแรงปานกลาง

หมายเลข 7-10 หมายถึง มีอาการรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย/สังเกตผู้ป่วย ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยประยุกต์ใช้ WHO QOL BREF THAI (กรมสุขภาพจิต, 2559) ลักษณะข้อคำถาม



มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วน  
ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 26  
ข้อ มีเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้

4.51-5.00 หมายถึง คุณภาพ  
ชีวิตระดับดีมาก  
3.51-4.50 หมายถึง คุณภาพ  
ชีวิตระดับดี  
2.51-3.50 หมายถึง คุณภาพ  
ชีวิตระดับปานกลาง  
1.51-2.50 หมายถึง คุณภาพ  
ชีวิตระดับต่ำ  
1.00-1.50 หมายถึง คุณภาพ  
ชีวิตระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 6 การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย  
ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง  
ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย/สังเกตผู้ป่วย การรับรู้ต่อ  
ภาวะการเจ็บป่วย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และ  
วัฒนธรรม ลักษณะคำตอบแต่ละข้อมีทั้งเชิงบวก  
และเชิงลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating  
scale) 5 ระดับ จำนวน 29 ข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์  
ประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งคะแนน 2 ระดับ  
ตามแนวความคิดของธอร์นไดค์ (Thorndike,  
1991 : 65-69) ดังนี้

การรับรู้ น้อย (น้อยกว่า 73  
คะแนน)  
การรับรู้มาก (ตั้งแต่ 73-145  
คะแนน)

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการดูแลตนเอง  
แบบประคับประคองของผู้ป่วย ใช้สัมภาษณ์  
ผู้ป่วย/สังเกต ผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตสังคม จิต  
วิญญาณ และด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ลักษณะ  
คำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า  
(Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ ผู้วิจัยใช้  
เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งคะแนน 2  
ระดับ ตามแนวความคิดของธอร์นไดค์  
(Thorndike, 1991 : 65-69) ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ  
ประคับประคองน้อย (น้อยกว่า 65 คะแนน)

พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ  
ประคับประคองมาก (ตั้งแต่ 65-130 คะแนน)

### 3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดย  
ดำเนินการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความ  
ร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจโดย  
ขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบาย  
วัตถุประสงค์ของการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ รวมถึง  
การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผย  
เป็นรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบ  
คำถาม หรือออกจากการศึกษาในระยยะใดก็ได้

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย  
กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลภาวะสุขภาพ ภาวะ  
สุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง  
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)  
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง  
จำนวน 37 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง  
ร้อยละ 73.0 เพศชาย ร้อยละ 27.0 มีอายุ  
ค่าเฉลี่ย 60.32 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65-69  
ปี ร้อยละ 21.6 สถานภาพการสมรส คู่ มากที่สุด  
ร้อยละ 54.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา  
มากที่สุด ร้อยละ 81.1 นับถือศาสนาพุทธทุกคน

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย  
ประกอบด้วย ภาวะการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค  
หลัก และการประเมินอาการไม่สุขสบาย ดังนี้

2.1 ภาวะการเจ็บป่วย พบว่า  
ภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่มีความ  
หมายต่อผู้ป่วยครั้งนี้มากที่สุด คือ เฉยๆ  
สามารถทำใจยอมรับได้ ใคร ๆ ก็มีโอกาศเป็นได้  
ร้อยละ 51.4 การได้รับการพยากรณ์โรคจาก



แพทย์ที่ทำการรักษามากที่สุด คือ ไม่ได้รับการ  
แจ้ง ร้อยละ 94.6 การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อ  
การแสดงออกถึงความรู้สึกและสภาพจิตใจของ  
ครอบครัวมากที่สุด คือ ตกใจ เครียด วิตกกังวล  
ร้อยละ 89.2 ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีโรคอื่นร่วม

ด้วย จำแนกตามโรคมากที่สุด คือ ไม่มีโรคอื่นร่วม  
ด้วย ร้อยละ 75.7 ระดับความสามารถร่างกาย  
ของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ระยะเวลาที่ (70 -  
100) ร้อยละ 51.4 รายละเอียดดังแสดงในตาราง  
ที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (n = 37)

| ภาวะการเจ็บป่วย  | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 1. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความหมายต่อผู้ป่วย                               |       |        |
| เฉยๆ สามารถทำใจยอมรับได้ ใครๆก็มีโอกาสเป็นได้                            | 19    | 51.4   |
| ตกใจ กลัวความเจ็บปวด ทรมานต่างๆที่จะเกิดขึ้น                             | 17    | 45.9   |
| เครียด วิตกกังวล   | 1     | 2.7    |
| 2. การได้รับการพยากรณ์โรคจากแพทย์ที่ทำการรักษา                           |       |        |
| ไม่ได้แจ้ง   | 35    | 94.6   |
| 6 เดือน  | 1     | 2.7    |
| 1 ปี   | 1     | 2.7    |
| 3. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการแสดงออกถึงความรู้สึกสภาพจิตใจของ<br>ครอบครัว |       |        |
| ตกใจ เครียด วิตกกังวล  | 33    | 89.2   |
| เฉยๆ ไม่พูดหรือแสดงออกใดๆ  | 4     | 10.8   |
| 4. ปัจจุบันมีโรคอื่นร่วมด้วย จำแนกตามโรค                                 |       |        |
| ไม่มี  | 28    | 75.7   |
| 1 โรค  | 6     | 16.2   |
| 3 โรค  | 2     | 5.4    |
| 2 โรค  | 1     | 2.7    |

2.2 การวินิจฉัยโรคหลักจากแพทย์  
หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี  
การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิง  
คือ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 24.3 รองลงมาคือ  
มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 13.5

และ 10.8 ตามลำดับ สำหรับมะเร็งที่พบมากที่สุด  
ในเพศชาย คือ มะเร็งปอด ร้อยละ 10.8  
รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ ร้อยละ 5.4 รายละเอียด  
ดังแสดงในตารางที่ 2





**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยจำแนกตาม การวินิจฉัยโรคหลักและเพศ

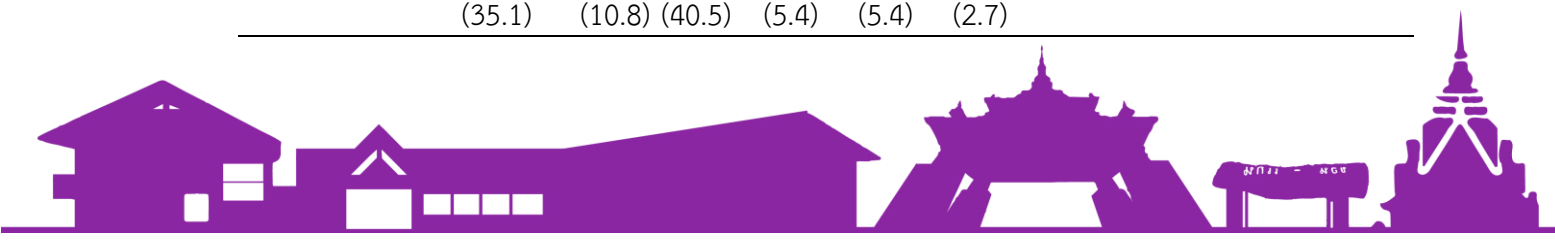
| การวินิจฉัยโรคหลัก                      | ชาย   |        | หญิง  |        | รวม       |            |
|---|-------|--------|-------|--------|-----------|------------|
|   | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ     |
| ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก         |       |        |       |        |           |            |
| มะเร็งเต้านม (Breast cancer)            | -     | -      | 9     | 24.3   | 9         | 24.3       |
| มะเร็งลำไส้ (Colon cancer)              | 2     | 5.4    | 5     | 13.5   | 7         | 18.9       |
| มะเร็งปอด (Lung cancer )                | 4     | 10.8   | -     | -      | 4         | 10.8       |
| มะเร็งปากมดลูก (Cervix cancer)          | -     | -      | 4     | 10.8   | 4         | 10.8       |
| มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)     | 1     | 2.7    | 1     | 2.7    | 2         | 5.4        |
| มะเร็งลิ้น (Tongue cancer)              | -     | -      | 2     | 5.4    | 2         | 5.4        |
| มะเร็งไทรอยด์ (Thyroid cancer)          | -     | -      | 2     | 5.4    | 2         | 5.4        |
| มะเร็งตับ (Liver cancer)                | -     | -      | 1     | 2.7    | 1         | 2.7        |
| มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia)           | 1     | 2.7    | -     | -      | 1         | 2.7        |
| มะเร็งสมอง (Brain cancer)               | -     | -      | 1     | 2.7    | 1         | 2.7        |
| มะเร็งรังไข่ (Ovary cancer)             | -     | -      | 1     | 2.7    | 1         | 2.7        |
| มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer)     | 1     | 2.7    | -     | -      | 1         | 2.7        |
| มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymph Node cancer) | 1     | 2.7    | -     | -      | 1         | 2.7        |
| มะเร็งลำไส้ตรง (Rectum cancer)          | -     | -      | 1     | 2.7    | 1         | 2.7        |
| <b>รวม</b>                              |       |        |       |        | <b>37</b> | <b>100</b> |

2.3 การประเมินอาการไม่สุขสบาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบายตามระดับความรุนแรงมากที่สุด คือ อาการหอบเหนื่อยมี อาการรุนแรง ระดับความรุนแรงเท่ากับ 9 ร้อยละ 2.7 รองลงมา คือ อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย มีอาการรุนแรง ระดับความรุนแรงเท่ากับ 8 ร้อยละ 2.7 และอาการปวดมีอาการปานกลาง

ระดับความรุนแรงเท่ากับ 5 ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบายตามระดับความรุนแรงน้อยที่สุด คือ อาการซึมเศร้า มีอาการเล็กน้อย ระดับความรุนแรงเท่ากับ 1 ร้อยละ 10.8 และอาการคลื่นไส้ มีอาการเล็กน้อย ระดับความรุนแรงเท่ากับ 1 ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย (n = 37)

| อาการไม่สุขสบาย | ระดับความรุนแรง         |               |              |              |            |            |             |   |   |   |    |
|-----------------|-------------------------|---------------|--------------|--------------|------------|------------|-------------|---|---|---|----|
|                 | จำนวน (ร้อยละ) (n = 37) |               |              |              |            |            |             |   |   |   |    |
|                 | ไม่มีอาการ              | อาการเล็กน้อย |              | อาการปานกลาง |            |            | อาการรุนแรง |   |   |   |    |
|                 | 0                       | 1             | 2            | 3            | 4          | 5          | 6           | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ปวด             | 13<br>(35.1)            | 4<br>(10.8)   | 15<br>(40.5) | 2<br>(5.4)   | 2<br>(5.4) | 1<br>(2.7) |             |   |   |   |    |



## ตารางที่ 3 (ต่อ)

| อาการไม่สุข<br>สบาย    | ระดับความรุนแรง         |               |              |             |              |            |            |             |            |            |    |  |
|------------------------|-------------------------|---------------|--------------|-------------|--------------|------------|------------|-------------|------------|------------|----|--|
|                        | จำนวน (ร้อยละ) (n = 37) |               |              |             |              |            |            |             |            |            |    |  |
|                        | ไม่มี<br>อาการ          | อาการเล็กน้อย |              |             | อาการปานกลาง |            |            | อาการรุนแรง |            |            |    |  |
|                        | 0                       | 1             | 2            | 3           | 4            | 5          | 6          | 7           | 8          | 9          | 10 |  |
| เหนื่อย/<br>อ่อนเพลีย  | 1<br>(2.7)              | 4<br>(10.8)   | 19<br>(51.4) | 8<br>(21.6) | 1<br>(2.7)   | 1<br>(2.7) | 1<br>(2.7) | 1<br>(2.7)  | 1<br>(2.7) |            |    |  |
| คลื่นไส้               | 35<br>(94.6)            | 2<br>(5.4)    |              |             |              |            |            |             |            |            |    |  |
| ซีมีเศร้า              | 33<br>(89.2)            | 4<br>(10.8)   |              |             |              |            |            |             |            |            |    |  |
| วิตกกังวล              | 20<br>(54.1)            | 4<br>(10.8)   | 8<br>(21.6)  | 4<br>(10.8) | 1<br>(2.7)   |            |            |             |            |            |    |  |
| ง่วงซึม/สะสม<br>สละ    | 30<br>(81.1)            | 3<br>(8.1)    | 2<br>(5.4)   | 2<br>(5.4)  |              |            |            |             |            |            |    |  |
| เบื่ออาหาร             | 18<br>(48.6)            | 4<br>(10.8)   | 9<br>(24.3)  | 4<br>(10.8) | 2<br>(5.4)   |            |            |             |            |            |    |  |
| ไม่สบายกาย<br>และใจเลย | 10<br>(27.0)            | 2<br>(5.4)    | 17<br>(45.9) | 8<br>(21.6) |              |            |            |             |            |            |    |  |
| หอบเหนื่อย             | 23<br>(62.2)            | 2<br>(5.4)    | 4<br>(10.8)  | 6<br>(16.2) |              |            |            |             | 1<br>(2.7) | 1<br>(2.7) |    |  |
| อาการท้องผูก           | 22<br>(59.5)            | 6<br>(16.2)   | 5<br>(13.5)  | 4<br>(10.8) |              |            |            |             |            |            |    |  |

3. การประเมินระดับความสามารถ โดยแบบประเมินในความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาการ และความรู้สึกตัว พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถร่างกายของผู้ป่วย PPS Score ส่วนใหญ่อยู่ในระยะคงที่ ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะวาระสุดท้าย ร้อยละ 40.5 และ 8.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4



**ตารางที่ 4** แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความสามารถร่างกายของผู้ป่วย PPS Score (n = 37)

| ระดับความสามารถร่างกายของผู้ป่วย PPS Score                            | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (0 – 30 คะแนน)                                | 3     | 8.1    |
| ระยะเปลี่ยนผ่าน (40 – 60 คะแนน)                                       | 15    | 40.5   |
| ระยะคงที่ (70 -100 คะแนน)   | 19    | 51.4   |
| $\bar{X}$ = 63.70, SD = 24.87, Min/Max = 10/90, 95%CI = 55.41 - 71.99 |       |        |

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.21, SD = 0.45) ช่วงเชื่อมั่น 95%CI อยู่ระหว่าง 3.06-3.36

เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านจิตใจ และด้านสังคม รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** แสดงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

| คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม | ขนาดตัวอย่าง (n) | ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) | ช่วงเชื่อมั่น 95%CI | แปลผล        |
|---------------------------------------|------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|--------------|
| ด้านสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่        | 37               | 3.04                    | 0.60                      | 2.84 - 3.24         | ระดับปานกลาง |
| ด้านจิตใจ                             | 37               | 3.27                    | 0.40                      | 3.14 - 3.40         | ระดับปานกลาง |
| ด้านสังคม                             | 37               | 3.27                    | 0.41                      | 3.13 - 3.41         | ระดับปานกลาง |
| ด้านสิ่งแวดล้อม                       | 37               | 3.26                    | 0.40                      | 3.13 - 3.39         | ระดับปานกลาง |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม                     | 37               | 3.21                    | 0.45                      | 3.06 - 3.36         | ระดับปานกลาง |

5. การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 62.2 และอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.8 มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและ

การได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ( $\bar{X}$  = 68.18, SD = 10.28) ช่วงเชื่อมั่น 95%CI อยู่ระหว่าง 64.75 – 71.61 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6



**ตารางที่ 6** แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลแบบ  
ประคับประคองของผู้ป่วย (n = 37)

| ระดับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย<br>และการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| การรับรู้ระดับน้อย (น้อยกว่า 73 คะแนน)                              | 23    | 62.2   |
| การรับรู้ระดับมาก (73 - 145 คะแนน)                                  | 14    | 37.8   |

$\bar{X}$  = 68.18, SD = 10.28, Min/Max = 52.00/95.00, 95%CI = 64.75 - 71.61

6. พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ  
ประคับประคอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองแบบประคับประคอง อยู่ในระดับ  
น้อย ร้อยละ 97.3 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
แบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 2.7

มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ  
ประคับประคอง ( $\bar{X}$  = 43.70, SD = 10.00) ช่วง  
เชื่อมั่น 95%CI อยู่ระหว่าง 40.37 - 47.03  
รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล  
แบบประคับประคอง (n = 37)

| ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วย<br>ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้อย (น้อยกว่า 65 คะแนน)                             | 36    | 97.3   |
| พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับมาก (65 - 130 คะแนน)                                 | 1     | 2.7    |

$\bar{X}$  = 43.70, SD = 10.00, Min/Max = 30.00/78.00, 95%CI = 40.37 - 47.03

**อภิปรายผล**

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ได้รับการ  
การวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด สอดคล้อง  
กับวารสารณ์ ภูจิวิฒิ และอิสระ เจริญวิริยบุญญา  
(2562) พบว่า มะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิง  
รองลงมา มะเร็งลำไส้และมะเร็งปากมดลูก  
ตามลำดับ เพศชายได้รับการวินิจฉัย เป็นมะเร็ง  
ปอดมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ ความรู้สึก  
ผู้ป่วยเมื่อทราบผลการวินิจฉัย ช่วงแรกตกใจ คิด  
มาก ต่อมาภายหลังรู้สึกเฉย ๆ สามารถทำใจ  
ยอมรับได้ คิดว่าใคร ๆ ก็มีโอกาเป็นได้เป็นเรื่อง  
ธรรมดา ความรู้สึกของครอบครัวผู้ดูแล รู้สึก  
ตกใจ เครียด วิตกกังวล ไม่ทราบแนวทางการ  
ดูแลผู้ป่วย ต่อมาก็ให้ความรักความเข้าใจกัน

เป็นกำลังใจให้กันมีเรื่องอะไรก็พูดคุยปรึกษากัน  
ทำให้สบายใจมากขึ้น ระดับความสามารถ  
ร่างกายอยู่ระดับคงที่ PPS Score 70 - 100  
สามารถช่วยเหลือตัวเองดำเนินกิจวัตรประจำวัน  
ได้ อาการไม่สุขสบายที่พบรุนแรงที่สุด คือ  
เหนื่อย/อ่อนเพลีย

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่  
ระดับปานกลาง สอดคล้องกับอ้อยทิพย์ บัวจันทร์  
และคณะ (2562) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งอยู่  
ระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ในทิศทาง  
ตรงกันข้ามกับด้านจิตใจ หากมีสภาพจิตใจซึมเศร้า  
รุนแรงจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง  
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากเรื่อง  
ความรู้สึกดีกับตนเองไม่มีเหงา เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง



วิตกกังวล การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้านจิตใจ ครอบครัวและลูกหลานมีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา และให้กำลังใจดี ด้านจิตวิญญาณ ยึดมั่นในหลักคำสอนศาสนา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลแบบประคับประคอง ะดับมาก คือ การได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัว ผู้ป่วยส่วนมากจะช่วยเหลือตนเองได้จึงทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติอาการรบกวน เช่นความหงุดหงิด น้ำหนักลด ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก และการนอนหลับ บางคนขาดความอยากอาหาร กระวนกระวาย กังวล และรู้สึกเศร้า ครอบครัวผู้ดูแลมีบทบาท ได้แก่ การช่วยเหลือด้านจิตใจ การเตรียมอาหาร การช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันบางอย่าง การจัดการอาการไม่พึงประสงค์เมื่อจำเป็น เช่น นวดผ่อนคลาย ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ บางรายใช้คำสอนและการปฏิบัติทางศาสนา การสวดมนต์ และการฟังเพลง เพื่อปลดปล่อยความทุกข์ สอดคล้องกับ ปฐมภรณ์ อาชานอก วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี (2565) ความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน การเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลสามารถจัดการอาการรบกวนได้ ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการให้ผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลควรมีความรู้การใช้ยามอร์ฟิน และการประเมินอาการรบกวนตามระดับความรุนแรง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ชอบที่จะอยู่ในที่เงียบสงบ ข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่ต้องการความรักและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวอย่างสูง ผู้ป่วยกล่าวถึงความต้องการในการได้รับกำลังใจและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ ความห่วงใย เช่น การพูดคุย ถามไถ่ หรือการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานบางอย่างในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะ ข้าว เงิน

อาหาร เสื้อผ้า และอื่น ๆ สอดคล้องกับวังนา สุคนธวัฒน์, เอี่ยมพร สุ่มมาตย์, สุวิญญา ธนสีลังกูล และสิริอร ช้อยุ่น (2565) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยมะเร็ง จะทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองดีมาก

3. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปวด เบื่ออาหาร เหนื่อยจนแน่นท้อง และท้องผูก สอดคล้องกับกัลยา แซ่ชิตและกิตติกร นิลมานัต (2561) เมื่อผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความรุนแรงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะสามารถจัดการกับอาการทุกขุทรมานทั้งจากโรคและผลกระทบจากการรักษา การได้รับรู้ถึงความสามารถทางร่างกายที่ถดถอยลง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการเตรียมพร้อมในการดูแล จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงมีความจำเป็นและสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและจากไปอย่างสงบ โดยการส่งเสริมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยในการดูแลแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ และวัฒนธรรมมากที่สุด คือ การยึดมั่นในหลักคำสอนทางศาสนาจะช่วยให้จิตใจสงบไม่ทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับรัชฎาพร แนบเนียน (2563) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเพื่อให้ร่างกายมีความสุขสบายที่สุด รวมทั้งต้องการความรัก ความจริงใจและความเอาใจใส่จากบุคคลที่เป็นที่รักและไว้วางใจที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีชีวิตที่เหลืออยู่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีความหมายเตรียมพร้อมที่จะเผชิญความตายอย่างสงบ

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชนท้องถิ่นในการหาวิธีและทรัพยากรเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของ





ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง และครอบครัวผู้ดูแลถึงความจำเป็นขั้นพื้นฐานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

1.2 การแก้ปัญหาจำเป็นต้องเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคองและครอบครัวผู้ดูแลในการจัดการอาการรบกวนทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม

1.3 ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ควรส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลเพื่อลดภาวะทางจิตและอารมณ์

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาทักษะการประเมินความสามารถร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงได้

2.2 ควรศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ อาการและอาการแสดงในช่วงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้สามารถประเมินอาการและตัดสินใจในแนวทางการดูแล เป็นการลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ดูแล

2.3 ควรศึกษาโปรแกรมการแสดงเจตนา (Living will) ของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าในแนวทางการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตน เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทำให้ทีมสุขภาพสามารถทราบเจตจำนงของผู้ป่วยในการรักษาเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง

### เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง*. เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/palliative/sites/default/files/public/>

Palliative%20care.pdf. (10 ธันวาคม 2564)

กรมสุขภาพจิต. (2559). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>. (18 มกราคม 2560)

กัลยา แซ่ชิต และกิตติกร นิลมานัต. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 33(3) : 51-66.

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2555). *แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (PPS Adult Suandok)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palliative.html>. (8 กันยายน 2557)

พรพิมล เลิศพานิช และคณะ (2564). ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยทางคลินิกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(3) : 1-12.

พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต. *มหาวิทยาลัยศิลปกร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(6) : 149-161.



- บุญทิศา สุวิทย์, สุณี พนาสกุลการ และเบญญาภา มุกสิริทิพานัน. (2558). การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1) : 153-164.
- ปฐมภรณ์ อาษานอก, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2565). อิทธิพลของความทุกข์ทรมานจากอาการภาวะซีมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 33(1) : 84-98.
- วังนา สุนทรวัฒน์, เอี่ยมพร สุ่มมาตย์, สุวิญญา ธนสีลังกุล และสิริอร ช้อยุ่น. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในยุคความปกติใหม่ของผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3) : 74-84.
- วารภรณ์ ภูธิดูมิ และอัสระ เจียวิริยบุญญา. (2562). อัตราการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกที่เข้ารับการรักษายปี 2553 ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *กรมการแพทย์*, 44(1) : 81-86.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ระบบการดูแลแบบประคับประคอง*. ปทุมธานี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- หยาดรุ้ง อุไรพันธ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารทหารบก*, 15(1) : 87-92.
- รัชฎาพร แนบเนียน. (2563). ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 8(2) : 65-77.
- Cohen, J., Uphoff, N., Univ, C., Ithaca, & Committee, N. Y. (1977). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design. Implementation and Evaluation*. XF2006202596.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M., & Carnicke, C. L., Jr (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6) : 751-757. <https://doi.org/10.1001/jama.249.6.751>
- Hui, D., & Bruera, E. (2017). The Edmonton Symptom Assessment System 25 years later: past, present, and future developments. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3) : 630-643.
- Hum, A., Wong, Y. K. Y., Yee, C. M., Lee, C. S., Wu, H. Y., & Koh, M. Y. H. (2019). PROgnostic Model for Advanced Cancer (PRO-MAC). *BMJ Support Palliat Care*, 4(001702), 2018-001702.
- World Health Organization. (2017). *Cancer: Palliative care*. Retrieved April 20, 2007, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization. (2023). *CANCER*, from [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1)

