

# ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

รัตติยา ไชยชมภู\* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อำภาพร นามวงศ์พรหม\*\* Ph.D. (Nursing)

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์\*\* สด.

ศศิธร ช่วยนุ่ม\*\*\* พย.บ.

ลัดดาวัลย์ เครือวงษา\*\*\* พย.บ.

## บทคัดย่อขยาย :

งานวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับบริการทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด จำนวน 222 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับต่ำ โดยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองต่ำ ส่วนคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตโดยรวม และด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในมิติอารมณ์ บทบาท และสังคมในระดับดี ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่ในมิติการรับรู้ มิติร่างกาย และด้านอาการอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์อ้างอิง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านอาการ ดังนั้น การพัฒนาระบบการให้ความรู้และการสนับสนุน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเอง

\*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์, E-mail: Rattiya.cha@cra.ac.th

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์

วันที่รับบทความ 18 กันยายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 2 มิถุนายน 2567 วันตอบรับบทความ 4 มิถุนายน 2567

# Correlation between Self-care Ability and Quality of Life of Patients with Advanced Cancer

*Rattiya Chaichompoo\* M.N.S. (Adult Nursing)*

*Ampaporn Namvongprom\*\* Ph.D. (Nursing)*

*Nam-Oy Pakdevong\*\* Dr.P.H.*

*Sasithorn Chuaynum\*\*\* B.N.S.*

*Laddawan Kuawongsa\*\*\* B.N.S.*

## **Extended Abstract:**

This descriptive correlational research aimed to describe the self-care ability and quality of life in patients with advanced-stage cancer and examine the correlation between them. The sample consisted of 222 patients with advanced cancer receiving both inpatient and outpatient services. Participants were selected by purposive sampling. A personal information questionnaire, the Self-care Ability Assessment, and the Thai version of the EORTC QLQ-C30 Quality of Life Questionnaire were used as research tools. Data were collected by patients' self-administration. Descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation were used to analyze the characteristics of the sample and the relationship between self-care ability and quality of life, respectively. The findings showed that overall self-care ability was at a low level, with particularly low knowledge and skills concerning self-care. The global quality of life and functioning in terms of the emotional, role, and social aspects of the patients with advanced cancer were found to be at a good level. However, quality of life regarding cognitive and physical functioning and the symptom aspect was revealed to be below the reference standard. When analyzing the correlation, it was found that the self-care ability of the patients was positively correlated with their physical functioning, while self-care ability was negatively correlated with their symptoms. Therefore, developing a knowledge and supportive system and strengthening appropriate self-care ability would enhance the quality of life for patients with advanced cancer.

**Keywords:** Advanced cancer, Quality of life, Self-care ability

---

*\*Corresponding author, Register Nurse, Nursing Department, Chulabhorn Hospital, Chulabhorn Royal Academy,  
E-mail: Rattiya.cha@cra.ac.th*

*\*\*Assistant professor, Faculty of Nursing, Rangsit University*

*\*\*\*Register Nurse, Nursing Department, Chulabhorn Hospital, Chulabhorn Royal Academy*

*Received September 18, 2023, Revised June 2, 2024, Accepted June 4, 2024*

## ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกถึง 28 ล้านคน โดยมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 54.9 จากปี ค.ศ. 2020 นอกจากนี้โรคมะเร็งยังคงเป็นสาเหตุอันดับต้นของการตายของประชากรโลก โดยมะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งลำไส้ เป็นมะเร็งที่พบว่าเป็นสาเหตุของการตายมากที่สุดตั้งแต่ปี ค.ศ.1975 เป็นต้นมา<sup>1</sup> การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะลุกลาม ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการทุกข์ทรมานด้านร่างกายเพิ่มขึ้น อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาระ (symptom burden) ที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะนี้ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวด และนอนไม่หลับ<sup>2</sup> ซึ่งเป้าหมายของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเพื่อบรรเทาอาการ และชะลอการลุกลามของตัวโรคที่เกิดขึ้น จากความรุนแรงของโรคและการรักษาที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้นี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง บางรายไม่สามารถทำงานหนักได้ และมีแนวโน้มพึ่งพาญาติผู้ดูแลมากขึ้น<sup>3</sup> นอกจากนี้ การรับรู้ว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยมักมีความทุกข์ใจ หดหวนว้าง สูญเสียความเป็นตัวตน มีความเครียด<sup>3,4</sup> และเมื่อเข้าสู่การดูแลในระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและญาติจะรู้สึกถึงความไม่แน่นอน มีความวิตกกังวลกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน<sup>4-6</sup>

การที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะเผชิญกับการเจ็บป่วยได้อย่างราบรื่น และจัดการตนเองได้นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองที่สอดคล้องซึ่งการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม คือการที่

บุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเป้าหมายให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) 3 อย่าง ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี<sup>7</sup> ดังนั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยจึงต้องมีการค้นหาความรู้ ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เรียนรู้วิธีการที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก และการดูแลตนเองที่มีความซับซ้อนเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ ให้คงไว้ซึ่งสมดุลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเด็นสำคัญที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ การใช้ชีวิตประจำวันทั่วไป การดูแลจิตใจ การทำหน้าที่ทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการด้านยา การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ และการตัดสินใจวางแผนการดูแลตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง หรืออาจใช้กระบวนการทางสังคมเข้ามาช่วยเหลือเพื่อให้มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น<sup>8</sup>

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ วัยสูงอายุ มีความผิดปกติด้านจิตใจ และอารมณ์ ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การไม่ได้รับข้อมูล และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและเป้าหมายของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร<sup>9-12</sup> นอกจากนี้การให้ความรู้และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการความรู้และการสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมี

ความต้องการด้านความรู้ คำแนะนำ และการสนับสนุน ทางด้านจิตใจในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูล เกี่ยวกับการรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา<sup>3</sup> และ เมื่อเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลกับการได้รับข้อมูล โดยรวมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพน้อยกว่าที่ ต้องการ<sup>8,13</sup> ซึ่งการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจที่ ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นความรู้เกี่ยวกับการรักษา เป้าหมาย การรักษา หรือการจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จะส่งผล ให้ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยลดลง<sup>8,9</sup>

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม คือ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะที่เป็นอยู่ ทั้งความ สามารถในการทำหน้าที่ อาการเจ็บป่วย และภาวะ สุขภาพโดยรวม ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายย่อมมีการรับรู้ที่ แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์ ที่ผ่านมา แต่ทุกคนมุ่งหมายให้ตนเองมีความเป็นอยู่ที่ ดีในทุก ๆ ด้าน<sup>14</sup> การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ผ่าน มา พบว่า ยังมีข้อสรุปที่ไม่ชัดเจน โดยผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลามมีคุณภาพชีวิตตั้งแต่ระดับไม่ดี ระดับปานกลาง ไปจนถึงระดับดี<sup>2,4,15,16</sup> ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามลดลงคือ อาการของโรคที่รุนแรงขึ้นและผลข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ ปวด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ไม่สุขสบาย ซึมเศร้า กลืนลำบาก ไม่อยากอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงของการ รับรสนรส การสนับสนุนทางสังคม และการรู้สึกลังเลถึงภาวะ พังพลาผู้อื่น<sup>17</sup> โดยความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และ การรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายสูง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายได้ ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอาจมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี<sup>16</sup>

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นพบว่าสถานการณ์ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองยังไม่ชัดเจน การศึกษาส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นเฉพาะกลุ่มโรคหรือ เฉพาะอาการ โดยยังไม่พบว่ามีการศึกษาความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามใน

ประเทศไทย ส่วนด้านคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาใน ต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ และผลการศึกษายังมีความ แตกต่างหลากหลาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความ สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถ ในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลาม ที่มารับบริการที่ศูนย์การแพทย์มะเร็งวิทยา จุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งผลการศึกษาจะ สะท้อนสถานการณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในบริบท ประเทศไทย และเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้จาก ศึกษาไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถ ในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ ลุกลาม

## สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็น กรอบแนวคิดในการศึกษาความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลมีการริเริ่มและปฏิบัติ

เพื่อประโยชน์ต่อตนเอง ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์และตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะมีการรวบรวมข้อมูล ค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรักษา เพื่อประกอบการคิดและตัดสินใจว่าจะลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงอะไร และระยะที่ 2 คือ การกระทำและประเมินผล ซึ่งบุคคลจะมีการตั้งเป้าหมายและกำหนดทางเลือกในสิ่งที่จะกระทำ ทั้งนี้ การดูแลตนเองเป็นผลมาจากความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ<sup>7</sup>

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นภาวะที่ส่งผลให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วย

มะเร็งระยะลุกลามจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care ability) โดยกระบวนการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะมีการค้นหาข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การรักษา เพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างใดให้เหมาะสมกับโรคและการรักษาที่ได้รับ และระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะมีการตั้งเป้าหมาย กำหนดทางเลือก ฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น รวมถึงการจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้น เพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่ง The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC) ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับการวัดคุณภาพชีวิต (quality of life) โดยแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตโดยรวม (global quality of life) ความสามารถในการทำหน้าที่ (functioning) และอาการ (symptom)<sup>14</sup> ดังแผนภาพที่ 1 (Figure 1)

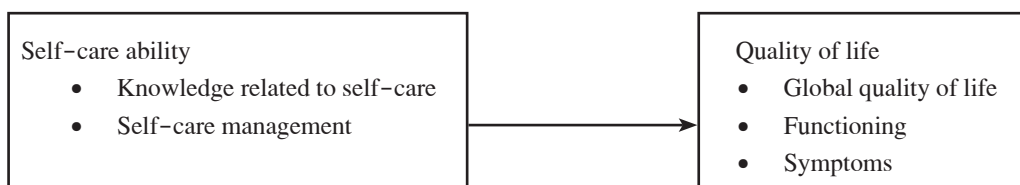


Figure 1 The conceptual framework

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ ประชากรคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ศูนย์การแพทย์มะเร็งวิทยาจุฬารัตน์ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ (1) อายุ 20 ปีขึ้นไป กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับการประเมินความสามารถในการสื่อสารและ

ความเข้าใจภาษาเบื้องต้นจากผู้วิจัยว่าสามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้อย่างถูกต้องและเข้าใจ (2) ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือระยะที่รักษาไม่หายขาด (ระยะที่ 3-4) (3) คะแนน Palliative Performance Scale (PPS) 50% ขึ้นไป โดยผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ไม่อยู่ในภาวะติดเตียง โดยมีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิดในขณะที่ทำแบบสอบถาม ซึ่งอาจมีผลต่อการทำแบบประเมิน ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ปี พ.ศ. 2559 ซึ่งมีจำนวน 293 ราย กำหนด 95% confident Interval ( $p = .05$ ), sample size for precision  $\pm 5\%$ , power of analysis = .80 เปิดตารางของนอร์วูด<sup>18</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 222 ราย โดยแบ่งสัดส่วนตามจำนวนเป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 40 คิดเป็นจำนวน 89 ราย และผู้ป่วยในร้อยละ 60 คิดเป็นจำนวน 133 ราย

## เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย  
1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ของญาติ ผู้ดูแลกับผู้ป่วย วิธีการมาตรวจหรือมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และการเลือกสถานพยาบาลเมื่อมีอาการเกิดขึ้นก่อนวันนัด และ 2) ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน การรับรู้ระยะของโรคและความรุนแรง และความรุนแรงของอาการ 9 อาการตามเครื่องมือ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

2. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองแบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ตามความต้องการที่จำเป็นเมื่อเกิดภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองมีกระบวนการสำคัญ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์และตัดสินใจ และระยะที่ 2 การกระทำและประเมินผลการปฏิบัติ ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นความสามารถในการดูแลตนเอง 2 ด้าน คือ ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง (ข้อที่ 1-7) และด้านทักษะในการดูแลตนเอง (ข้อที่ 8-20) ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ

ค่า 5 ระดับ มีคะแนนคำตอบตั้งแต่ 0-4 คะแนน ได้แก่ 0 คือไม่มีความรู้/ ทำไม่ได้ 1 คือมีความสามารถน้อย 2 คือมีความสามารถปานกลาง 3 คือมีความสามารถมาก และ 4 คือมีความสามารถมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-80 คะแนน แปลผลคะแนนโดยคิดจากคะแนนรวมที่ได้และแปลงเป็นระดับความสามารถตามเกณฑ์ของบлумและคณะ<sup>19</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนร่วมน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนรวมร้อยละ 60-80) และระดับสูง (คะแนนรวมมากกว่า ร้อยละ 80) แบบวัดนี้ได้รับการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคมะเร็งอาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเข้าใจด้านภาษา ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .90 และได้นำไปใช้กับผู้ป่วย 30 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง 222 ราย ได้ค่าเท่ากับ .95

3. แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต EORTC QLQ -C30 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และคณะ<sup>20</sup> ประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิต 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ 5 มิติ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็นมิติร่างกาย 5 ข้อ มิติบทบาท 2 ข้อ มิติอารมณ์ 4 ข้อ มิติการรับรู้ 2 ข้อ และมิติสังคม 2 ข้อ 2) ด้านอาการ มีข้อคำถาม 13 ข้อ และ 3) ด้านภาวะสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยในข้อที่ 1-28 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนคำตอบตั้งแต่ 1-4 คะแนน ส่วนข้อที่ 29 และ 30 ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนคำตอบตั้งแต่ 1-7 คะแนน โดยคะแนนที่มาก

## ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

บ่งบอกถึงมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และคะแนนที่น้อยบ่งบอกถึงการมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ย่ำแย่

การคิดคะแนนใช้วิธีคำนวณตามสูตรของแบบวัดคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน วิธีการคือหาคะแนนดิบของแต่ละด้าน โดยนำคะแนนของแต่ละข้อมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อตามสูตร Raw score (RS) = (item<sub>1</sub> + item<sub>2</sub> + item<sub>3</sub> + ...)/จำนวน item จากนั้นนำคะแนนที่ได้ มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงมาตรฐานของ EORTC Quality of Life Group ซึ่งเป็นค่าอ้างอิงที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดในระยะที่มีการกลับเป็นซ้ำ หรือระยะแพร่กระจาย<sup>14</sup> โดยค่าคะแนนที่สูงกว่าเกณฑ์อ้างอิงแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตดี และค่าคะแนนที่ต่ำกว่าเกณฑ์อ้างอิงแสดงถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี ยกเว้น ด้านอาการมีการกลับคะแนนก่อนแปลผล ค่าคะแนนที่สูงกว่าเกณฑ์อ้างอิงจะแสดงถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในงานวิจัยที่ผ่านมาของชัชวาล ศิลปะกิจ และคณะ<sup>20</sup> ได้ค่าเท่ากับ .70 ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำไปใช้กับผู้ป่วย 30 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง 222 ราย ได้ค่าเท่ากับ .91

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ เลขที่ 028/2563 โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้สอบถาม และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล

ที่ได้รับ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการแจ้งรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย รวมถึงขออนุญาตเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจากหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง จากรายชื่อผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เลือกรายชื่อผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ อายุ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะที่ 3-4 โดยเลือกรายชื่อผู้ป่วยนอกจากระบบนัดหมายของคลินิกผู้ป่วยนอก และรายชื่อผู้ป่วยในจากชื่อผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลของแผนกผู้ป่วยในในวันที่เก็บข้อมูล จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนก โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่อีก 1 ข้อคือ คะแนน PPS 50% ขึ้นไป จากนั้นแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างที่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยจะลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และทำแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 20 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนเก็บรวบรวมเอกสารที่มีข้อมูลแล้วไว้ในแฟ้มเอกสารงานวิจัยที่ไม่ปะปนกับเอกสารอื่นเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 26 (IBM SPSS

statistics 26) ประกอบด้วย สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงตามเกณฑ์ของบลูมและคณะ<sup>19</sup> และวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตโดยเทียบกับเกณฑ์ของแบบวัดคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 ที่ใช้สำหรับการอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีการกลับเป็นซ้ำหรือมีการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง<sup>14</sup> เพื่อจำแนกระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองกับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติแบบไม่อิงพารามิเตอร์ (non parametric) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สเปียร์แมน (Spearman's rank coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

## ผลการวิจัย

### ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 222 ราย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.86 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 59.81 ปี (SD = 12.14) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 63.96 ประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 51.35 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และร้อยละ 48.65 จบการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.72 ยังประกอบอาชีพอยู่ โดยมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 32.43 รองลงมาคือค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 22.52 และพนักงานบริษัท ร้อยละ 6.31 ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 48.20 รองลงมาคือ บุตร ร้อยละ 26.13 อื่น ๆ ได้แก่ พี่น้อง เพื่อน เป็นต้น ร้อยละ 18.02 โดยเป็นบิดา/มารดาส่วนน้อย ร้อยละ 7.66 การมาตรวจหรือรับการ

รักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักพามา ร้อยละ 64.41 ผู้ป่วยมาด้วยตนเอง ร้อยละ 18.47 และมีญาติสลับเปลี่ยนกันพามา ร้อยละ 17.12 เมื่อมีอาการเกิดขึ้นก่อนวันนัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะมาตรวจหรือมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ร้อยละ 68.47 และเลือกไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 31.53

ในด้านข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนน PPS ตั้งแต่ 50% ขึ้นไป โดยไม่มีผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง มีสิทธิการรักษาที่สามารถเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัด ได้แก่ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 48.65 รองลงมาคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 38.29 มีส่วนน้อยที่จ่ายเงินเอง ร้อยละ 8.11 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 4.95 การวินิจฉัยโรคมะเร็งตามระบบ 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งระบบทางเดินหายใจ การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 74.32 ได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการโดยไม่ได้รับการรักษาหลักร่วมด้วย ร้อยละ 13.51 ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเฉลี่ย 21.46 เดือน (SD = 22.90) โดยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งระยะที่ 4 ร้อยละ 54.50 และรับรู้ระยะไม่ตรงกับโรคหรือไม่ทราบระยะที่ชัดเจน ร้อยละ 45.49 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 10 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.21 คะแนน (SD = 2.80) โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง (7–10 คะแนน) มากที่สุด ร้อยละ 51.80 รองลงมาคือ รับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.53 และรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ ร้อยละ 11.26 ตามลำดับ ในด้านความรุนแรงของอาการที่ได้จากการประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือ ESAS พบว่า อาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่สบายกายใจ

**ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม**

เหนื่อย/อ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร มีคะแนนเฉลี่ย 5.65 คะแนน (SD = 3.14), 4.52 คะแนน (SD = 2.86) และ 3.95 คะแนน (SD = 3.32) ตามลำดับ

ความสามารถในการดูแลตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 46.73 คะแนน (SD = 14.70) โดยร้อยละ

52.70 มีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ และมีเพียงร้อยละ 12.61 ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 16.17 คะแนน (SD = 5.61) และ 30.56 คะแนน (SD = 10.32) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 (Table 1)

**Table 1** Self-care ability of patients with advanced cancer in overall and by aspects (N = 222)

| Variable                       | Min-Max | Mean (SD)        | Level of self-care ability |                   |                |
|--------------------------------|---------|------------------|----------------------------|-------------------|----------------|
|                                |         |                  | High<br>n (%)              | Moderate<br>n (%) | Low<br>n (%)   |
| Self-care ability              | 0-80    | 46.73<br>(14.70) | 27<br>(12.16)              | 78<br>(35.14)     | 117<br>(52.70) |
| Knowledge related to self-care | 0-28    | 16.17<br>(5.61)  | 25<br>(11.26)              | 76<br>(34.23)     | 121<br>(54.50) |
| Self-care management           | 0-52    | 30.56<br>(10.32) | 30<br>(13.51)              | 80<br>(36.04)     | 112<br>(50.45) |

คุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับความสามารถในการทำหน้าที่ในมิติอารมณ์ บทบาท และสังคมที่อยู่ในระดับดีโดยมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากเกณฑ์อ้างอิง ในขณะที่มิติการรับรู้และร่างกาย พบว่า

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์อ้างอิง นอกจากนี้ยังพบว่าอาการของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์อ้างอิงทุกอาการ โดยอาการหรือปัญหาจากการเจ็บป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาค่าใช้จ่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หายใจลำบาก และคลื่นไส้อาเจียน ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 (Table 2)

**Table 2** Quality of life of patients with advanced cancer (N = 222)

| Quality of life     | Mean (SD)     | Reference of<br>EORTC-QLQ-C30 | Interpretation |
|---------------------|---------------|-------------------------------|----------------|
| Global QOL          | 57.62(25.36)  | 56.30                         | Good           |
| Functioning         |               |                               |                |
| -Physical function  | 67.39 (27.88) | 75.80                         | Poor           |
| -Emotional function | 71.25 (24.54) | 68.70                         | Good           |
| -Role function      | 68.77 (32.50) | 60.70                         | Good           |
| -Cognitive function | 74.10 (25.09) | 80.50                         | Poor           |
| -Social function    | 71.62 (27.47) | 70.50                         | Good           |

**Table 2** Quality of life of patients with advanced cancer (N = 222) (con't)

| Quality of life         | Mean (SD)     | Reference of<br>EORTC-QLQ-C30 | Interpretation |
|-------------------------|---------------|-------------------------------|----------------|
| <b>Symptoms</b>         |               |                               |                |
| -Fatigue                | 48.85 (26.30) | 41.80                         | Poor           |
| -Nausea/vomiting        | 19.52 (25.31) | 13.10                         | Poor           |
| -Pain                   | 35.81 (32.34) | 33.70                         | Poor           |
| -Dyspnea                | 32.13 (30.88) | 23.40                         | Poor           |
| -Insomnia               | 43.54 (32.27) | 33.60                         | Poor           |
| -Appetite loss          | 40.99 (32.44) | 28.20                         | Poor           |
| -Constipation           | 28.38 (30.91) | 23.20                         | Poor           |
| -Diarrhea               | 16.22 (23.67) | 10.70                         | Poor           |
| -Financial difficulties | 32.13 (29.21) | 16.20                         | Poor           |

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต โดยรวมในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านความสามารถในการทำหน้าที่ระดับน้อย ในผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านอาการ ดังตารางที่ 3 (Table 3)

**Table 3** Correlations of self-care ability and QOL of patients with advanced cancer (N = 222)

| Variables            | Self-care ability |         |
|----------------------|-------------------|---------|
|                      | r <sub>s</sub>    | p-value |
| <b>Global QOL</b>    | .41               | < .001  |
| <b>Functioning</b>   |                   |         |
| - Physical function  | .38               | < .001  |
| - Emotional function | .35               | < .001  |
| - Role function      | .31               | < .001  |
| - Cognitive function | .38               | < .001  |
| - Social function    | .30               | < .001  |
| <b>Symptoms</b>      |                   |         |
| - Fatigue            | -.29              | < .001  |
| - Nausea/vomiting    | -.18              | .009    |
| - Pain               | -.35              | < .001  |
| - Dyspnoea           | -.28              | < .001  |
| - Insomnia           | -.26              | < .001  |
| - Appetite loss      | -.27              | < .001  |

**Table 3** Correlations of self-care ability and QOL of patients with advanced cancer (N = 222) (con't)

| Variables                | Self-care ability |         |
|--------------------------|-------------------|---------|
|                          | $r_s$             | p-value |
| - Constipation           | -.14              | .035    |
| - Diarrhoea              | -.16              | .019    |
| - Financial difficulties | -.34              | < .001  |

$r_s$  = Spearman's rank correlation coefficient

เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองรายด้านพบว่าด้านความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม และความสามารถในการทำหน้าที่ทุกมิติ ยกเว้น มิติสังคม และพบว่าความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านอาการทุกอาการ ยกเว้น อาการคลื่นไส้อาเจียน และต้องเสียส่วนความสามารถในการดูแลตนเองด้านทักษะในการดูแลตนเองพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม และความสามารถในการทำหน้าที่ทุกมิติ และพบว่าทักษะในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านอาการทุกอาการ ยกเว้น อาการท้องผูก

### อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมต่ำ คะแนนเฉลี่ย 46.73 คะแนน (SD = 14.70) โดยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำนี้ อธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งจบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และมีการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับปานกลางถึงสูง โดยอาการเบื่ออาหาร ปวด และอ่อนเพลีย เป็นอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด อีกทั้งส่วนใหญ่จะมีญาติผู้ดูแลคอยให้การดูแลช่วยเหลือ และพามาตรวจหรือรับการ

รักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้น ทั้งปัจจัยด้านระดับการศึกษา การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม และภาวะสุขภาพที่มีข้อจำกัดของการทำหน้าที่ อาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรืออาจไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของโอเร็มที่กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ได้แก่ เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ในชีวิต เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง<sup>7</sup> ดังนั้น ปัจจัยในด้านการศึกษา การเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ระบบครอบครัว และแหล่งประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่พบ จึงสนับสนุนผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การไม่ได้รับข้อมูล และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและเป้าหมายของการรักษาซึ่งส่งผลให้การดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพ<sup>8-12</sup>

ด้านคุณภาพชีวิต พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตโดยรวม และด้านความสามารถในการทำ

หน้าที่ในมิติอารมณ์ บทบาท และสังคมอยู่ในระดับดี และไม่แตกต่างเมื่อเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงของประชากรที่เป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามทั่วโลก อธิบายผลการวิจัยได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีอายุเฉลี่ย 59.81 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด ส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพอยู่ และร้อยละ 70.72 มีญาติผู้ดูแลพามาตรวจหรือมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 48.20 รองลงมาคือ บุตร ร้อยละ 26.13 อื่น ๆ ได้แก่ พี่น้อง เพื่อน ร้อยละ 18.02 และเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 7.66 มีสิทธิการรักษาที่สามารถเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัด ได้แก่ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม มีส่วนน้อยที่จ่ายเงินเอง ร้อยละ 4.95 เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นก่อนวันนัด ร้อยละ 68.47 เลือกที่จะมาตรวจหรือมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ และมี ร้อยละ 31.53 เลือกไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน จากข้อมูลดังกล่าว ส่วนใหญ่มีระบบสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือที่ดี ทั้งจากครอบครัว ที่ทำงาน และระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยยังสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้ และมีการปรับตัวทางสังคมและอารมณ์ได้เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของซิลวาและคณะ<sup>15</sup> ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านในด้านการทำหน้าที่และด้านอารมณ์ในระดับดี แตกต่างจากการศึกษาของรูอิสและคณะ<sup>4</sup> ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ในระดับต่ำ โดยที่ความพึงพอใจในด้านการดูแล และการได้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ที่ดีขึ้น

ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่มีการรับรู้และร่างกาย รวมถึงด้านอาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า อธิบายผลการวิจัยจากข้อมูลสุขภาพและการ

เจ็บป่วยได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.32 อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (คะแนนเฉลี่ย 6.57 คะแนน จาก 10 คะแนน) โดยอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เบื่ออาหาร ปวด และอ่อนเพลีย ลักษณะดังกล่าวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของโรคในระยะลุกลาม และผลข้างเคียงของการรักษา ซึ่งอาจจะยังไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับผลกระทบด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากโรคในระยะลุกลามและผลข้างเคียงจากการรักษา แต่ด้วยระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 21.46 เดือน หรือโดยประมาณ 2 ปี เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้ผ่านกระบวนการปรับตัวมาแล้ว รวมทั้งวัฒนธรรมและบริบทของสังคมไทย ซึ่งมีระบบการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อนที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามลดลง ได้แก่ อาการรบกวนที่รุนแรงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอาการปวด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ไม่สุขสบาย ชีพเศร้า กลืนลำบาก ไม่อยากอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ หรือการเปลี่ยนแปลงของการรับรส รวมถึงการขาดการสนับสนุนทางสังคม ความไม่เพียงพอของรายได้ และการรู้สึกถึงภาวะพึ่งพาผู้อื่น<sup>4,9,17</sup>

การทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดีจะมีภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถทำหน้าที่ได้ดีทั้งทางร่างกาย อารมณ์ บทบาท การรับรู้ และสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของชุดิมา จันทรสมค้อย และคณะ<sup>9</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 111 ราย พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านอาการ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ไม่ดี จะพบอาการรบกวนได้มากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของมอแกสและคณะ<sup>21</sup> ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารจำนวน 50 ราย ที่ได้รับโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองพบว่า ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการได้รับผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลตั้งใจกระทำเพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ความต้องการการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยย่อมมีมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการการดูแลตนเองจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้น ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ดีจึงสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง มีแนวโน้มที่การเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ทั้งด้านความสามารถในการทำหน้าที่ และได้รับผลกระทบด้านอาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น<sup>7,14</sup>

### ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยนี้พบว่า อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยังได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยสำคัญประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งเริ่มมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบางส่วน ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพิ่มเติม ข้อเสนอแนะของการวิจัยครั้งนี้คือ ควรมีการพัฒนา

ระบบการให้ความรู้และการสนับสนุนและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อค้นหาอาการที่รบกวนและสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม รวมถึงควรมีช่องทางในการให้ความรู้และสอนการจัดการอาการที่เกิดขึ้น มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง และมีระบบการให้คำปรึกษาที่สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม ตั้งแต่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เนื่องจากอาจมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดโปรแกรมหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. Cancer Research UK. Worldwide cancer incidence statistics; 2023 [cited 2023 June 24]. Available from Cancer research UK Web site: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/worldwide-cancer/incidence#heading-One>
2. Kokkonen K, Tasmuth T, Lehto JT, Kautiainen H, Elme A, Jääskeläinen AS, et al. Cancer patients' symptom burden and health-related quality of life (HRQoL) at tertiary cancer center from 2006 to 2013: a cross-sectional study. *Anticancer Res.* 2019;39(1):271-77.

3. Asthana S, Bhatia S, Dhoundiyal R, Labani SP, Garg R, Bhatnagar S. Quality of life and needs of the Indian advanced cancer patients receiving palliative care. *Cancer Res Stat Treat*. 2019;2(2):138–44.
4. Ruijs CD, Kerkhof AJ, van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. Symptoms, unbearable and the nature of suffering in terminal cancer patients dying at home: a prospective primary care study. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):1–17.
5. Tipseankhum N, Tongprateep T, Forrester DA, Silpasuwun P. Experiences of people with advanced cancer in home-based palliative care. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2016;20(3):238–51.
6. Wajid M, Rajkumar E, Romate J, George AJ, Lakshmi A. Exploring the problems faced by patients living with advanced cancer in Bengaluru, India. *Heliyon*. 2021;7(4):1–7.
7. Orem DE. Nursing concept of practice. 6th ed. Missouri: Mosby; 2001.
8. Dongen SI, Nooijer K, Cramm JM, Francke AL, Oldenmenger WH, Korfae1 IJ, et al. Self-management of patients with advanced cancer: a systematic review of experiences and attitudes. *Palliat Med*. 2020;34(2):160–78.
9. Junsomkoy C, Wirojratana V, Chanruangvanich W. Relationships between basic conditioning factors, symptom severity, palliative self-care behaviors and quality of life in older adults with advanced cancer receiving chemotherapy. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(2):108–17. (in Thai)
10. Naewjumpa C, Saneha C, Puwarawuttipanit W, Soparattanapaisarn N. Symptom experiences, symptom management strategies, and functional status in outpatient with breast cancer stage IV receiving chemotherapy. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2014;29(1):15–28. (in Thai)
11. Schulman-Green D, Bradley EH, Knobf MT, Prigerson H, DiGiovanna MP, McCorkle R. Self-management and transitions in women with advanced breast cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42(4):517–25.
12. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med*. 2012;367(17):1616–25.
13. Suratako S, Preechakoon B, Namvongprom A, Yodying T, Prangjan T, Pakdevong N-oy, et al. Educative-supportive care needs and received among patients with advanced cancer and caregivers. *Journal of Nursing Science and Health*. 2021;44(2):109–20. (in Thai)
14. EORTC Quality of Life Group. EORTC QLQ-C30 reference values; 2008 [cited 2023 November 20]. Available from EORTC Quality of Life Group Web site: [http://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/reference\\_values\\_manual2008.pdf](http://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/reference_values_manual2008.pdf)
15. Silva L dos S, Lenhani BE, Tomim DH, Bittencourt Guimarães PR, Kalinke LP. Quality of life of patients with advanced cancer in palliative therapy and in palliative care. *Aquichan*. 2019;19(3):1–14.
16. Wongketkit K, Wirojratana V, Chanruangvanich W. Factors predicting quality of life among older adults with advanced cancer receiving palliative care. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2022;33(1):117–31. (in Thai)
17. Freire ME, Sawada NO, de França IS, da Costa SF, Oliveira. Health-related quality of life among patients with advanced cancer: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):351–61.
18. Norwood SL. Research strategies for advanced practice nurse. New Jersey: Preution Hall Health; 2000.
19. Bloom BS, Hasting JT, Madaus GF. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book; 1971.
20. Silpakit C, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Sirisinha T, Sirachainan E, Ratanatharathorn V. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30): validation study of the Thai version. *Qual Life Res*. 2006;15(1):167–72.
21. Moghazy NAE, Hafez GE, Ibrahim AAM. Effectiveness of self-care practices education program on enhancing chemotherapy adverse effects and quality of life for patients with gastric cancer. *EJHC*. 2020;11(2):867–89.