

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง โลหิตวิทยาระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*

คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล** Ph.D. (Nursing)

พิจิตรา เล็กดำรงกุล*** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

นพดล ศิริธนารัตนกุล**** พ.บ.ว.ว. (โลหิตวิทยา)

บทคัดย่อ

การวิจัยศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเฉพาะบุคคลและความเจ็บป่วย และความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 ราย ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล และ 3) เครื่องมือประเมินอาการ Memorial Symptom Assessment Scale-Global Distress Index (MSAS-GDI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลแบบแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจให้ทั้งหมด (passive) รองลงมาร้อยละ 28 ต้องการมีส่วนร่วมแบบแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจโดยพิจารณาความเห็นของผู้ป่วยร่วมด้วยอย่างจริงจัง (passive-shared) ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ และการมีโรคประจำตัว และสัมพันธ์เชิงบวกกับระยะเวลาตั้งแต่ได้รับวินิจฉัยโรค จำนวนของอาการ อาการเรื้อรัง และอาการหงุดหงิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งควรตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยเฉพาะบุคคลและความเจ็บป่วยต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยมะเร็งในอนาคต

คำสำคัญ: ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย การรักษาในโรงพยาบาล อาการ ปัจจัยเฉพาะบุคคลและความเจ็บป่วย มะเร็งโลหิตวิทยา

*การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยร่วมสถาบันระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยเด็กิน ประเทศออสเตรเลีย โดยได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก Deakin University's The Centre for Quality and Patient Safety Research

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Associated with Hematological Cancer Patients' Preferences for Participation in Care During Hospitalization*

*Kanaungnit Pongthavornkamol** Ph.D. (Nursing)*

*Pichitra Lekdamrongkul*** M.N.S. (Adult Nursing)*

*Noppadol Siritanaratkul**** M.D., Diplomate Thai Board of Hematology*

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate the patients' preferences for participation in cancer care, and the relationships among person-and-illness-related factors and preferences for participation in care among patients with hematologic malignancies during hospitalization. The study sample consisted of 150 hematological cancer patients who were receiving care as inpatients in one university hospital in Bangkok. The subjects were recruited by convenience sampling. Data were collected using 1) Demographic and Disease-related Characteristics Questionnaire, 2) The Control Preference Scale, and 3) Memorial Symptom Assessment Scale-Global Distress Index. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation. The results revealed that 30% of subjects preferred adopting a passive role (the patients leave all decisions to their doctors and nurses), followed by 28% of a passive-shared role (the doctors and nurses make the decision after seriously considering the patient's opinion). Patients' preference for participation in cancer care was negatively correlated with age, co-morbidity, and positively correlated with time since diagnosis, number of symptoms, feeling sad, and feeling irritable. Based on the study finding, oncology nurses should be aware of person-and-illness-related factors in promoting cancer patients' involvement in their care during hospitalization for improving patient safety and quality of cancer care in the future.

Keywords: Patients' preference for participation, Hospital stay, Symptoms, Person-and-illness-related factors, Hematological cancer

**This research as part of a collaborative project between Faculty of Nursing, Mahidol University and Deakin University, Australia, was funded by Deakin University's The Centre for Quality and Patient Safety Research.*

***Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, E-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th*

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University*

*****Assistant Professor, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับขององค์กรทางสุขภาพทั้งในระดับประเทศและนานาชาติว่า ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลที่ปลอดภัย¹ การมีส่วนร่วมในการดูแลถือเป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนในการเลือกวิธีการรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น^{1,2} การศึกษาที่ผ่านมาบ่งชี้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นเครื่องชี้วัดสำคัญที่แสดงถึงคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ^{3,4} เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วย⁵ การส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความสนใจกระตือรือร้นในการดูแลรักษาที่ได้รับทำให้ช่วยลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น ลดข้อผิดพลาดจากการใช้ยา (medication error) โดยการติดตามสังเกตอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนสำคัญของยา^{6,7} เป็นต้น ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคและการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ^{8,9} และเป็นที่ยอมรับกันว่าการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งในระยะเฉียบพลันยังไม่มีคุณภาพดีเท่าที่ควร (suboptimal)^{8,9,10}

ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่พบจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน จัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบบ่อยของคนไทย¹¹ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเสียชีวิตได้ง่ายและมักเผชิญกับอาการข้างเคียงจากการรักษาค่อนข้างมาก อาการที่พบบ่อย เช่น ชาเจ็บแปลบปลายมือ/ปลายเท้า มีปัญหาเวลาขับถ่ายปัสสาวะ/ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ อ่อนล้า นอนหลับยาก ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน^{12,13} จึงอาจส่งผลต่อความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล มีบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงมากและรุนแรงต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

เกี่ยวกับการรักษามากขึ้น¹⁴ ในขณะที่การศึกษาอื่นพบว่า ผู้ป่วยต้องการที่จะให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาดูแลมากกว่า¹⁵ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยในการดูแลรักษา และการจัดการกับอาการ (symptom management) เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยเฉพาะบุคคล (person-related factors) เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว และปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (Illness-and-treatment-related-factors) เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล การรบกวนจากอาการข้างเคียง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยมีความต้องการและกระตือรือร้นกับการมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่า ผู้ป่วยอายุมาก รวมทั้งต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษามากกว่า¹⁶ นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยและอยู่โรงพยาบาลระยะเวลาสั้นมีความพึงพอใจในการบริการน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก และอยู่โรงพยาบาลในระยะยาว¹⁷ ในด้านเพศ พบว่าเพศหญิงต้องการมีบทบาทมีส่วนร่วมในการดูแล/รักษามากกว่าเพศชาย¹⁶ อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาไม่พบความแตกต่างของปัจจัยด้านเพศต่อความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล¹⁸ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น โรคประจำตัวอาจส่งผลต่อความต้องการในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยมะเร็งที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยมักมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีแนวโน้มที่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว¹⁹ เช่นเดียวกับระยะเวลาตั้งแต่ได้รับทราบการวินิจฉัยโรค (time since diagnosis) มีรายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งหลังทราบการวินิจฉัยโรคใหม่ในระยะ 6 เดือนมีแนวโน้มที่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาดูแลระหว่างอยู่ใน

โรงพยาบาลน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยมะเร็ง หลังได้รับการวินิจฉัยโรคนานเพียงพอ^{19,20}

ข้อมูล/ความรู้ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการกับอาการได้รับความสนใจในระดับสูงจากทีมสุขภาพ แต่การศึกษาที่มุ่งเน้นประเด็นความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยยังมีความจำกัดมากในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาในประเด็นความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งตอบสนองต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลและระหว่างรักษาในโรงพยาบาลน้อยมาก เนื่องจากอาจยังเป็นประเด็นค่อนข้างใหม่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางต่อการเกิดผลกระทบจากโรคและแผนการรักษาที่ซับซ้อนและมักใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาดูแล ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเพิ่มองค์ความรู้ในการจัดการ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1) ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคประจำตัว ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาอนโรงพยาบาล การรบกวนจากอาการมะเร็ง และความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (patients' preference for participation in their own care during hospitalization) การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดความเป็นอิสระและโอกาสของการมีส่วนร่วมในการดูแลและรักษาพยาบาล อาจเกิดได้ยากขึ้น ยิ่งกว่านั้น ความรุนแรงของโรคมะเร็งร่วมกับแผนการรักษาที่ซับซ้อนมักยุ่งยากเกินกว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถทำความเข้าใจ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่คาดหวังว่าตนจะสามารถปฏิบัติบทบาทร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาดูแลทางการแพทย์ได้^{18,21} อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่สนับสนุนว่าความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของผู้ป่วยระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้ เมื่อเวลาผ่านไปและผู้ป่วยมีการพัฒนาเรียนรู้จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนและคุ้นเคยกับระบบการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น¹⁹ ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยเฉพาะบุคคล และปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เช่น อายุ^{16,18,19} เพศ^{17,19} สภาพความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์²² ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค¹⁶ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล²³ การรบกวนจากอาการ^{14,15} อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาปัจจัยดังกล่าวยังไม่อาจสรุปได้ชัดเจนเนื่องจากผลการศึกษาไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และยังไม่พบการศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งขณะเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา (correlational descriptive research) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ โรคประจำตัว ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะเวลานอนโรงพยาบาล การรบกวนจากอาการ และความ ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมะเร็งชายและหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556-ธันวาคม 2557 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา คือ ผู้ป่วยทราบการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รับเข้าในผู้ป่วยหอผู้ป่วยมะเร็งมาแล้วอย่างน้อย 48 ชั่วโมง และไม่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมศึกษาในโครงการวิจัยอื่นขณะเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในระยะแรก (phase 1) กล่าวคือเป็นระยะคัดกรองกลุ่มตัวอย่างก่อนคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 (phase 2) ของการศึกษาวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาในระยะที่ 1 ตอบตกลงการเข้าร่วมการวิจัยด้วยวาจา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาในการศึกษานี้คำนวณจาก 10% ของจำนวนประชากร²⁴ ของสถิติเวชระเบียน ผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยที่ใช้เป็นแหล่งเก็บข้อมูลในการศึกษาค้นนี้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ภาวะการเงินในครอบครัว วิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาตั้งแต่ทราบการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษาหรือยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

2. แบบสอบถามระดับความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล (The Control Preference Scale: CPS) สร้างโดย เดกเนอร์และคณะ²⁵ แปลเป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับโดยผู้วิจัย²⁶ ใช้ประเมินระดับความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ: ระดับ 1 แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจการรักษาทั้งหมด โดยผู้ป่วยไม่สนใจร่วมให้ความคิดเห็นใด ๆ (passive); ระดับ 2 แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจการรักษาหลังจากพิจารณาความคิดเห็นของผู้ป่วยประกอบตัวอย่างจริงจัง (passive-shared); ระดับ 3 ผู้ป่วย/พยาบาล/แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจเลือกการรักษาพร้อมกัน (collaborative); ระดับ 4 ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายในการเลือกการรักษาอาการของตนเองภายหลังการพิจารณาความเห็นของแพทย์/พยาบาลอย่างจริงจัง (active-shared); และระดับ 5 ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายด้วยตนเองเท่านั้น (active) ในการตอบแบบสอบถาม (CPS) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) ประเมินความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยเองใน 5 อันดับดังกล่าว โดยเรียงจากความต้องการมีส่วนร่วมระดับมากไปหาน้อยจากที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด (ใส่หมายเลข 1) จนถึงข้อความต้องการน้อยที่สุด (ใส่หมายเลข 5) และ 2) ให้ผู้ป่วยระบุระดับการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นจริง (actual participation in care) ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนั้น โดยเลือกจากบทบาทที่ใกล้เคียงที่สุด จาก 1 ใน 5 อันดับดังกล่าว

ข้างต้น ในการศึกษาคั้งนี้ได้อาศัยความเชื่อมั่นของเครื่องมือ CPS โดยการทดสอบซ้ำ (test-retest method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (reliability coefficient) เท่ากับ 1

3. เครื่องมือประเมินอาการ Memorial Symptom Assessment Scale-Global Distress Index (MSAS-GDI) พัฒนาโดยพอร์ทีนอยและคณะ²⁷ และแปลเป็นภาษาไทยโดยนางลักษณ์ สุวิสิษฐ์²⁸ โดยผ่านกระบวนการแปลและการแปลย้อนกลับ (translation-back translation process) MSAS-GDI เป็นแบบประเมินการรบกวนจากอาการของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อาการ ประกอบด้วย อาการทางจิตใจ (psychological symptoms) 4 อาการ และอาการทางร่างกาย (physical symptoms) 6 อาการ ประเมินอาการที่ประสบใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดยให้ประเมินอาการตามที่ระบุว่ามีหรือไม่ ถ้าตอบว่ามี ให้ประเมินมิติความถี่โดยแบ่งการประเมินความถี่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ จาก 1 ถึง 4 คือ เกิดอาการน้อยครั้งมาก ให้ 1 คะแนน จนถึงเกิดตลอดเวลาให้ 4 คะแนน และมีมิติความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการ ประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือไม่รบกวนผู้ป่วยเลย คะแนนยิ่งมาก หมายถึงอาการนั้นมีระดับความทุกข์ทรมานหรือรบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน) ในการศึกษาคั้งนี้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ MSAS-GDI ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขเอกสารรับรอง (COA) Si 274/2013 และได้รับอนุญาตจาก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ใช้เป็นแหล่งเก็บข้อมูลให้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ขั้นต้นของการเก็บข้อมูล ประโยชน์และข้อจำกัดโดยละเอียด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และผู้ป่วยที่ยินดีจะเข้าร่วมการวิจัยจะตอบตกลงการเข้าร่วมการวิจัยด้วยวาจา โดยบันทึกเสียงไว้เป็นหลักฐาน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ในส่วนของข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดและขอเชิญเข้าร่วมโครงการ หลังจากผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมโครงการด้วยวาจาแล้ว ผู้วิจัยทำการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล อาการที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมง ตามแบบสอบถาม MSAS-GDI หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยให้คะแนนและเรียงลำดับระดับความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย และสอบถามระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ผู้ป่วยประสบจริงในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ เฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาอนิน

โรงพยาบาล จำนวนอาการที่เกิด การรบกวนจากอาการ และความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล วิเคราะห์ด้วย สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's nonparametric correlation) เนื่องจากข้อมูลความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ได้มีการแจกแจงไม่เป็น โค้งปกติ

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 18-79 ปี อายุ เฉลี่ย 46.93 ปี (SD = 14.36) เพศชายมากกว่าหญิง โดยเป็นเพศชาย 81 ราย (ร้อยละ 54) เพศหญิง 69 ราย (ร้อยละ 46) กลุ่มตัวอย่างสองในสาม (ร้อยละ 66.70) มีสถานภาพสมรสคู่เกือบทั้งหมดร้อยละ 98.70 นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.30 รองลงมาคือ ระดับมัธยมปลาย หรือประกาศนียบัตร ร้อยละ 31.30 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมา คือ ธุรกิจ/ค้าขาย รับจ้าง และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็น ร้อยละ 20, 14.70, และ 10 ตามลำดับ ในส่วนของการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.30 ใช้สิทธิบัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.30 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว รองลงมาเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งไขกระดูก ร้อยละ 42.70 และร้อยละ 8 ตามลำดับ

ผู้ป่วยร้อยละ 68 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เหลือร้อยละ 32 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยพบว่าผู้ป่วย เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 8.70 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 4 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร้อยละ 86 ที่เหลือร้อยละ 14 เป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการและเป็น ผู้ป่วยที่มาเก็บเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell collection) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76 รับทราบการวินิจฉัยโรคว่าเป็น มะเร็งในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และร้อยละ 22.70 ใน ระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลครั้งนี้เฉลี่ย 15.06 วัน (SD = 11.34)

จากการประเมินอาการที่พบบ่อยของกลุ่ม ตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา จำนวน 10 อาการ ด้วย แบบประเมิน MSAS-GDI พบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการที่ ผู้ป่วยประสบในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาเท่ากับ 3.37 อาการ (SD = 2.13; ค่าต่ำสุด = 0 อาการ ค่าสูงสุด = 10 อาการ) อาการทางจิตใจพบร้อยละ 10-36.70 โดย อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการกังวล/กลุ่มใจ ร้อยละ 36.70 รองลงมาคือ อาการเศร้า ร้อยละ 18.70 สำหรับอาการทางร่างกายพบร้อยละ 34-54 พบมากที่สุดคือ ไม่อยากอาหาร ร้อยละ 54 รองลงมาคือ ปากแห้ง ร้อยละ 52.70 จำนวนและร้อยละของอาการ และค่าเฉลี่ยของการรบกวนจากอาการที่รายงาน โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาประสบอยู่ (N = 150)

อาการ	มีอาการ (ร้อยละ)	การรบกวนจากอาการ ค่าเฉลี่ย (SD)
อาการทางจิตใจ		
1. กังวล/กลุ้มใจ	55 (36.70)	.71 (1.03)
2. เศร้า	28 (18.70)	.33 (.74)
3. หงุดหงิด/โมโหง่าย	24 (16)	.32 (.76)
4. รู้สึกกระวนกระวาย	15 (10)	.19 (.61)
อาการทางกาย		
5. ไม่อยากอาหาร	81 (54)	1.22 (1.39)
6. ปากแห้ง	79 (52.70)	.89 (1.08)
7. รู้สึกง่วงนอน	63 (42)	.64 (.93)
8. ไม่มีแรง	60 (40)	.89 (1.19)
9. ท้องผูก	53 (35.30)	.59 (.95)
10. ปวด	51 (34)	.79 (1.12)

ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล

ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 30) เลือกระดับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลแบบ passive โดยยกให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา/การจัดการอาการทั้งหมด รองลงมา ร้อยละ 28 เป็น passive-shared โดยแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจโดยพิจารณาความเห็นของผู้ป่วยประกอบด้วยอย่างจริงจัง ร้อยละ 21.30 เป็นแบบ collaborative โดยผู้ป่วย/พยาบาล/แพทย์ร่วมกันในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา/จัดการอาการ ร้อยละ 16.70 เป็นแบบ active-shared โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายในการเลือกการรักษาอาการของตนเองภายหลังการพิจารณาความเห็นของแพทย์/พยาบาลอย่างจริงจังและต่ำที่สุด ร้อยละ 4 คือ active โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายในการเลือกการรักษาอาการด้วยตนเอง

สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงระหว่างรับรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 38) มีส่วนร่วมในการดูแลในระดับ passive รองลงมา ร้อยละ 32 เป็น passive-shared ร้อยละ 18 เป็นแบบ collaborative ถัดมา ร้อยละ 16.70 เป็น active-shared และลำดับสุดท้ายคือ การมีส่วนร่วมแบบ active ร้อยละ 0.70 ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความถี่และร้อยละระหว่างความต้องการที่จะมีส่วนร่วม (preference for participation) กับการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริง (actual participation) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 68.70 ได้มีส่วนร่วมในการดูแลตรงกับความต้องการที่เลือก ส่วนผู้ป่วยที่เหลือ ร้อยละ 31.30 มีส่วนร่วมในการดูแลไม่ตรงกับความต้องการที่เลือกไว้ โดยในจำนวนนี้มีส่วนร่วมในการดูแลน้อยกว่าที่เลือกร้อยละ 23.30 และมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าที่เลือกไว้ ร้อยละ 8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลและการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา (N = 150)

ระดับของการมีส่วนร่วมในการดูแล	ความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย	การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1 แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจการรักษาทั้งหมด โดยผู้ป่วยไม่สนใจให้ความเห็นร่วมใด ๆ ทั้งสิ้น (passive)	45 (30)	57 (38)
2 แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจการรักษา หลังจากพิจารณาความคิดเห็นของผู้ป่วยประกอบอย่างจริงจัง (passive-shared)	42 (28)	48 (32)
3 ผู้ป่วย/พยาบาล/แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจเลือกการรักษาพร้อมกัน (collaborative)	32 (21.30)	27 (18.00)
4 ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายในการเลือกการรักษาอาการของตนเองภายหลังการพิจารณาความเห็นของแพทย์/พยาบาลอย่างจริงจัง (active-shared)	25 (16.70)	17 (11.30)
5 ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาสุดท้ายด้วยตนเองเท่านั้น (active)	6 (4)	1 (0.70)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมนพบว่าอายุ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล ($r = -.278, p = .001$ และ $r = -.253, p = .002$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค

($r = .161, p = .049$) จำนวนอาการ ($r = .161, p = .049$) อาการเศร้า ($r = .161, p = .048$) และอาการหงุดหงิด ($r = .194, p = .018$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ ($r = -.131, p = .11$) และระยะเวลาอนโรงพยาบาล ($r = .021, p = .803$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ โรคประจำตัว ระยะเวลาเป็นโรค ระยะเวลาอนโรงพยาบาล การรบกวนจากอาการและความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล (N = 150)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. อายุ	1								
2. เพศ	.101	1							
3. โรคประจำตัว	.197*	.026	1						
4. ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค	.015	-.176*	-.182*	1					
5. ระยะเวลาอนโรงพยาบาล	-.132	.082	-.151	-.136	1				
6. เศร้า	-.149	.074	-.150	.019	.144	1			
7. หงุดหงิด	-.082	-.038	.007	.075	.156	.447**	1		
8. จำนวนอาการข้างเคียง	-.039	.154	.077	.025	.213**	.529**	.480**	1	
9. ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล	-.278**	.131	-.253**	.161*	.021	.161*	.194*	.161*	1

*p < .05, **p < .01 (2-tailed)

การอภิปรายผล

ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลและรักษาแบบ passive มากที่สุด โดยมออบการตัดสินใจทั้งหมดในการดูแลรักษาและจัดการอาการให้แพทย์และพยาบาล โดยผู้ป่วยจะไม่มีส่วนร่วมให้ความคิดเห็นใดๆ และรองลงมาเลือกแบบ passive-shared โดยแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจแต่พิจารณาความเห็นของผู้ป่วยร่วมด้วยอย่างจริงจัง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยมากเท่านั้นที่เลือกบทบาทการมีส่วนร่วมแบบ active role ซึ่งชี้ให้เห็นว่า โดยรวมผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาาระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความต้องการให้ทีมแพทย์/พยาบาลมีบทบาทในการตัดสินใจ

ใจการรักษาดูแลอาการของตน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของทีมผู้รักษาและมาตรฐานการรักษาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลของการศึกษานี้ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโคเฮนและคณะ²⁹ในประเทศออสเตรเลียที่รายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาจำนวนมากที่สุดเลือกบทบาทที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลแบบ passive role มากที่สุด มีเพียงส่วนน้อยที่เลือกบทบาทแบบ active role อย่างไรก็ดี ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาครั้งนี้มีความแตกต่างกันเล็กน้อยกับการศึกษาของกรรณิกา กันรัตน์ และคณะ³⁰ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งก้อนทุม (solid tumors) ส่วนใหญ่มีความต้องการมีส่วนร่วมแบบ passive-shared มากที่สุด รองลงมาคือ collaborative ซึ่งผลนี้อาจเกิดจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยามักได้รับสูตรยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันและ

สูตรยาที่ใช้มีความซับซ้อน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มมะเร็งก้อนทุมทั่วไป¹⁸

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าบทบาทความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับน้อยกว่าที่ควรจะเป็น อาจเนื่องจากวัฒนธรรมของหลายๆประเทศรวมทั้งประเทศไทยที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มารับบริการและทีมสุขภาพ ผู้ให้บริการมักเป็นแบบผู้นำและผู้ตาม (paternalist model) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักคุ้นเคยต่อการเป็นผู้ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพโดยไม่มีข้อโต้แย้งเนื่องจากรู้สึกเกรงใจว่าตนอยู่ในฐานะผู้มาขอความช่วยเหลือ³¹ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ เชื่อมั่นและศรัทธาในทีมแพทย์ผู้รักษาและคิดว่าตนเองไม่มีความรู้ทางการแพทย์ ดังนั้นจึงมอบการตัดสินใจให้แพทย์และพยาบาลเป็นรับผิดชอบ¹⁵ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันแนวคิดของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลของระบบบริการสุขภาพจะได้รับการสนับสนุนว่ามีประโยชน์นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย แต่กล่าวได้ว่ายังเป็นบทบาทใหม่ของผู้ป่วยและผู้ป่วยบางส่วนรู้สึกว่าจะยังไม่มีความรู้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เพียงพอกับความ ต้องการของตนเอง^{32,33} ร่วมกับความสัมพันธ์ของความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและขั้นตอนกระบวนการรักษา จนเกินกว่าความสามารถของผู้ป่วยที่จะเข้าใจได้²¹ ส่งผลให้ไม่กล้าที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งอาจยังขาดการส่งเสริมจากระบบบริการสุขภาพที่เพียงพอในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับบทบาทใหม่ดังกล่าว เช่น การได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และระยะเวลาของผู้ป่วยที่ค่อนข้างน้อยในการพบแพทย์/พยาบาล เนื่องจากสถานการณ์ความเร่งด่วนและสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมการดูแลของผู้ป่วย¹⁵ ประเด็นดังกล่าวมีแนวโน้มสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ โดยเมื่อเปรียบเทียบความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง

โลหิตวิทยาที่เลือกกับบทบาทการมีส่วนร่วมที่ผู้ป่วยได้รับจริง พบว่ายังมีผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 รายงานการมีส่วนร่วมในการดูแลจริงน้อยกว่าความต้องการของตนเอง ผลการศึกษาในประเด็นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรทีมสุขภาพผู้ให้บริการน่าจะเป็นปัจจัยอิทธิพลหนึ่งต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย โดยการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและร่วมตัดสินใจในการรักษาดูแลระหว่างได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป⁴

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-79 ปี อายุเฉลี่ย 46.93 ปี อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยอายุมาก อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยอายุมากมีโอกาสเกิดโรคและความรุนแรงของโรคมกกว่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะเรียนรู้เข้าใจความซับซ้อนของโรคและแผนการรักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก⁴ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความต้องการในการมีส่วนร่วมมากกว่าผู้ป่วยอายุมาก¹⁶ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เหลือร้อยละ 32 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค และพบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว มีความต้องการในการมีส่วนร่วมมากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่าจำนวนอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีโรคหรือมีอาการข้างเคียง

จำนวนน้อย มีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคและมีอาการข้างเคียงจำนวนมาก ผู้ป่วยที่มีความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ จะมีความสามารถในการตัดสินใจ ส่งผลต่อความสามารถในการมีส่วนร่วม เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเล็กน้อย ติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้นในระดับน้อย มีส่วนร่วมมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานในระดับรุนแรง ภาวะโรคหัวใจหรือโรคมะเร็ง^{4,8} ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลแบบ passive และ passive-shared

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54) เป็นเพศชาย และพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในการรักษา แตกต่างกับผลการวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่าเพศหญิงมีความสนใจในการมีส่วนร่วมมากกว่าเพศชาย^{16,19,34} อธิบายว่าอาจเนื่องจากโรคมะเร็งถือเป็นภาวะคุกคามของชีวิต เป็นโรคที่รุนแรงตามการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความต้องการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดี เพื่อที่จะสามารถรับการรักษาได้ครบถ้วนตามแผน เนื่องจากผู้ป่วยทุกคนทั้งหญิงและชายต่างหวังว่าจะหายจากโรค นอกจากนี้ การบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันยึดหลักการในการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิและหน้าที่อย่างเท่าเทียมกันระหว่างชายและหญิง ผู้ป่วยไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงจึงได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคและความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี และ เกือบหนึ่งในสาม รับประทานการวินิจฉัยโรค ในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี พบว่าระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล

ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคสั้น มีความต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ทราบว่าเป็นโรคในระยะเวลาที่นานกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรคมี่ความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล¹⁶ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโรครุนแรงคุกคามต่อชีวิต ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนาน มีอาการข้างเคียงที่ไม่สุขสบายรุนแรง ผู้ป่วยจำนวนมาก จึงมักสนใจศึกษาหาข้อมูลความรู้ ร่วมกับผู้ป่วยมักมารับการรักษาต่อเนื่องในหอผู้ป่วยเดิม มีความคุ้นเคยกับกฎระเบียบ/สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์บวกกับความรู้และประสบการณ์ที่อยู่กับโรคนานขึ้น ก็มีความใส่ใจในการเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคมากขึ้น³⁵ ทำให้มีความมั่นใจกล้ามีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นภายหลังการวินิจฉัยโรค

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล การศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้เฉลี่ย 15.06 วัน ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 วันมากที่สุดและพบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล³⁴ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีระบบการดูแลรักษาการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นกิจวัตร เริ่มการให้ข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา มีการแนะนำหอผู้ป่วย แนะนำวิธีการรักษา ผลข้างเคียงที่ได้รับตลอดการรักษา รวมทั้งมีการซักถามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จนถึงการให้ข้อมูลการดูแลตนเองที่บ้าน เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้ตลอด

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษานในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะระยะเวลาจะสั้นหรือยาวก็ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่แตกต่างกัน อาจทำให้มีระดับความต้องการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการข้างเคียงจากการรักษาและความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล กลุ่มตัวอย่างรายงานอาการที่พบบ่อย 10 อาการในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาด้วยค่าเฉลี่ยของอาการเท่ากับ 3.37 อาการ จากจำนวนอาการที่พบบ่อยสูงสุด 10 อาการ อาการทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ได้แก่ อาการกังวล/กลุ่มใจ รongลงมา คือ อาการเศร้า สำหรับอาการทางร่างกายที่พบมากที่สุดคือ ไม่อยากอาหาร รongลงมาคือ ปากแห้ง และพบว่าอาการเศร้า อาการหงุดหงิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ความรู้สึกในทางลบ เช่น เศร้า หงุดหงิด อาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยต้องการพูดคุย หรือรายงานอาการของตนเองเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การช่วยเหลือหรือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเอง⁴ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะกลวิธีการเผชิญกับปัญหา (coping strategies) ของผู้ป่วย เฉพาะราย พบว่าผู้ป่วยที่ใช้กลวิธีในการเผชิญหน้ากับปัญหา (active coping) จะมีความสามารถในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างรักษาในโรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น⁵

ผลการศึกษาค้นคว้าความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาพบว่า ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 มีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลแบบ passive รongลงมาคือ passive-shared ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ระหว่างรับการรักษานในโรงพยาบาลเกิดจากหลายปัจจัยโดยพบว่า อายุ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง

เวลาตั้งแต่วินิจฉัยโรค จำนวนอาการข้างเคียง อาการเศร้า และอาการหงุดหงิด มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง แต่เพศและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างไรก็ตามสิ่งที่บุคลากรที่มสุขภาพควรให้ความสนใจและให้การสนับสนุน เพราะพบว่าผู้ป่วยที่กระตือรือร้นต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลของตน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และปรับตัวต่อโรคและการรักษาได้ดี สามารถดูแลตนเองและจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผลลัพธ์การรักษาและการดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่ดี นำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาต่อการบริการที่ได้รับ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเท่านั้น รวมทั้งการใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับการรักษานทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรที่มสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจและให้การสนับสนุนความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย โดยส่งเสริมความต้องการมีส่วนร่วมมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว และให้ความสนใจดูแล ส่งเสริม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาาระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความสามารถในการจัดการอาการของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านบุคลากรและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยทุกด้าน และสามารถส่งเสริมความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยได้ตรงจุด รวมทั้งมีการทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาช่องทางการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ Deakin University's The Centre for Quality and Patient Safety Research ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยนี้ และผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Härter M, Müller H, Dirmaier J, Donner-Banzhoff N, Bieber C, Eich W. Patient participation and shared decision making in germany history, agents and current transfer to practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw.* 2011;105(4):263-70.
2. Larsson IE, Sahlsten MJM, Segesten K, Plos KAE. Patients' perceptions of nurses' behaviour that influence patient participation in nursing care: a critical incident study. *Nurs Res Pract.* 2011;2011:1-8.
3. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et.al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health C.* 2011;23(3):269-77.
4. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect.* 2007;10(3):259-67.
5. Larsson IE, Sahlsten MJM, Sjöström B, Lindencrona CSC, Plos KAE. Patient participation in nursing care from a patient perspective a Grounded theory study. *Scand J Caring Sci.* 2007;21:313-20.
6. Koutantji M, Davis RE, Vincent C, Coulter A. The patient's role in patient safety: engaging patients, their representatives, and health professionals. *Clin Risk.* 2005;11(3):99-104.
7. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient?. *Qual Saf Health Care.* 2002;11(1):76-80.
8. Given BA, Sherwood PR. Nursing sensitive patient outcomes—a white paper. *Oncol Nurs Forum.* 2005;32(4):773-84.
9. Miaskowski C. Symptom clusters: establishing the link between clinical practice and symptom management research. *Support Care Cancer.* 2006;14(8):792-4.
10. Coleman EA, Coon SK, Mattox SG, O'Sullivan P. Symptom management and successful outpatient transplantation for patients with multiple myeloma. *Cancer Nurs.* 2002;25(6):452-60.
11. The National Cancer Institute, Department of medical services, Ministry of public health. Hospital-based cancer registry annual report 2014. [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 11]. Available from http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202014.pdf
12. Suedee N, Pongthavornkamol K, Sriyuktasuth A, Siritanaratkul N. Symptom experiences and their influences on functional status in hematological malignancy patients receiving chemotherapy. *J Nurs Sci.* 2015;33(2):29-40. [in Thai]
13. Manitta V, Zordan R, Cole-Sinclair M, Nandurkar H, Philip J. The symptom burden of patients with hematological malignancy: a cross-sectional observational study. *J Pain Symptom Manage.* 2011;42(3):432-42.

14. Mansell D, Poses RM, Kazis L, Duefield CA. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. *Arch Intern Med.* 2000;160:2992-6.
15. Cohen E, Botti M. Cancer patients' perceptions of the barriers and facilitators to patient participation in symptom management during an episode of admission. *Cancer Nurs.* 2015;38(6):458-65.
16. Sainio C, Lauri S. Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *J Adv Nurs.* 2003;41(3):250-60.
17. Wilde Larsson B, Larsson G, Starrin B. Patients' views on quality of care: a comparison of men and women. *J Nurs Manag.* 1999;7(3):133-9.
18. Ernst J, Kuhnt S, Schwarzer A, Aldaoud A, Niederwieser D, Mantovani-Löffler L, et al. The desire for shared decision making among patients with solid and hematological cancer. *Psycho-Oncol.* 2011;20(2):186-93.
19. Say R, Murtagh M, Thomson R. Patients' preferences for involvement in medical decision making: a narrative review. *Patient Educ Couns.* 2006;60:102-14.
20. Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, Sloan JA, Carriere KC, O'Neil J, et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *J Am Med Assoc.* 1997;277:1485-92.
21. Ernst J, Berger S, Weißflog G, Schröder C, Körner A, Niederwieser D, et al. Patient participation in the medical decision-making process in haemato-oncology—a qualitative study. *Eur J Cancer Care.* 2013;22:684-90.
22. Östlund G, Björk M, Thyberg I, Thyberg M, Valtersson E, Stenström B, et al. Emotions related to participation restrictions as experienced by patients with early rheumatoid arthritis: a qualitative interview study (the Swedish TIRA project). *Clin Rheumatol.* 2014;33:1403-13.
23. Tak HJ, Ruhnke GW, Meltzer DO. Association of patient preferences for participation in decision making with length of stay and costs among hospitalized patients. *JAMA Intern Med.* 2013;173(13):1195-1203.
24. Ryan TP. *Sample size determination and power.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2013.
25. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: What role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol.* 1992;45(9):941-50.
26. Pongthavornkamol K, Lekdamrongkul P, Siritanaratkul N, Siripoon S. Relationship between patient's preference for participation in care, gender, age, symptom burden, and quality of care in the perspectives of hematological cancer patients during hospitalization. *J Nurs Sci.* 2016;34(2):45-57. [in Thai]
27. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith, AB, Lepore, JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer.* 1994; 30(9):1326-36.
28. Suwisith N. Symptom clusters and their influences on the functional status of woman with breast cancer [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2007.
29. Cohen E. Patient participation in symptom management in an acute oncology setting [dissertation]. Melbourne, Victoria: Deakin University; 2012.
30. Kanrat K, Pongthavornkamol K, Wattanakitkrileart D. Factors associated with perception of quality of care in cancer patients during hospitalization. *Chula Med J.* 2016;60(5):523-34. (in Thai)
31. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(1):53-62.
32. Lekdamrongkul P, Pongthavornkamol K, Chompoobubpa T, Siritanaratkul N. Relationships among information needs, information received, self-care and quality of life in hematological cancer patients receiving chemotherapy. *J Nurs Sci.* 2012;30(3):64-73. (in Thai)
33. Shepherd HL, Tattersall, MHN, Butow PN. Physician-Identified factors affecting patient participation in reaching treatment decisions. *J Clin Oncol.* 2008;16(10):1724-31.
34. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *J Clin Nurs* 2008;17(21):2935-44.
35. Adams R, Smith B, Ruffin R. Patient preferences for autonomy in decision making in asthma management. *Thorax.* 2001;56(2):126-32.