

แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้าย: ลักษณะคุณภาพแบบวัด ฉบับภาษาไทย

จิตต์ชญา บุญนันท์ พ.ยม. ว.พย.*
ปราชญ์ วิทยุฑฒ PhD (Nursing)**

บทคัดย่อ: การแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ความต้องการของผู้ป่วยในการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์นี้จึงมีความสำคัญ เพื่อบรรเทา ความทุกข์ทรมานจากการได้รับข่าวร้าย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบคุณภาพ ของแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งกระดูกของโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานครจำนวน 135 ราย แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายต้นฉบับภาษาอังกฤษถูกแปลกลับเป็น ฉบับภาษาไทย ความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้อง และความถูกต้องของภาษาตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ความเข้าใจในภาษาที่ใช้ตรวจสอบโดยผู้ป่วยมะเร็งกระดูกจำนวน 30 ราย แบบสอบถามต้นฉบับจำนวน 32 ข้อที่มี 3 หมวดย่อย ถูกปรับลดลงเป็น 27 ข้อ ในฉบับภาษาไทย การวิเคราะห์ตัวประกอบหลักด้วยวิธีการหมุนวนรีแมกซ์พอบโครงสร้าง 2 หมวดย่อยจากแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทย 27 ข้อคือ ด้านข้อมูล (12 ข้อ) และด้านการสนับสนุนและเอื้ออำนวย (15 ข้อ) โดยมีค่าความแปรปรวน ที่อธิบายได้ทั้งฉบับร้อยละ 41.2 ค่าน้ำหนักตัวประกอบอยู่ระหว่าง .390-.704 ค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .91 และแต่ละหมวดย่อยอยู่ระหว่าง .87-.88 แบบสอบถาม ความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทยมีความเที่ยงและความตรงในการประเมิน ความต้องการของผู้ป่วยในการสื่อสารข่าวร้าย แบบสอบถามนี้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติ ทางคลินิก เพื่อค้นหาว่าผู้ป่วยมะเร็งต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพสื่อสารอย่างไรในระหว่าง การแจ้งข่าวร้าย

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(3) 31-47

คำสำคัญ: ข่าวร้าย มะเร็ง การสื่อสาร ความต้องการของผู้ป่วย ลักษณะคุณภาพแบบวัด

*พยาบาลชำนาญการ 8 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: nspey@mahidol.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแจ้งผลวินิจฉัยในผู้ป่วยมะเร็งโดยแพทย์เป็นการแจ้งข่าวร้ายหรือการสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดประสบการณ์อันเป็นความทุกข์ทรมานชัดเจนทางจิตวิทยาในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วย มีผลต่อการเผชิญปัญหาทางจิตใจ จิตสังคม และอารมณ์ภายหลังการได้รับข่าวร้าย^{1,2} แต่การที่แพทย์และบุคลากรทางสุขภาพได้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม อาจเป็นการให้คำปรึกษารายบุคคลหรือร่วมกับญาติหรือสมาชิกในครอบครัว จะสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารที่ช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพที่ดี ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา³ ลดความวิตกกังวลและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติได้^{1,2,4}

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีพื้นฐานจากการวิจัยที่มุ่งเน้นประเด็นความต้องการของผู้ป่วย (need-based research approach) จะทำให้ได้องค์ความรู้ด้านความต้องการที่น่าเชื่อถือจากหลักฐานเชิงประจักษ์^{5,6} การดูแลที่มุ่งเน้นความต้องการตามความชอบของผู้ป่วยมะเร็งและญาติ จะทำให้แพทย์และบุคลากรทางสุขภาพสามารถจัดการกับปัญหาตามความต้องการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มี ดังนั้นเครื่องมือที่สามารถประเมินปัญหาความต้องการดังกล่าว จะช่วยให้แพทย์และบุคลากรทางสุขภาพทราบความต้องการตามความชอบของผู้ป่วยและญาติ ทำให้การช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ตามความชอบที่ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญเป็นลำดับแรก ๆ ก่อน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet needs)⁵ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพภายหลังการแจ้งข่าวร้าย⁴

เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินความต้องการในการสื่อสารข่าวร้ายของผู้ป่วยมะเร็ง จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นความต้องการด้านข้อมูล⁷ และการสนับสนุนด้านอารมณ์⁸ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อใช้เตรียมการป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์และจิตใจ ที่อาจเกิดภายหลังการสื่อสารที่เป็นการแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยเหล่านั้น⁴ นอกจากการสังเกตพฤติกรรมทางคลินิก การใช้แบบสอบถามเป็นวิธีที่ใช้ประเมินได้ง่าย สะดวก ไม่ยุ่งยาก รวดเร็ว แปลผลได้ง่าย และใช้ได้ทั้งในทางปฏิบัติ⁹ อีกทั้งการใช้สื่อความรู้ที่มีเนื้อหาอยู่ในประเด็นที่ผู้ป่วยสนใจ จะช่วยแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพสื่อสารกับผู้ป่วยได้สะดวก รวดเร็ว ลดความสับสน และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย¹⁰

ปาร์คเกอร์และคณะ⁶ ได้พัฒนาแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้าย (The measure of patients' preferences: MPP) ในผู้ป่วยมะเร็งชาวอเมริกัน โดยมีแนวคิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์โดยใช้ลักษณะและพฤติกรรมในการสื่อสารเป็นหลัก แบ่งออกเป็น 3 หมวดย่อยคือ ด้านข้อมูล (content) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการพยากรณ์โรค การสนับสนุน (support) เป็นการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และแหล่งประโยชน์ และการเอื้ออำนวย (facilitation) เป็นพฤติกรรมแสดงออกอื่นๆ โดยพบว่าแบบสอบถามมีคุณลักษณะที่ดี และนำไปศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการเรื่องดังกล่าว โดยพบว่าผู้ป่วยหญิงและผู้มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความต้องการด้านข้อมูลมากกว่าผู้ป่วยชายและผู้มีการศึกษาต่ำกว่า ผู้ป่วยหญิงต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยชาย และผู้ป่วยสูงอายุและผู้มีการศึกษาสูงกว่าต้องการการสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์มากกว่า

แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้าย ฉบับภาษาอังกฤษของปาร์คเกอร์และคณะ⁵ ถูกแปลกลับเป็นภาษาจีนกลางโดยชูและคณะ¹ ทดสอบคุณภาพด้านโครงสร้างในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนสิงคโปร์ พบ 2 หมวดย่อยคือ ข้อมูล (content) และการสนับสนุน (supportive) ที่ต่างกับต้นฉบับ แต่มีความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในที่ดี โดยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาแต่ละหมวดย่อยเท่ากับ .96 และ .92 ตามลำดับ ทั้งยังพบความต้องการของผู้ป่วยหญิงที่ต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยชาย¹ เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งชาวอเมริกัน

นอกจากนี้ แบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษยังถูกแปลกลับเป็นภาษาญี่ปุ่นโดยฟูจิโมริและคณะ¹¹ ซึ่งพบความแตกต่างในด้านความตรงตามโครงสร้างกับต้นฉบับ โดยการวิเคราะห์ตัวประกอบได้ 5 หมวดย่อยคือ การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) ข้อมูลการรักษา (medical information) การอธิบายอย่างชัดเจน (clear explanation) การกระตุ้นให้ถามคำถาม (encouraging question-asking) และสถานที่ (setting) มีความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในที่ดี โดยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาแต่ละหมวดย่อยเท่ากับ .90, .91, .89, .91, และ .83 ตามลำดับ และมีคุณลักษณะอื่นดีเช่นกัน

การศึกษาที่ศูนย์มะเร็งของสหราชอาณาจักร (UK Cancer Center)¹² พบว่าผู้ป่วยมะเร็งให้ความสำคัญในเรื่องข้อมูลมากกว่าการสนับสนุนทางอารมณ์ มีเพียงร้อยละ 60 ที่พึงพอใจกับการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจกับบุคลากรที่มีลักษณะมองโลกแง่ร้ายหรือมีท่าทางไม่เห็นใจสงสารผู้ป่วย การศึกษาอีกเรื่องหนึ่งในสหราชอาณาจักร¹³ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ต้องการให้บอกข้อมูลต่างๆ ทั้งหมดรวมทั้งความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งในครอบครัว

ตามด้วยประเด็นด้านจิตสังคม¹³ ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับเวลาที่ใช้ บรรยากาศที่อบอุ่น ความอดทนทัศนคติที่เอื้ออาทร และการให้ความเคารพในขณะสนทนามากกว่าท่าทางของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามในด้านท่าทางในระหว่างการสนทนากับผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยหญิงต้องการให้แพทย์นั่งเวลาในระหว่างการสื่อสารข่าวร้าย เพราะการนั่งของแพทย์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกใกล้ชิด ไม่ห่างเหินเหมือนเวลาแพทย์ยืนสนทนา¹⁴

ส่วนการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งและการรับรู้ของแพทย์โดยวิทท์แมนและคณะ¹⁵ พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยร้อยละ 78 ของผู้ป่วยต้องการข้อมูลมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ แต่แพทย์เพียงร้อยละ 35 จะบอกข้อมูลทั้งหมดและให้มากเท่าที่ผู้ป่วยถาม ซึ่งร้อยละ 95 ของผู้ป่วยต้องการข้อมูลการรักษาทุกอย่างที่เป็นไปได้ แต่ร้อยละ 85 ของแพทย์จะบอกการรักษาทุกอย่างที่เป็นไปได้ โดยแพทย์ทั้งหมดที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการฝึกทักษะการสื่อสารข่าวร้ายมาแล้ว การศึกษานี้สรุปว่า ผู้ป่วยอยากได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งหมดมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แต่แพทย์มีการรับรู้หรือความเห็นต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵

นอกจากนี้ การศึกษาของเด็มศักดิ์ พิงร์ศรี และคณะ¹⁶ สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาชาวไทย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 92.2 ต้องการให้แพทย์เป็นผู้บอกการวินิจฉัยเพราะเชื่อถือได้ มีความถูกต้องของข้อมูล และสามารถถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ แต่แพทย์ควรมีวิธีที่เหมาะสมในการสื่อสารข่าวร้ายเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยตกใจ ร้อยละ 90.6 อยากให้บอกการวินิจฉัยก่อนได้รับการรักษาเพื่อที่จะได้ดูแลตนเองได้ถูกต้อง ร้อยละ 68.7 ต้องการให้บอกข้อมูลทั้งหมดในครั้งเดียวเพื่อการตัดสินใจและข้อมูลทุกอย่างมีความสำคัญ และร้อยละ 63.2 ทราบบการวินิจฉัยโดยแพทย์เป็น

ผู้บอก และผู้ป่วยที่ต้องการทราบว่าเป็นอะไรนั้น เพื่อที่จะได้ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมและดูแลตัวเองได้สอดคล้องกับการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการในการสื่อสารที่เป็นการแจ้งข่าวร้ายในด้านต่าง ๆ แตกต่างกันไปทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในประเทศไทยยังไม่มีแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความต้องการในการสื่อสารของผู้ป่วยมะเร็งเมื่อได้รับการแจ้งข่าวร้าย มีเพียงการศึกษาที่กล่าวถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในการแจ้งการวินิจฉัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบสอบถามดังกล่าว โดยใช้วิธีการแปลกลับที่ตัดแปลงจากวิธีของบริสลิ้นจากแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายต้นฉบับภาษาอังกฤษและทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ได้ ผลการศึกษาที่ได้จะใช้ในการศึกษาความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็งชาวไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทยในด้านความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์ตัวประกอบ (factor analysis) ความเที่ยง (reliability) โดยวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) และความตรง (validity) โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยมะเร็งกระดูกปฐมภูมิทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุเท่ากับ

หรือมากกว่า 15 ปี ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งครั้งแรก โดยทราบว่าเป็นมะเร็งมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ไม่มีปัญหาทางด้านความรู้คิด และไม่มีประวัติโรคจิตประสาท การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้ 5 รายต่อ 1 ข้อคำถาม^{9,17,18} แบบสอบถามที่ใช้มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษาเท่ากับ 135 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทย (The measure of patients' preferences: Thai version: MPP-T) จำนวน 27 ข้อ เป็นแบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยในการสื่อสารข่าวร้ายภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่ได้จากกระบวนการแปลกลับ (back-translation) และตัดแปลงมาจากแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาอังกฤษ จำนวน 32 ข้อ สร้างโดยปาร์คเกอร์และคณะ⁸ ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตปาร์คเกอร์ในการแปลกลับและตัดแปลงเป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย

แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาอังกฤษหรือต้นฉบับ เมื่อแรกพัฒนามีจำนวนข้อคำถาม 46 ข้อ ทดสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบตัวประกอบหลักด้วยวิธีการหมุนวารีแม็กซ์ (exploratory factor analysis by principal component analysis with varimax rotation) คงเหลือข้อคำถามที่มีคุณภาพจำนวน 32 ข้อ^{1,8} ประกอบด้วย 3 หมวดย่อยหรือมิติย่อย คือ หมวดย่อยที่ 1 ข้อมูล (content) 13 ข้อ หมวดย่อยที่ 2

การสนับสนุน (support) 12 ข้อ และหมวดย่อยที่ 3 การเอื้ออำนวย (facilitation) 7 ข้อ ค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้เท่ากับร้อยละ 33.3, 10.7, และ 6.3 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในแต่ละหมวดย่อยเท่ากับ .92, .90, และ .70 ตามลำดับ ใช้ตัวเลือกแบบลิเกิร์ต (Likert scale type) 5 ระดับ โดยให้คะแนน 1-5 คือ 1 = ไม่สำคัญเลย 2 = ทำก็ได้ ไม่ทำก็ได้ 3 = สำคัญ 4 = สำคัญมาก และ 5 = จำเป็นที่แพทย์ทุกคนควรทำ⁸

ในการพัฒนาฉบับภาษาไทยนั้น ขั้นตอนการแปลกลับดัดแปลงจากวิธีของบรินลิน (Brislin)¹⁹ โดยแปลต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่ 1 และแปลฉบับภาษาไทยที่ได้กลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้งโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่ 2 จากนั้นเปรียบเทียบฉบับภาษาอังกฤษที่ได้กับต้นฉบับภาษาอังกฤษให้ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็น ปรับตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ นำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่ปรับแล้ว มาให้ผู้เชี่ยวชาญอีก 3 ท่าน โดยเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางมะเร็งกระดูก 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลมะเร็ง 2 ท่านให้ความเห็นเกี่ยวกับความชัดเจน ความสอดคล้อง และความซ้ำซ้อนของข้อความ ตามลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ในการสื่อสารข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาแบบสอบถามต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษ รวมทั้งผู้วิจัยร่วมพิจารณาเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งหมด

ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ทำการตัดข้อความที่มีความซ้ำซ้อนจำนวน 3 ข้อออก ปรับคำที่ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยเพื่อให้เข้าใจง่าย และรวมข้อความจำนวน 2 ข้อที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกันเข้าด้วยกัน เหลือจำนวนข้อความทั้งหมด 27 ข้อ ตรวจสอบข้อความซ้ำอีกครั้ง แล้วจึงวิเคราะห์คำตัดซ้ำนี้ความตรง

ตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านให้คะแนนตามเกณฑ์ รวมทั้งปรับเนื้อหาด้านภาษาจนมีความเห็นตรงกันอีกครั้ง และทำเป็นแบบสอบถามจำนวน 27 ข้อ ภายหลังจากการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ป่วยมะเร็งกระดูกจำนวน 30 รายที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างอ่านเพื่อตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษาที่ใช้ (readability) จากนั้นจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อทดสอบคุณภาพต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล เมื่อได้รับการรับรองโครงการวิจัยและอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยขอหนังสือแจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการตรวจสอบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงขออนุญาตทำการแนะนำตัวกับผู้ป่วยเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามและส่งคืนผู้วิจัยเมื่อเสร็จสิ้น ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ถ้าหากมีข้อมูลไม่ครบเกินกว่าร้อยละ 10 ของแบบสอบถามจะไม่นำแบบสอบถามนั้นไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ผลจำนวน 135 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้

สถิติเชิงบรรยาย คือ ความถี่และร้อยละสำหรับเพศ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการวินิจฉัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอายุ วิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ตัวประกอบหลักด้วยวิธีการหมุนวนาร์แม็กซ์ (principal component factor analysis with varimax rotation) โดยพิจารณาหมวดย่อยจากค่าไอเกน (eigenvalue) มากกว่า 1 ร่วมกับจุดสกรี้ (scree plot) ค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ในแต่ละหมวดย่อยที่มากกว่าร้อยละ 5 และการจัดข้อคำถามให้อยู่ในแต่ละหมวดย่อยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามโดยใช้ค่าน้ำหนักตัวประกอบ (factor loading) ที่มากกว่า .30^{9,17,18} และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability)

จากค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) โดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และใช้การคำนวณด้วยมือในการวิเคราะห์ค่าความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งกระดูกปฐมภูมิ จำนวน 135 คน อายุระหว่าง 15–82 ปี พบว่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 ปี (SD 18.3) มีอายุน้อยกว่า 35 ปีถึงร้อยละ 53.3 เพศชายมีจำนวนใกล้เคียงกับเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โสด นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถม ทำอาชีพรับจ้าง รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งชนิดออสติโอซาร์โคมามากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งกระดูกปฐมภูมิตามเพศ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการวินิจฉัย (n = 135)

ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	69	51.1
หญิง	66	48.9
ศาสนา		
พุทธ	132	97.8
อิสลาม	2	1.5
คริสต์	1	0.7
การศึกษา		
ประถม	55	40.7
มัธยม	43	31.9
อนุปริญญา/ ปวช/ ปวส	15	11.1
ปริญญาตรี	20	14.8
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งกระดูกปฐมภูมิตามเพศ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการวินิจฉัย (n = 135) (ต่อ)

ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	64	47.4
คู่	59	43.7
หย่า/ แยก	12	8.9
อาชีพ		
รับจ้าง	33	24.4
ไม่มีอาชีพ	32	23.7
นักศึกษา/ นักเรียน	32	23.7
ทำงานส่วนตัว	19	14.2
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	13	9.6
ทำนา	6	4.4
รายได้ (บาท/ เดือน)		
น้อยกว่า 5,000	84	62.3
5,000 – 10,000	20	14.8
10,001 – 20,000	10	7.4
20,001 – 30,000	11	8.1
มากกว่า 30,000	10	7.4
การวินิจฉัย		
Osteosarcoma	46	34.1
Chondrosarcoma	22	16.3
Fibrosarcoma	11	8.1
Spindle cell carcinoma	6	4.4
Ewing's sarcoma	4	3.0
Giant cell carcinoma	1	0.7
อื่น ๆ	45	33.4

แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 ส่วนด้านความเข้าใจด้านภาษาที่ใช้โดยให้ผู้ปวยมะเร็งกระดูกอ่านแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบ พบว่ามีความเข้าใจตรงกันตามภาษาที่ใช้ โดยไม่มีความลำบากในการทำแบบสอบถาม และไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับภาษา

คุณภาพของแบบสอบถามจากการวิเคราะห์ตัวประกอบพบว่า ค่าไคเซอร์มีเยอร์โอดิน (Kaiser-Meyer-Olkin: KMO) เท่ากับ .87 การทดสอบบาร์เรท (Bartlett's test of sphericity) มีค่าไคสแควร์ 1582.96 df 351 และนัยสำคัญ (p) เท่ากับ .000 จากนั้นพิจารณาการแยกตัวประกอบของแต่ละหมวดย่อยในการจัดข้อความให้อยู่ในหมวดย่อยเดียวกัน ข้อคำถามของแบบสอบถามฉบับภาษาไทย มีค่าน้ำหนักตัวประกอบของข้อคำถามแต่ละข้ออยู่ระหว่าง .390-.704 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนัก

ตัวประกอบร่วมกับการแยกตัวประกอบ (factor extraction) พบว่า ข้อคำถามทั้ง 27 ข้อมีค่าน้ำหนักตัวประกอบของแต่ละข้อคำถามรวมอยู่ใน 2 หมวดย่อยใหม่ ได้แก่ หมวดย่อยที่ 1 ข้อมูล (content) จำนวน 12 ข้อ และหมวดย่อยที่ 2 การสนับสนุนและเอื้ออำนวย (support and facilitation) จำนวน 15 ข้อ โดยแต่ละหมวดย่อยมีค่าไอเกนมากกว่า 1 (9.000 และ 2.137 ตามลำดับ) และค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ (explained variance) ระหว่างร้อยละ 7.9-33.3 คิดเป็นค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 41.2

ค่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาทั้งหมดเท่ากับ .91 และแต่ละหมวดย่อยอยู่ระหว่าง .87-.88 โดยข้อคำถามจำนวนข้อคำถาม ค่าน้ำหนักตัวประกอบในหมวดย่อย ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา และค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ทั้งหมดและแต่ละหมวดย่อย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 หมวดย่อย ข้อคำถาม จำนวนข้อคำถาม ค่าน้ำหนักตัวประกอบของแต่ละหมวดย่อย ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา และค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ทั้งหมดและแต่ละหมวดย่อย

หมวดย่อย	ค่าน้ำหนักตัวประกอบ
ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาทั้งหมด = .91 หมวดย่อยที่ 1 ข้อมูล จำนวน 12 ข้อ	ค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 41.2
ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา = .88	ค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 33.3
1. แพทย์บอกรายละเอียดผลการตรวจทางพยาธิวิทยา	.615
2. แพทย์บอกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด	.560
3. แพทย์อธิบายรายละเอียดวิธีการรักษา	.704
4. แพทย์บอกให้ฉันรู้ถึงการรักษาโดยวิธีการต่างๆวิธี	.668
5. แพทย์บอกให้ฉันทราบถึงการศึกษาวิจัยที่ทันสมัยและวิธีการรักษาแบบใหม่ในการดูแลรักษาโรคมะเร็งที่ฉันเป็นอยู่	.626

ตารางที่ 2 หมวดย่อย ข้อคำถาม จำนวนข้อคำถาม ค่าน้ำหนักตัวประกอบของแต่ละหมวดย่อย ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา และค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ทั้งฉบับและแต่ละหมวดย่อย (ต่อ)

หมวดย่อย	ค่าน้ำหนักตัวประกอบ
6. แพทย์บอกให้ฉันทราบถึงการพยากรณ์โรค การทำนาย สภาวะอาการ และผลการรักษาโรคในอนาคต	.509
7. แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ฉันเป็นอยู่มากเพียงพอ	.553
8. แพทย์ให้ข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับความรุนแรงและสภาวะของโรค	.683
9. แพทย์บอกฉันว่าโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นมีผลกับชีวิตประจำวันของฉันอย่างไร	.647
10. แพทย์ทำให้ฉันมั่นใจในศักยภาพ ทักษะความสามารถในการดูแลรักษา	.629
11. แพทย์ให้เวลาในการตอบคำถามของฉันจนฉันเข้าใจ	.659
12. แพทย์ให้ข้อมูลและเวลาในการตอบคำถามทุกคำถามของฉัน	.527
หมวดย่อยที่ 2 การสนับสนุนและเอื้ออำนวย จำนวน 15 ข้อ	
ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา = .87	ค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ร้อยละ 7.9
1. แพทย์บอกแหล่งข้อมูล สถานที่ที่สามารถดูแลให้การสนับสนุน ความช่วยเหลือฉันในสังคมที่ฉันอาศัยอยู่ได้	.444
2. แพทย์แสดงให้เห็นถึงความห่วงใยเอาใจใส่ และให้ความสนใจฉันอย่างเต็มที่	.544
3. แพทย์ปลอบโยนให้ฉันสบายใจ ถ้าฉันรู้สึกเศร้า เสียใจ	.670
4. แพทย์บอกฉันว่า “ไม่เป็นไร” ถ้าฉันรู้สึกแ่ หรือไม่สบายใจ	.597
5. แพทย์ส่งเสริมหรือเปิดโอกาสให้ฉันได้บอกเล่าระบายความรู้สึกเมื่อฉันรู้ว่า เป็นมะเร็ง และทำให้ฉันรู้สึกเป็นเรื่องปกติที่ฉันจะแสดงอารมณ์ และความรู้สึกของฉันออกมา	.694
6. มีแพทย์คอยดูแลให้ความหวังฉันเกี่ยวกับอาการ หรือ โรคที่ฉันเป็น	.605
7. มีบุคลากรทางสุขภาพอื่น เช่น พยาบาล คอยสนับสนุนช่วยเหลือ ในการให้ข้อมูลแก่ฉัน	.611
8. มีแพทย์ให้ข้อมูลสมาชิกในครอบครัวของฉันเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค	.526
9. มีแพทย์ให้ข้อมูลสมาชิกในครอบครัวของฉันเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค	.614
10. แพทย์ช่วยให้ฉันค้นพบว่าจะบอกผู้อื่นอย่างไร เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ฉันเป็นอยู่	.447
11. การให้ข้อมูลกับฉันเป็นการส่วนตัว และบอกข้อมูลและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับฉันโดยตรง	.390
12. การให้ข้อมูลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เป็นสัดส่วน	.541
13. แพทย์จัดสรรเวลาไว้โดยเฉพาะสำหรับให้ข้อมูลแก่ฉัน	.667
14. แพทย์มองและสบตาด้านขณะพูดคุยให้ข้อมูล	.694
15. แพทย์คอยจนกว่าผลการตรวจต่างๆ เสร็จสมบูรณ์ จึงบอกข้อมูลกับฉัน	.414

KMO = .87 Bartlett's test of sphericity df 351 Sig .000

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ประเด็นคือ ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์คุณภาพของแบบสอบถาม และลักษณะเนื้อหาของข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายของผู้ป่วย

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะเห็นได้ว่า เป็นผู้ป่วยมะเร็งกระดูกทั้งหมดที่มีอายุเฉลี่ยค่อนข้างน้อยคือ 36.7 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่อายุผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าทั้งในประเทศไทยที่อายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปี¹⁶ และต่างประเทศที่มีอายุเฉลี่ย 54 ปี¹ 57.2 ปี⁸ และ 62 ปี^{11,20} เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งกระดูกพบในผู้ป่วยอายุน้อย แต่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาอื่นเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทางเดินอาหาร ตีระชะและคอ ทางนรีเวช ปอด และระบบปัสสาวะ ที่มีอุบัติการณ์การเกิดในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า^{1,8,12,21} ทั้งยังแตกต่างกับการศึกษาอื่นในต่างประเทศ^{1,8} ด้านสถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ อาจมาจากการที่การศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งตั้งแต่อายุน้อยจึงมีสถานภาพสมรส โสด แต่มีการศึกษาระดับน้อยกว่า และรายได้น้อยกว่า

สำหรับผลการทดสอบคุณภาพแบบสอบถามแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ว่ามีเนื้อหาตรงตามทฤษฎีหรือแนวคิดที่ใช้เป็นพื้นฐานตามวัตถุประสงค์ในการพัฒนาเครื่องมือหรือแบบสอบถามนั้นคือมากกว่า .70⁹ ส่วนความเข้าใจด้านภาษาที่ใช้โดยผู้ป่วยมะเร็งกระดูกที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านแบบสอบถาม พบว่ามีความเข้าใจตรงกันโดยไม่มีข้อเสนอแนะนั้น จึงหมายความว่า

ว่าแบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่มาจากการแปลกลับมีเนื้อหาตรงกับแนวคิดที่ใช้พัฒนาตามบริบทและวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามต้นฉบับ และมีภาษาที่กลุ่มตัวอย่างอ่านแล้วเข้าใจได้^{9,10,21}

ส่วนผลการวิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทยนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ควรใช้น้อยที่สุด 3 หรือ 5 คนต่อ 1 ข้อคำถามหรืออาจมากได้ถึง 10 คนต่อ 1 ข้อคำถามก็ได้^{17,18} หรืออาจใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 ถึง 200 ราย ที่ถือว่าเพียงพอกับการวิเคราะห์ตัวประกอบ¹⁸ แต่ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 5 คนต่อ 1 ข้อคำถาม หรือ 135 ราย วิเคราะห์ค่าไคเซอร์มีเยอร์โอคินมีนัยสำคัญเท่ากับ .87 ที่มากกว่าค่าที่ยอมรับได้คือ .50 ขึ้นไป¹⁸ แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการวิเคราะห์ ทั้งจำนวนข้อคำถามและระดับการประมาณค่าที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นไปตามเกณฑ์เสนอแนะในวรรณกรรมที่ว่าข้อคำถามในแบบสอบถามที่ใช้กับผู้ป่วยควรลดจำนวนข้อคำถามลง เพื่อลดระยะเวลาในการทำแบบสอบถาม⁹ แต่ไม่ควรน้อยกว่า 20 ข้อ โดยใช้ระดับการประมาณค่าตัวเลือกแบบลิเกิร์ต 3-7 ระดับ เนื่องจากข้อดีของตัวเลือกแบบลิเกิร์ต คือ วัดความรู้สึกตามพฤติกรรมได้ดี นำผลไปวิเคราะห์ได้ง่าย และใช้สะดวก^{9,17} แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทยมีจำนวนข้อคำถามที่ปรับแล้ว 27 ข้อ ใช้การประมาณค่าโดยตัวเลือกแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ

ในการทดสอบบาร์เรทนั้น หากได้ค่าที่ต่ำโดยทั่วไปแล้วหมายถึงมีการกระจายแบบปกติ (multivariate normal distribution) และแกนเมตริกซ์ความสัมพันธ์ (correlation matrix) เหมาะกับการวิเคราะห์ตัวประกอบ^{17,18} ในการศึกษานี้ได้ค่านัยสำคัญของการทดสอบบาร์เรท (p) เท่ากับ .000 ซึ่งเป็นค่าที่ต่ำ

ดังนั้นวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ตัวประกอบจึงมีความเหมาะสม

คุณภาพแบบสอบถามด้านค่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟานั้น ค่าที่ยอมรับได้คือเท่ากับหรือมากกว่า .70^{9,18} โดยค่าที่สูงบอถึงความสอดคล้องภายในสูงและมีความเที่ยง จากการที่ข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์สอดคล้องอยู่ในองค์ประกอบเดียวกัน โดยมีความสัมพันธ์กับข้อคำถามที่อยู่คนละองค์ประกอบน้อยกว่า^{9,17,18} ผลการศึกษาพบว่า แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาแต่ละหมวดย่อยเท่ากับ .87 และ .88 หมายถึงในด้านความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในระดับสูงกว่าค่าที่ยอมรับได้ อธิบายได้ว่าข้อคำถามแต่ละข้อทั้งหมดในแต่ละหมวดย่อยมีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน^{17,18} นั่นคือแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้คุณภาพดีมีความเที่ยง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทยจำนวน 27 ข้อ ทำการทดสอบคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกปฐมภูมิจำนวน 135 คน ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า แบบสอบถามประกอบด้วย 2 หมวดย่อย ข้อคำถามแต่ละหมวดย่อยมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันสูง มีคุณภาพดีทั้งด้านความตรงและความเที่ยง โดยความตรงตามโครงสร้างมีค่าน้ำหนักตัวประกอบอยู่ระหว่าง .390-.704 มากกว่าเกณฑ์ค่าน้ำหนักตัวประกอบที่กำหนดไว้ว่าต้องมากกว่า .30^{17,18} การจัดข้อคำถามให้อยู่ในแต่ละหมวดย่อยพิจารณาจากความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามดังกล่าว ซึ่งแต่ละข้อคำถามอยู่ใน 2 หมวดย่อยทั้งหมด และมีค่าความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในโดยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาแต่ละหมวดย่อยอยู่ในระดับสูงและมากกว่าค่าที่ยอมรับได้

คุณภาพและคุณลักษณะอื่นของแบบสอบถามฉบับภาษาไทย เปรียบเทียบกับต้นฉบับภาษาอังกฤษของปาร์คเกอร์และคณะ⁸ พบว่ามีความแตกต่างกันทั้งจำนวนข้อคำถามและความตรงตามโครงสร้าง จำนวนข้อคำถามของต้นฉบับ 32 ข้อ⁸ แต่ฉบับภาษาไทยมีจำนวน 27 ข้อ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าข้อคำถามบางข้อมีเนื้อหาที่มีความซ้ำซ้อนกัน เสนอแนะให้ตัดออก แต่อย่างไรก็ตามแบบสอบถามภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอนั้นแล้ว ยังมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ดีดังที่กล่าวมาแล้ว ส่วนในด้านการวิเคราะห์ตัวประกอบหลัก ต้นฉบับแบ่งเป็น 3 หมวดย่อย⁸ แต่ฉบับภาษาไทยแบ่งเป็น 2 หมวดย่อย โดยข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อยังอยู่ใน 2 หมวดย่อย อธิบายได้ว่าการที่มีค่าน้ำหนักตัวประกอบที่มีความสัมพันธ์ของโครงสร้างแตกต่างกันนั้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งกระดูกชาวไทยอาจมีความต้องการในด้านต่างๆ แตกต่างกับผู้ป่วยมะเร็งชาวอเมริกันที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทางเดินอาหาร ทางนรีเวช และระบบปัสสาวะ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่มะเร็งชนิดเดียวกันและข้อมูลส่วนบุคคลก็แตกต่างกัน ทั้งบริบททางสังคม ความสัมพันธ์ และปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์ในสังคมชาวตะวันออกมีความแตกต่างกับชาวอเมริกัน^{1,7,11,20}

การศึกษาของชูและคณะ¹ ทำการแปลกลับแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษจำนวน 32 ข้อเป็นภาษาจีนกลางและทำการทดสอบคุณภาพโดยวิธีเดียวกับต้นฉบับและฉบับภาษาไทย พบว่าข้อคำถามทั้ง 32 ข้อมีองค์ประกอบ 2 หมวดย่อยคือ ข้อมูล และการสนับสนุน ต่างกับต้นฉบับแต่คล้ายกับฉบับภาษาไทย อาจเป็นเพราะว่าลักษณะทางสังคมของชาวจีนคล้ายคลึงกับชาวไทยมากกว่าชาวอเมริกันและชาวญี่ปุ่น ซึ่งการศึกษานี้ได้รายงานลักษณะการปกป้องผู้ป่วยไม่ให้

ทราบข่าวร้าย เพราะญาติกลัวว่าผู้ป่วยจะกังวลโดยไม่จำเป็น ที่ตรงกับการศึกษาของเต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์และคณะ¹⁶ ในผู้ป่วยมะเร็งชาวไทยที่พบว่าญาติมีความต้องการไม่แพ้แพทย์แจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยโดยตรงเช่นกัน อาจทำให้เมื่อใช้การวิเคราะห์แบบเดียวกัน จึงได้ลักษณะองค์ประกอบที่คล้ายกัน

เมื่อเปรียบเทียบแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทยกับฉบับภาษาญี่ปุ่นของฟูจิโมริและคณะ^{11,20} ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งชาวตะวันออกเหมือนกัน โดยมีการศึกษา 2 เรื่องที่เป็นการพัฒนาแบบสอบถามดังกล่าวในผู้ป่วยชาวญี่ปุ่นที่เป็นมะเร็งเต้านม ทางเดินอาหาร ศีรษะและคอ และปอด พบว่ามีความแตกต่างกันเชิงโครงสร้างเช่นกัน การศึกษาแรกของฟูจิโมริและคณะ¹¹ ใช้การแปลกลับข้อความของแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษจำนวนทั้งหมด 46 ข้อ ซึ่งจำนวนข้อและข้อความมาจากการศึกษาตอนที่เริ่มพัฒนาแบบสอบถามนี้ของปาร์คเกอร์และคณะ⁸ จากนั้นนำไปทดสอบการอ่านด้านความเข้าใจภาษาที่ใช้กับผู้ป่วย และทดสอบคุณภาพด้วยการวิเคราะห์โครงสร้างโดยการวิเคราะห์ตัวประกอบหลักแบบแม็กซ์ิมัลดิสตด้วยวิธีการหมุนวาริแม็กซ์ (maximum likelihood factor analysis with varimax rotation)¹¹ ที่ต่างกับการศึกษานี้ แต่ใช้เกณฑ์การจำแนกโครงสร้างตามค่าไอเกนและจุดสกรี้เหมือนกัน

จากข้อความที่เหลือ 42 ข้อ พบองค์ประกอบ 5 หมวดย่อย แต่ละหมวดย่อยยังมีจำนวนข้อความแตกต่างกันต้นฉบับและฉบับภาษาไทย คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูลการรักษา การอธิบายอย่างชัดเจน การกระตุ้นให้ถามคำถาม และสถานที่ ฟูจิโมริและคณะใช้สถิติในการวิเคราะห์ตัวประกอบหลักต่างกับฉบับภาษาอังกฤษต้นฉบับและฉบับภาษาไทยที่ได้

จากการศึกษานี้ ซึ่งการวิเคราะห์ตัวประกอบหลักแบบแม็กซ์ิมัลดิสตเป็นการหาองค์ประกอบแบบใช้วิธีทฤษฎีนำ (theory-driven approach)¹⁸ จึงอาจทำให้ได้แบบสอบถามฉบับภาษาญี่ปุ่นที่มาจากการแปลกลับ มีจำนวนข้อความ รายละเอียด และลักษณะองค์ประกอบเชิงโครงสร้างแตกต่างเพราะใช้วิธีการวิเคราะห์ที่ต่างกัน

ยิ่งไปกว่านั้น ฟูจิโมริและคณะ²⁰ ยังพัฒนาแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาญี่ปุ่นอีกฉบับ ที่มีการพัฒนาที่แตกต่างกับฉบับภาษาญี่ปุ่นที่แปลกลับและฉบับภาษาไทยในการศึกษานี้คือ เป็นฉบับที่มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยมะเร็งและแพทย์ชาวญี่ปุ่น ทบทวนวรรณกรรมและประชุมปรึกษาระหว่างทีมผู้วิจัยเพื่อสร้างข้อความ โดยจำนวนข้อความเริ่มต้นมีทั้งหมด 70 ข้อ เมื่อได้ข้อความจึงนำไปให้ผู้ป่วยอ่านหาความเข้าใจภาษาที่ใช้และทดสอบคุณภาพ เนื่องจากการสร้างแบบสอบถามใหม่ วิเคราะห์โครงสร้างโดยการวิเคราะห์ตัวประกอบหลักแบบแม็กซ์ิมัลดิสตด้วยวิธีการหมุนโปรแม็กซ์ (pro-max rotation) ตามค่าน้ำหนักตัวประกอบและจุดสกรี้ได้ 4 หมวดย่อยคือ วิธีการแจ้งข่าวร้าย (methods of disclosure of the bad news) การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ (provision of emotional support) การให้ข้อมูลเพิ่มเติม (provision of additional information) และสถานที่ (setting)²⁰ แต่ละหมวดย่อยยังมีความแตกต่างในจำนวนข้อความและรายละเอียดในข้อความทั้งกับฉบับภาษาญี่ปุ่นที่ได้จากการแปลกลับ

แบบสอบถามนี้ไม่ได้ใช้วิธีวิเคราะห์คุณภาพเหมือนกับฉบับภาษาญี่ปุ่นที่แปลกลับและฉบับภาษาไทย ที่ใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบหลักด้วยวิธีการหมุนวาริแม็กซ์ ทำให้แบบสอบถามฉบับภาษาญี่ปุ่น

ที่มาจากการสัมภาษณ์ไม่ได้มาจากแปลกลับ มีจำนวนข้อคำถาม รายละเอียดและลักษณะโครงสร้างแตกต่างกับฉบับภาษาอังกฤษ ฉบับภาษาญี่ปุ่นที่แปลกลับ และฉบับภาษาไทย เพราะว่าวิธีการวิเคราะห์ตัวประกอบหลักด้วยการค้นหาคำประกอบด้วยวิธีการหมุนค่าแกนเมตริกซ์ความสัมพันธ์คนละแบบ อาจให้ค่าความสัมพันธ์กันระหว่างข้อคำถามที่แตกต่างกันจากการวิเคราะห์ได้^{17,18} จะเห็นได้ว่า แม้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เหมือนกันและสถิติคล้ายกันโดยวิธีการหมุนต่างกันในการศึกษา 2 เรื่องของฟูจิโมริและคณะ แต่ยังคงองค์ประกอบของโครงสร้างต่างกัน

ในด้านลักษณะเนื้อหาของข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายตามความชอบของผู้ป่วย ฉบับภาษาไทยของการศึกษานี้ พบการแบ่งเนื้อหาตามความสอดคล้องเชิงโครงสร้างได้ 2 หมวดย่อย ซึ่งเนื้อหาของข้อคำถามในหมวดย่อยที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูล คำน้ำหนักตัวประกอบที่สูงที่สุดคือ “การอธิบายรายละเอียดวิธีการรักษา” รองลงมาคือ “การให้ข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับความรุนแรงและสภาวะของโรค” และ “การบอกให้รู้ถึงการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ทุกวิธี” โดยข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักตัวประกอบสูงหมายถึง ข้อคำถามนั้นมีความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างอย่างมากกับข้อคำถามอื่นตามทฤษฎีหรือแนวคิดที่ใช้เป็นพื้นฐาน^{17,18}

ข้อคำถามทั้ง 3 ข้อสอดคล้องกับความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายของผู้ป่วยมะเร็งในการศึกษาหลายเรื่องทั้งในประเทศไทย¹⁶ และต่างประเทศ^{12,20,21} ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลมากกว่า^{11,12,21} ต้องการข้อมูลโดยเฉพาะการรักษาเพื่อใช้ในการตัดสินใจและการปฏิบัติตัวดูแลตนเอง¹⁶ และผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลต่าง ๆ ทั้งหมด รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรง สภาวะของโรค และการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ^{12,13,16,20,21}

ข้อคำถามในหมวดย่อยที่ 2 เกี่ยวกับการสนับสนุนและเอื้ออำนวย เป็นการรวมการสนับสนุนทางอารมณ์ แหล่งประโยชน์ และการเอื้ออำนวยที่ให้กับผู้ป่วยไม่ว่าจะในขณะแจ้งข่าวร้ายหรือการสนับสนุนช่วยเหลือหลังจากนั้น โดยมีค่าน้ำหนักตัวประกอบที่สูงที่สุดคือ “การมองและสบตาผู้ป่วยขณะพูดคุยให้ข้อมูล” รองลงมาคือ “การส่งเสริมหรือเปิดโอกาสให้ได้บอกเล่าระบายความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยรู้ว่าเป็นมะเร็ง” “ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นเรื่องปกติที่จะแสดงอารมณ์และความรู้สึกออกมา” และ “การปลอบโยนให้สบายใจถ้ารู้สึกเศร้าเสียใจ” คำน้ำหนักตัวประกอบน้อยที่สุดคือ “การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัว” และ “บอกข้อมูลและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง”

แบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษพัฒนาขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานของลักษณะปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพที่ว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ในขณะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรักษา⁸ ซึ่งตรงกับการศึกษาหลายเรื่องคือ ผู้ป่วยหญิงต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยชาย^{1,8,11,21} ผู้ป่วยชาวอเมริกันต้องการมากที่สุดคือการแจ้งข่าวร้ายโดยแพทย์บอกผู้ป่วยโดยตรงและแพทย์ควรให้ความสนใจผู้ป่วย⁸ และที่มีความต้องการน้อยกว่าผู้ป่วยชาวไทยในการศึกษานี้คือการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัวและการให้ความสำคัญกับการมองและสบตาผู้ป่วยขณะพูดคุยให้ข้อมูล

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งกระดูกชาวไทยยังคงมีความต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพอื่น เช่น พยาบาล เป็นต้น คอยเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือตนเองเช่นกัน จากข้อคำถามในการศึกษานี้ที่พบค่าน้ำหนักตัวประกอบค่อนข้างสูง (.611) ดังนั้นพยาบาลสามารถเป็น

แหล่งสนับสนุนที่สำคัญและเอื้ออำนวยประโยชน์ให้กับผู้ป่วย ทั้งยังเป็นผู้ที่สามารถให้เวลาและกำลังใจแก่ผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการได้รับการแจ้งข่าวร้าย ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในการรักษา การดำเนินชีวิต และทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ²² ซึ่งต่างกับการศึกษาหลายเรื่อง^{8,11,21} ในผู้ป่วยมะเร็งชาวอเมริกัน จีนสิงคโปร์ และญี่ปุ่นที่ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพอื่นเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือตนเองน้อยกว่า อาจเป็นเพราะว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็งชาวอเมริกันของปาร์คเกอร์และคณะ⁸ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทางเดินอาหาร ทางนิ่ว และระบบปัสสาวะ การศึกษาของชูและคณะ¹ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ทางเดินอาหาร ปอด และศีรษะและคอ แม้แต่การศึกษาของฟูจิโมริและคณะ¹¹ ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร เต้านม ศีรษะและคอ และปอด ซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งกระดูกที่มีอายุน้อยเช่นการศึกษานี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทในการรักษาและรายละเอียดของลักษณะสังคมวัฒนธรรมไม่เหมือนกับชาวไทย²¹

กล่าวโดยสรุป แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทยที่พัฒนามาจากการแปลกลับในการศึกษาครั้งนี้มีคุณภาพที่ดี แต่มีความแตกต่างเชิงโครงสร้างกับแบบสอบถามต้นฉบับฉบับภาษาจีนกลาง และฉบับภาษาญี่ปุ่นดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น รวมทั้งรายละเอียดของความสัมพันธ์ของข้อคำถามก็มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามแบบสอบถามฉบับภาษาไทยมีลักษณะคุณภาพที่ดีสามารถนำไปใช้ประเมินความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกชาวไทยได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ด้านการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือทำในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกเพียงกลุ่มเดียว การนำผลการวิจัยไปใช้จึงจำกัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรทำวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study) ในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกและกลุ่มอื่นเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของผู้ป่วยเหล่านั้น และทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) เพื่อหาลักษณะความต้องการที่เฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งชาวไทยทุกกลุ่มในการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ โดยอาจเน้นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลในแง่มุมที่เกี่ยวข้องตามบริบททางลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้อาจใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากแบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้ายฉบับภาษาไทยมีความตรงและความเที่ยงที่ดีสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งกระดูกได้ แต่ผู้ป่วยแต่ละรายอาจให้ลำดับความสำคัญของความต้องการเรื่องต่างๆ แตกต่างกันไป พยาบาลควรนำข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้จากการประเมินโดยใช้แบบสอบถามมาจัดลำดับความสำคัญของความต้องการ วางแผนการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยที่สำคัญที่สุดและต้องการก่อน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านั้นสามารถปรับตัวหรือแก้ปัญหาของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยได้รับการตอบสนองด้านต่างๆ ตามความต้องการอย่างเพียงพอ เพื่อลดความทุกข์ทรมานหลังจากได้รับการแจ้งข่าวร้าย ทำให้สามารถตัดสินใจวางแผนการรักษาหรือการดำเนินชีวิต หรือได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจตามความต้องการได้อย่างเหมาะสมดังที่กล่าวมาแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนบางส่วนจาก
ทุนพระศรีนครินทร์บรมราชชนนีเพื่อพัฒนาการ
พยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Chiu L-Q, Lee W-SD, Gao F, Parker PA, Ng G-Y, Toh C-K. Cancer patient's preference for communication of unfavorable news: an Asian perspective. **Support Care Cancer.** 2006; 14: 818-24.
2. Boonnun J, Chayaput P. Nurse's role in unfavorable information "breaking bad news" communication to cancer patients. **Thai J Nurs Council.** 2009; 24(3): 7-19.
3. Brook I. Caring for a loved one with cancer. **Support Care Cancer.** 2011; 19: 731.
4. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening: needs, models, and methods. **J Psychosom Res.** 2003; 55: 403-9.
5. Cambell HS, Fisher RS, Turner D, Hayward L, Wang XS, Tay-lor-Brown J. Psychometric properties of cancer survivors' unmet needs survey. **Support Care Cancer.** 2011; 19: 221-30.
6. Li J, Gingis A. Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population? **Psychooncology.** 2006; 15: 509-16.
7. Baile WF, Palmer JL, Breura E, Parker PA. Assessment of palliative care cancer patients' most important concerns. **Support Care Cancer.** 2011; 19: 475-81.
8. Parker PA, Baile WF, deMoore C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news: patients' preferences for communication. **J Clin Oncol.** 2001; 19(7): 2049-56.
9. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. **Measurement in nursing and health research.** 3rd ed. New York: Springer; 2005.
10. DeMorgan SE, Butow PN, Lobb EA, Price MA, Nehill C. Development and pilot testing of a communication aid to assist clinicians to communicate with women diagnosed with ductal carcinoma in situ. **Support Care Cancer.** 2011; 19: 717-23.
11. Fujimori M, Parker PA, Akichi T, Sakano Y, Baile WF, Uchitomi Y. Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. **Psychooncology.** 2007; 16: 617-25.
12. Brown VA, Parker PA, Furber L, Thomas AL. Patient preferences for the delivery of bad news—the experience of a UK cancer center. **Eur J Cancer Care.** 2011; 20: 56-61.
13. Cox A, Jenkins V, Catt S, Langridge C, Fallowfield L. Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. **Eur J Oncol Nurs.** 2006; 10: 262-72.
14. Bruera E, Plamer J-L, Pace E, Zhang K, Willey J, Strasser F, et al. A randomized controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients. **Palliat Med.** 2007; 21: 501-5.
15. Wittmann E, Beaton C, Lewis WG, Hopper AN, Azamawi F, Jackson C, et al. Comparison of patients' needs and doctors' perceptions of information requirements related to a diagnosis of oesophageal or gastric cancer. **Eur J Cancer Care.** 2011; 20: 187-95.
16. Phungrassami T, Sriplung H, Roka A, Mintrasak E, Peerawong T, Aegem U. Disclosure of a cancer diagnosis in Thai patients treated with radiotherapy. **Soc Sci Med.** 2003; 57: 1675-82.
17. Nunnally JC, Bernstein IH. **Psychometric theory.** 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

แบบสอบถามความต้องการการสื่อสารข่าวร้าย: ลักษณะคุณภาพแบบวัดฉบับภาษาไทย

18. Munro BH. Statistical methods for health care research. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
19. Su CT, Parham LD. Generating a valid questionnaire translation for cross-cultural use. **Am J Occup Ther.** 2002; 56(5): 581-5.
20. Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. **Psychooncology.** 2007; 16: 573-81.
21. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. **Jpn J Clin Oncol.** 2009; 39(4): 201-16.
22. Gilbert JE, Green E, Lankshear S, Hughes S, Burkoski V, Sawka C. Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation, and model design. **Eur J Cancer Care.** 2011; 20: 228-36.

The Measure of Patients' Preferences for Communication: Psychometric Characteristics of the Thai Version

Jitchaya Boonnun MNS, APN*
Prangtip Chayaput PhD (Nursing)**

Abstract: Disclosure of “bad news” in cancer patients is a stressful experience. The patients’ preference in communication in order to deliver this unfavorable information is crucial for relieving their distress. The objective of this study was to explore psychometric properties of the measure of patients’ preferences: Thai version (MPP-T). The sample of 135 patients with bone cancers from tertiary care hospital in Bangkok was enrolled. The original English version of the measure of patients’ preferences (MPP) was back-translated into Thai version. Content validity, consistency, and accuracy were examined by 3 experts. Readability of language was verified by 30 bone cancer patients. The 32-item original MPP with 3 dimensions then was reduced to 27 items in the Thai version. Principal component factor analysis with varimax rotation confirmed two-factor structures of 27-item MPP-T with 41.2% of total explained variance: content (12 items) and support and facilitation (15 items) dimensions. Factor loadings ranged from .390 to .704. Cronbach’s alpha coefficient of total scale was .91 and ranged from .87 to .88 for each subscale. The MPP-T illustrates good validity and reliability in determining the patients’ preferences for communication. It can be utilized in the clinical practice to explore what cancer patients prefer the health care providers to communicate during disclosing the bad news.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(3) 31-47

Keyword: Bad news, Cancer, Communication, Patients’ preferences, Psychometric characteristic

*Clinical Nurse Expert, Department of Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

**Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University,
Email: nspsy@mahidol.ac.th