

## การประเมินความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

อนงค์ศักดิ์ กองนิล<sup>1</sup>, นวลทิพย์ ปั่นทองพันธ์<sup>1</sup>, กัมพล อินทรทะกุล<sup>1\*</sup>, ชุริภรณ์ สีลกันตสุทธิ<sup>1</sup>,  
รัศมีสุนันท์ จันทระภักดี<sup>2</sup>, บุญชัย งามสิริมาศ<sup>3</sup>

รับบทความ: 29 มิถุนายน 2568; ส่งแก้ไข: 17 พฤศจิกายน 2568; ตอรับ: 3 ธันวาคม 2568

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมักได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงทางร่างกายและจิตใจ การประเมินความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อประเมินความต้องการจำเป็น จัดลำดับความสำคัญ และวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**วิธีดำเนินการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงพรรณนาคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 220 ราย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น การจัดลำดับความสำคัญ และการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุด้วยกระบวนการกลุ่มโดยใช้เทคนิคสมมติฐาน ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการกลุ่มนำมาวิเคราะห์เนื้อหาโดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนของ Van Manen และสร้างแบบสรุปผลการวิเคราะห์ด้วยเทคนิคแผนภูมิแกงปลาตามแนวคิดของ Ishikawa

**ผลการวิจัย :** ความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากการศึกษานี้ตามมิติ PNI<sup>modified</sup> อยู่ระดับปานกลางถึงสูง ได้แก่ อาการที่ส่งผลต่อสุขภาพ (0.34) รองลงมาคือ การทำหน้าที่ทางชีวภาพ (0.29) สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย (0.26) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (0.22) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ ข้อจำกัดของผู้ให้บริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และครอบครัวผู้ป่วย

**สรุป :** ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดมีความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพในหลายมิติ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ การเสริมทักษะทีมสุขภาพ และการสนับสนุนครอบครัว จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพได้

**คำสำคัญ :** การประเมินความต้องการจำเป็น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ยาเคมีบำบัด การตอบสนองความต้องการจำเป็น

<sup>1</sup> ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

<sup>2</sup> ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี 20131

<sup>3</sup> ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

\* ผู้มีพันธะประสานงาน: อีเมล: Kampon.int@gmail.com

## Needs Assessment of Health-Related Quality of Life Among Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy

Anongsak kongnin<sup>1</sup>, Nualthip Puntongpun<sup>1</sup>, Kampon Introntakun<sup>1\*</sup>,  
Chureeporn Silaguntsuti<sup>1</sup>, Russunan Jantarapakdee<sup>2</sup>, Boonchai ngamsirimas<sup>3</sup>

Received: June 26, 2025; Received revision: November 17, 2025; Accepted: December 3, 2025

### Abstract

**Background:** The quality of life of colorectal cancer patients receiving chemotherapy is often affected by physical and psychological side effects. Assessing health-related quality of life needs is therefore a crucial foundation for planning appropriate care.

**Objective:** To assess the needs, prioritize them, and analyze the causal factors of health-related quality of life needs among colorectal cancer patients receiving chemotherapy.

**Material and methods:** The sample for this descriptive study comprised 220 colorectal cancer patients receiving chemotherapy at a tertiary hospital in Bangkok. A health-related quality of life assessment was used to analyze needs, prioritize them, and examine causal factors through a group process using the Assumption-Based Technique. Data obtained from the group process were analyzed using a content analysis approach adapted from Van Manen's steps, and the synthesized results were summarized using a fishbone diagram based on Ishikawa's concept.

**Results:** The health-related quality of life needs identified in this study, based on the PNI<sub>modified</sub> dimensions, ranged from moderate to high levels. These included symptoms affecting health (0.34), followed by biological functioning (0.24), physical functioning (0.23), and perceived health status (0.22), respectively. The causal factors influencing the response to these health-related quality of life needs included limitations of healthcare providers, the healthcare system, and the patients' families.

**Conclusion:** Colorectal cancer patients receiving chemotherapy have multidimensional health-related needs. Developing a holistic care model that encompasses all aspects of well-being, enhancing healthcare team competencies, and strengthening family support can effectively improve patient's health-related quality of life.

**Keywords:** Needs Assessment, Health-Related Quality of Life, Colorectal Cancer Patients, Chemotherapy, Response to Needs

<sup>1</sup> Nursing Department, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300, Thailand.

<sup>2</sup> Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi 20131, Thailand.

<sup>3</sup> Department of Surgery, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10300, Thailand.

\* Corresponding Author: E-mail: Kampon.int@gmail.com

## บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและในประเทศไทย<sup>[1]</sup> โดยแนวโน้มของผู้ป่วยและการเสียชีวิตจากโรคนี้อย่างคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>[2]</sup> จากรายงานของ American Cancer Society<sup>[3]</sup> คาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ถึง 2,041,910 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 618,120 ราย ขณะที่ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยระบุว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักติดอันดับ 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด โดยเฉพาะในเพศชายซึ่งพบเป็นอันดับ 3 และเพศหญิงเป็นอันดับ 4<sup>[4]</sup>

มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ประกอบด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับแผนการรักษาอื่น<sup>[5]</sup> ซึ่งแม้ยาเคมีบำบัดจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและอาจยืดอายุผู้ป่วยได้<sup>[6]</sup> แต่ก็มักก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ผอมลง ภูมิคุ้มกันลดลง<sup>[7-8]</sup> ซึ่งปัญหาเหล่านี้นำไปสู่การลดลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยในหลายมิติไม่ว่าจะเป็นการดำรงชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง<sup>[9]</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับภาวะทางจิตใจ เช่น ความเครียด วิตกกังวล และความรู้สึกลดเดี๋ยวที่เกิดจากผลข้างเคียงและความไม่แน่นอนของกระบวนการรักษา<sup>[8]</sup> ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและผลลัพธ์ของการรักษา<sup>[10]</sup>

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งทั้งในด้านการทำงาน

ทางชีวภาพ การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ สถานภาพการทำหน้าที่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ<sup>[11-12]</sup> โดยเฉพาะการสื่อสารอย่างเข้าใจและสนับสนุนด้านจิตใจที่สามารถลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา<sup>[13]</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มุ่งเน้นความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นบริบทเฉพาะ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแม้จะมีงานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น ความต้องการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม<sup>[14]</sup> หรือความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>[15]</sup> แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เจาะลึกถึงความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างชัดเจน

ด้วยความตระหนักถึงความสำคัญของการตอบสนองความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาการประเมินความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อการตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบท และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของความ

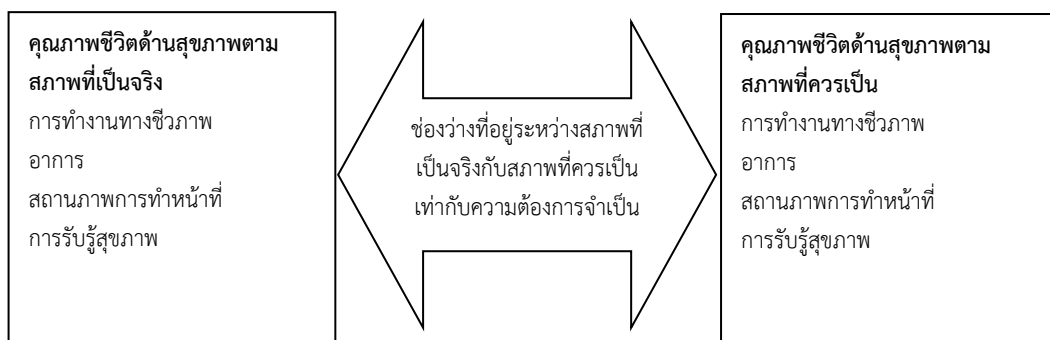
ต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุ ความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษานี้ใช้แนวคิดของ Ferrans และคณะ<sup>[11]</sup> ร่วมกับแนวคิดความต้องการจำเป็นของสุวิมล ว่องวานิช<sup>[16]</sup> โดยแนวคิดของ Ferrans อธิบายว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสะท้อนจากการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะ

สุขภาพของตนเองใน ซึ่งได้นำมาประยุกต์ใช้ 4 มิติ ได้แก่ การทำงานทางชีวภาพ อากาศ สถานภาพการทำงานที่ และการรับรู้สุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติทางกายภาพและจิตใจ ขณะเดียวกันแนวคิดของสุวิมล ว่องวานิช<sup>[16]</sup> มุ่งเน้นการประเมินความต้องการจำเป็น โดยระบุช่องว่างระหว่างสภาพปัจจุบันกับสภาพที่พึงประสงค์ เพื่อวางแนวทางการพัฒนาอย่างเหมาะสม การบูรณาการทั้งสองแนวคิดช่วยให้สามารถเข้าใจปัญหาอย่างครอบคลุม ทั้งในเชิงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการปรับปรุงให้ดีขึ้น ดังสรุปเป็นภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมิน จัดลำดับความสำคัญ และวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยกระบวนการกลุ่มโดยใช้เทคนิคสมมติฐาน (Assumption-Based Group Technique)<sup>[16]</sup> ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรอง COA 045/2568 ลงวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลใช้วิธีการคัดเลือกตามคุณสมบัติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกระบวนการกลุ่มโดยใช้เทคนิคสมมติฐานประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 4 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และแพทย์ 1 ท่าน และผู้ป่วย 6 ท่าน<sup>[17]</sup> ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

### เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพศชายและเพศหญิง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน Mini-Cog และมีคะแนน Mini-Cog มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนขึ้นไป

3. สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอาการทางจิตหรือภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ข้อมูล

2. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตหรือมีภาวะร่างกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

3. ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยทางร่างกายอื่น ๆ ซึ่งแพทย์มีความเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมการวิจัย

### ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ได้ขนาดตัวอย่าง 199 ราย อย่างไรก็ตามเพื่อโอกาสที่ข้อมูลอาจสูญหายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10<sup>[18]</sup> ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้คือ 220 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยครอบคลุมข้อมูลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดย

ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับ ระยะของโรค โรคร่วม ยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และแผนการรักษา เป็นต้น ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นแบบการตอบสนองคู่ (Dual-response format) เป็นการตอบในลักษณะสภาพที่เป็นจริงกับสภาพที่คาดหวัง<sup>[16]</sup> เป็นช่วงเท่า 5 ระดับ (Likert scale) มีทั้งหมด 28 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาโดยการประยุกต์จากแนวคิดของ Ferrans และคณะ<sup>[11]</sup> มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มี 4 องค์ประกอบ เพื่อประเมินองค์ประกอบมิติการทำหน้าที่ทางชีวภาพอาการที่ส่งผลต่อสุขภาพ สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพของร่างกายแปลผลรายด้าน ค่าเฉลี่ย 0.00-1.00 คือน้อยที่สุด, 1.01-2.00 คือ น้อย, 2.01-3.00 คือ ปานกลาง, 3.01-4.00 คือ มาก และ 4.01-5.00 คือ มากที่สุด<sup>[16]</sup> ตามลำดับ ส่วนที่ 4 แนวคำถามสำหรับกระบวนการกลุ่มโดยใช้เทคนิคสมมติฐาน (Assumption-based technique) พัฒนาจากข้อมูลผลการศึกษาที่ได้จากเครื่องมือส่วนที่ 3<sup>[16]</sup> โดยพัฒนาในรูปแบบคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับปัจจัยหรือสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และแนวคำถามสำหรับใช้ในการจัดกระบวนการกลุ่ม ได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการ

รักษาพยาบาลและการวิจัยประเมินความ ต้องการจำเป็น ได้แก่ (1) อาจารย์แพทย์ 1 ท่าน (2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง 1 ท่าน และ (3) อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พิจารณา ความเหมาะสมและความสอดคล้องของข้อ คำถาม พร้อมให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบประเมิน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดัชนีความตรงเชิง เนื้อหา Scale-level content validity index (S-CVI) ของแบบประเมินแบบประเมิน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.87 ส่วน แนวคำถามสำหรับกระบวนการกลุ่มโดยใช้ เทคนิคสมมติ ได้รับการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาด้วยวิธี Index of item-objective congruence (IOC) เพื่อประเมินความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ผลการประเมินพบว่าค่า IOC อยู่ ในช่วง 0.80–1.00

2. ความเที่ยง (Reliability) ของแบบ ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจ ว่าแบบสอบถามแต่ละส่วนมีความสอดคล้อง กันในการวัด ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่ม ตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างวิจัย กลุ่มจริง จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยง ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 แนว คำถามสำหรับใช้ในการจัดกระบวนการกลุ่ม ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างวิจัยจริง จำนวน 5 ราย ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่าแนวคำถามสามารถ เข้าใจได้ง่ายและใช้ได้กับทุกกลุ่มเป้าหมายที่ เกี่ยวข้อง หลังจากการทดลองใช้ ผู้วิจัยได้ รวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงและ แก้ไขแนวคำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ขอ

อนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหัวหน้าหอ ผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การศึกษา และมาตรการคุ้มครองสิทธิ อาสาสมัคร พร้อมประสานขอใช้สถานที่และ เวลา จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามเกณฑ์ ที่กำหนด โดยใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจงจากรายชื่อในเวชระเบียนของผู้ป่วย หลังจาก ระบุตัวผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แล้ว จึงติดต่อโดยตรง เพื่ออธิบายรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของ การวิจัย รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจ จะให้ ลงนามในเอกสารยินยอม จากนั้นเริ่มเก็บ ข้อมูลหลังการให้ยาเคมีบำบัดเสร็จสิ้น โดยให้ ผู้ป่วยพักอย่างน้อย 10 นาทีในพื้นที่สงบ ตรวจวัดสัญญาณชีพ และหากไม่มีอาการ ผิดปกติ จะมอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ เอง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ก่อนตรวจสอบ ความครบถ้วนของข้อมูล เข้ารหัส และเก็บ รักษาความลับอย่างเคร่งครัด ส่วนการ วิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของความต้องการ จำเป็นคุณภาพชีวิตด้านคุณภาพชีวิตด้วย กระบวนการกลุ่มโดยใช้เทคนิคสมมตินี้ย คัดเลือกผู้เข้าร่วมประกอบด้วยพยาบาล วิชาชีพ 4 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน แพทย์ 1 คน และผู้ป่วย 6 คน ที่เคยตอบ แบบสอบถามในขั้นตอนแรก<sup>[16]</sup> จากนั้นนัด หมายและจัดเตรียมห้องให้คำปรึกษาที่มีความ เป็นส่วนตัวและเงียบสงบเพื่อความสะดวกใน การแลกเปลี่ยนข้อมูล ก่อนเริ่มกิจกรรม ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และมาตรการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วม พร้อมทั้งขอความยินยอมและให้ลงนามใน เอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร การ สนทนาใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นการ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการวิเคราะห์ สถานการณ์ โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำการ

สนทนาและอำนวยความสะดวก ตลอดกิจกรรมซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที มีการบันทึกข้อมูลทั้งด้วยการจดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียง หลังเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยได้ปิดการสนทนา และย้ำถึงการเก็บรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การระบุความต้องการจำเป็น (Needs identification) ผู้วิจัยวัดช่องว่างระหว่างสภาพปัจจุบันกับสภาพที่คาดหวังด้วยดัชนี Modified Priority Needs Index (PNI<sub>modified</sub>) ซึ่งคำนวณจากสูตร  $(I - D) / D$  [16] โดยที่ I คือ ค่าเฉลี่ยระดับสภาพที่คาดหวัง และ D คือค่าเฉลี่ยระดับสภาพปัจจุบัน อิงเกณฑ์การตีความของสวิมล ว่องวานิช [16] คือ ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป ถือว่าอยู่ในระดับความต้องการจำเป็นเร่งด่วนหรือสูง ค่าระหว่าง 0.20-0.29 ถือว่าปานกลาง ส่วนค่าน้อยกว่า 0.19 ถือว่าน้อย [16] และการจัดลำดับความสำคัญจะเรียงจากค่าดัชนี PNI<sub>modified</sub> จากมากไปหาน้อย ดัชนีที่มีค่ามากแปลว่ามีความต้องการจำเป็นสูงควรได้รับการพิจารณา มากกว่าดัชนีที่มีค่าน้อยกว่า [16]

3. ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการกลุ่มนำมาวิเคราะห์เนื้อหาโดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนของ Van Manen [19] เริ่มจากการถอดความข้อมูลจากการบันทึกเสียงอย่างครบถ้วน แล้วอ่านทวนทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจบริบทและสาระสำคัญของเนื้อหา จากนั้นระบุข้อความหรือประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหาเบื้องต้น (Preliminary coding) และจัดหมวดหมู่รหัส (Coding) เพื่อสรุปเป็นหัวข้อหลักและหัวข้อย่อยที่สะท้อนปัจจัยเชิงสาเหตุ

เมื่อได้ผลการสังเคราะห์แล้ว จึงจัดทำแบบสรุปด้วยเทคนิคแผนภูมิแกงปลาตามแนวคิดของ Ishikawa [20] เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นหลักกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและชัดเจน

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) [21] โดยนำข้อมูลและข้อสรุปที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) และให้ทีมวิจัยร่วมกันทบทวนและตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล (Investigator triangulation) เพื่อยืนยันความสอดคล้องของผลการวิเคราะห์และลอคคิตของผู้วิจัย [21]

### ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักจำนวน 220 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 54.09) อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 30.00) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.9) (ร้อยละ 36.36) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.91) ด้านการศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (ร้อยละ 51.82) มีอาชีพหลักคือรับจ้างและไม่ได้ประกอบอาชีพ (รวมร้อยละ 50.91) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท (ร้อยละ 37.73) โดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษา (ร้อยละ 40.91) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 79.54) และได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่ 3 ของโรคมามากที่สุด (ร้อยละ 41.36) โรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงร่วมกัน (ร้อยละ 15.91) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 55.45) รับประทานเคมีบำบัดสูตร Xelox มากที่สุด (ร้อยละ 49.09) และได้รับการรักษา

ในจำนวนรอบ 1–5 ครั้งเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.82) ตามลำดับ

2. ผลการประเมินความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยนำเสนอรายมิติและรายด้านนำเสนอ 3 อันดับแรก ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความต้องการจำเป็นอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยความต้องการจำเป็น (PNI<sub>modified</sub>) อยู่ระหว่าง 0.22–0.34 โดยมีอาการที่ส่งผลต่อสุขภาพมีความต้องการจำเป็นสูงสุด (PNI<sub>modified</sub> = 0.34) รายด้านคือ ความต้องการไม่มีอาการคันหรือผื่นแพ้ที่ผิวหนังซึ่งก่อให้เกิดความไม่สบายตัว (PNI<sub>modified</sub> = 0.36) รองลงมาคือ ความสามารถในการพักผ่อนได้อย่างเต็มที่และตื่นมารู้สึกสดชื่นโดยไม่มีปัญหาการนอน (PNI<sub>modified</sub> = 0.34) รู้สึกสดชื่นและมีพลังในแต่ละวันโดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย (PNI<sub>modified</sub> = 0.33) มิติด้านการทำงานทางชีวภาพ (PNI<sub>modified</sub> =

0.29) รายด้านความต้องการมีระดับพลังงานในร่างกายเพียงพอ (PNI<sub>modified</sub> = 0.31) ความต้องการในการสามารถจัดการกับภาวะท้องอืดและท้องผูกได้ (PNI<sub>modified</sub> = 0.28) และความต้องการมีกล้ามเนื้อและข้อต่อในร่างกายที่ยืดหยุ่นและแข็งแรง (PNI<sub>modified</sub> = 0.27) มิติสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย (PNI<sub>modified</sub> = 0.26) ในรายด้าน ความต้องการในการปฏิบัติหน้าที่ในงาน (PNI<sub>modified</sub> = 0.29) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (PNI<sub>modified</sub> = 0.25) และความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (PNI<sub>modified</sub> = 0.25) มิติการรับรู้ภาวะสุขภาพของร่างกาย (PNI<sub>modified</sub> = 0.22) รายด้านพบว่า ความต้องการในการรับรู้ว่ามีสุขภาพที่แข็งแรงเพียงพอ (PNI<sub>modified</sub> = 0.24) ความต้องการในการมองว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง (PNI<sub>modified</sub> = 0.22) และ ความต้องการในการฟื้นตัวได้เร็วหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (PNI<sub>modified</sub> = 0.20) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (n = 220 ราย)

มิติ	สภาพปัจจุบัน (D)		สภาพที่คาดหวัง (I)		ความต้องการจำเป็น	
	mean	SD	mean	SD	PNI <sub>modified</sub>	ลำดับที่
<b>1. การทำหน้าที่ทางชีวภาพ</b>	<b>3.87</b>	<b>0.61</b>	<b>4.97</b>	<b>0.17</b>	<b>0.29</b>	<b>2</b>
1.1 มีระดับพลังงานในร่างกายเพียงพอ	3.81	0.54	4.98	0.15	0.31	1
1.2 ระบบย่อยอาหารของท่าน สามารถจัดการกับภาวะท้องอืดและท้องผูกได้	3.89	0.71	4.96	0.20	0.28	2
1.3 ท่านมีกล้ามเนื้อและข้อต่อในร่างกาย ที่ยืดหยุ่นและแข็งแรง	3.91	0.57	4.98	0.15	0.27	3
<b>2. อาการที่ส่งผลต่อสุขภาพ</b>	<b>3.67</b>	<b>0.64</b>	<b>4.95</b>	<b>0.22</b>	<b>0.34</b>	<b>1</b>
2.1 ไม่มีอาการคันหรือผื่นแพ้ที่ผิวหนัง ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สบายตัว	3.60	0.67	4.93	0.26	0.36	1
2.2 สามารถพักผ่อนได้อย่างเต็มที่และตื่นมารู้สึกสดชื่นโดยไม่มีปัญหาการนอน	3.69	0.75	4.96	0.19	0.34	2
2.3 รู้สึกสดชื่นและมีพลังในแต่ละวัน โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย	3.73	0.50	4.95	0.22	0.33	3
<b>3. สถานะการทำหน้าที่ของร่างกาย</b>	<b>3.90</b>	<b>0.62</b>	<b>4.94</b>	<b>0.25</b>	<b>0.26</b>	<b>3</b>
3.1 สามารถปฏิบัติหน้าที่ในงานหรืออาชีพของท่านได้ โดยรักษามาตรฐานที่กำหนด	3.83	0.60	4.93	0.26	0.29	1
3.2 สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย หรือการมารับการรักษาต่อเนื่องได้สม่ำเสมอ	3.93	0.67	4.93	0.25	0.25	2
3.3 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างปกติและไม่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ	3.95	0.59	4.95	0.23	0.25	2
<b>4. การรับรู้ภาวะสุขภาพของร่างกาย</b>	<b>3.80</b>	<b>0.58</b>	<b>4.64</b>	<b>0.24</b>	<b>0.22</b>	<b>4</b>
4.1 รับรู้ว่าคุณมีสุขภาพที่แข็งแรงเพียงพอในการทำหน้าที่ต่าง ๆ	3.86	0.57	4.79	0.23	0.24	1
4.2 มองว่าตนเองมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง	3.85	0.52	4.70	0.24	0.22	2
4.3 รับรู้ว่ามีความสามารถฟื้นตัวได้เร็วหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	3.68	0.66	4.42	0.24	0.20	3

3. ผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของสภาพปัจจุบันอยู่ในช่วง 3.67–3.90 และสภาพที่คาดหวังอยู่ในช่วง 4.64–4.97 โดยมีมิติที่มีค่าความต้องการจำเป็นสูง

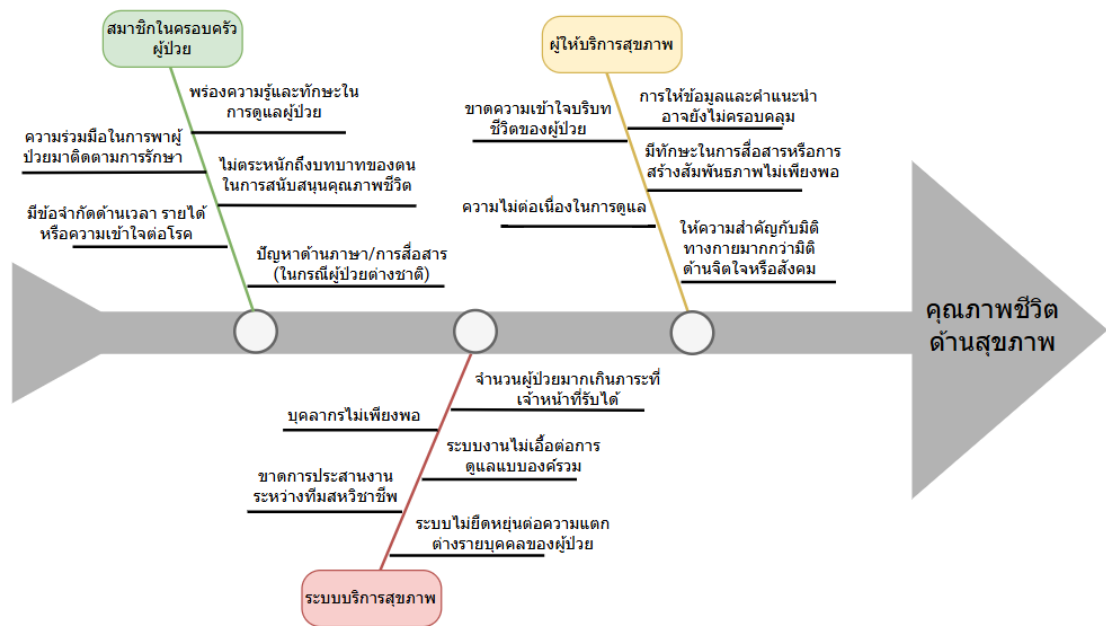
ที่สุด ได้แก่ อาการที่ส่งผลต่อสุขภาพ (PNI<sub>modified</sub> = 0.34) รองลงมาคือ การทำหน้าที่ทางชีวภาพ (PNI<sub>modified</sub> = 0.29) สถานะการทำหน้าที่ของร่างกาย (PNI<sub>modified</sub> = 0.26) และการรับรู้ภาวะสุขภาพของร่างกาย (PNI<sub>modified</sub> = 0.22) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การประเมินรายมิติ	สภาพปัจจุบัน (D)	สภาพที่คาดหวัง (I)	PNI <sub>modified</sub>	ลำดับ
อาการที่ส่งผลต่อสุขภาพ	3.67	4.95	0.34	1
การทำหน้าที่ทางชีวภาพ	3.87	4.97	0.29	2
สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย	3.90	4.94	0.26	3
การรับรู้ภาวะสุขภาพของร่างกาย	3.80	4.64	0.22	4

4. จากการวิเคราะห์ที่ปัจจัยเชิงสาเหตุพบว่า มีผู้ที่เกี่ยวข้องหลัก 3 กลุ่ม ที่ส่งผลต่อการตอบสนองความต้องการจำเป็นด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านผู้ให้บริการสุขภาพ พบข้อจำกัดด้านการให้ข้อมูลไม่ครอบคลุม ขาดความเข้าใจบริบทผู้ป่วย ทักษะการสื่อสารไม่เพียงพอ และการดูแลไม่ต่อเนื่อง ด้านระบบบริการสุขภาพมีปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ ภาระงานสูง ระบบไม่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม และขาดการ

ประสานงานระหว่างทีม ด้านสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วย ขาดความรู้ในการดูแล ขาดความร่วมมือ มีข้อจำกัดด้านเวลา รายได้ ภาษา และไม่ตระหนักถึงบทบาทตนเอง ทั้งสามกลุ่มมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หากสามารถปรับปรุงปัจจัยเหล่านี้ได้ จะช่วยให้การตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิกำงปลาวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุความต้องการจำเป็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

อภิปรายผล

จากการศึกษาความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความต้องการจำเป็นอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงในหลายมิติ

โดยเฉพาะมิติอาการที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งมีค่า PNI<sub>modified</sub> สูงสุด (0.34) แสดงให้เห็นว่า ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากเคมีบำบัด เช่น อาการคัน การนอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อีกทั้ง ค่าดัชนี PNI<sub>modified</sub> ตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป ถือว่า เป็นความต้องการจำเป็นเร่งด่วน<sup>[16]</sup> ที่ควรได้รับการตอบสนอง ความต้องการจำเป็น ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Muthanna และคณะ<sup>[22]</sup> ที่รายงานว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตลดลงจากอาการข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวัน และแสดงถึงความจำเป็นในการดูแลแบบองค์รวม มิติอื่น ๆ ที่มีระดับความต้องการจำเป็นรองลงมา ได้แก่ การทำหน้าที่ทางชีวภาพ (PNI<sub>modified</sub> = 0.29) และสถานะการทำหน้าที่ของร่างกาย (PNI<sub>modified</sub> = 0.26) ซึ่งสะท้อนว่า ผู้ป่วยยังต้องการการส่งเสริมด้านพลังงาน ความแข็งแรงของร่างกาย และความสามารถในการดำรงชีวิตตามปกติได้ ทั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Abdul และคณะ<sup>[23]</sup> ที่ระบุว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยมะเร็งระหว่างและหลังการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับมิติการรับรู้ภาวะสุขภาพ (PNI<sub>modified</sub> = 0.22) แม้จะมีค่าความจำเป็นต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับมิติอื่น ๆ แต่ยังพบความต้องการฟื้นตัวหลังการรักษาอย่างรวดเร็ว และความรู้สึกว่าสุขภาพตนเองยังแข็งแรงอยู่ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีทัศนคติเชิงบวกและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความสอดคล้องกับ Cho และคณะ<sup>[24]</sup> พบว่า การรับรู้สุขภาพของตนเองเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการรักษาและการใช้ชีวิตหลังการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุ และสร้างแบบสรุไปด้วยเทคนิคแผนภูมิแกงปลา พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านภาระงาน ทรัพยากร และเวลาที่จำกัด ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในมิติด้านจิตใจและสังคม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hassankhani และคณะ<sup>[25]</sup> ที่ชี้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ และการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต การขาดทักษะในการสื่อสารหรือความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยอาจทำให้การดูแลเกิดช่องว่าง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ในด้านระบบบริการสุขภาพ พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ระบบบริการไม่ยืดหยุ่น และการประสานงานระหว่างทีมยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Berretta และคณะ<sup>[26]</sup> ที่พบว่า การดูแลแบบบูรณาการผ่านทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลแบบเฉพาะรายและต่อเนื่องในระยะยาว และสุดท้ายในส่วนของการดูแลผู้ป่วย แม้จะอยู่ใกล้ขีดที่สุด แต่พบว่า ยังพร่องความรู้ ความเข้าใจ และมีข้อจำกัดด้านเวลา รายได้ และความพร้อมในการดูแล ส่งผลต่อการสนับสนุนที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alghamdi และคณะ<sup>[27]</sup> พบว่า ครอบครัวที่ได้รับการ

สนับสนุนที่ดีจากระบบสุขภาพและมีความรู้เพียงพอจะสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการคือ ดำเนินการศึกษาภายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร แห่งเดียว ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์หรือความต้องการจำเป็นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในพื้นที่หรือบริบทอื่นได้อย่างครอบคลุม ดังนั้น การตีความและการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ ควรพิจารณาความแตกต่างด้านบริบทของแต่ละสถานที่ และอาจพิจารณานำไปขยายผลเป็นการต่อยอดสำหรับการศึกษาคั้งถัดไป

โดยสรุป ผลการศึกษาช่วยให้ทราบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังคงมีความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพในหลายมิติ โดยเฉพาะการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แม้จะมีผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่ายในการดูแล ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ระบบบริการสุขภาพ และครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งแต่ละฝ่ายยังประสบข้อจำกัดที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้น แนวทางการพัฒนาควรเน้นการบูรณาการการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ การส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของครอบครัวในการดูแล และการปรับโครงสร้างบริการให้มีความยืดหยุ่นและตอบโจทย์บริบทการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืนในระยะยาว

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาแนวทางการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ให้ครอบคลุมด้าน

ร่างกาย เช่น การจัดการอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด ด้านจิตใจ เช่น การจัดบริการปรึกษาทางจิตวิทยาเพื่อลดความวิตกกังวลและด้านสังคม เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือกลุ่มผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติและมีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพที่ดีขึ้น

2. จัดอบรมทีมสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารและการเข้าใจบริบทผู้ป่วย ควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทางสังคม (Soft skills) ของบุคลากร เช่น ทักษะการฟังเชิงลึก การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และการสื่อสารอย่างเห็นอกเห็นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลอย่างแท้จริง ลดความเครียด และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการดูแล เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การจัดอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลเบื้องต้น การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ และการสื่อสารกับทีมสุขภาพ จะช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้มีความยืดหยุ่นและตอบโจทย์เฉพาะบุคคล (Personalized care) ควรสนับสนุนแนวทางดูแลเฉพาะรายที่คำนึงถึงบริบทเฉพาะ เช่น อายุ โรคร่วม เศรษฐฐานะ และระยะของโรค โดยใช้กลไกการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดระบบ ผู้จัดการกรณี (Case manager) หรือผู้ประสานงานการดูแล (Navigator) สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง

#### เอกสารอ้างอิง

1. Rabeneck L, Chiu H-M, Senore C. Int Perspect on the Burden of

- Colorectal Cancer and Public Health Effects. *Gastroenterology*. 2020;158(2):447-52.
2. Darmadi D, Mohammadian-Hafshejani A, Kheiri S. Global Disparities in Colorectal Cancer: Unveiling the Present Landscape of Incidence and Mortality Rates, Analyzing Geographical Variances, and Assessing the Human Development Index. *J Prev Med Hyg*. 2024;65(4):499-514.
  3. Siegel RL, Kratzer TB, Giaquinto AN, Sung H, Jemal A. Cancer statistics, 2025. *CA Cancer J Clin*. 2025;75(1):10-45.
  4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล 2565. กรุงเทพฯ: หน่วยงานฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง; 2565.
  5. Phisalprapa P, Kositamongkol C, Korphaisarn K, Akewanlop C, Srimuninnimit V, Supakankunti S, et al. Cost-Utility and Budget Impact Analyses of Oral Chemotherapy for Stage III Colorectal Cancer: Real-World Evidence after Policy Implementation in Thailand. *Cancers (Basel)*. 2023;15(20):4930.
  6. Chan GHJ, Chee CE. Making sense of adjuvant chemotherapy in colorectal cancer. *J Gastrointest Oncol*. 2019;10(6):1183-92.
  7. AlFayyad I, Al-Tannir M, Howaidi J, AlTannir D, Abu-Shaheen A. Health-related quality of life of breast and colorectal cancer patients undergoing active chemotherapy treatment: Patient-reported outcomes. *Qual Life Res*. 2022;31(9):2673-80.
  8. Behranvand N, Nasri F, Zolfaghari Emameh R, Khani P, Hosseini A, Garssen J, et al. Chemotherapy: a double-edged sword in cancer treatment. *Cancer Immunol Immunother*. 2022;71(3):507-26.
  9. Flyum IR, Mahic S, Grov EK, Joranger P. Health-related quality of life in patients with colorectal cancer in the palliative phase: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):144.
  10. Wang Y, Feng W. Cancer-related psychosocial challenges. *Gen Psychiatr*. 2022;35(5):e100871.
  11. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(4):336-42.
  12. Lyu X-C, Jiang H-J, Lee L-H, Yang C-I, Sun X-Y. Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2024;23(1):58.
  13. Bashkin O, Asna N, Amoyal M, Dopelt K. The role of nurses in the quality of cancer care management: perceptions of cancer survivors and oncology teams. *Semin Oncol Nurs*. 2023;39(4):151423.

- 14.สาวิตรี สุราทะโก เป, อาภาพร นามวงศ์ พรหม, ธัญญา ยอดยิ่ง, ธนัชพร ปรางจันทร์, น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์, ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง. ความต้องการและการได้รับความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;44(2):109-20.
- 15.นลินี นิยมไทย, ทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, พารุณี วงษ์ศรี, พูลสุข หิรัญสาย, ฐิติมาภรณ์ พรหมรอด. ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(2):283-97.
- 16.สุวิมล ว่องวานิช. การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น: (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
- 17.Wutich A, Beresford M, Bernard HR. Sample sizes for 10 types of qualitative data analysis: an integrative review, empirical guidance, and next steps. *Int J Qual Methods*. 2024;23:e16094.
- 18.Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10.
- 19.Van Manen M. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. Albany: State University of New York Press; 1990.
- 20.Ishikawa KAPO. *Guide to quality control*. Tokyo: Asian Productivity Organization; 1983.
- 21.สุภางค์ จันทวานิช. *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
- 22.Muthanna FMS, Hassan BAR, Karuppannan M, Ibrahim HK, Mohammed AH, Abdulrahman E. Prevalence and impact of fatigue on quality of life (QOL) of cancer patients undergoing chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2023;24(3):769-81.
- 23.Abdul Razak N, Azhar ZI, Ismail Z, Mohd Azman ZA, Abdul Manap SA, Ramli N, et al. Impact of Pilates exercise on quality of life, functional capacity, cancer-related fatigue, depression and salivary cortisol of colorectal cancer survivors: a quasi-experimental study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2024;25(8):2895-904.
- 24.Cho H, Wang Z, Yabroff KR, Liu B, McNeel T, Feuer EJ, et al. Estimating life expectancy adjusted by self-rated health status in the United States: national health interview survey linked to the mortality. *BMC Public Health*. 2022;22(1):141-9.
- 25.Hassankhani H, Dehghannezhad J, Rahmani A, Ghafourifard M, Soheili A, Lotfi M. Caring needs of cancer patients from the perspective of home care nurses: a qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2022;23(1):71-7.
- 26.Berretta M, Quagliarello V, Ottaiano A, Santorsola M. Multidisciplinary

- integrative medicine approach for cancer patients: a multicenter retrospective study. *Nutrients*. 2025;17(6):1012-22.
27. Alghamdi WA, Almatrafi MA, Asiri RA, Almuraee LA, Alsharif SM. Quality of life of caregivers of patients with cancer: a cross-sectional study. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(5):521-30.