



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแล แบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย

Factors Associated with Quality of Life among Cancer Patients with Palliative Care at the End of Life residing in Chiang Rai Province.

วิภาดา พึ่งสุข¹ พิษณุรักษ์ กันทวิ² ภัทธพล มากมี³

Wipada Puengsook¹ Phitsanurak Kanthawee² Phataraphon Markmee³

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

² อาจารย์สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย

¹ Master degree student of Public Health, School of Health Science, Mae Fah Luang University

² Public Health Instructor, School of Health Science, Mae Fah Luang University

¹ Corresponding author, Phitsanurak Kanthawee; E-mail: phitsanuruk.kan@mfu.ac.th

Received: 28 February 2019 Revised: 31 March 2019 Accepted: 2 April 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดเชียงราย จำนวน 110 คน ศึกษาในระหว่างระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2561 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านการรักษา และ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (EORTC QLQ-C30) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ คือ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS score) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย คือ ระดับการศึกษา ประวัติการรักษาโรคมะเร็งของคนในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับค่า PPS score และยังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม คือ ด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งของการรักษาโรคมะเร็ง และระดับค่า PPS Score อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย และควรมุ่งเน้นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้มากที่สุดเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยมีการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและทักษะของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนถึงวันที่ลี้ลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ผู้ป่วยโรคมะเร็ง; การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย



Factors Associated with Quality of Life among Cancer Patients with Palliative Care at the End of Life residing in Chiang Rai Province

Wipada Puengsook¹ Phitsanurak Kanthawee² Phataraphon Markmee²

¹Master degree student of Public Health, School of Health Science, Mae Fah Luang University

²Public Health Instructor, School of Health Science, Mae Fah Luang University

¹Corresponding author, Phitsanurak Kanthawee; E-mail: phitsanuruk.kan@mfu.ac.th

Received: 28 February 2019 **Revised:** 31 March 2019 **Accepted:** 2 April 2019

Abstract

A cross-sectional study aimed to determine the factors associated with quality of life of cancer patient with palliative care in hospitals, Chiang Rai province, Thailand. The participant was registered in continuity of care in hospitals in Chiang Rai, Thailand among 110 cases. The study between July and September 2018. Data was collected by a structured questionnaire (EORTC QLQ-C30). Both descriptive and inferential statistics was employed in data analysis. Chi-square test was used for analysis of the association between designated variables and quality of life among cancer patient with palliative care. The study found that 3 factors was significant with quality of life in the part of role ($p < .05$) which education, duration of illness and palliative performance scale (PPS Score). In the part of symptoms and impact was significant with 4 factors which education, family medical history, duration of illness and PPS Score. Interestingly, from the part of status and quality of life was significant with 3 factors which marital status, education, position of cancer and PPS score. The variables were considered significant with p -value $< .05$. In conclusion the important factor for quality of life of cancer patients with palliative care was education. The provider have to focus on the patient living the life by themselves and improve practice skills and caregiver skills. In order to increase the quality of life of palliative car patient in the end of life that they passed away with the dignity of humanity.

Keywords: Quality of life, Cancer patient, Palliative care



ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็ง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับสองของโลก โดยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 8.8 ล้านราย และในปี 2573 คาดการณ์ว่าจำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งจะเพิ่มสูงถึง 21.6 ล้านราย¹ ในปี 2555 จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 8 เท่า จาก 12.6 ต่อแสนประชากร เป็น 98.5 ต่อแสนประชากร ในประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 123,801 ราย และผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 84,981 ราย ซึ่งคิดเป็น 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประชากรในประเทศไทยมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มสูงขึ้น จาก 102,300 ราย เป็น 113,548 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.0² ในปีงบประมาณ 2560 จังหวัดเชียงรายมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย เป็นอันดับ 1 จำนวน 1,423 ราย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายทั้งหมด 1,737 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.92 และจากการคำนวณหาค่าความชุกของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จังหวัดเชียงราย มีค่าความชุกเท่ากับ 110.95 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีค่าอยู่ในระดับที่สูงกว่าค่าโดยรวมของทั้งประเทศ^{3,4}

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะในชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรม และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย มาตรฐานของสังคม⁴ แต่แตกต่างจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่จัดให้เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย โดยการดูแลนั้นมุ่งเน้นไปที่การบรรเทาอาการความเจ็บป่วยซึ่งขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการเกิดโรค ความทุกข์ทั้งในด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองเริ่มต้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หาย ต่อมาจึงได้มีการขยายการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ถูกคุกคามด้วยโรคอื่น ๆ⁵ ในอดีตได้มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือ ปัจจัยพื้นฐาน (Socio-demographic) ได้แก่ อายุ เพศ และรายได้ และยังพบว่าปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการ กลุ่มอาการ^{6,7}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง แต่ทั้งนี้การศึกษาในเรื่องปัจจัยด้านอื่น ๆ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครอบคลุม เช่น ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ปัจจัยด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงต้องการที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตเพื่อให้ได้ผลที่ครอบคลุมมากขึ้น และยังสามารถนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายที่ต้องเข้ารับการรักษาตลอดชีวิต อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินการด้านการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยในการติดตามผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนถึงวันที่ล่วงลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง 1) ปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ 2) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ตำแหน่งของโรค ระยะเวลาของโรค การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้ของร่างกาย ระดับค่า PPS score กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย



สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย
2. ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ตำแหน่งของโรค ระยะเวลาของโรค การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อของร่างกาย ระดับค่า PPS score มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย (Palliative care) และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย จำนวน 18 แห่ง 1,423 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) คัดเลือกตัวแทนของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดเชียงราย ทั้งหมดมี 18 แห่ง คัดเลือก 5 แห่ง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ในระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2561 เก็บข้อมูลการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการรักษา และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายที่เป็นโรคมะเร็ง มีประวัติการรักษาโรคมะเร็ง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ ผู้มีส่วนร่วมขอยุติการให้สัมภาษณ์และถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัย

การประมาณค่าสัดส่วน⁸ นักวิจัยได้กำหนดไว้ที่ระดับ .95 และเพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing Data) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 20% ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยกันจำนวน 3 ชุด ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยคุณลักษณะประชากร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรักษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ 0.76 มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ ในครอบครัวมีสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือไม่ ตำแหน่งของการรับการรักษาโรคมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย การเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อของร่างกาย ระดับ PPS Score โดยในแบบสอบถามชุดนี้เป็นข้อมูล Secondary data เก็บข้อมูลโดยแพทย์และพยาบาล ของศูนย์ดูแลต่อเนื่องในทุกโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล

ชุดที่ 3 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต The Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30)⁹ ฉบับภาษาไทย¹⁰ โดยได้ทำการขออนุญาตใช้จากผู้แปล ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จำนวน 30 คน มีค่า



ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .70¹¹ มีข้อคำถามแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่ จำนวน 5 ด้าน 12 ข้อ คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ การทำหน้าที่ด้านบทบาท จำนวน 2 ข้อ การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ จำนวน 2 ข้อ การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ และการทำหน้าที่ด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ

2) ด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากตัวโรคและการรักษา จำนวน 12 ข้อ คือ ความเหนื่อยล้า จำนวน 3 ข้อ อาการคลื่นไส้ อาเจียน จำนวน 2 ข้อ ความเจ็บปวด จำนวน 2 ข้อ อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร อาการท้องผูก อาการท้องเสีย และปัญหาทางด้านการเงิน จำนวนอย่างละ 1 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนในคำตอบแบบมาตราส่วน 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่มีเลย 2 หมายถึง เล็กน้อย 3 หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 หมายถึง มากที่สุด

3) ด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-7 ซึ่งมีการให้คะแนน คือ ตำแหน่งที่ 1 หรือจุดที่ 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/สภาวะสุขภาพที่แย่มาก ตำแหน่งที่ 7 หรือจุดที่ 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/สภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม¹²

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม ของสำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (REH-61116) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (CRPPHO 37/2561)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ข้อมูลคุณภาพชีวิต ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย กับปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยคุณภาพชีวิต ใช้ Chi square ในการหาค่าสหสัมพันธ์ ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value} = 0.05$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จำนวน 110 คน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.27) เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.64 รองลงมา คือ อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 24.55 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64 ปี ($SD=14.13$) มีสภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.45 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 24.55 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.91 มีการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 55.45 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 25.45 ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.91) ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมา ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.27 กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.55) ไม่มีรายได้ รองลงมา คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.00 ดังแสดงในตารางที่แผนภูมิที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=110)

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (n=110)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	63	57.27
	หญิง	47	42.73
อายุ	20-29 ปี	2	1.82
	30-39 ปี	3	2.73
	40-49 ปี	8	7.27
	50-59 ปี	27	24.55
	มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	70	63.64
ค่าเฉลี่ยอายุ เท่ากับ 64 ปี (\bar{X} = 64.08, SD = 14.13, Min = 2, Max = 98)			
สถานภาพสมรส	โสด	11	10.00
	คู่	72	65.45
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	27	24.55
ศาสนา	คริสต์	10	9.09
	พุทธ	100	90.91
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	25.45
	ประถมศึกษา	61	55.45
	อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	4	3.64
	ปริญญาตรี	3	2.73
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	56	50.91
	รับราชการ	1	0.91
	ค้าขาย	5	4.55
	รับจ้าง	30	27.27
	เกษตรกร	18	16.36
รายได้ต่อเดือน	ไม่มีรายได้	49	44.55
	ต่ำกว่า 5,000 บาท	44	40.00
	5,000 - 10,000 บาท	10	9.09
	มากกว่า 10,000 บาท ขึ้นไป	7	6.36



2. ข้อมูลปัจจัยด้านการรักษา

ปัจจัยด้านการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย (ร้อยละ 78.18) ไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีเพียงร้อยละ 8.18 พบว่ามีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 33.61 รองลงมา คือ มะเร็งตับ ร้อยละ 19.09 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 0-12 เดือน ร้อยละ 75.45 รองลงมา คือ 13-24 เดือน ร้อยละ 16.36 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 18 เดือน (SD=34.80) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.36) ไม่มีการเกิดแผลกดทับ แต่ทั้งนี้พบว่า มีแผลกดทับที่เกิดติดเชื้อ ร้อยละ 25.00 และมีการซื้อของร่างกาย ร้อยละ 11.82 และพบในระบบทางเดินหายใจมากที่สุด ร้อยละ 7.27 รองลงมา ทางเดินอาหาร และในกระแสเลือด ร้อยละ 1.82 1.82 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับค่า PPS Score ระยะเปลี่ยนผ่าน มีการลุกลามของโรคมะเร็งแต่ไม่รุนแรง (กลุ่มสีเหลือง) ร้อยละ 47.27 รองลงมา คือ ระยะที่ไม่มีมีการลุกลามของโรค (กลุ่มสีเขียว) ร้อยละ 39.09 ตามลำดับ

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง และ เมื่อจำแนกตามรายด้าน 5 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางทุกด้าน ส่วนด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย มีทั้งหมด 9 ด้าน พบว่า 6 ด้าน มีคุณภาพชีวิตด้านอาการระดับปานกลาง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร และปัญหาทางการเงิน ส่วน 3 ด้าน มีคุณภาพชีวิตด้านอาการในระดับน้อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการท้องผูก อาการท้องเสีย และการประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย และการแปลผล (n=110)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (QOL)	\bar{X}	SD	QOL level
การทำหน้าที่	54.32	21.86	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	47.27	30.44	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านอารมณ์	66.29	25.05	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านบทบาท	45.61	32.92	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านการรับรู้	60.45	26.31	ปานกลาง
การทำหน้าที่ด้านสังคม	51.97	25.21	ปานกลาง
การประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย	37.36	18.78	ปานกลาง
ความเหนื่อยล้า	54.24	24.95	ปานกลาง
อาการคลื่นไส้อาเจียน	18.94	22.63	น้อย
ความเจ็บปวด	48.79	30.10	ปานกลาง
อาการหายใจลำบาก	46.97	28.66	ปานกลาง
อาการนอนไม่หลับ	39.39	31.01	ปานกลาง
อาการเบื่ออาหาร	48.48	29.83	ปานกลาง



คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (QOL)	\bar{X}	SD	QOL level
อาการท้องผูก	27.58	28.51	น้อย
อาการท้องเสีย	8.79	18.44	น้อย
ปัญหาทางการเงิน	43.03	32.35	ปานกลาง
การประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม	42.27	24.77	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษา กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ มิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย และมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับค่า PPS Score มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 3 ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา ประวัติการรักษาของคนในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับค่า PPS Score มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 4 และยังพบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งของการรักษาโรคมะเร็ง และระดับค่า PPS Score มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงดังตารางที่ 5 ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษา กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่		χ^2	P -value
	ระดับแยถึงปานกลาง n (%)	ระดับดี n (%)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	26(92.86)	2(7.14)	15.589	.001 ^{a*}
ประถมศึกษา	38(62.30)	23(37.70)		
มัธยมศึกษา	6(42.86)	8(57.14)		
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	4(100.00)	(.00)		
ปริญญาตรี	2(66.67)	1(33.33)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				
1 ปี	61(73.49)	22(26.51)	6.192	.045 [*]
2 ปี	12(66.67)	6(33.33)		
มากกว่า 2 ปี	3(33.33)	6(66.67)		
ระดับค่า PPS Score				
กลุ่มสีเขียว	16(37.21)	27(62.79)	34.703	.000 ^{a*}
กลุ่มสีเหลือง	45(86.54)	7(13.46)		
กลุ่มสีแดง	15(100.00)	(.00)		

* Significant at p -value $< .05$, a Fisher's exact test



ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษา กับคุณภาพชีวิตมิติด้านอาการ และปัญหาจากตัวโรคและการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านอาการ		χ^2	P -value
	ระดับมากถึงปานกลาง n (%)	ระดับน้อย n (%)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	23(82.14)	5(17.86)	10.953	.016 ^a
ประถมศึกษา	33(54.10)	28(45.90)		
มัธยมศึกษา	6(42.86)	8(57.14)		
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	4(100.00)	(.00)		
ปริญญาตรี	2(66.67)	1(33.33)		
ในครอบครัวของท่านมีสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง				
ไม่มี	48(55.81)	38(44.19)	6.020	.014 [*]
มี	20(83.33)	4(16.67)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย				
1 ปี	54(65.06)	29(34.94)	6.257	.038 [*]
2 ปี	12(66.67)	6(33.33)		
มากกว่า 2 ปี	2(22.22)	7(77.78)		
ระดับค่า PPS Score				
กลุ่มสีเขียว	15(34.88)	28(65.12)	21.971	.000 [*]
กลุ่มสีเหลือง	42(80.77)	10(19.23)		
กลุ่มสีแดง	11(73.33)	4(26.67)		

* Significant at p-value<.05, a Fisher's exact test



ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษา กับคุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านอาการ		χ^2	P -value		
	ระดับมากถึงปานกลาง n (%)	ระดับน้อย n (%)				
สถานภาพสมรส						
โสด	7(63.64)	4(36.36)	6.340	.037 ^{a*}		
คู่ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	61(84.72) 26(96.30)	11(15.28) 1(3.70)				
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28(100.00)	(.00)	12.051	.009 ^{a*}		
ประถมศึกษา	51(83.61)	10(16.39)				
มัธยมศึกษา	9(64.29)	5(35.71)				
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	4(100.00)	(.00)				
ปริญญาตรี	2(66.67)	1(33.33)				
ตำแหน่งของการรักษาโรคมะเร็ง						
มะเร็งของศีรษะและคอ	5(100.00)	(.00)	14.444	.031 ^{a*}		
มะเร็งของระบบหายใจและ ทรวงอก	35(77.78)	10(22.22)				
มะเร็งของระบบย่อยอาหาร	6(100.00)	(.00)				
มะเร็งของระบบขับถ่าย	11(100.00)	(.00)				
มะเร็งของระบบสืบพันธุ์	8(80.00)	2(20.00)				
มะเร็งของระบบโลหิตและ น้ำเหลือง	2(50.00)	2(50.00)				
มะเร็งของตับ	24(96.00)	1(4.00)				
มะเร็งผิวหนัง	(.00)	1(100.00)				
ระดับค่า PPS Score						
กลุ่มสีเขียว	27(62.79)	16(37.21)			29.174	.000 ^{a*}
กลุ่มสีเหลือง	52(100.00)	(.00)				
กลุ่มสีแดง	15(10.00)	(.00)				

Significant at p-value* < .05, a Fisher's exact test

อภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตรายด้าน โดยด้านการทำหน้าที่ มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านสังคม มีระดับคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่ระดับปานกลาง ส่วนด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย มีทั้งหมด 9 ด้าน พบว่า 6 ด้าน มีคุณภาพชีวิตด้านอาการระดับปานกลาง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร และปัญหาด้านการเงิน ส่วน 3 ด้าน มีมีคุณภาพชีวิตด้านอาการในระดับน้อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการท้องผูก อาการท้องเสีย และการประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก พบว่าระยะหลังได้รับการรักษา 6 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง¹³ แต่ต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอด พบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งนั้นมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง โดยสามารถสรุปได้ว่า ความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตนั้นอาจจะมาได้จากหลายปัจจัยโดยอาจจะมาจากตำแหน่งของโรคและความเจ็บปวดจากความรุนแรงของโรค เนื่องจากมะเร็งสามารถลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ด้วย อาจมีความแตกต่างได้มากมาย ตามตำแหน่งของอวัยวะที่เป็นจุดกำเนิดของมะเร็ง และชนิดของเนื้อเยื่อที่อยู่ภายในอวัยวะนั้น ๆ

ซึ่งในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ในด้านคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต¹⁴ เนื่องมาจากปัจจัยด้านการทำหน้าที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย¹⁵ ทั้งนี้ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสุรัชย์ มณีเนตร ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งจากกรณีวิเคราะห์ พบว่าการได้รับการศึกษาไม่ใช่อุปสรรคต่อการดำรงชีวิต และความผาสุก โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีแนวโน้มที่คุณภาพชีวิตจะสูงขึ้นด้วย ในผู้ป่วยทุกคนจะมีการประเมินค่า PPS score ซึ่งเป็นการวัดความสามารถในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยแพทย์ โดยค่า PPS score นั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต⁶ เนื่องจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ถ้าหากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย หรือมีอาการแสดงที่รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ไม่อยากทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และอาจก่อให้เกิดความเครียดทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจแย่งลง¹⁴ สามารถสรุปได้ว่า สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นไม่ใช่ว่ามีการศึกษาที่สูง แต่เป็นอาการและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้เกิดการรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นสิ่งสำคัญคือการบรรเทาอาการความเจ็บปวดของโรคเพื่อทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างผาสุกก่อนจากไปโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้สมกับความเป็นมนุษย์ เพราะโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุที่มีประสบการณ์ชีวิตเกือบทั้งหมด และมีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในมิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยอยู่ในระดับแยถึงปานกลาง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ทั้งนี้ระดับค่า PPS ของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสีเหลืองคือระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับระดับของคุณภาพชีวิตมิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยที่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของอาการและกลุ่มอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยอาการและกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีการรายงานการเกิดอาการและกลุ่มอาการจำนวนมากขึ้นจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลงเมื่อพิจารณาตามรายด้าน¹⁵ ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก โดยผู้ป่วย



ที่มีระยะการรักษาที่นานจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่า¹³ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยมะเร็งที่ศึกษามีความคล้ายคลึงกัน ในระยะเวลาที่รักษา และปัจจัยอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ก็อาจขึ้นอยู่กับ การดูแลผู้ป่วยและปัจจัยในด้านอื่น ๆ ทั้งความทุกข์ และความกังวล อาจเป็นสาเหตุให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ยังไม่หมดเพียงเท่านั้น ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับค่า PPS score และ ตำแหน่งของโรคมะเร็ง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสเป็นคู่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นการดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่ แต่คุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยนั้นอยู่ในระดับแยถึงปานกลาง และการได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและหมายต่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตก็ตาม¹⁶ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการ กลุ่มอาการ ความรุนแรงของโรค และการกลับมาเป็นก้อนมะเร็งซ้ำ⁶ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยป่วยด้วยมะเร็งปอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของขวัญจิรา¹⁷ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอด แตกต่างกันตรงที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความแตกต่างอาจเกิดจากตำแหน่งของการเกิดโรคนี้อาจมาจากแต่ละตำแหน่งของโรคมียาอาการและความเจ็บป่วยที่ต่างกัน แต่ทั้งนี้ก็ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งควรมุ่งเน้นไปในด้านปัจจัยที่สามารถควบคุมได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ทั้งในมิติด้านการทำหน้าที่ มิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย มิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม ทั้งยังพบว่าระดับการศึกษา ระดับค่า PPS score เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทุกมิติ และพบว่าประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติด้านกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย ส่วนมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม มีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ สถานภาพสมรส และตำแหน่งของการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคองนั้นโดยส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับวางแผนในการปฏิบัติงานหรือเพื่อปรับปรุงให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย
2. ผู้บริหาร หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายหรือการออกนโยบายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ดร.ภัทรพล มากมี อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น และแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขของศูนย์ดูแลต่อผู้ป่วยต่อเนื่องในจังหวัดเชียงราย และมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่สนับสนุนทุนการทำวิจัยและการเผื่อแผ่แรงงานวิจัยครั้งนี้



References

1. World Health Organization WH. Global health observatory: the data repository [internet]. 2016 [cited 2015 sep 10]. Available from: <https://www.who.int/gho/en/>
2. Department of Medical Services, the Ministry of Public Health Thailand, Palliative Guideline 2014. 1st ed. Bangkok: Ministry of Public Health Thailand. 2014.(in Thai).
3. Monkong S. Roles of family caregivers of palliative care patients: preliminary qualitative study. Thai Journal of Nursing Council 2016;31(4):104-121. (in Thai).
4. Zebrack BJ, Chesler M. Health-related worries, self-image, and life outlooks of long-term survivors of childhood cancer. Health & Social Work 2001;26(4):245-56.
5. Bureau of Medical Technical and Academic Affairs. Department of Medical Services. List disease of palliative care and functional unit. 1st ed. Bangkok: Art Qualified; 2016. (in Thai).
6. Maninet S, Jitpanya C. Factors related to quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma: A systematic review of literature, Princess of Naradhiwas University Journal 2014;6(2). (in Thai).
7. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advances in Nursing Science. 1985.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970;30(3):607-10.
9. Aaronson NK, Cull A, Kaasa S, Sprangers MA. The EORTC modular approach to quality of life assessment in oncology. International Journal of Mental Health. 1994;23(2):75-96.
10. Silpakit C, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Sirisinha T, Sirachainan E, Ratanatharathorn V. The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30): validation study of the Thai version. Quality of life Research. 2006;15(1):167-72.
11. Aaronson D, Mazumder B. Intergenerational economic mobility in the United States, 1940 to 2000. Journal of Human Resources. 2008;43(1):139-72.
12. Jaroenwech C. Factors affecting the quality of life among early stage cervical cancer patients after treatment. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017; 18:232-38. (in Thai).
13. Neil W Scott, Peter M Fayers, Neil K Aaronson, Andrew Bottomley, Alexander de Graeff, Mogens Groenvold, Chad Gundy, Michael Koller, Morten A Petersen, Mirjam AG Sprangers on behalf of the EORTC Quality of Life Group; 2018.
14. The Thai Cancer. Let's get to know cancer: cancer [internet]. 2009 [cited 2018 Jul 8]. Available from: <http://www.thethaicancer.com>
15. Manprasert W. Quality of life of cholangiocarcinoma patients: preliminary study. Isan Journal of Phamaceutical Sciences 2009;5(3):191-201. (in Thai).
16. Ryu E, Kim K, Cho MS, Kwon IG, Kim HS, Fu MR. Symptom clusters and quality of life in Korean patients with hepatocellular carcinoma. Cancer nursing 2010;33(1):3-10.
17. Tanomjit K. Selected factors related to quality of life of patients with lung cancer. [Master thesis]. Bangkok; Chulalongkorn University.2011. (in Thai).