



บทความวิชาการ

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*

Selected Factors Related to Quality of Life of Terminal Cancer Patients*

นงลักษณ์ สรรสม, พยม. (Nongluk Sansom, MSN)**

สุรีพร ธนศิลป์, พยด. (Sureeporn Thanasilp, D.N.S.)***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 120 คน ใช้วิธีสุ่มแบบกำหนดโควตา จากศูนย์มหาชิราลงกรณ์ จังหวัดปทุมธานี และอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.09, SD = 0.44$)
2. แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและต่ำ กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r.48$ และ $.38$ ตามลำดับ, $p < .05$) แต่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .05$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คุณภาพชีวิต ประสบการณ์การมีอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนจากครอบครัว

* วิทยาลัยนursesปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วย วิกฤตกรรม-ธนาคารไทยพาณิชย์ ชั้น 3 โรงพยาบาลศิริราช

*** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยนurses



Abstract

The purpose of this descriptive correlational study was to examine the relationships between symptom experiences, practice related to religious activities, family support and quality of life of terminal cancer patients. One hundred twenty of terminal cancer patients were quota random sampling from The Cancer Center of Mahavachilalongkorn, Pathumthani province, and Arokhayasala Wat Khampramong, Sakon Nakhon province. Data were collected by instruments: Demographic Data Form, Memorial Symptom Assessment Scale, Practice Related to Religious Activities Questionnaire, Family Support Questionnaire and Quality of Life Questionnaire. Statistics techniques uses for data analysis were descriptive statistics and Pearson's Product moment coefficient.

The research results were as follows:

1. Quality of life of terminal cancer patients was at the high level ($\bar{x} = 3.09$, $SD = 0.44$)
2. Family support and practice related to religious activities were significantly positively related to quality of life of terminal cancer patients at the moderate and low level ($r = .48$ and $.38$, respectively; $p < .05$). Symptom experiences was significantly negatively related to quality of life of terminal cancer patients ($r = -.64$; $p < .05$).

Keywords: terminal cancer, quality of life, symptom experiences, practice related to religious activities, family support.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2550 พบอัตราการตายคิดเป็น 84.9 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 80 (ธีรภัทร อังตระกูล, 2552) ซึ่งผู้ป่วยในระยะนี้เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หลัก

ในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้จะมุ่งเน้นการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย (จอณพะจง เพ็งจาด, 2546; อุมารณ โปศาลสุทธิเดช, 2547)

คุณภาพชีวิตมีความหมายและลักษณะเป็นนามธรรม การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลซึ่งหมายถึงความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติหรือบางครั้งอาจใช้ความหมายเดียวกันกับความพาสึก (Aaronson, 1988 อ้างถึงใน มาศอุบล วงศ์พรหมชัย, 2548) Cella (1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่



บุคคลได้คาดหวังว่าจะไม่ได้รับผลกระทบจากการรักษาที่เกี่ยวข้องหรืออาการของโรคกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์และสังคม

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินของโรคตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาที่เป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นและความตายซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายที่เกิดจากอวัยวะต่างๆ ในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ด้านจิตวิญญาณจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกหวาดหวั่นจากการรักษาที่ได้รับ กังวลในความไม่แน่นอนของชีวิต นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งยังมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเศร้า หรือหงุดหงิดง่าย รวมทั้งผลกระทบต่อด้านการทำหน้าที่ในสังคม เช่น การขาดงาน หรืออาจต้องลาออกจากงาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (วิลลิกซ์สัน ดันดิตระกูล และ สุริพร ธนศิลป์, 2552)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งหลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น ต้องเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่โดยหลักในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว คือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้นการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย การดูแลในระยะนี้ เป้าหมายไม่ใช่การรักษาให้หายจากโรค แต่เป็นการดูแลให้ผู้ป่วยนั้นสุขสบายและสามารถใช้ชีวิตประจำวันในช่วงเวลาสุดท้ายอย่างมีความสุขตามอัตภาพ เป็น

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความรักความเอื้ออาทรอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ผู้ป่วยนั้นยอมรับการตาย และสามารถเผชิญความตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี (คณิงนิง พงศ์ถาวรภมม, 2548; สุพัตรา แสงรุจิ, 2547; อุมารณณ์ไพศาลสุทธิเดช, 2550) ดังที่กล่าวมา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากผลของการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ยังช่วยในการประคับประคองจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วอีกด้วย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งกรอบแนวคิดของแบบจำลองการจัดการอาการนั้นประกอบด้วย 3 มิโนทัศน์หลัก คือ ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ของอาการ โดยทั้ง 3 มิโนทัศน์นั้นมีความสัมพันธ์กันและกัน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านบุคคลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อมิโนทัศน์หลักของกรอบแนวคิด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยเมื่อพิจารณาปัจจัยตามตัวแปรที่ศึกษาตามกรอบแนวคิดของ Dodd et al (2001) พบว่าคุณภาพชีวิตจัดอยู่ในมิโนทัศน์ด้านผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ส่วนการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นในแต่ละอาการ ด้านความถี่ ความรุนแรง และการตอบสนองต่ออาการจัดอยู่ในมิโนทัศน์ด้านประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยอยู่ในมิโนทัศน์วิธีการจัดการอาการที่หวังผลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจ และแรงสนับสนุนจากครอบครัวนั้นอยู่ในมิโนทัศน์ด้านสิ่งแวดล้อมตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุนทางครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดซึ่งอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และนับถือศาสนาพุทธ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะแพร่กระจายไปยังระบบต่างๆ ของร่างกายหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายการรักษาเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ และเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับรักษาตัวในสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์จังหวัดปทุมธานี และเข้ารับการรักษาที่ศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อโรคยศาล วัดคำประมงจังหวัดสกลนคร โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดโควตา โดยเก็บจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 90 คน และจากศูนย์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อโรคยศาล จำนวน 30 คน รวมเป็นจำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน สถานภาพทางการเงิน สิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ระยะความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว การรักษาที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่ผ่านมา และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2. แบบสอบถามประเมินการมีอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามประเมินการมีอาการ (Memorial Symptom Assessment Scale) ที่สร้างโดย พอร์ทินอยด์และคณะ (1994) ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยโดยมีการย้อนกลับตามกระบวนการโดย Suwisith et al (2008) เป็นแบบประเมินประเมินการมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็ง 32 อาการที่ประกอบด้วยมิติย่อยด้านความดี ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

การแปลผลคะแนนประเมินการมีอาการมีคะแนนในช่วง 0-4 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของประเมินการมีอาการคะแนนรวมเฉลี่ยมากหมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประเมินการมีเกี่ยวกับอาการมาก และแบ่งระดับประเมินการมีเกี่ยวกับอาการ เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ช่วงคะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.33 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประเมินการมีเกี่ยวกับอาการอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.67 คะแนน



หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.68-4.00 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการอยู่ในระดับมาก

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้

3.1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (FACT-G: Thai Version) ของ Cella (1987) ซึ่งแปลโดย วรชัย รัตนธรรช मैंมนนา จิระจรัส และ สุวรรณี ลีโรเลิศตระกูล จากฐานข้อมูลที่รวบรวมแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ ซึ่งเครื่องมือนี้มีความครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อ คือ ด้านความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ด้านอารมณ์/จิตใจ จำนวน 6 ข้อ และการปฏิบัติกิจกรรมจำนวน 7 ข้อ โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากรู้สึกของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบ 5 ระดับ (Likert scale: 0-4) สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

3.2) แบบประเมินความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินโดยแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลลลูเชียร์ และเอลลิสัน (1982) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธัญญา น้อยเปียง (2545) และวิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ได้นำมาใช้ในบริบทผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด มีเกณฑ์การประเมินแบบ 6 ระดับ (คะแนน 0-6 คะแนน) สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89

เนื่องจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (FACTG: Thai Version) ไม่ได้ครอบคลุมมิติด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นมิติที่สำคัญที่ต้องได้รับการประเมินในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) มาใช้ร่วมกับแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (FACT-G: Thai Version) คะแนนคุณภาพชีวิตในการวิจัยนี้ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (FACT-G) และคะแนนเฉลี่ยของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

แปลผลคะแนนจากคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตสูง และแบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ คะแนน 00.00-00.80 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำมาก คะแนน 0.81-1.60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ คะแนน 1.61-2.40 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 2.41-3.20 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตสูง คะแนน 3.21-4.00 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตสูงมาก

4. แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของวิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้าน ทาน ศีล ภาวนา ของพระธรรมโกศาจารย์ที่ประกอบการปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา ด้านทานด้านศีล และด้านภาวนา จำนวน 25 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1-5) สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปใช้กับ



ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ .79

การแปลผลของคะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับ กิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมของ แบบประเมินการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทาง ศาสนาอยู่ในช่วง 25-125 คะแนน แบ่งระดับการปฏิบัติ ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ คะแนน 1.00-1.80 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ใน ระดับต่ำมาก คะแนน 1.81-2.60 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ใน ระดับต่ำ คะแนน 2.61-3.40 คะแนน หมายถึง มีการ ปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับ ปานกลาง คะแนน 3.41-4.20 คะแนน หมายถึง มี การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ใน ระดับสูง คะแนน 4.21-5.00 คะแนน หมายถึง มี การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาอยู่ใน ระดับสูงมาก

5. แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุน จากครอบครัวของ พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) ซึ่งปรับปรุงมาจาก อุไร ชลยุรนาค (2540) ที่สร้าง ตามแนวคิดของเซฟเฟอร์ และคณะ (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของและบริการข้อคำถามเป็นข้อความ ทางด้านบวกทั้งหมด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (คะแนน 1-5 คะแนน) สำหรับค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปใช้กับ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ .96

คะแนนรวมของแบบประเมินการสนับสนุนจาก ครอบครัวอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน การแปลผล โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับแรง สนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก แบ่งระดับ การสนับสนุนจากครอบครัวเป็น 5 ระดับ โดยใช้ เกณฑ์ดังนี้ 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง ได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ปานกลาง 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง ได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัวน้อย 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วย ตนเองพร้อมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นนิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้รับการอธิบายจากผู้ วิจัยในเรื่องของการสัมภาษณ์เพื่อตอบแบบสอบถาม ของแต่ละฉบับ ความเข้าใจของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ในการศึกษา โดยมีระยะเวลาในการรวบรวม ข้อมูล คือ เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุด ที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ จังหวัด ปทุมธานี ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อ ขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากผู้อำนวยการสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบฝ่ายการพยาบาลและ หัวหน้าหอผู้ป่วย ศูนย์มะเร็งมหาวชิราลงกรณ์ จังหวัด



ปทุมธานี และเจ้าอาวาสวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ที่ศูนย์มหาวิราลงกรณ์ และ อโรคยศาล วัดคำประมง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมทั้งผู้ช่วยวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนคือ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการโดยอธิบายถึงการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้วให้เซ็นใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยใช้เวลาเฉลี่ย 20-30 นาที

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคุณภาพชีวิต ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาโดยรวม แรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 120)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
คุณภาพชีวิต	3.09	0.44	สูง
ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ	6.77	3.26	ปานกลาง
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาโดยรวม	3.99	0.29	สูง
แรงสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวม	4.51	0.50	มากที่สุด

ต่อคน จนครบ 120 คน และจะยุติการสอบถามและประเมินอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบหรืออ่อนเพลีย ปวด เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยตามอาการโดยผู้วิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่ร่วมกับให้การพยาบาลเบื้องต้น และรายงานให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในลำดับต่อไป กรณีที่ขณะสัมภาษณ์ผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยนั้นมีความไม่สบายใจในเรื่องใด ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเหล่านั้นออกมาและนำข้อมูลที่ได้มาประเมินปัญหาและประสานงานให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป

5. เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของคำตอบที่ได้ หากคำตอบยังไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลครบ 120 ชุด

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ ความถี่



ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ
หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 34.2 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 75.8 และการศึกษาสูงสุด คือ ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 55.8 โดยไม่ได้ประกอบอาชีพ มีสถานภาพทางการเงินพอใช้ ร้อยละ 49.2 และมีรายได้เฉลี่ย 9,810 บาท/เดือน ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 69.2 และพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 17.5 มีระยะเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 0-6 เดือน ร้อยละ 42.5 อยู่ในระยะแพร่กระจายสู่วัยวะข้างเคียงร้อยละ 41.7 การรักษาที่ได้รับที่ผ่านมา คือ รังสีรักษา ร้อยละ 15.8 และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน คือ รังสีรักษาร้อยละ 35.8

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.09 (SD = 0.44) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

6.77 (SD = 3.26) ซึ่งอยู่ในระดับมีประสพการณ์เกี่ยวกับอาการปานกลาง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 ซึ่งอยู่ในระดับสูงผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่าประสพการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.64, p < .05$) แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .48$ และ $.38, p < .05$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่า

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ แรงสนับสนุนจากครอบครัว การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 120)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์ ความสัมพันธ์ (r)	ระดับ
ประสพการณ์เกี่ยวกับอาการ	- 0.64*	สูง
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.48*	ปานกลาง
การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา	0.38*	ต่ำ

*p < .05



เฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก ส่วนในด้านของตัวผู้ป่วยเองนั้นก็ได้มีการดูแลจิตใจของตนเองในขณะที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายด้วยการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาในระดับสูง ดังตารางที่ 1 ด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่แม้จะมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง แต่การดูแลที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ที่ผู้ป่วยได้รับนั้น จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าและมีความหมาย ยังเป็นบุคคลที่สำคัญในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ น่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แม้ว่า จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่อยู่ในระยะที่คุกคามชีวิต จากผล การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, Axelsson & Danielson (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการมีชีวิตประจำวันที่มีความสุข ต้องการมีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นคนที่มีความหมาย และเป็นคนที่สำคัญของครอบครัวซึ่งการที่ผู้ป่วยเหล่านี้ จะรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีความหมายและเป็นคนสำคัญนั้น การสื่อสารระหว่างกันของคู่สมรส บุตร หรือพี่น้อง เกี่ยวกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นคนที่สำคัญ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความสัมพันธ์กันระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา และแรงสนับสนุนของครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.77 ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากการศึกษานี้มีการรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับอาการต่างๆ อยู่ใน

ระดับปานกลางเท่านั้น และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการกับคุณภาพชีวิตแล้ว พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.64$) (ตารางที่ 2) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ผลความสัมพันธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดในกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al (2001) ที่กล่าวว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ประกอบด้วย ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นอยู่ในส่วนของผลลัพธ์ของอาการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kwon et al (2006) ที่ศึกษาพบว่าอาการและความรุนแรงของอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเป็นอยู่ที่มีความสุข และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นเป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องพิจารณาให้การดูแลเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ สอดคล้องกับ Ardith, Charles, Given et al (2006) ที่ศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในช่วงปีสุดท้ายก่อนเสียชีวิต พบว่าความถี่และจำนวนของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยอาการที่พบมากในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ เหนื่อยล้า ปวด หายใจไม่อิ่ม และไอ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนี้ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญในการทำความเข้าใจและให้การดูแลโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย เพราะหลายๆ อาการที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และมี



คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (McCarthy et al, 2000 cite in Ardith, Charles, Given et al, 2006) ซึ่งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายปราศจากอาการที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนตาย

นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการศึกษานี้มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา เช่น การรักษาศีลให้ทาน การสวดมนต์เจริญภาวนาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้จากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยเหล่านี้จึงหันมาหาสิ่งที่พึ่งทางใจ โดยการปฏิบัติตนตามหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนา ใช้ชีวิตประจำวันให้อยู่ในศีล หมั่นทำบุญใส่บาตร และให้ทานมากขึ้นด้วยเหตุผลว่าเมื่อได้ทำแล้วจะรู้สึกสบายใจ มีความสุขมากขึ้น และหวังว่าการที่ตนหมั่นทำบุญและปฏิบัติตนอยู่ในศีล ผลบุญเหล่านี้จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วยของตน ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามากจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ผลความสัมพันธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดในกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al (2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุนพา ขอบใช้ (2536) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นมะเร็งที่ได้ปฏิบัติศาสนกิจจะทำให้ผู้ป่วยนั้นรู้สึกมีความสุข สงบ และสบายใจ และเมื่อพิจารณาด้านความสัมพันธ์ พบว่าการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ($r = 0.38$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พึ่งรู้ว่าตนเองป่วยจะให้ความสนใจด้านศาสนาและมีกิจกรรมทางด้านศาสนาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนที่เจ็บป่วย โดยนำความเชื่อทางด้านศาสนา มาเป็นที่พึ่งทางใจและคาดหวังว่า การทำบุญ ทำทาน ทำสมาธิ และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาจะช่วยผ่อนหนักเป็นเบาได้ และช่วยให้หายจากภาวะเจ็บป่วยได้ ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยได้พูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าตนป่วยด้วยโรคมะเร็ง สิ่งที่ผู้ป่วยมีความตระหนักมากขึ้น คือ การดูแลตนเองที่นอกจากการดูแลด้านร่างกายแล้วการดูแลตนเองด้านจิตใจก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักเช่นกัน โดยผู้ป่วยจะดำรงชีวิตประจำวันให้อยู่ในศีลหมั่นทำบุญใส่บาตรและให้ทานมากขึ้น ด้วยเหตุผลว่าเมื่อได้ทำแล้วจะรู้สึกสบายใจ มีความสุขมากขึ้น และหวังว่าการที่ตนหมั่นทำบุญและปฏิบัติตนอยู่ในศีล ผลบุญเหล่านี้จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วยของตน ซึ่งถือว่าการปฏิบัติในสิ่งเหล่านี้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นถือเป็นกลวิธีการจัดการอาการที่มีจุดมุ่งหวัง คือ บรรเทาทุกข์ทางใจวิธีหนึ่ง

สำหรับผลการศึกษา พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในการศึกษานี้มีการรับรู้แรงสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวในระดับมากที่สุด ซึ่งแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับนั้น ได้แก่ กำลังใจ ความเอาใจใส่ ความเอื้ออาทรในขณะให้การดูแล ความรัก ความเห็นอกเห็นใจที่ได้รับมาจากการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ รู้สึกว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีคุณค่า และมีความสุขในการดำรงชีวิตประจำวัน และเมื่อพิจารณาด้าน



ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.48$) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนของครอบครัวมากจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สนับสนุนแนวคิดในการจัดการการอาการของ Dodd et al (2001)

สรุปได้ว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แต่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนความสัมพันธ์บางส่วนที่กล่าวไว้ในโมเดลการจัดการกับอาการของ Dodd et al (2001)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษานี้ พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูง ซึ่งประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่ามีความถี่และความรุนแรงของอาการมากที่สุด คือ อาการปวด ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเพื่อจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรวมทั้งจากผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลโดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพราะการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลในครอบครัวนั้นเป็นการดูแลด้วยความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร ความเห็นอกเห็นใจทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ รวมถึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

.....

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมล. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองแบบองค์รวม. เอกสารประกอบการประชุม *Advanced oncology care of Nurse* (หน้า. 5-12). ศูนย์ประชุม สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.
- จอนพะจง เพ็งจาด. (2546). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาล*, 52(1), 11-15.
- ธีรภัทร อังตรระกุล. (2552). *มะเร็ง สาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในโลก*. แหล่งข้อมูล <http://www.healthcorners.com/2007/news/Read.php?id=9209> [October/30/2009].
- บุปผา ขอบใช้. 2536. *ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์

ปริญญาหมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรพรหม รุจีไพโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคมะเร็ง ประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัวกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา*



เคมีบำบัด. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). *ความสัมพันธ์
ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับ
อาการ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. พยาบาล
ศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และ สุรีพร ธนศิลป์. (2552).
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิต
วิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสาร
สำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(3), 27-35.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. (2550). *ข้อมูลสถิติ 10 ลำดับ
การตาย ปี 2550*. แหล่งข้อมูล [http://bps.ops
.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5](http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5)
.[18/กรกฎาคม/2552].

สุพัตรา แสงรุจี. (2547). *การแพทย์รักษาประคับ
ประคอง (palliative medicine)*. Paper
presented at the การประชุมวิชาการเชิง
ปฏิบัติการ เรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง
อาการของผู้ป่วยมะเร็งที่บ้าน ในโครงการ
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, คณะ
แพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย
มหิดล.

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2550). *Humanize
Nursing Care in End of Life*. เอกสารประกอบ
การประชุมเรื่อง มิติองค์รวมการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้าย. โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ.

อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2547). *การดูแลผู้ป่วย
มะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน*. *วารสารเกื้อการุณย์*,
11(2), 47-52.

ภาษาอังกฤษ

Ardith, Z.D., Charles, W.G., Given, B. & Verbitsky,
N. (2006). Symptom experience in the last
year of life among individuals with cancer.
Pain Symptom Management, 32(5), 1-15.

Cella, D.F. (1987). *FACT-G (Functional Assessment
of Cancer Therapy-General): Quality of Life
Questionnaires*. from [http://www.facit.org/
facitorg/questionnaires](http://www.facit.org/facitorg/questionnaires) [26 /01/2010].

Cella, D.F. (1993). Quality of life: concept and
definition. *Journal of Pain and Symptom
Management*, 4(3), 186-194.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J.,
Froelicher, E., Humphreys, J. et al. (2001).
Nursing theory and concept development
or analysis: advancing the science of
symptom management. *Journal of Advanced
Nursing*, 33(5), 668-676.

Johansson, C.M., Axelsson, B. & Danielson, E.
(2006). Living with incurable cancer at
the end of life patients' perceptions on
quality of life. *Cancer Nursing*, 29(5), 391-398.

Kwon, Y. C., et al. 2006. Symptom in the life of
terminal cancer Patients: Which is the most
important? *Oncology*, 71, 69-76.

Suwisith N, Hanucharunkul S, Dodd M, et al.
(2008). Symptom clusters and functional
status of women with breast cancer. *Thai
J Nurs Res*, 12(3), 153-165.