



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038

มูลนิธิวิจัยโรคมะเร็งเพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

บรรณาธิการ

ธีรวุฒิ คุณะเปรมะ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

จรัญญา งามขำ

ศุสิทธิ์ แสงกระจ่าง

เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน

สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์

คณะบรรณาธิการ

กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ

กวิญญู ลีละวัฒน์

दनัย ทิวาเวช

ถวิล กลิ่นวิมล

ธนเดช สินธุเสก

ธนู ลอบันดิส

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย

ปัญญารัตน์ ลาภวงส์วัฒนา

เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล

วนิดา ไชควาณิชย์พงษ์

วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์

วิสิทธิ์ สุภครพงษ์กุล

วีรวุฒิ อิมสำราญ

วิชิต อภรณ์วิรัตน์

วุฒิ สุเมธโชติเมธา

วสันต์ ลีนะสมิต

สมเกียรติ ลลิตวงศา

สมจินต์ จินดาวิจักษณ์

สมชาย ธนะสิทธิชัย

สุดสวาท เลานวินิจ

สุพล มโนรมณ์

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

อนงค์ เทพสุวรรณ

อนันต์ กรลักษณ์

อาคม ชัยวีระวัฒน์

อารีย์ ประสิทธิพงษ์

อรชร เขียมอารีรัตน์

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

ผู้จัดการ

สมชาย ธนะสิทธิชัย

ผู้ช่วยผู้จัดการ

มลินี สนธิไชย

สุนิตย์ พุกกลาง

พิมพ์ที่ บริษัท โพลิตการพิมพ์ จำกัด

373 ถ.จรัญสนิทวงศ์ แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700 โทร. 0-2424-8715, 0-2433-3011



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



ISSN 0125-2038

Cancer Research Foundation for National Cancer Institute

Editor-in-Chief

Thiravud Khuhaprema

Assistant Editors

Jarunya Ngamkham

Suleeporn Sangrajrang

Saowakon Sukarayodhin

Sunanta Chariyalertsak

Editorial Board

Kitisak Thepsuwan

Kawin Leelawat

Danai Tiwawech

Tawin Klinvimol

Tanadej Sinthusake

Dhanoo Lawbundis

Prasert Lertsanguansinchai

Punyarat Lapvongwatana

Petcharin Srivatanakul

Vanida Chokvanichpong

Vajarabhongsa Bhuddisawasdi

Wisit Supakrapongkul

Weerawut Imsamran

Vichit Arpornwirat

Wutthi Sumetchotimaytha

Vasant Linasmita

Somkiat Lalitwongsa

Somjin Chindavijak

Somchai Thanasitthichai

Sudsawat Laohavinij

Suphon Manoromana

Suwat Chariyalertsak

Anong Tepsuwan

Anant Karalak

Arkorn Chaiwerawattana

Aree Prasitthipayong

Orachorn Aimarreerat

Attasit Srisubat

Managing Editor

Somchai Thanasitthichai

Assistant Managers

Malinee Sontichai

Sunit Fuklang

KOSIT PRESS COMPANY LIMITED

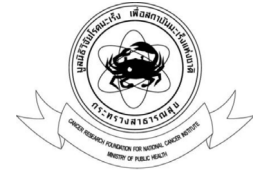
373 Charansanitwong Rd., Bang-ow, Bangplad, Bangkok 10700 Tel. 0-2424-8715, 0-2433-3011



วารสารโรคมะเร็ง
THAI CANCER JOURNAL



- วัตถุประสงค์** เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- สำนักงาน** สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2354-7025 ต่อ 2206
โทรสาร 0-2644-9097
- เว็บไซต์เผยแพร่** www.nci.go.th, www.kmnci.com/km/,
<http://thailand.digitaljournals.org/index.php/TCJ>
- กำหนดการตีพิมพ์** กำหนดออกทุก 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม-มีนาคม,
เมษายน-มิถุนายน, กรกฎาคม-กันยายน, ตุลาคม-ธันวาคม)
- การส่งต้นฉบับ** บรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2354-7025 ต่อ 2206
โทรสาร 0-2644-9097
E - mail : thaicancerj@gmail.com
- การบอกรับเป็นสมาชิก**
- ห้องสมุดและหน่วยงานราชการแจ้งความจำนงได้ที่สำนักงานวารสารโรคมะเร็งโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
 - หน่วยงานเอกชนและผู้สนใจส่งแบบฟอร์มสมัครสมาชิกที่สำนักงานวารสารโรคมะเร็ง อัตราค่าสมาชิก 200 บาท ต่อปี (4 ฉบับ) รวมค่าจัดส่งและโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบัติ เลขที่บัญชี 026-228501-4
ชื่อบัญชี เงินสำรองจ่ายของมูลนิธิวิจัยโรคมะเร็ง



สารบัญ Content

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2

เมษายน-มิถุนายน 2557

	หน้า
บทบรรณาธิการ	55
นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)	
ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย <i>กุลธิดา เกตุแก้ว, อัจฉริยา ปทุมวัน, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล</i>	56
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง <i>เกศิณี อีรทองดี, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมล</i>	68
คุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวช <i>จิราศรี ทรรษาจรรยาโรจน์, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์</i>	79
ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา <i>พรนภา หีบจินดา, อีราภรณ์ จันทร์ดา, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์</i>	92
บทพินิจวิชาการ (Review Articles)	
Vitamin D Receptor กับมะเร็งเต้านม <i>อดิสร เจษฎ์ปิยะวงศ์, วิมล สุขตั้งมั่น, สุนันทา จรียาเลิศศักดิ์, สมชาย ธนะสิทธิชัย</i>	104
คำแนะนำการส่งต้นฉบับ	111
หนังสือแจ้งความจำนงลงโฆษณาในวารสารฯ	113
ใบสมัครสมาชิก/ใบต่ออายุสมาชิกวารสารฯ	114

บทบรรณาธิการ

อุบัติการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคมะเร็งในเอเชีย

ในปี ค.ศ. 2011 ทั่วโลกพบผู้เสียชีวิต 55 ล้านราย โดยที่ 36 ล้านรายเกิดจากโรคไม่ติดต่อ (non communicable diseases; NCDs) ซึ่งในจำนวนนี้เป็นโรคมะเร็งมากที่สุดคือ 8 ล้านราย ตามสถิติโรคมะเร็งจาก GLOBOCAN¹ พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 14.1 ล้านราย ในปี ค.ศ. 2012 และจะพบเพิ่มเป็น 19 ล้านรายในปี 2025 สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจะพบมากในประเทศที่พัฒนาน้อย ในปี ค.ศ. 2012 พบว่าร้อยละ 42 ของอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งและร้อยละ 52 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกิดในทวีปเอเชียใต้, ตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งประกอบด้วย 25 ประเทศและประชากร 3.8 พันล้านคน และเกือบสองในสามของอัตราการเกิดโรคมะเร็งพบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบมากที่สุดในการหาสถิติและญี่ปุ่น ส่วนประเทศในเอเชียใต้พบต่ำสุดได้แก่ ศรีลังกา เนปาลและภูฏาน

โรคมะเร็ง 5 อันดับแรกที่พบมากในเอเชีย ในปี ค.ศ. 2012 ได้แก่ มะเร็งของปอด กระเพาะอาหาร เต้านม ตับ และลำไส้ ซึ่งอัตราที่พบโรคมะเร็งแต่ละชนิดแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ในผู้ชายพบมะเร็งปอดมากที่สุด ในจีน อินเดีย เอเชีย เนปาลและฟิลิปปินส์ ขณะที่มะเร็งกระเพาะอาหารพบมากในอิหร่าน อัฟกานิสถาน เกาหลีใต้ และญี่ปุ่น มะเร็งตับพบมากที่สุด

ในกัมพูชา มองโกเลีย ไทยและเวียดนาม ส่วนมะเร็งช่องปากพบมากใน อินเดีย ปากีสถานและศรีลังกา สำหรับในผู้หญิงพบมะเร็งเต้านมมากที่สุดเกือบทุกประเทศในเอเชีย แต่ก็มีบางประเทศที่พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งสูงในหญิงแตกต่างกัน เช่น พบมะเร็งปอดสูงในจีน มะเร็งปากมดลูกในเนปาลและภูฏาน หรือมะเร็งตับในมองโกเลีย ลาว

เมื่อมนุษย์มีการพัฒนามากขึ้น โรคมะเร็งที่เกิดจากการติดเชื้อได้แก่มะเร็งปากมดลูกและกระเพาะอาหารก็จะลดลง และถูกแทนที่ด้วยมะเร็งเต้านมในผู้หญิงรวมทั้งโรคมะเร็งอื่นๆที่เกิดจากการเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นชาวตะวันตกมากขึ้น พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงด้านอาหารการกิน ตลอดจนกิจกรรมทางกายภาพที่พบเห็นเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วทวีปเอเชีย²

เอกสารอ้างอิง

1. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Available at: <http://www.globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Accessed June 27, 2014.
2. Moore MA, Sangrajang S, Bray F. Asian Cancer Registry Forum 2014-Regional Cooperation for Cancer Registration: Priorities and Challenges. Asian Pac J Cancer Prev 2014;15:1891-4.

บรรณาธิการ

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการตาม การรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย

กุลธิดา เกตุแก้ว
อัจฉริยา ปทุมวัน
ชินฤดี คงศักดิ์ตระกูล

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายและเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นโรคมะเร็งอายุ 10-19 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 50 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความต้องการโดยรวมในระดับมากและความต้องการรายด้านพบในระดับมาก 5 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านการได้รับข้อมูล ด้านจิตวิญญาณ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนความต้องการด้านจิตสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความแตกต่างกัน ($P < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้เน้นให้เห็นว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งที่รับการรักษาในโรงพยาบาลปีแรกนั้นมีความต้องการในระดับมากและยังมีความต้องการที่ได้รับการตอบสนองน้อยหรือไม่ได้รับการตอบสนอง ทั้งในเรื่องต้องการให้พยาบาลช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนด้วยวิธีอื่นที่นอกเหนือจากการได้รับยา การรับฟังความรู้สึก ต้องการให้มีคนมาสอนหนังสือในโรงพยาบาล จึงควรวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย (วารสารโรคมะเร็ง 2557;34:56-67)

คำสำคัญ: วัยรุ่นโรคมะเร็ง ความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

Perceived Needs and Satisfied Needs of Adolescents with Cancer during Hospitalization, One Year Post-diagnosis

by **Kulthida Ketkaew, Autchareeya Patoomwan, Chuanruedee Kongsaktrakol**

Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Abstract This descriptive research study aimed to describe and compare the perceived needs and met needs of adolescents with cancer during their hospitalization one year post-diagnosis. Fifty adolescents aged 10 to 19 years, who were admitted to the Pediatric Ward of Ramathibodi Hospital for cancer treatment between February-May 2013, were purposively sampled. The study data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the majority of the adolescents with cancer had needs at a high level overall. Adolescents reported high-level needs in 5 dimensions (physical, emotional, informational, spiritual, and practical) and moderate-level psychosocial needs. They also reported moderate-level satisfied needs overall and in each dimension. The perceived and satisfied needs of these adolescents were statistically significantly different, $P < 0.001$. The results reveal the unsatisfied needs of these adolescents with cancer. They perceived the need for nurses to help them relieve nausea and vomiting with alternative medications, and listening them express their feelings. Appropriate nursing interventions should be designed to satisfy the perceived needs of adolescents with cancer during the active treatment phase in hospital, one year post-diagnosis. (*Thai Cancer J 2014;34:56-67*)

Keywords: adolescent cancer, perceived needs, satisfied needs, hospitalization

บทนำ

โรคมะเร็งในเด็กเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก โดยพบแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี¹ ในสหรัฐอเมริกาพบเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 14 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ถึง 10,450 ราย และในจำนวนนั้นเสียชีวิตถึง 1350 ราย ส่วนวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ 5330 ราย เสียชีวิต 610 ราย² สำหรับประเทศไทยจากสถิติของโรงพยาบาลรามธิบดีระหว่างปี 2550 - 2554 พบเด็กอายุ 10-19 ปี เป็นโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน 89, 146, 125, 96 และ 54 คน ตามลำดับ³ ถึงแม้ว่าแนวโน้มวัยรุ่นโรคมะเร็งของโรงพยาบาลรามธิบดีจะมีจำนวนที่ลดลงตามลำดับ อีกทั้งปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งในเด็กมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องทั้งเคมีบำบัดและ

รังสีรักษา รวมทั้งการพัฒนาเทคนิควิธีการผ่าตัดต่างๆ แต่ยังคงพบว่าการรักษาวัยรุ่นโรคมะเร็งทั้งในประเทศและต่างประเทศยังคงมีอัตราการรอดชีวิตที่น้อยกว่าหากเทียบกับเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยช่วงเด็กวัยอื่นๆ⁴ และในระหว่างการรักษาพบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งยังได้รับผลกระทบต่างๆทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลต้องตระหนักและให้การพยาบาลแก่วัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม⁵

ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับวัยรุ่นโรคมะเร็งแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันออกไปตามชนิดโรคมะเร็งที่มีรูปแบบการดำเนินโรคและรูปแบบการรักษาที่แตกต่างกันรวมทั้งแตกต่างกันในแต่ละระยะของการรักษาทั้งชนิดยา ปริมาณยา วิธีการให้ยาและผลข้างเคียงจากยาหรือเหตุการณ์ต่างๆ^{6,7} ทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต มีการรับรู้ประสบการณ์

การเจ็บป่วยของตนเองและเริ่มได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ตั้งแต่เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย ระยะเวลาเริ่มการรักษา ระยะเวลาจากระยะติดตามผลการรักษา⁸ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในระยะปีแรกของการรักษานั้นเป็นการรักษาอย่างเข้มข้นต่อเนื่องตลอดเวลาทำให้มักพบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับผลกระทบในทุกด้าน ด้านร่างกายวัยรุ่นโรคมะเร็งนั้นพบค่อนข้างเด่นชัด ได้แก่ ความเจ็บปวดจากหัตถการ การเจาะเลือด การเจาะไขกระดูก⁹ รวมถึงรูปแบบเคมีบำบัดจะมีความรุนแรงและก่อให้เกิดผลข้างเคียงค่อนข้างสูง เช่น เยื่อช่องปากอักเสบ ติดเชื้อง่ายจากการกดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น¹⁰ ด้านจิตใจอารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณ วัยรุ่นโรคมะเร็งอาจเกิดความรู้สึกทั้งโกรธ กลัวความไม่แน่นอนในอนาคต วิดกกังวล สับสน¹¹ ร่วมกับประสบการณ์ที่ได้รับและความเจ็บปวดจากการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีการต่างๆ วัยรุ่นโรคมะเร็งจะมีภาวะเครียด วิดกกังวลสูงและบางรายเกิดความรู้สึกโศกเศร้าในปีแรกของการรักษา¹² ส่งผลให้บางคนไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา¹³ และการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอันยาวนานในช่วงแรกของการรักษาต้องหยุดเรียนและห่างจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน เกิดความรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น ทำให้เกิดการแยกตัวหรือมีอารมณ์ก้าวร้าวได้

จากผลกระทบทุกๆ ด้านที่วัยรุ่นโรคมะเร็งต้องเผชิญทำให้เกิดความต้องการที่นอกเหนือจากความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล โดยความต้องการนั้นเป็นสิ่งที่เป็นแรงผลักดันให้วัยรุ่นโรคมะเร็งแสดงพฤติกรรมเพื่อบ่งบอกความต้องการตามการรับรู้ของตนเมื่อเข้ารับการรักษา แต่ความต้องการเหล่านี้เป็นความต้องการ

เฉพาะที่เกิดขึ้นเมื่อวัยรุ่นป่วยและรับการรักษาโรคมะเร็งซึ่งแตกต่างจากเด็กโรคมะเร็งในวัยอื่นๆ และการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ อีกทั้งวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการรับรู้และมีพัฒนาการที่สูงใกล้เคียงเทียบเท่าผู้ใหญ่ทำให้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย มักก่อให้เกิดความต้องการและเกิดผลกระทบจากการไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการในระดับมาก⁹ และในแต่ละช่วงเวลาการรักษานั้นน่าจะมีความต้องการและการรับรู้การได้รับการตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันไป โดยยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาการได้รับการตอบสนองความต้องการหรือผลกระทบจากการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในวัยรุ่นโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาปีแรก มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มที่กำลังเริ่มรักษาในปีแรกนั้นมีระดับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับสูง รวมทั้งพบว่าในขณะที่เดียวกันวัยรุ่นมีระดับความวิตกกังวลและระดับความเครียดที่สูงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มรับการรักษาปีที่ 1-5 และรักษามาแล้ว 5 ปีขึ้นไป¹⁷ ซึ่งในประเทศไทยพบการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในวัยรุ่นโรคมะเร็งตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล โดยเป็นการศึกษาความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์และสังคมนั้น ยังไม่ครอบคลุมในด้านจิตวิญญาณและไม่ได้ศึกษาในส่วนการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็ง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งระยะเวลาภายหลังจากได้รับวินิจฉัยตั้งแต่ 1-60 เดือน ไม่ได้เน้นศึกษาในวัยรุ่นโรคมะเร็งที่รับการรักษาปีแรกหลังได้รับการวินิจฉัย¹³ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยมาใช้

เนื่องจากมีความแตกต่างกันในบริบทของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งหากวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับการพยาบาลและตอบสนองความต้องการอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคมะเร็งเกิดความสมดุล และสามารถปรับตัวกับโรค สามารถจัดการตนเอง และจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความคับข้องใจหรือปัญหาต่อเนื่องตามมาจากการที่เด็กไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่ต้องการได้ เช่น อารมณ์แปรปรวน พฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น^{14,15}

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความต้องการการสนับสนุนการดูแล (The supportive care needs framework) ของ Fitch MI¹⁶ ซึ่งอธิบายถึงความต้องการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละบุคคลว่ามีความต้องการที่แตกต่างกันไปในเรื่องหลัก ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย (physical needs) ความต้องการด้านอารมณ์ (emotional needs) ความต้องการด้านข้อมูล (information needs) ความต้องการด้านจิตสังคม (psychosocial needs) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) และความต้องการด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (practical needs) แต่ละบุคคลเมื่อเข้าสู่หรือได้รับประสบการณ์ในแต่ละช่วงเวลาของการรักษาที่มีความแตกต่างกัน จะมีระดับความต้องการที่แตกต่างกันในทุกระยะการรักษา ตั้งแต่ก่อนได้รับการวินิจฉัย ระยะวินิจฉัย ไปจนถึงระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่วัยรุ่น

โรคมะเร็งต้องเผชิญกับความแตกต่างของการรักษาทั้งในด้านระยะเวลา ความถี่ ความรุนแรงของยาและความถี่ของหัตถการที่ได้รับผลกระทบในช่วงเวลานี้ พบว่าช่วงการรักษาโรคมะเร็งปีแรกวัยรุ่นโรคมะเร็งจะได้รับผลกระทบมากกว่าระยะการรักษาในช่วงเวลาถัดไป^{6,7,16} และหากวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่ได้รับการดูแลและตอบสนองความต้องการในช่วงเวลาดังกล่าวอย่างเหมาะสมแล้วจะส่งผลถึงการเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคมะเร็งได้ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิเสธยาหรือการทำหัตถการ ซึมเศร้า เกิดความกลัวและวิตกกังวล^{11,13,17} อาจเป็นผลให้อาการทรุดลง ในทางกลับกันหากความต้องการได้รับการตอบสนอง วัยรุ่นโรคมะเร็งก็จะสามารถปรับตัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีไปพร้อมกับการรักษาโรคมะเร็ง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวม และรายด้านของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย และเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย

วัตถุประสงค์และวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือวัยรุ่นโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติที่อยู่ระหว่างการรักษาโรคมะเร็งระยะเวลาไม่เกินปีแรกในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556

จำนวน 50 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแต่ไม่ทราบสัดส่วน แทนค่าสูตรด้วยจำนวนประชากรจากสถิติวิทยุโรคมะเร็งรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดี ปี 2554 จำนวน 54 ราย³ โดยยอมให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 5% ดังนั้นสัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดได้ (e) เท่ากับ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z = 1.96$)¹⁸ คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 48 ราย ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ทั้งหมดจำนวน 50 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี ทั้งชายและหญิง มีประวัติเคยได้รับการรักษาโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมากกว่า 1 เดือนและกำลังอยู่ระหว่างการรักษาโรคมะเร็งเป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปีภายหลังจากได้เริ่มรับการรักษา วิทยุโรคมะเร็งและผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูด อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกจากการศึกษาครั้งนี้คือ วิทยุโรคมะเร็งที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้แก่ มีภาวะหายใจลำบาก ภาวะช็อค ย้ายไปเข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของวิทยุโรคมะเร็งและครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดการรักษาที่ได้รับ อาการข้างเคียง

ของการรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา (ตั้งแต่เริ่มได้รับการรักษาถึงปัจจุบัน) จำนวนครั้งและระยะเวลาแต่ละครั้งที่เข้ารับการรักษา

2. แบบสอบถามความต้องการและแบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของวิทยุโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย

2.1 แบบสอบถามความต้องการตามการรับรู้ของวิทยุโรคมะเร็ง โดยแบบสอบถามชุดนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของสาวิตรี ลิ้มมลทิพย์¹³ ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมส่วนของความต้องการด้านจิตวิญญาณ โดยการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 5 ข้อ รวมแบบสอบถามมี 61 ข้อ และปรับข้อความด้านต่างๆ แบ่งการประเมินเป็น 6 ด้าน ให้สอดคล้องกับแนวคิดของ Fitch MI^{6,8} ซึ่งหลังผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้มีข้อเสนอแนะให้มีการปรับภาษาให้เหมาะสม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (Likert scale) คือ 0 เท่ากับ ไม่ต้องการ จนถึง 3 เท่ากับ มีความต้องการมาก แปลความหมายคะแนนความต้องการโดยพิจารณาจากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0 - 183 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 0 - 61 คะแนน หมายถึงวิทยุโรคมะเร็งมีความต้องการระดับน้อย ค่าคะแนนระหว่าง 62 - 122 คะแนน หมายถึงวิทยุโรคมะเร็งมีความต้องการระดับปานกลาง และค่าคะแนนระหว่าง 123 - 183 คะแนน หมายถึงวิทยุโรคมะเร็งมีความต้องการระดับมาก คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89

2.2 แบบสอบถามการได้รับการตอบสนอง

ความต้องการตามการรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้วิจัยดัดแปลงเพิ่มเติมจากแบบสอบถามของสาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์¹³ โดยผู้วิจัยเพิ่มในส่วนของการได้รับการตอบสนองของความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยข้อคำถามเป็นข้อความเดียวกันกับข้อคำถามแบบสอบถามความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดและเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง 0 คือ ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการใดๆเลย จนถึง 3 คือ ได้รับการตอบสนองความต้องการมากที่สุด การแปลความหมาย หากค่าคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับมาก หมายถึงวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับการตอบสนองความต้องการจากพยาบาลในระดับมาก ค่าคะแนนในระดับปานกลางหมายถึง วัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับการตอบสนองความต้องการเพียงบางส่วนและหากค่าคะแนนอยู่ในระดับน้อย หมายถึงวัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับน้อยหรือไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในข้อดังกล่าว แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา-ครอนบาค 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2555/527 ผู้วิจัยจึงเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลรามาธิบดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสำรวจรายชื่อในแต่ละ

หอผู้ป่วยให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดและเข้าพบผู้ปกครองและวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขออนุญาตและขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้ป่วยและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แจ้างสิทธิและนำแบบฟอร์มยินยอมการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองลงนาม จากนั้นอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้สามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา แล้วจึงนำแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อด้วยตัวเอง โดยใช้เวลารายละประมาณ 15-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มซึ่งเมื่อทดสอบข้อมูลแล้วพบว่าเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้ paired t-test ในการเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยรวม

ผลการศึกษา

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโรคมะเร็งในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 50 ราย เป็นเพศชายจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 76) อยู่ในช่วงอายุ 10-12 ปี

จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 74) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 11.03 ปี สองในสามของกลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระบบโลหิตและโรคมะเร็งเนื้อเยื่อชนิดร้ายแรงจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) โดยหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเท่ากับ 6.52 เดือน กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์นอนรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า 5 ครั้ง โดยได้รับการรักษาหลักด้วยเคมีบำบัดและรับการรักษาร่วมอื่นๆ ได้แก่ รังสีรักษา การผ่าตัด และพบว่าร้อยละ 18 ได้รับการรักษาโรคมะเร็งทั้ง 3 วิธีการร่วมกัน วัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับผลข้างเคียงคือผมร่วงถึงร้อยละ 80 พบภาวะแทรกซ้อนเพียง 6 ราย คือภาวะที่มีระดับการหลั่ง anti-diuretic hormone (ADH) ไม่เหมาะสม (syndrome of inappropriate anti-diuretic hormone - SIADH) ติดเชื้อ มีไข้ และในส่วนของข้อมูลของผู้ปกครองของ

วัยรุ่นโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 68 ส่วนใหญ่มีรายได้รวมของครอบครัวประมาณ 10,000-20,000 บาท ซึ่งพบว่าร้อยละ 60 มีรายได้ไม่เพียงพอเมื่อบุตรเจ็บป่วย

การศึกษานี้พบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย ส่วนใหญ่มีความต้องการโดยรวมในระดับมาก ในส่วนความต้องการรายด้านส่วนใหญ่พบว่าความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความต้องการอยู่ในระดับมาก มีเพียงความต้องการด้านจิตสังคมที่วัยรุ่นโรคมะเร็งมีความต้องการด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับผลการตอบสนองของความต้อการอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน (ตารางที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองของความต้อการของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมแล้ว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความต้องการและการได้รับการตอบสนองของความต้อการตามการรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย (n=50)

ข้อมูล	พิสัยที่เป็นไปได้	ความต้องการ			การได้รับการตอบสนองของความต้อการ		
		ค่าเฉลี่ย (คะแนน)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	ค่าเฉลี่ย (คะแนน)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านร่างกาย	0-39	32.98	4.04	มาก	25.68	3.48	ปานกลาง
ด้านจิตใจและอารมณ์	0-45	33.68	5.39	มาก	28.36	4.26	ปานกลาง
ด้านการได้รับข้อมูล	0-39	31.66	4.33	มาก	26.06	6.31	ปานกลาง
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	0-18	14.30	2.49	มาก	9.14	3.40	ปานกลาง
ด้านจิตสังคม	0-33	21.52	3.75	ปานกลาง	15.70	3.94	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	0-15	11.94	2.18	มาก	10.64	2.46	ปานกลาง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย (n= 50)

ข้อมูล	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	ค่าเฉลี่ยคะแนน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	P
ความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็ง	0-183	93-174	146.08	15.78	0.000
การได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็ง	0-183	86-163	115.58	14.71	

วิจารณ์และสรุป

จากผลการศึกษานี้พบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัยจำนวน 50 ราย ส่วนใหญ่มีความต้องการโดยรวมในระดับมาก เนื่องจากรูปแบบการรักษาโรคมะเร็งในช่วงปีแรกของการรักษาเป็นการรักษาที่เข้มข้นทั้งจากขนาดยา ชนิดและความหลากหลายของยา ทำให้วัยรุ่นได้รับผลกระทบมากในทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์¹³ ที่พบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความต้องการในระดับมากเช่นกัน และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่ากว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่กำลังรับการรักษาโรคมะเร็งในปีแรกเช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ อาจสนับสนุนได้ว่าการรักษาโรคมะเร็งของวัยรุ่นในปีแรกนั้นทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งมีความต้องการการดูแลจากพยาบาลในระดับมาก ส่วนผลการศึกษากการได้รับการตอบสนองความต้องการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะวัยรุ่นได้รับการดูแลจากครอบครัวที่อยู่ดูแลข้างเตียงวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ตลอดเวลาอย่างเพียงพอแล้ว จึงรับรู้ว่ายาบยาบาลมาให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นเพียงระดับปานกลางเท่านั้น

เมื่อพิจารณาความต้องการในรายด้านพบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งต้องการให้พยาบาลดูแลและให้การพยาบาลด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าวัยรุ่นต้องการพักผ่อนในห้องพักที่เงียบสงบมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 2.78) รองลงมาคือต้องการให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ (ค่าเฉลี่ย = 2.76) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะในปีแรกของการรักษาจะเป็นชนิดยาและขนาดยาที่มีความเข้มข้นสูงทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อร่างกายค่อนข้างมากจึงมักเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง¹² และยังทำให้เกิดภาวะอ่อนล้าเรื้อรังภายหลังรับยาเคมีบำบัดแล้วได้ด้วย จึงอาจทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าจะตนเองต้องการการดูแลให้ได้รับการพักผ่อนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการได้รับการตอบสนองความต้องการที่พบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้ว่าจะตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายมากที่สุดในเรื่องที่ได้นอนพักผ่อนและไม่ถูก

พยาบาลหรือแพทย์รบกวนการพักผ่อนและนอนหลับ (ค่าเฉลี่ย = 2.40, 2.36 ตามลำดับ)¹³ อาจอธิบายได้ว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกคนทราบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้รับผลกระทบด้านร่างกายจากการรักษาอย่างมาก การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจึงเป็นการดูแลเพื่อให้ร่างกายได้ฟื้นฟูที่ดีที่สุด อีกทั้งรูปแบบการจัดหอผู้ป่วยที่เป็นห้องแยก ห้องละเพียง 4 เตียง และการจัดระบบการปฏิบัติพยาบาลมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสนับสนุนการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะไม่ได้รับการรบกวนจากแพทย์หรือพยาบาลจึงสามารถพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ ในส่วนการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายน้อยหรือไม่ได้รับการตอบสนองพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งรู้ว่าตนเองไม่ได้รับการตอบสนองในเรื่องที่ต้องการให้พยาบาลช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการได้รับยา (ค่าเฉลี่ย = 1.54) ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้เช่นนั้นอาจเกิดจากผลข้างเคียงที่รุนแรงของยาเคมีบำบัดที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างมาก ซึ่งแม้พยาบาลดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาแล้วก็ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีอาการดีขึ้น จึงมีความต้องการให้พยาบาลช่วยหาวิธีการอื่นๆ มาแนะนำหรือให้การดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าที่ได้รับ

ส่วนความต้องการด้านจิตใจอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านจิตใจอารมณ์อยู่ในระดับมาก โดยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องการให้พยาบาล แพทย์ รวมทั้งบุคลากรที่มีสุขภาพอื่นๆ พูดจาไพเราะด้วย (ค่าเฉลี่ย = 2.72) และต้องการให้พยาบาลคนที่มีความชำนาญเป็นผู้ที่เจาะเลือดหรือทำหัตถการกับตนเอง (ค่าเฉลี่ย = 2.54) มากที่สุด อาจเป็น

เพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาปีแรกนั้น มีประสบการณ์ที่ได้รับ ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยซึ่งที่ต้องผ่านการเจาะเลือด เจาะหลัง ให้สารละลายและยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำบ่อยครั้งและต้องเข้ามารับการรักษาเป็นระยะห่างตั้งแต่ 1 สัปดาห์หรือทุกเดือน จึงทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความต้องการการดูแลใกล้ชิดจากพยาบาลในด้านจิตใจอารมณ์และการจัดการความกลัว ความเจ็บปวดจากหัตถการ และผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจอารมณ์โดยรวมอยู่เพียงระดับปานกลาง มีรายงานพบว่าผู้ป่วยรู้ว่าตนเองได้รับการตอบสนองน้อยที่สุดในเรื่องของการให้พยาบาลรับฟังความรู้สึกอาจเกิดจากผู้ป่วยมีความต้องการที่จะระบายความทุกข์ใจ หรือเรื่องคับข้องใจ จึงต้องการที่จะพูดคุยกับพยาบาลเพื่อระบายและบอกความต้องการที่แท้จริง¹⁹ นอกจากนั้นยังมีรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่กำลังรักษาในช่วงปีแรกไม่ได้รับการตอบสนองเกี่ยวกับการช่วยเหลือการจัดการอารมณ์และความเบื่อหน่ายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล²⁰ เช่นเดียวกับผลการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน อีกทั้งบริบทของโรงพยาบาลที่มักมีการจัดกิจกรรมเวลาใกล้เคียงกันในทุกวันทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายขึ้นได้

ในส่วนความต้องการด้านการได้รับข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการรู้ผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดล่วงหน้าและต้องการทราบวิธีการดูแลตนเองเพื่อลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด (ค่าเฉลี่ย = 2.68, 2.66 ตามลำดับ) เพราะผู้ป่วยซึ่งเป็นวัยที่ก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่ ดังนั้นการรับรู้ การเรียนรู้

ความคิดเชิงเหตุและผลเมื่อเจ็บป่วยจึงย่อมต้องการที่จะได้รับข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งข้อมูลที่ต้องการอาจจะช่วยให้วัยรุ่นโรคมะเร็งคลายความวิตกกังวลลง เพราะวัยรุ่นอาจนำประสบการณ์เดิมที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดชนิดนั้นๆในครั้งก่อนมาใช้ในการเตรียมตัวเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการรักษาในครั้งนี้¹⁶ และผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่วัยรุ่นโรคมะเร็งต้องการการได้รับข้อมูลในระดับมาก แต่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการได้รับข้อมูลโดยรวมอยู่เพียงระดับปานกลาง อาจอธิบายได้ว่าทั้งพยาบาลประจำการและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งในเด็กได้บอกและอธิบายผลการตรวจเลือดและผลการตรวจต่างๆแก่วัยรุ่นโรคมะเร็งและผู้ปกครองทุกครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบผลการตรวจต่างๆอีกทั้งมีสมุดบันทึกค่าผลตรวจต่างๆเพื่อบันทึกและให้วัยรุ่นได้เปรียบเทียบผลการดูแลตนเองและผลการรักษาทุกครั้งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล และนำข้อมูลนั้นมาปรับใช้ในการดูแลตนเองเมื่อได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรืออาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยรุ่นตอนต้น ทำให้ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลทางการแพทย์จากสื่อต่างๆนั้นอาจยังไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองหรือสามารถเรียนรู้เข้าใจได้โดยง่าย เพราะส่วนใหญ่แล้วข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่วัยรุ่นโรคมะเร็งต้องการทราบนั้นเป็นภาษาทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งเข้าถึงและรับรู้ว่าคุณค่าตนเองได้รับการตอบสนองด้านข้อมูลในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าพยาบาลและทีมสุขภาพอาจได้ให้ข้อมูลไปแล้วอย่างเต็มที่ก็ตาม และวัยรุ่นได้รับการตอบสนองความต้องการที่น้อยที่สุดคือการไม่ได้รับทราบเกี่ยวกับเรื่องค่ารักษาพยาบาล อาจเป็น

เพราะการติดต่อประสานงานเรื่องค่าใช้จ่ายทางโรงพยาบาลจะประสานงานกับผู้ปกครองโดยตรงทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่ได้รับทราบเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา

ผลการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านการดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าเมื่อวัยรุ่นเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้วิถีชีวิตปกติของวัยรุ่นได้เปลี่ยนแปลงไป ต้องนอนโรงพยาบาลนานและบ่อยครั้ง ต้องหยุดเรียนบ่อย ทำให้มีความต้องการมากที่จะมีชีวิตเหมือนเพื่อนที่ไม่เจ็บป่วยได้ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้ปกครอง และพบว่าวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดเรื่องที่ว่าวัยรุ่นต้องการไปโรงเรียนทุกวันตามปกติ ทั้งนี้เพราะเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปีแรกวัยรุ่นจำเป็นต้องหยุดเรียนบ่อยครั้งเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องพักฟื้นที่บ้าน ทำให้อาจติดตามบทเรียนไม่ทันเพื่อนและไม่ได้พบเพื่อนตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งที่รับการรักษาในปีแรกส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่สามารถจัดกิจกรรมในเวลาว่างของตนเองตามที่ต้องการ เมื่อมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งกิจกรรมหรือเวลาว่างต่างๆจะแตกต่างออกไปจากวิถีชีวิตเดิม²⁰

ความต้องการด้านจิตสังคม ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านนี้เพียงระดับปานกลาง โดยต้องการให้บิดาหรือมารดาเข้ามาเยี่ยมทุกวันมากที่สุดและต้องการได้รับกำลังใจจากครอบครัว (ค่าเฉลี่ย = 2.72 และ 2.70 ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากในบริบทของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลนั้น หอผู้ป่วย

เด็กทุกหมอนโยบายอนุญาตให้ผู้ปกครองสามารถอยู่ดูแลและนอนเฝ้าเด็กป่วยที่โรงพยาบาลได้ทุกคน บางกิจกรรมและบางช่วงเวลาที่ยืดหยุ่นกำลังพยาบาลไม่เพียงพอในการให้การดูแลวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้ปกครองที่ดูแลใกล้ชิดจึงเป็นผู้ให้การดูแลแทนพยาบาล ดังเช่น เวิร์ดที่จะมีอัตราพยาบาลปฏิบัติงานลดลง¹⁹ วัยรุ่นโรคมะเร็งจึงมีความต้องการให้พยาบาลดูแลด้านนี้เพียงระดับปานกลาง เนื่องจากได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอจากผู้ปกครองแล้ว ในส่วนของผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคมโดยรวมอยู่ระดับปานกลางเช่นเดียวกับด้านอื่นๆ โดยวัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้ว่าคุณเองได้กำลังใจจากบิดามารดาและพี่น้อง ซึ่งสอดคล้องกับระดับความต้องการที่วัยรุ่นโรคมะเร็งที่ต้องการที่จะได้รับความรักกำลังใจจากครอบครัวมากที่สุด แต่จากผลการศึกษารายงานว่าวัยรุ่นได้รับการตอบสนองความต้องการน้อยที่สุดในเรื่องที่ต้องการให้เพื่อนที่โรงเรียนมาเยี่ยม ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดทำให้เพื่อนไม่สามารถมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลได้ วัยรุ่นจึงได้เพียงติดต่อเพื่อนทางโทรศัพท์และทางเฟซบุ๊กเท่านั้น

ผลการศึกษาในส่วนความต้องการด้านจิตวิญญาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมและมีความหวังที่จะหายจากโรคที่เป็นในปัจจุบันอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจหมายถึงวัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความต้องการทางจิตวิญญาณสูงสุดที่จะสร้างความหวังให้แก่ตนเอง ซึ่งความหวังหรือความเชื่อในบางสิ่งบางอย่างที่ผู้ป่วยต้องการนั้นจะเป็นแรงในการสร้างกำลังใจให้วัยรุ่น

โรคมะเร็งในการต่อสู้กับโรคและการรักษาที่ได้รับ²¹ และการศึกษาวิจัยพบว่าวัยรุ่นได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถประกอบพิธีทางศาสนา เช่น สวดมนต์ เมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ดังที่ต้องการ ซึ่งเป็นสิ่งที่วัยรุ่นโรคมะเร็งได้ปฏิบัติตามความต้องการของตนเองเพื่อเป็นสิ่งช่วยยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นกำลังใจให้แก่วัยรุ่นโรคมะเร็งดำเนินชีวิตกับการรักษาโรคมะเร็ง

เมื่อเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัยในการศึกษานี้ พบว่าความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีค่าเฉลี่ยความต้องการโดยรวมมากกว่าค่าเฉลี่ยการได้รับการตอบสนองความต้องการในทุกด้าน ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมา ที่พบว่าความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลว่ามีระดับความต้องการในระดับมาก¹³ วัยรุ่นโรคมะเร็งที่รักษาในปีแรกมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับที่มากกว่าในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับระดับของการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มระยะมากกว่า 1-5 ปี⁷ อาจเป็นเพราะในปีแรกของการรักษาโรคมะเร็งเป็นการรักษาด้วยยาหรือหัตถการ รวมทั้งผลกระทบที่วัยรุ่นโรคมะเร็งได้รับในปีแรกนั้นมีความเข้มข้นในกระบวนการรักษาวัยรุ่นซึ่งได้รับผลกระทบจึงเกิดความต้องการที่

เปลี่ยนแปลงและมีความต้องการการดูแลที่มากกว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มที่รับการรักษานานออกไป¹⁶ ดังนั้นอาจอธิบายได้ว่าช่วงระยะเวลาของการรักษาภายหลังได้รับการวินิจฉัยจึงมีผลต่อระดับความต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็ง และการได้รับการตอบสนองของความ ต้องการของวัยรุ่นโรคมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2011 [Internet]. Atlanta 2011. Available at: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-029771.pdf>. Accessed June 11, 2012.
2. Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. Childhood and Adolescent Cancer Statistic, 2014. CA Cancer J Clin 2014;1-17.
3. หน่วยบริการข้อมูล ฝ่ายเอกสารสารสนเทศ โรงพยาบาลรามาริบัติ. สถิติเด็กโรคมะเร็ง โรงพยาบาลรามาริบัติ; 2555.
4. Bleyer A. Young Adult Oncology: The Patients and Their Survival Challenges. CA Cancer J Clin 2007;57:242-55.
5. Haut C. Oncologic emergencies in the pediatric intensive care unit. AACN Clinical Issues 2005;16:232-45.
6. Kerr LM, Harrison MB, Medves J, Tranmer JE, Fitch MI. Understanding the supportive care needs of parents of children with cancer: An approach to local needs assessment. J Pediatr Oncol Nurs 2007; 24:279-93.
7. Patterson P, Millar B. The psychosocial needs of young people who have, or have had, cancer [Internet]. 2008. Available from: http://www.canteen.org.au/docs/ANZCHOG%20PosterPresentation_v2.pdf. Accessed June 12, 2012.
8. Fitch MI. Providing supportive care for individuals living with cancer. Ontario Cancer Treatment and Research Foundation. Toronto: Task Force Report; 1994.
9. Shakeshaft A, Sanson-Fisher R, Girgis A. Cancer Needs Questionnaire for young people [Unpublished] [Internet]. 2006. Available from: http://www.canteen.org.au/docs/ANZCHOG%20PosterPresentation_v2.pdf. Accessed July 12, 2012.
10. Allen PJ. Children with special health care needs: National survey of prevalence and health care needs. Pediatr Nurs 2004;30:307-14.
11. Clarke S, Mitchell W, Sloper P. Care and Support Needs of Children and Young People with Cancer and Leukemia and Their Families. [Dissertation]. York: University of York; 2004.
12. Hedstrom M, Ljungman G, Von Essen L. Perceptions of distress among adolescents recently diagnosed with cancer. J Pediatr Hematol Oncol 2005;27:15-22.
13. สวัสดิ์ ลิมกมลทิพย์. ความต้องการของเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
14. Abrams AN, Hazen EP, Penson RT. Psychosocial issues in adolescents with cancer. Cancer Treat Rev 2008;33:622-30.
15. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. Palliative care: การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ วิถีแห่งการคลายทุกข์. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2554.
16. Decker C, Phillips CR, Haase JE. Information needs of adolescents with cancer. J Pediatr Oncol Nurs 2004;21:327-34.
17. สุรศักดิ์ ตรีนัย. ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
18. ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
19. วิวรรณจณา งามศิริอุดม, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, ศิริโสภา จรรย์าสังห์, จุรียา มุดาอุเส็น. ความต้องการในการดูแลและความพร้อมในการดูแลตนเองระหว่างเข้ารับการรักษาโดยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่น. การประชุมวิชาการประจำปี 2553; 21-22 กรกฎาคม 2553; กรุงเทพฯ, ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาลศิริราช; 2553.
20. Patterson P. The needs of young people who have, or have had, cancer. Can Teen 2010;1-8.
21. Juvakka T, Kylma J. Hope in adolescents with cancer. EJON 2009;13:193-9.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

เกศินี อีร์ทองดี

จันทนา รณฤทธิวิชัย

วิไลวรรณ ทองเจริญ

คณิษฐา พงศ์ถาวรกมล

บทคัดย่อ การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและอำนาจทำนายความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องในช่วงระยะเวลา 1 ปี หลังผ่าตัดที่มีการตรวจติดตามการรักษา แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 88 ราย โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม 3) แบบประเมินภาวะพึ่งพิง 4) แบบประเมินความวิตกกังวล 5) แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และ 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยายและถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 61.70, SD = 14.26) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 75.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.753, P < 0.05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ดีที่สุด คือ ความวิตกกังวล (Beta = -0.376) รองลงมาคือภาวะพึ่งพิง (Beta = -0.254) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (Beta = 0.249) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.172) ตามลำดับ ดังนั้นพยาบาลควรมีแนวทางในการลดความวิตกกังวล ประเมินภาวะพึ่งพิง ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (วารสารโรคมะเร็ง 2557;34:68-78)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทวารเทียม

คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Predicting Quality of Life in Aged Patients with Colorectal Cancer After Stomal Surgery

by **Kasinee Teerathongdee, Chantana Ronnarithivichai, Vilaivan Thongchareon, Kanaungnit Pongthavornkamol**

Faculty of Nursing, Gerontological Nursing, Graduate School, Mahidol University.

Abstract This correlational predictive research study aimed to investigate the quality of life (QoL) and predictive power of ostomy self-care ability, dependence, anxiety and perceived social support, on the QoL of aged patients with colorectal cancer after stomal surgery. Eighty-eight post-stomal surgery patients, who received treatment within one year at the Out-Patient Department of Surgery, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand, were followed. Data were collected using 1) A demographic data questionnaire; 2) Ostomy self-care ability questionnaire; 3) Barthel ADL Index; 4) Anxiety questionnaire (THADS: Sub-scale Anxiety); 5) A multidimensional scale of perceived social support; and 6) A quality of life questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and tested for predictive power using multiple regression analysis. The findings revealed that the QoL of aged post-stomal surgery patients with colorectal cancer was moderate (mean = 61.70, SD = 14.26). Ostomy self-care ability, dependence, anxiety, and perceived social support, could jointly explain 75.3% of variance in QoL, with statistical significance ($R^2 = 0.753, P < 0.05$). Anxiety was the best predictive factor for QoL (Beta = -0.376), followed by dependence (Beta = -0.254), ostomy self-care ability (Beta = 0.249), and perceived social support (Beta = 0.172), respectively. These results suggest that nurses should have guidelines for managing anxiety, assessing dependence, promoting ostomy self-care ability, and providing social support for aged patients with colorectal cancer post-stomal surgery, to improve their quality of life. (*Thai Cancer J 2014;34:68-78*)

Keywords: quality of life (QoL), aged patients, colorectal cancer, ostomy

บทนำ

ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก¹ จากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล (hospital-based cancer registry) ฉบับที่ 27 พ.ศ. 2555 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ² พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเพศชายพบมากเป็นลำดับ 1 (ร้อยละ 16.2) ของโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรก ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-69 ปี และในเพศหญิงพบเป็นลำดับที่ 3 (ร้อยละ 9.6) และพบมากที่สุดที่ช่วงอายุ 55-64 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น³ ประกอบกับสถานการณ์

การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุไทยอย่างเต็มตัวในอีก 20 ปีข้างหน้า

การทำผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง (ostomy) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านจิตใจ เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ ความวิตกกังวล สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทวารเทียม⁴ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและต้องมีการปรับตัวในการดูแลตนเองอย่างยากลำบาก มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นซึ่งบางรายอาจมองตนเองในด้านลบ ประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง มีปัญหาอุปสรรคและความยากลำบากในการจัดการเกี่ยวกับทวารเทียม อาจทำให้ผู้สูงอายุเป็นภาระต่อผู้ดูแลมากขึ้น⁵

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่กับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง พบว่าผู้สูงอายุมีระยะวันนอนโรงพยาบาลนาน เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีอัตราการตายมากกว่าวัยผู้ใหญ่⁶ สำหรับผู้สูงอายุการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่นอกเหนือจากการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไปเป็นสิ่งที่ยากลำบาก จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆมากขึ้น จากการศึกษาของ Mastracci TM และคณะ⁷ พบว่าผู้สูงอายุจะมีความอ่อนล้ามากกว่าวัยผู้ใหญ่ การทำกิจวัตรประจำวันลดลงร้อยละ 62 ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพ ปัญหาต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกต่ำต้อยสูญเสียศักดิ์ศรี ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Ma N และคณะ⁸ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีทวารเทียมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่ลดลงตามวัย ภาวะพึ่งพิงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่ ความต้องการการเกื้อหนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ควรให้ความสำคัญในการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง

ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive research design) โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson และ Cleary⁹ ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องนำไปสู่คุณภาพชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องและมารับการตรวจรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 88 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องทั้งชนิดชั่วคราวและถาวรในช่วงระยะเวลา 1 ปีหลังผ่าตัด มีระดับการคิดรู้ (cognitive function) โดยใช้แบบประเมินคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai-2002)¹⁰ เป็นเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีปัญหาในด้านการพูด การฟัง และการมองเห็น มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์สามารถอ่านหนังสือหรือสื่อสารภาษาไทยได้

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีโรคประจำตัวร้ายแรง ได้แก่ โรคจิตและโรคประสาท ในระยะที่ควบคุมอาการไม่ได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ power of analysis ของ Polit DF และ Beck CT¹¹ สำหรับการวิเคราะห์หาค่าความน่าจะเป็น multiple regression กำหนดค่าความเชื่อมั่น $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ (power of test) = 0.80 และค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง $f^2 = 0.15$, $\lambda = 12.3$, ตัวแปรอิสระ(u) = 4 ตัวแปร แทนค่าในสูตร $N = \lambda / f^2 + u + 1$ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา
2. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองที่สร้างขึ้นโดย อรุณี หล่อนิล และคณะ¹² โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงในส่วนของความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ค่าคะแนน 0-2 (0 หมายถึง ปฏิบัติเองไม่ได้ต้องมีคนช่วยให้ตลอดเวลา, 1 หมายถึง ปฏิบัติได้และต้องมีคนช่วยหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเป็นบางครั้ง และ 2 หมายถึง ปฏิบัติได้เอง) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.9

3. แบบประเมินภาวะพึ่งพิง ดัชนีบาร์เธล-เอดีแอล (Barthel ADL Index; BAI) ซึ่งพัฒนาโดย Mahoney และ Barthel พัฒนาเพื่อใช้กับบริบทของคนไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹³ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลระดับความรุนแรงของ BAI เป็น คะแนน 0-4 = ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย คะแนน 5-8 = พึ่งพาผู้อื่นมาก คะแนน 9-11 = พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง คะแนน 12 ขึ้นไป = พึ่งพาผู้อื่นน้อย ได้ค่า Kappa coefficients of inter-rater reliability tests เท่ากับ 0.79

4. แบบประเมินความวิตกกังวล (sub scale anxiety: Thai Hospital Anxiety and Depression Scale) ฉบับภาษาไทยที่ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹⁴ จาก HADS ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith คำถามทั้งหมด 14 ข้อนำมาใช้เฉพาะส่วนของอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด ข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 3 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

5. แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (multidimensional scale of perceived social support) พัฒนาโดย Zimet และคณะ ฉบับที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) โดย พิทักษ์พล บุญยะมาลิก¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นแบบ Likert scale 7 อันดับ มีคะแนน 1-7 คะแนน โดย 1 คะแนน คือไม่เห็นด้วยอย่างมากจนถึง 7 คะแนน คือเห็นด้วยอย่างมากได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ

ครอนบาค อยู่ในช่วง 0.79-0.98

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม พัฒนาโดย Padilla และ Grant ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล¹⁶ ได้แปลเป็นภาษาไทยและ expert validate ผู้วิจัยปรับภาษาของข้อคำถามเล็กน้อยให้ภาษาเข้าใจง่ายสำหรับกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่าเส้นตรงมีตัวเลขกำกับ (linear analog scale) โดยที่ปลายสุดของเส้นตรงทั้ง 2 ด้านประกอบด้วยคำ 2 คำที่มีความหมายตรงกันข้าม ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ไม่มีเลยให้ 0 คะแนน และมีอย่างเต็มที่ให้ 100 คะแนนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมและแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.94 และ 0.91 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมดนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ 0.93, 0.71, 0.81, 0.91, 0.94 ตามลำดับ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 88 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94, 0.86, 0.77, 0.94, 0.94 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หลังจากได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว โดยหนังสือรับรอง COA No.515/2013, IRB No. 348/56 ผู้วิจัยนำหนังสือแจ้งไปยังแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ตามลำดับชั้น จากนั้นประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยในการเป็นผู้ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง แจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด โดยใช้ระยะเวลาเฉลยละประมาณ 30 นาที จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ 88 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึงพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน (enter multiple regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างอายุ 60-96 ปี อายุเฉลี่ย 70.72 ปี ร้อยละ 51.1 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 45.5) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.7) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 88.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.2 จบการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 35.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท พบร้อยละ 46.6 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.51) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 45.5 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และร้อยละ 44.3 มีสิทธิเบิกต้นสังกัด ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ บุตร พบร้อยละ 70.5

ตำแหน่งของโรคมะเร็งพบบริเวณลำไส้ตรงมากที่สุด (ร้อยละ 75) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.7) อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 62.5 ผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องแบบชนิดชั่วคราว ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.27 วัน และอยู่ในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดพบร้อยละ 37.5 ร้อยละ 48.9 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่

เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.1 มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 20.98, SD = 7.11) ร้อยละ 93.3 มีภาวะพึงพิงผู้อื่นน้อย (ค่าเฉลี่ย = 16.22, SD = 2.74) ร้อยละ 90.9 ไม่มีภาวะวิตกกังวล (ค่าเฉลี่ย = 4.01, SD = 2.38) และร้อยละ 77.3 มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 64.88, SD = 10.80) โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ในด้านคุณภาพชีวิตพบว่าร้อยละ 47.7 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 61.70, SD = 14.26) สำหรับคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านที่มีค่าคะแนนสูงที่สุดอยู่ในระดับดี คือ ด้านโภชนาการ (ค่าเฉลี่ย = 75.79, SD = 2.25) รองลงมาคือ ด้านผลการรักษา (ค่าเฉลี่ย = 72.75, SD = 23.49) และด้านที่คะแนนต่ำที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านภาพลักษณ์ (ค่าเฉลี่ย = 45.92, SD = 6.11) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ภาวะวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย

ระดับของตัวแปร	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง		เบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ความสามารถในการดูแลตนเอง	12-36	8-35	20.98	7.11	ปานกลาง
ภาวะพึ่งพิง	0-20	4-18	16.22	2.74	พึ่งพาผู้อื่นน้อย
ภาวะวิตกกังวล	0-21	0-11	4.01	2.38	ไม่มี
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	12-84	39-84	64.88	10.80	สูง

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย โดยรวมและรายด้าน

คุณภาพชีวิต	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง		แปลผล	แปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-100	30.4-90.6	61.70	14.26	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	0-100	20-100	60.68	10.42	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	0-100	40-100	63.39	3.67	ปานกลาง
ด้านภาพลักษณ์	0-100	0-100	45.92	6.11	ปานกลาง
ด้านผลการรักษา	0-100	30-100	72.75	23.49	ดี
ด้านโภชนาการ	0-100	20-100	75.79	2.25	ดี
ด้านสังคม	0-100	10-100	60.85	21.31	ปานกลาง

การศึกษาความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.769$, $r = 0.670$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะพึ่งพิงและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -0.651$, $r = -0.745$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

การศึกษาระยะยาวทำนายพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 75.3 ($R^2 = 0.753$, $P < 0.05$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุดคือ ความวิตกกังวล (Beta = -0.376) รองลงมาคือ ภาวะพึ่งพิง (Beta = -0.254) ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม (Beta = 0.249) และการรับรู้การสนับสนุนทาง

สังคม (Beta = 0.172) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์และสรุป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีอายุ 60-96 ปี อายุเฉลี่ย 70.72 ปี ซึ่งร้อยละ 51.1 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) จึงพบความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายไม่มากนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นน้อย ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุนี้ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น จนถึงช่วงอายุประมาณ 80-85 ปี จะพบเหลือเพียงร้อยละ 55 ของวัยหนุ่มสาว¹³ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.5 อยู่ในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมากในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่มีภาวะวิตกกังวล อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมใน

ตารางที่ 3 แสดงค่าอำนาจการทำนายของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะฟุ้งฟิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	B	S.E.	Beta	t	P-value
ค่าคงที่	24.095	8.109		2.971	0.004
ความสามารถในการดูแลตนเอง	0.499	0.184	0.249	2.713	0.008
ภาวะฟุ้งฟิง	-1.321	0.387	-0.254	-3.410	0.001
ความวิตกกังวล	-2.260	0.461	-0.376	-4.896	0.000
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	0.228	0.098	0.172	2.314	0.023*

R = 0.868
R² = 0.753
adj R² = 0.741
F_(4,83) = 63.109
P < 0.05

ระดับสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจและมีความสุขทางจิตใจ¹⁷

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาอื่น^{18,19} อาจเนื่องมาจากร้อยละ 37.5 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงระยะเวลาหลังผ่าตัด 3 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มเรียนรู้และปรับตัวกับการมีทวารเทียม จากการศึกษาของ Ma N และคณะ⁸ สนับสนุนว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทวารเทียมมีการปรับตัวดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และจะดีที่สุดในระยะ 6 เดือนหลังผ่าตัด นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตในรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านที่มีค่าคะแนนสูงที่สุดอยู่ในระดับดีคือ ด้านโภชนาการ รองลงมาคือ ด้านผลการรักษา แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัว

โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุตรซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างดีในด้านโภชนาการและพึงพอใจกับผลการรักษาโดยรวมร้อยละ 65.9 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทวารเทียมและผิวหนังโดยรอบ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านภาพลักษณ์ จากการศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมในวัยผู้ใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ภาพลักษณ์อยู่ในระดับต่ำ²⁰ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีทวารเทียมส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะการสูญเสียภาพลักษณ์ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย²¹

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีทวารเทียมมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง จากการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะฟุ้งฟิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม ทางหน้าท้องได้ร้อยละ 75.3 ($P < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด (Beta = -0.376) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพร ชิตมน¹⁶ พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะวิตกกังวลอาจเนื่องมาจากร้อยละ 77.3 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าร้อยละ 70.5 มีบุตรเป็นผู้ดูแล จึงเกิดความรู้สึกอุ่นใจและมั่นใจ ซึ่งการสนับสนุนที่ดีสามารถบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวลผู้ป่วยจึงมีความผาสุกทางจิตใจ¹⁷ อย่างไรก็ตามการทำผ่าตัดทวารเทียมส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่มิตวารเทียม⁴ ดังนั้นการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านจิตใจ จึงมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้รองลงมาคือ ภาวะพึ่งพิง (Beta = -0.254) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นน้อย และมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากร้อยละ 51.1 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น จึงพบความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มากนัก อย่างไรก็ตามภาวะพึ่งพิงเป็นปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้ยากสำหรับผู้สูงอายุและจะยิ่งเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นด้วย รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด จึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมและ

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลทวารเทียมได้มากขึ้น จากการศึกษาของ Mastracci TM และคณะ⁷ พบว่าผู้สูงอายุมีความอ่อนล้ามากกว่าวัยผู้ใหญ่ โดยกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาด้านการขับถ่ายและปัญหาการดูแลทวารเทียมมากกว่าผู้ใหญ่ และมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงร้อยละ 62 ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมเพิ่มขึ้น จะลดภาวะพึ่งพิงได้เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับนุชรี ไล่พันธ์²² กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียมและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถลดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับทวารเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ (Beta = 0.249) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี หล่อนิล และคณะ¹² พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับโปรแกรมได้ร้อยละ 59.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (Beta = 0.249) ซึ่งในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยปลูกฝังเรื่องคุณธรรม จริยธรรม ความกตัญญู ตอบแทนผู้มีพระคุณ บุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา รวมถึงสามีภรรยาดูแลซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน²³ จึงพบการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bloom JR และคณะ²⁴ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีโดยเฉพาะจากครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sammarco A

และ Konecny LM²⁵ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตรา ศิวรักษ์²⁶ ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไป พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาความเครียด ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนำมาซึ่งความผาสุกทางจิตใจ¹⁷

จากผลการศึกษาที่พบว่าเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิตของ Wilson IB และ Cleary PD⁹ และสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้โดยพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องได้

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ

ทวารเทียมสร้างนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมด้านภาพลักษณ์

2. ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานทางการศึกษาเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

3. การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และการลดความวิตกกังวลต่อไป

4. การศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว อาจทำให้ไม่เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ชัดเจน จึงควรมีการศึกษาในเชิงการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อให้ทราบลักษณะการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรเหล่านี้ที่อาจเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา (change overtime) ที่แตกต่างกัน

5. การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ในกรณีนี้จึงไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังประชากรได้และอาจจะต้องสรุปด้วยความระมัดระวังในกรณีที่ประชากรมีลักษณะคล้ายคลึงกันมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ น.พ. ประพนธ์ กาญจนศิลป์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอคุณโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization [Internet]. New York: World health statistics; 2013. Available at: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en. Accessed June 11, 2013.
- National Cancer Institute [Internet]. Hospital-Based Cancer Registry; 2011. 2555. Available at: http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci_Cancer_Registry/Hospitalbase2011.pdf. Accessed June 1, 2012.
- วิชัย ฉัตรธนาวารี. โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ, ยูเนี่ยนครีเอชัน; 2554. หน้า 351-368.
- Cotrim H, Pereira G. Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *Eur J Oncol Nurs* 2008;12:217-26.
- ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์. การจัดการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลำไส้. ใน: ผ่องศรี ศรีมรกต, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 2. กรุงเทพฯ, ไอกริป เพอร์สจังก์ด; 2553. หน้า 316-26.
- Bosshardt TL. Outcomes of ostomy procedures in patients aged 70 years and older. *Arch Surg* 2003;138:1077-82.
- Mastracci TM, Hendren S, O'Connor B, McLeod RS. The impact of surgery for colorectal cancer on quality of life and functional status in the elderly. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1878-84.
- Ma N, Harvey J, Stewart J, Andrews L, Hill AG. The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: A pilot study. *ANZ J surg* 2007;77:883-5.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995;273:59-65.
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
- Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- อรุณี หล่อนิล, ผ่องศรี ศรีมรกต, เซาว์ สุระดม. โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ case management. *J Nurs Sci (Suppl)* 2552;27:59-67.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณณ์ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539;41:18-30.
- Boonyamalik P. *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use [dissertation]*. Baltimore: Johns Hopkins Universe; 2005.
- Hanucharunkul S. Predictors of self-care in cancer patients receiving radiotherapy. *Cancer Nurs* 1989;12:21-7.
- House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL. *Social Support and Health*. Orlando: FL Academic; 1985.
- นวพร ชิตมน. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีย์ชนิดถาวร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
- Maneesin S. Health-related quality of life of patients living with ostomy in king chulalongkorn memorial hospital [Unpublished master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.
- Prasungsit C. Effects of social support program on improvement of body image perception in adult patients with permanent colostomy [Unpublished master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2001.
- Marquis P, Marre IA, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: The montreux study. *Ostomy Wound Manage* 2003;49:45-55.
- นุชรี ไล่พันธ์. ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักรวบรวมความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุและการตระหนักเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ. รายงานการสำรวจ สำนักรวบรวมความคิดเห็นของสำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2552.
- Bloom JR, Petersen DM, Kang SH. Multi-dimensional quality of life among long-term (5+years) adult cancer survivors. *Psychooncology* 2007;16:691-706.
- Sammarco A, Konecny LM. Quality of life social support and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2008;35:844-9.
- จิตรา ศิวรักษ์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังการรักษา 1 ปีขึ้นไป. *วารสารโรคมะเร็ง* 2555;32:2-14.

คุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนิวรีเวช

จิราศรี พรรษาจรูญโรจน์
ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ
บัวหลวง สำแดงฤทธิ์

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของความต้องการและการได้รับการบริการคุณภาพการบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาของคุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนิวรีเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งนิวรีเวชที่มารับการตรวจในหน่วยตรวจมะเร็งนิวรีเวชจำนวน 149 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความต้องการการบริการและการได้รับการบริการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างความต้องการและการได้รับการบริการโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square ผลการศึกษาพบว่าความต้องการการบริการโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการได้รับการบริการมีเพียงด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการที่อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านอื่นๆ ทั้งการได้รับการบริการโดยรวม และรายด้านอีก 4 ด้านที่เหลือ ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรม ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองความต้องการ และด้านความเข้าใจเห็นอกเห็นใจอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการและการได้รับการบริการโดยรวมและรายด้านพบว่าการได้รับการบริการน้อยกว่าความต้องการการบริการทั้งโดยรวมและรายด้าน ($P < 0.001$) คุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนิวรีเวช พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การบริการโดยรวมว่ามีคุณภาพร้อยละ 24.20 และไม่มีคุณภาพ 75.80 เมื่อเรียงลำดับคุณภาพการบริการรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพการบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นมากที่สุดรองลงมาได้แก่ ด้านความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ด้านความเชื่อถือได้ตามลำดับ และด้านความเป็นรูปธรรมน้อยที่สุด ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาของคุณภาพการบริการ พบว่าปัจจัยด้านอายุและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการทั้งโดยรวมและรายด้าน มีเพียงระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ($P = 0.05$) เพียงด้านเดียว ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบคุณภาพการบริการและการวิจัย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการบริการของผู้รับบริการ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนิวรีเวชต่อไป (วารสารโรคมะเร็ง 2557;34:79-91)

คำสำคัญ: คุณภาพการบริการพยาบาล หน่วยตรวจมะเร็งนิวรีเวช ผู้ป่วยมะเร็งนิวรีเวช

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Service Quality in the Gynecologic Oncology Unit

by **Jirasri Hansajaronroj, Kanitha Hanprasitkam, Bualuang Sumdaengrit**

*Division of Adult and Elderly Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand*

Abstract This descriptive research study analyzed and compared service needs satisfaction, service quality, and factors related to service quality (age, marital status, and education) in a gynecologic oncology unit. Data were collected from 149 cancer patients who attended the gynecologic oncology unit. The study data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation. The Wilcoxon Signed-Rank and chi-square tests were used to compare differences between groups. The results showed that the service needs, overall and for each of 5 dimensions, were at the highest levels. For satisfied service needs, only the assurance dimension was at the highest level. Overall, and the other 4 dimensions--tangibles, reliability, responsiveness, and empathy--were at high levels. When the differences in satisfied and unsatisfied needs were compared, it was found that unsatisfied service needs were less than satisfied service needs, both overall and for each of the 5 dimensions ($P<0.001$). Only 24.20% of the subjects with satisfied overall needs rated the overall service quality in the gynecologic oncology unit highly. For the 5 dimensions of service quality, the assurance dimension was the highest quality perceived by the subjects, followed by empathy, responsiveness, and reliability, respectively; while tangible was lowest. There was no correlation between age, marital status, and service quality, either overall or for each of the 5 dimensions. Only education was found to correlate with responsiveness ($P=0.05$). Nurse administrators can use these results as evidence-based data to improve service quality to satisfy patients' service needs and improve the quality of services in the gynecologic oncology unit. (*Thai Cancer J 2014;34:79-91*)

Keywords: service quality, gynecologic oncology unit, gynecologic cancer patient

บทนำ

จากแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2553-2557 กระทรวงสาธารณสุขต้องการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย¹ (Center of excellent health care of Asia) โรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจึงมีการปรับตัวพัฒนา และเสริมสร้างขีดความสามารถ ตลอดจนศักยภาพในการแข่งขันของธุรกิจบริการสุขภาพ รวมทั้งโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่มีขีดความสามารถในการให้บริการ และมีความพร้อมในการรักษาสูง แม้ว่าจะได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) แล้วก็ตาม ยังต้องมีการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการ

บริการให้คงการบริการที่มีคุณภาพอยู่ตลอดเวลา การบริการที่มีคุณภาพตามแนวคิดของ Parasuraman A. และคณะ² หมายถึงการที่ผู้ใช้บริการได้รับการบริการจากผู้ให้บริการในระดับเดียวกันหรือมากกว่าที่ผู้ใช้บริการคาดหวังไว้จึงจะทำให้เชื่อมั่นว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ ซึ่งแนวคิดนี้สรุปจากการวิจัยในธุรกิจบริการ ได้แก่ ธนาคาร บริษัทบัตรเครดิต นายหน้าซื้อขายหลักทรัพย์ และบริการซ่อมบำรุง แล้วนำผลการวิจัยมาปรับใช้เพื่อประเมินคุณภาพการบริการด้านอื่น รวมถึงการนำมาปรับใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข³ ได้แก่ การศึกษาคุณภาพการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งในโรงพยาบาล

ของรัฐ⁴⁻⁷ โรงพยาบาลเอกชน⁸ คลินิกพิเศษสูติ-นรีเวช และผู้ป่วยทั่วไป^{9,10} งานเภสัชกรรม³ รวมถึงการบริการผู้ป่วยในโครงการประกันสังคม^{6,7} แต่ยังไม่พบการศึกษาคุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวช

เนื่องจากมะเร็งนรีเวชเป็นโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อชีวิต ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยนับตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการและผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงการอยู่กับภาวะไม่แน่นอน (uncertainty) จากการกลับเป็นซ้ำของโรค¹¹ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลเฉพาะจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางโรคมะเร็งนรีเวช (gynecologic oncologist) และพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจทั้งด้านสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ให้กำลังใจและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ญาติ และคนใกล้ชิดเกี่ยวกับโรค การรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องใช้เวลาแก่ผู้ป่วย ญาติ และคนใกล้ชิดในช่วงเวลาวิกฤตนี้¹² ผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชจึงต้องการการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพทั้งในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibles) ความเชื่อถือไว้วางใจ (reliability) การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ (responsiveness) การให้ความมั่นใจ (assurance) และความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ (empathy) ทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังการได้รับการบริการพยาบาลและรับรู้คุณภาพการบริการแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางนรีเวชทั่วไป¹³ ทั้งนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของความรุนแรงของโรค ความทุกข์ทรมานของอาการข้างเคียง (symptom distress)¹⁴ ที่ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชเผชิญอยู่ หรืออาจเกิด

จากปัจจัยด้านบุคคลอื่นที่อาจแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากคุณภาพการบริการพยาบาลนั้นเกิดจากผลต่างของความต้องการและการได้รับการบริการพยาบาล ถ้าผู้ป่วยได้รับการบริการที่มากกว่าหรือเท่ากับสิ่งที่เขาต้องการ ผู้ป่วยก็จะรับรู้การบริการพยาบาลที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ² อย่างไรก็ตามการรับรู้คุณภาพการบริการทางการพยาบาลของผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยแต่ละรายได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาได้

อายุเป็นสิ่งบ่งบอกถึงประสบการณ์ชีวิต อายุที่แตกต่างกันอาจมีผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการหรือรับรู้การได้รับการบริการแตกต่างกันได้ โดยผู้ที่มีอายุน้อยที่ยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ วัยทำงานและต้องปฏิบัติหน้าที่หลายบทบาท (multiple roles) เมื่อเป็นโรคมะเร็งทางนรีเวช อาจมีความต้องการการบริการการช่วยเหลือมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีความสมบูรณ์ของชีวิตและมีความต้องการในด้านต่างๆ ลดลง⁴ จึงอาจทำให้การรับรู้คุณภาพการบริการต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้สตรีที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถประคับประคองความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่และได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลสำคัญและใกล้ชิดมักจะเป็นผู้ที่มีความยืดหยุ่นสูง ปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรส⁴ อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความต้องการการบริการการช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่คู่สมรสและการรับรู้คุณภาพการบริการอาจแตกต่างกัน นอกจากนั้นระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งชี้ถึงการใช้ความคิดในการตัดสินใจของผู้ป่วย⁴ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเป็นผู้ที่มีรายได้มากจึงอาจมีความ

ต้องการการบริการหรือคาดหวังต่อการบริการที่ได้รับมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของความต้องการและการได้รับการบริการ คุณภาพการบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับคุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวช โดยผลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบคุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานและเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อไป

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชที่มารับบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลรามธิบดี ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวกโดยเจาะจงคุณสมบัติการคัดเลือก (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยสามารถอ่านและเขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย และมีระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน eastern cooperative oncology group; ECOG, performance status scale ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 และแยกกลุ่มตัวอย่างที่คุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหรือสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย และมีระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (ECOG) มากกว่าระดับ 2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thronndike's

formula¹⁵ คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 80 ราย ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 149 ราย เนื่องจากผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์กำหนดในการศึกษามีจำนวนมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา อาการที่มารับบริการ และจำนวนครั้งที่ใช้บริการ

2. แบบสอบถามคุณภาพการบริการพยาบาลในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวช เป็นเครื่องมือที่ใช้การประเมินคุณภาพการบริการที่พัฒนาตามแนวคิด "SERVQUAL" ของ Parasuraman A และคณะ² ซึ่งสุนันทา ยอดเนร³ แปลเป็นไทย และนำมาใช้ในการศึกษาคุณภาพการบริการงานเภสัชกรรม ผู้วิจัยนำมาปรับและดัดแปลงให้เหมาะสมกับการศึกษาการบริการทางพยาบาลเหลือข้อคำถาม 24 ข้อ ประกอบด้วย ความต้องการและการได้รับการบริการพยาบาล 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการจำนวน 5 ข้อ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจจำนวน 5 ข้อ ด้านการให้ความมั่นใจจำนวน 4 ข้อ ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจจำนวน 4 ข้อ และด้านการตอบสนองตามความต้องการของผู้ใช้บริการจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 1 คะแนนหมายถึงถึงน้อยที่สุด 2 คะแนนหมายถึงน้อย 3 คะแนนหมายถึงปานกลาง 4 คะแนนหมายถึงมาก และ 5 คะแนนหมายถึงมากที่สุด

เมื่อนำคะแนนมารวมกันทั้งโดยรวมและรายด้าน คะแนนรวมที่มาก หมายถึงผู้ใช้บริการมีความต้องการหรือได้รับการบริการพยาบาลมาก ผู้วิจัยแบ่งระดับความต้องการและการได้รับการบริการโดยใช้คะแนนเฉลี่ยเพื่อแบ่งระดับโดยใช้สูตรการคำนวณตามความกว้างของชั้น (class interval) ของกัลยา วาณิชย์บัญชา¹⁶ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึงระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึงระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

คะแนนคุณภาพการบริการ คำนวณจากผลต่างของคะแนนความต้องการกับการได้รับการบริการ หากคะแนนความต้องการน้อยกว่าหรือเท่ากับคะแนนการได้รับการบริการพยาบาล แสดงว่าการบริการพยาบาลนั้นมีคุณภาพ แต่ถ้าคะแนนความต้องการมากกว่าคะแนนการได้รับการบริการแสดงว่าการบริการพยาบาลนั้นไม่มีคุณภาพ

แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการบริการพยาบาลได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 เมื่อนำไปทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากผู้ใช้บริการที่ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนความต้องการการบริการพยาบาลเท่ากับ 0.95 การได้รับการบริการพยาบาลเท่ากับ 0.94 เมื่อนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้จากจำนวน

กลุ่มตัวอย่าง 149 รายได้ค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือ ส่วนความต้องการการบริการพยาบาลเท่ากับ 0.97 และการได้รับการบริการพยาบาลเท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีรหัสรับรองเลขที่ 2555/206 ผู้วิจัยขอความยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยการลงนามด้วยความสมัครใจ ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งให้ความมั่นใจเกี่ยวกับข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในเชิงวิชาการในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวช ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลารายละประมาณ 15 - 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจง

แบบปกติ (normal distribution) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 149 ราย มีอายุตั้งแต่ 21-78 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.80 มีอายุมากกว่า 50 ปี อายุเฉลี่ย 54.32 ปี (SD = 11.75 ปี) ร้อยละ 53.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 31.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 25.50 เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.30) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รองลงมาคือระดับปริญญาตรี พบร้อยละ 29.50 โดยร้อยละ 30.90 มีรายได้สุทธิต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท รองลงมาได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทพบร้อยละ 26.80 มีจำนวนครั้งที่มารับบริการตั้งแต่ 1-50 ครั้ง เฉลี่ย 16.32 ครั้ง (SD = 13.76) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.00) ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัด รองลงมาใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบร้อยละ 25.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 38.90) รองลงมาคือมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก (ร้อยละ 31.50) สำหรับระยะของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ ระยะที่ 1 พบร้อยละ 43.60 รองลงมาคือระยะที่ 2 พบร้อยละ 33.60 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) ได้รับการรักษาพร้อม ได้แก่ การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา หรือการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดและรังสีรักษา ระยะเวลาที่มารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี พบร้อยละ 44.30 และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 0 ได้แก่ สามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำงานหนักได้ร้อยละ

61.10

ความต้องการการบริการและการได้รับการบริการตามที่แสดงในตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการบริการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับการได้รับการบริการพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับมากที่สุดเพียงด้านเดียว ส่วนการได้รับการบริการโดยรวมและรายด้านอีก 4 ด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการบริการและการได้รับการบริการโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างพบว่าได้รับการบริการน้อยกว่าความต้องการการบริการทั้งโดยรวมและรายด้าน ($P < 0.001$)

เมื่อพิจารณาจากคะแนนการได้รับการบริการกับคะแนนความต้องการการบริการโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การบริการโดยรวมมีคุณภาพจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 24.20) สำหรับคุณภาพการบริการรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การบริการมีคุณภาพการบริการด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการมากที่สุดจำนวน 93 ราย (ร้อยละ 62.40) และรับรู้การบริการมีคุณภาพน้อยที่สุดในด้านความเป็นรูปธรรมจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 28.90) ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษากับการรับรู้คุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวชทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่ามีเพียงระดับการศึกษาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความต้องการและการได้รับการบริการพยาบาลในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวชจำแนกเป็น โดยรวมและรายด้าน (n = 149)

การบริการในหน่วย ตรวจมะเร็งนรีเวช	ความต้องการ		ระดับ	การได้รับ		ระดับ	P value
	ค่าเฉลี่ย	SD		ค่าเฉลี่ย	SD		
โดยรวม	4.40	0.62	มากที่สุด	4.01	0.61	มาก	0.000
รายด้าน							
- ด้านการให้ความ เชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ	4.48	0.64	มากที่สุด	4.23	0.65	มากที่สุด	0.000
- ด้านความเชื่อถือได้	4.43	0.62	มากที่สุด	3.98	0.72	มาก	0.000
- ด้านความเข้าใจ	4.42	0.71	มากที่สุด	4.08	0.75	มาก	0.000
ความเห็นอกเห็นใจ							
- ด้านการตอบสนอง	4.41	0.68	มากที่สุด	4.08	0.71	มาก	0.000
ความต้องการของผู้รับบริการ							
- ด้านความเป็นรูปธรรม	4.26	0.67	มากที่สุด	3.73	0.62	มาก	0.000

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 149)

คุณภาพการบริการ	คุณภาพการบริการเมื่อเทียบกับความต้องการ	
	มีคุณภาพ	ไม่มีคุณภาพ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
คุณภาพการบริการโดยรวม	36 (24.20)	113 (75.80)
คุณภาพการบริการรายด้าน		
- ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ	93 (62.40)	56 (37.60)
- ด้านความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ	86 (57.70)	63 (42.30)
- ด้านการตอบสนองความต้องการของ ผู้มารับบริการ	76 (51.00)	73 (49.00)
- ด้านความเชื่อถือได้	65 (43.60)	84 (56.40)
- ด้านความเป็นรูปธรรม	43 (28.90)	106 (71.10)

ผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่าระดับปริญญาตรีมีความต้องการด้านการตอบสนองความต้องการ (ความกระตือรือร้นในการให้บริการ การเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ให้คำแนะนำและอธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เกี่ยวกับโรค การรักษา และอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน) มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง

($P=0.05$) ส่วนคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้านอื่นๆอีก 4 ด้านได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรม ด้านความเชื่อถือได้ ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ และด้านความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้าน (n = 149)

คุณภาพการบริการ	อายุ (จำนวน)		P	สถานภาพสมรส (จำนวน)		P	ระดับการศึกษา (จำนวน)		P
	≤ 50 ปี	> 50 ปี		ไม่มีคู่	มีคู่		ต่ำกว่าปริญญาตรี	ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
โดยรวม									
มีคุณภาพ	12	24	0.62	14	22	0.43	26	10	0.58
ไม่มีคุณภาพ	39	74		56	57		74	39	
ด้านความเป็นรูปธรรม									
มีคุณภาพ	14	29	0.73	18	25	0.46	33	10	0.16
ไม่มีคุณภาพ	37	69		52	54		67	39	
ด้านความเชื่อถือได้									
มีคุณภาพ	22	43	0.54	30	35	0.91	44	21	1.00
ไม่มีคุณภาพ	29	55		40	44		56	28	
ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ									
มีคุณภาพ	25	51	0.71	33	43	0.60	57	19	0.05
ไม่มีคุณภาพ	26	47		37	36		43	30	
ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ									
มีคุณภาพ	36	57	0.33	45	48	0.44	67	26	0.14
ไม่มีคุณภาพ	15	41		25	31		33	23	
ด้านความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ									
มีคุณภาพ	29	57	0.25	41	45	0.60	61	25	0.33
ไม่มีคุณภาพ	22	41		29	34		39	24	

วิจารณ์และสรุป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชจำนวน 149 ราย มีอายุเฉลี่ย 54.32 ปี ร้อยละ 53.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 44.30 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะของโรคที่พบมากที่สุดคือ ระยะที่ 1 และมีระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันอยู่ที่ระดับ 0 ลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่พบว่าสตรีไทยมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกในช่วงอายุ 40-50 ปี ในกลุ่มที่มีระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 1 มากที่สุด ส่งผลต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันน้อยที่สุด ทำให้ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและทำงานหนักได้ (ECOG score = 0)¹⁴

ด้านความต้องการการบริการโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการบริการพยาบาลในหน่วยตรวจพิเศษสูตินรีเวชกรรม⁹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการบริการในคลินิกพิเศษ การบริการผู้ป่วยประกันสังคม^{4-7,10} ที่พบว่าผู้ใช้บริการมีความต้องการการบริการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากความต้องการการบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางนรีเวชสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป โดยเฉพาะความต้องการการบริการของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช¹³ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับของบุคคลและเป็นโรคที่มีความรุนแรง ทำให้มีความต้องการการบริการพยาบาลเฉพาะมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยทั่วไป

เมื่อพิจารณาความต้องการการบริการรายด้านพบว่าความต้องการการบริการอยู่ในระดับมากที่สุด ในทุกด้าน โดยมีความต้องการการบริการด้านการศึกษา ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการมากที่สุด อาจเนื่องจากโรคมะเร็งทางนรีเวชเป็นโรคที่เกิดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ซึ่งเป็นบริเวณปกปิดของบุคคล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความอายที่จะต้องมารับการตรวจภายใน จึงต้องการความมั่นใจในความมิดชิดของสถานที่ในการตรวจรักษา รวมถึงการรักษาความลับของการตรวจรักษา นอกจากนี้จากการเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยต้องการความมั่นใจในการรักษาว่าจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา อาการ ผิดปกติจากเจ้าหน้าที่ที่เชี่ยวชาญอย่างถูกต้อง และการที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการบริการด้านรูปแบบเป็นลำดับสุดท้าย ต่างจากความต้องการการบริการในคลินิกนรีเวชทั่วไปและคลินิกพิเศษ^{5,10} ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยมะเร็งมองว่าการบริการด้านรูปแบบ ได้แก่ บริเวณที่นั่งรอตรวจ จำนวนที่นั่งรอตรวจ การมีป้ายแนะนำขั้นตอนการตรวจ การแต่งกายของเจ้าหน้าที่ที่สะอาด เรียบร้อย เป็นความต้องการการบริการที่สำคัญน้อยกว่าด้านความสามารถของแพทย์และพยาบาลที่จะให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวชโดยรวมในระดับมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{4-6,9,17} ที่ศึกษาถึงคุณภาพการบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมที่พบว่าผู้ประกันตนรับรู้คุณภาพการบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁷ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก

หน่วยตรวจมะเร็งนรีเวชในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีการพัฒนา และรักษามาตรฐานคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง มีผลให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รับรู้การได้รับการบริการในระดับมาก เมื่อพิจารณาการได้รับการบริการรายด้านพบลำดับการได้รับการบริการรายด้าน จากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับ บริการเป็นลำดับแรก ตามมาด้วยด้านการตอบสนอง ความต้องการของผู้รับบริการ และด้านความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ด้านความเชื่อถือได้ และด้าน ความเป็นรูปธรรมเป็นลำดับสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาคุณภาพการบริการในผู้ป่วยนอก^{5,6} ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมารับบริการในหน่วยตรวจ สังกัดโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่มีขีดความสามารถในการให้บริการและบุคลากรมีความพร้อม ความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาสูงสุดทำให้ กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการบริการที่ได้รับเป็น ลำดับแรก

เมื่อเปรียบเทียบความต้องการการบริการกับการได้รับการบริการของกลุ่มตัวอย่างพบความแตกต่าง ระหว่างความต้องการการบริการและการได้รับการบริการ ทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน โดยกลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการการบริการมากกว่าการได้รับการบริการ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการบริการในผู้ป่วยนอก⁵ โครงการประกันสังคม⁷ หน่วยตรวจพิเศษสูตินรีเวช⁹ และหน่วยบำบัดระยะสั้น¹⁷ โดยไม่พบการศึกษาที่มีผล การศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษานี้ แสดงว่ากลุ่ม ตัวอย่างยังไม่ได้รับการบริการทั้งโดยรวมและรายด้าน ตามความต้องการ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการบริการด้าน

สาธารณสุขมีลักษณะที่แตกต่างจากธุรกิจบริการและ การบริการทั่วไปเป็นบริการที่ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ เพราะผู้ที่มีารับบริการคือผู้ป่วยอาจยังไม่ทราบถึงปัญหา ด้านสุขภาพของตนเองที่แท้จริง หรือมีความรู้ความ เข้าใจไม่เพียงพอที่จะระบุชนิดของความเจ็บป่วยและ ประเภทของการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นทำให้ ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการการรักษา ในโรงพยาบาลมักมาพร้อมกับความต้องการหรือความ คาดหวังสูงว่าจะได้รับการบริการที่ตนเองคาดหวังไว้ จึงทำให้รู้สึกว่าตนเองได้รับการบริการต่ำกว่าที่คาดหวังได้ ส่งผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพการบริการ¹⁸

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา กับคุณภาพ การบริการในการศึกษานี้ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการให้บริการ ของโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ที่พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพการบริการ⁸ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ของผู้ประกันตน ต่อการให้บริการของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม⁷ และผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัด มหาวิทยาลัย⁴ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 51-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการสูงกว่ากลุ่มอายุ 31-40 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการงานวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วย มะเร็งนรีเวชซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรง จึงทำให้กลุ่ม ตัวอย่างมีความต้องการและได้รับการบริการจากพยาบาล หรือรับรู้คุณภาพการบริการไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม อายุและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบว่า มีการศึกษาคุณภาพการบริการในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

ด้านสถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้าน ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการบริการของผู้รับบริการงานเภสัชกรรม³ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย⁴ โรงพยาบาลเอกชน⁵ และผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม⁷ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสรับรู้คุณภาพการบริการมากกว่ากลุ่มที่เป็นโสด ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เป็นโรคร้ายแรง อันตรายต่อชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการความช่วยเหลือดูแลไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสมีคู่หรือไม่มีคู่ และมีความต้องการได้รับการบริการพยาบาลในมาตรฐานเดียวกัน

ด้านระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรม ด้านความเชื่อถือได้ ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ และด้านความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ แต่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ($P=0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา^{3-5,7} พบว่าผู้ใช้บริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความคาดหวังสูงในการตอบสนองการมารับบริการ และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพการบริการมากกว่ากลุ่มสำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อยอาจมีความต้องการและคาดหวังต่อการบริการที่ได้รับมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง โดยเฉพาะด้านการตอบสนอง

ความต้องการ ได้แก่ ความพร้อมและเต็มใจของผู้ให้บริการที่จะให้บริการอย่างทันทีที่ต้องการด้วยความสุภาพ มีมารยาท และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัย และตอบคำถามด้วยความเต็มใจ

โดยสรุปผลการศึกษาก่อนคุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวช พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการบริการสูงกว่าการได้รับการบริการทั้งโดยรวมและรายด้าน ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างรับรู้การบริการโดยรวมมีคุณภาพต่ำกว่าที่คาดหวัง ส่วนคุณภาพการบริการรายด้าน กลุ่มตัวอย่างรับรู้การบริการมีคุณภาพการบริการน้อยที่สุดในด้านความเป็นรูปธรรม และรับรู้คุณภาพการบริการมากที่สุดในด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา กับคุณภาพการบริการ พบว่ามีเพียงระดับการศึกษาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่าระดับปริญญาตรี มีความต้องการด้านการตอบสนองความต้องการมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษามากกว่าระดับปริญญาตรี ส่วนปัจจัยที่เหลือไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการทั้งโดยรวมและรายด้าน ดังนั้น เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวช จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านความเป็นรูปธรรมในเรื่องการจัดหรือเพิ่มที่นั่งรอตรวจให้เพียงพอกับความต้องการทั้งผู้ป่วยและญาติ ความสะอาด สะดวกสบายและมีความเป็นส่วนตัวสูง นอกจากนี้ ควรจัดเตรียมเอกสาร แผ่นพับให้ข้อมูล

เกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาให้อยู่ในที่ที่สะดวกต่อการหยิบอ่าน มีการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านความเชื่อถือได้ในเรื่องการให้บริการที่ดีมีมาตรฐานถูกต้องตามหลักวิชาการไม่เกิดข้อผิดพลาด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรีควรเน้นการบริการด้านการตอบสนองความต้องการ ได้แก่ ความพร้อม เต็มใจให้บริการและให้บริการอย่างรวดเร็ว ทันทีที่ การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยซักถามอาการของผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงความเร่งด่วนในการรับบริการ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และเต็มใจ ในการตอบคำถาม จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับรู้ถึงคุณภาพการบริการเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร. ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร. บัณฑิตหลวง สำแดงฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่อง อาจารย์ ดร. วรณภา ประไพพานิช ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผศ.ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ภาณุ. สุนันทา ยอดเนตร ที่อนุญาตให้นำเครื่องมือการวิจัยมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คุณณฤมล ศรีอินทราวานิช, คุณลดาวัลย์ นิรัชโรภาส และคุณเกตุแก้ว เจิงประเสริฐ ที่ได้ตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช คลินิกมะเร็งนรีเวชที่อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือ

ในการเก็บข้อมูล และผู้ปวยมะเร็งทางนรีเวชที่มาใช้บริการในหน่วยตรวจมะเร็งนรีเวชทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553 -2557). Available at: <http://www.themedicalhub.net>. Accessed January 31, 2011.
2. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Delivering Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectations. USA: Collier Macmillan Publishers; 1990.
3. สุนันทา ยอดเนตร. การประเมินคุณภาพการบริการจากความแตกต่างระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ของผู้รับบริการงานเภสัชกรรมในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
4. นลิน มงคลศรี. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2548;13:61-73.
5. จารุวรรณ สิริวัฒนสกุล. เปรียบเทียบคุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังกับการได้รับการปฏิบัติจริงของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
6. พรรณี วรานุกุลศักดิ์. ความคาดหวัง การรับรู้ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการประกันสังคม ต่อคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี [สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2546.
7. บุญเรือง ไชเจนศิริ. ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ประกันตนต่อการให้บริการของโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2553.
8. รุ่งดาว ดีตอกไม้ และคณะ. ความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการให้บริการโรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉินในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล. วารสารการเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ 2555;2:121-38.
9. ณัฐมณต์ ชังคเวช. คุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้มารับบริการในหน่วยตรวจพิเศษ

- สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ. วารสารพยาบาล
สาธารณสุข 2552;23:16-27.
10. ตรีนุช จำปาทอง. ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพ
การบริการก่อนและหลังใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิก
พิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลศิริราช. บริหารธุรกิจ
มหาบัณฑิต (บริหารธุรกิจสำหรับผู้บริหาร) วิทยาลัย
พาณิชยศาสตร์. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
 11. จิตชญา บุญนันท์ และคณะ. การแจ้งข่าวร้ายที่ผู้ป่วย
ต้องการและที่ได้รับในผู้ป่วยมะเร็งกระดูกปฐมภูมิ.
วารสารสภาการพยาบาล 2555;27:123-36.
 12. สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์. มะเร็งรังไข่. กรุงเทพฯ: บริษัท
ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด; 2549.
 13. บัณฑิตวง สัมแดงฤทธิ์, นพพร โสหะเจริญนิช. ความคาดหวัง
และการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลของผู้มาใช้บริการ
ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลสังกัด
มหาวิทยาลัย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31:161-9.
 14. บัณฑิตวง สัมแดงฤทธิ์. ประสบการณ์ของอาการและการ
ดูแลตนเองที่เกิดจากมะเร็งปากมดลูกและการรักษาในสตรีไทย.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
 15. Thronidike R. Correlational procedures for research.
New York: Gardner Press; 1978.
 16. กัลยา วาณิชย์ปัญญา. การวิเคราะห์สถิติ: สถิติเพื่อการ
ตัดสินใจ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
 17. ปริมประภา บัณฑิต. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของ
ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในหน่วยบำบัดระยะสั้น
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี [วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
มหิดล; 2553.
 18. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Concep-
tual Model of Service Quality and Its Implications for
Future Research. JM 1985;46:41-50.

ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา

พรนภา หีบจินดา
อิราภรณ์ จันทรिता
บัวหลวง สำแดงฤทธิ์

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับการรักษาแล้วอย่างน้อย 1 ปีจำนวน 70 ราย ที่มาติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษา แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับย่อ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยายและหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสเปียร์แมนแรงค์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษามีความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมสูง ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสาม พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.44, P < 0.001$) และกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.59, P < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย ($r = 0.59, P < 0.001$) ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดีย่อมทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งจะมิประโยชน์ในการนำมาเป็นข้อมูลส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ถึงแม้ว่าได้จบการรักษาไปแล้ว (วารสารโรคมะเร็ง 2557;34:92-103)

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ

Sense of Coherence, Social Support, and Quality of Life among Patients with Breast Cancer Post-treatment

by Phornnapa Heebchinda, Tiraporn Junda, Bualuang Sumdaengrit

Division of Adult and Elderly Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine
Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Thailand

Abstract This descriptive research study aimed to examine the correlation between sense of coherence, social support, and quality of life (QoL) among patients with breast cancer post-treatment. The study participants comprised 70 patients with breast cancer, at least one year post-treatment, selected from the outpatient department of a university hospital. Data were collected using four questionnaires: personal data and medical history; sense of coherence - short form (SOC-13); social support; and quality of life for breast cancer (FACT-B). The data were analyzed by descriptive statistics, Pearson's product moment and Spearman's rank correlation coefficient. The results showed that the overall sense of coherence, social support, and quality of life in patients with breast cancer post-treatment was high. In addition, sense of coherence was found to correlate with social support ($r = 0.44, P < 0.001$) and QoL ($r = 0.59, P < 0.001$), and social support was related to QoL ($r = 0.59, P < 0.001$). In conclusion, patients with high sense of coherence and social support had high QoL. These findings are useful for healthcare providers, to help promote a sense of coherence and social support, and thereby improve the QoL of patients with breast cancer, even after they complete treatment. (*Thai Cancer J 2014;34:92-103*)

Keywords: sense of coherence, social support, quality of life (QoL), breast cancer post-treatment

บทนำ

มะเร็งเต้านมจัดเป็นโรคมะเร็งที่คุกคามชีวิตของสตรีทั่วโลกและพบมากเป็นอันดับแรกในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งของกระทรวงสาธารณสุขปี 2554 พบสตรีไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมทั้งหมดรวม 34,539 ราย เสียชีวิต 2,724 ราย โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับสามจากโรคมะเร็ง ปี 2556 พบอัตราป่วยเป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 55.97 ต่อประชากร 100,000 คน¹ ถึงแม้ว่ามะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์การเกิดสูงเนื่องจากปัจจัยหลายอย่างมาจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงมีการเก็บสถิติและการตรวจคัดกรองที่เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากปัจจุบันวิวัฒนาการการการรักษา อุปกรณ์ เครื่องมือ รวมถึงกรรมวิธีการรักษามะเร็งเต้านมมีความทันสมัย

มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีชีวิตยืนยาวขึ้นสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติหรือเป็นปกติ เนื่องจากการรักษาได้ผลดีและหายขาด อย่างไรก็ตาม ผลจากโรคมะเร็งและการรักษามักมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย ภาวลักษณะ วิถีชีวิต ครอบครัว สังคม และสภาพจิตใจของผู้ป่วย การดำเนินชีวิตภายหลังการรักษาจึงต้องการการปรับตัวและจิตใจเพื่อให้เข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติของผู้ป่วยที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย²

โครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานของแต่ละบุคคลมีการแสดงออกถึงการรับรู้ทั้งด้านความคิด เจตคติ ซึ่งเรียกว่าความเข้มแข็งในการมองโลก แม้จะมีความคงทนแต่ก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตจนกระทั่งเสียชีวิต³ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านตัวบุคคลและปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ซึ่งปัจจัย

พื้นฐานด้านตัวบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในการมองโลกได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ส่วนแหล่งประโยชน์ภายนอกที่สำคัญและมีส่วนช่วยให้ความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลสูงขึ้นและส่งผลทางจิตใจให้สามารถเผชิญต่อโรคและการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ คนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีพฤติกรรมที่ยืดหยุ่นใช้ทั้งการประเมินด้านอารมณ์และด้านสติปัญญา (emotional and cognitive appraisal) ในการเผชิญปัญหาและไม่ว่าการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความเครียดจะประสบกับความสำเร็จหรือความล้มเหลว ส่วนผลกระทบบังคับให้ความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงและความรู้สึกนึกคิดในทางบวกมีผลทำให้ความเครียดลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{4,5}

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการรักษาที่เช่นเดียวกันย่อมต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่เป็นปกติสุขเช่นเดียวกับผู้อื่น ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความหมายซับซ้อนหลายมิติเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของบุคคลในลักษณะองค์รวมที่ประกอบด้วยกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละสถานการณ์ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและความผาสุกหรือความพึงพอใจและจะแตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์ที่มากกระทบกับวิถีชีวิตผู้ป่วยในขณะนั้นๆ^{6,7}

แม้ว่าผู้ป่วยที่เสร็จสิ้นการรักษาโรคมะเร็งไปแล้ว ยังมีข้อมูลว่าผู้ป่วยบางคนยังคงเผชิญกับ

ปัญหาทั้งทางสุขภาพและความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคของตนและอาจยังคงมีปัญหาดังกล่าวทั้งทางร่างกายและจิตใจหลงเหลืออยู่ ดังเช่นการศึกษาของ Helgeson VS⁸ ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิตตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป พบว่าสตรีเหล่านี้บางคนยังมีมุมมองทางด้านลบและความผาสุกทางด้านจิตใจที่ต่ำ เกี่ยวข้องกับสามประเด็นคือเป็นผู้ที่มีผลการรักษาหรือผลข้างเคียงมาก มีการทำงานทางด้านสมองที่ไม่ดีและมีปัญหาทางด้านจิตใจมาก ผู้วิจัยสรุปว่าการเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมมีได้หมายความว่าสามารถบอกได้ว่าปรับตัวเข้ากับโรคได้ ซึ่งผู้ที่ประเมินโรคในทางลบจะมีความผาสุกทางด้านจิตใจที่ต่ำลง จะเห็นได้ว่าระยะเวลาหลังจบการรักษาไปแล้ว อาจไม่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง แต่สิ่งที่เกี่ยวข้องคือภาวะด้านจิตใจและมุมมองของตัวผู้ป่วยต่อโรคที่เป็น

จากการศึกษาเรื่องการเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิตและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษาไปแล้ว 3 ปี พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตระดับปานกลาง โดยการเผชิญความรู้สึกนี้ได้ใช้การแสวงหาการสนับสนุนช่วยเหลือมากที่สุด มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง² อย่างไรก็ตาม การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังจบการรักษาโรคมะเร็งไปแล้วยังคงค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการเผชิญความไม่แน่นอนในชีวิต² พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและปัจจัยทำนายการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม⁹ แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษา ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้มโนทัศน์ความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky A¹⁰ มโนทัศน์แรงสนับสนุนทางสังคมของ Toljamo M และ Hentinen M¹¹ และมโนทัศน์คุณภาพชีวิตของ Cella DF¹² เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย จากมโนทัศน์ความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky A¹⁰ ที่กล่าวถึงความเข้มแข็งในการมองโลกไว้ 3 ประการ ได้แก่ ความสามารถในการเข้าใจ (comprehensibility) ความสามารถในการจัดการ (manageability) และความสามารถในการให้ความหมาย (meaningfulness) ซึ่งมโนทัศน์ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผลกับมโนทัศน์สุขภาพ โดยผ่านความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ความเข้มแข็งในการมองโลกกับมโนทัศน์ความเครียด กล่าวคือคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มที่จะนิยามสิ่งกระตุ้นความเครียดว่าไม่เป็นสิ่งกระตุ้นความเครียดด้วยการมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความหมาย มีความหวัง พร้อมกับ การรับรู้ปัญหาด้วยความเข้าใจที่ชัดเจนเฉพาะเจาะจง มีแหล่งประโยชน์เพียงพอสำหรับเผชิญกับความเครียด สามารถจัดการกับปัญหาได้มากกว่า มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นเหมือนอดีตที่ผ่านมาได้ และสามารถเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีความยืดหยุ่น ป้องกันมิให้ภาวะตึงเครียดปรับเปลี่ยนไปสู่ภาวะเครียด นอกจากนี้คนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นความเครียด และมักจะนิยามสิ่งเร้าให้เป็นสิ่งที่ไม่กระตุ้นความเครียด มีการผสมผสานทั้งสติปัญญาและเจตคติเข้าด้วยกัน ในการเผชิญสิ่งกระตุ้นความเครียด ยิ่งกว่านั้นก็อาจจะ

มองสิ่งกระตุ้นความเครียดว่าเป็นความสุข ไม่หวั่นอันตรายเท่ากับคนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ รวมทั้งสามารถเข้าถึงและมีความตระหนักรู้อารมณ์ภายในของตนเองได้ง่าย ซึ่งจะช่วยให้รอดพ้นจากการคุกคามด้วยอารมณ์ของตนเอง สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง¹⁰ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อยคือแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อน (emotional and instrumental support) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) แรงสนับสนุนจากเพื่อน (peer support) แรงสนับสนุนด้านลบ (negative support) และแรงสนับสนุนด้านการเงิน (financial support)¹¹ ซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูล การเอาใจใส่ การให้ความรัก ให้เกียรติ ให้ความเคารพ และการเป็นสมาชิกเครือข่ายที่มีบทบาทหน้าที่เกื้อกูลกันอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สำหรับคุณภาพชีวิตคือความรู้สึกถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคล ซึ่งประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลแต่ละคนแตกต่างกันไปโดยมีองค์ประกอบเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมและด้านอื่นๆเพิ่มเติม คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการรักษาที่เฝ้าระวังกันย่อมต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่เป็นปกติสุขเช่นเดียวกับผู้อื่น การดำเนินชีวิตภายหลังการรักษาจึงต้องการการปรับตัวและจิตใจ เพื่อให้เข้าสู่

การดำเนินชีวิตปกติมีคุณภาพและเหมาะสม²

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม รังสีรักษา และเคมีบำบัด ที่มาติดตามการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก (convenient sample) จำนวนตัวอย่างโดยอ้างอิงการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมและความไม่แน่นอนในสตรีชาวลาตินที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมของ Sammacro A และ Konecny LM⁶ ได้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.38 ใช้ค่าอำนาจในการทดสอบ 0.80 และกำหนดความสัมพันธ์แบบสองทาง (two-tailed test) ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่ยังคงมีการรักษาอยู่หรือภายหลังการรักษาต่ำกว่า 1 ปี

อายุต่ำกว่า 20 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ย สถานภาพทางการเงิน ค่ารักษาพยาบาล อาการที่มีผลกระทบจากการรักษาและการดำเนินชีวิต

2. แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับย่อ (SOC - 13) สร้างโดย Antonovsky A¹⁰ เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยในการมองชีวิต แปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ¹³ แบบสอบถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน โดยที่ตำแหน่งของเลข 1 ถึง 7 จะมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม โดยที่คะแนน 1 = ไม่เคยรู้สึกเลย 7 = รู้สึกบ่อยมาก มีข้อความที่เป็นบวก 8 ข้อและเป็นลบ 5 ข้อ ซึ่งการให้คะแนนข้อที่เป็นลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนโดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 ถึง 91 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนระหว่าง 13.00 - 39.00 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 39.01 - 65.00 ระดับปานกลางและคะแนน 65.01 - 91.00 ระดับสูงในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายได้

ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.75 เมื่อทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.72

3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย Toljamo M และ Hentinen M¹¹ แปลเป็นภาษาไทยโดยสิริรัตน์ ลีลาจรัส¹⁴ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบย่อยคือ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์และการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจและการเงินจากครอบครัว (emotional and instrumental) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational) แรงสนับสนุนจากเพื่อน (peer) แรงสนับสนุนด้านลบ (negative) และแรงสนับสนุนด้านการเงิน (financial) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ โดยที่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อความที่เป็นลบ 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 10,11 ซึ่งการให้คะแนนข้อที่เป็นลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 - 60 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนระหว่าง 12.00 - 24.00 อยู่ในระดับต่ำ 24.01 - 48.00 ระดับปานกลาง ส่วนคะแนนช่วง 48.01 - 60.00 ระดับสูง ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.88 เมื่อทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมดจำนวน 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตประเมินได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา FACT-B (version 4) สร้างโดย Cella DF¹² ในภาคภาษาไทย มีองค์ประกอบของความผาสุกแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยความผาสุกด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ด้านอารมณ์ จิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ และความผาสุกด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ โดยที่คะแนน 0 = ไม่เลย 4 = มากที่สุด รวมคะแนนความผาสุกทั้ง 5 ด้านโดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 148 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตมาก แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0 - 49.33 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 49.34 - 98.67 ระดับปานกลาง ส่วนคะแนน 98.68 - 148.00 ระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.88 เมื่อทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะ

กรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียงตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษา แบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับย่อ (SOC - 13) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามรายละเอียด 30 - 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้เป็นสถิติเชิงพรรณนาโดยแสดงเป็น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการรักษา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation

coefficient) เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ หรือใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank) เมื่อข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาจำนวน 70 ราย มีอายุระหว่าง 25 ถึง 82 ปี อายุเฉลี่ย 54.29 ปี (SD = 9.72) ร้อยละ 42.90 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.10) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.10 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 51.40 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 62.90 มีสถานภาพทางการเงินเพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 55.70 สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจได้ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.30) ไม่มีอาการที่เป็นผลกระทบจากการรักษาและร้อยละ 52.90 ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระยะเวลาภายหลังการรักษาเฉลี่ย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (n=70)

ตัวแปร	Possible range	Range	Mean	SD	Level
ความเข้มแข็งในการมองโลก	13-91	45-85	67.53	9.99	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	12-60	28-60	52.20	7.56	สูง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-144	62-137	114.22	19.34	สูง
ด้านร่างกาย	0-28	10-28	24.19	4.54	สูง
ด้านสังคม/ครอบครัว	0-28	7-28	23.21	5.13	สูง
ด้านอารมณ์/จิตใจ	0-24	10-24	19.90	3.70	สูง
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	0-28	10-28	23.46	5.27	สูง
ด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	0-36	10-34	27.00	5.48	สูง

5.15 ปี (SD = 3.92 ปี)

การศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 67.53 คะแนน (SD = 9.99) โดยมีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงร้อยละ 58.60 และระดับปานกลางร้อยละ 41.40 มีค่าเฉลี่ยระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 52.20 คะแนน (SD = 7.56) ร้อยละ 74.30 มีระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมสูง และระดับปานกลางพบร้อยละ 25.70 ส่วนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาโดยภาพรวมพบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 114.23 คะแนน (SD = 19.34) และรายด้านได้แก่

ด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์/จิตใจ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.19, 23.21, 19.90, 23.46 และ 27.00 SD = 4.54, 5.13, 3.70, 5.27 และ 5.48 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ($P < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และแรงสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ($P < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (n=70)

ตัวแปร	r	P
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.44	<0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.59	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	0.49	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัว	0.52	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์/จิตใจ	0.50	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม	0.51	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	0.43	<0.001

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (n=70)

ตัวแปร	r	P
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.59	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	0.53	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัว	0.67	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์/จิตใจ	0.45	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม	0.47	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	0.44	<0.001

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 114.22 คะแนน (SD = 19.34) ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์/จิตใจ ด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.19, 23.21, 19.90, 23.46 และ 27.00 SD = 4.54, 5.13, 3.70, 5.27 และ 5.48 ตามลำดับ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wonghongkul T et al² ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยที่รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พบว่ามีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและเป็นการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่อยู่ในกรุงเทพมหานครจึงสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับโรคและอาการข้างเคียงภายหลังการรักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าและอยู่ในต่างจังหวัด จึงอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตสูงได้ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษานี้ยังพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.53 คะแนน (SD = 9.99) สอดคล้องกับการศึกษาของ Delgado C⁴ ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก ความรู้สึกนึกคิด ความเครียดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ค่าเฉลี่ยคือ 67.90 คะแนน จากแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky A¹⁰ กล่าวถึง

คนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมักมีพฤติกรรมที่ยืดหยุ่น ใช้ทั้งการประเมินด้านอารมณ์และด้านสติปัญญาในการเผชิญปัญหา และไม่ว่าการจัดการกับสิ่งกระตุ้นความเครียดจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว ล้วนส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ ดังนั้นเมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านตัวบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาส่งผลให้มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงในการศึกษาคั้งนี้

เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 54.29 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งอาจส่งผลให้การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเครียดระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลวัยนี้ผ่านภาวะวิกฤตมามาก ทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการวินิจฉัยไตร่ตรอง ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจึงสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม ทำให้ความเครียดที่มีอยู่นั้นลดน้อยลงหรือหมดไป¹⁵ และผู้ป่วยในการศึกษานี้ร้อยละ 42.9 อยู่ในระดับปริญญาตรี จึงมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ผู้ที่มีการศึกษามักมีการรับรู้และตระหนักในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดีและเรียนรู้เรื่องโรคและการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีรายงานพบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลซักถามปัญหาและมีความเข้าใจในแผนการรักษาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ¹⁶ นอกจากนั้นในการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยเพียงพอเหลือเก็บจึงไม่มีปัญหาทางด้านเงินค่ารักษาพยาบาลและเป็นผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามหลังการรักษาแล้ว 1 ปีขึ้นไป จึงทำให้

อาการข้างเคียงต่างๆลดน้อยลงจนบางคนไม่พบอาการผิดปกติซึ่งพบถึงร้อยละ 54.30 มีเพียงร้อยละ 7.10 - 8.60 ยังคงมีอาการชา ตึง ที่บริเวณเต้านมข้างที่ผ่าตัดและอาการปวดอยู่บ้าง แต่อาการดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยในการศึกษานี้ อยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 52.20 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.56) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{17,18} อาจเนื่องมาจากกลุ่มครอบครัวซึ่งประกอบด้วย คู่สมรส บิดามารดาและบุตรเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและในวัฒนธรรมไทยมีค่านิยมว่า บุตรหรือคู่สมรสควรให้การดูแลเอาใจใส่ ปรมนิบัติบิดามารดาหรือคู่สมรสของตนในระหว่างเจ็บป่วย ในขณะเดียวกันผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต้องประสบกับความไม่สุขสบายต่างๆจากการรักษาที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมากผู้ป่วยมักจะรับรู้ว่าคุณครอบครัวและเพื่อนสนิทตลอดจนถึงเพื่อนที่เป็นโรคเดียวกันเป็นบุคคลที่สามารถปรึกษาหรือได้จะเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ในการศึกษาผู้ป่วยจบการรักษาไปแล้ว สามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติ มีสังคมตามปกติ และทราบว่าตนเองมีแหล่งให้การสนับสนุนในเวลาที่ต้องการโดยเฉพาะบุคคลากรทางการแพทย์จะให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยมากกว่าด้านอื่นๆสอดคล้องกับการศึกษาของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์¹⁹ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการบริโภค นิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้รับความรู้เรื่องโรคจากแพทย์และพยาบาลมากที่สุดเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพด้าน

สุขภาพที่มีหน้าที่ช่วยเหลือประชาชนให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้อง

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังจากการรักษามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีผลทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงด้วย และความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการกับความตึงเครียด และการจัดการกับความตึงเครียดที่ได้ผลสำเร็จจะส่งเสริมให้ความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภักจิรา รัชตะสังข์²⁰ ศึกษาภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีภาวะวิตกกังวล (ความเครียด) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลางหรือมาก ($P < 0.01$)

ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังจากการรักษาโดยรวมในการศึกษานี้ อยู่ในระดับสูง ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยได้แก่ อายุระดับการศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่อาจส่งผลให้การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเครียดระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลวัยนี้ผ่านภาวะวิกฤตมามาก ทำให้มีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการวินิจฉัยได้ตรงต่อได้ และผู้ที่มีการศึกษาจะมีการรับรู้และตระหนักในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆได้ดี ผู้ที่มีการศึกษาสูงแม้จะไม่มีความรู้เรื่องโรคก็จะสามารถแสวงหาแหล่งความรู้ให้ตนเองได้อย่างถูกต้อง มีการศึกษาพบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหาและมีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับ

การศึกษาต่ำ¹⁶ ทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงเพราะสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและเลือกที่จะจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องจากประสบการณ์และการรับรู้สิ่งที่ตนเคยผ่านมา มีความเข้าใจในชีวิตปรับเปลี่ยนสถานการณ์เป็นทางบวก ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยังมีรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูงมีความเครียดต่ำทำให้มีคุณภาพชีวิตสูง ($P < 0.01$)

การศึกษานี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งด้านมกายหลังการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในชีวิตได้ ทั้งยังเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเนื่องจากได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาพร้อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงวิธีเผชิญความเครียด และสามารถเลือกใช้วิธีในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม²¹ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีวิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้เลือกวิธีการดำเนินชีวิตที่มีความสุขเหมาะสมกับตัวเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Sammarco A และ Konecny LM⁶ ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมและความไม่มั่นใจในผู้ป่วยมะเร็งด้านมขาเวลาเดินที่รอดชีวิต พบว่าถ้ามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงทำให้มีคุณภาพชีวิตสูงด้วย ($P < 0.001$)

การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงซึ่งมาจากปัจจัยภายในไม่ว่าจะเป็นอายุเฉลี่ยที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เมื่อต้องเผชิญกับ

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมและมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงด้วยซึ่งมาจากการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน ช่วยแก้ปัญหาพร้อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงวิธีเผชิญความเครียดและสามารถเลือกใช้วิธีในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งก็คือการมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงนั่นเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นด้วย

โดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งด้านมกายหลังการรักษามีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงเนื่องจากปัจจัยภายใน เช่น อายุ ระดับการศึกษา และการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น มีการจัดการกับอารมณ์หรือความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เกี่ยวเนื่องกับการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และการได้รับคำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ทำให้มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง เมื่อมีการให้คำปรึกษาให้กำลังใจผู้ป่วยจึงมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตสูงด้วย จึงกล่าวได้ว่าเมื่อความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งด้านมกายหลังการรักษาดีไปด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธิราภรณ์ จันทร์ดา และอาจารย์ ดร. บัณฑิต หลง สำแดงฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อาจารย์ ดร. จันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มุกดา เดชประพนธ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ท่านรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ คุณบุปผาชาติ ชุนอินทร์ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหญิง 6 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัยนี้ เจ้าหน้าที่แผนกคัดสรรนมเต้านมและต่อมไร้ท่อ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มาตรวจตามนัดหลังการรักษาทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข: สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2554. Available at: <http://www.thaiarth.co.th>. Accessed August 24, 2013.
- Wonghongkul T, Dechaprom N, Phumivichuvate L, Losawatkul S. Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nursing* 2006;29:250-7.
- Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. California: Jossey-Bess Publishers; 1982.
- Delgado C. Sense of Coherence, Spirituality, Stress and quality of life in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship* 2007;39:229-34.
- บัวหลวง ส้าแดงฤทธิ์. ประสบการณ์ของอาการและการดูแลตนเองในสตรีไทยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
- Sammarco A, Konecny LM. Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2008;35:844-9.
- แม่นมณา จิระจรัส. การวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง (Quality of life measurement in cancer patient). ใน: วรชัย รัตนธรรพร, บรรณาธิการ. ตำราวิชาการโรคมะเร็ง 2. กรุงเทพฯ, ไชยสิทธิ์ พับลิชชิ่ง; 2541. หน้า 374-98.
- Helgeson VS. Survivor centrality among breast cancer survivors: implications for wellbeing. *Psycho-Oncology* 2011;20:517-24.
- Anusasananun B, Pothiban L, Kasemkitwatana S, Soivong P, Trakultivakorn H. Coping behaviors and predicting factors among breast cancer survivors during each phase of cancer. *PRIJNR* 2013;17:148-66.
- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of Health: How People Manage Stress*. San Francisco: Jossey-Bess Publishers; 1987.
- Toljamo M, Hentinen M. Adherence of self-care and social support. *J Clin Nurs* 2001;10:618-27.
- Cella DF. Quality of life: Concepts and definition. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:186-92.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, พรรณวดี พุฒวัฒน์. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล* 2532;38: 169-90.
- Leelacharas S. Illness representations in Thai women diagnosed with hypertension and relationships to medication-taking behavior. *Dessertation Abstract International* 2005;66:5322.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
- สมพร สันติประสิทธิ์กุล. การปรับตัวเรื่องบทบาทหน้าที่ของชายที่ติดเชื้อเอช ไอ วี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
- นิตยา คงชุม. นุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรร และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
- นันทลักษณ์ คັນสยะวิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และบริโภคนิสัยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ แผนกศัลยกรรมศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
- ภักจิรา รัชตะสังข์. ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

Vitamin D Receptor กับมะเร็งเต้านม

อดิศร เจษฎาปิยะวงศ์
วิมล สุขตั้งมั่น
สุนันทา จริญญาเลิศศักดิ์
สมชาย ธนะสิทธิชัย

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย จากสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยปี พ.ศ. 2545 พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งในสตรีไทย โดยมีผู้ป่วยใหม่จำนวน 7323 ราย¹ และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ สาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัดอาจเกิดจากการมีระดับฮอร์โมนผิดปกติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโปรตีนและไขมันสูง สภาพแวดล้อมพิษจากสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางพันธุกรรม²

การศึกษาทางอณูชีววิทยาและพันธุวิศวกรรมนำมาซึ่งการพัฒนาการรักษาโรคมะเร็งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมหรือยีน ปัจจุบันมีการคิดค้นการใช้ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์เฉพาะในระดับโมเลกุล ยีน หรือกระบวนการทางชีวเคมีภายในเซลล์ที่ส่งทอดสัญญาณเพื่อกระตุ้นหรือควบคุมการทำงานของเซลล์ เช่น ควบคุมการแบ่งตัว การเปลี่ยนแปลงรูปร่าง

การรอดชีวิตของเซลล์ และการทำงานอื่นๆโดยเรียกวิธีการรักษาแบบนี้ว่าการรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy)^{3,4} การรักษาแบบมุ่งเป้าสามารถยับยั้งการทำงานของโมเลกุลหรือกระบวนการดังกล่าวอย่างมีเป้าหมายจำเพาะส่งผลในการยับยั้งการแบ่งตัว การเติบโต การรอดชีวิตและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการรักษาแบบมุ่งเป่ามีความจำเพาะต่อแอนติเจนบนเซลล์มะเร็งเป้าหมาย แต่ก็อาจมีผลต่อแอนติเจนบนเซลล์ปกติด้วย รวมทั้งมีปัญหาการดื้อยาที่อาจเกิดจากการกลายพันธุ์ของโรคมะเร็งที่แตกต่างกันและการรักษาแบบมุ่งเป้าในปัจจุบันยังมีค่าใช้จ่ายสูงเพราะต้องเข้ยาที่นำเข้จากต่างประเทศ

ในอดีตเชื่อว่าวิตามินดีช่วยให้กระดูกแข็งแรง โดยช่วยในการดูดซึมแคลเซียม รักษาระดับแคลเซียมในเลือด ถ้าขาดวิตามินดีจะทำให้เป็นโรคกระดูกอ่อน

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

จากการศึกษาในปัจจุบันยังพบว่าคนที่ขาดวิตามินดีเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและเส้นโลหิตเสื่อมสภาพ เบาหวานและโรคอื่นๆรวมทั้งโรคมะเร็ง วิตามินดีเป็นสารที่ละลายในไขมัน จัดอยู่ในกลุ่ม steroid hormone ประกอบด้วยวิตามินดี2 (ergocalciferol) และวิตามินดี3 (cholecalciferol) ร่างกายสามารถสร้างวิตามินดีขึ้นเองเมื่อได้รับรังสีอัลตราไวโอเล็ตชนิดบี (UVB) ที่อยู่ในแสงแดด รังสีอัลตราไวโอเล็ตจะเปลี่ยนโคเลสเตอรอลชนิด 7-dehydrocholesterol ที่อยู่ในผิวหนังไปเป็นวิตามินดี3 วิตามินดี2 และวิตามินดี3 จะเปลี่ยนเป็น 25-hydroxyvitamin D (25(OH)D) ที่ตับ โดยอาศัยเอนไซม์ 1 α -hydroxylase/CYP27A1 25-hydroxyvitamin D จะเปลี่ยนเป็น 1,25-dihydroxyvitamin D (1,25(OH)₂D) หรือ calcitriol ที่ไต โดยอาศัยเอนไซม์ 1 α -hydroxylase/CYP27B1^{5,6} การตรวจหาวิตามินดีในเลือดจะตรวจหาในรูปแบบ 25-hydroxyvitamin D⁷⁻⁹ ส่วน 1,25-dihydroxyvitamin D (1,25(OH)₂D) หรือ calcitriol เป็นรูปของวิตามินดีที่ออกฤทธิ์ (active metabolite) โดยมีโปรตีน CYP24A 1 เป็นเอนไซม์ที่ทำลายวิตามินดี ปัจจุบันยังพบว่าคนที่ขาดวิตามินดีเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลายชนิดรวมทั้งโรคมะเร็งชนิดต่างๆ มีรายงานพบว่าเซลล์มะเร็งเต้านมชนิด invasive มี vitamin D receptor (VDR) น้อยกว่าเซลล์เต้านมปกติและเซลล์เนื้องอกธรรมดาที่เต้านม และยังพบว่าเซลล์มะเร็งเต้านมชนิด invasive มีเอนไซม์ 1 α -hydroxylase (CYP27B1) ซึ่งเป็นเอนไซม์ ที่เปลี่ยนวิตามินดีรูปที่ไม่ออกฤทธิ์ให้เป็นวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์¹⁰ น้อยกว่าเซลล์ปกติและเซลล์เนื้องอกธรรมดา¹¹ McCarthy K และคณะ¹² พบว่า

ในเซลล์เต้านมปกติที่อยู่บริเวณใกล้เคียงกับเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบมี CYP27B1 mRNA น้อยกว่าเซลล์เต้านมปกติของผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความสามารถในการสร้างวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์น้อยลง และยังพบเอนไซม์ 24-hydroxylase (CYP24A1) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่เปลี่ยนวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์ให้เป็นวิตามินดีรูปที่ไม่ออกฤทธิ์ ในเซลล์มะเร็งเต้านมชนิด invasive มากกว่าเซลล์เต้านมปกติและเซลล์เนื้องอกธรรมดาที่เต้านม^{10,11} และจากการศึกษาอื่นพบว่าในมะเร็งเต้านมพบ CYP27B1 mRNA และ VDR มากกว่าในเซลล์ปกติ แต่เนื่องจาก CYP24A1 มีฤทธิ์ในการทำลายวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์จึงทำให้การทำงานของ CYP27B1 ลดลง ส่งผลให้วิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์มีปริมาณน้อยลงทำให้วิตามินดีมีการทำงานลดลง¹³ จากการศึกษาของ Gorham ED และคณะ¹⁴ พบว่าปริมาณวิตามินดีในเลือดในระดับที่มากกว่าหรือเท่ากับ 33 ng/ml สามารถลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ถึงร้อยละ 50 และจากการศึกษาอื่นยังพบว่าอัตราการลดลงของการเกิดโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับปริมาณแสงอาทิตย์ที่ได้รับ การรับประทานวิตามินดีและปริมาณวิตามินดีที่สูงในเลือด¹⁵ ผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 48 พบมีการขาดวิตามินดี (vitamin D deficiency) ในขณะที่กลุ่มคนที่มีสุขภาพแข็งแรง (healthy control subject) พบขาดวิตามินดีเพียงร้อยละ 12 และมักพบว่าผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากขาดวิตามินดีเนื่องจากการขาดอาหารอันเกิดจากอาการเจ็บป่วย ภาวะอาเจียนจากการรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือความสม่ำเสมอของการได้รับแสงอาทิตย์¹⁶ ลักษณะภูมิประเทศที่ตั้งอยู่ในเขตที่ได้รับปริมาณรังสีอัลตราไวโอเล็ต-บี

จากแสงอาทิตย์ส่งผลให้ระดับวิตามินดีที่สร้างขึ้นเองในร่างกายมีปริมาณสูงและยังมีผลต่อการลดอัตราเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านมด้วย¹⁷ มีการศึกษาพบว่าวิตามินดีมีฤทธิ์ในการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งนับเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) โดยวิตามินดีจะควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ การตายตามแบบธรรมชาติ (apoptosis) การลุกลามและการกระจายของเซลล์มะเร็ง จากการศึกษาในกลุ่มประชากรยุโรปพบว่าถ้าระดับ 25-hydroxyvitamin D ในเลือดต่ำกว่า 50 nmol/l จะเพิ่มอัตราเสี่ยงการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่^{18,19} ในการศึกษาโรคมะเร็งผิวหนังชนิด non-melanoma ในชายสูงอายุพบว่าระดับ 25-hydroxyvitamin D ปริมาณสูงอาจเกี่ยวข้องกับการลดอัตราเสี่ยงการเป็นมะเร็งผิวหนังชนิด non-melanoma²⁰ จากการศึกษาในกลุ่มสตรีหลังหมดประจำเดือนที่ได้รับแคลเซียมและวิตามินดีเสริมและกลุ่มที่ได้รับแคลเซียมอย่างเดียวเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอกพบว่ากลุ่มสตรีหลังหมดประจำเดือนที่ได้รับแคลเซียมและวิตามินดีเสริมมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งทุกชนิดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและการได้รับแคลเซียมเสริมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการป้องกันการเกิดโรค²¹ และยังมีการศึกษาพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับวิตามินดีมากกว่า 800 IU ต่อวัน มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมลดลง²² นอกจากนี้มีการศึกษาในหลอดทดลองและสัตว์ทดลองพบว่า 1,25(OH)₂D ยับยั้งการเพิ่มจำนวนและควบคุมการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์มะเร็ง^{23,24} จากการศึกษาในหนูทดลองที่ได้รับสารก่อมะเร็งชนิด 7,12-dimethylbenz-(a)-anthracene (DMBA) พบว่าหนูกลุ่มที่ได้รับอาหารที่มีวิตามินดีและ

แคลเซียมในปริมาณน้อยพบก้อนเนื้องอกได้มากกว่าหนูกลุ่มที่ได้รับอาหารที่มีวิตามินดีและแคลเซียมในปริมาณที่เพียงพอ²⁵

Vitamin D receptor (VDR) เป็น steroid hormone receptor และเป็น transcription factor มีหน้าที่ควบคุมการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ยับยั้งการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วของเซลล์ พบ VDR ในเซลล์ร่างกายหลายชนิดรวมทั้งเซลล์เต้านมปกติและเซลล์เต้านมที่เป็นมะเร็ง^{26,27} 1,25(OH)₂D เป็นรูปของวิตามินดีที่ออกฤทธิ์จะจับกับ VDR ส่งผลควบคุมการแสดงออกของยีน มีบทบาทในการควบคุมระบบต่อมไร้ท่อ การอักเสบ ควบคุมระดับสมดุลของแคลเซียม ทั้งวิตามินดีและ VDR ยังมีบทบาทในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งและการลุกลามของโรคโดยการชักนำให้เซลล์มีการเปลี่ยนแปลง (differentiation) และยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเซลล์ (proliferation)²⁸ จากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าวิตามินดีจับกับ VDR มีผลควบคุมการเพิ่มจำนวน การเปลี่ยนแปลงรูปร่าง การอยู่รอดของเซลล์มะเร็งเต้านม²⁹ โดยพบ VDR ใน basal และ luminal epithelial cell, cap cell, stromal cell ใน mammary gland ของหนูเม้าส์ ใน mammary gland ของหนูเม้าส์ที่มีอายุระหว่าง 4-10 สัปดาห์พบว่าในเซลล์ที่กำลังเพิ่มจำนวน (proliferative population) มีการแสดงออกของโปรตีน VDR ในปริมาณน้อย (weak) แต่พบปริมาณมาก (strong) ในเซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลง (differentiate)³⁰ และพบการแสดงออกของโปรตีน VDR มากใน mammary gland ของหนูระหว่างตั้งครรภ์และระยะให้นม³¹ ซึ่งน่าจะเกิดจากการเหนี่ยวนำของฮอร์โมนแลคโตเจน และหลังจากมีการหย่านมพบว่าเซลล์ mammary

gland มีการจัดเรียงตัวใหม่และพบขบวนการ apoptosis และยังพบ VDR มีปริมาณมากขึ้นในเซลล์ epithelial แสดงให้เห็นว่าวิตามินดีมีบทบาทต่อการแบ่งตัว (proliferation) หรือการเปลี่ยนแปลง (differentiation) ของเซลล์ อย่างไรก็ตามในหนูเม้าส์ที่ไม่มียีน VDR ที่ได้รับแคลเซียม ฟอสฟอรัส และแลคโตสเสริมก็สามารถอยู่ในภาวะเจริญพันธุ์และให้นมได้ แสดงให้เห็นว่า mammary gland ยังคงทำงานได้ถึงแม้จะไม่มี vitamin D signalling^{30,32} และยังพบว่าวิตามินดีสามารถยับยั้งการแตกแขนงของเซลล์ของ mammary gland ในหนูเม้าส์ปกติ แต่ไม่พบการยับยั้งการแตกแขนงของเซลล์ของ mammary gland ในหนูเม้าส์ที่ไม่มียีน VDR และยังพบว่าหนูเม้าส์ที่ไม่มียีน VDR มีการเจริญเติบโตและการแตกแขนงของ mammary gland มากกว่าในหนูเม้าส์ปกติที่มียีน VDR³⁰

จากการศึกษาใน cell line พบว่า primary human mammary epithelial (HME) cell ที่มีการแสดงออกของ telomerase (HME^{TERT}) ซึ่งเป็นเซลล์ที่มีรูปร่างลักษณะและการเจริญเติบโตคล้าย mammary epithelial cell ปกติและมี estrogen-receptor negative จะเจริญเป็นเซลล์มะเร็งได้ถ้ามีการกลายพันธุ์ของยีน VDR และพบว่าวิตามินดีในเซลล์ HME^{TERT} สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ HME^{TERT} ได้ ทั้งนี้เนื่องจากมีเอ็นไซม์ 1α -hydroxylase ซึ่งสามารถเปลี่ยนวิตามินดีรูปที่ไม่ออกฤทธิ์ ($25(\text{OH})-\text{D}_3$) ให้เป็นวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์ ($1,25(\text{OH})_2-\text{D}_3$) ในขณะที่ MCF-7 cell line ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งเต้านมของมนุษย์เป็นเซลล์ที่มีการแสดงออกของ VDR และสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์จนนำไปสู่ขั้นตอน apoptosis

ได้ด้วยวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์ ($1,25(\text{OH})_2-\text{D}_3$) แต่วิตามินดีรูปที่ไม่ออกฤทธิ์ ($25(\text{OH})-\text{D}_3$) ไม่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของ MCF-7 cell line ได้นอกจากนั้นยังพบว่า MCF-7 cell line มีเอ็นไซม์ 1α -hydroxylase ที่ไม่สามารถทำงานได้ และยังมีเอ็นไซม์ 24-hydroxylase ในปริมาณสูง ซึ่งเอ็นไซม์นี้จะเปลี่ยน $25(\text{OH})-\text{D}_3$ เป็น $24,25(\text{OH})_2-\text{D}_3$ ซึ่งเป็นวิตามินดีรูปที่ไม่ออกฤทธิ์ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ได้³³

จากการศึกษาในหนูทดลองที่ไม่มียีน VDR จะมีอัตราการเป็นเนื้องอกก่อนเป็นมะเร็งจากการเหนี่ยวนำโดยใช้สารก่อมะเร็งมากกว่าหนูตัวอื่นๆในครอกเดียวกันที่มียีน VDR และยังพบว่า mammary gland ในหนูที่มีการทำงานของ VDR บกพร่องจะมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งเมื่อได้รับสารก่อมะเร็ง^{34,35} ในผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกที่มีการแสดงออกของโปรตีน VDR พบว่าให้ผลการตอบสนองต่อวิตามินดีในการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งได้ดี^{27,36} และพบว่าเซลล์มะเร็งด้านมชนิด poorly differentiate มีการแสดงออกของโปรตีน VDR ต่ำ ส่วนเซลล์มะเร็งด้านมชนิด well differentiate มีการแสดงออกของโปรตีน VDR สูง นอกจากนี้ยังพบว่า VDR มีความจำเป็นต่อการทำงานของวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์ในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเซลล์อย่างรวดเร็ว³⁷

ปัจจุบันมีการใช้วิตามินดีสังเคราะห์เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษา เนื่องจากวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์ ($1,25(\text{OH})_2-\text{D}_3$) ที่อยู่ในร่างกายในปริมาณมากให้ผลข้างเคียงอันไม่พึงปรารถนาต่อแคลเซียม เมตาบอลิซึม จากการศึกษาพบว่าวิตามินดีสังเคราะห์

ชนิด 1,25-dihydroxy-16-ene-23-yne-26,27-hexafluorocholecalciferol ลดอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมในหนูทดลองที่ได้รับสารก่อมะเร็งชนิด N-methyl-N-nitrosourea (NMU)³⁸ และยังพบว่าวิตามินดีสังเคราะห์ชนิดนี้เมื่อให้ร่วมกับ tamoxifen จะช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับวิตามินดีสังเคราะห์ชนิด 1 α -hydroxyvitamin D-5 ที่สามารถยับยั้งการเกิดมะเร็งเต้านมในหนูที่ได้รับสารก่อมะเร็งชนิด N-methyl-N-nitrosourea (NMU)³⁹ นอกจากนี้วิตามินดีสังเคราะห์ยังไม่ทำให้ปริมาณแคลเซียมในเลือดสูงและไม่มีผลข้างเคียงอันไม่พึงปรารถนาอื่นเมื่อมีการบริโภควิตามินดีสังเคราะห์เป็นเวลานาน⁴⁰ มีการศึกษาพบว่าทั้งวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์ (1,25(OH)₂-D₃) และวิตามินดีสังเคราะห์ (1 α -hydroxyvitamin D-5) สามารถลดการเกิดเนื้องอก (preneoplastic) ที่เต้านมของหนูเม้าส์เมื่อได้รับสารก่อมะเร็งชนิด DMBA ทั้งนี้เนื่องจากวิตามินดีรูปที่ออกฤทธิ์และวิตามินดีสังเคราะห์ช่วยลดการเพิ่มจำนวนของเซลล์โดยการยับยั้ง growth factor- β ⁴¹

จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าเซลล์เต้านมปกติและเนื้องอกธรรมดา (benign) มีการแสดงออกของโปรตีน VDR มาก ส่วนเซลล์มะเร็งชนิดลุกลาม (invasive) มีการแสดงออกของโปรตีน VDR ลดลง¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการแสดงออกของโปรตีน VDR ปริมาณมากมีระยะเวลาการปลอดโรค (progression free survival) และการรอดชีพ (overall survival) นานกว่าผู้ป่วยที่มีการแสดงออกของโปรตีน VDR น้อยหรือไม่มีการแสดงออกของโปรตีน VDR^{27,42} แสดงว่าการแสดงออก

ของโปรตีน VDR อาจช่วยในการพยากรณ์โรค ทำให้สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าวิตามินดีและ VDR มีบทบาทในการต้านการเกิดโรคมะเร็งหลายชนิดรวมทั้งมะเร็งเต้านม โดยควบคุมการเพิ่มจำนวน (proliferative) การเปลี่ยนแปลง (differentiation) ของเซลล์ การตายแบบธรรมชาติ (apoptosis) การลุกลามและการกระจายของเซลล์มะเร็ง ดังนั้นวิตามินดีน่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการป้องกันและรักษาโรคมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. Kuhuaprema T, Srivatanakul P, Attasara P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y. Cancer in Thailand. Vol V, 2001-2003. Bangkok; 2010.
2. ธเนศ พงศ์ธีรรัตน์. ลักษณะของยีน Glutathione S-transferase กับการเกิดโรคมะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง 2551;28: 197-203.
3. Kanjanawart S, Tassaneeyakul W. Monoclonal antibody: targeted therapy of cancer. Srinagarind Med J 2008;23:440-6.
4. Li vre A, Bachet JB, Le Corre D, Boige V, Landi B, Emile JF, et al. KRAS mutation status is predictive of response to cetuximab therapy in colorectal cancer. Cancer Res 2006;66:3992-5.
5. Fu GK, Lin D, Zhang MY, Bikle DD, Shackleton CH, Miller WL, et al. Cloning of human 25-hydroxyvitamin D-1 alphahydroxylase and mutations causing vitamin D-dependent rickets type 1. Mol Endocrinol 1997;11: 1961-70.
6. Jones G, Strugnell SA, DeLuca HF. Current understanding of the molecular actions of vitamin D. Physiol Rev 1998;78:1193-231.
7. Wallace AM, Gibson S, da la Hunly A, Lamberg-Allardt C, Ashwell M. Measurement of 25-hydroxyvitamin D in the clinical laboratory: Current procedures, performance characteristics and limitations. Steroids 2010;75:477-88.
8. Binkley N, Krueger D, Lensmeyer D. 25- hydroxyvitamin D measurement, 2009: A review for clinicians. J Clin Densitom 2009;12:417-27.

9. Bischoff-Ferrari HA, Giovannucci E, Willett WC, Dietrich T, Dawson-Hughes B. Estimation of optimal serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D for multiple health outcomes. *Am J Clin Nutr* 2006;84: 18-28.
10. Haussler MR, Whitfield GK, Haussler CA, Hsieh JC, Thompson PD, Selznick SH, et al. The nuclear vitamin D receptor: biological and molecular regulatory properties revealed. *J Bone Miner Res* 1998;13:325-49.
11. Lopes N, Sousa B, Martins D, Gomes M, Vieira D, Veronese LA, et al. Alterations in Vitamin D signalling and metabolic pathways in breast cancer progression: a study of VDR, CYP27B1 and CYP24A1 expression in benign and malignant breast lesions Vitamin D pathways unbalanced in breast lesions. *BMC cancer* 2010;10:483.
12. McCarthy K, Laban C, Bustin SA, Ogunkolade W, Khalaf S, Carpenter R, et al. Expression of 25-hydroxyvitamin D-1-alpha-hydroxylase, and vitamin D receptor mRNA in normal and malignant breast tissue. *Anticancer Res* 2009;29:155-7.
13. Townsend K, Banwell CM, Guy M, Colston KW, Mansi JL, Stewart PM, et al. Autocrine metabolism of vitamin D in normal and malignant breast tissue. *Clin Cancer Res* 2005;11:3579-86.
14. Gorham ED, Garland CF, Garland FC, Grant WB, Mohr SB, Lipkin M, et al. Vitamin D and prevention of colorectal cancer. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2005;97:179-94.
15. Giovannucci E, Liu Y, Rimm EB, Hollis BW, Fuchs CS, Stampfer MJ, et al. Prospective study of predictors of vitamin D status and cancer incidence and mortality in men. *J Natl Cancer Inst* 2006;98:451-9.
16. Tangpricha V, Colon NA, Kaul H, Wang SL, Decastro S, Blanchard RA, et al. Prevalence of Vitamin D Deficiency in Patients Attending an Outpatient Cancer Care Clinic in Boston. *Endocr Pract* 2004;10:292-3.
17. Grant WB. An ecologic study of dietary and solar ultraviolet-B links to breast carcinoma mortality rates. *Cancer* 2002;94:272-81.
18. Jenab M, Bueno-de-Mesquita HB, Ferrari P, van Duijnhoven FJ, Norat T, Pischon T, et al. Association between pre-diagnostic circulating vitamin D concentration and risk of colorectal cancer in European populations: a nested case-control study. *BMJ* 2010 1;340:5500.
19. Kimmie Ng, Meyerhardt JA, Wu K, Feskanich D, Hollis BW, Giovannucci EL, et al. Circulating 25-hydroxyvitamin D levels and survival in patients with colorectal cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:2984-91.
20. Tang JY, Parimi N, Wu A, Boscardin WJ, Shikany JM, Chren MM, et al. Inverse association between serum 25(OH) vitamin D levels and non-melanoma skin cancer in elderly men. *CCC* 2010;21:387-91.
21. Lappe JM, Travers-Gustafson D, Davies KM, Recker RR, Heaney RP. Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk: results of a randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2007;85:1586-91.
22. Robien K, Cutler GJ, Lazovich D. Vitamin D intake and breast cancer risk in postmenopausal women: the Iowa Women's Health Study. *CCC* 2007;18:775-82.
23. Deeb KK, Trump DL, Johnson CS. Vitamin D signalling pathways in cancer: potential for anticancer therapeutics. *Nat Rev Cancer* 2007;7:684-700.
24. Eisman JA, Barkla DH, Tutton PJ. Suppression of in vivo growth of human cancer solid tumor xenografts by 1,25-dihydroxyvitamin D3. *Cancer Res* 1987;47: 21-5.
25. Jacobson E, James K, Newmark H, Carroll K. Effects of dietary fat, calcium and vitamin D on growth and mammary tumorigenesis induced by 7,12-dimethylbenz(a)anthracene in female Sprague-Dawley rats. *Cancer Res* 1989;49:6300-3.
26. Berger U, Wilson P, McClelland RA, Colston K, Haussler MR, Pike JW, et al. Immunocytochemical detection of 1,25-dihydroxyvitamin D receptors in normal human tissues. *J Clin Endocrinol Metab* 1988;67:607-13.
27. Berger U, McClelland RA, Wilson P, Greene GL, Haussler MR, Pike JW, et al. Immunocytochemical determination of estrogen receptor, progesterone receptor, and 1,25-dihydroxyvitamin D3 receptor in breast cancer and relationship to prognosis. *Cancer Res* 1991;51:239-44.
28. Chen WY, Bertone-Johnson ER, Hunter DJ, Willett WC, Hankinson SE. Associations between polymorphisms in the vitamin D receptor and breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14: 2335-9.
29. Welsh J. Vitamin D and breast cancer: insights from animal models. *Am J Clin Nutr* 2004;80:1721-4.

30. Zinser G, Packman K, Welsh J. Vitamin D3 receptor ablation alters mammary gland morphogenesis. *Development* 2002;129:3067-76.
31. Colston KW, Berger U, Wilson P, Hadcocks L, Naeem I, Earl H, et al. Mammary gland 1,25-dihydroxyvitamin D3 receptor content during pregnancy and lactation. *Mol Cell Endocrinol* 1988;60:15-22.
32. Johnson LE, DeLuca HF. Vitamin D receptor null mice fed high levels of calcium are fertile. *J Nutr* 2001;131:1787-91.
33. Welsh J, Wietzke JA, Zinser GM, Byrne B, Smith K, Narvaez CJ. Vitamin D-3 Receptor as a Target for Breast Cancer Prevention. *J Nutr* 2003;133:2425-33.
34. Zinser GM, McEleney K, Welsh J. Characterization of mammary tumor cell lines from wild type and vitamin D3 receptor knockout mice. *Mol Cell Endocrinol* 2003;200:67-80.
35. Zinser GM, Suckow M, Welsh J. Vitamin D receptor (VDR) ablation alters carcinogen-induced tumorigenesis in mammary gland, epidermis and lymphoid tissues. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2005;97:153-64.
36. Simpson RU, Arnold AJ. Calcium antagonizes 1,25-dihydroxyvitamin D, inhibition of breast cancer cell proliferation. *Endocrinology* 1986;119:2284-9.
37. Buras RR, Schumaker LM, Davoodi F, Brenner RV, Shabahang M, Nauta RJ, et al. Vitamin D receptors in breast cancer cells. *Breast Cancer Res Treat* 1994;31:191-202.
38. Anzano MA, Smith JM, Uskokovic MR, Peer CW, Mullen LT, Letterio JJ, et al. 1,25-Dihydroxy-16-ene-23-yne-26,27-hexafluorocholecalciferol(Ro24-5531), a new deltanoid (vitamin D analogue) for prevention of breast cancer in the rat. *Cancer Res* 1994;54:1653-6.
39. Mehta RG, Hawthorne ME, Uselding L, Albinescu D, Moriarty R, Christov K, et al. Prevention of N-methyl-N-nitrosourea induced mammary carcinogenesis in rats by 1-hydroxyvitamin D5. *J Natl Cancer Inst* 2000;92:1836-40.
40. Friedrich M, Axt-Fliedner R, Villena-Heinsen C, Tilgen W, Schmidt W, Reichrath J. Analysis of vitamin D-receptor (VDR) and retinoid X-receptor in breast cancer. *Histochem J* 2002;34:35-40.
41. Mehta RG, Moriarty RM, Mehta RR, Penmasta R, Lazzaro G, Constantinou A, et al. Prevention of preneoplastic lesion development by a novel vitamin D analogue, 1-hydroxyvitamin D5. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:212-8.
42. Ditsch N, Toth B, Mayr D, Lenhard M, Gallwas J, Weissenbacher T, et al. The Association between Vitamin D Receptor Expression and Prolonged Overall Survival in Breast Cancer. *J Histochem Cytochem* 2012;60:121-9.

คำแนะนำการส่งต้นฉบับ

วารสารโรคมะเร็งยินดีรับบทความทางวิชาการหรือเรื่องราวที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารนี้ สำหรับบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารโรคมะเร็ง และเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัยของคณะผู้เขียนไม่ใช่ความคิดเห็นของบรรณาธิการหรือผู้จัดทำขอให้ผู้นิพนธ์ส่งต้นฉบับที่จัดเตรียมถูกต้องตามคำแนะนำในเอกสารนี้มายังบรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ถนนพระรามที่ 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 หรือทาง E-mail: thaicancerj@gmail.com

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Articles)

ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ (ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย) บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

ควรประกอบด้วยบทคัดย่อ (ทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย) บทนำ รายงานผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น สรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความทางวิชาการหรือบทพินิจวิชาการ (Review Articles)

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เขียน และเอกสารอ้างอิง

การเตรียมต้นฉบับ

- บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ต้องส่งต้นฉบับ 2 ชุด (พร้อมไฟล์) และต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งตีพิมพ์ที่ใด
- บทความที่พิมพ์รับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ถ้าเป็นภาษาไทยควรหลีกเลี่ยงคำภาษาอังกฤษ ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น พยายามไม่ใช่คำย่อ นอกจากคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป
- บทคัดย่อ ให้ย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ว่าเนื้อเรื่องจะเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และมีคำสำคัญ (Key words) ด้วย
- ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน ต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พร้อมด้วยสถาบันที่ทำงาน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) และระบุผู้เขียนที่สามารถติดต่อได้ (corresponding author)
- ต้นฉบับต้องพิมพ์อย่างชัดเจนมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 2 ช่อง พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 โดยพิมพ์ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว โดยตลอด และ ใส่เลขหน้าทางมุมขวาบน
- ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพใช้ภาพขาวดำ ขนาดโปสเตอร์ ผิวน้ำเรียบเป็นมัน หรือพิมพ์จากคอมพิวเตอร์โดยใช้เครื่องพิมพ์เลเซอร์ ใหญ่กว่าขนาดที่จะตีพิมพ์เพื่อให้ได้ภาพชัดเจน กำกับหมายเลขภาพ ชื่อผู้เขียนไว้ด้านหลังภาพทุกภาพ พิมพ์คำบรรยายภาพเป็นลำดับแยกไว้ในกระดาษอีกแผ่น
- ตาราง พิมพ์แยกต่างหากโดยมีหัวข้อ (title) และเชิงอรรถ (foot note) พร้อมทั้งอธิบายตัวย่อในตารางตลอดจนบอกนัยสำคัญทางสถิติอย่างครบถ้วน

8. เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ ซึ่งเป็นระบบที่ใช้กันอยู่ในวารสารทางการแพทย์ชั้นนำในขณะนี้ ให้กำกับการอ้างด้วยหมายเลขและเรียงลำดับการอ้างหมายเลขที่กำกับในรายชื่อเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับหมายเลขในเนื้อเรื่องด้วย

การเขียนเอกสารอ้างอิง

8.1 จากวารสาร

วารสารภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยชื่อผู้แต่ง (ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนแต่ถ้ามี 7 คนขึ้นไปให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรก แล้วเติม et al.) ชื่อเต็มของบทความ ชื่อย่อวารสาร (ใช้ตาม Index Medicus) ปีที่พิมพ์; ปีที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ให้เขียนแบบเดียวกับภาษาอังกฤษ เว้นแต่ชื่อผู้เขียนใช้ชื่อเต็มโดยใส่ชื่อตัวก่อนแล้วตามด้วยนามสกุลและใช้ปี พ.ศ.

ตัวอย่าง

1. Chariyalertsak S, Sirikulchayanonta V, Mayer D, Kopp-Schneider A, Fuerstenberger G, Marks F, et al. Aberrant cyclooxygenase isozyme expression in human intrahepatic cholangio carcinoma. Gut 2001;48:80-6.

2. สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์, พงษ์กิตติ จิ๋วสุภกร, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. Proliferating Cell Nuclear Antigen ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม: บทบาทในการพยากรณ์โรค.วารสารโรคมะเร็ง 2542;25:1-6.

8.2 จากหนังสือและโมโนกราฟอย่างอื่น

8.2.1 ผู้นิพนธ์เป็นบุคคล ตัวอย่างเช่น

Getzen TE. Health economics: fundamental of funds. New York: John Wiley & Sons; 1997.

8.2.2 บรรณาธิการ ผู้รวบรวม ประพันธ์ที่เป็นผู้นิพนธ์ ตัวอย่างเช่น

Millares M, editor. Applied drug information: strategies for information management. Vancouver, WA: Applied Therapeutics, Inc.; 1998.

8.2.3 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ตัวอย่างเช่น

Porter RJ, Meldrum BS. Antiepileptic drugs. In: Katzung BG, editor. Basic and clinical pharmacology. 6th ed. Norwalk, CN:Appleton and Lange; 1995. p. 361-80.

8.2.4 หนังสือที่เป็นชุด (series) ตัวอย่างเช่น Bennett GL, Horuk R. Iodination of chemokines for use in receptor binding analysis. In:Horuk R, editor. Chemokine receptors. New York: Academic Press; 1997. p. 134-48. (Methods in enzymology; vol 288).

หมายเหตุ : Chemokine receptors = ชื่อหนังสือ
Methods in enzymology = ชื่อหัวข้อเรื่อง
ของ series

8.2.5 หนังสือ proceeding ของการประชุม ตัวอย่างเช่น

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

8.2.6 เอกสารหรือแหล่งข้อมูลอื่น
เรื่องจาก หนังสือพิมพ์ ตัวอย่างเช่น Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution : study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

เรื่องจากวารสารใน internet ตัวอย่างเช่น Laporte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995;310:1387-90. Available from: <http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm>. Accessed September 26, 1996.

เรื่องจาก web site ตัวอย่างเช่น Health on the net foundation. Health on the net foundation code of conduct (HONcode) for medical and health web sites. Available at: <http://www.hon.ch/conduct.html>. Accessed June 30, 1998.

หนังสือแจ้งความจำนงลงโฆษณา ในวารสารโรคมะเร็ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการวารสารมะเร็ง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ในนามของ.....เลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์ลงโฆษณาในวารสารโรคมะเร็ง

- | | | | |
|--------------------------|-----------|-------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 1 | เดือน มกราคม - มีนาคม | ปีที่..... |
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 2 | เดือน เมษายน - มิถุนายน | ปีที่..... |
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 3 | เดือน กรกฎาคม - กันยายน | ปีที่..... |
| <input type="checkbox"/> | ฉบับที่ 4 | เดือน ตุลาคม - ธันวาคม | ปีที่..... |

รวม.....ฉบับ

โดยลงโฆษณาในลักษณะ

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์เนื้อใน 1/2 หน้า | อัตรา | 5,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์เนื้อในเต็มหน้า | อัตรา | 10,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์ปกหลังด้านใน 1/2 หน้า | อัตรา | 10,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์ปกหลังด้านในเต็มหน้า | อัตรา | 20,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์ปกหลังด้านนอกเต็มหน้า | อัตรา | 35,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | ใบแทรก | อัตรา | 6,000 บาท ต่อ ฉบับ (1,000 เล่ม) |
| <input type="checkbox"/> | พิมพ์สี จ่ายค่าเพลทและค่าพิมพ์เพิ่ม | 10,000 บาท | |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน.....บาท

ตัวอักษร (.....) บาท

ลงนาม.....ผู้สั่งโฆษณา

(.....)

หมายเหตุ

ถ้าลงโฆษณาทั้งปี (4 ฉบับ) จะลดค่าโฆษณาให้ 10 %

ส่งอาร์ตเวิร์ค / ข้อความโฆษณาทาง E-mail : thaicancerj@gmail.com

การชำระค่าโฆษณา ให้เขียนเช็คสั่งจ่ายในนาม "มูลนิธิวิจัยโรคมะเร็งเพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ"



วารสารโรคมะเร็ง

กองบรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ใบสมัครสมาชิก/ใบต่ออายุสมาชิก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้จัดการวารสารโรคมะเร็ง

ข้าพเจ้า.....

ในนาม ส่วนราชการ/ บริษัท/ ส่วนตัว.....

ที่อยู่เลขที่ตรอก/ซอย.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail.....

มีความประสงค์สมัครสมาชิกในวารสารโรคมะเร็ง

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1-4 (พ.ศ. 2556) รวม 4 ฉบับ เป็นเงิน 200 บาท

ปีที่ 34 ฉบับที่ 1-4 (พ.ศ. 2557) รวม 4 ฉบับ เป็นเงิน 200 บาท

พร้อมกันนี้ได้จัดส่งเงินจำนวนบาท (.....) ตัวอักษร

โดยโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาริบัติ

เลขที่บัญชี 026-228501-4 ชื่อบัญชี เงินสำรองจ่ายของมูลนิธิวิจัยโรคมะเร็ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)

หมายเหตุ: โปรดส่งสำเนาการโอนเงินผ่านธนาคารพร้อมใบสมัครสมาชิกมายังโทรสาร 02-644-9097

หรือส่งเอกสารทางไปรษณีย์โดยนำส่ง กองบรรณาธิการวารสารโรคมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 268/1 ถนนพระราม 6

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400