

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาหาร การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็ง
ในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

นายสุรชัย มณีเนตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์นี้ขึ้นต้นตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่เก็บถาวรในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

RELATIONSHIPS AMONG PERSONAL FACTORS, SYMPTOMS, SYMPTOM
MANAGEMENT, SENSE OF COHERENCE, AND QUALITY OF LIFE
IN PATIENTS WITH HEPATOBILIARY CARCINOMA

Mr. Surachai Maninet

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ
การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

โดย

นายสุรชัย มณีเนตร

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

สุรัชย์ มณีเนตร : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี (RELATIONSHIPS AMONG PERSONAL FACTORS, SYMPTOMS, SYMPTOM MANAGEMENT, SENSE OF COHERENCE, AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEPATOBILIARY CARCINOMA) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 196 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการ แบบประเมินการจัดการกับอาการ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและหาความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .81, .74, .86 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 58.40, SD = 11.61)
2. อาการและระยะของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ (r = -.306 และ -.173) ตามลำดับ
3. ความเข้มแข็งในการมองโลกและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ (r = .338 และ .179) ตามลำดับ
4. ความเข้มแข็งในการมองโลก อาการและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 22.4 และสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ} &= +.338 (\text{ความเข้มแข็งในการมองโลก}) \\ \text{และท่อน้ำดี} &- .253 (\text{อาการ}) + .218 (\text{ระดับการศึกษา}) \end{aligned}$$

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติ.....
ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5477200736: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE/ PERSONAL FACTORS/ SYMPTOMS/ SYMPTOM MANAGEMENT/ SENSE OF COHERENCE/ HEPATOBILIARY CARCINOMA

SURACHAI MANINET: RELATIONSHIPS AMONG PERSONAL FACTORS, SYMPTOMS, SYMPTOM MANAGEMENT, SENSE OF COHERENCE, AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HEPATOBILIARY CARCINOMA.

ADVISOR: ASST.PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 196 pp.

The purpose of this research was to investigate the relationships among personal factors, symptoms, symptom management, sense of coherence, and quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma. One hundred and fifty of hepatobiliary carcinoma patients were recruited by using a simple sampling technique from In-Patients Department of Sapphasitthiprasong Hospital and Maharat Nakornratchasima Hospital. The instruments used for data collection were the demographic data form, symptoms, symptom management, sense of coherence, and FACT-G questionnaires. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Internal consistency reliability for each questionnaire tested by Cronbach’s alpha were .81, .74, .86 and .93 respectively. Data were analyzed by using mean, standard deviation, Pearson’s production-moment correlation and Stepwise multiple regressions.

The study findings revealed that

1. Patients with hepatobiliary carcinoma had moderate level of quality of life (\bar{x} =58.40, SD = 11.61)
2. Symptoms and stage of disease were negatively significant correlated to quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma. (r = -.306 and -.173, $\rho < .05$) respectively.
3. Sense of coherence and level of education were positively significant correlated to quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma. (r =.338 and .179, $\rho < .05$) respectively.
4. Symptoms, sense of coherence and level of education were variables that statistically significant predicted quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma at the level of .05.

The predicted power was 22.4 % of variance. The equation derived from standardize score was:

$$\begin{aligned} \text{Quality of life in patients} &= +.338 \text{ sense of coherence} \\ \text{with hepatobiliary carcinoma} &- .253 \text{ symptoms} +.218 \text{ level of education} \end{aligned}$$

Field of Study : ... Nursing Science Student’s Signature

Academic Year : ... 2013 Advisor’s Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ เสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย และเป็นกำลังใจที่ดียิ่ง มาโดยตลอด ขอขอบคุณคุณอาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนที่อนุเคราะห์ในการติดต่อประสานงาน ต่างๆ จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ ในการปรับปรุงเนื้อหาสาระ และการใช้สถิติเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตั้งรายนามในภาคผนวกทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้ง ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตลอดจนคณะแพทย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและพยาบาลประจำหัวผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไปที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการทดลองใช้เครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการประสานงานต่างๆ และที่สำคัญที่สุด คือผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามทุกคนที่ให้โอกาสและเสียสละเวลาให้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่นที่น่ารักทุกๆ คน สำหรับการเป็นกัลยาณมิตรที่ดีทั้งในเรื่อง การเรียน การทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ เป็นกำลังใจที่สำคัญในยามเหน็ดเหนื่อยและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งในครอบครัว อย่างสุดซึ้งที่ให้กำลังใจและช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จ การศึกษา รวมทั้งบุคคลอีกหลายๆ ท่านที่มีได้เอื้อนาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วง ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	15
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	16
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี.....	20
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี.....	39
คุณภาพชีวิต.....	41
แนวคิดของคุณภาพชีวิต.....	43
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี.....	53
ปัจจัยส่วนบุคคล.....	53
อาการ.....	55
การจัดการกับอาการ.....	66
ความเข้มแข็งในการมองโลก.....	78
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	87

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	97
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	99
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	110
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	111
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	112
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	113
5 สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	128
สรุปผลการวิจัย.....	130
อภิปรายผลการวิจัย.....	132
รายการอ้างอิง.....	153
ภาคผนวก.....	172
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	173
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการ ทำวิจัย.....	175
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	181
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและผลการทดสอบความเที่ยงของ เครื่องมือ.....	186
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	196

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงการจัดแบ่งระยะของมะเร็งตับแบบ BCLC staging.....	32
2	แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีแบบ The Modified Bismuth - Corlette Classification.....	33
3	แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีแบบ T- stage criteria.....	34
4	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 3 ประการของความเข้มแข็งในการมองโลก.....	80
5	สรุปชนิดและคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้.....	109
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n = 150) จำแนกตาม ชนิดของโรค เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะของโรค การรักษาที่เคยได้รับในอดีต และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน.....	114
7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัย ของอายุ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n = 150).....	116
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความทุกข์ทรมานจากอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n = 150) จำแนกตามรายข้อและโดยรวม.....	117
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของประสิทธิผลในการจัดการกับอาการ ที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเลือกปฏิบัติ จำนวน 150 คน (n = 150) จำแนกตามรายข้อและโดยรวม.....	118
10	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเข้มแข็งในการมองโลก ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n = 150) จำแนกตามรายข้อและโดยรวม.....	120
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n=150) จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	121

ตารางที่		หน้า
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็ง ในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n = 150).....	122
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับ การศึกษา อาการ ระยะของโรค เพศ อายุ รายได้ และการจัดการกับอาการ กับ คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n = 150) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix).....	124
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการ คัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R ²) และค่าทดสอบ ความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R ² Change) ในการ พยากรณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n = 150).....	125
15	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลกและระดับ การศึกษา ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและ ท่อน้ำดีจำนวน 150 คน (n = 150).....	126
16	แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินอาการ และความเข้มแข็ง ในการมองโลก ในกลุ่ม Try out.....	193
17	แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการจัดการกับอาการ ในกลุ่ม Try out.....	194
18	แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต ในกลุ่ม Try out	195

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีแบบ Bismuth, Nakache and Diamond classification.....
	33
2	แสดงแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995).....
	45
3	แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001).....
	70

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (Hepatobiliary carcinoma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในแต่ละปีจะมีการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 500,000 – 1,000,000 คน (EL-Serag et al., 2008) และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งดังกล่าวสูงถึง 549,000 คน/ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณ 271,500 คนอยู่ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น จีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไทย เป็นต้น (Moore et al., 2010; Bragzzi et al., 2012) สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่ามีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคได้ทั่วทุกภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบจำนวนผู้ป่วยและมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในโลก (รัตนา เล็กสมบูรณ์, 2552 ; Vatanasapt, et al., 1990) โดยมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 50,000 – 80,000 คน/ปี มีอัตราความชุกของโรคถึง 96 คน ต่อประชากร 100,000 คน (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553; Vatanasapt, et al., 1990; Parkin et al., 2002; Altekruse et al., 2009; Zografor et al., 2011) พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4 -5 เท่า ในช่วงอายุประมาณ 40–70 ปี (Pawarode et al., 2000) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันดับ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ปีละประมาณ 28,000 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายหลังทราบการวินิจฉัยโรค (Tangkijvanich et al., 2004) จากความไม่ชัดเจนของอาการในระยะแรกๆ ของการเกิดโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับเข้าการตรวจรักษาทันทั่วทั้งที่ จนกระทั่งมีอาการรบกวนและการลุกลามของโรคมามากขึ้น ซึ่งไม่สามารถให้การรักษามีประสิทธิภาพได้ (ชูศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548; พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553; EL-Serag, 2011)

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นสามารถแบ่งออกเป็นสองประเภท คือ 1) การรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรค (curative treatment) เช่น การผ่าตัดตับ การผ่าตัดเปลี่ยนตับ การฉีดแอลกอฮอล์เข้าสู่ก้อนมะเร็งผ่านทางผิวหนัง และการรักษาด้วยวิธีใส่สารเคมีบำบัดเฉพาะที่และอุดเส้นเลือดที่เลี้ยงก้อนมะเร็ง และ 2) การรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นแนวทางการรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรค (palliative care) และช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่ยาวนานขึ้น มีการศึกษาพบว่าการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะแรกๆ (very early stage) ด้วยการผ่าตัดเนื้องอก การผ่าตัดเปลี่ยนตับหรือ radiofrequency ablation (RFA) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดนาน 5 ปี (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะกลาง (Intermediate stage) ที่ยังไม่พบการลุกลามเข้าหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ การรักษาด้วย transarterial chemoembolization

(TACE) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราอยู่รอดนาน 2 ปี ร้อยละ 23 ดีกว่าการรักษาตามอาการ และหากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายที่มีการลุกลาม (advanced stage) และแพร่กระจายของมะเร็งไปนอกตับหรือการตรวจภาพรังสีวินิจฉัยพบเนื้องอกลุกลามเข้าหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีชีวิตรอดนาน 1 ปี น้อยกว่าร้อยละ 10 (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553; Altekruse et al., 2009) สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่ามีความหลากหลายในการรักษา ได้แก่ การผ่าตัดตับ การใส่ท่อระบายน้ำดี การทำ TACE และการรักษาแบบประคับประคอง เป็นต้น

ในปัจจุบันพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดียังอยู่ในอัตราที่สูง เนื่องจากไม่สามารถเข้ารับการรักษารักษาด้วยการผ่าตัดที่นับได้ว่าเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดจากสาเหตุที่สำคัญหลายประการ เช่น การลุกลามของโรคอยู่ในระยะสุดท้าย สภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่พร้อมสำหรับรับการผ่าตัด (Steel et al., 2007; Bonnetain et al., 2008) ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Ballinger et al., 1993; Bianchi et al., 2003; Cho et al., 2012) มีความเครียด แยกตนเองจากสังคม (Cleeland, 2007) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ จนกระทั่งพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงในที่สุด (Wilson and Cleary, 1995; De Oliveira et al., 2007; Kondo et al., 2007) ด้วยเหตุนี้ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในปัจจุบันจึงไม่ได้มุ่งเป้าเพียงเพื่อรักษาตามพยาธิสภาพ อาการ หรือลดความรุนแรงของโรคเท่านั้น แต่ยังต้องให้ความสำคัญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยด้วย (Ferrans, 2005)

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสภาพร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่ยังคงมีข้อจำกัดด้านสุขภาพด้วย (Ferrans and Power, 1985) ซึ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Wilson and Cleary, 1995) จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Sun et al., 2008) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในองค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical well-being) นั้นพบว่าเมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยจากเนื้องอกในเนื้อตับและท่อน้ำดี จะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยล้า อ่อนแรง น้ำหนักลด และอาการเบื่ออาหาร เป็นต้น โดยอาการเหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ต้องการการพักผ่อนไม่ขึ้น (Ryu et al., 2010) และสมรรถภาพทางเพศลดลง (Steel et al., 2005) ส่วนองค์ประกอบด้านอารมณ์/จิตใจ (Emotional well-being) พบว่าผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลว่าจะรักษาไม่หาย เนื่องจากเป็นโรค

ที่ร้ายแรง กลัวการเสียชีวิต เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (Lai et al., 2007; Somjaiwong et al., 2011; Steel et al., 2011) ในทางตรงกันข้ามพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม/ครอบครัว (Social well-being) ที่สูงขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งดังกล่าว เนื่องจากเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ได้รับการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด ความเห็นอกเห็นใจจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ เพิ่มมากขึ้น สำหรับองค์ประกอบด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Functional well-being) พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถที่จะปฏิบัติงานที่เคยทำมาได้อย่างเต็มศักยภาพ เกิดความเบื่อหน่ายต่องานที่ทำ ท้อแท้ต่อการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน รวมไปถึงมีอาการรบกวนที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายจนส่งผลกระทบต่อการทำงาน จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องลาออกจากงาน และขาดรายได้หลักในที่สุด (ชูศรี คุชชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงนั้นมีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยต่างๆ ที่นำมาทำการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เคยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดี รวมไปถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เคยนำมาทำการศึกษาในโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ด้วย เพื่อให้เกิดความหลากหลายและมุ่งที่จะสรรหาตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมากที่สุด ดังนั้นปัจจัยที่ใช้การในการศึกษาคั้งนี้จึงประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มอาการ (Yount et al., 2002) การจัดการกับอาการ (Dodd, Miaskowski and Paul, 2001) และความเข้มแข็งในการมองโลก (Antonovsky, 1987) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามที่แตกต่างกัน เช่น เพศหญิง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้หญิงมีบุคลิกลักษณะของการใส่ใจทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย โดยมีความตั้งใจในการแสวงหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Wang et al., 2007) รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านของการเป็นแหล่งประโยชน์ให้บุคคลใช้จ่ายในการรักษาภาวะสุขภาพให้มั่นคง และเป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการทางสุขภาพ หากผู้ป่วยมีรายได้ที่ไม่แน่นอนหรือไม่มีรายได้จากแหล่งใดเลย จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า หากเกิดขึ้นในระดับสูงจะส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยลดลง (Kim, Oh and Lee, 2005) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากระยะที่มีการลุกลามของโรคเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำลายของเซลล์ในเนื้อตับและท่อน้ำดีทำให้เกิดอาการรบกวน หากพบว่า

ความถี่ของการเกิดอาการสูงก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านลบ (Yount et al., 2002) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น (Steel et al., 2010)

อาการของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ผู้ป่วยต้องประสบมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค การรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา (Yount et al., 2002; Paice, 2004; Steel et al., 2006) อาการเหล่านี้อาจมีลักษณะการเกิดเพียงอาการเดียวๆ หรือมีหลายๆ อาการเกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน โดยแต่ละอาการมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อกันและกัน (Sun et al., 2008) จากการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีการรายงานความถี่ของการเกิดอาการอย่างน้อย 1 อาการ ส่วน Ryu et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยมีรายงานการเกิดอาการอย่างน้อยตั้งแต่ 3 อาการ ไปจนถึง 15 อาการ โดยอาการที่มีความถี่ของการเกิดมากที่สุดคือ อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 100) (Hammond, 2010) และอาการอื่นๆ ที่ส่งผลต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เช่น ไม่มีเรี่ยวแรง ปวดท้อง การรับรสเปลี่ยนแปลง คันตามร่างกาย ตัวเหลืองตาเหลือง วิตกกังวล เบื่ออาหาร เป็นต้น (ชูศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548; วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552; Yount et al., 2002; Somjaiwong et al., 2011) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในระบบเซลล์ที่มีการลุกลามของมะเร็งจนเกิดการกดเบียดของเนื้อตับและการอุดตันของท่อน้ำดี (ณรงค์ ขันทิแก้ว, 2548; พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553) ส่งผลให้ปรากฏอาการที่เด่นชัดและรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย จึงอาจกล่าวได้ว่าอาการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี (Bianchi et al., 2003; Cleeland, 2007; Ryu et al., 2010; Fan, Eiser, and Ho, 2010; El-Serag, 2011; Cho et al., 2012)

ความสัมพันธ์ของอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นสามารถอธิบายได้ด้วยหลักพยาธิสภาพของการดำเนินโรคที่ก่อให้เกิดลักษณะทางคลินิกให้เห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อความรุนแรงของโรคเข้าสู่ระยะที่มีการลุกลามหรือระยะสุดท้าย หากพบว่าพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นภายในเนื้อตับที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่หรือเป็นตับแข็งจนทำให้เกิดการกดเบียดของเนื้อเยื่อ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดท้องได้ชายโครงขวา ซึ่งเป็นอาการแรกๆ ที่นำผู้ป่วยมาสู่โรงพยาบาล หรืออาจมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ตรวจพบผลเลือดแสดงการทำงานของตับผิดปกติ ดีซ่าน เป็นต้น และหากพบว่าพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นในบริเวณท่อน้ำดีนั้นผู้ป่วยมักมาด้วยเรื่องดีซ่านชนิด painless jaundice ซึ่งพบว่ามิตัวเหลืองตาเหลืองแต่ไม่พบอาการปวดท้อง นอกจากนี้ยังพบอาการอื่นๆ ที่เป็นผลมาจากการอุดตันของท่อน้ำดี ได้แก่ คันตามผิวหนัง อุจจาระสีเทาซีด และปัสสาวะสีเข้ม และอาการของท่อน้ำดีอักเสบ เป็นต้น (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553) อาการดีซ่าน (Jaundice) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้วยสาเหตุ

2 ประการ คือ 1) ความบกพร่องของการนำบิลิรูบินเข้าสู่เซลล์ตับและปฏิกิริยาการเปลี่ยนบิลิรูบินในเซลล์ตับ เนื่องจากเซลล์และเนื้อเยื่ออื่นๆ ภายในตับถูกทำลายจากสาเหตุต่างๆ เช่น ไวรัสตับอักเสบ ไวรัสอื่นๆ และแอลกอฮอล์ เป็นต้น ทำให้บิลิรูบินถูกเปลี่ยนเป็น conjugated bilirubin คั่งอยู่ในตับ และจากการอักเสบของเนื้อตับทำให้เกิดการบวมจึงไปกีดขวางเดินน้ำดีภายในตับที่เรียกว่า Hepatocellular jaundice และ 2) การขัดขวางการหลั่งน้ำดีจากภายนอกตับ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการอุดตันทางเดินน้ำดีบริเวณท่อน้ำดีจากตับ (common hepatic duct) หรือบริเวณท่อน้ำดีร่วม (common bile duct) เนื่องจากเนื้องอกบริเวณท่อน้ำดีทางเดินน้ำดี ทำให้ conjugated bilirubin จากตับไม่สามารถผ่านไปทิ้งได้และทันกลับสู่กระแสเลือด เกิดฮีชันชนิด conjugated hyperbilirubinemia ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง คันตามร่างกาย และร่างกายขาดน้ำ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ, 2552) และเนื่องจากน้ำดีมีหน้าที่ในการดูดซึมไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมัน จึงทำให้เกิดอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารได้แก่ อาหารไม่ย่อย รู้สึกอิ่มเร็ว เมื่ออาหาร ปวดท้อง อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับปัญหาน้ำหนักลด ส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงานและมวลกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง เหนื่อยง่าย และซึมเศร้าในที่สุด (Moberg, 1979; Miaskowski and Lee, 1999) เห็นได้ว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นมีความเกี่ยวข้องกับอาการอื่นๆ ที่ตามมาและส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน หากพบว่ามีอาการหรือกลุ่มอาการเหล่านี้มีความถี่และความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จนเป็นเหตุให้คุณภาพชีวิตเกิดความแปรปรวนและลดลงต่ำลงในที่สุด (Cella et al., 2002; Chen and Tseng., 2006; Cleeland, 2007; Cho et al., 2012) ดังนั้นการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการและกลุ่มอาการรบกวนจึงมีความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีให้กลับมาอยู่ในภาวะปกติหรือใกล้เคียงดังเดิม เพื่อดำรงไว้ซึ่งความผาสุกในชีวิต

การจัดการกับอาการเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีทั้งในระยะลุกลามและระยะสุดท้าย เนื่องจากการจัดการกับอาการเป็นวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกปฏิบัติเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น โดยวิธีการที่เลือกใช้นั้นอาจมาจากประสบการณ์ในอดีตที่หรือเกิดจากการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ จากการศึกษาหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่น่าเชื่อถือและคาดการณ์ว่าวิธีการจัดการกับอาการที่ตนเองเลือกปฏิบัตินั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นทางบวกกับภาวะสุขภาพ เช่น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีอายุยืนยาวขึ้น หายจากการเจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่าย เป็นต้น (ชูศรี คุชยสิทธิ์ และคณะ 2548; Dodd et al., 2001; Lau and Lai, 2008; Sikorskii et al., 2009)

จากการศึกษาของ อุบล จัวงพานิช และคณะ (2549) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีแต่ละคน จะมีการรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันออกไป ซึ่งการรับรู้ที่ต่างกันเกิดจาก ประสบการณ์ที่เคยประสบด้วยตนเองหรือจากคำบอกเล่าของผู้อื่นต่อการจัดการกับอาการนั้นๆ โดยวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเลือกปฏิบัติคือ การตระหนักถึงผลกระทบทั้ง ทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการมีอาการรบกวน การแสวงหาการรักษาทั้งจากแพทย์พื้นบ้าน และแพทย์แผนปัจจุบัน โดยผลลัพธ์ที่ต้องการจากวิธีการจัดการกับอาการคือ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sikorskii et al., (2009) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้รับการจัดการ กับอาการและกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามเลือกปฏิบัติ นั้น ประกอบไปด้วยหลายวิธี จากการศึกษาของ ชูศรี คุชชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง เรื้อรังท่อน้ำดีแต่ละคนมีการแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกันตามการรับรู้ ประสบการณ์ เกี่ยวกับอาการ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติใกล้ชิดที่เคยมีอาการคล้ายๆ กัน สำหรับญาติ ใกล้ชิดนั้นประกอบไปด้วย สามี/ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนที่ทำงาน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ มีความสำคัญในการให้การดูแลขณะเจ็บป่วย การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา แสวงหาการรักษา ด้วยวิธีต่างๆ ก่อนที่จะเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับการแสวงหาวิธีการรักษา เพื่อจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเหล่านี้เลือกปฏิบัติ ได้แก่ 1) การแสวงหาการรักษาด้วยตนเอง เช่น การซื้อยาเพื่อรักษาอาการมารับประทานเอง การปฏิบัติตามประสบการณ์ในการจัดการกับอาการ ของบุคคลอื่นที่มีอาการคล้ายคลึงกัน เป็นต้น วิธีการดังกล่าวเป็นการจัดการกับอาการในช่วงแรก ที่เริ่มเจ็บป่วยหรือรู้สึกว่าร่ากายไม่สุขสบายเล็กๆ น้อยๆ เช่น มีอาการแน่นอึดท้อง 2) การเลือก วิธีการรักษาด้วยแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นการจัดการกับอาการตามความเชื่อด้านสุขภาพและปฏิบัติ ตามวัฒนธรรมในชุมชน ได้แก่ หมอเส้น หมอเอ็น หมอสมุนไพร การเป่าน้ำมันต์ และ 3) การพบ แพทย์วิชาชีพที่ให้การรักษาแบบเฉพาะทาง เพื่อจัดการกับอาการของโรคที่มีความซับซ้อนและมีความรุนแรงของอาการมากขึ้นหรือรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่มีการลุกลามจนไม่สามารถรักษาด้วยตนเอง หรือใช้วิชาการแพทย์พื้นบ้านได้ จึงสรรหาโรงพยาบาลที่มีแพทย์ชำนาญการ หรือโรงพยาบาล ที่มีความน่าเชื่อถือในการเข้ารับการรักษา สำหรับแหล่งบริการทางสุขภาพที่ผู้ป่วยเลือกใช้ ได้แก่ สถานีอนามัยใกล้บ้าน คลินิกแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลของเอกชน ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ Kleinman, Eisenberg and Good (1980) ที่ว่า บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือ จากระบบบริการสุขภาพ 3 ระบบ คือ ระบบการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (Basic sector) ระบบการแพทย์ ของสามัญชน (Popular sector) และระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) ซึ่งบุคคลอาจใช้ระบบ บริการสุขภาพ 2-3 ระบบพร้อมๆ กันหรือเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาระหว่างการเลือกใช้ระบบ

บริการสุขภาพทั้งสามระบบก็ได้ เพื่อตอบสนองความต้องการในการรักษาที่ตนเองต้องการ ได้รับความสามารถขจัดปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้ทุเลาลงหรือหมดสิ้นไป และมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อย่างเข้มแข็ง

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุกในชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากเป็นคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคล ที่ช่วยให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลนั้นสามารถประเมินเหตุการณ์ที่คุกคามว่าเป็นสิ่งที่ทำร้าย เกิดความเข้าใจ อธิบายเหตุผลและคาดการณ์ล่วงหน้าได้ หรือสามารถควบคุมและจัดการแก้ไขปัญหาได้ ส่งผลให้บุคคลดำรงชีวิตด้วยความผาสุก (Antonovsky, 1987) การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้น นับได้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัว (Langius and Lind, 1995; Shun et al., 2008) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคแล้วจะไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ และรอวันตายเท่านั้น การลุกลามของโรคก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน มีอาการที่รุนแรงและเสียชีวิตในที่สุด (ชูศรี คุชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) การรับรู้ในลักษณะนี้ทำให้ผู้ป่วยมองว่าเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ทั้งจากพยาธิสภาพของโรคที่มีการลุกลาม อาการและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ จึงทำให้เกิดความเครียดต่อการเผชิญกับปัญหา (Carstens and Spangenberg, 1997; Kenne et al., 2007) หากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขหรือขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการกับปัญหา ไม่สามารถวางแผนการจัดการ และเลือกวิธีการต่างๆ ได้อย่างอิสระและตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ตลอดจนไม่สามารถใช้แหล่งช่วยเหลือที่ตนมีได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลไม่เห็นคุณค่าของตนเองที่จะฟันฝ่าอุปสรรคให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ด้วยเหตุนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถส่งผลกระทบต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในการมองโลกได้ หากพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลลัพธ์ทางลบ นั้นหมายถึงความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย (Antonovsky, 1987; Erikson and Lindstrom, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงสภาพปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่าความทุกข์ทรมานอันเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่มีการลุกลามอย่างรวดเร็ว อาการรบกวน และจากผลข้างเคียงของการรักษาล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ สังคม/ครอบครัว และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Dodd et al., 2001; Hammond, 2010; Somjaiwong et al., 2011; Cho et al., 2012) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงและรวดเร็วยิ่งขึ้น (Fan et al., 2010; Kuo et al., 2010)

ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วยหลายปัจจัย และจากการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) พบว่าอาการ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยมีการประเมิน มิติของการเกิดอาการทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ทุกระยะของโรคที่เข้ารับการรักษา จากผลการศึกษาดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจึงก่อให้เกิดองค์ความรู้ (Gap of knowledge) ที่จะเป็แนวทางในการศึกษาคั้งนี้ โดยศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เฉพาะในมิติ ความทุกข์ทรมานของอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ ที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวโดยเฉพาะในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค รวมไปถึง ปัจจัยด้านการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิผลที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ของอาการรบกวนด้วย ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่เฉพาะเจาะจง ของแต่ละบุคคล และความเข้มแข็งในการมองโลกนั้น ผู้วิจัยพิจารณาว่าเป็นปัจจัยที่มีคุณลักษณะ เฉพาะด้านความเชื่อ การรู้คิด ทักษะคติที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ที่จะเลือกรูปแบบในการปฏิบัติ เพื่อการดำรงชีวิตและคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลนั้นๆ (Ferrans et al., 2005) อีกทั้งยังเป็น ปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขและให้การดูแลให้กับผู้ป่วยได้โดยตรง และอย่างมีอิสระตามบทบาทของวิชาชีพ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสนใจที่จะสร้างสมการพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จากตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการ กับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งประโยชน์จากผลการวิจัยนี้จะนำไปสู่การพัฒนา องค์ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีให้มากขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ช่วยแก้ไขปัญหาล และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค ปัจจัยด้านอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการ กับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค และปัจจัยด้านอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดีหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค และปัจจัยด้านอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดีได้หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาถึงคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดี โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการประเมิน ซึ่ง Wilson and Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ตามกรอบแนวคิดพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) หมายถึงปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment characteristic) หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 3) ปัจจัยทางสรีระวิทยา (Biological and physiological factors) หมายถึงการทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง คำจูนให้สิ่งมีชีวิตอยู่ได้ 4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม 5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมหรืองานให้บรรลุตามเป้าหมาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และบทบาทหน้าที่ โดยปัจจัยด้านอาการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในการบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) หมายถึงการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และการประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) มาเป็นแนวทางในการคัดสรรปัจจัยที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

ในอดีตที่มีการศึกษาและตีพิมพ์แล้วทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จึงได้ปัจจัยที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ประกอบไปด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านอาการ ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติไปจากเดิม และถึงแม้จะพบว่าถูกนำมาทำการศึกษบ้างแล้วในการศึกษาของ Somjaiwong et al., (2011) ทั้งในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่เป็นการศึกษาในเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ในทุกระยะของโรค ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้จึงต้องการที่จะชี้เฉพาะเจาะจงถึงอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่ในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค ส่วนปัจจัยด้านการจัดการกับอาการและความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่าหากผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลก กล่าวที่จะเผชิญกับปัญหาและสามารถจัดการกับอาการที่รบกวนได้ในระดับที่ดี จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ส่วนปัจจัยอื่นๆ ตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้เนื่องจากพบว่ามีการถูกนำมาศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีบ้างแล้ว เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Somjaiwong et al., 2011) และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Shun et al., 2008) ส่วนปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของชีววิทยา พบว่าเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสภาพความเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรคของแต่ละบุคคล เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของตับและการอุดตันของท่อน้ำดีซึ่งต้องอาศัยการรักษาจากแพทย์ผู้ชำนาญการเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสนใจทำศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามและระยะสุดท้าย ในวัยผู้ใหญ่ (อายุระหว่าง 20 – 59 ปี) สำหรับรายละเอียดของปัจจัยแต่ละตัวที่นำมาศึกษาถึงความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ประกอบด้วย

เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำจากการศึกษาของ Tangkijvannich et al. (2004) พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความผิดปกติไปจากภาวะสุขภาพเดิมที่เป็นอยู่ และมีพฤติกรรมที่ดีในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อลดความเครียดและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (Kim et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมนึก ชีวาเกียรติยิ่งยง และคณะ (2553) ที่พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากมีคุณลักษณะของการใส่ใจทางสุขภาพมีมากกว่า จึงมีความพยายามในการสรรหาข้อมูลและวิธีการที่จะจัดการหรือบรรเทาปัญหาทางสุขภาพให้ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับช่วงระยะเวลาของบุคคลที่ดำรงชีวิตอยู่ตามพัฒนาการของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพกาลเวลา จากการศึกษาของ Wang et al. (2007) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งตับชนิด HCC ($r = .61$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความผาสุกในชีวิตด้านสังคมและครอบครัวอยู่ในทิศทางบวก ($r = .78$) แต่ความผาสุกในชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อยู่ในทิศทางลบ ($r = -.55$) และจากการศึกษาของ Bianchi et al. (2003) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับชนิด HCC เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่และผู้ป่วยในวัยสูงอายุแล้ว พบว่าผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยในวัยสูงอายุ (Shun et al., 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Xiao, 2010) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นยังไม่สามารถสรุปทิศทางที่แน่นอนได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นเพียงการหาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างอายุต่อคุณภาพชีวิตโดยไม่กำหนดทิศทาง

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่กำหนดถึงความรู้ ความสามารถที่เกิดจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ อันก่อให้เกิดสติปัญญาและความสามารถในการเข้าใจ การรับรู้ และการตัดสินใจอย่างเหมาะสม (Jalowiec and Power, 1981) Orem (1985) กล่าวว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของ Lai et al. (2007) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งตับ โดยผู้ป่วยที่จบการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยจะสามารถใช้ข้อมูลที่รับจากพยาบาลในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการกับอาการที่ตื้นนั้นช่วยให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นด้วย

รายได้ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการมีเศรษฐฐานะของบุคคลในการเลี้ยงชีพทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง รายได้นั้นเกิดจากการประกอบอาชีพ การจ้างงาน หรือการได้รับความช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ เป็นต้น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไม่เป็นไปตามศักยภาพของบุคคลนั้นๆ (Cheung, Le and Zimmermann, 2009) จากการศึกษาของ De Oliveira et al. (2007) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นส่งผลให้เกิดการขาดความคล่องตัวในการทำงาน ไม่สามารถดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานได้อย่างเป็นปกติเนื่องจากมีอาการรบกวนทั้งในมิติด้านความถี่และความรุนแรงของการเกิดอาการในระดับสูง จึงเป็นสาเหตุของ

การลาออกจากการทำงานทั้งก่อนและหลังการรักษา ผู้ป่วยขาดรายได้ในการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ในการศึกษาของ Kim et al (2005) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ว่างงาน ไม่มีรายได้ที่สม่ำเสมอ จะมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยในขั้นรุนแรง ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูง (Wang et al., 2005)

ระยะของโรค เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงขอบเขตของการลุกลามของโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ Ryu et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีเซลล์มะเร็งเรียงในระยะแรกๆ ของโรคนั้นผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงระดับสูงเนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถดำรงไว้ซึ่งการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ในทางตรงข้าม Sun et al. (2008) พบว่าหากผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีการเจ็บป่วยในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะมีการรายงานคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากระยะของโรคที่มีการลุกลามนั้น ส่งผลให้เกิดอาการรบกวนทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทรมานในการเผชิญกับอาการรบกวน จนมีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความผาสุกด้านร่างกาย และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

อาการ เป็นปัจจัยที่นับได้ว่ามีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอย่างมาก (ชูศรี คุชชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548; วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552; Ballinger et al., 1993; Yount et al., 2002; Sun et al., 2008; Somjaiwong et al., 2011; Shun et al., 2012) เนื่องจากการเกิดมะเร็งในเซลล์ตับและท่อน้ำดี ส่งผลให้การทำหน้าที่ของตับเสียไปและเกิดการอุดตันของท่อน้ำดีในกรณีที่อยู่ในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรคนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการทางคลินิกที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเหนื่อยล้าที่มีความถี่ของการเกิดอาการมากที่สุด (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552; Hammond, 2010; Somjaiwong et al., 2011) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ ที่เฉพาะเจาะจงกับโรค ดังเช่นในการศึกษาของ Yount et al. (2002) พบว่าอาการที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ประกอบไปด้วย อาการปวด น้ำหนักลด เหนื่อยล้า คลื่นไส้ ตัวเหลือง ตาเหลือง เป็นต้น สำหรับอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการปวดท้อง เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ค้นตามร่างกาย และวิตกกังวล (Somjaiwong et al., 2011) โดยอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีทิศทางไปในทางลบ (Kim, Oh and Lee, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yount et al. (2002) และ Kim et al. (2009) ที่พบว่าจำนวนของอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ที่ประสบกับอาการรบกวนเพียงอาการเดียว จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ประสบกับอาการรบกวนที่มีลักษณะแบบหลายๆ อาการร่วมกัน และการศึกษาของ Steel et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง หากผู้ป่วยมีความถี่และความรุนแรงของอาการมากเท่าไรจะยิ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงเท่านั้น (Portenoy et al., 1994; McClement et al., 1997; Cheng et al., 2000; Shun et al., 2008; Ryu et al., 2010; Qiao et al., 2012)

การจัดการกับอาการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวว่า ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะพยายามคิดหาวิธีการในการจัดการกับอาการของตนเอง โดยผลลัพธ์ของวิธีการที่เลือกใช้นั้นอาจมีผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น อาการคลื่นหรือเลวลง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เป็นต้น การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีก่อให้เกิดอาการและกลุ่มอาการต่างๆ มากมาย เช่น อาการปวด เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ตัวเหลืองตาเหลือง (Ryu et al., 2010) อาการเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามที่จะหาทริคในการจัดการกับอาการตามการรับรู้และประสบการณ์เพื่อลดความรุนแรงและความถี่ของการเกิดอาการจากการศึกษาของ ซูศรี ชัยคุสิทธ์ และคณะ (2548) พบว่าการจัดการกับอาการอย่างเป็นระบบจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ ถึงแม้จะไม่เทียบเท่ากับบุคคลปกติทั่วไปก็ตาม สำหรับทริคในการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเลือกปฏิบัติ นั้น ประกอบไปด้วยหลายวิธี จากการศึกษารายงานของ อุบล จ้วงพานิช และคณะ (2549) พบว่าวิธีในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย

1) การจัดการกับอาการอึด แน่นท้อง ผู้ป่วยจะสรรหาวิธีการรักษาด้วยตนเอง โดยการซื้อยาเพื่อรักษาอาการนั้นๆ จากร้านขายแผนปัจจุบัน เนื่องจากในระยะแรกของการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้น มักไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคแฝงในกระเพาะอาหาร หรือบางคนอาจไปรับการรักษาที่สถานีนามัย

2) การจัดการกับอาการปวด ผู้ป่วยจะรับประทานยาแก้ปวดหรือให้ญาติหรือหมอเส้นหม้อเอ็น บีบนวดบริเวณที่ปวดให้ หรืออาจใช้สมุนไพรรักษาอาการปวด

3) การจัดการกับอาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยจะปรับรูปแบบการรับประทานอาหารโดยรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง ดื่มน้ำมากๆ เลี่ยงอาการที่ทำให้คลื่นไส้ รับประทานผลไม้รสเปรี้ยว ดื่มน้ำผลไม้ เพิ่มปริมาณอาหารหากรับประทานได้มาก เลิกรับประทานของหมักดองและสุรา

4) การจัดการกับความเครียด ผู้ป่วยจะใช้หลักทางศาสนาในการบำบัดทางจิตใจ เพื่อให้มีความหวังและกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่

5) การจัดการกับอาการตัวเหลืองตาเหลือง ซึ่งเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเกิดจากโรคดีซ่าน จึงสรรหาวิธีการรักษาด้วยสมุนไพรที่ได้รับคำแนะนำจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการตัวเหลืองตาเหลืองมาก่อน

6) ปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา โดยการพบแพทย์ผู้ชำนาญการ หรือเลือกสถานบริการทางสุขภาพที่ตนเองไว้วางใจ เมื่อรักษาด้วยวิธีการต่างๆ แล้วพบว่าอาการไม่ดีขึ้น หรือเมื่อพบว่า มีอาการรุนแรงมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเลือกใช้นั้น ล้วนแต่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ ส่งเสริมให้พ้นหายจากโรคภัยไข้เจ็บ และคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงอาจกล่าวได้ว่า การจัดการกับอาการที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในทิศทางที่ดีขึ้นด้วย

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีมองว่าการที่บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลนั้นๆ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากบุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูงก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงด้วย (Antonovsky, 1987) ผลกระทบของการมีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะทำให้เกิดความอึดอัด ไม่สบายใจ และมีภาวะซึมเศร้า (Carstens and Spanggenberg, 1997) ขาดความเชื่อมั่นและขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (เขมวดี คัมภีรานนท์, 2544) มีแนวโน้มที่จะปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้น้อยกว่ากลุ่มที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลางและระดับสูง (McSherry and Holm, 1994) ส่งผลให้ความผาสุกในชีวิตต่ำ ในทางตรงข้าม Antonovsky (1987) พบว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะรับรู้และประเมินสิ่งเร้าที่ได้รับแตกต่างจากบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ โดยมีความมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหานั้นให้สำเร็จ มองเห็นคุณค่าของการจัดการกับปัญหา (ภัทรดา รุ่งป่าสัก, 2545) และมีแนวโน้มที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์น้อยกว่า ช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุกในชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากข้อมูลดังกล่าว จึงสนับสนุนว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความผาสุกในชีวิต นั่นหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2532; รัชนี นามจันทร์ และสมจิต หนูเจริญกุล, 2543) แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกนั้นถูกนำมาศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ บ้างแล้ว เช่น มะเร็งปอด (Delgado, 2007) มะเร็งเต้านม (GerasimČik-Pulko et al.,

2009; Kenne et al., 2011) แต่พบว่ามี การนำ มาศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สมมติฐานการวิจัย จากแนวคิดตั้งที่กล่าวมาข้างต้นจึงได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
2. ระดับการศึกษา รายได้ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
3. ระยะของโรค อาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
4. เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ มะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma และมะเร็งทางเดินน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมหรือแผนกศัลยกรรมทั่วไป ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. ตัวแปรต้นที่ศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก
3. ตัวแปรตามที่ศึกษา คือ คุณภาพชีวิต

ข้อจำกัดในการศึกษา

สำหรับการศึกษานี้ มีข้อจำกัดบางประการของตัวแปรที่นำมาทำการศึกษาคือ ตัวแปรด้านอาการ ที่มุ่งศึกษาเฉพาะมิติของความทุกข์ทรมานจากอาการ (Symptom distress) ซึ่งเป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดความวิตกกังวล เป็นทุกข์ รบกวนจิตใจ และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma หรือมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ที่อยู่ในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค รวมไปถึงในรายที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม ได้แก่

- เพศ หมายถึง สถานภาพที่แสดงความเป็นชายหรือหญิงของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
- อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับจำนวนเต็มเป็นปีของอายุในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
- ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับชั้นที่ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้สำเร็จการศึกษาแล้ว โดยกำหนดให้เป็นระดับดังนี้ 1) ไม่ได้เรียน 2) ระดับประถมศึกษา 3) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. 4) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. 4) ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร และ 5) ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า
- รายได้ หมายถึง รายรับของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นบาทต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ อาจมาจากการประกอบอาชีพ การจ้างงาน หรือการได้รับความช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ เป็นต้น
- ระยะของโรค หมายถึง การจำแนกระยะของโรคโดยแพทย์ผู้ชำนาญการที่บ่งบอกถึงความรุนแรง จำนวนและขนาดของก้อนเนื้อออก รวมถึงการลุกลามของเนื้องอกไปนอกเนื้อตับ และการอุดตันของท่อน้ำดีของท่อน้ำดีของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อคำถามแบบปลายปิด และแบบมีตัวเลือก เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และจดบันทึกจากรายงานการรักษาของผู้ป่วย

อาการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น อาการปวดท้อง อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยล้า การรับรสเปลี่ยนแปลง อาการคลื่นไส้/อาเจียน อาการตัวเหลืองตาเหลือง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความวิตกกังวล เป็นทุกข์ คุณภาพต่อชีวิต ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทุกข์ทรมาน หรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและความผาสุกในชีวิต

ประเมินได้จากแบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาประยุกต์ให้เข้ากับลักษณะของการเกิดอาการจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา โดยข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนของอาการนั้นๆว่ามีมากน้อยเพียงใด ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเลือกปฏิบัติเมื่อมีอาการรบกวน โดยวิธีการที่เลือกปฏิบัตินั้นมีประสิทธิผลในบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการลักษณะของการจัดการกับอาการประกอบไปด้วย การจัดการกับอาการด้วยตนเอง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การแสวงหาวิธีการรักษา การเลือกใช้ระบบบริการด้านสุขภาพ การใช้จ่าย การปรับความคิดและจิตใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ประเมินโดยแบบประเมินการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วย โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเลือกใช้เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิต

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งที่ทำร้าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุและผล และสามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ มองเห็นว่าตนเองจะตอบสนองความต้องการที่เกิดจากสิ่งเร้านั้นได้ เห็นสิ่งเร้าเป็นสิ่งที่ทำร้าย สามารถจัดการและควบคุมได้ด้วยตนเองหรือจากบุคคลที่ไว้ใจได้อย่างมั่นใจจนสำเร็จคล่องไปได้

ประเมินโดยแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับภาษาไทยของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ซึ่งแปลมาจากต้นฉบับที่พัฒนาโดย Antonovsky (1987)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วย การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์/จิตใจ สังคม/ครอบครัว และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- ความพึงพอใจด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงผลกระทบของการเจ็บป่วย และผลข้างเคียงของการรักษาต่อความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

- ความพึงพอใจด้านอารมณ์/จิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วย การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาต่อสภาพอารมณ์และจิตใจ

- ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระดับและ
 ท่อน้ำดีถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วย การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาต่อการมีปฏิสัมพันธ์
 กับสังคม/ครอบครัว ในการยอมรับ และให้ความช่วยเหลือ

- ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระดับ
 และท่อน้ำดีถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วย การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา
 ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ ความสามารถในการประกอบอาชีพ
 และความพอใจในการดำรงชีวิต

ประเมิน โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิต The Functional Assessment of Cancer
 Therapy - General (FACT-G) ฉบับภาษาไทยของ Ratanatharathorn et al. (2001) ซึ่งแปลมาจาก
 ต้นฉบับที่พัฒนาโดย Cella et al. (1993)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อ
 คุณภาพชีวิตที่นำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งใน
 การมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี

2. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ
 การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี มาพัฒนาใช้
 เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
 โดยเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและสูงกับคุณภาพชีวิต

3. นำผลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาต่อยอดในการวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาล
 เพื่อแก้ไขปัญหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี รวมทั้งศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและเสนอเป็นลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้
 - 1.1) พยาธิสภาพของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
 - 1.2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
 - 1.3) อาการและอาการแสดง
 - 1.4) การรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
 - 1.5) บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
2. คุณภาพชีวิต
 - 2.1) ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2) แนวคิดของคุณภาพชีวิต
 - 2.3) ผลกระทบของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีต่อคุณภาพชีวิต
 - 2.4) การประเมินคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
 - 3.1) ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 3.2) กลุ่มอาการ
 - 3.3) การจัดการกับอาการ
 - 3.4) ความเข้มแข็งในการมองโลก
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

มะเร็งตับและท่อน้ำดี หมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นในบริเวณของตับ เซลล์ตับ เนื้อเยื่อ connective tissue หลอดเลือด และท่อน้ำดี อันส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ที่ผิดปกติของตับและระบบทางเดินน้ำดี ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของมะเร็งตับปฐมภูมิ (Primary liver carcinoma) ที่ประกอบด้วย

- 1) มะเร็งของเซลล์ตับชนิด Hepatocellular carcinoma (HCC) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เรียกว่ามะเร็งตับ
- 2) มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Intrahepatic cholangiocarcinoma: ICC หรือ Peripheral type cholangiocarcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic type cholangiocarcinoma: ECC) (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553) โดย การเกิดความผิดปกติในอวัยวะดังกล่าวล้วนมีสาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรค จนก่อให้เกิดพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 พยาธิสภาพของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

1.1.1 มะเร็งของเซลล์ตับชนิด Hepatocellular carcinoma (HCC)

ในปัจจุบันเชื่อว่าการเกิดมะเร็งตับนั้นเป็นขบวนการที่ซับซ้อนซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน (multi-step process) และใช้เวลายาวนานกว่าสิบปีโดยมีปัจจัยร่วมหลายสาเหตุ (multi-factorial process) ทั้งทางชีวภาพ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดมะเร็งตับเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีแบบเรื้อรัง นอกจากนี้ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นเวลานานก็มีส่วนทำให้เซลล์ตับถูกทำลายอย่างต่อเนื่องและมีการสร้างเซลล์ตับขึ้นมาใหม่ (hepatic regeneration) เพื่อทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลาย การอักเสบแบบเรื้อรังทำให้มีการสร้างเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้นโดยการทำงานของ hepatic stellate cells (HSC) ที่ถูกกระตุ้นจากไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ (inflammatory cytokines) หรือสารอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้น เมื่อมีการสร้างเนื้อเยื่อพังผืดเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่การเกิดตับแข็งในที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 20 – 40 ปี (ธนิต วัชรพุกก์, 2554; Friedman, 2008)

ในระหว่างที่มีการสร้างเซลล์ตับขึ้นมาใหม่อาจมีความผิดปกติทางพันธุกรรมของเซลล์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในขณะที่เข้าสู่วัฏจักรของเซลล์ (cell cycle) เนื่องจากมีอัตราการแบ่งเซลล์เพิ่มมากขึ้น (accelerated rate of cell division) ร่วมกับมีระยะเวลาของการซ่อมแซมความผิดปกติทางพันธุกรรมลดลง การได้รับสารก่อมะเร็งต่างๆ เช่น สารอะฟลาทอกซินหรือ ไนโตรวามีนมีส่วนทำให้เซลล์ตับมีอัตราการกลายพันธุ์เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของสารอนุมูลอิสระ

ที่เกิดขึ้นระหว่างการอักเสบของตับก็มีส่วนกระตุ้นการเหนี่ยวนำสัญญาณเซลล์ (signaling pathways) ต่างๆที่ควบคุมการเพิ่มจำนวนเซลล์ (cell proliferation) การพัฒนาของเซลล์ (cell differentiation) และโปรแกรมการตายของเซลล์ (apoptosis) รวมทั้งสามารถทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์ได้โดยตรง จึงนำไปสู่การกลายพันธุ์ของเซลล์ในที่สุด เซลล์ดับที่มีการกลายพันธุ์นี้ถ้าสามารถหลีกเลี่ยงโปรแกรมการตายของเซลล์และสามารถแบ่งเซลล์อย่างต่อเนื่องจนทำให้มีการสะสมของเซลล์ที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเกิดการเปลี่ยนเป็นเซลล์มะเร็งในระยะต่อมา (Wong and Ng, 2008)

1.1.2 มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma : CCA)

มะเร็งท่อน้ำดีมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ชนิด *Opisthorchis viverrini* และ *Clonorchis sinensis* โดยกลไกการเกิดโรคนั้นสันนิษฐานว่าพยาธิเหล่านี้เข้าไปอยู่ในท่อน้ำดีและทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังจนทำให้เซลล์เยื่อบุผิวเกิดการเปลี่ยนแปลงและเจริญอย่างผิดปกติจนกลายเป็นมะเร็ง (วารุข ปรัชญกุล, 2553) พยาธิสภาพส่วนใหญ่ที่พบขณะผ่าตัดมักเป็นระยะที่โรคลุกลามแล้ว แต่อย่างไรก็ตามพยาธิสภาพของมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดภายในตับ (ICC) เมื่อตัดก้อนเนื้อออกเบาะออกพบว่าหน้าตัดมีสีขาวยแกมเทาและค่อนข้างจะสะท้อนแสงแวววาวเนื่องจากการหลังน้ำเมือกจากก้อนมะเร็ง อาจพบเป็นก้อนเดี่ยวๆ หรือหลายก้อนก็ได้ ซึ่งพยาธิสภาพอย่างนี้อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นก้อนมะเร็งที่เกิดจากการกระจาย (Metastasis) มาจากที่อื่นก็ได้ ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดภายนอกตับ (ECC) จะพบว่าเกิดอยู่ในท่อน้ำดี 3 ระดับ คือ 1) ระดับสูงใกล้กับตัวตับโดยเกิดอยู่ในท่อน้ำดีตั้งแต่ต้นจนถึงท่อน้ำดีร่วม (upper third from hepatic duct to common hepatic duct) หรือบริเวณที่เรียกว่า hilar cholangiocarcinoma 2) ระดับทางเดินน้ำดีส่วนกลาง (middle third from distal common duct to perampullary region) พยาธิสภาพที่พบบริเวณนี้ เนื้อมะเร็งจะแข็งมากทำให้ทางเดินน้ำดีตีบแคบ (scirrhous and stenotic type) แต่บางครั้งก็อาจพบว่าเป็นแบบอื่น เช่น papillary หรือ nodular type เป็นต้น และ 3) เป็นส่วนที่พบในท่อน้ำดีส่วนกลางและล่าง มักเป็น nodular และ papillary type ตามลำดับ (พิสิฐ ตั้งกิจวานิช, 2553)

พยาธิสภาพที่พบทั้งชนิดที่เกิดในท่อน้ำดีภายในและภายนอกของตับนั้น อาจพบหลายๆ ที่ (multifocal) ในมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับอาจพบว่าเป็นอยู่หลายระดับ (skip lesions) นอกจากนี้ยังพบว่ามิตับข้างใดข้างหนึ่งมีขนาดเล็กลงกว่าปกติ หรือมีการฝ่อของตับข้างที่มีพยาธิสภาพ ทั้งนี้อาจเกิดจากการอุดตันของท่อน้ำดีเป็นเวลานานหรือมีการลุกลามของมะเร็งเข้าไปในเส้นเลือดที่มาเลี้ยงตับส่วนนั้นแล้วทำให้เส้นเลือดอุดตันและทำให้ตับข้างนั้นฝ่อในที่สุด (วินัส ลิพพกุล, 2553; พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553)

จุลพยาธิวิทยาของมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า เนื้อมะเร็งประกอบด้วยโครงสร้างของต่อมและล้อมรอบด้วยส่วนพุงที่เป็นพังผืดแข็งจำนวนมากและมีการเรียงตัวเป็นทางเดินน้ำดีในรูปแบบธรรมดาโดยอาจจะสามารถแยกแยะได้ดี ปานกลางหรือแยกยาก (simple ductular arrangement of well or moderately differentiated columnar or cuboidal epithelium) มะเร็งจะหลั่งน้ำเมือกแต่จะไม่สร้างน้ำดี การย้อมสีพิเศษจะพบเมือกใน cytoplasm ของเซลล์และพบบนนอกเซลล์ ซึ่งล้อมรอบด้วยส่วนพุง การพบเช่นนี้นับว่ามีความสำคัญมากเพราะทำให้สามารถแยกมะเร็งที่เกิดจากอวัยวะที่มีเนื้อเยื่อเป็นต่อมได้ เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น (บุญชู ศิริจินดากุล, 2554; Fattovich, 2003)

การกระจายของมะเร็งทางเดินน้ำดีมีการเจริญเติบโตที่ช้า แต่ก็พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมีการลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นได้โดยอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ ทิ้งๆ ที่ตัวก่อนมะเร็งนั้นอยู่ในระยะสุดท้ายแล้วก็ตาม (Farinati et al., 2009) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 15 เป็นตัวมะเร็งเองที่อยู่ในระยะแรกๆ แต่พบว่ามีการลุกลามไปสู่อวัยวะข้างเคียงแล้ว นอกจากนี้ยังลุกลามไปยังเส้นประสาท (perineural invasion) ที่อยู่ใกล้ๆ (Llovet and Briux, 2008) และพบว่ามีกระจายไปที่อื่นๆ เช่น กระดูกซี่โครง กระดูกสันหลัง กระดูกอื่นๆ สมอง ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังก็พบได้บ้างแต่เป็นจำนวนน้อย เป็นที่น่าสังเกตว่ามะเร็งชนิดนี้กระจายไปทางกระแสเลือดน้อย (ณรงค์ ขันดีแก้ว, 2548; พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

มะเร็งตับมีสาเหตุของการเกิดโรคจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์แบบเรื้อรังและภาวะไขมันสะสมในตับ (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) ซึ่งประมาณร้อยละ 80 – 90 ของมะเร็งตับทั้งหมดพบในผู้ป่วยที่มีตับแข็งอยู่แล้ว ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีนั้นมีส่วนมาจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ชนิด *Opisthorchis viverrini* และ *Clonorchis sinensis* ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จนกลายเป็นมะเร็งในที่สุด (พิสิฐ ตั้งกิจพานิชย์, 2553) อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นมีความแตกต่างกันตามภูมิภาคของโลก เช่น ในประเทศทางทวีปยุโรปและอเมริกาพบว่ามะเร็งตับส่วนใหญ่เกิดจากการการดื่มแอลกอฮอล์และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีนั้นพบอุบัติการณ์น้อย สำหรับในภูมิภาคแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น จีน ญี่ปุ่น รวมทั้งประเทศไทยนั้นพบว่ามะเร็งตับมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีนั้นพบว่ามีส่วนมาจากการติดเชื้อพยาธิชนิด *Opisthorchis viverrini* โดยพื้นที่ที่พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดโรคสูงที่สุดในโลกคือประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดขอนแก่น

(Vatanasapt et al, 1990; Parkin et al, 2002: พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553) ซึ่งรายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดโรคมื่อดังต่อไปนี้

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป

1.2.1.1 อายุ จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นพบมากในช่วงอายุตั้งแต่ 30 – 50 ปี โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอาจเกิดขึ้นในช่วงแรกเกิดและมีการดำเนินโรคแบบตับอักเสบริื้อรังจนเกิดตับแข็งและมะเร็งตับก่อนอายุ 50 ปี (พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553) และพบอุบัติการณ์สูงมากขึ้นในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป (Wantanapa and Wantanapa, 2002)

1.2.1.2 การสูบบุหรี่ สารก่อมะเร็งที่พบในบุหรี่ได้แก่สารไฮโดรคาร์บอนที่มีเบนซินหลายวง (polycyclic aromatic hydrocarbons) เช่น bezo(a)pyrene สารกลุ่มเอโรมาติกแอมีน (aromatic amines) เช่น 4-aminobiphenyl และไนโตรซามีน (N-nitrosamine) การศึกษาทางระบาดวิทยาในระดับโมเลกุลพบว่า DNA adduct ของ 4-aminobiphenyl และ bezo (a) pyrene ถ้าพบระดับสูงในเซลล์ตับจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับมากขึ้น (Chen and Chen, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ EL-Serag et al. (2008) พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลของการสูบบุหรี่ต่อการเป็นมะเร็งตับยังไม่ชัดเจนเท่ากับผลของการดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากบางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว นอกจากนี้กลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่และเป็นมะเร็งตับส่วนใหญ่ก็มีสาเหตุอื่นๆ ของมะเร็งร่วมด้วย เช่น มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไวรัสตับอักเสบบีหรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ

1.2.1.3 ภาวะไขมันสะสมในตับ ปัจจุบันเชื่อว่าผู้ป่วยบางคนที่เป็นตับแข็งและมะเร็งที่ไม่ทราบสาเหตุ (cryptogenic cirrhosis และ cryptogenic HCC) เกิดจากภาวะไขมันสะสมในตับที่ทำให้มีการอักเสบของตับร่วมด้วยที่เรียกว่า nonalcoholic steatohepatitis (NASH) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็มีลักษณะทางคลินิกของ metabolic syndrome ที่ชัดเจน เช่น มีระดับไขมันในเลือดสูง เป็นเบาหวานและอ้วน หรือมีน้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Welzel et al., 2007)

1.2.1.4 ตับแข็งจากสาเหตุอื่นๆ โรคที่มีการอักเสบของตับแบบเรื้อรัง เช่น ความผิดปกติของเมแทบอลิซึมของสารบางอย่างซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรม เช่น hemochromatosis โรคออโตอิมมูน เช่น autoimmune hepatitis และ primary biliary cirrhosis ทำให้เกิดตับแข็งและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับได้เช่นเดียวกับสาเหตุอื่นๆ (Welzel et al., 2007)

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงจากภาวะอักเสบเรื้อรัง

1.2.2.1 ไวรัสตับอักเสบบี มากกว่าร้อยละ 60 ของมะเร็งตับในคนไทยเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง (Tangkitvanich et al., 1999) ในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อไวรัสนี้

ประมาณร้อยละ 4 ของประชากรไทยแสดงว่ามีคนไทยจำนวนหลายล้านคนที่มีการติดเชื้อแบบเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ เมื่อมีการอักเสบของตับแบบเรื้อรังเป็นเวลานานหลายปีจะทำให้เซลล์ตับถูกทำลายอย่างต่อเนื่องและถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อพังศืด (fibrotic tissue) จนกลายเป็นตับแข็งและเกิดมะเร็งตับตามมา ระยะเวลาตั้งแต่มีการติดเชื้อไวรัสจนเป็นมะเร็งตับโดยเฉลี่ยประมาณ 30 – 40 ปี (Fattovich, 2003) การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (case-control study) ในประชากรไทยที่ศูนย์วิจัยไวรัสตับอักเสบบี คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับสูงกว่าผู้ที่มีเชื้อไวรัสประมาณ 20 เท่า (Tangkitvanich et al., 2003)

1.2.2.2 ไวรัสตับอักเสบบี เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของมะเร็งตับในประเทศไทย โดยพบประมาณร้อยละ 10 -20 ของผู้ป่วยมะเร็งตับทั้งหมด (Hassan et al., 2002) การศึกษาของ Tangkitvanich et al. (2003) แบบมีกลุ่มควบคุมในประชากรไทยพบว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อไวรัสประมาณ 8 เท่า ซึ่งการติดเชื้อที่สำคัญของเชื้อไวรัสตับอักเสบบีคือการได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดโดยเฉพาะก่อนปี พ.ศ. 2532 ซึ่งขณะนั้นยังไม่มี การตรวจหาเชื้อไวรัสชนิดนี้ นอกจากนี้การฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด การสักตามตัวหรือการฝังเข็มที่ใช้เครื่องมือที่ไม่สะอาดอาจทำให้มีการติดเชื้อได้เช่นเดียวกัน ส่วนการติดเชื้อไวรัสทางเพศสัมพันธ์หรือจากมารดาสู่ทารกพบได้ค่อนข้างน้อย จากการศึกษาของ Hassan et al. (2002) พบว่าประมาณร้อยละ 70 – 85 ของผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะไม่สามารถกำจัดเชื้อให้หมดไปและมีการติดเชื้อแบบเรื้อรังตามมา ซึ่งอาจมีการดำเนินโรคต่อไปเป็นตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง ตับแข็งและมะเร็งตับ โดยมีอัตราการเกิดมะเร็งตับประมาณร้อยละ 1 - 4 ต่อปี ภายหลังจากได้รับเชื้อเป็นเวลา 25 – 30 ปี

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรังร่วมกัน (chronic HBV and HCV co-infection) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับสูงกว่าการติดเชื้อไวรัสเพียงอย่างเดียวประมาณ 26 เท่า ซึ่งใกล้เคียงกับผลรวมความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแต่ละชนิด แสดงว่าการติดเชื้อไวรัสทั้งสองชนิดร่วมกันเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับแบบผลรวม (additive effect) ซึ่งอุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสทั้งสองชนิดนี้ร่วมกันในผู้ป่วยไทยที่เป็นมะเร็งตับพบประมาณร้อยละ 10.5 (Tangkitvanich et al., 2003) การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม 32 รายในประเทศจีนพบว่าการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งตับ 15.6 เท่า ในขณะที่การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มความเสี่ยง 8.1 เท่า ส่วนการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั้งสองชนิดร่วมกันเพิ่มความเสี่ยงเป็น 35.7 เท่า ซึ่งมากกว่าผลรวมความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแต่ละชนิด แสดงว่าเชื้อไวรัส

ดับอีกเสบทั้งสองชนิดเพิ่มความเล็งต่อการเป็นมะเร็งดับโดยออกฤทธิ์เสริมกัน (synergistic effect) (Shi et al., 2005)

1.2.3 ปัจจัยเล็งจากสารเคมี

1.2.3.1 แอลกอฮอล์ เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเปลี่ยนแปลงด้วยเอนไซม์ alcohol dehydrogenase และ cytochrome P450 2E1 (CYP2E1) ในเซลล์ดับได้เป็น acetaldehyde ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งอย่างหนึ่ง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดสารอนุมูลอิสระ (oxygen free radicals) เพิ่มมากขึ้นในร่างกาย การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดไขมันสะสมในดับและเป็นดับอีกเสบแบบเรื้อรัง นอกจากนี้ถ้าดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากติดต่อกันหลายๆ ปี เช่น การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 50 – 70 กรัมต่อวัน เป็นเวลาหลายปีจะมีโอกาสเป็นดับแข็งและมะเร็งดับสูงมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม โดยเฉพาะผู้ที่มีการติดเชื้อไวรัสดับอีกเสบบีหรือไวรัสดับอีกเสบซีร่วมด้วยจะมีความเล็งต่อการเป็นดับแข็งและมะเร็งดับมากขึ้น (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553)

1.2.3.2 สารอะฟลาทอกซิน (aflatoxin) The International Agency for Research on Cancer (IARC) ถือว่าสารอะฟลาทอกซินเป็นสารก่อมะเร็งในคน (human carcinogen) โดยสารอะฟลาทอกซินสร้างมาจากเชื้อรา *Aspergillus parasiticus* (aflatoxin B1, B2, G1 และ G2) และ *Aspergillus flavus* (aflatoxin B1 และ B2) โดยเฉพาะชนิด B1 (AFB1) ซึ่งเป็นชนิดที่สำคัญที่สุดที่มักพบปนเปื้อนในอาหารจำพวกถั่วลิสง กระจิยม พริกแห้ง และข้าวโพด เนื่องจากเชื้อราเหล่านี้ชอบขึ้นในที่อากาศร้อนชื้น เมื่อเข้าสู่ร่างกาย AFB1 จะถูกเปลี่ยนเป็น AFB1 – exo – 8, 9 – epoxide ซึ่งจับกับดีเอ็นเอของเซลล์ในร่างกายในรูปของ AFB1 – N7 – guanine DNA adduct และทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของ p53 ซึ่งเป็นยีนดับมะเร็ง (tumor – suppressor gene) ในตำแหน่งเบสที่ 3 ของ codon ที่ 249 ซึ่งอยู่ใน axon ที่ 7 ของยีน เป็นผลทำให้มีการเปลี่ยนกรดอะมิโนจากอาร์จินีน (arginine, R) เป็นเซอรีน (serine, S) (Groopman, Johnson and Kensler, 2005) การศึกษาในประเทศจีนและแอฟริกาได้พบว่าสารอะฟลาทอกซินนี้มีส่วนสำคัญต่อการเกิดมะเร็งดับในผู้ที่มีการติดเชื้อไวรัสดับอีกเสบบีแบบเรื้อรังเช่น การศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้ที่ตรวจพบ AFB1 adduct ในปัสสาวะมีความเล็งต่อการเป็นมะเร็งดับเพิ่มขึ้นประมาณ 9 เท่า ในขณะที่การติดเชื้อไวรัสดับอีกเสบบีมีความเล็งเพิ่มขึ้น 7 เท่า และถ้ามีการติดเชื้อไวรัสดับอีกเสบบีร่วมกับการตรวจพบ AFB1 adduct ในปัสสาวะจะมีความเล็งต่อการเป็นมะเร็งดับเพิ่มขึ้นประมาณ 60 เท่า (Ross et al., 1992) การศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศไทยพบว่าระดับของสารอะฟลาทอกซินที่ปนเปื้อนในอาหารใกล้เคียงกับประเทศไต้หวันและฮ่องกง ซึ่งมีระดับสูงไม่มากเท่ากับที่ตรวจพบในประเทศจีนและแอฟริกาแต่สูงกว่าที่ตรวจพบในประเทศญี่ปุ่นและประเทศทางตะวันตก (Montesano, Hainaut and Wild, 1997)

ในปัจจุบันเชื่อว่าการกลายพันธุ์ของ p53 ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอะฟลาทอกซินนี้ อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะแรกๆ ของกลไกการเกิดมะเร็งตับ เนื่องจากตรวจพบการกลายพันธุ์แบบ R249S ในเซลล์ตับที่ยังไม่เป็นมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีข้อมูลสนับสนุนอื่นๆ เช่น ตรวจพบการกลายพันธุ์แบบ R249S ในเลือดของผู้ป่วยที่เป็นตับแข็งที่ยังไม่เป็นมะเร็ง แม้ว่าจะมีอัตราความชุกน้อยกว่าที่พบในผู้ที่เป็นมะเร็งตับแล้ว การศึกษาแบบไปข้างหน้าระยะยาว (long-term study prospective study) ในประเทศจีนพบว่า การกลายพันธุ์ของ p53 เกิดขึ้นก่อนที่จะเป็นมะเร็งตับประมาณ 1 – 5 ปี (Groopman et al., 2005)

1.2.3.3 สารไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งในอาหารพวกโปรตีนหมัก เช่น ปลาร้า ปลาซึ่ม หมูซึ่ม แหนม และอาหารพวกเนื้อสัตว์ที่ผสมดินประสิว เช่น กุนเชียง ไส้กรอก เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ก็เป็นปัจจัยเสริมก่อโรคมะเร็งตับด้วย (Sriamporn et al., 2004)

1.2.4 ปัจจัยเสี่ยงจากพยาธิ (parasitic infestation)

การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับโดยเฉพาะ *Opisthorhis viverrini* ซึ่งเป็นพยาธิที่พบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับสูงในประเทศไทย (Vatanasapt et al., 1990; Wantanapa and Wantanapa, 2002) และจากข้อมูลการศึกษาทางปรสิตวิทยาสนับสนุนว่าเป็นพยาธิที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งทางเดินน้ำดีและท่อน้ำดีโดยตรง (Sriamporn et al., 2004) สำหรับวงจรการเกิดโรคนั้นพบว่า ในขั้นต้นพยาธิตัวแก่จะอาศัยในท่อน้ำดีของ คน แมวและสุนัข ซึ่งเป็นโฮสเฉพาะ (host) โดยพยาธิอาจจะอาศัยอยู่ในถุงน้ำดี หรือท่อของตับอ่อน ไข่จะปนออกมา กับน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็กและออกมาพร้อมกับอุจจาระ ถ้าถ่ายอุจจาระลงในแหล่งน้ำที่มีสัตว์จำพวกหอย ซึ่งเป็นโฮสกลางที่หนึ่ง (first intermediate host) หอยเหล่านี้จะกินไข่พยาธิ แล้วเกิดการฟักเป็นตัวอ่อนภายในตัวหอย (miracidia) จากนั้นจะมีการเจริญอีกหลายขั้นตอน (sporocysts, rediae, cercariae) ตามลำดับ เมื่อปลากินหอยเหล่านี้เป็นอาหาร Cercariae จะออกจากหอยและเข้าสู่โฮสกลางที่สอง (second intermediate host) คือตัวปลาน้ำจืดต่างๆ เช่น ปลาแม่สะเดิง ปลาตะเพียนขาว ปลาสวาย ปลาช่อน ปลาสุตร และปลากะมัง เป็นต้น จากนั้นเจริญต่อเป็น metacercariae ในเนื้อปลา ซึ่งเป็นระยะติดต่อ เมื่อคนหรือสัตว์ที่เป็นโฮสเฉพาะรับประทานปลาดิบๆ สุกๆ เข้าไปในร่างกาย ซึ่งเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อพยาธิใบไม้ในตับที่ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือนิยมรับประทาน เช่น ก้อยปลา ปลาซึ่ม ปลาจ่อม หม้าปลา ปลาหมกไฟ ปลาบั้ง ลาบปลา ปลาร้า แจ่วบอง เป็นต้น (วนิดา โชควาณิชพงษ์ และคณะ, 2552) Metacercariae เหล่านี้เป็นตัวอ่อนของพยาธิระยะติดต่อที่ยังมีชีวิตอยู่ จะออกจาก cyst แล้วเข้าสู่ลำไส้เล็ก เคลื่อนที่เข้า ampulla of Vater สู่อ่อน้ำดีจนเจริญเป็นตัวแก่ และออกไข่ภายใน 3-4 สัปดาห์ จากนั้นมีการสันนิษฐานว่าพยาธิเหล่านี้

จะทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังจนทำให้เซลล์เยื่อบุผิวของทางเดินน้ำดีเกิดการเปลี่ยนแปลงและเจริญอย่างผิดปกติจนกลายเป็นมะเร็ง (วราวุฒ ประชัญกุล, 2553)

1.3) อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะแรกมักไม่มีอาการ หรือมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (DeOliveira et al., 2007) ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดใต้ชายโครงขวา เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (วินัส ลิพพกุล, 2553) ตรวจพบผลเลือดแสดงการทำงานของตับผิดปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาตับแข็งอยู่แล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการอันเป็นผลมาจากก้อนเนื้องอกแตกทำให้มีเลือดออกในช่องท้อง อาการทางคลินิกอันเป็นผลมาจากภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือไทรอยด์ฮอร์โมนสูงผิดปกติ ผู้ป่วยมะเร็งชนิดนี้มากกว่าครึ่งตรวจพบภาวะโลหิตจาง แต่ผู้ป่วยบางรายมีฮีโมโกลบินในเลือดสูงขึ้นอันเป็นผลจากก้อนเนื้องอกผลิต erythropoietin กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงมากขึ้นในร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตรวจพบลักษณะทางคลินิกของตับแข็ง เช่น ดีซ่าน ท้องมาน palmar erythema, spider nevi และ gynecomastia รวมทั้งอาการแสดงทางคลินิกของ portal hypertension เช่น หลอดเลือดดำโป่งพองในทางเดินอาหารส่วนต้น ผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่อาจตรวจพบ hepatic bruit ในบริเวณดังกล่าวประมาณร้อยละ 10 – 20 (Kuo, Lu and Chen, 2010) แต่ในปัจจุบันเมื่อมีการเฝ้าระวังติดตามมะเร็งชนิดนี้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทำให้แพทย์สามารถตรวจพบมะเร็งตับในขนาดเล็กโดยไม่มีอาการของมะเร็งได้บ่อยขึ้น (พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553)

1.4) การวินิจฉัยโรค

1.4.1) การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ

การตรวจเฝ้าระวังด้วยอัลตราซาวนด์หรือระดับซีรัม AFP พบความผิดปกติหรือมีลักษณะทางคลินิกบางอย่างที่สงสัยว่าผู้ป่วยน่าจะเป็น HCC เกิดขึ้น การตรวจภาพรังสีวินิจฉัยบางอย่างเพิ่มเติมสามารถช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคและระยะของมะเร็งได้ การตรวจที่นิยมและมีความน่าเชื่อถือในปัจจุบัน ได้แก่ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT และ magnetic resonance imaging (MRI) ด้วยเทคนิค triple-phase dynamic contrast enhancement ได้รับความนิยมน้อยลงเนื่องจากการตรวจที่ยุ่งยากและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากเนื้อมะเร็งตับชนิด HCC จะถูกหล่อเลี้ยงด้วยเลือดผ่านทาง hepatic artery เป็นหลัก ซึ่งแตกต่างจากเนื้อตับปกติที่ถูกหล่อเลี้ยงด้วยเลือดจาก hepatic artery ร้อยละ 25 และ portal vein ร้อยละ 75 จึงได้นำลักษณะดังกล่าวมาใช้ในการประเมินทางภาพรังสีวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือ MRI ว่าเป็นเนื้องอกตับในผู้ป่วยรายใดที่น่าจะเป็น HCC โดยพบว่ามะเร็งตับชนิดนี้จะมีสารทึบรังสีเห็นเด่นชัดภายในก้อนเนื้องอก

(arterial enhancement) ใน artery phase ภายหลังฉีดสารทึบรังสีไปนาน 25 – 35 วินาที แต่จะมองไม่เห็นก้อนเนื้ออกไม่ชัดเจนอีกต่อไปเมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อตับปกติโดยรอบที่มีภาพรังสีขาวชัดขึ้นใน portal phase ภายหลังฉีดสารทึบรังสีไปนาน 70 – 90 วินาที การตรวจก้อนเนื้ออกมีลักษณะ arterial enhancement ร่วมกับ washout ใน portal phase มีความไวร้อยละ 90 และความจำเพาะร้อยละ 95 ในการวินิจฉัย HCC ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงข้างต้น (Marrero et al., 2005) ด้วยเหตุนี้จึงมีแนวทางในการวินิจฉัยมะเร็งตับซึ่งอ้างอิงจากข้อเสนอแนะของสมาคมโรคตับของอเมริกา (Bruix and Sherman, 2005) ดังต่อไปนี้

- ถ้าผู้ป่วยตับอักเสบเรื้อรังหรือตับแข็งที่มีเนื้ออกขนาดมากกว่า 2 ซม. ขึ้นไปที่มีลักษณะ arterial enhancement และ venous washout จาก MRI หรือ CT scan อย่างหนึ่งอย่างใดสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับได้โดยไม่ต้องตรวจชิ้นเนื้อตับ แต่ถ้าการตรวจทางรังสีวิทยาไม่ชัดเจนควรพิจารณาตรวจชิ้นเนื้อตับก่อนให้การรักษา

- ถ้าผู้ป่วยตับอักเสบแบบเรื้อรังหรือตับแข็งที่มีเนื้ออกขนาดระหว่าง 1 – 2 ซม. ที่มีลักษณะ arterial enhancement และ venous washout จาก MRI หรือ CT scan ทั้งสองอย่างเหมือนกัน สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับได้โดยไม่ต้องตรวจชิ้นเนื้อตับ เนื่องจากลักษณะดังกล่าวจากการตรวจ MRI และ CT scan ร่วมกับมี Positive predictive value ในการวินิจฉัยมะเร็งตับสูงกว่าร้อยละ 95 ขึ้นไป ส่วนเนื้ออกที่มีลักษณะทางรังสีวิทยาไม่ชัดเจนหรือมีลักษณะ ไม่สอดคล้องกันระหว่าง MRI และ CT scan ควรตรวจชิ้นเนื้อตับเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

- ถ้าผู้ป่วยตับอักเสบแบบเรื้อรังหรือตับแข็งที่มีเนื้ออกขนาดขนาดเล็กกว่า 1 ซม. ควรติดตามการตรวจด้วยอัลตราซาวนด์บ่อยขึ้นโดยตรวจทุกๆ 3–4 เดือน และไม่จำเป็นต้องตรวจ MRI หรือ CT scan ถ้าเนื้ออกไม่มีขนาดโตขึ้นในช่วงเวลา 18 – 24 เดือน โอกาสที่จะเป็นมะเร็งตับมีค่อนข้างน้อย ในกรณีนี้สามารถตรวจคัดกรองทุก 6 – 12 เดือนได้ตามปกติ แต่ถ้าเนื้ออกมีขนาดใหญ่ขึ้นแนะนำให้ตรวจเพิ่มเติมด้วย MRI และ/หรือ CT scan

1.4.2 การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี

การวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดีประกอบไปด้วยการประเมินต่าง ๆ ดังนี้ (พูลชัย จรัส-เจริญวิทยา, 2553)

- อาการทางคลินิก มะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกมักมีหรือไม่มีอาการที่จำเพาะเจาะจง ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยเรื่องก้อนในตับ ซึ่งต้องแยกจากมะเร็งตับและส่วนใหญ่วินิจฉัยได้จากการตรวจเอกซเรย์เพิ่มเติม ส่วนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับมักมาด้วยเรื่องศิษาน

ชนิด painless jaundice และอาการอื่นๆ ที่เป็นผลมาจากการอุดตันทางเดินน้ำดี ได้แก่ คันที่ผิวหนัง อุจจาระสีเทาซีด และปัสสาวะสีเข้ม เป็นต้น

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางชีวเคมีในเลือดช่วยสนับสนุน แต่ไม่ช่วยในการวินิจฉัยโรคมะเร็งท่อน้ำดี การมีดีซ่านแสดงว่าต้องมีการอุดตันระดับ common bile duct หรือ intrahepatic bile duct ทั้งสองข้าง โดยจะพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของ bilirubin, alkaline phosphatase และ GGT แต่ถ้ามีการอุดตันแค่ intrahepatic bile duct ข้างเดียวอาจตรวจพบเพียง การเพิ่มขึ้นของ alkaline phosphatase และ GGT เท่านั้น ความผิดปกติอื่นๆ ที่อาจตรวจพบ ได้แก่ albumin ต่ำ และ prothombin time ยาวขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการสร้างปัจจัยการแข็งตัวของเลือดจากตับ ลดลง ภาวะ cachexia และการขาดวิตามินเค เป็นต้น

- การตรวจสารบ่งมะเร็ง (Tumor marker) การตรวจค่าสารบ่งมะเร็งช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี แต่ยังไม่มีความไวและความแม่นยำเพียงพอสำหรับการตรวจคัดกรอง สารบ่งมะเร็งที่ใช้บ่อยมากที่สุดคือสำหรับมะเร็งท่อน้ำดี คือ carbohydrate antigen (CA 19-9) บทบาทของ CA 19-9 ในโรคมะเร็งท่อน้ำดี แยกออกเป็น 2 กรณีคือ มะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่ได้เกิด ในผู้ป่วย PSC โดยพบว่าค่า serum CA 19-9 > 100 ยูนิต/มล. มีความไวร้อยละ 53 และความจำเพาะ ร้อยละ 75 – 90 แต่ในมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดในผู้ป่วย PSC พบว่าค่า serum CA 19 – 9 > 100 ยูนิต/มล. มีความไวร้อยละ 75 - 89 และความจำเพาะร้อยละ 80 – 86

- การตรวจอัลตราซาวด์ โดยใช้ในการประเมินเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มี ทางเดินน้ำดีอุดตันโดยมีความไวและความแม่นยำสำหรับการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายนอก ตับ ร้อยละ 89 และร้อยละ 80 – 95 ตามลำดับ แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ ยังไม่พบ ลักษณะจำเพาะที่แยกจากก้อนเนื้ออกอื่นๆ ในตับ นอกจากนี้ยังพบว่าความไวจะเพิ่มขึ้นในกลุ่ม ผู้ป่วยที่มี CA 19 – 9 เพิ่มขึ้น ส่วนการใช้อัลตราซาวด์ dropper มีประโยชน์ในการประเมินว่า มะเร็งลุกลามเข้า portal vein หรือไม่ โดยมีความไวร้อยละ 93 ความจำเพาะร้อยละ 99 และประเมิน การลุกลามเข้าตับ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความไวและความจำเพาะของอัลตราซาวด์ขึ้นกับผู้ทำ เป็นสำคัญ ดังนั้นผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีควรได้รับการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการ วินิจฉัยและการประเมินระยะของโรค

- Magnetic resonance imaging (MRI) และ Magnetic resonance Cholangiopan-Creatograhpy (MRCP) วิธีการตรวจนี้สามารถให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องเทียบได้เท่ากับ ERCP หรือ percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) แต่ข้อได้เปรียบคือไม่ต้องการสอดสายเข้าไปในท่อน้ำดี ดังนั้นในปัจจุบัน MRI ร่วมกับ MRCP จึงเป็น radiological modality of choice สำหรับ ประเมินผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งท่อน้ำดี เพราะสามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับกายวิภาคและ

ความกว้างขวางของโรค รวมทั้งสามารถประเมินการลุกลามเข้าสู่เส้นเลือด ต่อม้ำเหลือง และ distant metastasis ได้คล้ายกับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

- Cholangiography เป็นการตรวจที่มีความไวร้อยละ 75 – 85 ความจำเพาะร้อยละ 70 – 75 และความแม่นยำร้อยละ 95 ในการวินิจฉัยโรค และถ้าระดับ CA 19-9 ขึ้นสูงจะช่วยเพิ่มการวินิจฉัยเหมือนกับการตรวจวิธีต่างๆ ที่ผ่านมา และที่สำคัญคือสามารถได้ตัวอย่างเนื้อเยื่อเพื่อตรวจยืนยันการวินิจฉัยจากการทำ brush cytology และจากการตรวจเนื้อเยื่อ แต่ความไวของวิธีดังกล่าวค่อนข้างต่ำคือ มีความไวร้อยละ 9 – 24 และความจำเพาะร้อยละ 61 – 100 เนื่องจาก desmoplastic reaction ที่เกี่ยวข้องกับเนื้องอก

- Positron emission tomography (PET) เป็น non – invasive imaging ที่แตกต่างจากเทคนิคอื่นๆ กล่าวคือเป็น functional image โดยอาศัยหลักการตรวจหา radiotracer ¹⁸F-fluorodeoxyglucose (FDG) uptake ในเซลล์มะเร็ง ซึ่งในปัจจุบันมีการตรวจรวมทั้ง PET และ CT (PET/CT) เพื่อให้สามารถประเมินได้ทั้งกายวิภาคและทางหน้าที่ PET และ PET/CT ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประโยชน์ในการวินิจฉัยและการประเมินระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยพบว่ามีควมไวร้อยละ 90 และความจำเพาะร้อยละ 78 (Wakabayashi et al., 2005)

1.5) การแบ่งระยะของโรค (staging)

1.5.1) การแบ่งระยะของโรคมะเร็งตับ

ในปัจจุบันการจัดแบ่งระยะความรุนแรงของมะเร็งตับ (Staging of HCC) มีหลายรูปแบบได้แก่ Okuda staging ซึ่งแบ่งโดยใช้ขนาดของก้อนเนื้องอกจากการตรวจทางรังสีวิทยา ร่วมกับการทำงานของตับ เช่น ระดับของบิลิรูบิน ระดับของอัลบูมินในเลือดและน้ำในช่องท้อง และการแบ่งระยะแบบ The Cancer of the Liver Italian Program (CLIP) ซึ่งจัดแบ่งโดยใช้ Child-Pugh score ลักษณะของเนื้องอก (tumor morphology) ระดับของ AFP ในเลือดและการลุกลามไปที่เส้นเลือด (vascular invasion) (Levy and Sherman, 2002) และวิธี Barcelona - Clinic Liver Cancer (BCLC) เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่มีวิธีใดสามารถจัดแบ่งระยะของมะเร็งตับได้ดีที่สุดในการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย แต่พบว่าวิธี BCLC ได้รับความนิยมนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากได้รวมตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคและการพยากรณ์โรค เช่น ขนาดหรือจำนวนของก้อนเนื้อ (tumor burden) ซึ่งเป็นการจัดระยะของมะเร็งตับตามกายวิภาคของตับ (anatomical staging) สภาพการทำงานของตับ (liver function) ซึ่งเป็นการจัดแบ่งตามสรีรวิทยาของตับ (physiological staging) และสถานะสุขภาพ (performance status) ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถเชื่อมโยงสู่แนวทางการรักษาได้เป็นอย่างดี (Llovet and Briux, 2008) เช่น ผู้ป่วยระยะแรกๆ สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัดตัดตับหรือผ่าตัดเปลี่ยนตับ หรือทำ

tumor ablation เช่น RFA เป็นต้น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกลางๆ (intermediate stage) หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีการลุกลามของโรคมามาก (advanced stage) อาจได้ประโยชน์จากการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ชีวิตยืนยาวขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค (terminal stage) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการอยู่รอดต่ำควรให้การรักษาตามอาการ (symptomatic treatment) (พิธีฐิตังกิจวานิชย์, 2553) สำหรับการจัดแบ่งผู้ป่วยตามเกณฑ์ของ BCLC และวิธีการรักษาที่เหมาะสมเป็น 5 ระยะดังต่อไปนี้

- Very early HCC (stage 0) หมายถึงมะเร็งตับที่มีขนาดเล็กกว่า 2 ซม. ที่พบในผู้ป่วย Child-Pugh class A โดยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคและไม่มีอาการลุกลามไปที่เส้นเลือด ผู้ป่วยระยะนี้ควรให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกหรือทำ RFA ได้ผลใกล้เคียงกันโดยมีอัตราการอยู่รอด 5 ปีเท่าๆ กัน

- Early HCC (stage A) หมายถึงมะเร็งตับที่มีก้อนเดียวหรือไม่เกิน 3 ก้อน และแต่ละก้อนมีขนาดไม่เกิน 3 ซม. โดยที่ผู้ป่วยยังมีการทำงานของตับค่อนข้างดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกหรือผ่าตัดเปลี่ยนตับหรือทำ tumor ablation โดยมีโอกาสหายขาดได้และมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ประมาณร้อยละ 75 การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอก ความรุนแรงของความดันของเส้นเลือดดำที่เข้าสู่ตับ รวมทั้งความเจ็บป่วยหรือโรคอื่นๆ ของผู้ป่วย

- Intermediate HCC (stage B) หมายถึงผู้ป่วยทั้งหมดที่อยู่นอกเหนือเกณฑ์วินิจฉัยของ very early หรือ early HCC ที่มีการทำงานของตับอ่อนข้างดี ไม่มีอาการต่างๆ ของมะเร็งตับและไม่มีอาการลุกลามไปที่เส้นเลือด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรรักษาด้วยวิธี TACE โดยมีอัตราการรอดชีวิต 2 ปี มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการประมาณร้อยละ 33

- Advanced HCC (stage C) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการของมะเร็งตับและ/หรือมีอาการลุกลามไปที่เส้นเลือดหรือมีอาการลุกลามออกนอกตับ (extrahepatic metastasis) ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางคนอาจได้รับประโยชน์จากการรักษาแบบ TACE อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจได้รับประโยชน์จากการรักษาด้วยยา sorafenib ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม molecular targeted therapies เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการอยู่รอดดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา (พิธีฐิตังกิจวานิชย์, 2553)

- Terminal stage (stage D) หมายถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอัตราการอยู่รอด 1 ปี กลุ่มนี้ไม่ได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ข้างต้น ควรให้การรักษาตามอาการ

ตารางที่ 1 แสดงการจัดแบ่งระยะของมะเร็งตับแบบ BCLC staging

Stage	Classification	PST	Tumor Stage	PHT	Bilirubin
0	Very early	0	Single	No	Normal
A	Early	0	Single	Yes	Normal
		0	Single	Yes	Altered
		0	3x<3 cm	Yes	Altered
B	Intermediate	0	>5 cm or multinodular		
C	Advanced	1-2	Vascular invasion		
D	Terminal	3-4	Any stage		

PST = Performance stage; PHT = Portal hypertension

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในระยะลุกลาม (Advanced HCC: stage C) และระยะสุดท้าย (Terminal stage: stage D) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน โดยอาการรบกวนต่างๆ เป็นสาเหตุชักนำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษา จึงพบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากอยู่ในระยะที่มีการลุกลามหรือระยะสุดท้ายแล้ว

1.5.2 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดี

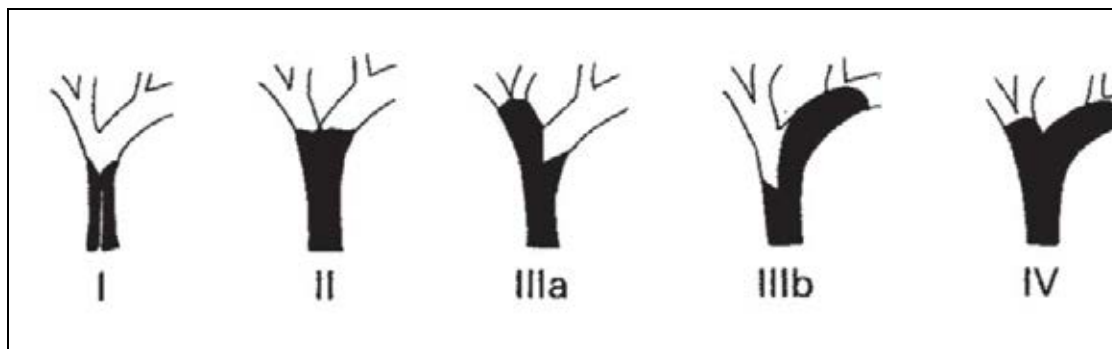
American Joint Committee on Cancer (AJCC) staging system (TNM) ได้ทำการแบ่งระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดีขึ้น โดยใช้ข้อมูลทางพยาธิวิทยาเป็นหลัก จึงมีประโยชน์ในการบอกถึงพยากรณ์โรคของผู้ป่วย แต่มีคุณค่าน้อยในการประเมินแนวทางการรักษา สำหรับการแบ่งระยะแบบ The Bismuth-Corlette Classification สำหรับ hilar cholangiocarcinoma มีประโยชน์สำหรับกำหนดตำแหน่งของเนื้องอกและการแพร่กระจายทางระบบน้ำดีแต่ไม่ทำนาย resectability และระยะสุดท้าย The Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) ได้เสนอระบบ T-stage criteria ซึ่งกำหนดจากตำแหน่งและขอบเขตของการลุกลามตามทางเดินน้ำดี รวมไปถึง portal vein invasion และ hepatic lobe atrophy โดยไม่ได้สนใจในเรื่องของ metastasis หรือต่อมน้ำเหลือง ระบบนี้สัมพันธ์กับ resectability และอัตราการรอดชีพ (ร้อยละ 59 ของ T1 สามารถผ่าตัดได้ อัตราการรอดชีพเฉลี่ย 20 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 0 ของ T3 กับอัตราการรอดชีพเฉลี่ยเพียง 8 เดือนเท่านั้น) อย่างไรก็ตาม การแบ่งระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทยยังไม่มีกระบวนการที่แน่ชัดว่าจะใช้เกณฑ์ใดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่เป็นการเลือกใช้เกณฑ์ตามความเหมาะสมของบริบทในแต่ละโรงพยาบาลนั้นๆ

ในที่นี้ผู้วิจัยขอเสนอการแบ่งระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งมักถูกนำมาใช้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553; วราญ ปรัชญกุล, 2553)

ตารางที่ 2 แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีแบบ The Modified Bismuth - Corlette Classification

Stage	Tumor	Node	Metastasis
I	T1	No	Mo
II	T2	No	Mo
IIIA	T3	No	Mo
IIIB	T4	No	Mo
IV	Any T	Any N	M1

ภาพที่ 1 แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีแบบ Bismuth, Nakache and Diamond classification



ตารางที่ 3 แสดงการแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีแบบ T- stage criteria

Stage	Criteria
T1	Tumor involving biliary confluence with or without unilateral extension to second-order biliary radicles
T2	Tumor involving biliary confluence with or without unilateral extension to second-order biliary radicles and ipsilateral portal vein involvement with or without ipsilateral hepatic lobar atrophy
T3	Tumor involving biliary confluence with or without unilateral extension to second-order; or unilateral extension to second-order biliary radicles with contralateral portal vein involvement; or unilateral extension to second-order biliary radicles with contralateral hepatic lobar atrophy; or main or bilateral portal vein involvement
T4	Any of the following: 1) Tumor involving both right and left hepatic ducts up to secondary biliary radicals bilaterally 2) Main portal vein encasement

จากตารางและภาพที่แสดงถึงการแบ่งระยะของโรคมะเร็งท่อน้ำดีข้างต้น กลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะของโรคที่มีการลุกลาม (Advanced stage) และระยะสุดท้าย (Terminal stage) ดังนั้นหากแบ่งระยะของโรคตามเกณฑ์ของ The Modified Bismuth- Corlette Classification และแบบ T-stage criteria ร่วมกัน จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะของโรคในช่วง IIIA, IIIB และ IV ซึ่งมีพยาธิสภาพของโรคเกิดที่บริเวณ ท่อทางเดินน้ำดีและมีการลุกลามไปยังท่อทางเดินน้ำดีร่วมด้านใดด้านหนึ่งซึ่งอยู่ภายในเนื้อตับ แต่ละกลีบ (T3) หรือทั้ง 2 ด้าน และอาจมีการลุกลามต่อไปยังเส้นเลือด portal vein (T4) ด้วย (ดังแสดงในตารางที่ 2, 3 และในภาพที่ 1)

1.6) การรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญ หลากหลายสาขาในโรกระบบทางเดินอาหาร ศัลยแพทย์ รังสีวิทยา พยาธิวิทยาและผู้เชี่ยวชาญ ในการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด เพื่อร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาว นับตั้งแต่

เริ่มตรวจพบโรคไปจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม จึงต้องคำนึงถึงสมรรถภาพการทำงานของตับและร่างกาย รวมทั้งโรคเจ็บป่วยพื้นฐาน ขนาดของก้อนเนื้ออกและการแพร่กระจาย (Forner et al, 2010) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ในช่วงระยะเวลาสิบปีที่ผ่านมา มีการพัฒนาเทคนิคการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ อย่างมาก การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด เช่น การฉีดแอลกอฮอล์เข้าสู่ก้อนมะเร็งผ่านทางผิวหนัง (percutaneous ethanol injection) การทำลายก้อนมะเร็งด้วยความร้อน (thermal ablation) และการรักษาด้วยวิธีใส่สารเคมีบำบัดเฉพาะที่และอุดเส้นเลือดที่เลี้ยงก้อนมะเร็ง (transarterial chemoembolization) ได้นำมาใช้รักษาผู้ป่วย HCC มากขึ้น อย่างมาก ซึ่งแนวทางการรักษาเป็นการรักษาแบบบรรเทา (palliative measures) แต่ในปัจจุบัน HCC ที่มี ขนาดก้อนเล็กบางรายก็อาจสามารถหายขาดได้จากการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว อย่างไรก็ตามวิธีการรักษามะเร็ง HCC ที่สามารถหวังผลให้หายขาด (curative treatment) ที่ได้ผลดีที่สุดคือการผ่าตัด (surgical resection) แต่มีประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วย HCC เท่านั้นที่อยู่ในสภาพเหมาะสมต่อการผ่าตัดรักษา ในอนาคตจะมีจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการผ่าตัดมากขึ้นเนื่องจากมีความตระหนักในการตรวจคัดกรองหาผู้ป่วย HCC ในระยะเริ่มต้นมากขึ้น (วารุญ ปรัชญกุล, 2553)

ผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะแรกๆ (very early stage) จะมีก้อนเนื้ออกในตับขนาดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร และมีจำนวนไม่เกิน 3 ก้อน การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยการผ่าตัดเนื้ออก การผ่าตัดเปลี่ยนตับหรือ radiofrequency ablation (RFA) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดนาน 5 ปีใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 75 โดยการเลือกรักษาวิธีใดที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับตำแหน่งของก้อนเนื้ออก ความรุนแรงของโรคตับขั้นพื้นฐาน การตรวจพบลักษณะทางคลินิกของ portal hypertension และโรคเจ็บป่วยอื่นๆ ส่วนผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะกลาง (Intermediate stage) ซึ่งมีเนื้ออกไม่เข้าเกณฑ์ข้างต้น ไม่มีอาการของตับวาย ไม่มีอาการทางคลินิกของมะเร็งตับรวมถึงการตรวจภาพรังสีวินิจฉัยไม่พบมะเร็งลุกลามเข้าหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ การรักษาด้วย transarterial chemoembolization (TACE) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราอยู่รอดนาน 2 ปี ร้อยละ 23 ดีกว่าการรักษาตามอาการ และหากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายที่มีการลุกลาม (advanced stage) ซึ่งมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปนอกตับหรือการตรวจภาพรังสีวินิจฉัยพบเนื้ออกลุกลามเข้าหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีชีวิตรอดนาน 1 ปี น้อยกว่าร้อยละ 10 การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดบางชนิด เช่น sorafenib ในผู้ป่วยที่เหมาะสมอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดนานขึ้น การรักษาอื่นๆ เช่น tamoxifen, octreotide และ interferon ยังไม่พบหลักฐานว่ามีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นแนวทางการรักษาและโอกาสอยู่รอดของผู้ป่วยมะเร็งตับจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรคว่ามีความรุนแรงอย่างไร

การผ่าตัดตับ (Hepatic resection)

ผู้ป่วยมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma (HCC) ที่มีสมรรถภาพการทำงานของตับดีควรได้รับการพิจารณาผ่าตัดเอาเนื้อตับบริเวณที่มีเนื้องอกออก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยชาวตะวันตกส่วนใหญ่มักพบเนื้องอกในภาวะตับแข็งซึ่งอาจเกิดตับวายภายหลังการตัดเนื้อตับบางส่วนออกไป จึงมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่เหมาะสมต่อการผ่าตัดตับ ในขณะที่ผู้ป่วย HCC ชาวเอเชียมีลักษณะเหมาะสมต่อการผ่าตัดตับสูงถึงร้อยละ 40 เนื่องจากผู้ป่วยในภูมิภาคนี้มีสาเหตุหลักของโรคตับอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อไวรัสบี ซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดเนื้องอกโดยที่โรคตับยังไม่ดำเนินเข้าสู่ภาวะตับแข็ง การเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดต่อผลของการผ่าตัดรักษา สิ่งสำคัญสิ่งแรกคือการสืบค้น ด้วยการตรวจทางรังสีที่ดี เช่น ultrasonography, spiral computed tomography (spiral CT) และ magnetic resonance imaging (MRI) โดยร่วมกับการฉีดสารทึบแสงพิเศษในบางราย ซึ่งเป็นการประเมินจำนวนและตำแหน่งของก้อนมะเร็ง การดูกลายของเส้นเลือดภายในตับ และสภาพของตับทางกายวิภาค เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ศัลยแพทย์ต้องคำนึงถึงการวางแผนก่อนการผ่าตัด ขนาดของก้อนมะเร็งที่เหมาะสมต่อการผ่าตัดมักไม่เกิน 5 เซนติเมตร เพราะพบว่าโอกาสเกิดก้อนอื่น ๆ (daughter nodules) ร่วมด้วยและโอกาสการตัดก้อนออกไม่หมดจะมีมากถ้าขนาดมะเร็งมากกว่า 5 เซนติเมตร อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าขนาดของก้อนมะเร็งไม่ใช่ปัจจัยสำคัญในการบอกพยากรณ์โรคเพียงอย่างเดียว บางครั้งพบว่าขนาดของมะเร็งที่มากกว่า 10 เซนติเมตร ก็ยังเหมาะสมต่อการผ่าตัด โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่พบปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย เพราะไม่มีการรักษาแบบบรรเทาชนิดอื่นที่ให้การรักษาที่ดีต่อมะเร็ง ก้อนใหญ่ ๆ ได้ โดยสรุปข้อห้ามในการผ่าตัดมะเร็งตับ (hepatic resection) เมื่อพิจารณาก้อนมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งตับที่มีการแพร่กระจายไปยังเส้นเลือดสำคัญ เช่น main portal vein หรือ inferior vena cava หรือ right atrium, มะเร็งที่แพร่ไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอด ต่อมไทรอยด์ กระดูก เป็นต้น (Bruix and Sherman, 2005)

ในปัจจุบันมีการศึกษาทางโมเลกุลเพื่อค้นหาลักษณะทางชีวเคมีที่จะช่วยพยากรณ์ว่าผู้ป่วยรายใดน่าจะมีสมรรถภาพของเนื้อตับเจริญเติบโตทดแทนเนื้อตับส่วนที่ถูกตัดออกหรือทำลายได้อย่างไร เพื่อช่วยในการคัดเลือกผู้ป่วยตับแข็งที่เกิด HCC ว่ารายใดเหมาะสมต่อการผ่าตัด การตรวจวัดระดับซีรั่มบิลิรูบินและลักษณะทางคลินิกของ portal hypertension เป็นดัชนีที่สำคัญ ในการพยากรณ์อัตราการมีชีวิตรอดในระยะสั้นภายหลังผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบเส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหาร มีปริมาณเกร็ดเลือดน้อยกว่า $100,000/\text{mm}^3$ ร่วมกับมีม้ามโตจะเป็นดัชนีที่บ่งถึง portal hypertension โดยมักตรวจพบ hepatic venous pressure gradient สูงกว่า 10 มม.ปรอทขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบระดับซีรั่มบิลิรูบินมากกว่า 1 มก/ดล. ร่วมกับการ

ตรวจพบลักษณะทางคลินิกของ portal hypertension มีชีวิตรอด 5 ปี น้อยกว่าร้อยละ 30 (Llovet, Fuster and Briux, 1999)

ผู้ป่วยตับแข็งภายหลังรับการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกมักมี HCC ขึ้นมาใหม่ภายหลังสูงถึงร้อยละ 50 เมื่อติดตามไปนาน 5 ปี โดยที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 60 – 70 เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งภายในตับก่อนการผ่าตัด และผู้ป่วยอีกร้อยละ 30 – 40 มีเนื้องอกเกิดขึ้นใหม่ภายหลังการผ่าตัด ลักษณะทางคลินิกบางอย่างอาจช่วยพยากรณ์ว่าผู้ป่วยรายใดจะเกิดเนื้องอกขึ้นมาใหม่ภายหลังการผ่าตัดได้แก่ ขนาดและจำนวนก้อนเนื้องอก การลุกลามของเนื้องอกเข้าหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ และระยะห่างของการตัดเนื้อตับจากขอบก้อนเนื้องอก เป็นต้น สำหรับโอกาสเกิด HCC ขึ้นมาใหม่ภายหลังการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วย HCC ที่มีเนื้องอกใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเนื้องอกขึ้นมาใหม่ภายหลังการผ่าตัด และมีชีวิตอยู่รอดน้อยลง การผ่าตัดเนื้อตับให้ห่างจากก้อนมากน้อยเพียงใดนั้น ต้องคำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะมีเนื้อตับส่วนที่เหลือเพียงพอต่อการทำงานให้ดีได้อย่างไร ซึ่งจะมีผลต่อการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการศึกษาของ Shi, Guo and Lin (2007) ด้วยการสุ่มให้ผ่าตัดเอาเนื้อตับห่างจากขอบเนื้องอกประมาณ 2 เซนติเมตร เปรียบเทียบกับการผ่าตัดให้มีเนื้อตับห่างจากเนื้องอกเพียง 1 เซนติเมตร พบว่าในผู้ป่วยที่มี HCC ก้อนเดียวพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอัตราการเกิดเนื้องอกขึ้นมาใหม่ภายหลังผ่าตัดสูง แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้มีขอบห่างจากเนื้องอกมากกว่ามีชีวิตอยู่รอดนานกว่า

การผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Liver transplantation)

การผ่าตัดเปลี่ยนตับน่าจะเป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยตับแข็งที่เกิด HCC เนื่องจากสามารถเอาก้อนเนื้องอกในตับออกไปได้ทั้งหมด รวมทั้งแก้ไขภาวะต่างๆ ที่เกิดจากตับแข็งและยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดเนื้องอกขึ้นมาใหม่เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาวิธีอื่นๆ แม้ว่าการผ่าตัดเปลี่ยนตับในระยะแรกๆ ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยแตกต่างกันออกไปในแต่ละสถาบันทำให้ผลของการรักษาไม่ดี ผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 40 มีชีวิตรอดนาน 5 ปี และมักมีเนื้องอกเกิดขึ้นมาในตับที่เปลี่ยนใหม่สูงถึงร้อยละ 50 (Sara et al, 2004) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันเมื่อมีการใช้เกณฑ์ของ United Network for Organ Sharing (UNOS) ซึ่งแนะนำให้ผู้ป่วย HCC ที่มีเนื้องอกเพียงก้อนเดียวและขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 5 เซนติเมตร หรือมีเนื้องอกขนาดเล็กกว่า 3 เซนติเมตร จำนวนไม่เกิน 3 ก้อน สามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนตับ โดยช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชีวิตอยู่รอดนาน 5 ปี สูงถึงร้อยละ 70 และมีเนื้องอกเกิดขึ้นมาในตับที่เปลี่ยนใหม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ทำให้เกณฑ์ดังกล่าวนี้ได้ถูกยอมรับกันอย่างแพร่หลายและได้มีการขยายเกณฑ์ให้ผู้ป่วยที่มีเนื้องอกภายในตับขนาดเล็กกว่า 6.5 เซนติเมตร เพียง 1 ก้อน หรือมีเนื้องอกไม่มากกว่า 3 ก้อน และขนาดก้อนรวมกันทั้งหมดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 8 เซนติเมตร สามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัด

เปลี่ยนตับได้ ซึ่งมีผลของการรักษาเช่นเดียวกับการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของ UNOS อย่างไรก็ตามการใช้เกณฑ์ดังกล่าวยังต้องคำนึงถึงว่าในปัจจุบันมีผู้บริจาคตับเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะน้อยลง จำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบเพื่อให้ผู้ป่วยโรคตับทุกชนิดได้ประโยชน์เท่าเทียมกัน (Shetty, Timmins and Brensinger, 2004)

Percutaneous ablation

ผู้ป่วย HCC ในระยะแรกที่มีสมรรถภาพของร่างกายและการทำงานของตับไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัดตับหรือการเปลี่ยนตับ ควรพิจารณาให้การรักษาทำลายเนื้องอกด้วยวิธีต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การฉีดแอลกอฮอล์ความเข้มข้นสูง (Percutaneous ethanol injection: PEI) เป็นการใช้เข็มแทงผ่านผิวหนังโดยอาศัยการตรวจอัลตราซาวนด์หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่วยนำทิศทางเข้าไปบริเวณก้อนเนื้องอกเพื่อทำการฉีดแอลกอฮอล์ความเข้มข้นสูงไปทำลายเซลล์มะเร็งโดยตรง การรักษาด้วยวิธีนี้ในผู้ป่วย HCC ที่มีเนื้องอกเพียงก้อนเดียวขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร สามารถทำลายเนื้องอกสมบูรณ์ได้ร้อยละ 70 – 80 และสูงถึงร้อยละ 100 ในผู้ป่วย HCC ที่มีเนื้องอกขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร และประสิทธิภาพจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้องอกขนาด 3 – 5 เซนติเมตร ข้อดีของการรักษาด้วยวิธีนี้คือค่าใช้จ่ายไม่มาก ผลข้างเคียงน้อยและผลของการรักษาในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้องอกขนาดเล็กพบมีโอกาสรอดและการเกิดเนื้องอกใหม่ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกไป (Yamamoto, Okada and Shimada, 2001)

2. การเผาทำลายด้วยคลื่นความถี่สูง (Radiofrequency ablation: RFA) เป็นวิธีการที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วย HCC ที่มีก้อนเนื้องอกขนาดเล็ก แทนการทำ PEI ในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถทำลายก้อนเนื้องอกได้หมดด้วยจำนวนครั้งที่น้อยกว่า การรักษาด้วย RFA มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากการทำ PEI ในการรักษา HCC ขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร แต่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่า PEI ในการรักษา HCC ขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร (Lin et al., 2004)

3. Transarterial chemoembolization (TACE) เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย HCC ระยะ intermediate ที่ไม่มีหลักฐานเนื้องอกแพร่กระจายไปนอกตับหรือลุกลามเข้าหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ มีสมรรถภาพการทำงานของตับดีและไม่มีอาการของมะเร็งตับ นอกจากนี้ TACE ยังอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในผู้ป่วย HCC ระยะแรกบางรายที่มีปัญหาโรคพื้นฐานไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัด รวมทั้งไม่สามารถให้การรักษาด้วย RFA เนื่องจากก้อนเนื้องอกอยู่ใกล้กระบังลม ผนังท่อน้ำดี ท่อน้ำดีหรือเส้นเลือดขนาดใหญ่ภายในตับ หัวใจสำคัญของการรักษาวิธีนี้คือการใช้วัสดุบางชนิด เช่น gelfoam, polyvinyl alcohol และ metallic coil ไปอุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อน

เนื่องอกเพื่อทำให้เซลล์มะเร็งตายจากการขาดเลือด หรือร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด เช่น doxorubicin, mitomycin และ cisplatin ผสมร่วมกับ lipiodol ฉีดผ่าน hepatic artery เข้าสู่ก้อนเนื่องอกโดยตรง อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลว่ายาเคมีบำบัดชนิดใดจะมีประสิทธิภาพดีกว่ากัน รวมทั้งระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำ TACE ครั้งต่อไป การรักษาด้วยวิธีนี้สามารถทำให้อ่อนเนื่องอกมีขนาดเล็กลงร้อยละ 30 – 50 แต่มีเพียงผู้ป่วยร้อยละ 2 เท่านั้น ที่ TACE สามารถทำลายก้อนเนื่องอกได้หมด การรักษาด้วย TACE นี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่รอดนาน 2 ปี ส่วนผลข้างเคียงของการรักษาด้วยวิธีนี้พบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว ถูงน้ำดีอักเสบ และกดการทำงานของไขกระดูก ผู้ป่วยบางรายเกิด postembolization syndrome มีไข้ ปวดท้อง ร่วมกับการมีอาการทางคลินิกของลำไส้อุดตันซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5 (Bruix and Sherman, 2005)

1.7) บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้น นับได้ว่าเป็นความท้าทายของวิชาชีพพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการและอาการแสดงที่มีความเฉพาะเจาะจง แต่ละอาการมีถึงของการเกิดอาการสูง และความรุนแรงของอาการส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (Ryu et al., 2010; Somjaiwong et al., 2011) นอกจากนี้พบว่าการรักษายังมีข้อจำกัดบางประการที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ไม่สามารถรับการผ่าตัดซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดได้ อันเนื่องมาจากระยะการลุกลามของโรคที่ค่อนข้างรุนแรง มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปสู่อวัยวะอื่นๆ และความไม่พร้อมในการรับการรักษากร่างกายที่อ่อนแออันเกิดจากตัวโรคและกลุ่มอาการที่รุมเร้า ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ปวด ซึมเศร้า ภาวะพร่องโภชนาการ เป็นต้น (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553) อาการที่เกิดขึ้นอาจมีการรายงานตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป (Somjaiwong et al., 2011) หรือเกิดขึ้นพร้อมๆ กันหลายอาการ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการปรับตัว ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเสียชีวิตในที่สุด (Cheung et al., 2009) ดังนั้นการจัดการทางการพยาบาลจึงเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการตอบสนองต่อการเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ไปได้ โดยมีพยาบาลเป็นบุคคลากรที่สำคัญในการสนับสนุนการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสมที่เกิดจากประสบการณ์ของการเกิดอาการ และเลือกสรรกลวิธีในการจัดการกับอาการนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ (นพรัตน์ ส่งเสริม และ สุพรรณิ พรหมเทศ, 2554)

โดยแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีประกอบไปด้วย การสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา การดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนรับการผ่าตัดและ

หลังผ่าตัด การจัดการกับอาการ การรับรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกเมื่อเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จนสามารถก้าวผ่านช่วงระยะเวลาที่วิกฤติของชีวิตได้ บทบาทเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่พยาบาลควรเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญการภาวะความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบของการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในการจัดการกับอาการหรือการดูแลตนเอง ประกอบไปด้วยวิธีการต่างๆ (อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 2549; สมนึก ชีวาเกียรติยิ่งยง และคณะ, 2553; นพรัตน์ ส่งเสริม และสุพรรณิ พรหมเทศ, 2554) ดังนี้

- 1) การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและจัดหาหนังสือ ที่ส่งเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยอ่าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาและปรับตัวยอมรับกับโรคมะเร็ง เกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรค
- 2) การให้คำปรึกษาทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและบอกเล่าปัญหาทั้งเรื่องสุขภาพและเรื่องส่วนตัว ทั้งการสนทนาแบบตัวต่อตัวหรือทางโทรศัพท์
- 3) การให้กำลังใจและจัดให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากผู้ที่ประสบการณ์จริงทำให้ความกังวลใจลดลง และเกิดการให้กำลังใจซึ่งกันและกันมากขึ้นและเป็นเพื่อนกัน ทำให้การนอนพักในโรงพยาบาลไม่รู้สึกเฝ้ายาม
- 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ร่วมกับการจัดหาสื่อต่างๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง เช่น สมุดประจำตัวของผู้ป่วยไว้บันทึกประวัติการเจ็บป่วย
- 5) การช่วยส่งเสริมให้มีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง
- 6) ให้กำลังใจและความมั่นใจอย่างต่อเนื่อง จากความท้อแท้ต่อการรักษาและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองต่อไป
- 7) การช่วยผู้ป่วยและครอบครัวหาแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เช่น โรงพยาบาลใกล้บ้าน แหล่งประโยชน์เกี่ยวกับสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
- 8) การเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและทีมการดูแล ผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่จะให้ความเคารพและเกรงใจแพทย์ ไม่กล้าซักถามปัญหาต่างๆ

ที่อยากจะถามเมื่อแพทย์มาตรวจเยี่ยม ดังนั้นพยาบาลจะเป็นสื่อกลางในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยได้ซักถามความก้าวหน้าของโรคและการรักษากับแพทย์

2. คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของการบริการสุขภาพ และเป็นเป้าหมายหลักของงานบริการพยาบาล เนื่องจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มิสุขภาพดีหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานซึ่งเป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษา นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ เป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการให้การรักษา การพยาบาล นอกเหนือไปจากอัตราการรอดชีวิต (Wilson and Cleary, 1995) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังมีเป้าหมายหลักสำคัญของการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ด้วยเหตุนี้แนวคิดคุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม คุณภาพชีวิตจึงขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคลที่รับรู้และตัดสินใจในด้วยตนเอง (Leininger, 1994) และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม การรับรู้ และประสบการณ์ของบุคคลในแต่ละสถานที่ เวลา และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย การคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นๆ โดยครอบคลุมถึงภาวะการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพ ความสุข ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่า คุณภาพชีวิตที่เป็นนามธรรมได้ชัดเจนและแน่นอน อีกทั้งยังเป็นการยากในการหาเครื่องชี้วัดที่ครอบคลุมสำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Schipper et al., 1996)

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า “State of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” นั่นคือ “สุขภาพ คือ ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย ทางจิต และทางสังคม โดยมีได้หมายความถึงการไม่มีโรคหรือความไม่พิการ” คำนิยามสุขภาพนี้ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงมุมมองของสุขภาพที่รวมถึงความสมบูรณ์ทางจิตใจและสังคมด้วย (Fayers and Machin, 2000) อีกทั้งยังถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาเพื่อการวัดคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ และต่อมามีการใช้คำว่า “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” (Health-related quality of life) โดยมุ่งเน้นเฉพาะคุณภาพชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากโรคและการรักษาเท่านั้น ซึ่งเป็นความหมายของคุณภาพชีวิตที่ใช้ในทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่

นอกจากนี้สุขภาพยังเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ปกติแล้วเมื่อคนเรามีสุขภาพแข็งแรง ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ แต่เมื่อเจ็บป่วยทำให้เกิดพยาธิสภาพ

ขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ ภาวะสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อชีวิตคนๆ นั้นแทนปัจจัยอื่นทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง การประเมินคุณภาพชีวิตมีความสำคัญอย่างมากในการที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม (holistic care)

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ มีขอบเขตกว้างขวางและซับซ้อน ดังนั้นการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้ที่สนใจศึกษาแต่ละคนจะเป็นสิ่งที่กำหนดความแตกต่างของกรอบแนวคิด เครื่องมือที่ใช้ประเมิน และผลที่ได้จากการศึกษา คุณภาพชีวิตในแต่ละครั้ง รวมทั้งยังมีคำที่ใช้แทนกับคุณภาพชีวิตได้หลายคำ ไม่ว่าจะเป็น “ความสุข” “ความพึงพอใจ” หรือ “ความผาสุกในชีวิต” (จินทนา เดชะภคฺห, 2540) ดังนั้นความหมายของคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันตามทฤษฎีของนักวิชาการแต่ละท่าน ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) อธิบายถึงคุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ และ ชีวิต โดยให้ความหมายของคำว่าคุณภาพหมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำคนหรือสิ่งของ ส่วนคำว่าชีวิตหมายถึง หมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

จริยวัตร กมพยัคม์ (2535) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่าและชีวิตที่มีเป้าหมาย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายคำว่าคุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนคำว่าชีวิตให้หมายความถึง ความเป็นอยู่อันตรงข้ามกับความตาย แต่มิได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนั้นสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ของบุคคลขณะมีชีวิตอยู่

Burkhard (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การที่บุคคลรับรู้คุณภาพในชีวิตตนเองว่าดี มีความพึงพอใจในชีวิต แต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพกายและด้านวัตถุ (physical and material well-being) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถที่จะมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม / ชุมชน / สังคมในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งแต่ละบุคคลมีการพัฒนาตนเอง การทำให้บรรลุและหารหาเวลาพักผ่อน Ferrans and Power (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตแต่ละด้านที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ

Hanucharumkul (1988) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความผาสุก (Well-being) ความสุข (Happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) แม้ในขณะที่บุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับผลกระทบจากการรักษา

Padilla et al. (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพ โดยประเมินได้จากความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองด้านสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าคุณเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Meeberg (1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทั่วไป การประเมินสภาวะจิตใจของบุคคล ด้านความพึงพอใจในชีวิตหรืออื่นๆ ภาวะทางกาย จิตสังคม และอารมณ์ที่บุคคลตัดสินใจในสุขภาพว่ายอมรับได้ และการประเมินโดยบุคคลอื่นว่าบุคคลมีสภาวะในการดำรงชีวิตเหมาะสมและชีวิตไม่ถูกคุกคาม

Wilson and Cleary (1995) มองว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรค และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Testa and Simonson (1996) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นสามารถประเมินในแต่ละด้านตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามภาวะที่แท้จริงของผู้ป่วย การประเมินการรับรู้และความพอใจในภาวะสุขภาพและความสามารถของตนตามขีดจำกัดที่มีอยู่ โดยบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่เหมือนกันอาจมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

Ferrell et al. (1998) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ในชีวิต ที่ประกอบไปด้วยความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

Cella et al. (2002) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกในสังคม และความผาสุกในการปฏิบัติกิจกรรม

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์/จิตใจ สังคม/ครอบครัว และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แม้ในขณะที่บุคคลนั้นๆ ได้รับผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษา

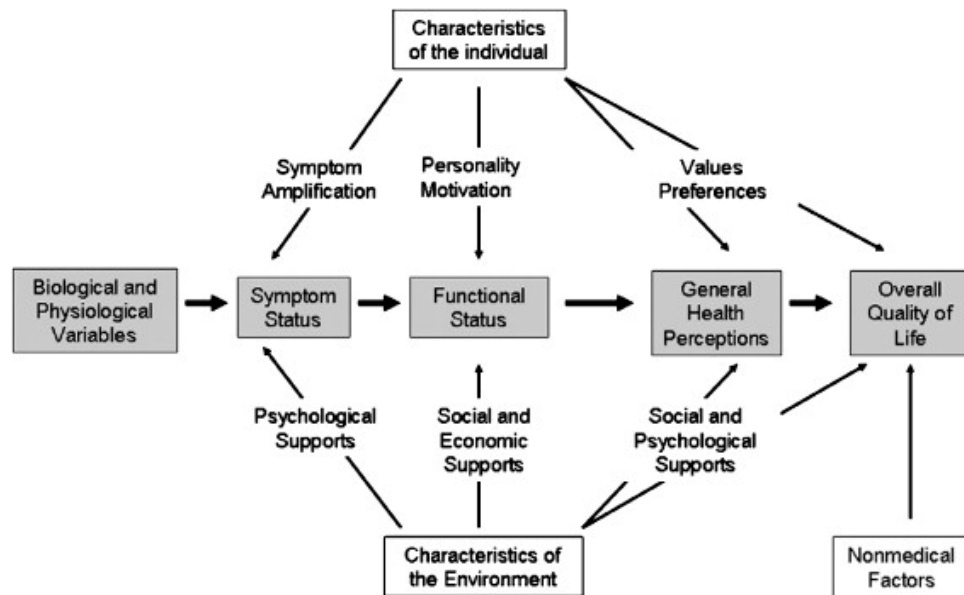
2.2 แนวคิดของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลายองค์ประกอบ ที่เรียกว่า มิติ (domain) ซึ่งประเมินได้จากองค์ประกอบพื้นฐาน 4 องค์ประกอบ คือ เงื่อนไขด้านร่างกาย (Physical condition) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) กิจกรรมทางสังคม

(Social activity) กิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมประจำวัน (Everyday activity) ซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย รวมทั้งด้านจิตวิสัย (Spilker and Revicki, 1996) จึงอาจกล่าวได้ว่าว่าคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของบุคคล ข้อมูลที่ได้มาจากแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลด้วย แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตไม่เพียงแต่สะท้อนอาการและภาวะของโรคเท่านั้น ปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยภายในส่วนบุคคล ในเรื่องความคิดและค่านิยมของบุคคล หรือปัจจัยภายนอกเช่น สิ่งแวดล้อมและสังคม ยังมีผลให้แต่ละคนมีระดับของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน (นุจรี ประทีปะวณิช จอร์นส, 2552) จึงไม่เป็นที่แปลกใจเลยว่าผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยโรคร่วมกัน และได้รับการรักษาที่เหมือนกัน อาจรายงานระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้ เช่นเดียวกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตต้องประกอบด้วย การประเมินภาวะทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995)

Wilson and Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะอาการ ภาวะทางจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) คือปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment characteristic) หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้จากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 3) ปัจจัยทางสรีระวิทยา (Biological and physiological factors) หมายถึงการทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง คำจูงให้สิ่งมีชีวิตอยู่ได้ 4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptom) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม 5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และบทบาทหน้าที่ โดยปัจจัยด้านอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในการบ่งชี้การทำงานที่ และ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) หมายถึงการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ ส่วนปัจจัยที่เป็น Nonmedical factors นั้น ในกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) ไม่ได้กล่าวถึง



ภาพที่ 2 แสดงแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995)

จากภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) นั้น มีทิศทางของการส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม อย่างไรก็ตาม ใดก็ตาม ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและ ท่อน้ำดี เนื่องจากมีข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและสนับสนุนว่าปัจจัยเหล่านั้น ส่งผลกระทบหรือมีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค 2) ปัจจัยด้านอาการ (Symptom) 3) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning) โดยมีอาการเป็นปัจจัยที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากอาการนั้นๆ ให้ทุเลาลง ดังนั้นตัวแปรด้านการจัดการ กับอาการจึงถูกนำมาใช้ในการศึกษานี้ และ 4) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) ในที่นี้ผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรความเข้มแข็งในการมองโลก มีลักษณะที่คล้ายคลึง ในเรื่องของการรับรู้ถึงปัญหาที่เข้ามากระทบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต และจากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการนำมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ดังนั้นจึงเป็นการสร้าง องค์ความรู้ใหม่ในการศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีจากปัจจัยต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างผลทางคลินิกและคุณภาพชีวิต

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายส่งผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Wilson and Cleary, 1995) โดยเมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับเซลล์ถึงอวัยวะ (Biological and Physiological variable) ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วย (Symptom) และกระทบต่อความสามารถทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ (Functional status) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (General health perception) และพบว่าทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปได้ทั้งสองทิศทาง กล่าวคือ ตัวแปรบางตัวนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรหนึ่งแล้ว ยังส่งผลโดยอ้อมต่อตัวแปรอีกตัวหนึ่งด้วย เช่น ปัจจัยด้านสรีระวิทยา นอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอาการแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะการณทำหน้าที่โดยผ่านทางปัจจัยด้านอาการอีกด้วย หรือปัจจัยด้านสรีระวิทยามีความผิดปกติจากการลุกลามของโรคส่งผลต่อการเกิดอาการที่มีลักษณะของการเกิดทั้งด้านความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานจากอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ภาวะการณทำหน้าที่ด้านสุขภาพของตนเองเสียไป และคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้านลดลง

2.4 ผลกระทบของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีต่อคุณภาพชีวิต

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.4.1 ด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีทำให้ตับสูญเสียการทำงานที่ หากพบว่ามีกรลุกลามของโรคจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติภายในร่างกายโดยทำให้ ระดับ albumin ในกระแสเลือดต่ำ (Kondo et al., 2007; Shun et al., 2008) ทำให้ร่างกายเกิดภาวะบวมน้ำได้ เนื่องจาก albumin ทำหน้าที่ควบคุมระดับความดันในหลอดเลือดให้เป็นปกติ หากพบว่า albumin ต่ำกว่าระดับปกติ การควบคุมความดันในหลอดเลือดก็จะสูญเสียไป ส่งผลให้มีการรั่วของของเหลวออกนอกหลอดเลือดมาอยู่ในช่องท้องจนเกิดอาการท้องมานน้ำหรืออาการบวมน้ำตามร่างกายได้ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับซีรัม bilirubin สูงกว่าปกติ (Kondo et al., 2007) อันมีสาเหตุมาจากการอุดตันของระบบทางเดินน้ำดี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองและคันตามผิวหนังได้ และหากพบว่าระดับซีรัม cholinesterase ลดลง (Ueno et al., 2002) ซึ่งเป็นระดับของเอนไซม์ที่ช่วยยืนยันว่าการทำงานของตับมีการเสื่อมสภาพหรือมีการได้รับสารพิษจนทำให้เนื้อเยื่อของตับผิดปกติไป จะก่อให้เกิดอาการทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของตับที่ผิดปกติ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยล้า ปฏิกิริยาการนอนไม่หลับ อาการคลื่นไส้/อาเจียน เป็นต้น (Lai et al., 2007; Steel et al., 2007 and Shun et al., 2008) นอกจากนี้ การลุกลามของโรค

ที่เลวลงจนไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการต่างๆ รบกวนความผาสุกในชีวิตด้านร่างกาย (physical well-being) ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในด้านการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Sun et al., 2008; Sun and Sarna, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการรบกวนที่มีความถี่สูงและมีความรุนแรงมากส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจนเกิดอาการซึมเศร้าและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสมรรถภาพทางเพศเสื่อม (Steel et al., 2005) ขาดความสนใจในการทำหน้าที่ของตนเอง ส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านการทำหน้าที่ให้มีระดับที่ลดลง (functional well-being) (Sun and Sarna, 2008)

2.4.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (mood change) (Fan et al., 2010) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับกลุ่มอาการที่หลากหลายมารุมเร้า (high-symptom group) ทำให้เกิดปัญหาทั้งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Steel et al. (2007) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีส่งผลให้ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายสูงขึ้นก่อให้เกิดการลุกลามของเซลล์มะเร็งที่เพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยพยากรณ์อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ดังนั้นหากผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าในระดับสูงย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Shun et al., 2008; Wong and Fielding, 2008; Fan et al., 2010) และสามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเสียชีวิตเร็วขึ้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ได้แก่ ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) จากการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในจิตใจสูงมีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ สอดคล้องกับกับศึกษาของ Lai et al. (2007) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดจากโรคมียความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความแปรปรวนต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ถึงร้อยละ 44

2.4.3 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลลดลง เกิดภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวตกต่ำคือมีรายได้น้อยลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ Wang et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยจะมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูง ปัญหาของการขาดรายได้ในการเลี้ยงชีพนั้นเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องลาออกจากงานภายหลังเข้ารับการรักษา เนื่องจากการมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรงและลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ และก่อให้เกิดความรบกวนต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้

ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Cleeland, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ยังส่งผลให้ญาติต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลด้วยเช่นกัน จึงทำให้ขาดรายได้ เพื่อจุนเจือทั้งตนเองและสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือนอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาจำนวนมากที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในด้านความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว (Steel et al., 2007; Lee et al., 2007) อันเนื่องมาจากสภาพสังคม ประเพณีของไทยที่ให้ความสำคัญกับญาติ พี่น้องที่เจ็บป่วยจะต้องได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดจึงทำให้ญาติมาเยี่ยมเยียนหรือมีผู้ดูแลใกล้ชิดอยู่ดูแล ส่งผลให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมมากขึ้น (ชูศรี ชัยคุสิทธิ์ และคณะ, 2548; วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2553)

2.4.4 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินว่าระดับสุขภาพของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับใด ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีนั้นจะประเมินจากประสบการณ์ ความเชื่อ ความรู้สึกของตนเองและให้คำตอบที่สรุปจากมุมมองของตนเอง จากการศึกษาของ ชูศรี ชัยคุสิทธิ์ และคณะ (2548) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองได้จากลักษณะของการเจ็บป่วยและอาการแสดงที่ตนเองสังเกตเห็น โดยผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญของการป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี บางคนมีประวัติว่าบิดา มารดา หรือญาติพี่น้องเป็น โรคมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ยังรับรู้สาเหตุของโรคมะเร็งจากการรับประทานอาหารดิบ หรือไม่สะอาด รวมถึงพฤติกรรมการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกตับ มะเร็งระดับและท่อน้ำดี ผู้ป่วยจะมีการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคแตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยทุกคนให้ความหมายของมะเร็งตับไปในทางที่รุนแรง น่ากลัว เช่น เป็นแล้วรอวันตาย ปล่อยไว้นานรักษาไม่ได้ อายุไม่ยืน เป็น โรคของเวรกรรม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัวตาย เครียด ไม่แน่ใจ เสียใจ บางคนมีพฤติกรรมร้องไห้ นอนไม่หลับ แยกตัว ไม่พูดกับใคร บางคนอยากประชดชีวิต เกิดความท้อแท้ใจ เป็นต้น จึงเห็นได้ว่า การประเมินถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยถึงผลกระทบที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่มีส่วนสำคัญต่อการประเมินระดับคุณภาพชีวิตได้ หากผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าการเจ็บป่วยในครั้งนั้นมีความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตย่อมส่งผลกระทบต่อการใช้คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างแน่นอน

2.5 การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างมิติเดียวหรือหลายมิติ (Meeberg, 1993) การที่จะกำหนดว่าบุคคลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด จะต้องมีการประเมินจากการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ ตามบริบทของสังคมหรือสถานการณ์ เนื่องจากพบว่าแม้บุคคลที่มีภาวะสุขภาพและขีดจำกัดความสามารถของตนที่เหมือนกัน ก็อาจพบว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันได้ โดยการ

ประเมินสามารถบ่งบอกออกมาในเชิงปริมาณมากกว่าการบ่งบอกในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น ระดับอาการของโรค ระดับการยอมรับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมของร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งบทบาทในสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ความเชื่อความคาดหวัง และการยอมรับ หรือความคิดเห็นของแต่ละบุคคล (Testa and Simonson, 2012) ด้วยเหตุนี้นักวิชาการหลายท่านจึงได้พยายามสร้างแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต เพื่อให้ครอบคลุมทุกด้าน และให้ได้โครงสร้างของแบบประเมินที่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับบุคคลทุกกลุ่ม ดังนี้

Strongberg (1984) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยมีข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคคลอื่น
- 2) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเอง
- 3) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเอง โดยการบรรยายถึงความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง

Peace (1990) กล่าวว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย 7 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอำนาจบุคคล ปัจจัยด้านวัตถุวิสัย และปัจจัยด้านบุคลิกภาพ

Meeberg (1993) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถจำแนกตัวบ่งชี้ได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่มองเห็นได้เป็นรูปธรรม นับและวัดได้เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษาและหน้าที่ด้านร่างกาย 2) ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งวัดได้ด้วยเจตคติและการสอบถามความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้สภาพความเป็นอยู่ เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บทบาทหน้าที่ ความหมายของชีวิต เป็นต้น

2.6 เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องมีลักษณะที่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ถูกต้อง มีมาตรฐาน และเชื่อถือได้ ตามบริบทที่ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษา ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตจึงเป็นเหมือนไม้บรรทัดที่ใช้เป็นสื่อแสดงข้อมูลคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลให้ออกมาเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน สามารถนำผลที่วัดได้ไปใช้ประโยชน์ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ กันได้ (Fayer and Machin, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1) แบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตกับผู้ป่วยโรคต่างๆ ไป (General instrument) และ 2) แบบสอบถามเฉพาะเจาะจงกับโรค (Disease-Specific instrument) (นุจรี ประทีปะวิช จอห์นส, 2552)

1) แบบสอบถามทั่วไป (General instrument) แบบสอบถามชนิดนี้มุ่งเน้นที่การวัดคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพทั่วไป และวัดหลายด้าน ออกแบบมาเพื่อให้ใช้ได้กับทุกกรณี และสามารถใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตได้ในผู้ป่วยทุกโรค ที่ระดับความรุนแรงทุกระดับ และสามารถใช้ในการคนปกติที่มีสุขภาพดีได้ด้วย คำถามของแบบประเมินนี้จึงมีลักษณะเป็นกลางๆ ที่ไม่เจาะลึกในแต่ละด้าน เพื่อให้สามารถใช้ได้กับทุกสถานการณ์ ข้อดีคือ สามารถนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้มาเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยในแต่ละโรค หรือเปรียบเทียบกับคนปกติได้ ข้อด้อยคือ แบบสอบถามไม่มีความเฉพาะเจาะจง และไม่มีความไวต่อความแตกต่างในแต่ละโรคนั้นคือ ไม่สามารถวัดความแตกต่างที่ลุ่มลึกหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นผู้ป่วยอันเป็นผลจากภาวะของโรคหรือการรักษาชนิดต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจงในโรคนั้นๆ ได้ (Fayers and Machin, 2000) ตัวอย่างของแบบสอบถามทั่วไป ได้แก่ The Quality of Life Index (QL Index), The Physical and Mental Impairment-of-Function Evaluation (PAMIE), The Sickness Impact Profile (SIP), The Quality of Well-Being Scale (QWB), The Short-Form-36 Health Survey (SF-36), The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) เป็นต้น

2) แบบสอบถามเฉพาะเจาะจงกับโรค (Disease-Specific instrument) แบบสอบถามชนิดนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อโรค สภาวะ หรือการรักษานั้นๆ โดยตรง ผลที่ได้จะมีความแตกต่างกันทำให้เป็นแบบสอบถามที่มีความไวในการวัดความแตกต่างหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ให้ในโรคนั้นๆ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแบบประเมินในกลุ่มนี้ออกแบบมาให้มีความเฉพาะในแต่ละกรณี ทำให้ข้อมูลที่ได้จากแต่ละแบบสอบถามมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ซึ่งข้อเสียที่ตามมาคือไม่สามารถนำผลที่ได้จากแบบสอบถามที่ต่างกันมาเปรียบเทียบกันได้ แม้จะวัดในกลุ่มประชากรเดียวกัน (Testa and Simonson, 1996) ซึ่งแบบสอบถามประเภทนี้มีการแบ่งเป็นประเภทย่อยๆ ดังนี้ แบบสอบถามที่ใช้เฉพาะกลุ่มประชากร เช่น เด็ก วัยรุ่น ผู้สูงอายุ แบบสอบถามเฉพาะโรค เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และแบบสอบถามเฉพาะกับกิจกรรม เช่น การนอนหลับสัมพันธ์ (นุจรี ประทีปะวิช จอห์นส, 2552) ตัวอย่างแบบสอบถามดังกล่าวได้แก่ Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-89), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTCQOL-C30), Functional Assessment

of Cancer Therapy-General (FACT-G), Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary (FACT-Hep) เป็นต้น

2.7 เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือวิจัยที่นิยมใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ได้แก่ Functional Assessment of Cancer Therapy - Hepatobiliary (FACT-Hep) (Steel, Geller, and Carr, 2005; Steel et al., 2005; Sun et al., 2008; Ryu et al., 2010; Steel et al., 2010; วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) และมีการสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยเฉพาะฉบับภาษาไทย Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Cholangiocarcinoma (FACT-CCA Thai version) (Somjaivong et al., 2011) โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือ Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) ของ Cella et al. (1993)

FACT-Hep เป็นเครื่องมือวิจัยที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดย Heffernan et al. (2002) ได้ทำการพัฒนาเครื่องมือวิจัยฉบับนี้ขึ้นจากการนำเครื่องมือวิจัย FACT - G มาประยุกต์เพื่อให้เข้ากับบริบทที่มีความเกี่ยวข้องกับ การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จากนั้นจึงได้พัฒนาข้อคำถามเกี่ยวกับการให้ ความสำคัญกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (Hepatobiliary cancer subscale: HCS) ขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว ดังนั้น FACT- Hep จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (FACT-G) มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being: PWB) ความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์ (Emotional well-being: EWB) ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (Social and family well-being: SWB) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Functional well-being: FWB)

2) แบบประเมินการให้ ความสำคัญกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (HCS) มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เพื่อประเมินเกี่ยวกับอาการที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยเฉพาะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของเครื่องมือ FACT-Hep แล้วพบว่าในส่วนที่ 2 ของแบบประเมิน (HCS) เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งมีความซ้ำซ้อนกับตัวแปรต้นที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษาคือ อาการในผู้ป่วย โรคมะเร็งตับและ

ท่อน้ำดี ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เพียงแบบประเมินคุณภาพชีวิตชนิด FACT-G มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ FACT-G

FACT-G ถูกพัฒนาขึ้นโดย Cella et al. (1993) เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ โดยลักษณะของคำถามประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ (version 2) จากนั้นได้ทำการพัฒนาและปรับปรุงแบบประเมินให้เหลือข้อคำถามเพียง 27 ข้อ (version 3) (Weitzner et al., 1995) และมีการปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้มีความสอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งในการให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดโดย Webster, Cella, and Yost (2003) (version 4) ซึ่งมีการนำมาใช้จนถึงปัจจุบันในการประเมินความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ ไป ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) ความผาสุกด้านจิตใจ (Emotional well-being) ความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (Functional well-being) และความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว (Social and family well-being) ส่วนเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert Scale แบ่งเป็น 5 ระดับ จาก 0 - 4 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่มีความสำคัญเลย และ 4 หมายถึง มีความสำคัญมากที่สุด คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 108 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี ส่วนคะแนนสูง หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไปด้วย และได้ผ่านการตรวจสอบด้านความตรง (validity) ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) และความเที่ยงของการวัดซ้ำ (test-retest) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ในช่วง 0.74–0.79 (Cella et al., 1993) และจากการศึกษาของ Steel et al. (2006) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE โดยใช้เครื่องมือวิจัย FACT-Hep ในการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยแยกการประเมินเป็น 3 ช่วงเวลา คือ 1) ครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในเดือนที่ 3 และ 3) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในเดือนที่ 6 ในการประเมินทุกครั้ง ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบหาค่าความความเที่ยงภายใน (Internal consistency) ของเครื่องมือวิจัยทุกครั้ง เพื่อทำการเปรียบเทียบ พบว่าในส่วนของแบบประเมิน FACT-G มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ในช่วง 0.76 – 0.92 , 0.85 - 0.97, และ 0.82 - 0.87 ตามลำดับของเวลาที่ทำการประเมิน

สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีผู้นำเครื่องมือวิจัย FACT-G มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่างๆ ได้รับการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Ratanatharathorn et al. (2001) และทำการตรวจสอบด้านความตรง (validity) ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) และความเที่ยงของการวัดซ้ำ (test-retest) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ในช่วง

0.75–0.90 และจากการศึกษาของศึกษา Somjaiwong et al. (2011) พบว่าหลังจากการนำแบบประเมิน FACT-G ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 260 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 ดังนั้นจึงถือได้ว่าแบบประเมิน FACT-G นี้ มีคุณภาพอยู่ในระดับดีและเหมาะสำหรับการนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีครั้งนี้

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ประกอบไปด้วย

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995) พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผ่านทางอาการ ภาวะสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของ Sobhonslidsuk et al. (2006) พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นความผิดปกติ แต่ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายของอาการนั้นๆ ส่วนการศึกษาของ Sauerland et al. (2009) พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย เนื่องจากลักษณะของการใส่ใจทางด้านสุขภาพมีมากกว่าจึงทำให้เกิดการหาข้อมูล เพื่อหาวิธีการบรรเทาปัญหาทางสุขภาพให้ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) ที่พบว่าเพศชายมีการรายงานระดับคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ทำให้ผู้ป่วยเพศชายไม่สามารถปฏิบัติงานหรือแสดงบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวได้ไม่เต็มที่ จึงเกิดความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ความผาสุกด้านจิตใจและอารมณ์ลดลง

อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับช่วงระยะเวลาของบุคคลที่ดำรงชีวิตอยู่ตามพัฒนาการของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพกาลเวลา จากการศึกษาของ Wang et al. (2007) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งตับชนิด HCC ($r = .61$) และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าความผาสุกในชีวิตด้านสังคมและครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($r = .78$) แต่ความ

ผาศึกในชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .55$) และจากการศึกษาของ Bianchi et al. (2003) พบว่าผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยในวัยสูงอายุ

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Jalowice and Power, 1981) Orem (1985) กล่าวว่า การศึกษาทำให้นักคนมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fan et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาระดับสูง (ระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไป) จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของ Lai et al. (2007) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งระดับ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

รายได้ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการมีเศรษฐกิจฐานะของบุคคลในการเลี้ยงชีพ ซึ่งรายได้นั้นเกิดจากการประกอบอาชีพ การจ้างงาน เป็นต้น จากการศึกษาของ Kim et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีที่ว่างงาน ไม่มีรายได้ที่สม่ำเสมอ จะมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่สูงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในขั้นรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2005) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดีส่งผลให้ผู้ป่วยต้องลาออกจากงานเนื่องจากมีอาการรบกวนทั้งที่มีสาเหตุจากการดำเนินของโรค การรักษา และผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้ไม่มีสมาธิในการทำงาน จนส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยว่างงาน ขาดรายได้ และมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่ไม่มีความเจ็บป่วย

ระยะของโรค ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี เนื่องจากพบว่า เมื่อใดก็ตามที่ระยะของโรคมีการลุกลามมากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็จะลดลง (Heffernan et al., 2002) และเมื่อพิจารณาถึงการจำแนกระยะของโรคที่มีการลุกลามโดยพิจารณาจากจำนวนของก้อนมะเร็ง (tumor) ขนาดของก้อนมะเร็ง (size) การลุกลามสู่อวัยวะอื่นๆ (metastasis) (วินัส ลิพหกุล, 2552) พบว่าระยะของโรคที่มากขึ้น หมายถึงการมีจำนวนของก้อนมะเร็งมากขึ้น ขนาดใหญ่ขึ้น และมีการแพร่กระจายจากตับและท่อน้ำดีไปสู่อวัยวะอื่นๆ มากขึ้น ส่งผลให้ 1) เกิดการกดเบียดของก้อนมะเร็งต่ออวัยวะข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องได้ 2) เกิดการกดเบียดหรืออุดตันท่อน้ำดี ทำให้ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองและคันตามร่างกาย 3) มีกระบวนการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของก้อนเนื้องอก ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและมีการคั่งของของเสียจากการเผาผลาญทำให้

เกิดอาการเหนื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง ต้องนอนพักบนเตียงนานๆ จากการศึกษาของ Sun et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีที่อยู่ในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค มีการรายงานคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงอย่างเห็นได้ชัด ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ตลอดจนรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตลดลงในที่สุด

3.2 อาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995) พบว่าอาการ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม นอกจากนี้อาการยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในการบ่งชี้การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ดังนั้นก่อนที่จะนำเสนอถึงทฤษฎีและแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับอาการ เราจึงควรทำความเข้าใจถึงความหมายและความแตกต่างของคำที่ใกล้เคียงกัน คือคำว่า “อาการ” และ “อาการแสดง” (นุจรี ประทีปะวณิช จอร์นส, 2552) ดังนี้

อาการ (Symptom) หมายถึง ความรู้สึกไม่สบาย ซึ่งเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นรู้สึกแทนไม่ได้ ความรู้สึกส่วนบุคคลนี้ถือว่าเป็น Subjective data ดังนั้นบุคคลนั้นจึงควรเป็นคนบอกหรือรายงานอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เช่น อาการคลื่นไส้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เป็นต้น

อาการแสดง (Sign) หมายถึง สัญญาณความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของคนแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตหรือตรวจประเมินได้ ดังนั้นจึงถือว่าเป็น Objective data ที่ได้จากการสังเกตและการตรวจด้วยเครื่องมือต่างๆ เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น อุณหภูมิเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เป็นต้น

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายทำให้บุคคลอาจเกิดความรู้สึก รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ โดยอาจไม่มีอาการแสดงใดๆ หรืออาจมีอาการและตรวจพบว่ามีอาการแสดงร่วมกันได้ หรือบางคนอาจไม่ได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติในร่างกาย จึงบอกไม่ได้ถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ในขณะที่บุคคลอื่นอาจสังเกตเห็นและตรวจพบความผิดปกตินั้นได้ เช่น หายใจหอบเหนื่อย ตัวเหลืองตาเหลือง เป็นต้น อย่างไรก็ตามทั้งอาการและอาการแสดงล้วนแต่มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของบุคคล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งสิ้น

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่กล่าวถึงอาการนั้นมีหลายทฤษฎี เช่น โมเดลการจัดการอาการ (Symptom management model) ของศูนย์การจัดการกับอาการ ในมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียมลรัฐซานฟรานซิสโก (Dodd et al., 2001) ที่กล่าวถึงมโนทัศน์ในโมเดลที่ประกอบด้วยประสบการณ์

อาการ การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของอาการ โดยประสบการณ์อาการที่กล่าวถึงนั้น เป็นการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการของบุคคล โดย Armstrong et al. (2004) ได้ทำการวิเคราะห์ห้มนโทัศน์พบว่าประสบการณ์อาการนั้นเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหลายอาการ ที่ครอบคลุมการรับรู้ถึงความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานของอาการ และความหมายของอาการที่เกิดขึ้นนั้นๆ ในส่วนของมโนทัศน์เกี่ยวกับการจัดการอาการนั้น เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งที่กลุ่กยู่ ในการจัดการนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผลลัพธ์ของโมเดลคือ ภาวะของอาการ ความสามารถในการดูแลตนเอง สภาพการเงิน อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม คุณภาพชีวิต ประโยชน์ที่ได้รับจากการบริการทางการแพทย์ สภาพอารมณ์และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น มโนทัศน์ใน โมเดลมีอิทธิพลและได้รับอิทธิพลซึ่งกันและกัน

ทฤษฎีเกี่ยวกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptom) อธิบายถึงอาการเดียวหรือหลายอาการที่มีอิทธิพลต่อกัน (Lens et al., 1997) คุณลักษณะของอาการประกอบด้วย ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ คุณภาพของอาการ และระยะเวลาในการเกิดอาการ โมเดลนี้ได้อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดอาการ (Antecedents) และผลลัพธ์ของการเกิดอาการ (Consequences) โดยมีปัจจัยส่งเสริมที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านสรีระ ปัจจัยด้านจิตใจ หรือปัจจัยด้านสถานการณ์ ส่วนผลลัพธ์ที่เกิดจากอาการอาจส่งผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่นภาวะการณ้ทำหน้าที่ การมีกิจกรรมทางด้านสรีระ กิจวัตรประจำวัน กิจกรรมทางด้านสังคมและการพบปะสังสรรค์ และการปฏิบัติตามบทบาท สติปัญญา ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการที่เกิดขึ้นจากหลายอาการแตกต่างไปจากอาการเดียว

แบบจำลองมุมมองของบุคคลต่อการเกิดอาการ (Symptom Interpretation Model) เน้นไปที่การรู้คิดหรือปัจจัยภายในตัวบุคคล นั่นคือมุมมองของบุคคล ได้แก่ การจำแนกแยกแยะแนวคิดต่างๆ การใช้โครงสร้าง ความรู้ และการใช้เหตุผล มีโครงสร้างที่สำคัญคือการนำเข้าหรือการรับเข้า (Input) การแปลผล (Interpretation) และผลลัพธ์ (Outcome) โมเดลนี้อธิบายถึงการเกิดอาการเพียงอาการเดียวและผลที่เกิดขึ้นรวมไปถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แต่ในสภาพความเป็นจริงแล้วในการเจ็บป่วยมักจะมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นมากกว่า 1 อาการ หรือปรากฏในลักษณะกลุ่มอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามิ้ผู้ให้แนวคิดและความหมายของอาการไว้ดังนี้ Rhodes and Watson (1987) ให้ความหมายของอาการ หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลต่อประสบการณ์และการตอบสนองต่อการเกิดอาการทั้งในด้านลักษณะของอาการและความทุกข์ทรมานของอาการ

Lenz et al. (1997) ให้ความหมายของอาการ หมายถึง ประสบการณ์ของบุคคล ต่ออาการต่างๆ (symptom experiences) ที่เกิดขึ้น มิติในการประเมินอาการ ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) ความรุนแรงของอาการ 2) เวลาของการเกิดอาการ 3) คุณภาพของอาการ และ 4) ความทุกข์ทรมานของอาการ

Longman Dictionary (2003) ให้ความหมายของคำว่า Symptom หมายถึง อาการ ลักษณะอาการ อาการของโรค ที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าผิดปกติ เช่น ร้อน หนาว เจ็บ ปวด เป็นต้น

Dodd et al. (2001) ให้ความหมายของอาการหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ ที่เกิดจากการบอกเล่าถึงอาการนั้นๆ ด้วยตนเองหรือจาก ประสบการณ์ของการเกิดอาการของผู้ป่วยเองโดยอาการที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองต่อการรักษา หรือจากผลข้างเคียงของการรักษา

ดังนั้นอาการในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จึงหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม เช่น อาการปวดท้อง อาการเบื่ออาหาร อาการเหนื่อยล้า การรับรสเปลี่ยนแปลง อาการคลื่นไส้/อาเจียน อาการตัวเหลืองตาเหลือง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความวิตกกังวล เป็นทุกข์ คุกคามต่อชีวิต ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน หรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและความผาสุกในชีวิต

3.2.1 อาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

อาการ เป็นปัญหาสำคัญของ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์จนก่อให้เกิดการทำงานที่ผิดปกติไป ส่งผลต่อร่างกายโดยมีการแสดงของอาการที่มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงและขอบเขตของการดำเนินโรค และอาการของโรคมักเป็นสาเหตุแรกๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษา (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548; Rhodes and Watson, 1987) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นพบว่าอาการและอาการแสดงจะปรากฏเด่นชัดในระยะที่มีการลุกลามหรือในระยะสุดท้ายของการดำเนินโรค (ระยะที่ 3 และระยะที่ 4) (พลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553; พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553; Heffernan et al., 2002; Fan et al., 2010) ส่วนในระยะแรกๆ ของโรค (ระยะที่ 1 และ 2) จะไม่แสดงอาการใดๆ ที่บ่งบอกได้ว่าเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากนัก อาจพบเพียงอาการที่คล้ายคลึงกับโรคแผลในกระเพาะอาหาร เช่น ปวดท้อง แน่นท้อง อาหารไม่ย่อย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักว่าเป็นอาการของโรคที่ร้ายแรงร้าย หรือรับรู้เพียงว่าอาจเกิดจากการทำงานหนักเป็นปัญหาของระบบกล้ามเนื้อ จนกระทั่งพบอาการที่เป็นลักษณะเด่นของโรคคือ อาการตัวเหลืองตาเหลือง ค้นตามผิวหนัง อึดแน่นท้อง น้ำหนักลด

จึงทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการตรวจรักษาที่ละเอียดมากขึ้น (ชูศรี คุชชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) อาการตัวเหลืองตาเหลืองดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการลุกลามของโรค ที่มักเกิดขึ้นในระยะสุดท้ายที่มีการกระจายของเซลล์เนื้องอกไปทั่วถึงจนเกิดการเบียดต่อทางเดินน้ำดีหรือเกิดการอุดตันในระบบทางเดินน้ำดีแล้ว (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) ผลกระทบจากอาการตัวเหลืองตาเหลืองนี้ก่อให้เกิดอาการรบกวนต่างๆ มากมาย เช่น อาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ค้นตามร่างกาย เป็นต้น (Ballinger et al., 1993) นอกจากนี้ยังพบอาการอื่นๆ อีกมากมายทั้งที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค การรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา ยกตัวอย่างเช่น จากการศึกษาของ Ryu et al., (2010) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามมีการรายงานอาการอย่างน้อย 1 อาการ (ร้อยละ 100) และมีการรายงานการเกิดอาการตั้งแต่ 3 อาการ ไปจนถึง 15 อาการ (88.3) สำหรับอาการที่มีการรายงานมากที่สุดคือ อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 90.6) อาการไม่มีเรี่ยวแรง (ร้อยละ 82.2) อาการปวดท้อง/ไม่สบายท้อง (ร้อยละ 61.7) การรับรสเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 60.0) อาการคันตามผิวหนัง (ร้อยละ 58.9) เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) ที่พบว่าอาการที่มีรายงานการเกิดอาการบ่อย 3 อาการแรก ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 87.3) ความวิตกกังวล (ร้อยละ 87.3) และอาการปวดท้อง (ร้อยละ 76.9) ส่วนอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวดท้อง (ร้อยละ 48.8) ความเหนื่อยล้า (ร้อยละ 15) อาการเบื่ออาหาร (ร้อยละ 10) เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยผู้วิจัยได้รวบรวมอาการที่เกิดขึ้นทั้งในระยะก่อนเข้ารับการรักษา ขณะได้รับการรักษา และภายหลังรับการรักษา ทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากการเกิดอาการ ทั้งที่พบในคนไทยและชาวต่างชาติสามารถรวบรวมได้ทั้งหมด 34 อาการ (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552; Yount et al., 2002; Kim et al., 2006; Sun et al., 2008; Sook et al., 2009; Jannifer Hammond, 2010; Ryu et al., 2010; Steel et al., 2010; Somjaiwong et al., 2011; Cho et al., 2012; Qiao et al., 2012) ดังนี้

1. อาการปวด (Pain)
2. น้ำหนักลด (Weight loss)
3. เหนื่อยล้า (fatigued)
4. คลื่นไส้ (Nausea)
5. ตัวเหลืองตาเหลือง (Jaundice)
6. ปวดหลัง (Back pain)
7. นอนไม่หลับ (Sleep disturbance)

8. ปวดท้องและไม่สบายท้อง (Stomach pain/discomfort)
9. หายใจลำบาก (Shortness of breath)
10. ไม่มีเรี่ยวแรง (Lack of energy)
11. คันตามร่างกาย (Itching)
12. รู้สึกไม่สบาย (Feeling ill)
13. ท้องมาน/ ปวดเกร็งท้อง (Stomach swelling/cramps)
14. ท้องเสีย (Diarrhea)
15. วิงเวียนศีรษะ (Drowsiness)
16. วิตกกังวล (Anxiety)
17. ซึมเศร้า (Depression)
18. นอนพักบนเตียงนานๆ (Spend time in bed)
19. ทำกิจกรรมได้น้อย (Able to do usual activities)
20. รู้สึกอาหารไม่ย่อย ท้องอืด (Digestion)
21. ไม่อยากอาหาร (Loss of appetite)
22. รู้สึกอึดอัดแน่นท้อง (Constipation)
23. มีไข้ (Fever)
24. กล้ามเนื้อเกร็ง (Muscle cramps)
25. การรับรูรสเปลี่ยนแปลง (Change in taste)
26. รู้สึกกระวนกระวายใจ (Nervous)
27. มีปัญหาในการขับถ่าย (Bowel control)
28. รู้สึกภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลง (Change in appearance)
29. อากาศหนาวสั่น (Chill)
30. ปากแห้ง (Dry mouth)
31. ชาตามร่างกาย (Numbness)
32. มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ (Problem of memory)
33. กลัวความตาย (Fear of death)
34. โศกเศร้า (Sadness)

นอกจากมีการรายงานการเกิดอาการเดี่ยวๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีแล้ว ยังพบว่ามีอาการเกิดหลายๆ อาการร่วมกัน โดยแต่ละอาการมีความสัมพันธ์ต่อกัน ทั้งที่มีสาเหตุของการเกิดอาการเดียวกันหรือไม่ก็ได้ ซึ่งเรียกว่า "กลุ่มอาการ" โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.2.2 กลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจำแนกอาการที่สัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการใน 2 ระยะ คือ 1) กลุ่มอาการตั้งแต่เริ่มมีอาการไปจนถึงก่อนได้รับการรักษา 2) กลุ่มอาการในระยะหลังได้รับการรักษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) กลุ่มอาการตั้งแต่เริ่มมีอาการไปจนถึงก่อนได้รับการรักษา

Cao et al. (2012) ศึกษาถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งตับชนิด HCC ในประเทศจีน จำนวน 155 คน โดยการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการตั้งแต่รับรู้ว่าจะเกิดโรค ภายหลังได้รับการวินิจฉัย และในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการให้เคมีบำบัดแบบ Transcatheter arterial chemoembolization (TACE) ซึ่งทำการประเมินการเกิดอาการและกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการรักษา จากการศึกษาพบว่ากลุ่มอาการที่พบได้เด่นชัดทั้งหมด 2 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการด้านจิตใจ (Psychological symptom cluster) ประกอบไปด้วยอาการกังวลใจ/เศร้าโศก และ 2) กลุ่มอาการความเจ็บป่วย (Sickness symptom cluster) ประกอบไปด้วย อาการปวด/เหนื่อยล้า/ปัญหาการนอนหลับ/ภาวะไร้พลังงาน/ปากแห้ง/ท้องมาน/น้ำหนักลด

2) กลุ่มอาการในระยะหลังได้รับการรักษา

สืบเนื่องจากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นโดย Cao et al. (2012) ในช่วงระยะเวลาภายหลังรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบ Transcatheter arterial chemoembolization (TACE) พบว่าผู้ป่วยมีการรายงานการเกิดกลุ่มอาการที่เด่นชัดทั้งหมด 4 กลุ่มอาการ โดย 2 กลุ่มอาการแรกที่พบในช่วงก่อนได้รับการรักษา ยังคงพบเหมือนเดิมแต่มีอาการเดี่ยวๆ ที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลงไปตามผลข้างเคียงของการรักษา และอีก 2 กลุ่มอาการที่เพิ่มขึ้นมา ดังนี้ 1) กลุ่มอาการด้านจิตใจ (Psychological symptom cluster) ประกอบไปด้วยอาการกังวลใจ/เศร้าโศก 2) กลุ่มอาการความเจ็บป่วย (Sickness symptom cluster) ประกอบไปด้วย อาการเหนื่อยล้า/ปวด/เบื่ออาหาร/ท้องมาน/น้ำหนักลด/มีไข้/ปากแห้ง/วิงเวียนศีรษะ/หายใจลำบาก 3) กลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหารส่วนบน (Upper gastrointestinal cluster) ประกอบไปด้วยอาการ คลื่นไส้/อาเจียน และ 4) กลุ่มอาการที่ตับสูญเสียการทำหน้าที่ (Liver function impairment cluster) ประกอบไปด้วยอาการ ตัวเหลืองตาเหลือง/อาการคันตามร่างกาย

นอกจากนี้ Myung - Sook et al. (2009) ได้ทำการศึกษาถึงกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งตับชนิด HCC ในประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 151 คน พบว่ากลุ่มอาการที่เด่นและพบมากที่สุด จำนวน 4 กลุ่มอาการ (ร้อยละ 61.04) ได้แก่ 1) กลุ่มอาการปวด/เบื่ออาหาร 2) กลุ่มอาการเหนื่อยล้า

3) กลุ่มอาการคันตามร่างกาย/อาการท้องอืด และ 4) กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ต่อมา Ryu et al., (2010) ศึกษาถึงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังตับชนิด Hepatocellular carcinoma ประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 180 คน ในระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการให้เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา พบว่ามีกลุ่มอาการที่เด่นที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งตับ 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการปวด/อาการเบื่ออาหาร ประกอบไปด้วยอาการปวด/คลื่นไส้/เบื่ออาหาร/มีไข้/การรับรสเปลี่ยนแปลง 2) กลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า ประกอบไปด้วยอาการเหนื่อยล้า/ปวดหลัง/ภาวะไร้พลังงาน/เศร้าโศก 3) กลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหาร ประกอบไปด้วยอาการตัวเหลืองตาเหลือง/ปวดท้อง/ไม่สุขสบายท้อง/ท้องมาน/ท้องเกร็ง/ท้องเสีย และ 4) กลุ่มอาการคันตามร่างกาย/ท้องอืดแน่นท้อง ประกอบไปด้วย 2 อาการดังกล่าว

จากการศึกษาของ Steel et al., (2010) ที่ทำการศึกษาถึงอุบัติการณ์และสาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม (Hepatobiliary carcinoma) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมี 3 อาการหลักที่มีอุบัติการณ์การเกิดสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า และอาการวิตกกังวล/ภาวะซึมเศร้า และการประเมินผลเป็นการอธิบายถึงผลลัพธ์ของการเกิดกลุ่มอาการต่อความผาสุกด้านจิตใจ (Emotional well-being) ของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของการเกิดกลุ่มอาการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการรายงานการเกิดกลุ่มอาการที่เด่นที่สุด 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) กลุ่มที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic cluster) เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนแม้จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ยังไม่พบอาการใดๆ ที่รุนแรงและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากนัก จึงมีเพียงบางส่วนที่มีการรายงานการเกิดอาการปวดและอาการเหนื่อยล้าในระดับต่ำ จึงส่งผลให้ความผาสุกด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 40) 2) กลุ่มที่ปรากฏอาการ (Symptomatic cluster) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรายงานการเกิดอาการปวดและอาการเหนื่อยล้าในระดับสูง จึงส่งผลให้ความผาสุกด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 25) และ 3) กลุ่มอาการเหนื่อยล้า (Fatigue cluster) พบว่ามีความแปรปรวนของการรายงานการเกิดอาการ โดยผู้ป่วยจะมีความถี่ของการเกิดอาการปวดในระดับต่ำ แต่พบว่ามีรายงานความถี่ของการเกิดอาการเหนื่อยล้าในระดับสูง จึงส่งผลให้ความผาสุกด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35)

3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถแปลหรือถ่ายทอดปรากฏการณ์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงต่างๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความเป็นนามธรรมสูงให้กลายเป็นรูปธรรมที่สามารถสังเกตได้ วัดได้ เข้าใจถึงอาการและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้น ในการประเมินอาการจึงต้องคำนึงถึงคุณลักษณะเฉพาะ

ของเครื่องมืออื่นๆ ว่ามีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้มากน้อยเพียงใด การประเมินอาการ ประกอบด้วย 3 วิธี (Barsevick et al., 2006) ดังนี้

3.2.3.1 การประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินของแต่ละอาการ ซึ่งปกติแล้วแนวคิดการประเมินอาการนั้น เครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อประเมินอาการมักจะประกอบด้วยหลายมิติ (Multidimensional measures) ได้แก่ ด้านเวลา ความถี่ ความรุนแรง ตำแหน่ง ความทุกข์ทรมาน ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงหรือปัจจัยที่ช่วยให้อาการบรรเทาลง ผลกระทบจากอาการ เป็นต้น ดังนั้นการประเมินอาการที่ประกอบไปด้วยหลายๆ มิติจึงมักเกิดความยุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากเครื่องมือแต่ละชนิดอาจมีมาตรวัดไม่เหมือนกัน และการวัดหลายๆ อาการหลายๆ มิติ ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามมากขึ้น ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าเป็นภาระจึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยบางประเภทหรือการประเมินในเวลาจำกัด

3.2.3.2 การประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ แต่มีมิติของอาการเพียงมิติเดียว (Unidimensional measurement) ซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกประเมินในมิติด้านความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมาน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการด้วยวิธีดังกล่าวจะช่วยให้มีความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ และสามารถประเมินได้หลายๆ อาการ โดยเน้นที่การประเมินมิติที่มีความสำคัญที่สุด ณ ขณะนั้น

3.2.3.3 การประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ หลายๆ มิติ แต่คัดสรรเฉพาะมิติที่มีความสำคัญเท่านั้น เช่น การประเมินอาการในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง, ประเมินการเกิดอาการภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นต้น นอกจากการประเมินมิติด้านความรุนแรงของอาการแล้ว อาจประเมินในมิติด้านเวลาหรือความถี่ของการเกิดอาการ หรือการประเมินหลายๆ อาการ ในมิติด้านความรุนแรงและด้านความทุกข์ทรมานของการเกิดอาการ โดยการประเมินอาการด้วยวิธีดังกล่าวมีหลักของการประเมินดังนี้

- มาตรวัดที่ใช้จะต้องมีความสอดคล้องกับมิติของอาการที่ต้องการวัด
- มิติของอาการที่ต้องการวัดจะต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ความสอดคล้องของเวลาที่ใช้ในการวัด
- ความสอดคล้องกับบริบททางคลินิก
- ความสะดวกต่อการนำไปใช้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการ มีการพัฒนาขึ้นจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นการสร้างขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ที่มีอาการแตกต่างกัน โดยแต่ละสถาบันเป็นผู้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในสถาบันของตนเองก่อน แล้วจึงเผยแพร่สู่สาธารณะในเวลาต่อมา (พูลสุข ศิริพุด, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ของ Kirkova et al. (2006) พบว่ามีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 21 เครื่องมือ ยกตัวอย่างเช่น แบบประเมินอาการ Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Portenoy et al. (1994) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถามในการประเมินอาการทั้งสิ้น 32 อาการ ในหลายมิติได้แก่ การเกิดอาการ (Symptom occurrence) ความถี่ในการเกิดอาการ (Frequency) ความรุนแรงของอาการ (Symptom severity) และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ (Symptom distress) การประเมินความถี่และความรุนแรง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ในด้านความถี่ 1 (เกิดน้อยมาก) ถึง 4 (เกิดตลอดเวลา) และความรุนแรง 1 (รุนแรงน้อย) ถึง 4 (รุนแรงมากที่สุด) ตามลำดับ สำหรับการประเมินอาการที่รบกวนผู้ป่วยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 โดยที่ 0 หมายถึง อาการนั้นไม่รบกวนผู้ป่วยเลย คะแนนยิ่งมาก หมายถึง อาการนั้นมีการรบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนประสพการณ์การมีอาการโดยรวมวิเคราะห์โดยหาผลรวมของแต่ละอาการในทุกมิติและหาค่าเฉลี่ย โดยผ่านการนำไปทดลองใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วยโรครีรังต่างๆ (Ingham and Portenoy, 1996) และโรคมะเร็ง (Portenoy et al., 1994) พบว่ามีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ระหว่าง 0.80 - 0.95

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการนำหลักของการประเมินอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ แต่มีมิติของอาการเพียงมิติเดียว คือ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้มีความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ และสามารถประเมินได้หลายๆ อาการในมิติที่มีความสำคัญที่สุดในขณะนั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีทั้ง 12 อาการ ได้แก่ อาการปวดท้อง/ท้องเกร็ง/ปวดร้าวไปหลัง อาการเบื่ออาหาร/น้ำหนักลด เหนื่อยล้า/อ่อนแรง/ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง อาการคลื่นไส้/อาเจียน อาการการรับสเปลี่ยนแปลง/ปากแห้ง อาการมีไข้/หนาวสั่น/รู้สึกไม่สบาย/หายใจลำบาก อาการตัวเหลือง/ตาเหลือง/คันตามร่างกาย อาการแน่นท้อง/ท้องอืด/ท้องมาน อาการบวมตามร่างกาย กลุ่มอาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า/หุดหู่ อาการสมรรถภาพทางเพศ/ความสนใจในกิจกรรมทางเพศลดลง และภาพลักษณ์ของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป

3.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี

โรคมะเร็งเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังและมีความก้าวหน้าของโรคต่อไปตลอดเวลา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรต่อร่างกายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าตนเองถูกควบคุมด้วยความเจ็บป่วย ทุกข์ทรมาน และต้องเข้ารับการรักษาจากการมีอาการรบกวน ซึ่งลักษณะของการเกิดอาการนั้นอาจพบได้ทั้งระยะที่เริ่มมีอาการเล็กน้อย อาการคงที่ มีอาการ

รุนแรงมากขึ้น หรือมีอาการกลับไปกลับมา เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนของอาการที่เกิดขึ้น อาจประกอบไปด้วยอาการเดี่ยวๆ หรือมีมากกว่า 2 อาการเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน โดยอาการที่เกิดขึ้น สร้างความทุกข์มาให้กับผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (สุวรรณณี สิริเลิศระกูล และคณะ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรษา มั่นประเสริฐ และคณะ, (2552) พบว่าจำนวนของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นหากผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการที่หลากหลาย ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของผู้ป่วยในทางที่แย่ง สำหรับในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้น พบว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอาการต่อคุณภาพชีวิตบ้างแล้ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Sun et al. (2008) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการรบกวนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 45 คน พบว่าอาการรบกวนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีประกอบไปด้วย อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหนื่อยล้า ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และอาการปวด/ไม่สบายท้อง โดยในช่วงแรกของการประเมินความทุกข์ทรมานของอาการเหล่านี้ในช่วงแรกที่เข้ารับการรักษาพบว่าอยู่ในระดับต่ำ แม้ในผู้ป่วยที่มีระยะความรุนแรงของโรคในระยะที่เนื้องอกมีการลุกลามก็อาจไม่พบอาการและอาการแสดงที่เด่นชัด แต่เมื่อติดตามผลโดยการประเมินลักษณะการเกิดอาการรบกวนเหล่านี้ซ้ำในเดือนที่ 3 และ 6 กลับพบว่าผู้ป่วยมีรายงานการเกิดอาการเพิ่มมากขึ้นทั้งในมิติของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการที่กล่าวมา และเมื่อทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย ก็พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีระดับลดต่ำลงเรื่อยๆ นับจากการประเมินครั้งแรกเมื่อมารับการตรวจและการประเมินซ้ำในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 และเมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่ากลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูง ($r = .64$) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกด้านร่างกาย (physical well-being) และความผาสุกด้านการทำหน้าที่ (functional well-being) ในระดับสูง ($r = -.72, -.73$) ตามลำดับ ส่วนทางด้านความผาสุกทางจิตใจ (emotional well-being) ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spirituality) และความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวพบว่ามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ($r = -.51, -.54, \text{ และ } -.17$) ตามลำดับ

Hammond (2010) พบว่าอาการเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า ($r = 0.306$) อาการปวด ($r = 0.403$) และอาการนอนไม่หลับ ($r = -0.29$) โดยอาการเหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งการเกิดอาการเหนื่อยล้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ 3 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยทางกายภาพ

(physical factors) เกี่ยวข้องกับสถานะของโรคที่ทำให้ร่างกายต้องการพลังงานมากขึ้นเพิ่มซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว กระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น มีการสะสมของเสียจากการเผาผลาญในร่างกาย รวมทั้งมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ ทำให้พลังงานค่อยๆ หดไปและเกิดความเหนื่อยล้าขึ้นได้ในที่สุด ส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมหรือการเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ เช่น ขาดแรงจูงใจ ง่วงนอน สับสน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น 2) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันและสารต่างๆ ที่มีในร่างกาย และเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า Granulocyte colony stimulating factor (G-CSF) ซึ่งเป็นโคโรนของเซลล์ในอวัยวะต่างๆ ที่ทำหน้าที่จับกิน (Phagocytosis) สิ่งที่เป็นแอนติเจนในร่างกาย และเกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างเม็ดเลือดให้กับร่างกาย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าระดับของ G-CSF ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า โดยระดับ G-CSF ที่ลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงส่งผลต่อการเกิดอาการร่วมอื่นๆ มากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มความสามารถของตนเอง และ 3) ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychological factors) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามมักส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความวิตกกังวลและนอนไม่หลับ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะนำไปสู่การเหนื่อยล้า เนื่องจากไม่มีการเก็บสะสมของพลังงานในร่างกาย กล้ามเนื้อในร่างกายมีการเกร็ง มีการใช้พลังงานมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้า ไม่สดชื่น ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น จากทั้งหมดที่กล่าวมา จึงสรุปได้ว่า กลุ่มอาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามอย่างชัดเจน

จากการศึกษาของ Ryu et al. (2010) พบว่ากลุ่มอาการที่มักพบในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม ได้แก่ 1) กลุ่มอาการปวด/อาการเบื่ออาหาร ประกอบไปด้วยอาการปวด/คลื่นไส้/เบื่ออาหาร/มิใช่/การรับรสเปลี่ยนแปลง 2) กลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า ประกอบไปด้วยอาการเหนื่อยล้า/ปวดหลัง/ภาวะไร้พลังงาน/เศร้าโศก 3) กลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหาร ประกอบไปด้วยอาการตัวเหลืองตาเหลือง/ปวดท้อง/ไม่สุขสบายท้อง/ท้องมาน/ท้องเกร็ง/ท้องเสีย และ 4) กลุ่มอาการคันตามร่างกาย/ท้องอืดแน่นท้อง และเมื่อศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่มีการเกิดกลุ่มอาการเพียงกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่มีการเกิดกลุ่มอาการตั้งแต่ 2 กลุ่มอาการขึ้นไป พบว่า ผู้ป่วยที่มีการเกิดกลุ่มอาการตั้งแต่ 2 กลุ่มอาการขึ้นไปมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีการเกิดกลุ่มอาการเพียงกลุ่มเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=106.44, SD=23.30: Mean=134.84, SD=21.64) ผลกระทบของการเกิดกลุ่มอาการส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายโดยทำให้มีสภาพ

ร่างกายที่เสื่อมโทรมลง การทำงานของตับเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจ/อารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยความวิตกกังวล/ซึมเศร้า และด้านการทำกิจกรรมต่างๆ พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำได้น้อยลง ยกเว้นในด้านสังคมและครอบครัวที่พบว่ามีความเครียดมากขึ้นเนื่องจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า อาการเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย (ชูศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548; Cao et al., 2012) และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องลาออกจากงานประจำ ทำให้สูญเสียรายได้ (Kim et al., 2006; Sun et al., 2008; Cao et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าในด้านความรุนแรงของอาการทำให้ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเกิดความวิตกกังวลต่อการลุกลามของโรค รู้สึกสูญเสียความมั่นใจในตนเอง รู้สึกอับอายที่เป็นโรคร้ายแรง รู้สึกว่าตนเองสูญเสียภาพลักษณ์ไปจากเดิม เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิต และท้อแท้ใจ เป็นต้น (Qiao et al., 2012)

3.3 การจัดการกับอาการ

3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ

แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model: SMM) เป็นแบบจำลองทางการแพทย์ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1994) ซึ่งพัฒนามาจากงานวิจัยและการปฏิบัติงานของพยาบาล ใช้ชื่อเรียกว่า “A Model of Symptom management” แต่แบบจำลองดังกล่าวได้รับการพิจารณาว่าไม่สะท้อนถึงมโนทัศน์ทางการแพทย์อันได้แก่ คน (Person) สิ่งแวดล้อม (Environment) สุขภาพ (Health) และการพยาบาล (Nursing) (Jablonski and Wyatt, 2005) ดังนั้นในปี ค.ศ. 1998 Dr. Marilyn J. Dodd จึงได้นำโมเดลดังกล่าวมาพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถอธิบายมโนทัศน์ทางการแพทย์ได้ โดยใช้ชื่อว่า “Symptom Management Model” และได้รับการปรับปรุงให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในปี ค.ศ. 2001 (ภาพประกอบที่ 1)

Dodd et al. (2001) ได้อธิบายว่าแนวความคิดพื้นฐานของแบบจำลองการจัดการกับอาการ เชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของบุคคล ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นๆ จะสามารถคิดหาวิธีการในการจัดการกับอาการของตนเองได้ และมีความเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งหนึ่ง

แบบจำลองนี้ตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลซึ่งประกอบไปด้วย บุคคล (person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (health and illness) สิ่งแวดล้อม (environment) และการพยาบาล (nursing) โดยปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ดังนี้

- บุคคล (Person domain) ซึ่งเป็นปัจจัยในการเกิดอาการขึ้นอยู่กับข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic) สภาพร่างกาย (Physical) สภาพอารมณ์และจิตใจ (Psychological) พยาธิสภาพของการเจ็บป่วย (Physiological) สังคมของบุคคลนั้นๆ (Sociological)

- สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Health and illness) เป็นปัจจัยในการเกิดอาการที่ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพขณะที่เกิดการเจ็บป่วย (Health status) ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ความรุนแรงหรือธรรมชาติของโรค (Disease and injury) ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ

- สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยในการเกิดอาการที่ขึ้นอยู่กับสภาพทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม (Physical) ซึ่งรวมไปถึง บ้าน ที่ทำงาน โรงพยาบาล แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม (Social support) วัฒนธรรมในท้องถิ่น (Culture) ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันของบุคคลในสังคมนั้นๆ โดยที่สถานที่ที่มีผลต่อกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- การพยาบาล (Nursing) เป็นการกระทำเพื่อก่อให้เกิดความสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกระทำ

นอกจากนี้ Dodd et al. (2001) ยังได้ปรับสาระของการพิจารณากลวิธีในการจัดการกับอาการให้มีความเหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้น ตามความต้องการ/ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว และตามบทบาทของทีมสุขภาพในการช่วยเหลือสนับสนุนให้เกิดการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องมีมโนทัศน์ที่ชัดเจนในการจัดการกับอาการ ซึ่งแบบจำลองนี้ประกอบไปด้วย 3 มโนทัศน์ที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

- 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย อาการ การบาดเจ็บ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองของอาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรม ซึ่งการเข้าในสิ่งเหล่านี้จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสบการณ์การ

มีอาการจะสัมพันธ์กับการรับรู้ของอาการและการประเมินอาการ ดังนั้นประสบการณ์จะประกอบด้วย

- การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) การรับรู้อาการ หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกตัวดีแปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึก หรือปฏิบัติโดยมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ อันประกอบไปด้วย การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง โดยมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลและ/หรือการรักษาที่ได้รับ รวมถึงการรับรู้อาการมีความซับซ้อน จากนั้นจึงทำการตัดสินใจที่จะจัดการกับอาการ ซึ่งถ้าการรับรู้สอดคล้องตรงกัน การจัดการก็จะเป็นความขัดแย้งเกิดขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงกันกับปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า วัฒนธรรมและระยะของพัฒนาการจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อาการของแต่ละบุคคล (McClement et al., 1997)

- การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือถาวร ความถี่ ผลกระทบ หรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการ

- การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่ออาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคมและพฤติกรรมโดยอาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาวต่อการตอบสนองด้านร่างกาย ต่ออาการ รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการตัดสินใจที่จะจัดการกับอาการที่อาจเกิดปัญหาได้

การรับรู้ปัญหาและการรายงานอาการด้วยตัวผู้ป่วยหรือครอบครัว บางครั้งหากไม่มีความสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงอาจเกิดปัญหาจากการจัดการกับอาการที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้นการประเมินประสบการณ์ผู้ป่วยและครอบครัวให้ตรงกับปัญหา จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรมีวิธีการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถรับรู้และเข้าใจถึงสาเหตุของอาการที่แท้จริงได้ ซึ่งจะเป็นผลต่อประสิทธิภาพของการจัดการกับอาการและผลต่อภาวะการเจ็บป่วย

2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) เป้าหมายหลักของการจัดการกับอาการนั้นเพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยการใช้กลวิธี การดูแลตนเอง การใช้ยาในการบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ป่วยในแต่ละรายก่อน เพื่อนำไปสู่กลวิธีจัดการกับอาการ ตามด้วยวิธีการแยกแยะวิธีการทางการแพทย์ที่มีปัญหาและการจัดการกับอาการ ซึ่งกลวิธีจัดการกับอาการ อาจจะมีเป้าหมายเพียงแก่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ตามความต้องการของผู้ป่วย

ความต้องการการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงไปตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งกลวิธีในการจัดการกับอาการมีความเฉพาะเจาะจงว่าใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ทำไมจึงต้องใช้ ใช้มาก-น้อยเท่าไร ใช้กับใคร หรือ ผู้รับบริการเป็นใคร และใช้อย่างไร รวมทั้งการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือ (Adherence) ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ หรือพยาบาล โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Thanasilp and Kongsaktrakul, 2005) บุคคลอาจเลือกวิธีในการจัดการกับอาการวิธีเดียวหรือหลายวิธี แต่ต้องมีประสิทธิภาพและมีผลต่อประสิทธิผลการจัดการกับอาการที่บุคคลเป็น และมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่ต้องการ การจัดการกับอาการในที่นี้ รวมไปถึงการใช้ยา (Pharmacology) และวิธีการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา (Non-pharmacology) เนื่องจากการใช้ยาอย่างเดียวอาจได้ผลไม่ดีพอ ดังนั้นกลวิธีในการจัดการกับอาการนั้นๆ จึงขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละสถานการณ์ (พุลสุข ศิริพูล, 2554)

3) ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ (Symptom outcomes) เป็นผลที่เกิดจากประสิทธิผลการมีอาการ และได้จากกลวิธีในการจัดการกับอาการ เกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง 8 ด้าน ดังนี้

3.1) สถานะของอาการ (Symptom status) อาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น เลวลง หรือคงที่

3.2) สถานะการทำหน้าที่ของบุคคล (Functional status) ผลของการจัดการกับอาการทำให้บุคคลสามารถคงการทำหน้าที่ไว้ได้ ทั้งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและการทำหน้าที่ตามบทบาทความรับผิดชอบทางสังคมได้ตามปกติหรือไม่

3.3) สถานะทางอารมณ์ (Emotional status) เป็นประสิทธิภาพของการควบคุมตนเอง การจัดการหรือแก้ไขอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสงบทางจิตใจและอารมณ์ การเผชิญความเครียด ความผิดปกติของจิตใจ การแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์และพัฒนาการจิตที่ได้รับการฝึก

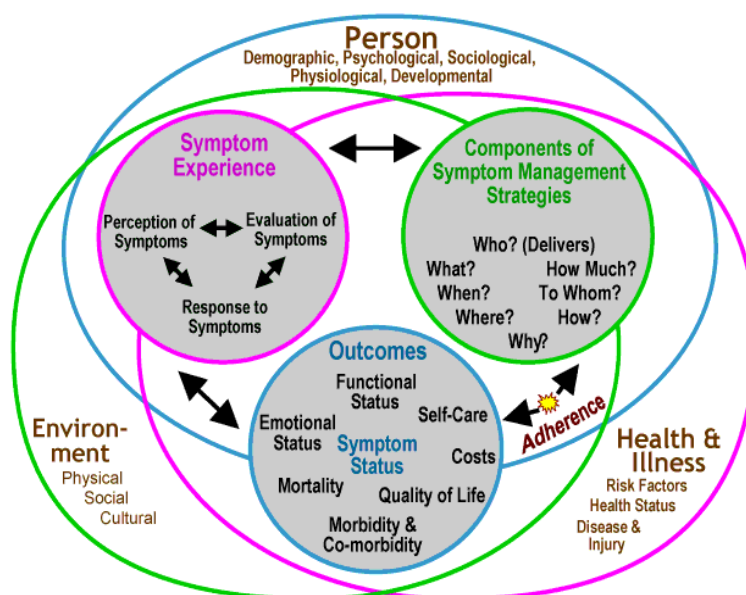
3.4) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผลจากการจัดการของบุคคลใด บุคคลหนึ่ง ผู้ป่วยสามารถดำรงความสามารถในการดูแลตนเองต่อไปได้หรือไม่

3.5) ค่าใช้จ่ายในการรักษา (Cost) เมื่ออาการถูกกำจัดลงหรือบรรเทา ลง สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือลดต้นทุนการผลิต

3.6) การเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (Morbidity or Co-morbidity) ผลของการจัดการกับอาการก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเพิ่มเติมหรือไม่ มีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ เกิดความพิการซึ่งเป็นผลจากการจัดการกับอาการหรือไม่

3.7) อัตราการตาย (Mortality) วิธีที่เลือกใช้ในการจัดการกับอาการทำให้เกิดความสูญเสียหรือมีผลต่อชีวิตหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือไม่

3.8) คุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ในระยะยาวคือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001)

จากแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย หรือองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การมีอาการ การรับรู้และการประเมินอาการที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การเลือกวิธีการรักษา และการจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกลวิธีการจัดการที่แต่ละบุคคลเลือกปฏิบัติ

3.3.2 ความหมายของการจัดการกับอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ความหมายของการจัดการกับอาการไว้ ดังนี้

ชูศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) ให้ความหมายของการจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น ผู้ป่วยแต่ละคนมีองค์ประกอบที่ส่งผลให้ประสบการณ์ของบุคคลแตกต่างกัน รวมถึงการรับรู้และการประเมินอาการซึ่งมีผลทำให้บุคคลตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การรักษา การแสวงหาการรักษา และการจัดการกับอาการต่างๆ ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นใน แต่ละบุคคล

นิรมล พจน์ด้วง และคณะ (2552) ให้ความหมายของการจัดการกับอาการ หมายถึงวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นที่ผู้ป่วยปฏิบัติตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนถึงมาโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายการกระทำ เพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการที่เกิดขึ้น

Sun and Sama (2008) ให้ความหมายของการจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยอาจเลือกใช้วิธีการรักษาที่ประกอบไปด้วยการใช้ยาเพื่อการรักษา หรือการไม่ใช้ยา ก็ได้

Xiao (2010) ให้ความหมายของการจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยวิธีการต่างๆ นั้นอาจได้มาจากประสบการณ์ของตนเอง จากบุคคลอื่นๆ และจากการเรียนรู้จากสื่อต่างๆ รอบตัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า การจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติเมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.3.3 การจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายหลังทราบการวินิจฉัยโรค เนื่องจากลักษณะทางคลินิกในระยะแรกของโรคอาการคลุมเครือไม่ชัดเจนจนกระทั่งระยะของโรคได้พัฒนาเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 จึงจะปรากฏอาการที่เด่นชัดมากขึ้น และมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยโรคก็ต่อเมื่อมีการลุกลามของโรคเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายนี้ (Cahill & Braccia, 2004) สำหรับอาการที่พบได้บ่อยในระยะนี้คือ อาการปวดใต้ชายโครงขวา คลำพบตับโต น้ำหนักลด ท้องมาน ตัวเหลืองตาเหลือง มีไข้ (Bartlett, Carr and Marsh, 2005) ซึ่งจำนวนของอาการที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค การรักษา

และผลข้างเคียงจากการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงทำให้การจัดการกับอาการต่างๆ มีความลำบากซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากพบว่ามีอาการเกิดอาการร่วมกันหลายๆ อาการที่เรียกว่า “กลุ่มอาการ” ที่อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันด้วยกลไกการเกิดอาการที่เกี่ยวข้องกัน ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในทางที่แย่ง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการกับอาการรบกวนเหล่านี้ให้ทุเลาลงหรือหมดไป ย่อมส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้าน ภาวะการทำหน้าที่ สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (Miaskowski, 1999) ดังนั้นกลวิธีในการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีที่ดีจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยหลายด้าน และมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี โดยการศึกษาของ ชูศรี คุชชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) พบว่าการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามการรับรู้ประสบการณ์ของตนเองและผู้ที่ใกล้ชิด มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาต่างๆ เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน สื่อต่างๆ บุคคลเหล่านี้จะแนะนำให้ไปรับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ก่อนที่จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงทำให้การมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพร้อมกับอาการที่รุนแรงขึ้น เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีและต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกคนไม่ตัดสินใจในทันที หากแต่ขอกลับไปปรึกษากับญาติพี่น้องก่อน ซึ่งส่วนใหญ่มักจะไม่เห็นด้วยที่จะผ่าตัดและแนะนำให้เปลี่ยนแพทย์ผู้รักษา เปลี่ยนสถานที่รักษา เปลี่ยนวิธีการรักษา จนในที่สุดอาการของโรครุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการคันตามร่างกายและแน่นท้องมากจึงตัดสินใจผ่าตัด ดังนั้น การแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีประกอบไปด้วย 3 ลักษณะดังนี้

1) การจัดการกับอาการในระยะแรกของโรค เช่น อาการแน่นท้อง ท้องอืด ซึ่งคล้ายกับอาการของโรคแผลในกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลากับการรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารรวมทั้งผู้ป่วยเป็นคนอีสานที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสเผ็ดซึ่งมีสาร Capsaicin ช่วยในการขับลม แก้อืดท้องอืด จึงช่วยบรรเทาอาการดังกล่าว จากนั้นผู้ป่วยจึงแสวงหาการรักษาด้วยตนเอง โดยการซื้อยาแก้ปวดหรือยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง บางคนไปสถานีอนามัยใกล้บ้าน คลินิกหรือโรงพยาบาล ซึ่งจะได้รับยารักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารมารับประทาน หรือการทำตามการรับรู้ประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีอาการคล้ายกัน เพื่อบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ให้ลดลง

2) อาการปวดในระยะแรกของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเข้าใจว่าเกิดจากการทำงานหนัก เส้นเอ็นหลังตึง จึงได้รับคำแนะนำจากคนใกล้ชิดและเพื่อนบ้านให้ใช้การรักษา

ด้วยสมุนไพร ดังนั้นการจัดการกับอาการปวดนี้ ผู้ป่วยจะใช้การแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ การบีบนิ้ว จากหมอนเส้น หมอนเอ็นมาบีบนิ้วให้ หรือรักษาโดยใช้สมุนไพรเพื่อประคบ รับประทานเพื่อบรรเทา อาการปวด นอกจากนี้ยังใช้การปิดเป่าน้ำมันตามความเชื่อด้านสุขภาพและปฏิบัติตามวัฒนธรรม ในชุมชน

3) อาการของโรคในระยะลุกลามและในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการปวด แน่นได้ถี่ขึ้น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตับโต ตาเหลือง ตัวเหลือง มีไข้ หนาวสั่นและ คันตามร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเสียภาพลักษณ์และทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปัสสาวะ เหลือง ตาเหลือง ตัวเหลือง และคัน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็นโรคดีซ่าน จึงทำให้แสวงหาการรักษา ที่เฉพาะทาง การจัดการกับอาการ โดยได้รับคำแนะนำจากญาติและเพื่อนบ้านให้รักษาด้วยการ รับประทานสมุนไพรในลำดับแรก แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงเปลี่ยนไปรับการรักษาจากการแพทย์ วิชาชีพ ได้แก่ สถานีอนามัย คลินิกแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น และ พบว่าผู้ป่วยจะมีการใช้ระบบบริการสุขภาพหลายระบบร่วมกัน เพื่อสรรหาการรักษาที่ช่วยรักษา อาการให้หายขาดและที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ

นอกจากนี้ Sun and Sarna (2008) พบว่าการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย มะเร็งตับและท่อน้ำดีมีความซับซ้อน เนื่องจากกลไกของของการเกิดอาการที่เป็นผลมาจากพยาธิ สภาพของโรค การรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษา โดยอาการที่มักพบในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ อาการปวด เหนื่อยล้า น้ำหนักลด และอาการที่เกิดจากการอุดตันของระบบทางเดินน้ำดี เช่น ท้องมาน ตัวเหลืองตาเหลือง เป็นต้น ซึ่งพยาธิสภาพการเกิดอาการและการจัดการกับอาการ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การจัดการกับอาการปวด อาการปวดท้องเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย มะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยลักษณะของอาการปวดเป็นการถ่ายทอดทางเส้นประสาทรับความรู้สึก แบบ visceral pain ที่มีการถ่ายทอดโดยเส้นใยประสาทชนิด C ที่ไม่มีปลอกหุ้ม (unmyelinated C fiber) ซึ่งเส้นใยประสาทเหล่านี้พบในกล้ามเนื้อ เยื่อหุ้มกระดูก เยื่อช่องท้อง เยื่อ mesentery และ อวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดความรู้สึกปวดแบบต่างๆ ได้แก่ ปวดตื้อๆ ปวดบีบเกร็ง โดยลักษณะที่สำคัญ คือ อาการปวดแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่สามารถชี้จุดที่ชัดเจนได้ เนื่องจากตับเป็นอวัยวะตัน (solid organs) เมื่อมีการโตขึ้นอย่างรวดเร็วของเซลล์เนื้อออก จึงเกิดการดึงรั้งของเยื่อ mesentery ที่ อยู่ด้านหลังต่อเยื่อหุ้มช่องท้อง จึงพบว่าผู้ป่วยจะปวดแบบตื้อๆ ตลอดเวลา (จินดารัตน์ เจริญญากุล, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการกับอาการปวดท้องในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี คือ การจัดการกับอาการด้วยการใช้ยา และไม่ใช้ยา โดย Mercadante (2002) พบว่าการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ยังคงเป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ

เพื่อรักษาอาการปวดที่รุนแรงในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการให้ และสภาพของผู้ป่วย และหากพบว่าความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับต่ำ การให้ยากกลุ่ม NSAIDs ก็พบว่าได้ผลดีเช่นกัน (Mercadante et al., 1999) ส่วนการจัดการกับอาการที่ไม่ใช่ยา เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่รบกวน และการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจจาก สมาชิกในครอบครัวเพื่อบรรเทาอาการปวด (Miaskowski et al., 1999) เป็นต้น

2) การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ได้แก่ อาการปวด ภาวะทางอารมณ์ ปัญหาการนอนหลับ โลหิตจาง ภาวะพร่องโภชนาการ พยาธิสภาพที่เลวลง และการมีโรคอื่นๆ ร่วม (Mock, 2004) ดังนั้นการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการที่เป็นสาเหตุเหล่านี้ด้วย เช่น การรักษาด้วยยาก กลุ่ม Antidepressants ในรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และการให้ยากกลุ่ม psychostimulants เพื่อช่วย เพิ่มระดับพลังงานในร่างกายของผู้ป่วย (Bruera et al., 2006) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าแบบไม่ใช่ยาที่มีประสิทธิภาพ เช่น อาการออกกำลังกายด้วยแอโรบิก ช่วยลด ระดับของอาการเหนื่อยล้า (Schwartz et al., 2002) และการให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหาการนอน ไม่หลับก็เป็นกลวิธีในการจัดการเพื่อลดปัญหาจากอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง ที่บ้าน (Lai et al., 2007)

3) การจัดการกับอาการน้ำหนักรีด ปัญหา น้ำหนักรีดมีสาเหตุจากอาการ เบื่ออาหารและการรับประทานอาหารไม่ได้ ดังนั้นการจัดการกับปัญหาดังกล่าวจึงควรเริ่มจากการ ประเมินสาเหตุของอาการ เช่น มีอาการคลื่นไส้เรื้อรัง อึดอัดแน่นท้อง อิ่มเร็ว การรับรส เปลี่ยนแปลง และภาวะซึมเศร้า (Del Fabbro, Dalal, and Bruera, 2006) การให้ยาช่วยในการ ย่อยอาหาร เช่น megestrol acetate 160-1,600 mg/วัน พบว่าช่วยเพิ่มความอยากอาหารให้กับผู้ป่วย ได้อย่างมีนัยสำคัญ (Lopez, Roque-Figuls, and Cuchi, 2004) นอกจากนี้ การให้คำปรึกษารายเดี่ยว เกี่ยวกับการรับประทานอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาพบว่าช่วยเพิ่มให้ผู้ป่วย รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น คงไว้ซึ่งการมีภาวะโภชนาการที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Ravasco et al., 2005)

4) การจัดการกับอาการท้องมาน อาการท้องมาน คือการสะสมของน้ำใน ช่องท้อง ของเหลวที่ซึมผ่าน membrane ออกมา ประกอบด้วยอิเล็กโทรไลต์และอัลบูมิน ซึ่ง ไม่สามารถไหลไปที่อื่นได้ และการสูญเสียการทำหน้าที่ของตับจากเนื้องอกทำให้ตับเกิดการ สะสมสอร์โอมควบคู่กับความสมดุลของโซเดียมและน้ำ คือ aldosterone และ antidiuretic ในเลือด ที่จะไปกระตุ้นให้ไตมีการดูดซึมกลับของโซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้น เป็นเหตุให้เกิดภาวะท้องมาน ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางคลินิก เช่น ความดันภายในช่องท้องเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากการสะสม

ของเหลวในช่องท้อง หายใจลำบาก อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เบื่ออาหาร อิ่มเร็ว คลื่นไส้และอาเจียน ปวด และบวมตามแขนขา ดังนั้นการจัดการกับอาการท้องมานได้แก่ การให้ยาขับปัสสาวะ การให้อาหารจำกัดเกลือและน้ำ (Keen and Fallon, 2002; (Lau and Lai, 2008)) การชั่งน้ำหนักและวัดรอบท้อง (Sun and Sama, 2010) และสอนวิธีการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดอาการหายใจลำบาก (วินัส ลิพกุล, 2552) เป็นต้น

5) การจัดการกับอาการดีซ่าน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะแสดงอาการตัวเหลืองตาเหลือง ที่มีสาเหตุจากการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดีจากการลุกลามของเซลล์เนื้อตับจนเกิดการเป็ยคท่อทางเดินน้ำดีให้ตีบแคบลง ทำให้การไหลผ่านของน้ำดีเกิดการคั่งค้างกลับคืนเข้าสู่กระแสเลือด หรือจากพยาธิใบไม้ในตับ (Qin and Tang, 2003) จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองและคันตามร่างกาย การจัดการกับอาการดีซ่านที่พบในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมักเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการ เนื่องจากการวินิจฉัยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลามหรือมีภาวะเจ็บป่วยที่สำคัญทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้ เช่น การระบายน้ำดี (biliary drainage) ด้วยการทำการ endoscopic, percutaneous drainage, surgery bypass และการใส่ท่อระบายน้ำดี (biliary stent) Ballinger และคณะ (1993) พบว่าการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวช่วยลดอาการตัวเหลืองตาเหลือง อาการคันผิวหนัง เพิ่มความอยากอาหาร เพิ่มการย่อยอาหาร นอกจากนี้ การดูแลตนเอง (self-care) โดยการดูแลผิวหนัง โดยการใช้โลชั่นหรือน้ำมัน (baby oil) ทาผิว ไม่ใช้สบู่อาบน้ำ จะช่วยให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้นลดอาการคันได้ (Sun and Sama, 2008; วินัส ลิพกุล, 2552)

3.3.4 การประเมินการจัดการกับอาการ

การประเมินการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป เพราะโดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยแต่ละคนมีความเป็นปัจเจกบุคคล ทำให้มีประสบการณ์การ สิ่งแวดล้อม บุคคลรอบข้าง ทักษะส่วนบุคคล ที่มีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันออกไป ดังนั้นการเลือกวิธีการที่ใช้ในการจัดการกับอาการจึงมีความแตกต่างออกไปด้วย (Steel et al., 2005) ดังนั้นการประเมินการจัดการกับอาการ จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อจำกัดและความเหมาะสมในการเลือกใช้แบบประเมินแต่ละชนิด ว่ามีความสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างนั้นๆ เพื่อให้ค่าที่วัดได้เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับวิธีการที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริง และเกิดประสิทธิผลไปในทางที่ดีตามที่ผู้ป่วยต้องการ อย่างไรก็ตาม จากแนวคิดของการจัดการกับอาการนั้นพบว่าผู้พัฒนาแนวคิดมิได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการจัดการกับอาการขึ้นมาด้วย ดังนั้นจึงพบว่ามึนักวิชาการหลายท่านที่พยายามนำแนวคิดเกี่ยวกับดังกล่าว

มาพัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัยที่จะใช้ประเมินการจัดการกับอาการในกลุ่มตัวอย่างที่สนใจทำการศึกษา ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) พัฒนาแบบสอบถามที่เรียกว่าการแสวงหาการรักษา ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีที่ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเลือกปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้น เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยอธิบายถึงวิธีการและประสบการณ์ของการแสวงหาวิธีการต่างๆ ในการจัดการกับอาการ การรักษา เพื่อบรรเทาอาการ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าเครื่องมือวิจัยนี้สามารถกินความรวมถึงวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีด้วย โดยแบบสอบถามมีลักษณะแบบสัมภาษณ์ ที่เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทั้งในระยะก่อนรับการวินิจฉัยโรค ระยะที่รับการวินิจฉัยโรคแล้ว และระยะภายหลังรับการผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอาการ 3 ลักษณะ คือ การสรรหาการรักษาด้วยตนเอง การเลือกใช้แพทย์พื้นบ้าน และการรักษาด้วยแพทย์ผู้ชำนาญการ

มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 150 คน โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) มาใช้ในการพัฒนาแบบประเมินกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการทบทวนวรรณกรรมถึงอาการรบกวนที่พบที่มีความความถี่ของการเกิดสูงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แล้วพัฒนาให้เป็นข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยบรรยายถึงวิธีการที่เลือกปฏิบัติเมื่อมีอาการรบกวนต่างๆ อันได้แก่ อาการปวด อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการปวดได้แก่ การนอนพัก การนวด การรับประทานอาหาร กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ ได้แก่ การรับประทานยานอนหลับ และกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้แก่ การเข้านอนเร็ว การหากิจกรรมทำเพื่อให้ยุ่ง ส่วนกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการซึมเศร้าได้แก่ การพูดคุยระบายความรู้สึก การฟังเพลง เป็นต้น

ปริญญญา สงวนพงษ์ (2552) ทำการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 100 คน ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันปฏิบัติเมื่อเกิดกลุ่มอาการ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 โดยที่

0 หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีการจัดการกับอาการนั้นเลย ไปจนถึง 4 หมายถึง ใช้วิธีการจัดการกับอาการนั้นๆ ทุกครั้งที่เมื่อมีอาการ และจากผลการศึกษาพบว่า การจัดการกับอาการโดยการไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติเป็นประจำ คือ การหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันทีเมื่อมีอาการ ส่วนวิธีการจัดการกับอาการโดยการไม่ใช้ยาที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติเป็นประจำ คือ การรับประทานยาขยายหลอดเลือดคอมไพล์นเมื่อมีอาการ

Sun and Sama (2008) พัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการกับอาการในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนที่พบบ่อยๆ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า อาการท้องมาน น้ำหนักลด คีซ่าน โดยใช้ข้อความปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงประสบการณ์การมีอาการของตนเอง และบอกถึงวิธีการที่ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้น โดยวิธีการจัดการกับอาการรวมไปถึงการใช้ยาและการไม่ใช้ยา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีขึ้นการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) มาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วย โดยมีข้อความเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ ใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 โดยที่ 0 หมายถึง วิธีการที่เลือกปฏิบัติไม่มีประสิทธิผลเลย ไปจนถึง 4 หมายถึง วิธีการที่เลือกปฏิบัติมีประสิทธิผลมากที่สุด กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ วิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติมีประสิทธิผลอยู่ในระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และมีประสิทธิผลมากที่สุด

3.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการกับอาการ กับคุณภาพชีวิต

การเลือกวิธีการจัดการในการจัดการกับอาการที่เหมาะสมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และทำให้ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการได้ผลดี จนนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นพบว่าการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคองหรือการรักษาตามอาการ เนื่องจากการลุกลามของโรคทำให้ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ ดังนั้นวัตถุประสงค์หลักของการจัดการกับอาการ จึงมุ่งเน้นเพื่อช่วยบรรเทาอาการทั้งในด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน อีกทั้งยังมุ่งให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และมีอัตราการรอดชีวิตยาวนานขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการรบกวนมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี (Ryu et al., 2010) อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 87.3) วิตกกังวล (ร้อยละ 87.3) ปวดท้อง (ร้อยละ 76.9) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 63.1) และนอนลำบาก (ร้อยละ 51.2) เป็นต้น หากพบว่าอาการเหล่านี้มีความถี่ และความรุนแรง

ของการเกิดอาการสูง จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยสูงไปด้วย (Somjaivong et al., 2011) หากผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพก็จะช่วยลดความทุกข์ทรมานและช่วยให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในชีวิตมากขึ้น (พูลสุข สิริพูล, 2554) จากการศึกษาของ Ballinger et al. (1993) พบว่าการรักษาโดยการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำดี (biliary stent) ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ช่วยลดอาการตัวเหลืองตาเหลือง อาการคันผิวหนัง เพิ่มความอยากอาหาร เพิ่มการย่อยอาหาร ทำให้สภาพอารมณ์ดีขึ้น รวมไปถึงเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของโรคที่ไม่มีการลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้ชำนาญการอย่างรอบคอบ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับการผ่าตัดด้วย (พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553) ส่วนการศึกษาของ ชูศรี คุชชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) พบว่าผลกระทบที่เกิดจากการจัดการกับอาการลำไส้แอนเนื่องมาจากความไม่ชัดเจนของอาการในระยะแรกของโรค ร่วมกับการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อและประสบการณ์ของเกิดอาการของบุคคลอื่นๆ ทำให้โรคมมีการลุกลามจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายทำให้ส่งผลกระทบต่อการรักษาที่สำคัญคือการผ่าตัด ที่ไม่สามารถทำได้จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และต้องเผชิญกับอาการรบกวนที่รุนแรงจนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งอาการรบกวนมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยทำให้ประสิทธิภาพการทำงานที่ของผู้ป่วยลดลง สูญเสียภาพลักษณ์ สมาชิกในครอบครัวต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลใกล้ชิด ทำให้สูญเสียรายได้ มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาหรือก่อให้เกิดหนี้สิน อย่างไรก็ตามพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นมีความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวคือ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชน ได้รับกำลังใจจากญาติที่ใกล้ชิด ทำให้ความผาสุกในชีวิตด้านสังคมและครอบครัวเพิ่มขึ้น

3.4 ความเข้มแข็งในการมองโลก

3.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) เป็นมโนทัศน์ของทฤษฎีความผาสุกในชีวิต พัฒนาขึ้นโดย แอรอน แอนโทโนฟสกี ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งทำการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับภาวะเครียดของบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของบุคคล ทฤษฎีความผาสุกในชีวิตเป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตของบุคคลในขณะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด มากกว่าการอธิบายถึงปัจจัยหรือสาเหตุของโรค (Antonovsky, 1987) เนื่องจากในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยปกติแล้วมนุษย์ต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติในแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป การตอบสนองต่อความเครียดจะเป็นเสมือน

ตัวกันชน (buffer) ที่สำคัญ สำหรับการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกในระดับสูงสุดของบุคคล โดยบุคคลต้องอาศัยแหล่งปัจจัยด้านทานความเครียดโดยทั่วไป (generalized resistance resources) ซึ่งเป็นแหล่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลก จากการตั้งข้อสังเกตของ Antonovsky เกี่ยวกับกลุ่มเชลยสงครามที่ถูกกักกันและต้องเผชิญกับความเครียดในระดับสูง พบว่ามีเชลยบางคนที่ยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่ง Antonovsky ได้ข้อสรุปว่าเชลยสงครามกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่มีการมองโลกหรือการมองเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเองในลักษณะ 3 ประการ ดังนี้ 1) เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในนั้นเป็นระบบ ระเบียบ มีเหตุ มีผล สามารถทำความเข้าใจได้ และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ 2) เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เป็นความเครียด บุคคลสามารถหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ 3) เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ทำทายน มีคุณค่าในการสนองตอบหรือแก้ไขให้สำเร็จลงได้

Antonovsky เรียกคุณลักษณะที่พบนี้ว่า “ความเข้มแข็งในการมองโลก” ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ โดยมีองค์ประกอบของแนวคิดที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความสามารถในการทำความเข้าใจ (comprehensibility) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีความเข้าใจและรับรู้ด้วยสติปัญญาว่าสิ่งเร้าหรือความเครียดที่มากระตุ้นหรือมาเผชิญซึ่งอาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายในตัวเองหรือมาจากภายนอกตัวเองนั้น ว่าเป็นสิ่งที่มีระบบระเบียบ มีโครงสร้างที่เป็นระบบ มีความชัดเจนสามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล บุคคลที่มีความสามารถในการเข้าใจสูงจะเชื่อว่าสิ่งเร้าหรือความเครียดที่จะเผชิญต่อไปในอนาคตว่า เป็นเรื่องเล็กน้อยคาดการณ์ได้ สามารถจัดลำดับ ให้คำอธิบาย ทำความเข้าใจ แม้เหตุการณ์นั้นจะไม่ได้คาดคิดมาก่อน เช่น ความล้มเหลว สงคราม ความตาย แต่ก็ยังสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งนั้น ๆ ได้

2. ความสามารถในการจัดการ (manageability) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะดำเนินการหรือจัดการกับสิ่งเร้า เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นว่าคุณสามารถควบคุม หรือจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและกระทบต่อตนเองทั้งภายในและภายนอกได้ โดยรับรู้ว่าคุณสามารถวางแผน จัดการ และเลือกวิธีการต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ตลอดจนสามารถใช้แหล่งช่วยเหลือที่ตนมีภายในตนเอง (ความเชื่อมั่นในตนเอง การให้กำลังใจตนเอง การมองสิ่งต่าง ๆ ในแง่บวก การมีความหวัง) หรือจากแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ (เช่น บุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อน แหล่งข้อมูลต่าง ๆ) เพื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ นำมาจัดการแก้ปัญหา หรือความต้องการของตนได้ ด้วยความมั่นใจไม่หวาดกลัว และไม่เสียเวลากับความรู้สึกเศร้าเสียใจนานจนเกินไป

3 ความสามารถในการให้ความหมาย (meaningfulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่เห็นคุณค่าความหมายของโลกตนเอง การกระทำของตนเองรวมถึงเห็นคุณค่าของสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย คุ่มค่า ที่จะทำความเข้าใจ หรือทุ่มเทกำลังจัดการโดยไม่รู้สึกรเป็นภาระ ซึ่งจะต้องทำให้ดีที่สุดเพื่อให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ส่งผลให้มีแรงจูงใจที่จะจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนอกจากนั้น การเห็นคุณค่า ความหมาย จะมีความเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าหรืออย่างน้อยบางส่วนของชีวิตของบุคคลนั้น คุ่มค่าที่จะดำเนินการต่อไป

การเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบมีผลต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกนั้นเป็นการมองชีวิตของตนเอง โลกที่บุคคลนั้นเข้าใจทั้งในด้านการรับรู้และอารมณ์ และองค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเพิ่มหรือลด หรือเปลี่ยนแปลงได้ในบางสถานการณ์ เช่น การได้รับความสำเร็จหรือความล้มเหลว การเปลี่ยนแปลงในบางช่วงของบุคคล จึงก่อให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เป็นไปได้ 8 รูปแบบ ชีวิต (Antonovsky, 1987) ดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 3 ประการของความเข้มแข็งในการมองโลก

รูปแบบ	ความสามารถในการเข้าใจ (comprehensibility: C)	ความสามารถในการจัดการ (manageability : MA)	ความสามารถในการเห็น คุณค่า(meaningfulness : ME)
1	สูง	สูง	สูง
2	ต่ำ	สูง	สูง
3	สูง	ต่ำ	สูง
4	ต่ำ	ต่ำ	สูง
5	สูง	สูง	ต่ำ
6	สูง	ต่ำ	ต่ำ
7	ต่ำ	สูง	ต่ำ
8	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ

ในรูปแบบที่ 1 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นและเชื่อว่าตนสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งเห็นคุณค่าและความหมายของตนเองและของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งก็คือ ลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง

ในรูปแบบที่ 2 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีความเข้าใจในตนเอง และสิ่งที่เกิดขึ้นน้อย แต่เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งเห็นคุณค่าและความหมายของตนเองและของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งรูปแบบนี้มีโอกาสขึ้นได้น้อย

ในรูปแบบที่ 3 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีความเข้าใจในตนเอง และสิ่งที่เกิดขึ้น แต่ไม่มีความมั่นใจว่าตนเองจะสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ แต่อย่างไรก็ตามบุคคลก็ยังมีเห็นคุณค่าและความหมายของตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น

ในรูปแบบที่ 4 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลไม่สามารถทำความเข้าใจและไม่สามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แต่ยังคงเห็นคุณค่าและความหมายของตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ในรูปแบบที่ 5 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่า บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นรวมทั้งเชื่อว่าตนสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แต่ไม่เห็นคุณค่าของการกระทำของตนและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน

ในรูปแบบที่ 6 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่า บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้น แต่ไม่มีความมั่นใจในความสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ของตน รวมทั้งไม่เห็นคุณค่าของตน และการกระทำของตนและสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน

ในรูปแบบที่ 7 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่ไม่เข้าใจตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นรวมทั้งไม่เห็นคุณค่าของตนและการกระทำของตนและสิ่งที่เกิดขึ้น แต่เชื่อว่าตนสามารถจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งรูปแบบนี้จะพบได้น้อย

ในรูปแบบที่ 8 เป็นรูปแบบที่แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่ไม่เข้าใจตนเองและสิ่งที่เกิดขึ้นและไม่เชื่อว่าตนจะสามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งไม่เห็นคุณค่าความหมายของตนเองและของสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งก็คือ ลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

การเปลี่ยนแปลงของระดับความเข้มแข็งในการมองโลกอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต ดังนั้นการทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกคงอยู่ในตัวบุคคลจึงมีปัจจัยที่ช่วยในการส่งเสริมและการพัฒนาขึ้น (Anteonovsky, 1982) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological Source) เป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตได้แก่ การรับรู้ถึงความรัก ความอบอุ่น ความหวัง การมีบุคคลคอยช่วยเหลือ ความมั่นคงในชีวิต ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้บุคคลได้รับโดยตรงจากการอบรมเลี้ยงดู โดยมีการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมในการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าในวัยเด็กบุคคลรู้สึกว่าเขาเองหมดหวัง ถูกทอดทิ้งไม่ได้ความรักความอบอุ่น ประสบการณ์ชีวิตเหล่านี้จะทำให้ขาดการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลก

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม (social - structure source) ได้แก่ ระดับชนชั้นในสังคม และเศรษฐกิจ กฎระเบียบค่านิยมของบิดามารดา รูปแบบการเลี้ยงดู วิธีทางของอาชีพ แหล่งสนับสนุนทางสังคม การรวมตัวของบุคคลในสังคม การมีข้อผูกพันต่อกันของบุคคลในสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นประสบการณ์ในการกำหนดทิศทางของความเข้มแข็งในการมองโลกว่าจะไปในทางสูงหรือต่ำ Anteonovsky กล่าวว่า ประสบการณ์ทางสังคมที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณไม่มีส่วนร่วม ไม่มีทางเลือกในประสบการณ์ของเขาและไม่ได้เตรียมตัวสำหรับเหตุการณ์นั้น เช่น การเป็นม่าย การตายของบุตร การสูญเสียงาน ความโชคร้าย ล่มจม ความสำคัญของประสบการณ์เหล่านี้ จะนำมาซึ่งการเพิ่มความรู้สึกว่าไม่สามารถคาดการณ์ได้ หลีกเลียงไม่ได้ ส่งผลให้มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ ดังนั้น การที่จะเพิ่มความเข้มแข็งในการมองโลก คือ การช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวนั้น สามารถคาดการณ์ได้ และมีแหล่งที่จะช่วยเหลือได้ทำให้ความเครียดที่เพิ่มขึ้นสามารถถูกจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ภัทรดา รุ่งป่าสัก, 2544)

3. ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในอดีต - วัฒนธรรม ได้แก่ ระบบค่านิยม เจตคติ รูปแบบวัฒนธรรม ศาสนา ปรัชญา ศิลปะ เหตุการณ์ในสังคมในอดีต ความต้องการของสังคมและวัฒนธรรมย่อย ความเชื่อเรื่องอำนาจวิเศษเวทย์มนต์คาถา สิ่งเหล่านี้ให้ประสบการณ์แก่ชีวิตในการที่จะส่งเสริมให้เกิดแก่แหล่งด้านทานความเครียดทั่วไป ซึ่งจะส่งผลถึงการสร้างโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานที่สำคัญ คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก

จากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตของบุคคลทั้งสิ้น ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้มาจากปัจจัยด้านจิตใจ โครงสร้างทางสังคม และเหตุการณ์ในอดีต-วัฒนธรรม โดยประสบการณ์ที่ได้รับอยู่ในลักษณะที่มีความสม่ำเสมอ มีความรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนและได้รับความสมดุลระหว่างการถูกทำโทษกับการได้รับรางวัล ความสำเร็จและความล้มเหลว ซึ่งเหล่านี้จะพัฒนามาเป็นบุคลิกภาพด้านหนึ่งของบุคคล ที่ประกอบด้วย ความสามารถเข้าใจได้ ความสามารถจัดการได้ และการเห็นคุณค่าความหมาย

ความเข้มแข็งในการมองโลกได้รับการพัฒนาตั้งแต่แรกเกิด และจะเพิ่มขึ้นจนเข้าสู่วัยรุ่น ความเข้มแข็งในการมองโลกจะพัฒนาอย่างเต็มที่ในช่วง 30 ปีแรกของชีวิต และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นผ่านเข้ามาในชีวิต (Antonovsky, 1987) โดย Antonovsky กล่าวว่าประสบการณ์ชีวิตใน 3 ลักษณะต่อไปนี้ช่วยเสริมสร้างให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลก

1. ประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับความสม่ำเสมอ หรือความคงที่ (Consistency) และสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคล ประสบการณ์ในลักษณะนี้ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นได้
2. ประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้รู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในผลที่เกิดขึ้นกับตน (Participation in shaping outcome) ประสบการณ์ในลักษณะนี้ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่า และคุ้มค่าที่จะเข้าไปแก้ไข
3. ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่สามารถจัดการกับสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นให้อยู่ในระดับที่สมดุลและเหมาะสม (underload - overload balance of stimuli) ซึ่งประสบการณ์ในลักษณะนี้ช่วยส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และรับรู้ว่าคุณมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้ในการจัดการกับปัญหา หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

3.4.2 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

จากการวิเคราะห์ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลกตามแนวคิดของ Antonovsky (1987) พบว่าเป็นวิธีในการมองโลก และมองชีวิตของตนเองอย่างกว้าง ๆ ทั่วไป (global orientation) ไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องหนึ่งเรื่องใด ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง เวลาใดเวลาหนึ่ง หรือสิ่งเร้าใด สิ่งเร้าหนึ่ง และเป็นการรับรู้ทั้งองค์ประกอบทางด้านสติปัญญา อารมณ์และความรู้สึกตามสภาพความเป็นจริงที่แสดงถึงการที่บุคคลได้เพิ่มพูนความรู้สึกเชื่อมั่นว่าสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งแวดล้อมภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกตนเอง เป็นโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานของแต่ละบุคคล แม้ว่าเป็นสิ่งที่คงทนในตัวบุคคลแต่ก็มีลักษณะเป็นพลวัต คือ สามารถเสริมสร้างและเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ความเข้มแข็งในการมองโลกยังเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลเกิดความผาสุกในชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากเป็นคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคลช่วยให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลนั้นสามารถประเมินเหตุการณ์ที่คุกคามว่าเป็นสิ่งที่ทำร้าย สามารถเข้าใจ อธิบายเหตุผลและคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สามารถควบคุมหรือจัดการแก้ไขปัญหาได้ ส่งผลให้บุคคลดำรงชีวิตด้วยความผาสุก (Antonovsky, 1987) มีนักวิชาการมากมายให้ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลกไว้มากมาย ไว้ดังนี้

สมจิต หนูเจริญกุล (2532) กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อมั่นว่า ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกก็สามารถทำนายได้ และทุกสิ่งทุกอย่างสามารถคลี่คลายลงตามที่คาดไว้

จันทนา เตชะคฤท (2540) กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกหมายถึง การที่บุคคลมีความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่มากระทบไม่ว่าสิ่งนั้นคาดการณ์ได้หรือไม่ สามารถอธิบายสาเหตุได้ บุคคลนั้นรู้จักหาแหล่งประโยชน์ และวิธีการจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

นันทิยา เอกอัครมกิจ (2542) กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลที่มีความอดทน สามารถปรับตัว และเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

พัชรี โชติกพงศ์ (2547) กล่าวว่าความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง ลักษณะการรับรู้ หรือมุมมองที่บุคคลมีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าและต่อตนเองว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ นั้นสามารถเข้าใจได้ มีระเบียบ อธิบายได้ด้วยเหตุและผล เป็นสิ่งที่ท้าทาย คุ่มค่าที่เข้าไปแก้ไขและมีแหล่งประโยชน์ในการจัดการแก้ปัญหาได้

นิตญา ฤทธิเพชร (2554) กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งท้าทาย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล และสามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ มองเห็นว่าตนเองจะตอบสนองความต้องการที่เกิดจากสิ่งเร้านั้นได้ เห็นสิ่งเร้าเป็นสิ่งที่ท้าทายและคุ่มค่าที่จะใช้กำลังสติปัญญาแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไป

จึงสรุปได้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งท้าทาย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล และสามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ มองเห็นว่าสิ่งเร้าเป็นสิ่งที่ท้าทาย และตนเองสามารถจัดการกับสิ่งเร้านั้นๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยใช้กำลังสติปัญญาและแหล่งประโยชน์ที่มีรอบๆ ตัว

3.4.3 ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่มีมีการนำแนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกมาประเมินในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี แต่เมื่อพิจารณาจากความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลกที่กล่าวว่า เป็นวิธีในการมองโลก และมองชีวิตของตนเองอย่างกว้าง ๆ ทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องหนึ่งเรื่องใด ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง เวลาใดเวลาหนึ่ง หรือสิ่งเร้าใด สิ่งเร้าหนึ่ง และเป็นการรับรู้ทั้งองค์ประกอบทางด้านสติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ตามสภาพความเป็นจริง (Anteonovsky, 1987) แล้ว พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความหมายเกี่ยวกับมะเร็งตับและท่อน้ำดีว่าเมื่อเป็นเนื้องอกตับ มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี จะมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์ การรับรู้จากการพบเห็นบุคคลที่เป็นโรคนี้อยู่ด้วยตนเอง จากการบอกเล่าของบุคคลใกล้ชิด และจากสื่อต่างๆ ผู้ป่วยทุกคนให้ความหมายของมะเร็งตับและท่อน้ำดีไปในทางที่รุนแรง น่ากลัว ว่าเป็นแล้วรอวันตาย ปล่อยไว้วันรักษาไม่ได้ อายุไม่ยืน เป็นโรคของเวรกรรม ผ่าตัดอาจมีโอกาสรักษา ผ่าตัดตายไม่ผ่าก็ตาย เป็นต้น จากสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่านี้ จึงอาจตีความได้ว่ามุมมองที่ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีต่อโรคนั้นเป็นไปในทางลบ เป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาได้

ไม่สามารถที่จะพยากรณ์ของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ จึงอาจมีความรู้สึกท้อแท้ต่อการดำรงชีวิต จึงทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวลดน้อยลงด้วย

3.4.4 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

Anteonovsky (1987) กล่าวว่า การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การรายงานตนเองหรือการสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออกในสังคม จึงคิดค้นแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก (The sense of coherence questionnaire) ซึ่งได้จากการวิจัยเชิงสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะปกติและกลุ่มตัวอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์บางอย่างในชีวิต เช่น การได้รับบาดเจ็บรุนแรง มีความพิการ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือผู้อพยพซึ่ง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบดังนี้ การประเมินความสามารถในการทำความเข้าใจ (comprehensibility) 11 ข้อ การประเมินความสามารถในการบริหารจัดการ (manageability) 10 ข้อ และ การประเมินความสามารถในการเห็นคุณค่าและความหมาย (meaningfulness) 8 ข้อ ซึ่งผ่านการหาความตรงของเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นในประเทศต่างๆ พบว่า จากรายงานการวิจัยจำนวน 26 ฉบับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาระหว่าง .82 - .95 จากนั้น Antonovsky (1987) ได้ทำการสร้างแบบสอบถามใหม่โดยลดจำนวนของข้อคำถามจากเดิม 29 ข้อ ให้เหลือเพียง 13 ข้อ เพื่อลดระยะเวลาในการนำเครื่องมือไปใช้สัมภาษณ์ ประกอบไปด้วยการประเมินความสามารถในการทำความเข้าใจ 5 ข้อ การประเมินความสามารถในการบริหารจัดการ 4 ข้อ และความสามารถในการเห็นคุณค่าและความหมาย 4 ข้อ จากนั้นนำเครื่องมือไปหา ค่าความเชื่อมั่น จำนวน 16 รายการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาระหว่าง .74 - .91 จึงเห็นได้ว่าแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่ Antonovsky (1987) สร้างขึ้นใหม่นั้นได้มาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ได้หลากหลายวัฒนธรรม ทั้งในการประเมินกับบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีหรือในผู้ป่วย โดย Antonovsky (1987) กล่าวสรุปในรายงานการวิจัยว่าสามารถนำแบบประเมิน ไปใช้ได้ทั้งแบบข้อคำถาม 29 ข้อ และข้อคำถาม 13 ข้อ

สำหรับในประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ได้แปลแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Anteonovsky จำนวน 29 ข้อ เป็นภาษาไทย จากนั้นนำไปใช้ในกลุ่มพยาบาลประจำการและอาจารย์พยาบาลได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ต่อมา กังสาด สุทรวีริสรสรรค์ (2535) นำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้กับพยาบาลประจำการในหออภิบาล ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าเท่ากับ .90 นอกจากนี้ กนกพร สุคำวัง (2540) นำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเท้าเสื่อมซึ่งมีทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และ จินดาวรรณ อุดมพัฒนาการ (2539) นำแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกมาปรับ

ลดมาตราส่วนประมาณค่า จาก 7 เป็น 5 ระดับ แล้วนำไปประเมินผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับภาษาไทยของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ที่แปลมาจากต้นฉบับและพัฒนาขึ้นโดย Antonovsky (1987) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีการนำไปใช้ที่หลากหลาย สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยเรื้อรังทุกประเภท

3.4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิต

ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงการรับรู้ของบุคคล โดยที่มีคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้และประเมินสภาวะของชีวิตของบุคคลโดยตรง ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบกับชีวิตของบุคคล ทั้งคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือมีความสุขในชีวิต Antonovsky ได้อธิบายความเข้มแข็งในการมองโลกไว้ในทฤษฎีความผาสุก (Antonovsky, 1982) ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้คนมีการมองและจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบได้ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของ Eriksson and Lindström (2007) โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยที่ใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยมีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูงย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นเช่นกัน หรือแม้กระทั่งการเผชิญกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง พบว่าหากผู้ป่วยมีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดีก็ย่อมสามารถจัดการกับความเครียดนั้นหรือสรรหากลวิธีในการจัดการกับความเครียดนั้นได้อย่างง่ายดาย (Antonovsky, 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกถูกนำมาศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำคิน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น ในการศึกษาของ นิตญา ฤทธิ์เพชร (2554) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ระดับสถิติ .01 ($r = .47$) นั้นหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ GerasimCik-Pulko et al. (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา หากมีระดับความเข้มแข็งในการมองโลก

ที่สูงจะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความผาสุกด้านจิตใจ และยังช่วยให้มีความทุกข์ทรมานกับอาการปวดและอาการเหนื่อยล้า น้อยลงด้วย และพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับที่สูงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหารน้อยลง และยังพบว่าผู้ป่วยประสบกับปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายน้อยลง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

ชูศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) ทำการศึกษาการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีระบบความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยแบ่งการเก็บข้อมูลออกเป็น 2 วิธี คือวิธีแรกเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสะท้อนประสบการณ์เมื่อเกิดความเจ็บป่วย จำนวน 75 ราย และวิธีที่สองคือ การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีทั้งก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาภายหลังผู้ป่วยกลับบ้าน 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์มีมากน้อยแตกต่างกันคือ ปวดแน่นท้อง ปวดบริเวณชายโครงขวา มีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ตาเหลืองและอาการคัน ปรากฏการณ์การแสวงหาการรักษาที่มีทั้งซื้อยารับประทานเอง รักษาที่บ้านและแสวงหาสถานบริการสุขภาพที่เชื่อถือได้ โดยมีการปรึกษากับบุคคลต่างๆ สำหรับรูปแบบการดูแลตนเองและการดำรงชีวิตอยู่กับโรคนั้น ผู้ป่วยจะใช้วิธี

- 1) ปรับความคิดและจิตใจด้วยการทำใจ
- 2) แสวงหาการรักษาและสถานที่รักษาที่เชื่อถือได้
- 3) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลในและนอกรอบครัว
- 4) ดูแลตนเองแบบผสมผสาน ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง ไปพบแพทย์ตามนัดและเมื่อมีความผิดปกติ ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทำกิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลาย

อุบล จ้วงพานิช และคณะ (2549) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 313 คน โดยแบ่งช่วงของการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาถึงสถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย และในระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าปัญหาที่พบในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ 1) ปัญหาด้านร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย

ตัวเหลืองตาเหลือง คันตามผิวหนัง ปวดแน่นท้อง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และมีอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ เบื่ออาหาร มีไข้สูง หนาวสั่นจากภาวะติดเชื้อ 2) ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา กังวลเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กังวลเกี่ยวกับการรอดชีวิต การเงิน ความเป็นอยู่ในโรงพยาบาล การทำงาน การเกิดทาง การติดต่อสื่อสารกับแพทย์ และการมีส่วนร่วมในสังคม 3) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในอนาคต หมดหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ รายได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทในสังคมเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเหมือนเดิม จากปัญหาข้างต้นทำให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการรักษาอาการและการดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล ก่อนกลับบ้านและช่วงเวลาที่อยู่บ้าน ประกอบด้วย

1) การจัดการกับความเครียด ผู้ป่วยจะมีอาการหงุดหงิด ตื่นเต้น นอนไม่หลับ ทั้งจากภาวะของโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา ผู้ป่วยจะจัดการกับความเครียด โดยการใช้หลักทางศาสนา ซึ่งเป็นแนวทางในการตอบสนองการดูแลตนเองทางด้านจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและกำลังใจที่จะต่อสู้กับความทุกข์ทรมานกับโรคและความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่วนด้านกิจกรรมทางสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และถ้าไม่จำเป็นจะไม่ออกนอกบ้าน

2) การจัดการกับอาการปวด ผู้ป่วยจะรับประทานยาตามที่แพทย์ให้หรือขอจากพยาบาลและให้ญาติคนบริเวณที่ปวดให้ วิธีแก้ไขเมื่อมีอาการปวดขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยอยากให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ให้ ให้ยาแก้ปวดทั้งชนิดรับประทานและฉีด เมื่ออยู่บ้าน ถ้าปวดมากจะไปฉีดยาแก้ปวดที่สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

3) การจัดการกับอาการเบื่ออาหาร ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด จะมีอาการเบื่ออาหารมาก แต่พยายามรับประทานอาหารตามคำแนะนำและงดอาหารที่ทำให้คลื่นไส้มากๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการปรับรูปแบบการรับประทานอาหารคือ รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง รับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว ดื่มน้ำผลไม้ นมและขนมปัง เลิกรับประทานอาหารหมักดอง กินให้มากไว้เมื่อกินได้ และจะเริ่มกินได้หลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และดื่มน้ำมากๆ วันละ 2-3 ขวด จะได้ขับพิษยาออก

เพียงดาว จุลบาท (2551) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รักษาโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 80 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลก

และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .781, p < .01$) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .232, .261, p < .05$ ตามลำดับ) และสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.261, p < .05$) จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วราษา มั่นประเสริฐ และคณะ (2552) ทำการศึกษาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์จำนวน 16 คน ทั้งก่อนและหลังการรักษา 1 เดือน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีฉบับภาษาไทยและแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์ ผลการศึกษาพบว่าก่อนการรักษาผู้ป่วยสามารถเดินหรือทำงานเบาๆ ได้ ภายหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด 1 เดือนพบว่าร้อยละ 75 มีคุณภาพชีวิตไม่เปลี่ยนแปลงหรือแย่ลง อาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังการรักษาส่วนใหญ่คือ เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักลดหลังได้รับการรักษามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีน้ำหนักลดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าหลังการรักษาที่เปลี่ยนแปลงเป็นลดลง คงที่ หรือมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Kongkasame et al. (2011) ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายน้ำดี จำนวน 27 ราย ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งก่อนรับการรักษาและหลังรับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำดี ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีอาการ ดังนี้ อาการตัวเหลืองตาเหลือง (ร้อยละ 100) อาการคันตามร่างกาย (ร้อยละ 96.3 และมีไข้ (ร้อยละ 29.6) ตามลำดับ และพบว่า การผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำดีมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของ Bilirubin serum อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าผลต่างของระดับ Bilirubin serum เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำดีเท่ากับ 14.68 mg/Dl (Mean 25.19 ± 10.44) การประเมินระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมพบว่าภายหลังรับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำดี ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนเข้ารับการรักษา (mean = 103.48, SD = 26.55) หลังรับการรักษาในสัปดาห์ที่ 2 (mean = 109.11, SD = 29.33) และสัปดาห์ที่ 4 (mean = 115.45, SD = 27.53)

ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว และความผาสุกด้านการทำกิจกรรมต่างๆ มีคะแนนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนรับการรักษาโดยมีค่าคะแนนความต่างเท่ากับ 2.5 คะแนน ส่วนความผาสุกด้านร่างกาย นั้นพบว่ามีความลดลง

Somjaiwong et al. (2011) ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของอาการ ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงบรรยาย เพื่อพัฒนาและทดสอบโมเดลที่อธิบายอิทธิพลของอาการ ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี จำนวน 260 คน ซึ่งมารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมจากโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย 1 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีได้แก่ อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 87.3) ความวิตกกังวล (ร้อยละ 87.3) อาการปวดท้อง (ร้อยละ 76.9) อาการเบื่ออาหาร (ร้อยละ 63.1) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 51.2) และอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดท้อง (ร้อยละ 48.8) อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 15) และอาการเบื่ออาหาร (ร้อยละ 10) โดยอาการเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีมากที่สุด ทั้งทางตรง (-.65, $p < .001$) และทางอ้อม (-.13, $p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่าโมเดลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดีได้ร้อยละ 70 ($\chi^2 = 0.10$, $df = 1$, $p = 0.75$, $\chi^2/df = 0.10$, RMSEA = 0.00, GFI = 1.00, AGFI = 1.00) อาการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด โดยมีอิทธิพลทั้งทางตรง (-.65, $p < .001$) และทางอ้อม (-.13, $p < .001$) ผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกทั้งทางตรง (.12, $p < .01$) และทางอ้อม (.13, $p < .01$) ต่อคุณภาพชีวิตผ่านความรู้สึกไม่แน่นอน อย่างไรก็ตามแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลทางอ้อม (-.12, $p > .05$) ต่อคุณภาพชีวิตผ่านอาการ ในขณะที่ความรู้สึกไม่แน่นอนมีอิทธิพลทางลบโดยตรง (-.18, $p < .001$) ต่อคุณภาพชีวิต แต่ไม่มีอิทธิพลทางอ้อม (-.01, $p > .05$) ต่อคุณภาพชีวิตผ่านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มีอิทธิพลทางลบโดยตรง (-.10, $p < .05$) ต่อคุณภาพชีวิต

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Ballinger et al. (1993) ศึกษาเกี่ยวกับการบรรเทาอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีปัญหาเกี่ยวกับท่อน้ำดีอุดตัน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประเมินอาการที่เกิดขึ้นทั้งก่อนและที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำดีและผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิต ในกลุ่มตัวอย่าง 19 คนโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย ประเมินด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำดี (biliary stent) ผลการวิจัยพบว่า จากการประเมินอาการของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีอาการตัวเหลืองตาเหลือง และมีอาการคันตามผิวหนัง เบื่ออาหาร รู้สึกแน่นอึดท้อง และสภาพอารมณ์ไม่ดี ภายหลังจากการผ่าตัดใส่ biliary stent แล้ว 1 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีการรายงานการเกิดอาการตัวเหลืองตาเหลืองและอาการคันตามผิวหนังลดลง ระดับความวิตกกังวลลดลง และยังช่วยเพิ่มความอยากอาหารและการย่อยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Yount et al. (2002) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความถี่ของการเกิดอาการรบกวนและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งตับ มะเร็งตับอ่อน มะเร็งถุงน้ำดี และรังท่อน้ำดี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง จำนวน 95 คน ในประเทศเบลเยียม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-Hep (Heffernan et al., 2002) ผลการศึกษาพบว่าอาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ประกอบไปด้วย 26 อาการ และเมื่อพิจารณาเฉพาะอาการที่มีความถี่ของการเกิดมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป พบว่ามีเพียง 8 อาการ ได้แก่ อาการปวด (ร้อยละ 68) น้ำหนักลด (ร้อยละ 60) อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 44) อาการคลื่นไส้ (ร้อยละ 30) อาการตัวเหลืองตาเหลือง (ร้อยละ 26) อาการปวดหลัง (ร้อยละ 25) อาการปวดท้อง (ร้อยละ 22) อาการไร้พลังงาน (ร้อยละ 20) โดยความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = -.85$) ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความผาสุกด้านด้านอารมณ์/จิตใจ ด้านการทำหน้าที่ต่างๆ ด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ($r = -.76, -.71, -.63, -.25$) ตามลำดับ

Sun et al. (2008) ทำการศึกษาเกี่ยวกับอาการรบกวนและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 45 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต FACT-Hep และ The FACT-Spiritual Subscale (FACT-Sp-12) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะความรุนแรงของโรคที่ 3 และ 4 ถึงร้อยละ 26, 61 อาการรบกวนที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า น้ำหนักลด และอาการเบื่ออาหาร ตามลำดับส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมพบว่า มีระดับต่ำลงเรื่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบจากการ

ประเมินครั้งแรก (mean = 118.0, SD = 28.9) การมาตรวจตามนัดในเดือนที่ 3 (mean = 116.0, SD = 28.6) และในเดือนที่ 6 (mean = 114.6, SD = 28.4) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อาการรบกวนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีในระดับสูงในทุกช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ($r = 0.93$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า อาการรบกวนมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความผาสุกด้านร่างกาย ($r = 0.72$) และความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ($r = 0.73$) ส่วนทางด้านความผาสุกทางจิตใจ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ($r = 0.51, 0.54, 0.17$ ตามลำดับ)

Sun and Sama (2008) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่หลากหลายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดี จำนวน 45 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 5 ด้านประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกด้านจิตใจ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งประเมินอาการรบกวนที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าอาการที่พบได้มากในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดี ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยล้า น้ำหนักลด อาการเบื่ออาหาร และคลื่นไส้ ซึ่งอาการเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ต่ำลง โดยเฉพาะความผาสุกด้านร่างกาย ที่ทำให้ความสามารถในการกิจกรรมต่างๆ ลดลง ภาวะการทำหน้าที่บกพร่อง ส่วนปัญหาความผาสุกด้านจิตใจ พบว่าก่อให้เกิดความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคไปจนถึงมาตรวจตามนัดในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .003 ตามลำดับ

GerasimČik-Pulko et al. (2009) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีระยะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะต้นๆ จำนวน 100 คน ในประเทศลิทัวเนีย โดยศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาทั่วไป (Breast cancer therapy) และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด (Mastectomy) ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาทั่วไปนั้น ผู้ป่วยที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความผาสุกทางจิตใจและอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูงยังช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยล้า และอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลางและต่ำ ส่วนกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยเฉพาะในด้านความผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ ด้านการรับรู้ และด้านสังคม/ครอบครัว และยังพบว่ามีมีความทุกข์ทรมานจากอาการ

เหน้อยล้า และอาการเบื่ออาหารน้อยกว่า รวมไปถึงการมีปัญหาเกี่ยวกับสภาพคล่องทางการเงินด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีการรายงานเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hammond (2010) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของอาการเหน้อยล้าต่อคุณภาพชีวิต ความเครียด อาการปวด และปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในผู้ป่วยจำนวน 101 คน ที่เข้ารับรักษาใน The University of Pittsburgh Medical Center โดยทำการประเมินความถี่ของการเกิดอาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่เข้ามารับการรักษาในเดือนที่ 2 และ 4 ที่มาพบแพทย์ตามนัด ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดอาการเหน้อยล้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ระยะที่ทำการประเมิน (อยู่ในช่วง $r = -.62$ ถึง $-.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์กับทางบวกอาการปวด ($r = .403$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาการนอนไม่หลับ ($r = -.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02

Mihalache et al. (2010) ทำการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในผู้ป่วยจำนวน 133 คน ณ ประเทศโรมาเนีย ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะที่มาตรการตามนัดในเดือนที่ 2 และระยะที่มาตรการตามนัดในเดือนที่ 3 ส่วนอัตราการรอดชีวิตประเมินตั้งแต่เริ่มได้รับวินิจฉัยโรคไปจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งที่เกิดโรค ระยะความรุนแรงของโรค และวิธีการรักษา โดยมะเร็งบริเวณขั้วของท่อน้ำดีจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงในช่วงปีแรกถึงร้อยละ 67.3 และพบว่าผู้ป่วยจะมีการเสียชีวิตอย่างรวดเร็วมากขึ้นหากมีระยะความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ระยะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 จะมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 2 ปี ส่วนระยะความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 จะมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 1 ปี และระยะความรุนแรงของโรคในระยะที่ 4 จะมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 6 เดือน เป็นต้น สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจะลดลงเรื่อยๆ นับตั้งแต่ครั้งแรกของการประเมินไปจนกระทั่งการมารับการตรวจตามแพทย์นัดในเดือนที่ 3 ในส่วนของคุณภาพชีวิตพบว่าในระหว่างรับการรักษา นั้น ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลงทั้งด้านบทบาทในการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ การทำหน้าที่ในสังคม ปัญหาการนอนไม่หลับ และอาการท้องเสีย อย่างไรก็ตาม พบว่าเมื่อติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการรับการรักษาไปแล้ว

6 เดือนพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ทั้งในด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ด้านการรับรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรม และความจำ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

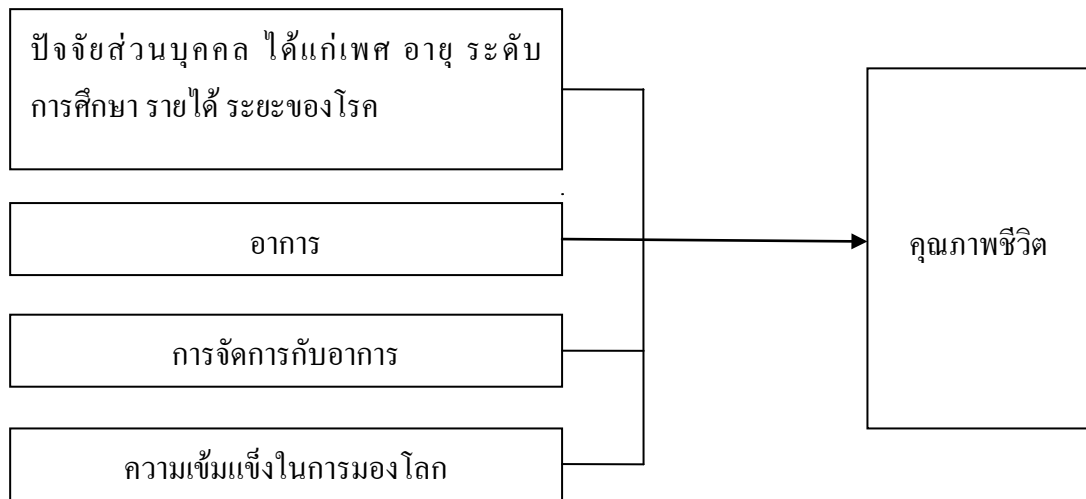
Ryu et al. (2010) ศึกษาถึงอาการ กลุ่มอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีจำนวน 180 คน ในศูนย์การแพทย์ ประเทศเกาหลีใต้ พบว่าร้อยละ 83 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะแรกของการดำเนินโรคนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงยังสามารถดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ แต่พบว่าผู้ป่วยมีการรายงานการเกิดอาการตั้งแต่ 3 อาการไปจนถึง 15 อาการ โดยอาการที่มีการรายงานมากที่สุดคือ อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 90.6) ภาวะไร้พลังงาน (ร้อยละ 82.2) ปวดท้อง (ร้อยละ 61.7) การรับรสเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 60.0) คันตามร่างกาย (ร้อยละ 58.9) และอื่นๆ เมื่อทำการวิเคราะห์แยกองค์ประกอบ พบว่าสามารถแบ่งกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ทั้งหมด 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการปวด/คลื่นไส้/เบื่ออาหาร/มิใช่/การรับรสเปลี่ยนแปลง 2) กลุ่มอาการเหนื่อยล้า/ปวดหลัง/ไร้พลังงาน/เศร้าโศก 3) กลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหาร/ตัวเหลืองตาเหลือง/ปวด/รู้สึกไม่สบายท้อง/บวม/กล้ามเนื้อเกร็ง/ท้องเสีย 4) กลุ่มอาการคันตามร่างกาย/อาการท้องอืด และพบว่าถ้าผู้ป่วยมีกลุ่มอาการในระดับสูงจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านการทำหน้าที่ที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Kenne et al. (2011) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด กลวิธีในการเผชิญกับความเครียด ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 131 คน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเข้มแข็งในการมองในระดับสูงจะมีการรายงานการเผชิญต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดน้อยลง และมีการใช้กลวิธีในการเผชิญกับความเครียดที่สำคัญได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การพิจารณาถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอีกครั้ง การตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น และการใช้การผ่อนคลาย ซึ่งพบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในทางกลับกันหากผู้ป่วยมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำก็มีความเครียดในระดับสูงก่อให้เกิดการสรรหาวิธีในการเผชิญกับความเครียดโดยการแสดงพฤติกรรมที่รุนแรง ต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากสังคมจนส่งผลให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลงด้วย

Cao et al. (2012) ผู้ป่วยมะเร็งตับจำนวน 155 คน ภายหลังจากเข้ารับการรักษานครบกระบวนการรักษาด้วยวิธี Transarterial chemoembolization (TACE) เป็นการศึกษาถึงอาการ (Symptom) กลุ่มอาการ (Symptom clusters) และอาการรบกวน (Symptom interference) ที่เกิดขึ้นทั้งก่อนและหลังรับการรักษาด้วย TACE เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือ The symptom checklist ที่เฉพาะเจาะจงต่ออาการที่พบในผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี และเครื่องมือ The M.D. Anderson

Symptom Inventory ผลการศึกษาพบว่าพบว่าอาการที่มีความรุนแรงมากที่สุด 5 อันดับแรกในผู้ป่วยมะเร็งตับก่อนเข้ารับการรักษาด้วยวิธี TACE ประกอบไป อาการเหนื่อยล้า กังวลใจ เศร้าใจ การนอนหลับถูกรบกวน และเบื่ออาหาร ส่วนอาการที่พบมากที่สุดภายหลังรับการรักษาคือ อาการเหนื่อยล้า รองลงมาคือ การนอนหลับถูกรบกวน กังวลใจ เศร้าใจ และเบื่ออาหาร เมื่อทำการแยกองค์ประกอบของการเกิดกลุ่มอาการทั้งในระยะก่อนและหลังรับการรักษาพบว่ามิกกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับโรคดังนี้ กลุ่มอาการที่ปรากฏก่อนรับการรักษา ได้แก่ 1) กลุ่มอาการทางจิตใจ ประกอบไปด้วยอาการทุกข์ทรมานทางจิตและ โศกเศร้า และ 2) กลุ่มอาการทางด้านการเจ็บป่วย ประกอบไปด้วยอาการปวด เหนื่อยล้า การนอนหลับถูกรบกวน เบื่ออาหาร ปากแห้ง หน้าท้องเกร็ง และน้ำหนักลด ส่วนกลุ่มอาการที่ปรากฏภายหลังรับการรักษา ได้แก่ 1) กลุ่มอาการทางจิตใจ ประกอบไปด้วยอาการทุกข์ทรมานทางจิต โศกเศร้าและการนอนหลับถูกรบกวน 2) กลุ่มอาการทางด้านการเจ็บป่วย ประกอบไปด้วยอาการเหนื่อยล้า ปวด เบื่ออาหาร หน้าท้องเกร็ง น้ำหนักลด มีไข้ ปากแห้ง วิงเวียนศีรษะ และการหายใจลำบาก 3) กลุ่มอาการทางระบบทางเดินอาหารส่วนบน ประกอบไปด้วยอาการคลื่นไส้และอาเจียน และ 4) กลุ่มอาการของการสูญเสียการทำหน้าที่ของตับ ประกอบไปด้วยอาการตัวตาเหลืองและคันตามผิวหนัง เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 ระยะ พบว่า อาการรบกวนมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วย TACE โดยทำให้เกิดการรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากเดิม 0.52 คะแนน ($Z = 3.64; p < 0.001$) เมื่อเทียบกับคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนรับการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าอาการรบกวนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านการทำงาน ความผาสุกในชีวิต และสภาพอารมณ์ ส่วนอาการเดี่ยวๆ ได้แก่ อาการทุกข์ทรมาน เศร้าโศก เหนื่อยล้า การนอนหลับถูกรบกวน และเบื่ออาหาร ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อการรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังรับการรักษา ($r = 0.443$ ถึง 0.615 ตามลำดับ) และกลุ่มอาการที่รบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นพบว่า เมื่อเปรียบเทียบทั้งกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังรับการรักษาแล้ว กลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์ต่อการรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุดคือ กลุ่มอาการทางจิตใจ ($r = 0.638$ และ 0.526) รองลงมาคือ กลุ่มอาการทางด้านการเจ็บป่วย ($r = 0.560$ และ 0.567)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งตำรา เอกสาร และงานวิจัย ผู้วิจัยได้ ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี รวมทั้งศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma (HCC) หรือ โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) ในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma (HCC) หรือมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CCA) ในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค ที่เข้ารับการรักษาในแผนก อายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลำดับ ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (Thorndike, 1978) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 9 ตัวแปร

$$N > 10(K) + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, K = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N > 10(9) + 50 = 140 \text{ คน}$$

ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 7 ของกลุ่มตัวอย่าง (Burns and Grove, 2005) ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 150 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 สุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดและมีศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งท่อน้ำดี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีทั้งหมด 7 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการศึกษาเพียง 2 โรงพยาบาล ผลการจับฉลากพบว่า โรงพยาบาลที่ใช้เป็นแหล่งเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

2.2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนก่อนการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย (เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556) พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับการรักษานในแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรมทั่วไปของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 306 คน และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 147 คน จากนั้นคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในแต่ละโรงพยาบาลโดยใช้สูตร proportion to size (รุจิเรศ ธนุรักษ์, 2543) ดังนี้

$$\begin{array}{l} \text{จำนวนกลุ่ม} \\ \text{ตัวอย่างในแต่ละ} \\ \text{รพ. ที่ต้องการ} \end{array} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้ป่วยในแต่ละ รพ.}}{\text{ผลรวมของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีทั้ง 2 รพ. ที่มารับบริการ} \\ \text{ในช่วง 2 เดือนที่กำหนด}}$$

จากการคำนวณทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 101 คน และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 49 คน รวมทั้งสิ้น 150 คน

3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ด้วยการกำหนดแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากคุณสมบัติการคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ และในรายที่กลับมาเป็นซ้ำภายหลังจากผ่าตัด 1 เดือนขึ้นไป

- 2) มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
 - 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี
 - 4) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
 - 5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
 - 6) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
4. กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยที่จะคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่
- 1) เป็นผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรคมะเร็งจากบริเวณอื่นๆ เช่น กระดูก ลำไส้ กระเพาะอาหาร เป็นต้น มาสู่อวัยวะตับและท่อน้ำดี
 - 2) ต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนจากเครื่องมือทางการแพทย์จนไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้
 - 3) ผู้ป่วยที่มีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ คือ มีอาการหอบเหนื่อย ปวดระดับรุนแรง (Pain score ≥ 7) ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำการเก็บข้อมูล
 - 4) มีโรคแทรกซ้อนอย่างอื่นร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย เป็นต้น
5. เลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นทำการเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนของแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลส่วนนี้ให้ผู้ผู้ป่วยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่เจ็บป่วยนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม (นับระยะเวลาเป็นเดือน) ระยะเวลาความรุนแรงของโรค การรักษาที่เคยได้รับในอดีต และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และจากบันทึกรายงานการรักษาของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการที่มักพบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค

การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความทุกข์ทรมานของอาการที่ก่อให้เกิดการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและความผาสุกในชีวิตในช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 ดังนั้นคะแนนรวมของความทุกข์ทรมานจากอาการจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 48 คะแนน โดยแต่ละระดับมีการให้ความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ไม่มี	แทนด้วย	0	หมายถึง	ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการเลย
เล็กน้อย	แทนด้วย	1	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการเล็กน้อย
ปานกลาง	แทนด้วย	2	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการปานกลาง
มาก	แทนด้วย	3	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการมาก
มากที่สุด	แทนด้วย	4	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยคะแนนเฉลี่ยที่มากหมายถึง มีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยที่น้อย หมายถึง มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับความทุกข์ทรมานจากอาการตามเกณฑ์การแบ่งระดับของ Best (1997 อ้างใน รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546) ซึ่งนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้นที่ต้องการ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} \\ &= \frac{4 - 0}{4} = 1 \end{aligned}$$

กำหนดระดับความทุกข์ทรมานจากอาการรายชื่อ ดังนี้

- 0.1 – 1.00 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับต่ำ
- 1.01 – 2.00 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับปานกลาง
- 2.01 – 3.00 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับสูง
- 3.01 – 4.00 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับสูงที่สุด

กำหนดระดับความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม ดังนี้

- 0.1 – 12.0 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ
- 12.1 – 24.0 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

24.1 – 36.0 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับสูง

36.1 – 48.0 คะแนน หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับสูงที่สุด

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินอาการ

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินอาการ มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสารงานวิจัย งานวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี จากนั้นพิจารณาเลือกเฉพาะอาการและอาการแสดงที่เกิดจากกลไกทางสรีระวิทยาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ทำให้ได้ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ซึ่งประกอบไปด้วย อาการปวดท้อง/ท้องเกร็ง/ปวดร้าวไปหลัง อาการเบื่ออาหาร/น้ำหนักลด เหนื่อยล้า/อ่อนแรง/ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง อาการคลื่นไส้/อาเจียน อาการรับรสเปลี่ยนแปลง/ปากแห้ง อาการมีไข้/หนาวสั่น/รู้สึกไม่สบาย/หายใจลำบาก อาการตัวเหลือง/ตาเหลือง/คันตามร่างกาย อาการแน่นท้อง/ท้องอืด/ท้องมาน อาการบวมตามร่างกาย อาการท้องเสีย/กระวนกระวาย อาการสมรรถภาพทางเพศ/ความสนใจในกิจกรรมทางเพศลดลง และภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังมีข้อคำถามปลายเปิดไว้เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงอาการอื่นๆ ที่นอกเหนือที่ผู้วิจัยได้ระบุไว้ในแบบประเมิน

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินอาการ

2.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินอาการ โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการ เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมถูกต้องของข้อคำถามและการใช้ภาษา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ การสื่อความหมายของข้อคำถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 4 คน พิจารณาเนื้อหาของข้อคำถาม ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมเหมาะสม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผลคะแนน และการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบไปด้วย ศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางพยาบาล จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยมีความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี และมีประสบการณ์ในการทำวิจัย จำนวน 1 คน ผลปรากฏว่า ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า หดหู่ และให้ตัดข้อคำถามเกี่ยวกับอาการท้องเสีย/

กระวนกระวาย ออกไปเนื่องจากเป็นอาการที่พบน้อยมากในทางคลินิก ดังนั้นจำนวนข้อคำถามทั้งหมดจึงเท่ากับ 12 ข้อ ดังเดิม

2.2 นำแบบประเมินอาการที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาไม่น้อยกว่า .80 (Polits and Hungler, 1999) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและความครอบคลุมกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$$

ซึ่งผลจากการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92

3. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินกลุ่มอาการที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการกับอาการ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติเมื่อเกิดอาการรบกวนอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา แล้วประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติในการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 ดังนั้นคะแนนรวมของประสิทธิผลของวิธีการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 72 คะแนน โดยแต่ละระดับมีการให้ความหมายและการให้คะแนนดังนี้

- ไม่ได้ผล แทนด้วย 0 หมายถึง ไม่มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการเลย
- เล็กน้อย แทนด้วย 1 หมายถึง มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการเล็กน้อย
- ปานกลาง แทนด้วย 2 หมายถึง มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการปานกลาง

มาก แทนด้วย 3 หมายถึง มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการมาก
มากที่สุด แทนด้วย 4 หมายถึง มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการมากที่สุด
เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนข้อ
คำถามทั้งหมด 18 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยของประสิทธิผลในการจัดการกับอาการ โดยคะแนนเฉลี่ย
ที่มาก หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติมีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการสูง
ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติมีประสิทธิผลในการจัดการกับ
อาการต่ำ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับประสิทธิผลในการจัดการกับอาการตามการแบ่ง
ระดับของ Best (1997 อ้างใน รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546) ซึ่งนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติ
ค่าความหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้นที่ต้องการ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} \\ &= \frac{4 - 0}{3} = 1.3 \end{aligned}$$

กำหนดระดับของประสิทธิผลในการจัดการกับอาการ ดังนี้

- 0.1 – 1.3 คะแนน หมายถึง ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการอยู่ในระดับต่ำ
 - 1.4 – 2.6 คะแนน หมายถึง ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการอยู่ในระดับปานกลาง
 - 2.7 – 4.0 คะแนน หมายถึง ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการอยู่ในระดับสูง
- กำหนดระดับของประสิทธิผลในการจัดการกับอาการโดยรวม ดังนี้
- 0.1 – 24 คะแนน หมายถึง ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ
 - 24.1 – 48 คะแนน หมายถึง ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการอยู่ในระดับปานกลาง
 - 48.1 – 72 คะแนน หมายถึง ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการอยู่ในระดับสูง

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินการจัดการกับอาการ

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินการจัดการกับอาการ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการจัดการกับอาการขึ้นตามแนวคิดการจัดการกับอาการ
ของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
วิธีการจัดการกับอาการ ทำให้ได้ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ เกี่ยวข้องกับวิธีการจัดการกับอาการที่
ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการแสวงหาวิธีการรักษา การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคล
อื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดูแลตนเองของผู้ป่วย
มะเร็งตับและท่อน้ำดี จากนั้นทำการประเมินเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการจัดการกับอาการที่
ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติ ตามการรับรู้ว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินการจัดการกับอาการ

2.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนดังรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น ในการนำแบบประเมินการจัดการกับอาการเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 คน ประกอบไปด้วย ศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความรู้และความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของแบบประเมิน ผลปรากฏว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามที่ 7 จากคำว่า “ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง” ปรับเป็น “ที่ทำให้มีอาการมีความรุนแรงมากขึ้น” และให้คงจำนวนข้อคำถามทั้ง 18 ข้อไว้ดังเดิม

2.2 นำแบบประเมินการจัดการกับอาการที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ตามสูตรและเกณฑ์ที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่าแบบประเมินการจัดการกับอาการมีค่า CVI เท่ากับ 1.0

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินการจัดการกับอาการที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในระยะลุกลาม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1987) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นเส้นตรงที่มีตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1 - 7 ซึ่งปลายเส้นแต่ละด้านกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมิน โดยตัวเลข 1 - 7 จะบ่งชี้ความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ แบบประเมินจะประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12 และ 13 ส่วนข้อคำถามที่ความหมายทางลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 7 และ 10

ซึ่งคะแนนรวมของความเข้มแข็งในการมองโลกมีค่าตั้งแต่ 13 – 91 คะแนน โดยแต่ละระดับมีการให้ความหมายและการให้คะแนนดังนี้

การแปลผลคะแนนในข้อที่มีความหมายทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 7	หมายถึง	รู้สึกตามนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยเล็กน้อย	เท่ากับ 6	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วย	เท่ากับ 5	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้น
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ 4	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 3	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้น
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เท่ากับ 2	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นน้อยมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1	หมายถึง	ไม่เคยรู้สึกตามข้อนั้นเลย

การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 1	หมายถึง	รู้สึกตามนั้นมากที่สุด
เห็นด้วยเล็กน้อย	เท่ากับ 2	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วย	เท่ากับ 3	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้น
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ 4	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ 5	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้น
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	เท่ากับ 6	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นน้อยมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ 7	หมายถึง	ไม่เคยรู้สึกตามข้อนั้นเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดมาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลก โดยคะแนนเฉลี่ยที่มากหมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนดังรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น ในการนำแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 คน คน ประกอบไปด้วย ศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความรู้และความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงและ

ความถูกต้องของแบบประเมิน ผลปรากฏว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับข้อความให้มีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น และให้คงจำนวนข้อคำถามทั้ง 13 ข้อไว้ดังเดิม

2. นำแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVD) ตามสูตรและเกณฑ์ที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่าแบบประเมินการจัดการกับอาการมีค่า CVI เท่ากับ .92

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง The Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT - G) Version 4 ฉบับภาษาไทยของ Ratanatharathorn et al. (2001) ซึ่งเป็นผู้แปลแบบประเมินนี้มาจากต้นฉบับที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Cella et al. (1993) โดยมียัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 27 ข้อ ใช้ในการประเมินความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วย ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความพึงพอใจด้านร่างกาย (Physical well-being: PWB) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยมีความหมายทางลบทั้งหมด 2) ความพึงพอใจด้านสังคม/ครอบครัว (Social/family well-being: SWB) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยมีความหมายทางบวกทั้งหมด 3) ความพึงพอใจด้านอารมณ์และทางจิตใจ (Emotional well-being: EWB) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ โดยมีความหมายทางบวกในข้อคำถามที่ 2 และมีความหมายทางลบในข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 5, และ 6 และ 4) ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional well-being: FWB) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยมีความหมายทางบวกทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 ดังนั้นคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี จึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 108 คะแนน โดยแต่ละระดับมีการให้ความหมายและการให้คะแนนดังนี้

การแปลผลคะแนนในข้อที่มีความหมายทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	แทนด้วย 4	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	แทนด้วย 3	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมาก
ปานกลาง	แทนด้วย 2	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตปานกลาง
เล็กน้อย	แทนด้วย 1	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตน้อย
ไม่เลย	แทนด้วย 0	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเลย

การแปลผลคะแนนในข้อที่มีความหมายทางลบ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	แทนด้วย 0	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	แทนด้วย 1	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมาก
ปานกลาง	แทนด้วย 2	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตปานกลาง
เล็กน้อย	แทนด้วย 3	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตน้อย
ไม่เลย	แทนด้วย 4	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน กำหนดคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านได้จากการนำคะแนนรวมทั้งหมดในแต่ละด้านมาคูณด้วยจำนวนข้อที่ตอบโดยผู้ป่วย จากนั้นหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมดของแต่ละด้าน ซึ่งจะได้คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านมารวมกัน (PWB + SWB + EWB + FWB) ก็จะได้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม หากมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยโดยรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับคุณภาพชีวิตตามการแบ่งระดับของ Best (1997 อ้างใน รุ่งทิพย์ เป้าคุณ, 2546) ซึ่งนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้นที่ต้องการ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}$$

$$\text{จำนวนช่วง}$$

$$= \frac{108 - 0}{3} = 36$$

3

กำหนดระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้

- | | | | | | |
|------|---|-----|-------|---------|---------------------------------|
| 0.1 | - | 36 | คะแนน | หมายถึง | มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ |
| 36.1 | - | 72 | คะแนน | หมายถึง | มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง |
| 72.1 | - | 108 | คะแนน | หมายถึง | มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น ในการนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตเสนออาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 คน คน ประกอบไปด้วย ศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความรู้และความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของแบบประเมิน ผลปรากฏว่า ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ใส่หมายเลขกำกับในแต่ละข้อคำถาม เพื่อให้สะดวกต่อการจดจำลำดับข้อของผู้ตอบแบบประเมิน และเห็นชอบให้คงข้อคำถามไว้ทุกข้อ

2. นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ตามสูตรและเกณฑ์ที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่าแบบประเมินการจัดการกับอาการมีค่า CVI เท่ากับ 1.0

3. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลสรรพ- สิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

สรุปการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า เครื่องมือส่วนใหญ่มีคุณภาพอยู่ในระดับดี โดย DeVellis (1991) มีเกณฑ์การให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค คือ ค่าระหว่าง .65 - .70 ถือว่าอยู่ในระดับต่ำและยอมรับได้ ค่าระหว่าง .70 - .80 ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้ และค่าระหว่าง .80 - .90 ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินทั้งหมดมีค่าความเที่ยงมากกว่า .80 ยกเว้นแบบประเมินการจัดการกับอาการ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 ซึ่งก็ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และเมื่อนำไปใช้จริงพบว่าค่าความเที่ยงที่ได้ มีความสอดคล้องกับค่าความเที่ยงที่ได้จากการทดลองใช้ และอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตารางที่ 5 สรุปชนิดและคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

แบบประเมิน	จำนวนข้อ	ค่าความเที่ยง		การแปลความหมาย/เกณฑ์
		ฉบับ try out (n=30)	ฉบับใช้จริง (n=150)	
อาการ	12	.83	.81	มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 48 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง มีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำ
การจัดการกับอาการ	18	.78	.74	มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 72 คะแนน คะแนนเฉลี่ยที่มาก หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติมีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติมีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการต่ำ
ความเข้มแข็งในการมองโลก	13	.90	.86	มีคะแนนตั้งแต่ 13 – 91 คะแนน คะแนนเฉลี่ยที่มาก หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ
คุณภาพชีวิต	27	.87	.93	มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 108 คะแนน คะแนนเฉลี่ยโดยรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยโดยรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

ภายหลังจากที่มีมติอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และ โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของทั้ง 2 โรงพยาบาลด้วย ทั้งนี้ เพื่อเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการและประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไปของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนที่มีในหอผู้ป่วยนั้นๆ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling)

2.2 เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2556 – พฤษภาคม พ.ศ. 2556 โดยในวันที่เก็บข้อมูลนั้น ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมิน พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินด้วยตนเองประมาณ 30 – 40 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาขณะทำแบบสอบถาม ในกรณีที่

กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้ด้วยตนเองเนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อคำถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม

5. ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 2.1 ถึงข้อ 5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งหมด 150 คน

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับการทำแบบประเมินมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเสนอ โครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมวิจัยเมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้เมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจหรือจะขอยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆ ก็ได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ทั้งนี้การบอกยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ในการนำเสนอการวิจัยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่จะนำเสนอในเชิงวิชาการภาพรวม ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวดรุนแรง เหนื่อยล้า หรือมีอาการผิดปกติใดๆ ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที รวมทั้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่ผู้วิจัยสังเกตเห็น ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและจัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนทันที พร้อมทั้งรายงานอาการของผู้ป่วยให้พยาบาลในแผนกทราบเพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

2. กรณีที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้วิจัยมีแนวทางช่วยเหลือดังนี้

- ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และความต้องการ โดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้นตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น

- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกินความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลือหรือรายงานแพทย์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชนิดของโรค เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะของโรค การรักษาที่เคยได้รับในอดีต และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และใช้สถิติร้อยละ

2.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิต โดยการใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

5. วิเคราะห์สมการในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุ (multiple regression analysis)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen (1988) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.50 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี รวมทั้งศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 150 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบการบรรยาย จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6 – 7

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8 - 11

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 12

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 – 15

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6 – 7

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เสนอผลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 6 และการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัย ในตารางที่ 7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน ($n = 150$) จำแนกตาม ชนิดของโรค เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะของโรค การรักษาที่เคยได้รับในอดีตและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของโรค		
มะเร็งท่อน้ำดี	127	84.7
มะเร็งตับ	23	15.3
เพศ		
ชาย	93	62.0
หญิง	57	38.0
สถานภาพสมรส		
คู่	107	71.3
หม้าย/หย่า/แยก	26	17.3
โสด	17	11.3
ศาสนา		
พุทธ	147	98.0
อิสลาม	2	1.3
คริสต์	1	0.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	3.3
ประถมศึกษา	113	75.3
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	10	6.7
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 หรือ ปวช.	21	14.0
อนุปริญญา หรือ ปวส.	1	.7

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม	106	70.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22	14.7
รับจ้าง	12	8.0
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	5	3.3
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	3.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	62	41.3
5,001 - 10,000 บาท	41	27.3
10,001 - 15,000 บาท	38	25.3
15,001 - 20,000 บาท	3	2.0
20,001 บาทขึ้นไป	6	4.0
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง	126	84.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	10.7
จ่ายเงินสด	8	5.3
ระยะความรุนแรงของโรค		
ระยะที่ 3	111	74.0
ระยะที่ 4	39	26.0
การรักษาที่เคยได้รับในอดีต		
ประคับประคอง	97	64.7
ผ่าตัด	35	23.3
ทำท่อน้ำดี	18	12.0
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
ประคับประคอง	140	93.3
ทำท่อน้ำดี	6	4.0
ผ่าตัด	4	2.7

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 84.4 และโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 15.3 เป็นเพศชาย ร้อยละ 62 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 41.3 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยบัตรทอง ร้อยละ 84 มีระยะความรุนแรงของโรคลู่อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 74 ส่วนการรักษาที่ได้รับทั้งในอดีตและปัจจุบันเป็นการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 64.7 และ 93.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัย ของอายุ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน ($n = 150$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
31 – 40 ปี	7	4.7
41 – 50 ปี	40	26.7
51 – 59 ปี	103	68.6
($\bar{X} = 52.41$, $SD = 5.71$, $\min = 37$, $\max = 59$, $\text{range} = 22$)		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
0 – 12 เดือน	136	90.7
13 – 24 เดือน	9	5.9
25 – 36 เดือน	3	2.0
37 – 48 เดือน	2	1.3
($\bar{X} = 6.57$, $SD = 7.37$, $\min = 0$, $\max = 48$, $\text{range} = 48$)		

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 52.41 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.71 ช่วงอายุที่พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือระหว่าง 51 – 59 ปี ถึงร้อยละ 68.6 สำหรับระยะเวลาที่เจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี นับตั้งแต่ได้รับการได้รับวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.57 เดือน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.37 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 0 – 12 เดือน ถึงร้อยละ 90.7

ตอนที่ 2 การศึกษาอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8 - 11

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความทุกข์ทรมานจากอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน ($n = 150$) จำแนกตามรายชื่อและโดยรวม

ความทุกข์ทรมานจากอาการ	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ
1. เหนื่อยล้า/อ่อนแรง/ทำกิจกรรมต่างๆ	3.38	0.77	สูงที่สุด
2. สมรรถภาพทางเพศ/ความสนใจใน กิจกรรมทางเพศลดลง	3.05	1.31	สูงที่สุด
3. แน่นท้อง/ท้องอืด/ท้องมาน	2.96	0.92	สูง
4. ปวดท้อง/ท้องเกร็ง/ปวดร้าวไปหลัง	2.89	1.07	สูง
5. การรับรสเปลี่ยนแปลง/ปากแห้ง	2.67	1.10	สูง
6. วิดกกังวล/ซึมเศร้า/หดหู่	2.73	1.23	สูง
7. เบื่ออาหาร/น้ำหนักลด	2.57	1.21	สูง
8. ตัวเหลือง/ตาเหลือง/คันตามร่างกาย	2.38	1.41	สูง
9. ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลง	2.35	1.20	สูง
10. บวมตามร่างกาย	1.90	1.32	ปานกลาง
11. คลื่นไส้/อาเจียน	1.85	1.13	ปานกลาง
12. มีไข้/หนาวสั่น/รู้สึกไม่สบาย/หายใจลำบาก	1.62	1.24	ปานกลาง
ความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม	27.70	8.52	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 27.70 เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสูงที่สุด คือ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนแรง/ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง และสมรรถภาพทางเพศ/ความสนใจในกิจกรรมทางเพศลดลง โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และ 3.05 ตามลำดับ ส่วนอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระดับสูง ได้แก่

อาการแน่นท้อง/ท้องอืด/ท้องมาน, อาการปวดท้อง/ท้องเกร็ง/ปวดร้าวไปหลัง, การรับรสเปลี่ยนแปลง/ปากแห้ง, วิดกกังวล/ซึมเศร้า/หุดหู่ และเบื่ออาหาร/น้ำหนักลด, ตัวเหลือง/ตาเหลือง/คันตามร่างกาย และการมีภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงไป โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.96, 2.89, 2.67, 2.73, 2.57, 2.38 และ 2.35 ตามลำดับ และอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระดับปานกลาง ได้แก่ บวมตามร่างกาย, คลื่นไส้/อาเจียน และอาการมีไข้/หนาวสั่น/รู้สึกไม่สบาย/หายใจลำบาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.90, 1.85 และ 1.62 ตามลำดับ

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเลือกปฏิบัติ วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของประสิทธิผลในการจัดการกับอาการ ที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเลือกปฏิบัติ จำนวน 150 คน ($n = 150$) จำแนกตามรายข้อและโดยรวม

ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการ	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD)	ระดับ
1. ใช้จ่ายตามแผนการรักษาของแพทย์	150	3.46	0.77	สูง
2. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล อย่างเคร่งครัด	149	3.43	0.84	สูง
3. ไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ	150	3.37	0.86	สูง
4. ขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลอาการ	150	3.19	0.77	สูง
5. งดอาหารและเครื่องดื่มที่ทำให้มีอาการมี ความรุนแรงมากขึ้น	143	3.18	1.03	สูง
6. ลดการเคลื่อนไหวของร่างกาย	147	3.08	0.95	สูง
7. รับประทานอาหารที่ย่อยง่ายเพื่อลดอาการ อึดอัดแน่นท้อง	143	3.03	1.06	สูง
8. ระบายความรู้สึกทุกข์ใจกับญาติหรือเพื่อน	146	3.01	0.93	สูง
9. รับประทานวิตามิน/อาหารเสริมเพื่อบำรุง ร่างกาย	142	3.01	1.07	สูง

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการ	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD)	ระดับ
10.ประเมินความรุนแรงของอาการที่เป็นอยู่	140	2.89	1.04	สูง
11.ออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย	133	2.43	1.11	ปานกลาง
12.เบี่ยงเบนความสนใจจากอาการที่เกิดขึ้น	128	2.29	1.25	ปานกลาง
13.ใช้ประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอาการที่ดี ในอดีตมาช่วยแก้ปัญหาการเจ็บป่วย	128	2.18	1.23	ปานกลาง
14.ใช้ความรู้เรื่องการจัดการกับอาการที่เคย ทราบจากหนังสือ โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น	97	1.66	1.40	ปานกลาง
15.ใช้ยารักษาอาการนั้นๆ มารับประทานเอง	126	1.59	1.07	ปานกลาง
16.ทำตามคำบอกเล่าของคนอื่น	112	1.33	1.05	ปานกลาง
17.รักษาอาการนั้นๆ ด้วยแพทย์พื้นบ้าน	111	1.31	1.18	ปานกลาง
18.ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นเพื่อลดอาการคัน	89	1.20	1.18	ต่ำ
ประสิทธิผลในการจัดการกับอาการโดยรวม		40.59	8.16	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า วิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับ และต่อน้ำดีเลือกปฏิบัติมากที่สุด คือ ใช้ยารักษาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ การไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ และการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ภรรยา สามี บุตร ในการดูแลอาการ ส่วนประสิทธิผลในการจัดการกับอาการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 40.59 เมื่อจำแนกตามรายชื่อแล้วพบว่า วิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ การใช้ยารักษาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 รองลงมาคือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 และการไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 ส่วนการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิผลในระดับต่ำ คือ การดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นเพื่อลดอาการคันตามผิวหนัง เช่น ทาโลชั่น ไม่ใช้สบู่อาบน้ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20

2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเข้มแข็งในการมองโลก ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน ($n = 150$) จำแนกตามรายชื่อและโดยรวม

ความเข้มแข็งในการมองโลก	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
1. บุคคลที่ไว้ใจไม่ทำให้ท่านผิดหวัง*	6.29	1.55
2. เกิดความแปลกใจในพฤติกรรมของคนที่ยู้งัก*	6.07	1.75
3. การมีจุดมุ่งหมายของชีวิต	5.97	1.99
4. รู้สึกว่ามีผู้ปฏิบัติต่อตนเองอย่างไม่ยุติธรรม	5.92	1.85
5. เกิดความคิดบางอย่างในใจแต่ไม่แสดงออกให้คนอื่นรับรู้	5.49	2.18
6. ความรู้สึกต่อสิ่งที่กระทำอยู่ในทุกวันนี้*	5.18	1.88
7. ความรู้สึกว่าคุณเองล้มเหลว เป็นผู้แพ้ในชีวิตที่ผ่านมา*	5.00	2.16
8. มีความรู้สึกและความคิดที่สับสน ยุ่งเหยิง	4.69	2.59
9. มีความรู้สึกว่าคุณเองอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และไม่ทราบว่าจะทำอะไร	4.68	2.20
10. มักจะให้ความสำคัญกับสิ่งที่เกิดขึ้น	4.59	1.43
11. รู้สึกว่าสิ่งต่างๆ ที่ท่านได้กระทำอยู่ทุกวันนี้ไม่ค่อยมีความหมาย	4.49	2.19
12. มีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้	4.33	2.07
13. ไม่ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว*	3.45	2.30
ความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวม	66.15	10.47

* หมายถึงข้อความด้านลบ

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 66.15 เมื่อจำแนกรายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การมองว่าบุคคลที่ตนไว้ใจไม่เคยทำให้ผิดหวัง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.29 รองลงมาคือ ไม่เคยแปลกใจในพฤติกรรมของบุคคลที่ตนเองรู้จัก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.07 และมองว่าตนเองมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.97ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ย

ความเข้มแข็งในการมองโลกน้อยที่สุด คือ ไม่ได้ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตนเอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.45

2.4 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n=150) จำแนกตามรายด้านและโดยรวม

คุณภาพชีวิต	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	28	21.04	2.74	สูง
ความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์	24	14.85	4.25	ปานกลาง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	28	11.41	5.78	ปานกลาง
ความผาสุกด้านร่างกาย	28	11.10	3.67	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	108	58.40	11.61	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.40 จากคะแนนรวมทั้งหมด 108 คะแนน เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.04 ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และความผาสุกด้านร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.85, 11.41 และ 11.10ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n=150)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	P-value
เพศ	-.012	0.888
อายุ	-.097	0.238
ระดับการศึกษา	.244	0.003
รายได้	.041	0.622
ระยะของโรค	-.173	0.034
อาการ	-.306	0.000
การจัดการกับอาการ	.098	0.234
ความเข้มแข็งในการมองโลก	.338	0.000

จากตารางที่ 12 พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .244$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.173$) ปัจจัยด้านอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.306$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ระยะความรุนแรงของโรคและกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนปัจจัยด้านความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .338$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างไรก็ตาม พบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ และการจัดการกับอาการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 - 15

การวิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple correlation) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกตัว ซึ่งขั้นตอนในการวิเคราะห์ประกอบไปด้วย ขั้นตอนแรก ทำการวิเคราะห์โดยตัวแปร 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และระดับการศึกษา ตามลำดับ ขั้นตอนที่ 2 เพิ่มตัวแปรอีก 2 ตัว ได้แก่ อาการ และระยะของโรค ตามลำดับ และขั้นตอนที่ 3 เพิ่มตัวแปรอีก 4 ตัว ได้แก่ การจัดการกับอาการ รายได้ เพศ และอายุ ตามลำดับ รวมตัวแปรพยากรณ์ทั้งสิ้น 8 ตัวแปร สำหรับการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากนั้นจึงสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple correlation) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกตัว โดยนำเสนอในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับการศึกษา อาการ ระยะของโรค เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และการจัดการกับอาการ กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน ($n = 150$) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ความเข้มแข็ง	1.00								
2. ระดับการศึกษา	.039	1.00							
3. อาการ	-.178*	-.061	1.00						
4. ระยะของโรค	-.029	-.156	.255**	1.00					
5. การจัดการ อาการ	-.197*	.171*	.084	-.052	1.00				
6. รายได้	.247**	.171*	.030	-.029	.070	1.00			
7. เพศ	-.045	-.053	.009	-.088	.046	-.026	1.00		
8. อายุ	-.019	-.183*	.033	.098	-.041	-.124	.028	1.00	
9. คุณภาพชีวิต	.338**	.244**	-.306**	-.173*	.098	.041	-.012	-.097	1.00

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 13 พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .338 และ .244 ตามลำดับ ส่วนอาการ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.306 และระยะของโรคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.173 สำหรับปัจจัยด้าน การจัดการกับอาการ รายได้ เพศ และอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน ($n = 150$)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 Change	F	p-value
1. ความเข้มแข็งในการมองโลก	.338	.114	.108	19.101	.000
2. ความเข้มแข็งในการมองโลก, อาการ	.420	.177	.165	15.755	.000
3. ความเข้มแข็งในการมองโลก,อาการ, ระดับการศึกษา	.473	.224	.208	14.051	.000

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี มีตัวแปรพยากรณ์ที่มีลำดับขั้นการพยากรณ์จากตัวแปรลำดับที่ 1 ถึงตัวแปรลำดับที่ 3 ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก อาการ และระดับการศึกษา ตามลำดับ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ร้อยละ 11.4, 17.7 และ 22.4 ตามลำดับ มีประสิทธิภาพในการทำนาย (F) เท่ากับ 19.101, 15.755 และ 14.051 ตามลำดับ และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 10.8, 16.5 และ 20.8 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรความเข้มแข็งในการมองโลก อาการและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ร้อยละ 22.4

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลกและระดับการศึกษา ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 150 คน (n = 150)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE.b	β	t	p-value
1. ความเข้มแข็งในการมองโลก	.375	.086	.338	4.371	.000
2. อาการ	-.346	.104	-.253	-3.332	.001
3. ระดับการศึกษา	3.241	1.084	.218	2.990	.003
Constant	38.928	7.061		5.513	.000

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยมีสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ 4.371 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .338 นั้นหมายถึง เมื่อคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะมีผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .338 หน่วยมาตรฐาน ในส่วนของอาการพบว่ามี ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยมี สัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ -3.332 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และมีค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.253 นั้นหมายถึง เมื่อคะแนนของกลุ่มอาการเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะมีผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง .253 หน่วยมาตรฐาน สำหรับระดับ การศึกษาพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและ ท่อน้ำดีในระยะลุกลาม โดยมีสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ 2.990 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .218 นั้นหมายถึง เมื่อคะแนนของ ระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะมีผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .218 หน่วยมาตรฐาน

จากข้อมูลข้างต้นทำให้เขียนสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ได้ดังนี้

1. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\begin{aligned} \text{คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ} &= 38.928 + .375 (\text{ความเข้มแข็งในการมองโลก}) \\ \text{และท่อน้ำดี} &\quad - .346 (\text{อาการ}) + 3.241 (\text{ระดับการศึกษา}) \end{aligned}$$

2. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned} \text{คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ} &= +.338 \text{ (ความเข้มแข็งในการมองโลก)} \\ \text{และท่อน้ำดี} &\quad - .253 \text{ (อาการ)} +.218 \text{ (ระดับการศึกษา)} \end{aligned}$$

จากการวิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ของตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สรุปได้ว่า มีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก อาการ และระดับการศึกษา สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี รวมทั้งศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค ปัจจัยด้านอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก

โดยมีสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. เพศ และอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
2. ระดับการศึกษา รายได้ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม
3. ระยะของโรค อาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
4. เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตับ (HCC) หรือมะเร็งท่อน้ำดี (CCA) ในระยะลุกลาม มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมหรือแผนกศัลยกรรมทั่วไป ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดและมีศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งท่อน้ำดี ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีทั้งหมด 7 แห่ง จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ เพื่อเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการศึกษาเพียง 2 โรงพยาบาลเท่านั้น ผลการจับสลากพบว่า โรงพยาบาลที่ใช้เป็นแหล่งเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีใน ระยะลุกลาม ที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ และในรายที่มีอาการกลับมาเป็นซ้ำจากการลุกลามของโรค ภายหลังจากผ่าตัด 1 เดือนขึ้นไป
- 2) มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี
- 4) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
- 5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
- 6) ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (Thorndike, 1978) เก็บรวบรวม ข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2556 - พฤษภาคม พ.ศ. 2556 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอาการ 3) แบบประเมินการจัดการกับอาการ 4) แบบประเมินความเข้มแข็ง ในการมองโลก และ 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค ของแบบประเมินกลุ่มอาการ แบบประเมินการจัดการกับอาการ แบบ ประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินคุณภาพชีวิต เท่ากับ .83, .77, .94, และ .84 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ .81, .74, .92, และ .83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชนิดของโรค เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา อาชีพ รายได้ ระยะของโรค การรักษาที่เคยได้รับในอดีต และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน วิเคราะห์โดยสถิติการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ ส่วน อายุและ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย วิเคราะห์โดยสถิติการแจกแจงค่าความถี่ สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าต่ำสุด (minimum) ค่าสูงสุด (maximum) และ ค่าพิสัย (range)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
4. วิเคราะห์สมการพหุคูณคุณภาพชีวิตจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค ปัจจัยด้านอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุ (multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 84.7) รองลงมาคือโรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 15.3) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62) มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 52.41 ปี (ช่วงอายุระหว่าง 37-59 ปี) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 71.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 75.3) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 70.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 41.3) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยบัตรทอง (ร้อยละ 84) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยนับตั้งแต่ได้รับการได้รับวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.55 เดือน ความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 3 (ร้อยละ 74) สำหรับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งในอดีตและปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (ร้อยละ 64.7 และ 93.3) ตามลำดับ

2. อาการ การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 27.70 (SD= 8.52) เมื่อจำแนกตามรายชื่อพบว่า อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด คือ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนแรง/ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง และอาการสมรรถภาพทางเพศ/ความสนใจในกิจกรรมทางเพศลดลง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และ 3.05 (SD= 0.77, 1.31) ตามลำดับ และอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระดับมาก ได้แก่ อาการแน่นท้อง/ท้องอืด/ท้องมาน, อาการปวดท้อง/ท้องเกร็ง/ปวดร้าวไปหลัง, การรับรสเปลี่ยนแปลง/ปากแห้ง, วิตกกังวล/ซึมเศร้า/หดหู่ และเบื่ออาหาร/น้ำหนักลด, อาการตัวเหลือง/ตาเหลือง/คันตามร่างกาย และรู้สึกว่าคุณลักษณะของตนเองเปลี่ยนแปลง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.96, 2.89, 2.67, 2.73, 2.57, 2.38 และ 2.35 (SD = 0.92, 1.07, 1.10, 1.23, 1.21, 1.41 และ 1.20) ตามลำดับ ส่วนอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในระดับ

ปานกลาง ได้แก่ อาการบวมตามร่างกาย, คลื่นไส้/อาเจียน และมีไข้/หนาวสั่น/รู้สึกไม่สบาย/หายใจลำบาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.90, 1.85 และ 1.62 (SD = 1.32, 1.13 และ 1.24) ตามลำดับ

3. การจัดการกับอาการ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า วิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเลือกปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ใช้น้ำยาการรักษาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ การไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ และการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เช่น ภรรยา สามี บุตร ในการดูแลอาการ สำหรับการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามเลือกปฏิบัติ พบว่ามีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 40.59 (SD= 8.16) และเมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่าวิธีการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิผลอยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ การใช้น้ำยาการรักษาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 (SD= 0.77) รองลงมาคือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 (SD= 0.84) และการไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 (SD = 0.86) ส่วนการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิผลในระดับต่ำ คือ การดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นเพื่อลดอาการคันตามผิวหนัง เช่น ทาโลชั่นไม่ใช้สบู่อาบน้ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 (SD= 1.18)

4. ความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.15 (SD= 10.47) เมื่อจำแนกรายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือการมองว่าบุคคลที่ตนไว้ใจไม่เคยทำให้ผิดหวัง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.29 (SD= 1.55) รองลงมาคือ ไม่เคยแปลกใจในพฤติกรรมของบุคคลที่ตนเองรู้จัก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.07 (SD= 1.75) และมองว่าตนเองมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.97 (SD= 1.99) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกน้อยที่สุด คือ บ่อยครั้งที่ไม่ได้ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตนเอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 (SD= 2.30)

5. คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.40 (SD= 11.61) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.04 (SD= 2.74) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และความผาสุกด้านร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.85, 11.41 และ 11.10 (SD= 4.25, 5.75 และ 3.67) ตามลำดับ

6. ความเข้มแข็งในการมองโลกและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = .338$ และ .179) ตามลำดับ

7. อาการและระยะของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = -.306$ และ $-.173$) ตามลำดับ

8. อายุ เพศ รายได้ และการจัดการกับอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

9. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก อาการและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการพยากรณ์ได้ร้อยละ 22.4 ($R^2 = .224$) ซึ่งสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ} &= +.338 (\text{ความเข้มแข็งในการมองโลก}) \\ \text{และท่อน้ำดี} &\quad -.253 (\text{อาการ}) + .218 (\text{ระดับการศึกษา}) \end{aligned}$$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.61 ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ Ryu et al. (2010) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งตับอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 126.48 คะแนน (คะแนนเต็ม 180 คะแนน) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.6) มีการรายงานการเกิดอาการน้อย ก่อให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการต่ำ คล้ายผลการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานต่อการเกิดอาการในระดับต่ำ จึงทำให้ผู้ป่วย

ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังวิเคราะห์ว่า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.41 ปี ช่วงอายุอยู่ในระหว่าง 37 - 59 ปี จึงนับได้ว่าเป็นช่วงวัยที่ไม่มีความเสื่อมถอยตามวัยมากนัก สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรง ยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) ที่กล่าวถึงการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของมนุษย์และการดูแลตนเองเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากเดิมอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยในช่วงชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อการรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพที่ดีและการศึกษาของชูศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ (2548) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพของบุคคลนั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะของการเจ็บป่วย (นับตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นไปจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีตับและได้รับการรักษาจากแพทย์) มีส่วนสำคัญในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพปัญหาและเกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งที่เข้ามากระทบ เช่น อาการรบกวน ผลข้างเคียงจากการรักษา และความวิตกกังวลเป็นต้น (Lee et al., 2007) ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.57 เดือน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.37 จึงอาจวิเคราะห์ได้ว่าในช่วงระยะเวลาดังกล่าวผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ไปบ้างแล้ว เช่น การรักษาด้วยการผ่าตัด การทำท่อระบายน้ำดี และการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งอาจรวมไปถึงการได้รับสุขศึกษาในการดูแลตนเองภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ เหล่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Konkasame et al. (2011) พบว่าการรักษาด้วยการใส่ท่อระบายน้ำดีช่วยลดอาการรบกวนที่สำคัญคือ อาการตัวเหลืองตาเหลือง และทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใส่ท่อระบายน้ำดี และจากการศึกษาของ Shun et al. (2012) พบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาครบ 2 เดือนไปแล้ว ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของการมีอาการรบกวนต่างๆ จะมีความรุนแรงของอาการลดลง และมีสภาพอารมณ์ที่มั่นคงมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ในการศึกษาของ อุบล จ้วงพานิช และคณะ (2549) ยังพบว่าการส่งเสริมการดูแลตนเองด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างถูกวิธีจะช่วยพัฒนาศักยภาพในการเผชิญปัญหาที่เกิดจากโรคได้เป็นอย่างดี และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย และจากการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) พบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนในระดับต่ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 21.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.74 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 71.30 จากข้อมูลดังกล่าวช่วยให้วิเคราะห์ได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีความผาสุกในด้านสังคมและครอบครัวในระดับสูงนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพักอาศัยอยู่กับครอบครัวของตนเอง หรือ บุคคลใกล้ชิด เช่น บุตร หลาน ธิดา และเพื่อนๆ เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยมีบุคคลที่จะเป็นผู้ดูแลหลักเพื่อให้การช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยอย่างใกล้ชิด รวมไปถึงการสนับสนุนและส่งเสริมให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เพียงพอก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ยังวิเคราะห์ได้จากความเกี่ยวข้องทางด้านวัฒนธรรมของสังคมไทย ที่มีลักษณะความเป็นอยู่ฉันท์เครือญาติ มีการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะเมื่อมีเรื่องทุกข์ร้อน เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้าย การเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ต้องสูญเสียอวัยวะ เป็นต้น ทุกคนจะได้รับการปลุกฝังเกี่ยวกับค่านิยมของความกตัญญูรู้คุณต่อบุพการีและผู้มีพระคุณ โดยถือเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ และดูแลเอาใจใส่เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ หรือการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น ดังนั้น บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงถือได้ว่ามีความสำคัญต่อการให้การดูแล เอาใจใส่ และให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีวาระสุดท้ายของชีวิตที่ดีที่สุด (ชูศรี กุชชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ Qiao et al. (2012) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีร้อยละ 92 มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับครอบครัวมากขึ้นภายหลังทราบการเจ็บป่วย โดยได้รับแรงสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว (ร้อยละ 59) และจากเพื่อน (ร้อยละ 69) นอกจากนี้ยังได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 49) มีการพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับครอบครัว (ร้อยละ 69) มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดมากขึ้นกับคู่สมรส (ร้อยละ 43) นั่นแสดงว่าผู้ป่วยมีความผาสุกด้านสังคมและครอบครัวที่ดีขึ้นภายหลังจากที่ทราบว่าเจ็บป่วยและได้รับความเข้าใจและการเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากบุคคลอันเป็นที่รักและใกล้ชิด

ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้านอื่นๆ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความผาสุกด้านจิตใจ/อารมณ์ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และความผาสุกด้านร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.85, 11.41 และ 11.10ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.25, 5.78 และ 3.67 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74 มีระยะของโรคอยู่ในระยะลุกลาม ซึ่งพยาธิสรีระของโรคในระยะของโรคดังกล่าวมักพบว่ามีก้อนเนื้ออกในตับขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร และมีจำนวนก้อนมากกว่า 3 ก้อนขึ้นไป แต่ไม่พบอาการของตับวาย ไม่มี

อาการทางคลินิกของมะเร็งตับที่เด่นชัด รวมไปถึงการตรวจภาพรังสีวินิจฉัยไม่พบมะเร็งลุกลามเข้าหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ ดังนั้นในระยะนี้ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีจึงยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้บ้าง เช่น เดินออกกำลังกาย ทำงานบ้าน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (Ryu et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จึงยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ ประกอบกับการมีความผาสุกในชีวิตด้านสังคม/ครอบครัวในระดับสูง จึงทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในครั้งนี้กับรายงานการศึกษาในอดีตพบว่ามีความแตกต่างกัน เนื่องจากในอดีตนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคลุกลามอยู่ในระยะสุดท้าย ทำให้ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางไปจนถึงระดับต่ำ (Sun et al., 2008; Mihalache et al., 2010; Konkasame et al., 2011) เนื่องจากระยะของโรคดังกล่าวเป็นช่วงที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปนอกตับหรือการตรวจภาพรังสีวินิจฉัยพบเนื้องอกลุกลามเข้าหลอดเลือดดำใหญ่ ทำให้การทำหน้าที่ของตับเสียไป เกิดอาการทางคลินิกที่ชัดเจนจนรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง (พุลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่าผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995) ที่ผู้วิจัยเชื่อว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ดังนั้นเมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติจึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับเซลล์ถึงอวัยวะ (Biological and Physiological variable) ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วย (Symptom) และกระทบต่อความสามารถทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Functional status) มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (General health perception) และพบว่าทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปได้ทั้งสองทิศทาง กล่าวคือ ตัวแปรบางตัวนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรหนึ่งแล้วยังส่งผลโดยอ้อมต่อตัวแปรอีกตัวหนึ่งด้วย ซึ่งตรงกับแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตนั้นอาจมีทิศทางของความสัมพันธ์ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค ปัจจัยด้านอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

2.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะของโรคกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

เพศ จากผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผ่านทางอาการ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Wilson and Cleary, 1995) ผลการศึกษาในครั้งนี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาของ Sobhonslidsuk et al. (2006) พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นความผิดปกติ แต่ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายของอาการนั้นๆ ส่วน Sauerland et al. (2009) พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย เนื่องจากลักษณะของการใส่ใจทางด้านสุขภาพมีมากกว่าจึงทำให้เกิดการหาข้อมูล เพื่อหาวิธีการบรรเทาปัญหาทางสุขภาพให้ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) ที่พบว่าเพศชายมีการรายงานระดับคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมักก่อให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ในทางตรงข้าม Lai et al. (2007) และ Huijer, Abboud and Doumit (2012) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากมีการรายงานความถี่ ความรุนแรงของอาการสูงกว่าเพศชาย

อายุ จากผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า ในทางสถิตินั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.6 มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี ส่วนจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุอื่นๆ มีจำนวนน้อยลงเรื่อยๆ จึงทำให้การกระจายของข้อมูลมีน้อย และอาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นอกจากนี้ อายุ ยังเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าของคุณภาพชีวิตผ่านมาในรูปแบบประสบการณ์ ความพึงพอใจ และลักษณะการจำแนกอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Wilson and Cleary, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiao (2010) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมีการรายงานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากยังความสามารถ

ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ อย่างไรก็ตาม Bianchi et al. (2003) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยๆ มีการรายงานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตต่ำ เนื่องจากยังขาดความพึงพอใจต่อประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา

ระดับการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .179 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.3 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่าองค์ความรู้ที่เกิดจากการได้รับในระบบการศึกษาอย่างจำกัดไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงไว้ซึ่งการมีความผาสุกในชีวิต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ที่นอกจากจะได้รับการศึกษาในระบบของการศึกษาส่วนหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้ยังได้รับความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ที่เกิดจากการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยซึ่งผ่านประสบการณ์ชีวิตน้อย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ได้รับความรักความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ห่วงใยจากคู่สมรสหรือบุตรหลาน อันเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ สามารถเรียนรู้ที่จะปรับตัวและปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีอย่างมีมาตรฐานช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ วิธีการรักษาที่ได้รับ และผลข้างเคียงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้และตอบสนองต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและสามารถปรับใช้กับตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษา Michael et al. (1997) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้มีความขัดแย้งกับแนวคิดของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี โดยบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น จะมีการรับรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น และขัดแย้งกับแนวคิดของ Pender (1982) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถแสวงหาแหล่งความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง สามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาและการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และขัดแย้งกับการศึกษาของ Lai et al. (2007) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการจัดการ

อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งตับ โดยผู้ป่วยที่สำเร็จการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไปจะสามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผลลัพธ์ของการจัดการกับปัญหาต่างๆ มีความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นด้วย

รายได้ จากผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า อาจเนื่องมาจากสภาพความเป็นอยู่ในบริบทของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ที่มีรายได้หลักจากการปลูกและขายผลผลิตเป็นรายปี ไม่มีรายได้ประจำในแต่ละเดือนที่แน่นอน ดังนั้น จึงทำให้มีรายได้สุทธิค่อนข้างต่ำเมื่อเฉลี่ยเป็นรายเดือน ซึ่งจากการสำรวจรายได้ของประชาชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 3,056.75 บาท/เดือน เมื่อเทียบกับรายได้ของประชากรชาวไทยตามดัชนีชี้วัดของประเทศแล้วพบว่าต่ำกว่าเกณฑ์ (7,745.33 บาท/คน/เดือน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) อีกประการหนึ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาด้วยบัตรทอง ซึ่งเป็นสวัสดิการทางสุขภาพที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการรับบริการทางสุขภาพโดยไม่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับผลกระทบจากค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนอย่างมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน แต่ไม่พบว่าก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษารังนี้ขัดแย้งกับรายงานการศึกษาของ Kim et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ว่างงาน ไม่มีรายได้ที่สม่ำเสมอ จะมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่สูงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในขั้นรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2007) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องลาออกจากงานภายหลังเข้ารับการรักษา เนื่องจากการอาการรบกวนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานต่างๆ ได้ตามปกติ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เกิดการว่างงาน ไม่มีรายได้ ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจ้างงานและมีรายได้สูงอย่างมีนัยสำคัญ

ระยะของโรค จากผลการศึกษาพบว่า ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -.173 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นหรือมีการลุกลามของโรคเพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่มีการลุกลามของมะเร็งแล้ว คือร้อยละ 74 และระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย ร้อยละ 26 ตามลำดับ ทำให้การดำเนินของโรคเลวลงและเกิดอาการรบกวนหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งผลการศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2007) ที่พบว่าระยะของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ($r = -0.65$) โดยส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ Lee et al. (2007) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีสุขภาพดีแล้วพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ความผาสุกด้านร่างกาย ($r = -0.36$) ด้านจิตใจ ($r = -0.48$) และด้านสังคม ($r = -0.45$) แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกในด้านสิ่งแวดล้อม ($r = 0.68$) ในขณะที่มีรายงานการศึกษาของ Qiao et al. (2012) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีระยะของโรคในระยะที่ 1 และ 2 นั้นจะพบว่าผู้ป่วยยังคงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เนื่องจากยังเป็นระยะของโรคที่ไม่ปรากฏอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น ชัด และการทำงานของตับยังอยู่ในภาวะปกติ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยยังสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนแต่อย่างใด ด้วยเหตุนี้จึงอาจกล่าวได้ว่า ระยะของโรคเป็นปัจจัยที่ช่วยพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ผลการศึกษาพบว่า อาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.306 ซึ่งถือได้ว่ามีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางและเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับมากจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลง ส่วนผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการน้อยจะมีคุณภาพชีวิตสูง ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้ประกอบไปด้วยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งที่เข้ารับการรักษานในวันแรกและรับการรักษาต่อเนื่องมาแล้ว จึงอาจพบได้ว่าผู้ป่วยอาจเผชิญกับอาการแสดงต่างๆ ก่อนเข้ารับการรักษาน อันเป็นผลมาจากการลุกลามตามพยาธิสภาพของโรคที่อยู่ในระยะที่มีการลุกลามของเนื้องอกในเนื้อตับและมีการ

จุดต้นของท่อน้ำดีจนก่อให้เกิดอาการทางคลินิกต่างๆมาแล้ว อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอีกบางส่วนที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยในซึ่งอาจมีอาการแสดงจากสาเหตุของการลุกลามของโรค การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาด้วย โดยอาการรบกวนต่างๆ นั้น ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยจนเป็นเหตุให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานที่สุด คือ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนแรง/ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง และอาการสมรรถภาพทางเพศ/ความสนใจในกิจกรรมทางเพศลดลง โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และ 3.05 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าลักษณะของการเกิดอาการในกลุ่มตัวอย่างนี้สามารถพบอาการได้มากกว่า 1 อาการขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับผลของศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะมีการรายงานการเกิดอาการอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป และอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน 5 อันดับแรกได้แก่ อาการปวดท้อง เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร ค้นตามผิวหนัง และอาการวิตกกังวล ซึ่งสาเหตุของการเกิดอาการนั้นอาจเกิดได้ทั้งจากพยาธิสภาพของ โรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา (นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงเดือนที่ 3 ของการรักษา) อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) อาจมีความแตกต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้ในบางประเด็นคือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการรายงานการเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการค้นตามผิวหนังในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่ยาวนานกว่า (ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการรักษา เท่ากับ 6.57 เดือน, SD=7.37) และมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตัดตับและการใส่ท่อระบายน้ำดี (ร้อยละ 23.3 และ 12 ตามลำดับ) จึงทำให้ช่วยลดการคั่งของบิลิรูบินในกระแสเลือด และลดการเกิดอาการตัวเหลืองตาเหลืองและค้นตามผิวหนังได้

เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดจากอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีแล้วพบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2008) ที่ว่าอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยเฉพาะในด้านความผาสุกด้านร่างกาย และความผาสุกด้านการทำหน้าที่ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้มากเท่าที่ควร นอกจากนี้ Sun et al. (2010) ยังพบว่าอาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดังปกติ ต้องการการพักผ่อนบนเตียงที่ยาวนานขึ้น ส่วนในรายงานการศึกษาของ Steel et al. (2005) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีส่งผลกระทบต่อการใช้สมรรถภาพทางเพศ หากผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนหรือต้องได้รับการรักษาด้วยยาร่วมด้วย จะทำให้ผู้ป่วยประสบกับปัญหานี้เพิ่มมากขึ้น โดยทำให้ด้านความผาสุกด้านร่างกายลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลธรรมดา

นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาของ Ryu et al. (2010) ที่ศึกษาผลกระทบของอาการและกลุ่มอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ผลการศึกษาพบว่าอาการและกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต โดยร้อยละ 100 ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี รายงานการเกิดอาการอย่างน้อย 2 อาการ และร้อยละ 88.3 รายงานการเกิดอาการตั้งแต่ 3-15 อาการ อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุดคือ อาการเหนื่อยล้า (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65) ไม่มีเรี่ยวแรง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41) เสร้า โสภ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03) ปวดท้อง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97) และการรับรสเปลี่ยนแปลง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีการรายงานการเกิดอาการและกลุ่มอาการจำนวนมากขึ้นจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง เมื่อพิจารณาตามรายด้านแล้ว Qiao et al. (2012) พบว่าการอาการส่งผลกระทบต่อความผาสุกด้านร่างกายโดย ทำให้สภาพร่างกายอ่อนแอ ขาดความทนทานต่อโรค เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ประสบกับปัญหาการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว และใช้เวลาในการนอนพักบนเตียงนานๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ทางด้านความผาสุกด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึก โสภ เสร้า และเสียใจต่อการเกิดโรค มีความรู้สึกกลัวการเสียชีวิต และกังวลเกี่ยวกับการลุกลามของโรค จนก่อให้เกิดการขาดความมั่นใจต่อการรักษาที่ได้รับว่าจะช่วยให้หายขาดจากโรคได้ ทางด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม พบว่าการมีอาการรบกวนจะส่งผลให้การปฏิบัติงานต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง และเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความเครียดต่อการใช้ชีวิต ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีปัญหาการนอนไม่หลับ ไม่มีความสุขต่อการทำงานอดิเรกเพื่อการผ่อนคลาย และสุดท้ายคือทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเอง อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการช่วยให้ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัวของผู้ป่วยมีสัมพันธ์สภาพที่ใกล้ชิดกับครอบครัวมากขึ้น ได้รับความสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว และจากเพื่อน นอกจากนี้ยังได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยจากสมาชิกในครอบครัว โดยมีการพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับครอบครัว นั้นแสดงว่าผู้ป่วยมีความผาสุกด้านสังคมและครอบครัวที่ดีขึ้นภายหลังจากที่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและได้รับความเข้าใจและการเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากบุคคลอันเป็นที่รักและใกล้ชิด จึงสรุปได้ว่า อาการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Sauerland et al., 2009; Fan et al., 2010)

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการจัดการกับอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ผลการศึกษาพบว่า การจัดการกับอาการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าการจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า อาจเนื่องมาจาก วิธีการจัดการกับอาการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเลือกปฏิบัติ มีประสิทธิผล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 40.59 ส่วนวิธีการจัดการกับอาการที่มี ประสิทธิภาพอยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ การใช้ยารักษาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 รองลงมาคือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่าง เคร่งครัด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 และการไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.37

จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถวิเคราะห์ได้ว่า เนื่องจากระบบการให้บริการ รักษาพยาบาลในปัจจุบันที่เน้นคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศ ด้านมะเร็งท่อน้ำดีที่ใช้เป็นแหล่งเก็บข้อมูลครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี นั้น ถือได้ว่าเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลมาแล้ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน รวมไปถึงการ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการ กับอาการรบกวนต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาล ที่เป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศด้านมะเร็งท่อน้ำดีนี้มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างเป็นแบบแผน โดยเน้นในเรื่องของการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และรูปแบบการดูแลตนเองทั้งขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล จ้วงพานิช และคณะ(2549) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น จะต้องได้รับการส่งเสริมรูปแบบ การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย 8 รูปแบบ คือ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งรวมไปถึง การจัดการกับอาการที่อาจเกิดขึ้นทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน 2) การให้คำปรึกษา ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน 3) การให้กำลังใจและจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ เหมาะสม 5) ส่งเสริมให้มีเจตคติที่ดีต่อโรคและการรักษา 6) ให้กำลังใจและความมั่นใจอย่าง ต่อเนื่อง 7) ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวหาแหล่งประโยชน์ และ 8) เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและ ทีมการดูแล ซึ่งพบว่าภายหลังติดตามผลหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมด้วยรูปแบบดังกล่าว ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การนำแบบจำลองการจัดการกับอาการมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีนั้น มีความสอดคล้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีแหล่งประโยชน์ที่จะให้ความรู้และแนวทางในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยการจัดการกับอาการต่างๆ นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ ประสบการณ์การมีอาการที่ผู้ป่วยเคยประสบพบเจอแล้วเกิดการเรียนรู้ลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นทั้งด้านความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน จนก่อให้เกิดการสรรหากลวิธีที่จะใช้ในการจัดการกับอาการเหล่านั้นให้ทุเลาลงหรือหายไป การเลือกใช้วิธีการจัดการกับอาการที่เหมาะสม สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและเป็นไปตามเป้าหมายที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมที่ให้การรักษาพยาบาลได้ร่วมกันวางแผนไว้ จะทำให้ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการได้ผลดี และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Dodd et al. 2001)

2.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .338$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี จากผลการศึกษาดังกล่าวอาจวิเคราะห์ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มีความหมาย และคุ้มค่าในการดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสม แม้ว่าจะป่วยเป็นโรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายและต้องเข้ารับการรักษาลดชีวิต เช่น การผ่าตัดตามการพิจารณาของแพทย์ การผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำดี และการรักษาแบบประคับประคอง เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเข้าใจถึงการรักษาที่ต้องได้รับว่าเป็นวิธีการที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ ช่วยให้ชีวิตยืนยาวมากขึ้น ก็สามารถที่จะใช้ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแม้ว่าจะเป็นสถานการณ์ที่ไม่เคยเจอมาก่อนก็ตาม นอกจากนี้ยังสามารถที่จะเข้าใจว่าสถานการณ์ต่างๆ นั้นเกิดขึ้นจากเหตุและผล มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถจัดลำดับขั้นตอนได้และสามารถทำนายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งกระบวนการรับรู้ที่เป็นระบบนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม ประสบการณ์ในชีวิต และจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีอยู่รอบรอบๆ ตัว (Antonovsky, 1987) ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยเลือกใช้นั้นมาจากตนเองและบุคคลอื่นๆ ที่ตนคุ้นเคยหรือไว้วางใจ ได้แก่ คู่สมรส บุตร ธิดา เพื่อน บุคคลที่นับถือ แพทย์ พยาบาล หรือ

เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ทำให้รู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีไม่น่ากลัว สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่อาจเข้ามากระทบได้ด้วยความมั่นใจ ไม่หวาดกลัวหรือเศร้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ดังนั้น เมื่อจิตใจยอมรับสภาพได้ ความเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นก็สามารถที่จะควบคุมได้ ทำให้มีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค และรู้สึกได้ว่าสิ่งที่กระทำอยู่นั้นคุ้มค่าที่จะเอาชนะด้วยความมั่นใจ จนสามารถปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเป็นสุขตามอัธยาศัย สิ่งเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งสิ้น

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Antonovsky (1987) ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตว่ามีความเกี่ยวข้องกัน โดยความเข้มแข็งในการมองโลกจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพ และภาวะสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับความผาสุกในชีวิต ซึ่งแสดงออกเป็นความรู้สึกที่เป็นสุข มีความพึงพอใจในชีวิต มีขวัญและกำลังใจตลอดจนความรู้สึกในทางที่ดีของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Gerasimcik-Pulko et al., (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง ผ่าตัดและให้เคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมในระยะแรกๆ ของการเป็นมะเร็งจะมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และพบว่าความผาสุกด้านร่างกาย อารมณ์/จิตใจ การรับรู้ และการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดีขึ้นส่งผลต่อระดับความเข้มแข็งในการมองโลกที่เพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Langius and Lind (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากและหลอดอาหารที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีความไม่สุขสบายจากการรักษาน้อยกว่าและรู้สึกว่ามีความสุขผาสุกดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ฤทธิ์เพชร (2554) ที่พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .47$) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา กรุดไทย และคณะ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะของโรค อาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีพบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก อาการ และระดับการศึกษา โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ร้อยละ 11.4, 17.7 และ 22.4 ตามลำดับ จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรความเข้มแข็งในการมองโลก อาการและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ร้อยละ 22.4 จากผลของความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตดังกล่าว ทำให้ทราบว่ายังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีก ร้อยละ 77.6 ที่สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้ เช่น กลุ่มอาการ (Ryu et al., 2010) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Lee et al., 2007) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Shun et al., 2008) และภาวะการทำหน้าที่ (Qiao et al., 2012) เป็นต้น

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในได้ คือ อายุ เพศ รายได้ และการจัดการกับอาการ เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนจากโปรแกรม SPSS แล้วพบว่า หลังจากที่ตัวแปร ความเข้มแข็งในการมองโลก อาการและระดับการศึกษาได้รับคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือ การคัดเลือกตัวแปรต่อไปเข้าสู่สมการถดถอย โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงส่วนพบว่า ตัวแปรระยะของโรคมีค่าสัมประสิทธิ์ดังกล่าวสูงสุด แต่เมื่อทดสอบด้วยค่าสถิติทดสอบ t ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ทดสอบจึงไม่มีตัวแปรใดถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการได้อีก แสดงว่าตัวแปรที่เหลือเหล่านี้ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าตัวแปร อายุ เพศ รายได้ และการจัดการกับอาการ เป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ประกอบกับการคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่สมการพยากรณ์คัดเลือกตามลำดับของความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังนั้นตัวแปรเหล่านี้จึงไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ ทำให้ไม่สามารถนำมาพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ ส่วนตัวแปรระยะของโรคไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามได้ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ $-.173$ ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนไม่มากพอ

เนื่องจากการวิเคราะห์คัดลอกยีนตัวแปรพลาสมิดและตัวแปรแกนที่ควรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ควรมีความแปรปรวนพอสมควร มิฉะนั้นจะส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์การพลาสมิดและค่าสัมประสิทธิ์คัดลอก (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2552) ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็นที่ระยะของโรคมีความแปรปรวนไม่มากพอนั้น อาจเนื่องมาจาก กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีความทันสมัยมากขึ้นในโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านมะเร็งท่อน้ำดี ร่วมกับอุบัติการณ์ที่มักพบในกลุ่มประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงทำให้เกิดความตระหนักในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น รับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาน้ำจืดแบบสุกๆ ดิบๆ การดื่มสุราเป็นประจำ เป็นต้น ส่งผลให้พบผู้ป่วยรายใหม่ที่ถึงแม้จะอยู่ในระยะลุกลาม แต่พบว่ยังไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน (พิสิฐ ตั้งกิจวินิชย์, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอาจได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างรวดเร็ว เช่น การผ่าตัด และการใส่ท่อระบายน้ำดี จึงช่วยชะลอการลุกลามของโรคได้ หรือลดความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดจากการลุกลามของโรคได้ ดังนั้นจึงทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะของโรคไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากนัก จากปัจจัยดังกล่าวจึงอาจส่งผลให้ความแปรปรวนของข้อมูลมีไม่มากพอ

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก อาการและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้นั้น เนื่องจากคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วยหลายมิติหรือองค์ประกอบ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์/จิตใจ สังคม/ครอบครัว และการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีซึ่งเป็นโรคที่ร้ายแรงและก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะยาวและระยะสั้น (El-Serag, 2011) โดยปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยปัจจัยที่ส่งผลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Wilson and Cleary, 1995) ในที่นี้พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) มีความเกี่ยวข้องการรับรู้ถึงปัญหาที่เข้ามากระทบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูงโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 66.15 นั้นหมายถึง การที่ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Antonovsky (1987) ที่กล่าวถึงความความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตว่าเกี่ยวข้องกัน โดยความเข้มแข็งในการมองโลกจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพ และภาวะสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับความผาสุกในชีวิต

ซึ่งแสดงออกเป็นความรู้สึกเป็นสุข มีความพึงพอใจในชีวิต มีขวัญและกำลังใจตลอดตนมีความรู้สึกในทางที่ดีของบุคคล และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ GerasimČik-Pulko et al. (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความผาสุกทางด้านจิตใจและอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงยังช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยล้า และอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกนี้จะเป็นตัวแปรที่สำคัญในการดึงแหล่งด้านทานความเครียดมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เกิดการใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่และมีกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Antonovsky, 1982) ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีจึงอาจมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามเป็นความท้าทายที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและต้องจัดการกับกับความเจ็บป่วยนั้นให้หายไปหรือทุเลาลง เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นจะต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ที่แม้ไม่เคยประสบมาก่อน มาจัดลำดับ ขั้นตอน ในการแก้ปัญหา ซึ่งผู้ป่วยมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจนเกินไปที่จะจัดการและสามารถพยากรณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ นอกจากนี้ยังต้องรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในตัวของบุคคล เช่น การมีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนในการที่จะดำเนินชีวิตต่อไป โดยการพยายามดูแลตนเองและรับการรักษาให้หายขาดหรือให้ความทุกข์ทรมานจากอาการทุเลาลง และการใช้แหล่งประโยชน์อื่นๆ ที่ตนคุ้นเคยหรือไว้วางใจ เช่น การขอรับการช่วยเหลือในการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว แพทย์พยาบาล เพื่อให้รู้สึกว่าการจัดการต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ไม่น่ากลัว และสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ด้วยความมั่นใจ จนเกิดการปรับตัวให้ตนเองมีความสุขในชีวิตได้ ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้

สำหรับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีนั้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.306$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย การที่อาการสามารถเข้าร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้นั้น ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เนื่องจากอาการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต (Somjaiwong et al., 2011) โดยอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนแรง/ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง อาการสมรรถภาพทางเพศ/ความสนใจในกิจกรรมทางเพศลดลง อาการแน่นท้อง/ท้องอืด/ท้องมาน อาการปวดท้อง/ท้องเกร็ง/ปวดร้าวไปหลัง

อาการการรับรสเปลี่ยนแปลง/ปากแห้ง วิตกกังวล/ซึมเศร้า/หดหู่ เบื่ออาหาร/น้ำหนักลด ตามลำดับ หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการหรืออาการแสดงที่รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมทำกิจกรรมต่างๆ และใช้เวลาในการนอนพักบนเตียงนาน ๆ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงผู้อื่นจนเกิดความเครียด หากพบว่ามีกรปรับตัวทางด้านอารมณ์ที่ไม่ดี จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่แย่ง (วทยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552; Ryu et al., 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการเหนื่อยล้าและอาการอ่อนแรงนั้นเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยมีความสัมพันธ์กับอาการปวด หากพบว่าอาการปวดนั้นรุนแรงมากจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมลดลงอย่างเด่นชัด (Hammond., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า อาการเบื่ออาหารทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เป็นพลังงานเข้าสู่ร่างกายได้ลดลง ส่งผลให้น้ำหนักร่างกายลดลง (Hammond., 2010) สำหรับอาการวิตกกังวล/ซึมเศร้า/หดหู่ นั้น เป็นสิ่งที่เข้ามากระทบและทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในการดำรงชีวิตหรือไม่สามารถทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้จากการเจ็บป่วย จึงทำให้นุคคลเกิดความเครียดและวิตกกังวล จนเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยนั้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตไปในทางลบ (Shun et al., 2012; Steel et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษา Qiao et al. (2012) ที่พบว่าอาการรบกวนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งตับให้อยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่ช่วยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับด้วย

ส่วนระดับการศึกษานั้นสามารถเข้าร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักจะได้รับคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลทั้งในระยะแรกที่ได้รับบริการวินิจฉัย ระยะที่มารับการรักษาต่อเนื่อง รวมไปถึงระยะที่เตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (อุบล จ้วงพานิช และคณะ, 24549) ดังนั้นความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจึงเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ซ้ำๆ และจากประสบการณ์ทั้งมีอยู่เดิมและจากบุคคลรอบข้าง จนก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้เข้ากับภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al.(2007) ที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วย TACE คน และ TACE+RFA ในระยะลุกลามของโรค ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 62.7) จากการติดตามผลของการรายงานการเกิดอาการพบว่าสามารถที่จะดูแลตนเองในเรื่องของการจัดการกับอาการรบกวนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้เป็นอย่างดี

จากการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าระดับการศึกษาที่เกิดจากการเรียนรู้ในระบบร่วมกับการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ช่วยให้เกิดการมีภาวะสุขที่ดี อันนำไปสู่ความผาสุกในชีวิตได้ และจากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้น ถึงแม้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.3) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาศึกษา แต่ก็ยังเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ชีวิตในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ และผ่านการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตต่างๆ มากมาย ดังนั้นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นว่ามีความปกติ หรือการฟังในสิ่งที่แพทย์หรือพยาบาลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการควบคุมอาการ สิ่งเหล่านี้นับเป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้และจะเกิดการพัฒนาและปรับตัวให้เหมาะสมกับสิ่งที่เผชิญเพื่อดำรงไว้ซึ่งความผาสุกในชีวิต

จากเหตุผลทั้งหลายเหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นสำคัญที่สามารถสรุปได้ว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Wilson and Cleary (1995) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นประกอบไปด้วยหลายปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านความเข้มแข็งในการมองโลก มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) ที่ก่อให้เกิดการสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ สามารถเข้าใจถึงปัญหาของภาวะสุขภาพและจัดการกับปัญหานั้นๆ ได้ด้วยเหตุและผลจนประสบผลสำเร็จ (Antonovsky, 1987) โดยพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนปัจจัยด้านอาการ (Symptom) ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตครั้งนี้ได้แก่ ระดับการศึกษาและระยะของโรค ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกส่วนระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

นอกจากนี้ยังสรุปได้ว่า ตัวแปรความเข้มแข็งในการมองโลก อาการและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Shun et al. (2008) และ Steel et al. (2010) ที่พบว่าอาการสามารถพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา กรุดไทย และคณะ (2555) ที่พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้อง

กับรายงานการศึกษาของ Wang et al. (2007) ที่พบว่าระดับการศึกษาสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดีได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก อารมณ์และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้อย่างเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผน และหาวิธีการในการสอดแทรกกิจกรรมทางการพยาบาล (Nursing intervention) ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดี เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น หลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการรบกวน และมีกำลังใจในการต่อสู้และเผชิญการโรครที่เป็นอยู่

1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่าอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดี และมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตนั้น ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า/อ่อนแรง/ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง สมรรถภาพทางเพศ/ความสนใจในกิจกรรมทางเพศลดลง อาการแน่นท้อง/ท้องอืด/ท้องมาน อาการปวดท้อง/ท้องเกร็ง/เป็นต้น บทบาทของพยาบาลในข้อนี้จึงควรมีการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อจัดการกับอาการดังกล่าว เช่น การให้ข้อมูลความรู้กับผู้ป่วยถึงเทคนิคการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า อ่อนแรง การจัดการกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดด้วยเสียงเพลง การจัดการกับอาการด้วยการทำสมาธิ การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อลดอาการเหนื่อยล้า เป็นต้น รวมไปถึงการประสานงานกับแพทย์ในกรณีเทคนิคเหล่านั้นไม่สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนร่วมกันวางแผนให้ความช่วยเหลือและจัดการกับความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการ และป้องกันการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย

1.3 จากผลการศึกษาในครั้งนี้นี้พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดี ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงควรมีการประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมน้ำดีเป็นระยะๆ เพื่อประเมินระดับความทนทานต่อการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย ที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยได้ รวมไปถึงพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลที่เน้นการส่งเสริมความเข้าใจและการตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งการเข้าใจและการยอมรับตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงได้ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงการแนะนำแหล่งประโยชน์รอบตัว เช่น สมาชิกใน

ครอบครัว ผู้ดูแลหลัก แพทย์ พยาบาล ที่จะให้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองเมื่อเกิดปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมมุมมองของการมองโลกที่ดียิ่งขึ้น จากการได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจและทัศนคติที่ดีเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

1.4 การเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยย่อมก่อให้เกิดประสิทธิผลการเรียนรู้ที่ดี เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ดังนั้นการจัดให้มีการเรียนรู้ด้วยเรื่องต่างๆ จึงต้องเลือกใช้สื่อ วิธีการนำเสนอ และภาษา ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยด้วย เช่น สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินอาการรบกวนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะของอาการที่อาจพบได้บ่อยจากการดำเนินของโรคทั้งที่เป็นอาการเฉื่อยๆ และการเกิดกลุ่มอาการ โดยเลือกวิธีการสอนด้วยภาพที่ทำให้เกิดความเข้าใจง่าย ชัดเจน และมีการบรรยายให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นด้วยภาษาที่เหมาะสมกับบริบทในท้องถิ่นนั้นๆ มีการสอนและสาธิตซ้ำเพื่อให้เกิดการจดจำได้ รวมไปถึงการประเมินผลเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการรบกวนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้

2. ด้านการศึกษา

ในการจัดการเรียนการสอน ควรมีเนื้อหาและกิจกรรมที่ช่วยให้นักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจอาการที่พบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม รวมไปถึงแนวทางการส่งเสริมพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไข ให้การพยาบาลได้โดยตรง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม เช่น กลวิธีในการจัดการกับอาการ การจัดการตนเอง และภาวะการทำหน้าที่ เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ที่มีบทบาทในการช่วยกำหนดวิธีการรักษา การพยากรณ์โรค การติดตามการสนองตอบต่อการรักษา และอาจทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยด้วย

3.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดองค์ประกอบของกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามที่ชัดเจน เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มอาการ

3.3 ควรศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีเลือกปฏิบัติ ในลักษณะของการศึกษาเชิงคุณภาพ หรือการเลือกใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้บรรยายหรือบอกเล่าวิธีที่ตนเองเลือกใช้ในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น

3.4 ควรมีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะ
ลุกลามเป็นระยะๆ เพื่อเปรียบเทียบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระยะความรุนแรงของโรคในระยะ
สุดท้าย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, สุวรรณิ มหาภายนันท์ และ นุจรินทร์ ลักษณ์กุล. (2543). ความเข้มแข็งในการมองโลกกับสุขภาพและเครื่องมือในการวัด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 8(1): 12-21.

กนกพร สุก้าวัง. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานประจำปี 2555 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์,

กังสดาล สุทธิวีระรงค์. (2535). ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเบื่อหน่ายของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2552). สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ชรรมสาร, เขมวดี คัมภีรานนท์. (2544). การสร้างแบบทดสอบวัดบุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

จันทนา เตชะคฤท. (2540). ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินดาวรรณ อุดมพัฒนากร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2537). การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง วิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.

ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นวลจันทร์ ชานินทร์สุรัตน์ และ สลักจิต ศรีมงคล. (2548). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. ศรีนครินทร์เวชสาร 20(3): 190-196.

- ณรงค์ ขันทีแก้ว. (2548). โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma). *ศรินครินทร์เวชสาร* 20(3): 143-149.
- ชนิด วัชรพุกก์. (2554). Biliary tract. ใน *ศุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงษ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยกรรมศาสตร์*, หน้า 731 - 746. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- นุจรี ประทีปะวณิช จอร์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
- นิตญา ฤทธิเพชร. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการกับตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรมล พจน์ด้วง, ฉวีวรรณ เมสม และ จุไรรัตน์ ธรรมเพียร. (2552). ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เกิดภาวะน้ำลายแห้งหลังครบรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งลพบุรี. *วารสารโรคมะเร็ง* 29(1): 3-12.
- นพรัตน์ ส่งเสริม และ สุพรรณิ พรหมเทศ. (2554). บทวิเคราะห์ห้มะเร็งท่อน้ำดี: ความรู้ บทบาทและความท้าทายของนักสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมในประเทศไทย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 3(3): 97-103.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิเวศเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- บุญชู ศิริจินดากุล. (2554). Liver and portal system. ใน *ศุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงษ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ), ตำราศัลยกรรมศาสตร์*, หน้า 705 – 730. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฎิญา สวงนพงษ์. (2552). *การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2526). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*.
กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์,
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2540). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2539*.
กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์,

- พัชรีย์ โชติกพงษ์ . (2547). ความเข้มแข็งในการมองโลกและการปรับตัวด้านจิตสังคมของวัยรุ่น
ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พูลชัย จรัสเจริญวิทยา. (2553). Cholangiocarcinoma. ในสถาพร มานัสสฤษดิ์, สุพจน์ พงศ์ประสพชัย
และ อุดม คชินทร (บรรณาธิการ), **Clinical practice in Gastroenterology**, หน้า 393 –
405. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร,
- พูลสุข ศิริพูล. (2554). การจัดการกับอาการ: การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
- พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์. (2553). **ไวรัสตับอักเสบบีและมะเร็งตับ**. กรุงเทพมหานคร: การพิมพ์เทียนทอง,
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมโนยพงษ์. (2551). การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับ
พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง,
- เพ็ญดาว จุลบาท. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ภัทรดา รุ่งป่าสัก. (2545). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความเข้มแข็ง
ในการมองโลก ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนมักกะสันพิทยา
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ
การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งทิพย์ เบ้าคู่. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับ
สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อ
หัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิเรศ ธนุรักษ์, มาลี เลศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เกาเหะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรณวดี พุชวัฒน์ และ
ยุวดี ฤาชา. (2543). **วิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี,

- รัชนี้ นามจันทรา และ สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). ความเข้มแข็งในการมองโลก : การวิเคราะห์แนวคิดทางทฤษฎีและทบทวนการวิจัย. วารสารวิจัยทางพยาบาล 4: 293-312.
- รัตนา เล็กสมบูรณ์. (2552). มะเร็งท่อน้ำดีและลักษณะทางพยาธิกายวิภาคในผู้ป่วยจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น 14(5): 447-459.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษณ์, จันทนา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลีพหกุล และ พัสมณท์ คุ่มทวีพร. (2552). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริ,
- วนิดา โขควาณิชย์พงษ์, อำไพ สารจันทร์ และ สลิพร แสงกระจ่าง. (2552). การสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาเค็มและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี. วารสารโรคมะเร็ง 29(4): 162-175.
- วาสนา กรุดไทย, ชีรนุช ห่านรัตติชัย และ มณฑนา ดำรงค์ศักดิ์. (2555). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมที่รักษาทางการแพทย์แผนไทย. พยาบาลวารสาร 39: 149-157.
- วินัส ลีพหกุล. (2553). พยาธิสภาพของตับ ทางเดินน้ำดี และตับอ่อน. ใน ลิวรรณ อุณนาภิรักษณ์ และคณะ (บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล. หน้า 255-303. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริ,
- วรยา มั่นประเสริฐ, นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, เอ็มแม สุขประเสริฐ, จตุรงค์ กันต์พิทยา, ธิติ วีระปรียากร และ ปาริชาติ พงษ์ไทย. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี: การศึกษาเบื้องต้น. IJPS 5(1): 191-201.
- วราวุฒ ปรัชญกุล. (2553). Cholangiocarcinoma. ใน สถาพร มานัสสถิต, สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และ อุดม คชินทร (บรรณาธิการ), **Clinical practice in Gastroenterology**, หน้า 218-233. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การคาดการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย 2554. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). รายได้รายจ่ายและหนี้สิน พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ,
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ,

- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และ พรณวดี พุทธิวัฒน์. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล* 3: 169-190.
- สมนึก ชีวาเกียรติยิ่งยง, พงษ์ลัดดา พันธุ์สีบ, ทิพวัลย์ ไชยวงศ์ และ สันหวัช ไชยวงศ์. (2553). ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่มอาการอาหารไม่ย่อย ในอำเภอคำใต้ จังหวัดพะเยา. *Naresuan Phayao Journal* 4(3): 24-33.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2552). การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐานสากล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สามลดา,
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจจิต, ประไพ อริยประยูร และ แม้นมมา จิระจรัส. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: สันทวี พรินติ้ง,
- อุบล จ้างพานิช, อภรณ์ ทวะลี, สุรีพร คณาเสน และ สุพัตรา สุขุมาลัย. (2549). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *รามธิบดีพยาบาลวารสาร* 12(1): 49-66.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2553). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- ภาษาอังกฤษ**
- Altekruse, S., McGlynn, K.A. and Reichman, M.E. (2009). Hepatocellular carcinoma incidence, mortality, and survival trends in the United States from 1975 to 2005. *Journal Clinical Oncology* 27: 1485–1491.
- Antonovsky, A. (1987). **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.** 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass,
- Armstrong, T.S., Cohen, M.Z., Eriksen, L.R and Hickey, J.V. (2004). Symptom clusters in oncology patients and implications for symptom research in people with primary brain tumors. *Journal Nurse Scholarship* 36: 197–206.
- Bianchi, G., Loguercio, C., Sgarbi, D., et al. (2003). Reduced quality of life of patients with hepatocellular carcinoma. *Dig Liver Dis* 35: 46–54.
- Ballinger, A.B., McHungh, M., Catnach, S.M and Clark, M.L. (1993). Symptom relief and quality of life after stenting for malignant bile duct obstruction. *Gut* 35: 467–470.

- Barsevick, A.M., Whitmer, K., Nail, L.M., Beck, S.L. and Dudley, W.N. (2006). Symptom cluster research: conceptual, design, measurement, and analysis issues. **J Pain Symptom Manage** 31(1): 85-95.
- Bonnetain, F., Paoletti, X., Collette, S., et al. (2008). Quality of life as a prognostic factor of overall survival in patients with advanced hepatocellular carcinoma: results from two French clinical trials. **Qual Life Res** 17: 831–843.
- Bowling, A. (2001). Health-related quality of life: conceptual meaning, use and measurement. In: Bowling A, ed. **Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scale**. 2nd ed. Buckingham: Open University Press,
- Bragazzi, M.C., Cardinale, V., Carpino, G., Venere, R., Semeraro, R., Raffaele, G., et al. (2012). Cholangiocarcinoma: Epidemiology and risk factors. **Transl Gastrointest Cancer** 1(1): 21–32.
- Bruix, J. and Sherman, M. (2005). Management of hepatocellular carcinoma. **Hepatology** 42: 1208–1236.
- Buchanam, D., O'Mara, A.M., Kelaghani, J.W. and Minasi, L.M. (2005). Quality of life assessment in the symptom management trials of the National Cancer Institute Support Community Clinical Oncology Program. **Journal of Clinical Oncology** 23(3): 591-598.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). **The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization**. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders,
- Cao, M.S., Kwon, I.G., Kim, H.S., Kim, K. and Ryu, E. (2009). Identification and validation of symptom clusters in patients with Hepatocellular carcinoma. **Journal Korean Academic Nurse** 39: 683-692.
- Cao, W., Li, J., Hu, C., Shen, J., Liu, X., Xu, Y., et al. (2012). Symptom clusters and symptom interference of HCC patients undergoing TACE: a cross-sectional study in China. **Support Care Cancer** 20: 1541-1550.
- Carstens, J.A. and Spangenberg, J.J. (1997). Major depression a breakdown in sense of coherence. **Psychological – Re** 80: 1211-1220.

- Cella, D., Butt, Z., Kindler, H., Fuchs, C., Bray, S., Barlev, A. et al. (2012). Validity of the FACT- Hepatobiliary (FACT-Hep) questionnaire for assessing disease-related symptoms and health-related quality of life in patients with metastatic pancreatic cancer. **Qual Life Res** 28(2): 201-209.
- Cella, D.F. and Bonomi, A. E. (1995). Measuring Quality of life: 1995 update. **Oncology** 9(11): 47-60.
- Cella, D. F. and Tulsky, D.S. (1990). Measuring quality of life today: methodological aspects. **Oncology** 4(5): 29-38.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., et al. (1993). The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. **Journal of Clinical Oncology** 11(3): 570–579.
- Cella, D., Webster, K., Chang, C. H., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., et al. (2002). Deriving a clinically meaningful symptom index from the Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary (FACT-Hep) scale: The FHSI-8. **Quality of Life Research** 9(3): 293-304.
- Chang, V. T., Hwang, S. S., Feuerman, M., Kasimis, B. (2000). The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF). Validity and reliability. **Cancer** 89: 1162–1171.
- Chen, C.J. and Chen, D.S. (2002). Interaction of hepatitis B virus, chemical carcinogen, and genetic susceptibility: multistage hepatocarcinogenesis with multifactorial etiology. **Hepatology** 36: 1046–1049.
- Chen, M.L. and Tseng, H.C. (2006). Symptom clusters in cancer patients. **Support care cancer** 14: 825–830.
- Cheung, W.Y., Le, L.W. and Zimmermann, C. (2009). Symptom clusters in patients with advanced cancers. **Support care cancer** 17: 1223–1230.
- Cho, W., Li, C. H., Shen, J., Liu, X., Xu, Y. and Ye, Z. (2012). Symptom clusters and symptom interference of HCC patients undergoing TAFE: a cross-sectional study in China. **Supportive care in Cancer** 12: 1541-1545.
- Cleeland, C.S. (2007). Symptom burden: Multiple symptoms and their impact as patient-reported outcome. **Journal of the National Cancer Institute Monographs** 37: 16-21.

- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral science** (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Associates,
- Delgoda, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. **Journal of Nursing Scholarship** 39(3): 229-234.
- De Oliveira, M.L., Cunningham, S.C., Cameron, J.L., et al. (2007). Cholangiocarcinoma: Thirty-one-year experience with 564 patients at a single institution. **Ann Surg** 245: 755-762.
- DeVellis, R.F. (1991). **Scale development: Theory and applications**. Newbury Park: Sage,
- Dodd, M., Jason, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., et al., (2001). Advancing the science of symptom management. **Journal of Advanced Nursing** 33(5): 668-676.
- Dodd, M. J., Cho, M., Cooper, B., Miaskowski, C., Lee, K. A. and Bank, K. (2005). Advancing our knowledge of symptom clusters. **Journal of Supportive Oncology** 3(4): 30-31.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., and Lee, K. A. (2004). Occurrence of symptom clusters. **J Natl Cancer Inst Monographs** 24: 76-78.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., and Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. **Oncol Nurs Forum** 28: 465-470.
- El-Serag, H.B. (2011). Current Concepts Hepatocellular Carcinoma. **The New England Journal of Medicine** 365: 1118-1127.
- El-Serag, H. B., Marrero, J.A., Rudolph, L., et al. (2008). Diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma. **Gastroenterology** 134: 1752–1763.
- Eriksson, M. and Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **J Epidemiol Commun Health** 59: 460–466.
- Eriksson, M. and Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. **J Epidemiol Community Health** 61: 938-944.
- Fan, S.Y., Eiser, C. and Ho, M.C. (2010). Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma: A systematic review. **Clinical Gastroenterology and Hepatology** 8(7): 559-564.
- Farinati, F., Sergio, A., Baldan, A., et al. (2009). Early and very early hepatocellular carcinoma: when and how much do staging and choice of treatment really matter? A multicenter study. **BMC Cancer** 9: 33–45.

- Fattovich, G. (2003). Natural history and prognosis of hepatitis B. **Semin Liver Dis** 23: 47–58.
- Fayers, P.M. and Machin, D. (2000). **Quality of life: Assessment, analysis and interpretation**. Chichester, UK: John Wiley and Sons,
- Ferrans, C. E. (2005). **Definitions and conceptual models of quality of life**. Cambridge, NY: Cambridge University Press,
- Ferrans, C. and Powers, M. (1985). Quality of Life Index: Development and psychometric properties. **Advances in Nursing Science** 8: 15-24.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., and Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer: Part I: Physical and social well-being. **Cancer Nursing** 20: 398-408.
- Forner, A., Reig, M. E., de Lope, C. R. and Bruix, J. (2010). Current strategy for staging and treatment: the BCLC update and future prospects. **Semin Liver Dis** 30: 61–74.
- Friedman S.L. (2008). Mechanism of hepatic biogenesis. **Gastroenterology** 134: 1655-1669.
- Gerasimėik-Pulko, V., Pileckaitė-Markovienė, M., Bulotienė, G. and Ostapenko, V. (2009). Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients. **ACTA MEDICA LITUANICA** 16(3): 139–144.
- Groopman, J.D., Johnson, D. and Kensler, T.W. (2005). Antoxin and hepatitis B virus biomarkers: a paradigm for complex environmental exposures and cancer risk. **Cancer Biomarker** 1(3): 5–14.
- Halpert, D. and Erdek, M.A. (2008). Pain Management for Hepatobiliary Cancer. **Current Treatment Options in Oncology** 9: 234–241.
- Hammond, J. (2010). The consequences of fatigue in patients diagnosed with Hepatobiliary carcinoma. **Oncology Nurse Forum** 4(1): 68–77.
- Han, S.L., Zhu, B., Yao, JG., et al. (2005). Diagnosis and surgical treatment of primary hepatic cholangiocarcinoma. **Hepatogastroenterology** 52: 348-351.
- Hanucharunkul, S. (1988). **Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand**. USA: Wayne State University,
- Hassan, M.M., Frome, A., Patt, Y. Z. and EL-Serang, H. B. (2002). Rising prevalence of hepatitis C virus infection among patients recently diagnosed with hepatocellular carcinoma in the United States. **J Clin Gastroenterol** 35: 266–269.

- Heffernan, N., Cella, D., Webster, K, et al. (2002). Measuring health-related quality of life in patients with hepatobiliary cancers: the functional assessment of cancer therapy-Hepatobiliary questionnaire. **Journal Clinical Oncology** 20(9): 2229–2239.
- Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B., and McGlinchey, B. (1999). Methods for defining and determining clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 67: 300-307.
- Jalowice, A., & Power, M.J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. **Nursing Research** 30: 10-15.
- Kenne, S.E., Browall, M., Person, L.O., Fall-Dickson, J. and Gaston-Johansson, F. (2011). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. **Psychooncology** 12: 287-298.
- Kenne, S.E., Öhlén, J., Jonsson, T., and Gaston-Johansson, F. (2007). Coping with Recurrent Breast Cancer: Predictors of Distressing Symptoms and Health-Related Quality of Life. **Journal of Pain and Symptom Management** 34: 24-39.
- Kim, J-E., Dodd, M.J., Aouizerat, B.E., and Jahan, T. (2009). A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. **Journal of pain and symptom management** 37(4): 715-736.
- Kim, H.J., McGuire, D.B., Tulman, L and Barsevick, A.M. (2005). Symptom clusters: Concept analysis and clinical implications for cancer nursing. **Cancer Nurse** 28: 270–282.
- Kim, S.H., Oh, E.G. and Lee, H.W. (2005). Symptom experience, psychological distress, and quality of life in Korean patients with liver cirrhosis: A cross – sectional survey. **International Journal of Nursing Studies** 43: 1047–1056.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., and Good, B. (1980). Culture, illness, and care. **Ann Intern Med** 88: 251-258.
- Kondo, Y., Yoshida, H., Tateishi, R., et al. (2007). Health-related quality of life of chronic liver disease patients with and without hepatocellular carcinoma. **J Gastroenterol Hepatol** 22: 197–203.
- Kongkasame, W., Sangchan, A. and Pratheepawanit, N. (2011). Quality of life in patients with unresectable complex hilar cholangiocarcinoma receiving endoscopic biliary stent. **Thai Journal Gastroenterol** 12(1): 41-46.

- Krikova, J., Aktas, A., Walsh, D. and Davis, M.P. (2006). Cancer symptom assessment instruments: A systematic review. **Advance in Nursing Science** 24(9): 1459-1473.
- Krikova, J., Aktas, A., Walsh, D. and Davis, M.P. (2010). Cancer symptom clusters: Clinical and research methodology. **Journal of Palliative Medicine** 14(10): 1149–1166.
- Kuo, Y., Lu, S.N. and Chen, C.L. (2010). Hepatocellular carcinoma surveillance and appropriate treatment options improve survival for patients with liver cirrhosis. **Euro Journal Cancer** 46: 744–751.
- Langius, A., and Lind, M.G. (1995). Well-being and coping in oral and pharyngeal cancer patients. **European Journal of Cancer and Clinical Oncology** 13(4): 242–249.
- Lau, W.Y. and Lai, E.C. (2008). Hepatocellular carcinoma: current management and recent advances. **Hepatobiliary Pancreat Dis Int** 7: 237–257.
- Lai, Y.H., Shun, S-C., Hsiao, Y-L., Chiou, J-F., Wei, L-L., Tsai, J-T., et al. (2007). Fatigue Experiences in Hepatocellular Carcinoma Patients During Six Weeks of Stereotactic Radiotherapy. **The Oncologist** 12: 221–230.
- Lee, L.J-H., Chen, C.H., Yao, G., Chun, C.W., Shell, J.C., Lee, P.H., et al. (2007). Quality of life in patients with hepatocellular carcinoma received surgical resection. **Journal of Surgical Oncology** 95: 34-39.
- Leininger, M. (1994). **Transcultural nursing**. Columbus, OH: Greyden Press,
- Leksell, J.K., Wikblad, K.F. and Sandberg, G.E. (2005). Sense of coherence and power among people with blindness caused by diabetes. **Diab Res Clin Pract** 67: 124–129.
- Lenz, E.R., Pugn, L.C., Milligan, R.A., Giff, G. and Suppe, F. (1997). The middle range theory of unpleasant symptoms: an update. **Advance in Nursing Science** 17: 1-13.
- Levy, I. and Sherman, M. (2002). Staging of hepatocellular carcinoma; assessment of the CLIP, Ohuda, and Child-Pugh staging systems in a cohort of 257 patients in Toronto. **Gut** 50: 881-885.
- Lin, S.M., Lin, C.J., Lin, C.C., and Lu, M.D. (2004). Radiofrequency ablation improves prognosis compared with ethanol injection for hepatocellular carcinoma. **Gastroenterology** 127: 122–130.
- Llovet, J.M., Brú, C. and Bruix, J. (1999). Prognosis of hepatocellular carcinoma: the BCLC staging classification. **Semin Liver Dis** 19: 329-338.

- Llovet, J.M. and Briux, J. (2008). Molecular targeted therapies in hepatocellular carcinoma. **Hepatology** 48: 1312–1327.
- Llovet, J.M., Fuster, J. and Briux, J. (1999). Intention-to-treat analysis of surgical treatment for early hepatocellular carcinoma: resection versus transplantation. **Hepatology** 30: 1434–1440.
- Marrero, J.A., Hussain, H.K., Nghiem, H.V., et al. (2005). Improving the prediction of hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients with an arterially enhancement liver mass. **Liver Transpl** 11: 281–289.
- McClement, S. E., Woodgate, R. L., and Degner, L. (1997). Symptom distress in adult patients with cancer. **Cancer Nursing** 20(4): 236-243.
- McSherry, W.C. and Holm, J.E. (1994). Sense of Coherence : Its Effects on Psychological and Physiological Prior To, During And after A Stressful Situation. **Journal of Clinical Psychology** 4: 476-485.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: a concept analysis. **PubMed** 18(1): 32–38.
- Miaskowski, C., Dodd, M. and Lee, K. (2004). Symptom clusters: The new frontier in symptom management research. **Journal of the National Cancer Institute Monography** 32: 17-21.
- Miaskowski, C. and Lee, K. A. (1999). Pain, fatigue, and sleep disturbances in oncology outpatients receiving radiation therapy for bone metastasis: A pilot study. **Journal of Pain and Symptom Management** 17: 320-332.
- Michael, V., Jennifer, J., Shin, R.U. and Robert, M. (1997). Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: the modification of diet it renal disease studies. **Am Jour of Kidney Disease** 29(6): 888–896.
- Mihalache, F., Tantau, M., Diaconu, B. and Acalovschi, M. (2010). Survival and Quality of Life of Cholangiocarcinoma Patients: a Prospective Study over a 4 Year Period. **Journal of Gastrointestin Liver Disease** 19(3): 285-290.
- Moberg, D. O. (1979). **Spiritual well-being: Sociological perspectives**. Washington, DC: University Press of America,
- Montesano, R., Hainaut, P. and Wild, C.P. (1997). Hepatocellular carcinoma: from gene to public health. **J Natl Cancer Inst** 89: 1844–1851.

- Moore, M.A., Attasara, P., Khuhaprema, T., Le, T.N., Nguyen, T.H., Raingsey, P.P., et al. (2010). Cancer epidemiology in mainland South-East Asia - past, present and future. **Asian Pac J Cancer Prev** 11: 67-80.
- Myung-Sook, C., In-Gak, K., Hee-Sun, K., Kyunghee, k. and Eunjung, R. (2009). Identification and validation of symptom clusters in patients with hepatobiliary carcinoma. **J Korean Acad Nurs** 39(5): 683-692.
- National Institutes of Health. (2002). State-of-the-Science Statement on symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue. **National Institutes of Health State-of-the-Science Panel** 19: 1–29.
- Orem, D.E. (1985). A concept of self-care for the rehabilitation client. **Rehabil Nurs** 10, 33-36.
- Padilla, G.V., Grant, M.M. and Ferrell, B. (1992). Nursing research into quality of life. **Qual Life** 1: 341-348.
- Paice, J.N. (2004). Assessment of Symptom Clusters in People with Cancer. **Journal of the National Cancer Institute Monographs** 32: 98-102.
- Parkin, D. M., Whelan, S.L., Ferlay, J., Teppo, L, and Thomas, D. B. E. (2002). Cancer incidence in five continents. **Lyon: International Agency for Research on Cancer** 12: 773–781.
- Patricia, A., Ganz., Pamela, J., and Goodwin. (2007). Health-Related Quality of Life Measurement in Symptom Management Trials. **Journal of the National Cancer Institute Monographs** 37: 47-52.
- Pawarode, A., Tangkijvanich, P. and Voravud, N. (2000). Outcomes of primary hepatocellular carcinoma treatment: an 8-year experience with 368 patients in Thailand. **J Gastroenterol Hepatol** 15: 860-864.
- Peace, S.M. (1990). **Researching social gerontology: Concepts, methods and issues**. London: SAGE,
- Pender, N.J. (1982). **Social support and health: Health promotion in nursing practice**. Norwalk: Appleton & Lange,

- Poomphakwaen, k., Promthet, S., Kamsa-ard, S., Vatanasapt, P., Chaveepojnkamjorn1, W., Klaewkla1, J. et al. (2009). Risk Factors for Cholangiocarcinoma in Khon Kaen, Thailand: A Nested Case-Control Study. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention** 10: 251–257.
- Portenoy, R.K., Thaler H.T., Kornblith A.B., Lepore J.M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu , E. et al. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. **European Journal of Cancer** 30(3): 1326-1336
- Pratheepawanit, N., Lerkaitbundit, S., Krisanaprakornkit, W., Limwattananon, C. and Pakkhem, A. (2005). Validation of FACT – G (Thai version) in low literate patients. **Patient Report outcome** 34: 9-10.
- Qiao, C.X., Zhai, X.F., Ling, C.Q., Lang, Q.B., Dong, H.J., Liu, Q. et al. (2012). Health-related quality of life evaluated by tumor node metastasis staging system in patients with hepatocellular carcinoma. **World Journal of Gastroenterology** 7(18): 2689-2694.
- Ratanatharathorn, V., Sirilerttrakul, S., Jirajarus, M. et al. (2001). Quality of life, functional assessment of cancer therapy-general. **J Med Assoc Thai** 84: 1430-1442.
- Rhodes, V. A., and Watson, P. M. (1987). Symptom distress, the concept: past and present. **Seminars in Oncology Nursing** 3(4): 242-247.
- Ross, R.K., Yuan, J.M., Yu, M.C., Wogan, G. N., Qian, G. S., Tu, J. et al. (1992). Urinary antoxin biomarkers and risk of hepatobiliary carcinoma. **Lancet** 33: 943–946.
- Ryu, E., Kim, K., Cho, M. S., Kwon, I.G., Kim, H.S. and Fu, M. (2010). Symptom cluster and quality of life in Korean patients with hepatocellular carcinoma. **Cancer Nursing** 33(1): 3-10.
- Sara, M., Varela, M. and Bruix, J. (2004). Selection of candidates with HCC for transplantation in the MELD era. **Liver Transpl** 10: 24–29.
- Sauerland, C., Engeking, C., Wickham, R. and Pearlstone, D.B. (2009). Cancer of the pancreas and hepatobiliary system. **Seminar in oncology nursing** 25(1): 76-92.
- Schipper, H, Turley, E.A. and Baum, M. (1996). A new biological framework for cancer research. **Lancet** 348: 1149–1151.

- Schwartz, A. L., Nail, L. M., Chen, S., Meek, P., Barsevick, A. M., King, M. E., et al. (2000). Fatigue patterns observed in patients receiving chemotherapy and radiotherapy. **Cancer Investigation** 18: 11-19.
- Shetty, K., Timmins, K. and Brensinger. (2004). Liver transplantation for hepatocellular carcinoma validation of present selection criteria in predicting outcome. **Liver Transpl** 10: 911–918.
- Shi, J., L., Liu, S. and Xie, W. F. (2005). A meta-analysis of case-control studies on the combined effect of hepatitis B and C virus infection causing hepatocellular carcinoma in China. **Br J Cancer** 92: 607–612.
- Shi, M., Guo, R.P. and Lin, X.J. (2007). Partial hepatectomy with wide versus narrow resection margin for solitary hepatocellular carcinoma. **Ann Surg** 245: 36–43.
- Shin, H-R., Oh, J-K., Masuyer, E., Curado, M-P., Bouvard, V., Fang, Y., et al. (2010). Comparison of incidence of intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinoma – focus on East and South-eastern Asia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention** 11: 1159-1166.
- Shun, S.C., Chen, C-H., Sheu, J-C., Liang, J-D., Yang, J-C. and Lai, Y-H. (2012). Quality of life and its associated factor in patients with hepatocellular carcinoma receiving one course of Transarterial Chemoembolization Treatment: A longitudinal study. **The Oncologist** 17: 732-739.
- Shun, S.C., Chiou, J.F., Lai, Y.H., et al. (2008). Changes in quality of life and its related factors in liver cancer patients receiving stereotactic radiation therapy. **Support Care Cancer** 16: 1059–1065.
- Sikorskii, A., Given, C.W., You, M., Jeon, S. and Given, B. (2009). Response analysis for multiple symptoms revealed differences between arms of a symptom management trial. **Journal of Clinical Epidemiology** 62(2009): 716-724.
- Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongsakon, R., Patitpornkul, P., Sripecth, C. and Khanthavit, A. (2006). Factors influencing health-related quality of life in chronic liver disease. **World Journal of Gastroenterology** 12(48): 7786-7791.

- Somjaivong, B., Thanasilp, S., Preechawong, S. and Sloan, R. (2011). The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in Northeast Thailand. **Cancer Nursing** 34(6): 434-442.
- Spilker, B. and Revicki, D.A. (1996). Taxonomy of quality of life. In: Springer, B (ed). **Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical trials**, 2nd ed. pp. 25-32. New York: Lippincott-Raven,
- Sriamporn S, Pisani P, Pipitgool V, Suwanrungruang K, Kamsa-ard S, et al. (2004). Prevalence of *Opisthorchis viverrini* infection and incidence of cholangiocarcinoma in Khon Kaen, Northeast Thailand. **Trop Med Int Health** 9: 588–594.
- Sripa, B., Kaewkes, S., Sithithaworn, P., Mairiang, E., Laha, T., Smout, M. and et al. (2007). Liver fluke induces cholangiocarcinoma. **PLoS Med** 4: 1148-1155.
- Steel, J. Kim, K.H., Dew, M.A., Unruh, M., Antoni, M., Olek, M.C. and et al. (2010). Cancer-Related Symptom Clusters, Eosinophils, and Survival in Hepatobiliary Cancer: An Exploratory Study. **Journal Pain Symptom Manage** 39(5): 859–871.
- Steel, J.L., Carr, B.I., Olek, O.C. and Gamblin, T.K. (2007) Health-related Quality of Life in Patients Diagnosed with Hepatobiliary Carcinoma. **Gastrointestinal Cancers** 11: 87-90.
- Steel, J.L., Chopra, K., Olek, O.C. and Carr, B. (2007). Health-related quality of life: Hepacellular carcinoma, chronic liver disease, and the general population. **Quality of Life Research** 16: 203-215.
- Steel, J.L., Eton, D.T., Cella, D., Olek, M.C. and Carr, B.I. (2006). Clinically meaningful changes in health-related quality of life in patients diagnosed with hepatobiliary carcinoma. **Annals of Oncology** 17(2): 304–312.
- Steel, J.L., Geller, D.A. and Carr, B.I. (2005). Proxy ratings of health related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma. **Quality of Life Research** 14: 1025-1033.
- Steel, J.L., Geller, D.A., Gamblin, T.K., Olek, M.C. and Carr, B.I. (2007). Depression, Immunity, and Survival in Patients With Hepatobiliary Carcinoma. **Journal of clinical oncology** 25(17): 2397-2405.
- Steel, J.L., Geller, D.A., Tsung, A. and et al. (2011). Randomized controlled trial of a collaborative care intervention to manage cancer-related symptoms: lessons learned. **Clinical Trials** 8: 298–310.

- Steel, J., Hess, S., Tunke, L., Carr, B. and Chopra, K. (2005). Sexual Functioning in Patients with Hepatocellular carcinoma. **American Cancer Society** 104(10): 2234-2243.
- Strongberg, M.F. (1984). Selection and instrument to measure quality of life. **Oncology Nursing Forum** 11: 88 – 91.
- Sun, V.C.Y. and Sarna, L. (2008). Symptom management in Hepatocellular carcinoma. **Clin J Oncol Nurs** 12(5): 759-766.
- Sun, V., Ferrell, B., Juarez, G., Wagman, L.D., Yen, Y. and Chung, V. (2008). Symptom concerns and quality of life in hepatobiliary cancers. **Oncology nursing forum** 35(3): 45-52.
- Tangkitvanich, P., Hirsch, P., Theanboonlers, A., Nuchprayoon, I. and Poovoravan, Y. (1999). Association of hepatitis viruses with hepatocellular carcinoma in Thailand. **Journal Gastroenterol** 34: 227-233.
- Tangkijvanich, P., Mahachai, V., Suwangool, P. and Poovorawan, Y. (2004). Gender difference in clinicopathologic features and survival of patients with hepatocellular carcinoma. **World J Gastroenterol** 10: 1547-1550.
- Testa, M.A. and Simonson, D.C. (2012). Current concepts: Assessment of quality of life outcomes. **The New England Journal of Medicine** 334(13): 835-840.
- Testa, T.M. and Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. **N Engl J Med** 33(4): 835 – 840.
- Thanasilp, S. and Kongsaktrakul, P. (2005). Factors predicting quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy. **Thai Journal of Nursing Research** 9(4): 306 – 315.
- Thompson, C.J., Rogers, G., Hewson, P., Wright, D., Anderson, R., Cramp, M., et al. (2007). Surveillance of cirrhosis for hepatocellular carcinoma: systematic review and economic analysis. **Health Technol Assess** 11: 1-206.
- Thorndike, R.M. (1978). **Correlational procedures for research**. New York: Gardner Press,
- Tsai, L., Chien, N., Chan, C., et al. (2007). Factors associated with quality of life among patients with liver cancer in a teaching hospital. **Tzu Chi Nursing J** 6: 80–91.
- Ueno, S., Tanabe, G., Nuruki, K., et al. (2002). Quality of life after hepatectomy in patients with hepatocellular carcinoma: implication of change in hepatic protein synthesis. **Hepatogastroenterology** 49: 492–496.

- Uttaravichien, T., Bhuddhisawasdi, V., Pairojdu, C., Pugkhem, A. (2007). Intrahepatic cholangiocarcinoma in Thailand. **Journal Hepatobiliary Pancreat Surgery** 6: 128-135.
- Vatanasapt, V., Tangvoraphonchai, V., Titapant, V., Pipitgool, V., Viriyapep, D., Sriamporn, S., (1990). A high incidence of liver cancer in Khon Kaen Province, Thailand. **Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health** 21: 489–494.
- Vatanasapt, V., Uttaravichien, T., Mairiang, E.O., Pairojkul, C., Chartbanchachai, W, et al. (1990) Cholangiocarcinoma in north-east Thailand. **Lancet** 335: 116–117.
- Wakabayashi, H., Akamoto, S., Maeta, H. et al. (2005). Significance of fluorodeoxyglucose PET imaging in the diagnosis of malignancies in patients with biliary stricture. **Eur J Surg Oncol** 31: 1175 – 1179.
- Wan, C.H., Fang, J.Q., Zhang, C.Z., et al. (1998). Development and evaluation of a quality of life scale for patients of liver cancer. **Chin J BehavMed Sci** 7: 170–173.
- Wang, Y.B., Chen, M.H., Yan, K., et al. (2005). Quality of life of primary hepatocellular carcinoma patients after radiofrequency ablation. **Chin J Cancer** 24: 827–833.
- Wang, Y.B., Chen, M.H., Yan, K., et al. (2007). Quality of life after radiofrequency ablation combined with transcatheter arterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: comparison with transcatheter arterial chemoembolization alone. **Qual Life Res** 16: 389–397.
- Wantanapa, P. and Wantanapa, W.B. (2002). Liver fluke-associated cholangiocarcinoma. **Br J Surg** 89: 962 – 970.
- Webster, K., Cella, D. and Yost, K. (2003). The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) measurement system: properties, applications, and interpretation. **Health and Quality of Life Outcome** 1: 1 - 7.
- Weitzner, M.A., Meyers, C.A., Gelke, C.K., et al. (1995). The Function Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale; Development of a brain subscale and revalidation of the general version (FACT-G) in patients with primary brain tumors. **Cancer** 75: 1151 – 1161.
- Welzel, TM., Graubard, BI., EL-Serag, HB., Shaib, YH., Hsing, AW., Davila, JA, et al. (2007). Risk factors for intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinoma in the United States: a population-based case-control study. **Clin Gastroenterol Hepatol** 5: 1221-1228.

- Wilson, I.B. and Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with HRQOL: A conceptual model of outcomes. **Journal of American Heart Association** 273(1): 59–65.
- Wong, C.M. and Ng, I.O. (2008). Molecular pathogenesis of hepatocellular carcinoma. **Liver Int** 28: 160 – 174.
- Wong, W.S. and Fielding, R. (2008). Eating ability predicts subsequent quality of life in Chinese patients with breast, liver, lung, or nasopharyngeal carcinoma: a longitudinal analysis. **Acta Oncol** 47: 71–80.
- Xiao, C. (2010). The state of science in the study of cancer symptom clusters. **European Journal of Oncology Nursing** 14: 417-434.
- Yamamoto, J., Okada, S. and Shimada, K. (2001). Treatment strategy for small hepatocellular carcinoma: comparison of long-term results after percutaneous ethanol injection therapy and gurgical resection. **Hepatology** 34: 707–713.
- Yeo, W., Mo, F.K., Koh, J., et al. (2006). Quality of life is predictive of survival in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. **Ann Oncol** 17: 1083–1089.
- Yount, S., Cella, D., Webster, K., Heffernan, N., Chang, C.H., Odom, L. et al. (2002). Assessment of Patient-Reported Clinical Outcome in Pancreatic and Other Hepatobiliary Cancers: The FACT-Hepatobiliary symptom Index. **Journal of Pain and Symptom Management** 24(1): 32-44.
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., et al. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. **Psycho-Oncology** 10: 19-28.
- Zandi, M., Adib-Hajbagheri, M., Memarian, R., Nejhad, A.K. and Alavian, S.M. (2005). Effects of a self-care program on quality of life of cirrhosis patients referring to Tehran Hepatitis Center. **BioMed Central** 35: 1-8.
- Zhao, J.B., Li, Y.H., Chen, Y., et al. (2002). Evaluation of quality of life before and after interventional therapy in patients with primary hepatocellular carcinoma. **Chin J Radiol** 36: 873–876.
- Zografor, N.G., Farfaras, A., Zagouri, F., Chrysikos, D. and Karaliotas, K. (2011). Cholangiocarcinoma: principles and current trends. **Hepatobiliary Pancreat Dis Int** 10(1): 10-20.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

นายแพทย์ธีรวัฒน์ ภาสตรโรจน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านศัลยกรรม ทั่วไป
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญบา สมใจวงษ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นางอุบล จ้วงพานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์
นางสาวสิริมนต์ คำริห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงสาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ที่ ศร 0512.11/0269



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายสุรชัย มณีเนตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มอาการ การจัดการกับอาการความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในระยะลุกลาม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ธีรวัฒน์ ภาสตรโรจน์ | นายแพทย์ชำนาญการ 8 ด้านศัลยกรรมทั่วไปและ
การรักษามะเร็งในช่องท้อง |
| 2. นางสาวสิริมนต์ คำวิห์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ระดับ 7 และผู้ปฏิบัติ
การพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ธื่อนิสิต

นายแพทย์ธีรวัฒน์ ภาสตรโรจน์ และ นางสาวสิริมนต์ คำวิห์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
นายสุรชัย มณีเนตร โทร. 086-600-8302

ที่ ศร 0512.11/0269



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายสุรชัย มณีเนตร นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มอาการ การจัดการกับอาการความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในระยะเยือกคาม" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอุบล จ้วงพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ระดับ 9 และผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยเคมีบำบัด 5จ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราราม ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางอุบล จ้วงพานิช

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นายสุรชัย มณีเนตร โทร. 086-600-8302

ที่ ศธ 0512:11/ 0269



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 มีนาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายสุรชัย มณีเนตร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มอาการ การจัดการกับอาการความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในระยะลุกลาม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุษบา สมใจวงษ์ อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวิวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุษบา สมใจวงษ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นายสุรชัย มณีเนตร โทร. 086-600-8302



รหัสเอกสารรับรอง 013/2556

เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

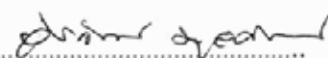
ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม


Relationships Among Personal Factors, Symptom Clusters, Symptom Management, Sense Of Coherence, And Quality of Life In Patients with Advanced Stages of Hepatobiliary Carcinoma

ผู้วิจัยหลัก นายสุรชัย มณีเนตร และคณะ

หน่วยงาน/สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ได้พิจารณารายละเอียดของโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้ว มีมติสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตของโครงการที่เสนอได้


 (นายแพทย์จิรวัดน์ มุลศาสตร์)
 ประธานคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์


 (นายแพทย์ชลิต ทองประยูร)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วันที่รับรอง : 29 มิ.ย. 2556

วันหมดอายุของการรับรอง : 28 มิ.ย. 2557

เอกสารที่รับรองรวมถึง

1. โครงร่างการวิจัย
2. ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร
3. ผู้วิจัย/คณะผู้วิจัย
4. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรมที่จะรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาก่อนโครงการได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
2. กิจกรรมของโครงการวิจัยต้องจบลงภายในวันหมดอายุของการรับรอง ถ้าต้องการขยายเวลา ต้องยื่นแสดงความจำนงก่อนวันหมดอายุ 30 วัน
3. ผู้วิจัยต้องทำการศึกษาตรงตามที่ระบุไว้ในโครงร่างงานวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เพียงแบบฟอร์มที่คณะกรรมการจริยธรรมฯ ได้รับรอง (ใบยินยอมและเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร, แผ่นประชาสัมพันธ์ เป็นต้น) และ คณะกรรมการจริยธรรมฯ มีสิทธิ์ตรวจสอบเอกสารดังกล่าวได้ทุกครั้งเมื่อต้องการ
5. ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ภายใน 5 วันทำการ
6. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมไปจากเดิมที่รับรองไว้ ต้องรายงานคณะกรรมการจริยธรรมฯ ก่อนที่จะเริ่มทำกิจกรรมนั้นๆ
7. ส่งรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้นลงแล้ว จำนวน 1 ฉบับ





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สำนักงานสนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิก: ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา 49 ถ.ช่างตีเหล็ก จ.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

Maharat Nakhon Ratchasima Hospital Institutional Review Board (MNRH IRB)

Clinical Research Support Office: Medical Education Center, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital 49 Chang Phueak Rd.,

Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, 30000, THAILAND Tel & Fax +66 44 295614-5 E-mail irb@mnrh.in.th

เลขที่ใบรับรอง 027/2013

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

โครงการวิจัยเรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็ง
ในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม

ผู้วิจัย : นายสุรชัย มณีเนตร

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ผ่านการรับรองในแง่จริยธรรม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) โดยให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอดังต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือที่ไม่คาดคิด
4. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
5. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
6. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

ประชุมเมื่อวันที่ : 25 เมษายน 2556

ให้มีผลรับรองเมื่อวันที่ : 17 เมษายน 2556

หมดอายุวันที่ : 16 เมษายน 2557

(ลายเซ็น)

(นายนิพัทธ์ สีมาขจร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

(ลายเซ็น)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม

ข้าพเจ้า.....ผู้เข้าร่วมโครงการ / หรือผู้แทนโดยชอบธรรม
ของ..... เข้าร่วมโครงการ วันที่เดือน พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ และเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไป

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเท่านั้น ไม่ส่งผลอันตรายถึงขั้นร้ายแรงแต่อย่างใด

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่ นายสุรชัย มณีเนตร ที่อยู่ 234/1 เสนาภิจพาทเม้นท์ ซ.เสนากิจ ถ.พญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 086-6008302 หรือติดต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1395

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจและหลังจากลงนามแล้ว ข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาของเอกสารฉบับนี้เก็บไว้ 1 ชุด

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(นายสุรชัย มณีเนตร)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

เอกสารชี้แจงอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1. ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มอาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม
2. ชื่อผู้วิจัย นายสุรชัย มณีเนตร นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ที่อยู่ 234/1 เสนากิจจอพาดเม้นท์ ซ.เสนากิจ อ.พญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 086-6008302
4. สถานที่ปฏิบัติงาน มหาวิทยาลัยราชธานี เลขที่ 261 ถ. เลียงเมือง ต. แจระแม อ. เมือง จ. อุบลราชธานี 34000
5. เนื้อหาสาระของโครงการวิจัยและความเกี่ยวข้องกับอาสาสมัคร ได้แก่

5.1 ความสำคัญของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากพบว่าโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีนั้นมักตรวจพบในประชาชนที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยมีสาเหตุของการเกิดโรคหลายประการ เช่น การดื่มสุราเรื้อรัง การรับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เป็นต้น ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เช่น ก่อให้เกิดอาการรบกวน ส่งผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตทั้งด้านร่างกายโดยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ด้านจิตใจนั้น ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลต่อการดำเนินของโรค ส่วนด้านสังคมพบว่า ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยและตลอดรับการรักษาด้วย เป็นต้น

5.2 เหตุผลและความจำเป็นที่เชิญอาสาสมัครเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงต่อการเจ็บป่วยและเพื่อเป็นการแบ่งปันประสบการณ์ต่างๆ เหล่านั้นในการให้ข้อคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการรบกวน วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ความเข้มแข็งในการมองปัญหาที่เข้ามากระทบต่อร่างกายและจิตใจในขณะที่เจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อันจะเป็นวิทยาทานต่อบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในการนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนและดำเนินการรักษา การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันมากยิ่งขึ้น

5.3 โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม จากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มอาการ การจัดการกับอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก

5.4 รูปแบบการวิจัยคือ การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม อายุระหว่าง 20 -59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

5.5 สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยซึ่งประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินกลุ่มอาการ 3) แบบประเมินการจัดการกับอาการ 4) แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และ 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยอาสาสมัครจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามเองหรือให้นักวิจัยอ่านข้อความให้แล้วเลือกตอบข้อความในแบบสอบถามที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกมากที่สุด

5.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเป็นอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้คือ ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างวิทยาทานอันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพทางสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล นักวิจัย ในการนำข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ไปเป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนทางการรักษา การพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

5.7 การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือความไม่สุขสบายนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและอิสระของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วม ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้เมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจหรือจะขอยุติการให้ความร่วมมือในงานวิจัยในขั้นตอนใดๆ ก็ได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ทั้งนี้การบอกยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ส่วนการนำเสนอผลการวิจัยนั้น ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่จะนำเสนอในเชิงวิชาการภาพรวม ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ

5.8 การป้องกันความเสี่ยงและการแก้ไขกรณีเกิดปัญหา ให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที รวมทั้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่ผู้วิจัยสังเกตเห็น ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

- กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและจัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนทันที พร้อมทั้งรายงานอาการของผู้ป่วยให้พยาบาลในแผนกทราบเพื่อรายงานแพทย์
- กรณีที่ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้วิจัยมีแนวทางช่วยเหลือดังนี้ ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และความต้องการ โดยให้

ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ แสดงความเห็นใจ และความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์ มากเกินความช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลือหรือ รายงานแพทย์ให้รับทราบต่อไป

5.9 การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้น เป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึง ได้รับ และท่านจะได้รับสำเนาเอกสารฉบับนี้และยินยอมด้วยความสมัครใจเก็บไว้ 1 ชุด

5.10 ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครหรือผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัย นอกจากนี้การดำเนินโครงการวิจัยเป็นเพียงการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 – 40 นาที ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อรายได้หรือสุขภาพของคุณแต่อย่างใด

5.11 ในกรณีที่มึปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นายสุรชัย มณีเนตร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ข้างต้น หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือ เป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที

5.12 หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี หมายเลข โทรศัพท์ 045-244973 ต่อ 1395 หรือ กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลข โทรศัพท์ 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th ได้ทันที

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและ
ผลการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านหรือเติมคำในช่องว่างเฉพาะส่วนที่เป็น ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล วันที่เก็บข้อมูล..... รหัส.....

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพการสมรส

() 1. โสด () 2. คู่

() 3. หม้าย/หย่า/แยก

4. ศาสนา

() 1. พุทธ () 2. อิสลาม

() 3. คริสต์ () 4. อื่นๆ ระบุ.....

5.

6.

7.

8.

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (สำหรับผู้ป่วยที่เก็บจากเวชระเบียน)

9.

10.

11.

12. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (ในวันที่สัมภาษณ์)

() 1. ทำท่อระบายน้ำดี () 2. ประคับประคอง

() 3. ผ่าตัดติดตามผลการรักษา () 4. ติดตามผลการรักษา

() 5. อื่นๆ.....

13. ชนิดของโรคมะเร็ง

() Hepatocellular carcinoma

() Cholangiocarcinoma

ชุดที่ 2 แบบประเมินกลุ่มอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ต้องการทราบว่า ในระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังที่กล่าวข้างล่างนี้หรือไม่ โดยเลือกอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป ถ้าไม่มีให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องไม่มีอาการ จากนั้นข้ามไปประเมินในข้อถัดไป และถ้ามีอาการขอให้ท่านประเมินระดับความทุกข์ทรมานของอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของท่าน โดยให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

อาการที่เกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา	ถ้ามีอาการ: ขอให้ท่านประเมินระดับความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนของอาการนั้นๆว่ามากน้อยเพียงใด				
	ไม่มี (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ปวดท้อง/ท้องเกร็ง/ปวดร้าวไปหลัง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี					
2. เบื่ออาหาร/น้ำหนักลด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี					
3. เหนื่อยล้า/อ่อนแรง/ทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี					
11. สมรรถภาพทางเพศ/ความสนใจในกิจกรรมทางเพศลดลง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี					
12. ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลง <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี					

ชุดที่ 3 แบบประเมินการจัดการกับอาการของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม

คำชี้แจง แบบสอบถามต่อไปนี้ ต้องการทราบว่าเมื่อเกิดอาการรบกวนต่างๆ กับตัวท่านเอง ท่านเลือกปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการเหล่านั้นด้วยวิธีที่ยกมาในตารางด้านล่างนี้หรือไม่ หากไม่ได้ปฏิบัติให้ทำเครื่องหมาย (-) ในช่องไม่ปฏิบัติ ถ้าปฏิบัติขอให้ท่านประเมินว่าวิธีการที่ท่านเลือกปฏิบัติมีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการมากน้อยเพียงใด ตามความรู้สึกของท่าน โดยให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเกณฑ์ในการเลือกตอบมีดังนี้

ไม่ได้ผล	แทนด้วย 0	หมายถึง	ไม่มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการเลย
เล็กน้อย	แทนด้วย 1	หมายถึง	มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการเล็กน้อย
ปานกลาง	แทนด้วย 2	หมายถึง	มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการปานกลาง
มาก	แทนด้วย 3	หมายถึง	มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการมาก
มากที่สุด	แทนด้วย 4	หมายถึง	มีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการมากที่สุด

เมื่อมีอาการรบกวน ท่านเลือกปฏิบัติเพื่อจัดการกับอาการเหล่านั้นด้วยวิธี	ไม่ปฏิบัติ	ถ้าปฏิบัติ: ขอให้ท่านประเมินว่าวิธีที่ปฏิบัตินั้นมีประสิทธิผลในการจัดการกับอาการเพียงใด				
		ไม่ได้ผล (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ประเมินความรุนแรงของอาการที่เป็นอยู่						
2. ลดการเคลื่อนไหวของร่างกาย						
3. ทำตามคำบอกเล่าของคนอื่นที่เคยมีอาการคล้าย ๆ กับท่าน						
17. ใช้ยารักษาอาการตามแผนการรักษาของแพทย์						
18. รับประทานวิตามิน/อาหารเสริมเพื่อบำรุงร่างกาย						

ชุดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม

คำชี้แจง ข้อความต่างๆ ด้านล่างนี้คือสิ่งที่ผู้ป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีสำคัญ ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่าน ในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมาหรือไม่ อย่างไร จากนั้นวงกลมหรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลขเพียงตัวเดียวต่อหนึ่งบรรทัด เพื่อระบุคำตอบของท่าน

	ความผาสุกด้านร่างกาย	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GP1	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง	0	1	2	3	4
GP2	ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้	0	1	2	3	4
GP6	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย	0	1	2	3	4
GP7	ข้าพเจ้าจำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นั่งอยู่กับที่นอน	0	1	2	3	4
	ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
GS1	ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนๆ	0	1	2	3	4
GS2	ข้าพเจ้าได้รับกำลังใจจากครอบครัว	0	1	2	3	4
GS6	ข้าพเจ้ามีความรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ)	0	1	2	3	4
GS7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตน	0	1	2	3	4

	ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก ที่สุด
GE1	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ	0	1	2	3	4
GE2	ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจกับวิธีที่ข้าพเจ้า ปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเอง	0	1	2	3	4
GE5	ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย	0	1	2	3	4
GE6	ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง	0	1	2	3	4
	ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก ที่สุด
GF1	ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)	0	1	2	3	4
GF2	ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของ งาน (รวมถึงงานบ้าน)	0	1	2	3	4
GF6	ข้าพเจ้ายังคงสนุกสนานเหมือนเดิม กับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำเร็จ	0	1	2	3	4
GF7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของ ตนเองในขณะนี้	0	1	2	3	4

ขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครับ

ตารางที่ 16 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก ในกลุ่ม Try out

ข้อ คำถาม อาการ	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	ข้อคำถาม ความเข้มแข็ง ในการมอง โลก	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ 1	.455	.822	ข้อ 1	.493	.897
ข้อ 2	.465	.821	ข้อ 2	.625	.891
ข้อ 3	.605	.811	ข้อ 3	.645	.891
ข้อ 4	.344	.830	ข้อ 4	.585	.893
ข้อ 5	.428	.824	ข้อ 5	.453	.899
ข้อ 6	.596	.811	ข้อ 6	.650	.890
ข้อ 7	.510	.818	ข้อ 7	.761	.885
ข้อ 8	.435	.824	ข้อ 8	.547	.895
ข้อ 9	.478	.820	ข้อ 9	.672	.889
ข้อ 10	.553	.815	ข้อ 10	.545	.895
ข้อ 11	.661	.803	ข้อ 11	.591	.893
ข้อ 12	.379	.828	ข้อ 12	.621	.892
			ข้อ 13	.669	.890

ค่า Cronbach's Alpha = .83

ค่า Cronbach's Alpha = .90

ตารางที่ 17 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการจัดการกับอาการในกลุ่ม Try out

ข้อคำถามการจัดการ กับอาการ	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ 1	.429	.763
ข้อ 2	.324	.771
ข้อ 3	.441	.763
ข้อ 4	.318	.771
ข้อ 5	.345	.769
ข้อ 6	.326	.771
ข้อ 7	.370	.767
ข้อ 8	.347	.769
ข้อ 9	.310	.772
ข้อ 10	.336	.770
ข้อ 11	.415	.764
ข้อ 12	.314	.772
ข้อ 13	.372	.767
ข้อ 14	.432	.763
ข้อ 15	.308	.772
ข้อ 16	.356	.768
ข้อ 17	.314	.772
ข้อ 18	.344	.769

ค่า Cronbach's Alpha = .78

ตารางที่ 18 แสดงผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่ม Try out

ข้อคำถาม คุณภาพ ชีวิต	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	ข้อคำถาม คุณภาพ ชีวิต	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ GP1	.469	.865	ข้อ GE1	.376	.868
ข้อ GP2	.352	.868	ข้อ GE2	.476	.865
ข้อ GP3	.444	.866	ข้อ GE3	.456	.865
ข้อ GP4	.422	.866	ข้อ GE4	.335	.869
ข้อ GP5	.338	.869	ข้อ GE5	.470	.865
ข้อ GP6	.462	.865	ข้อ GE6	.372	.868
ข้อ GP7	.344	.869	ข้อ GF1	.372	.868
ข้อ GS1	.366	.868	ข้อ GF2	.456	.865
ข้อ GS2	.371	.868	ข้อ GF3	.433	.866
ข้อ GS3	.447	.866	ข้อ GF4	.442	.866
ข้อ GS4	.494	.865	ข้อ GF5	.341	.869
ข้อ GS5	.373	.868	ข้อ GF6	.488	.866
ข้อ GS6	.527	.864	ข้อ GF7	.437	.866
ข้อ GS7	.423	.866			

ค่า Cronbach's Alpha = .87

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสุรชัย มณีเนตร เกิดเมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2523 มีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอดอนจาน จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม เมื่อปีการศึกษา พ.ศ. 2544 และเข้ารับราชการ ตำแหน่งพยาบาลเทคนิค ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปชาย จากนั้นเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา พ.ศ. 2551 และกลับเข้ารับราชการในหน่วยงานเดิมในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นลาออกจากราชการ เพื่อศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ และสำเร็จการศึกษาในปี ค.ศ. 2010 ปริญญาบัตร Bachelor of Nursing จากมหาวิทยาลัย Australian Catholic University, Brisbane, Australia ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและหอผู้ป่วย Extended care unit โรงพยาบาล The Prince Charles Hospital, Queensland, Australia เป็นเวลา 1 ปี

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี และกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2554