ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

Selected Factors Predicting Quality of Life in Patients with Terminal Chronic Diseases

มณี แสงแก้ว

Manee Sangkaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing) Prince of Songkla University

2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย
ผู้เขียน นางสาวมณี แสงแก้ว
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

……..
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

……..
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

คณะกรรมการสอบ

……..ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

…….....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)

…….....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

…….....กรรมการ
(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

…….....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

……..……
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้เขียน นางสาวมณี แสงแก้ว

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปีการศึกษา 2554

บทคัดย่อ

การศึกษาใน ครั้งนี้เป็นการ วิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 95 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม 2554 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (2) แบบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย และส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (4) แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ (5) แบบวัดคุณภาพชีวิต โดยแบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการและแบบวัดคุณภาพชีวิตผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการและแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .75, .87, .91, .74 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย โดยหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต ได้เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง (M = 49.0, SD = 8.3) มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Med = 24.0, IQR = 7.0) มีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับต่ำ (Med = 20.0, IQR = 23.5) มีความสามารถทางด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง (M = 75.6, SD = 18.5) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง(M = 18.7, SD = 2.9)

2. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความสามารถทางด้าน

ร่างกาย สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ โดยสามารถร่วมทำนายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 36 (R^2= .36, p < .01)

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Thesis Title	Selected Factors Predicting Quality of Life in Patients with Terminal Chronic Diseases
Author	Miss Manee Sangkaew
Major program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic year	2011

ABSTRACT

This predictive correlation research aimed to study selected factors predicting quality of life in patients with terminal chronic diseases. The sample consisted of 95 outpatients of a university hospital and a tertiary hospital in the southern Thailand who were purposively recruited. Data were collected between February and May, 2011. Instruments for collection were: the demographic questionnaire, functional status form (PPSv2), Sense of Coherence questionnaire, Social Support questionnaire, Symptom Distress questionnaire and the Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI). The Symptom Distress questionnaire and MVQOLI were tested for content validity by three experts. Reliability of Sense of Coherence questionnaire, Social Support questionnaire, Symptom distress questionnaire and MVQOLI was tested using Cronbach's alpha coefficient and the results were .75, .87, .91, and .74 respectively. Reliability of PPSv2 was tested using inter-rater method and the result was .95. Data were analyzed using descriptive statistics and hierarchical regression analysis.

The results of this study revealed;

1. The sense of coherence was at a high level (M = 49.0, SD = 8.3), the social support was at a high level (Med = 24.0, IQR = 7.0), symptom distress was at a low level (Med = 20.0, IQR = 23.5), functional status was at a high level (M = 75.6, SD = 18.5), and quality of life was at a moderate level (M = 18.7, SD = 2.9).

2. The results of multiple regression revealed that age, gender, marriage status, duration of illness, social support, symptom distress, sense of coherence and functional status could significantly predict quality of life in patients with terminal chronic diseases and together showed a coefficient of variance of 36% (R^2= .36, $p < .01$).

The results of this study are useful for health care providers to develop effective caring models to enhance quality of life for patients with terminal chronic diseases.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนช่วยเหลือเป็นอย่างดี ยิ่งจากผศ.ดร.กิตติกร นิลมานัต และผศ. ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาตลอดของการศึกษาจนสำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี พร้อมทั้งยังคอยให้กำลังใจอยู่เสมอ ตลอดจนผศ.ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ผศ.ดร.โสเพ็ญ ชูนวล และผศ.ดร. ปิยะนุช จิตตนูนท์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเป็นอย่างดี เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำและให้แนวทางในการแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คณาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่า เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกท่านที่สนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคุณสิรินทร์ ศาสตรานุรักษ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ที่คอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเพื่อเอื้อประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นปีที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และขอขอบคุณทุกๆ กำลังใจ ทุกๆ ความช่วยเหลือจากพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ทุกท่าน จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

มณี แสงแก้ว

พฤษภาคม 2555

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(9)
สารบัญภาพ	(10)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	8
นิยามศัพท์	8
ขอบเขตของการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	12
วิถีการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	12
การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	13
ผลกระทบจากโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	16
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	23
คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	25
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	27
การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	32
ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย	36
สรุปการทบทวนวรรณคดี	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	59
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	65
ผลการวิจัย	65
อภิปรายผล	76
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	92
สรุปผลการวิจัย	92
ข้อจำกัดในการวิจัย	93
ข้อเสนอแนะ	93
บรรณานุกรม	95
ภาคผนวก	115
ก การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ตามข้อตกลงของสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์เชิงซ้อน	116
ข ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	120
ค ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	127
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	128
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	142
ประวัติผู้เขียน	143

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	66
2	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับของความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง.....	69
3	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	70
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา.....	72
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุแบบเชิงชั้นของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต.....	75

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย.....	8

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับความสนใจมากขึ้น ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลเชิงรุกในทุกมิติของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับพยาธิสภาพของโรคที่กำลังลุกลามและไม่สามารถรักษาให้หายได้อีกต่อไป โดยมุ่งช่วยควบคุม และบรรเทา ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตายและเตรียมตัวให้เผชิญความตายอย่างสงบ รวมทั้งการดูแลครอบครัวตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมีเป้าหมายหลัก คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น (WHO, 2002) ดังนั้น คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องตระหนักและให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนถึงคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ (Tang, Aaronson, & Forbes, 2004) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (WHO, 2005)

เมื่อการดำเนินของโรคเรื้อรังเข้าสู่ระยะสุดท้าย อวัยวะหลายระบบในร่างกายมีความล้มเหลว ในการทำหน้าที่ ส่งผลทำให้เกิดการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทางร่างกาย (Kinsbrunner, 2002; Smeltzer et al., 2008) ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Jablonski & Wyatt, 2005) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการ ทางด้านร่างกายโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น อาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ปวด เหนื่อยล้า และเบื่ออาหาร เป็นต้น (Potter, Hami, Bryan, & Quigley, 2003; Solano, Gomes, & Higginson, 2006) อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางร่างกาย ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ (Chen, Chan, Kiely, Morris, & Mitchell, 2007) จนต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการดำเนินชีวิต และอาจส่งผลทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมได้อีกด้วย (Aldred, Gott, & Gariballa, 2005; Bennett, 2005; Ek & Ternestedt, 2008; Seamark, Blake, Seamark, & Halpin, 2004) ก่อให้เกิดการสูญเสียหน้าที่การงานและรายได้ ประกอบกับต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล จึงอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจและครอบครัวตามมาได้ (จารุวรรณ , 2544) ผลกระทบที่เกิดขึ้นย่อมก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาได้ เช่น เกิดความเครียด วิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Hemming & Maher, 2005; Pessin, Rosenfeld, & Breitbart, 2002) ซึ่งการ

เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เป็นผลกระทบมาจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้าย และการต้องประสบกับความไม่แน่นอนกับชีวิต จากการกำเริบของโรคและอาการทางร่างกายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ เกิดภาวะ สูญเสียพลังอำนาจ และความมีคุณค่าในตนเอง รู้สึก ว่าชีวิตไร้ค่าหรือไร้ความหมาย (Agrimson & Taft, 2008; Meraviglia, Sutter, & Gaskamp, 2006; Murray et al., 2007) จนมีความปรารถนาอยากให้ความตายมาเยือนโดยเร็วหรืออาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (Agrimson & Taft, 2008; Chio, et al., 2008; Meraviglia et al., 2006) จะเห็นได้ว่าภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างองค์รวม ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ส่งผลให้ความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดต่ำลง (Murray et al., 2007)

แม้ว่าปัจจุบัน จะมีการตื่นตัวในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (Blinderman et al., 2009; Murray et al., 2007; Peters & Sellick, 2006; Rustoen, Moum, Padilla, Paul, & Miaskowski, 2005) ดังเช่นการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ยิ่งระยะเวลาของชีวิตเหลือน้อยลงเท่าไหร่ ความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ยิ่งเพิ่มทวีความรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดต่ำลง (Hagelin, Seiger, & Furst, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้อีกต่อไป รวมไปถึง การสูญเสียรูปแบบการดำเนินชีวิต ส่งผลทำให้คุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยลดต่ำลง (Blinderman et al., 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจวายระยะสุดท้าย พบว่า ในระยะสุดท้าย ของโรค ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ทำให้ต้องสูญเสียรูปแบบการดำเนินชีวิต ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดต่ำลง (Zambroski, Moser, Bhat, & Ziegler, 2005)

คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นการให้คุณค่าและความหมาย กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Stewart, Teno, Patrick, & Lynn, 1999) สำหรับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (health-related quality of life) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสุข ความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิต โดยได้รับอิทธิพลหรือมีผลกระทบมาจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษาโรค (พรรณทิพา , 2550; Ager, 2002; Patrick, Engelberg, & Curtis, 2001; Steinhauser et al., 2002) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ (เพียงดาว ; 2551; Lewis et al., 2007) เพศ (Blinderman et al., 2009; Chiaranai, Salyer, & Best, 2009) สถานภาพสมรส (ยุวดี , 2547; เพียงดาว, 2551) ระดับการศึกษา (ยุวดี , 2547; Lee, Yu, Woo, & Thompson, 2005) รายได้ และ

ความเพียงพอของรายได้ (Sobhonslidsuk et al., 2006) อย่างไรก็ตามปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ที่ไม่สามารถที่จะแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงได้โดยกระบวนการทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่บุคลากรทีมสุขภาพสามารถวางแผน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ ดังเช่น ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก (เพียงดาว , 2551) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Tang et al., 2004) และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Blinderman et al., 2009) และความสามารถทางด้านร่างกาย (Hermann, & Looney, 2011; Rustoen et al., 2005)

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นคุณสมบัติภายในตัวบุคคล เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญปัญหา ทำให้บุคคลทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างเข้าใจและมีเหตุผล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ในชีวิตได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Antonovsky, 1987) โดยพบว่า ความความเข้มแข็งในการมองโลกความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .78$, $p < .01$) (เพียงดาว, 2551) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีระดับคุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความอดทนต่อปัญหาและความยากลำบากในชีวิต สามารถอดทนต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ไม่รู้สึกอ่อนแอหรือท้อแท้ ทำให้มีความมุ่งมั่นมีเป้าหมายและสนใจดูแลตนเองมากขึ้น ช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและภาวะเจ็บป่วยไปในทางที่ดี ซึ่งช่วยให้สามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตด้วยความผาสุก และมีความพึงพอใจในชีวิตตามอัตภาพที่เป็นอยู่ได้มากขึ้น (เพียงดาว, 2551)

การสนับสนุนทางสังคม เป็น การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง โดยเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านวัตถุหรือสิ่งของ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารที่จะนำไปใช้ประโยชน์ และด้านอารมณ์ (Schwarzer & Knoll, 2007) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .34$, $p < .01$) (Tang et al., 2004) นั่นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีระดับคุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำตามไปด้วย อีกทั้งยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Parker, Baile, de Moor, & Cohen, 2003) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพและบุคคลรอบข้าง สามารถช่วยบรรเทาภาวะบีบคั้นและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Kornblith et al., 2001; Parker et al., 2003)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอาการต่างๆ มากมายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อประสบการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นทั้งด้านของความถี่ ความรุนแรงของอาการและการรบกวนต่อการดำเนินชีวิต โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มี ความรุนแรง ความถี่และความทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกายมาก จะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่อาการทางด้านร่างกายน้อยกว่า (Ansari et al., 2007; Blinderman et al., 2009) และพบว่าความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย (r = -.74, -. 76, p < .001, .01 ตามลำดับ) (Blinderman et al., 2009, Hermann, & Looney, 2011) นอกจากนี้เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลง ส่งผลทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายลดลง ซึ่งพบว่ายิ่งระยะเวลาของการมีชีวิตเหลือน้อยลง ความสามารถทางด้านร่างกายก็ยิ่งลดลงตามไปด้วย (Teshelman, Petersson, Degner, & Sprangers, 2007) โดยพบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = .34, .46 , p < .01, .001 ตามลำดับ) (Hermann, & Looney, 2011; Rustoen et al., 2005) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความสามารถทางด้านร่างกายสูง จะรับรู้คุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยที่มีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำ จะรับรู้มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำตามไปด้วย อีกทั้งความสามารถทางด้านร่างกายสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ด้วยเช่นกัน (R^2 change = .198, p < .001) (Rustoen et al., 2005)

จากการทบทวนวรรณคดี พบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายกันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยมีการศึกษาทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายโรคใดโรคหนึ่งโดยเฉพาะ (Blinderman et al., 2009; Gilbert & Smith, 2009; Wakeel et al., 2009) หรือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายหลากหลายโรค (Steinhauser et al., 2004; Tang et al., 2004) และมีการศึกษาในหลากหลายบริบท เช่น แผนกผู้ป่วยใน (Peters & Sellick, 2006) แผนกผู้ป่วยนอก (Rustoen et al., 2005) ในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) (McMillan, Dunber, & Zhang, 2008; Moody & McMillan, 2003) และในศูนย์ดูแลประคับประคอง (palliative care unit) (Henoch, Axelsson, & Bergman, 2010) อย่างไรก็ตาม สำหรับในประเทศไทย พบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีจำกัด และการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป ที่ยังไม่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป อาจไม่สามารถที่จะอ้างอิงมาสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ เนื่องจากคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความแตกต่างไปจากคุณภาพชีวิตในบุคคลหรือผู้ป่วยทั่วๆ ไป โดยคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่โรคไม่สามารถรักษาได้อีกต่อไปและการต้องเผชิญกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามา จะเน้นถึงการรับรู้ถึงการมีความสุขสบายทาง

ร่างกาย มีความสุขสงบภายในจิตใจ และมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณมากขึ้น (Kaasa & Loge, 2003; Steinhauser et al., 2002) การรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง การมีความหมายในชีวิต และมีศักดิ์ศรีในตนเองตราบจนวาระสุดท้ายของชีวิต (Patrick et al., 2001; Steinhauser et al., 2002) ขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการ การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย สุขภาวะทางด้านจิตใจและสังคม (Kaasa,& Loge, 2003)

นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยยังมีน้อย ดังเช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (คัทลียา และ ณัฐนิช, 2550; เพียงดาว, 2551; ยุวดี, 2547) โดยการศึกษาดังกล่าว มีการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ไม่ได้เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวอาจมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ อาจส่งผลทำให้ผลการศึกษามีความไม่น่าเชื่อถือน้อยลง (พรรณทิพา , 2550) อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และถึงแม้ในต่างประเทศจะมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวนมาก แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งนอกจากจะขึ้นอยู่กับสุขภาวะทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยแล้ว (Kaasa, & Loge, 2003) อีกทั้งยังอาจได้รับอิทธิมาจากสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม (Collinge, Rudell, & Bhui, 2002; Mandzuk, & McMillan, 2005) ความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนา (Efficace & Marrone, 2002) และระบบบริการสุขภาพ (Albers et al., 2010; Stewart et al., 1999) ซึ่งในประเทศไทยมีสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความเชื่อ และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกับต่างประเทศ ผู้ศึกษาคาดว่าคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีความแตกต่างกันออกไปด้วย

ดังนั้น การ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรทีมสุขภาพจะต้อง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนารูปแบบของการพยาบาล และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อส่งเสริม คุณภาพชีวิต ให้กับผู้ป่วย โรคเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่าง มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย

คำถามการวิจัย

ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้นำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความผาสุก และความพึงพอใจในชีวิต เมื่อต้องเผชิญกับกระบวนการเสื่อมถอยทางร่างกาย และการทำหน้าที่ จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย รวมทั้งการต้องเผชิญกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามา (Byock & Merriman, 1998; Patrick et al., 2001) ซึ่งจะให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของบุคคลมากขึ้น (Kaasa & Loge, 2003) โดยมุ่งเน้นการรับรู้ถึง ความสุขสบาย การมีความสงบภายในจิตใจ และการมีความผาสุกด้าน จิตวิญญาณ มากกว่าการให้ความสำคัญกับการปฏิสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ (Patrick et al., 2001) ตลอดจนการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ การสามารถในการค้นหาความหมาย และเป้าหมายในชีวิต และการแสวงหาหนทางหรือวิธีการในการเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิต เมื่อต้องเผชิญกับโรคระยะสุดท้าย (Tang et al., 2004) โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถแบ่งออกได้ 5 ด้าน (Byock & Merriman, 1998) ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (physical domain) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบายหรือความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย การสามารถยอมรับและเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดอาการและความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย และผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งเกิดจากโรคที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น

2. ด้านการทำหน้าที่ (functional domain) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมไปถึงการยอมรับข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการพร่องหน้าที่ทางร่างกาย

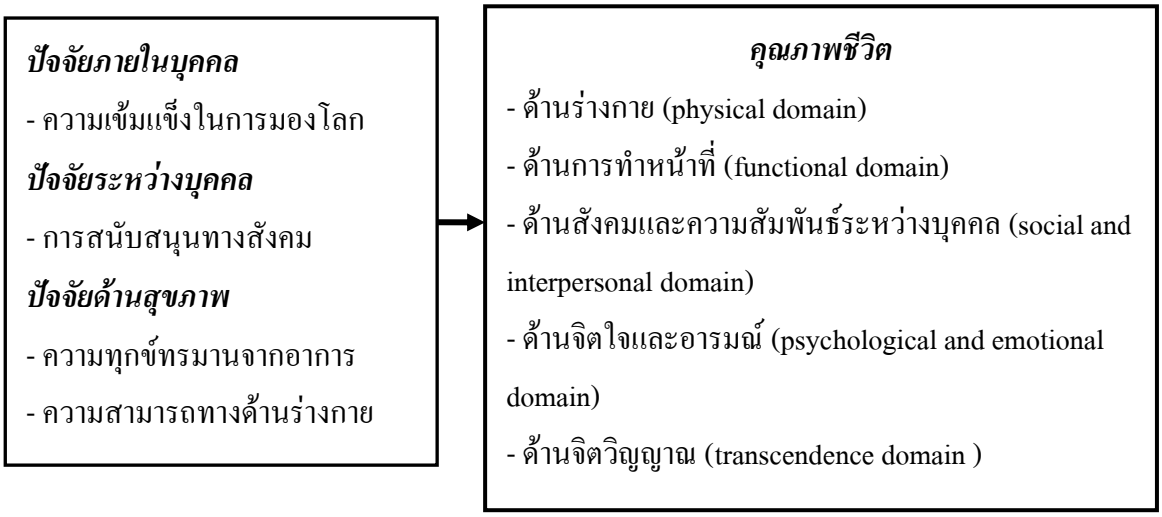
3 . ด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (social and interpersonal domain) เป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับครอบครัว เพื่อนและบุคคลรอบข้าง การรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลรอบข้าง รวมไปถึงการสามารถสื่อสารหรือพูดคุยถึงความต้องการหรือได้ระบายความรู้สึกนึกคิดของตนเองกับบุคคลรอบข้างได้

4. ด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological and emotional domain) เป็นการรับรู้ถึงอารมณ์และความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุข และความพึงพอใจในตนเอง การปราศจากความวิตกกังวลและรู้สึกสุขสงบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตรวมไปถึงความตายที่กำลังใกล้เข้ามา

5. ด้านจิตวิญญาณ (transcendence domain) เป็นการรับรู้ถึงความมั่นคงและสิ่งที่เป็นส่วนลึกภายในจิตใจ การรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง การมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

และจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายมีหลายประการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้เป็น 3 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก (เพียงดาว, 2551) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (กัญญา, 2546; Tang et al., 2004) และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากอาการ (Blinderman et al., 2008; Blinderman et al., 2009; Hermann & Looney, 2011) และความสามารถทางด้านร่างกาย (Hermann & Looney, 2011; Rustoen et al., 2005)

ดังนั้นในการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายในครั้งนี้ ผู้ศึกษาแบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้าน การทำหน้าที่ ด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ และมีปัจจัยที่นำมาศึกษา คือ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ คือ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย และมีตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

สมมติฐานการวิจัย

ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

นิยามศัพท์

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำความเข้าใจ การจัดการและการให้ความหมายของปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ตลอดจนการสามารถปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองไปในทางที่ดี ประเมินโดยใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherence: SOC) ของแอนโทนอฟสกี้ (Antonovsky, 1987) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต, ประคอง, และพรรณวดี (2532)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และวัตถุหรือสิ่งของ จากสมาชิกครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย คู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้อง ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ของ

เชฟเฟอร์, คอยนี่, และลาซาลัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ฉบับแปลภาษาไทยโดย สมจิต (Hanucharurnkul, 1988)

ความทุกข์ทรมานจากอาการ หมายถึง การรับรู้ถึงประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น 11 อาการ ได้แก่ ปวด หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย /เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ถ่ายเหลว เบื่ออาหาร สับสน วิตกกังวล และซึมเศร้า ในมิติด้านความถี่ของการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และการรบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ ประเมินโดยใช้แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Solano et al., 2006)

ความสามารถทางด้านร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว ประเมินโดยใช้แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale: PPSv2) ของวิคตอเรีย ฮอสปีส โซไซตี้ (Victoria Hospice Society, 2006 cited in Chewaskulyong et al., 2011) ฉบับแปลมาเป็นภาษาไทยโดย บุษยามาส และคณะ (Chewaskulyong et al., 2011)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกในชีวิต ในด้านร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตมิสซัวลาวิทัส (Missoula-VITAS Quality of Life Index; MVQOLI) ของบียอร์คและเมอร์ริแมน (Byock & Merriman, 1998) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยศึกษาถึงอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย กับตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 95 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2554

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร หนังสือ วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.1 วิถีการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. 2 การวินิจฉัยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. 3 ผลกระทบจากโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

2. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

2.2 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

3. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

เมื่อโรคเรื้อรังได้การดำเนินมาถึงระยะสุดท้าย อวัยวะในร่างกายมีการเสื่อมในการทำหน้าที่มากขึ้น (downward phase) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงต่างๆ มากมายที่บ่งชี้ว่าจะมีชีวิตได้อีกไม่นาน โดยพิจารณาแล้วน่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 6 เดือน (Kinsbrunner, 2002) ในระยะนี้การรักษาอาจไม่สามารถที่จะทำให้โรคสงบลงได้จากโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น จนในที่สุดจะพัฒนาเข้าสู่ระยะใกล้ตาย (dying phase) ซึ่งเป็นระยะที่อวัยวะในร่างกายหลายระบบมีความล้มเหลวในการทำหน้าที่ ไม่มีวิธีการใดที่จะรักษาและการควบคุมอาการต่างๆ ได้อีก จากนั้นอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะค่อยๆ หยุดทำงานทีละน้อยหรือเป็นไปอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความตายในไม่ช้า อาจใช้ระยะเวลาเป็นสัปดาห์ หรือเป็นไปในระยะเวลาอันใกล้ (Smeltzer et al., 2008) ซึ่งเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค การดูแลเพียงเพื่อประคับประคองตามอาการ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น (จรรยา, 2545)

วิถีการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคเรื้อรังระยะสุดท้ายแต่ละโรค มีรูปแบบของวิถีการเจ็บป่วย (trajectory illness) ที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับโรคประจำตัวพื้นฐาน (underlying disease) โดยวิถีการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบตามโรคประจำตัวพื้นฐาน (Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik, 2003; Murray, Kendal, Kristy, & Sheikh, 2005) คือ

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (cancer) เป็นวิถีการเจ็บป่วยที่มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ในระยะเวลาอันสั้น เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการทรุดโทรมหรือเสื่อมถอยของสุขภาพในระยะเวลาไม่นาน ซึ่งเป็นรูปแบบของภาวะเจ็บป่วยที่ทำนายการมีชีวิตเหลืออีกประมาณอาทิตย์หรือเดือน ในบางรายอาจจะมีชีวิตอยู่ได้เป็นปี ในภาวะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงต่างๆ เช่น น้ำหนักลด สมรรถนะของร่างกายลดลง มีความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วง 2-3 เดือนสุดท้ายของชีวิต

2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีอวัยวะล้มเหลวในการทำหน้าที่ (organ failure) เช่น ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น เป็นวิถีการเจ็บป่วยที่มีความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของอวัยวะแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในระยะเวลายาวนาน อาจใช้ระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี และมีอาการกำเริบเฉียบพลันเป็นครั้งคราว เมื่อได้รับการรักษาก็หายและกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้ เมื่อโรคมีความก้าวหน้าและอวัยวะมีการเสื่อมในการทำหน้าที่มากขึ้น ทำให้มีอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้นและมีความถี่ในการเกิดการกำเริบของอาการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องเข้ารับการ

รักษาในโรงพยาบาลอยู่เป็นระยะๆ และมีความต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น และเมื่ออวัยวะมีการเสื่อมสภาพจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้อีกต่อไป ทำให้มีอาการกำเริบรุนแรง เกิดการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่มากขึ้น จนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด

3 . กลุ่มผู้ป่วยสมองล้มเหลว ได้แก่ ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (alzheimer's disease) ผู้ป่วยโรคความจำเสื่อม (dementia) ผู้ป่วยที่มีความพิการหรือทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เป็นภาวะเจ็บป่วยวิถีการเจ็บป่วยที่มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายและสติปัญญามาเป็นระยะเวลายาวนาน โดยผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่หรือปฏิบัติกิจกรรมมาเป็นระยะเวลานาน (prolonged dwindling) และอวัยวะในร่างกายมีการเสื่อถอยในการทำหน้าที่ลงเรื่อยๆ ต่อมาอวัยวะในร่างกายและสติปัญญาก็มีการเสื่อมโทรม มีความพิการและไร้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น ร่างกายมีความอ่อนแอและมีการเสื่อมสภาพลงเรื่อยๆ สมรรถนะในการทำหน้าที่ลดลง มีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน การทำหน้าที่เสื่อมถอยและทรุดโทรมลงเรื่อยๆ (frailty) จนเสียชีวิตในที่สุด

การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งนอกจากจะเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับกับความเจ็บป่วยของตนเองและสามารถตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสมแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life care) และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิต (Kinsbrunner, 2002)

ปัจจุบันยังไม่มีนักวิชาการกำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายไว้โดยตรงหรือมีการระบุลักษณะอย่างชัดเจน ซึ่งโดยทั่วไปการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจหรือดุลยพินิจของแพทย์ (Lorens et al., 2008) โดยพิจารณาจากลักษณะและความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค และปัจจัยที่จะทำนายการมีชีวิตรอด (Kinsbrunner, 2002; Lorens et al., 2008) แม้ว่าวิถีการเจ็บป่วยของโรคประจำตัวพื้นฐานของผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อถึงระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยจะมีลักษณะทั่วไปทางคลินิกที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้สามารถนำมาพิจารณาเพื่อจำแนกผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ ซึ่งหลักเกณฑ์ที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย (Kinsbrunner, 2002) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความก้าวหน้าทางคลินิกของโรค (clinical progression of disease) เมื่อโรคมีความรุนแรงหรือมีความก้าวหน้ามากขึ้น ส่งผลให้การพยากรณ์ของโรคแย่ลง ผู้ป่วยจะมีอาการทางร่างกายเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งส่งผลทำให้มีความต้องการการดูแลจากระบบการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยมีความต้องการการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์และต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น หรือมีความต้องการการติดตามดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้หลักเกณฑ์ความก้าวหน้าทางคลินิก จะพิจารณาจากข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล การมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินจากมีอาการกำเริบ จำนวนครั้งของการไปพบแพทย์ และการใช้บริการของระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นในรอบ 1 ปีสุดท้ายของชีวิต

2. การเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ (declining performance status) เมื่อโรคได้ดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย อวัยวะหลายระบบในร่างกายมีความล้มเหลวในการทำหน้าที่ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ทางร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้หลักเกณฑ์การเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ จะพิจารณาจากความสามารถในการทำกิจกรรมและสภาวะการทำหน้าที่ทางร่างกายของผู้ป่วย ประเมินโดยการใช้แบบวัดความสามารถทางร่างกาย เช่น แบบประเมินความสามารถทางด้านร่างกายคาร์นอบสกี้ (karnofsky performance status: KPS) และแบบประเมินอีซีโอจี (The Eastern Cooperative Oncology Group: ECOG) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อใช้ประเมินสภาวะการทำหน้าที่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง เครื่องมือประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative performance scale: PPS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อใช้ประเมินในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยจะประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ของผู้ป่วย หลักเกณฑ์ในการพิจารณา คือ ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนของ KPS และ PPS ต่ำกว่า 50 หรือ ECOG ตั้งแต่ 2 ขึ้นไป สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 6 เดือน และเครื่องมือประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADLs) โดยจะประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและสภาวะการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (functional status) ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง สามารถทำนายได้ว่าอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน

3. การเสื่อมถอยของภาวะโภชนาการ (declining nutrition status) ภาวะโภชนาการเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้หลักเกณฑ์การเสื่อมถอยของภาวะโภชนาการ จะพิจารณาจากการมีน้ำหนักตัวลด โดยเฉพาะการมีน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวปกติภายในระยะเวลา 6 เดือน จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะที่โรคมีความก้าวหน้ามากขึ้นและการพยากรณ์โรคที่แย่ลง ซึ่งอาจเกิดจากภาวะผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม

ในร่างกาย โดยมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย หรืออาจพิจารณาจากระดับของโปรตีนในเลือด

4. ปัจจัยอื่นๆ (intangible factor) เช่น การพิจารณาและตัดสินใจโดยใช้วิจารณญาณของแพทย์ ซึ่งอาจพิจารณาจากอาการต่างๆ ระยะและความรุนแรงของโรค หรือปัจจัยที่จะทำนายการมีชีวิตรอด (Lorens et al., 2008) การพิจารณาตัดสินใจของแพทย์ ด้วยหลักการให้คุณค่าทางจริยธรรม หรือสนองตอบความปรารถนาของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้สามารถเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้วิจัยเลือกใช้หลักเกณฑ์โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าทางคลินิกของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Kinzbrunner, 2002)

1. ผู้ป่วยมะเร็ง ที่อยู่ในระยะที่ 4 และมีการลุกลามไปยังอวัยวะสำคัญของร่างกาย หรือผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (remission) และไม่ตอบสนองการรักษา

2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง คือ

2.1 ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง ได้แก่

2.1.1 มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรง โดยมีอาการหอบเหนื่อยขณะพักหรือมีการออกแรงเพียงเล็กน้อย อาการหอบเหนื่อยอาจตอบสนองเพียงเล็กน้อยต่อการใช้ยาขยายหลอดลม หรือไม่ตอบสนองเลย อาการหอบเหนื่อยส่งผลทำให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมาอีก เช่น มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เหนื่อยล้า หรือไอ เป็นต้น และมีปริมาตรลมที่หายใจออกในหนึ่งวินาทีแรก (Forced Expiratory Volume in One Second: FEV1) ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม น้อยกว่าร้อยละ 30

2.1.2 มีอัตราการนอนโรงพยาบาลและมีการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีภาวะหัวใจวายจากโรคปอด (cor pulmonale)

2.1.3 มีตัวบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคแย่ลง เช่น มีน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 10 มีภาวะหัวใจเต้นเร็วขณะพักมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที มีความผิดปกติของค่าก๊าซในเลือด (arterial blood gas) โดยปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทและปริมาณออกซิเจนน้อยกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท และต้องการการบำบัดด้วยออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง

2.2 ผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่

2.2.1 มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงหรือเจ็บหน้าอก โดยมีอาการขณะพักหรือมีการออกแรงเพียงเล็กน้อย หรือมีความรุนแรงของโรคหัวใจตามหลักเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจของนิวยอร์ค (New York Heart Association Functional Classification: NYHA) ระดับ 4 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Ejection Fraction: EV) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 เปอร์เซ็นต์ และไม่สามารถควบคุม

อาการของโรคได้ถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้ว หรือไม่สามารถที่จะทนต่อการใช้ยาที่เหมาะสมได้ เนื่องจากมีอาการความดันโลหิตต่ำหรือไตวาย

2.2.2 มีตัวบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคแย่ลง เช่น มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา เคยมีประวัติหัวใจหยุดเต้นและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ มีประวัติหน้ามืดหรือมีอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการมีลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมอง มีการติดเชื้อเอชไอวี

2.3 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่

2.3.1 มีค่าการทำงานของไต (creatinine clearance) น้อยกว่า 10 ซีซีต่อนาที หรือมีระดับของครีอะตินิน (creatinine) มากกว่า 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเป็นผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) ได้แก่ การล้างไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดถาวร (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) หรือได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยยา

2.3.3 มีอาการและอาการแสดงของการมีภาวะยูรีเมีย ได้แก่ ซึมหรือสับสน คลื่นไส้อาเจียน คันตามตัว มีปัสสาวะออกน้อยกว่า 400 ซีซีต่อชั่วโมง มีภาวะโพแทสเซียมสูงมากกว่า 7 มิลลิโมลต่อลิตร ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจมีภาวะเยื่อบุหัวใจอักเสบ ภาวะน้ำเกิน และมีภาวะไตวายจากตับวาย (hepatorenal syndrome)

ผลกระทบจากโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคเรื้อรังระยะสุดท้ายสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างมาก ทั้งที่ผลกระทบจากตัวโรคโดยตรงและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายอย่างถาวร เกิดความพิการการพร่องหน้าที่และการไร้ความสามารถ ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลง อวัยวะต่างๆ ไม่สามารถที่จะทำงานได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายที่พบบ่อยมีดังนี้

1.1 ความสามารถในทำกิจกรรมลดลง เป็นผลกระทบโดยตรงจากการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลกิจวัตรประจำวัน

ของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายและการทำกิจกรรมจะเสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็วในช่วงเดือนสุดท้ายของชีวิต ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม ความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายและการทำกิจกรรมจะมีการเสื่อมถอยอย่างช้าและลดลงเรื่อยๆ เกือบตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอวัยวะล้มเหลว ความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายและการทำกิจกรรมจะมีการเสื่อมถอยและลดลงอย่างรวดเร็ว (progressive and accelerated disability) ซึ่งส่งผลทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Gill, Gahbauer, Han, & Allure, 2010) โดยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่มีอวัยวะล้มเหลว ในระยะเวลา 1 เดือนสุดท้ายชีวิต พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกาย และการทำกิจกรรมจะเสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็วกว่ากลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะเป็นกลุ่มที่มีการเสื่อมถอยด้านความสามารถในการทำหน้าที่มากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอวัยวะล้มเหลว และสุดท้าย คือ กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม (Chen et al., 2007)

1.2 ความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย (symptom distress) ในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งความเสื่อมและความล้มเหลวของการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้เกิดอาการ ทางร่างกายมากมาย อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการหอบเหนื่อยและหายใจลำบาก เหนื่อยล้า ปวด คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลว ท้องผูก สับสน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เป็นต้น (Potter et al., 2003; Solano et al., 2006) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 หายใจลำบาก (breathlessness) และหอบเหนื่อย (dyspnea) พบได้ถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย รองลงมา คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ (Solano et al., 2006) ซึ่งอาการหายใจลำบากมีสาเหตุมาจากการมีพยาธิสภาพของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากอาการแทรกซ้อนจากตัวโรค เช่น จากพยาธิสภาพและการแพร่กระจายของมะเร็ง ทำให้มีการอุดตันของหลอดลม หรือการอุดกั้นของหลอดเลือดดำใหญ่ (superior vena cava syndrome) ภาวะซีด การมีน้ำในช่องท้องหรือเยื่อหุ้มปอด กล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรงจากอ่อนเพลียและร่างกายผอมแห้งจากเบื่ออาหาร หรืออาจเกิดจากความผิดปกติของเมตาบอลิซึมและการเผาผลาญภายในร่างกาย รวมทั้งอาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล และการที่ไม่สามารถควบคุมอาการทางร่างกายได้ (ภัทรพิมพ์ , 2549; McKinnis, 2002a) ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมทำให้อาการหายใจลำบากและอาการหอบเหนื่อยมีความรุนแรงมากขึ้น (Bausewein, Farquhar, Booth, Gysels, & Higginson, 2007)

1. 2.2 เหนื่อยล้า (fatigue) พบได้ถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย (Solano et al., 2006) และพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งหลังการฉายแสงหรือได้รับเคมีบำบัด พบได้ถึงร้อยละ 99 (Radbruch et al., 2008) อาการเหนื่อยล้าสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย แต่จะมีความรุนแรงมากขึ้นภายหลังได้รับการรักษาและในระยะสุดท้ายของโรค (Theobald, 2004) ซึ่งอาการเหนื่อยล้าอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค และอาการข้างเคียงจากการรักษาและยาบางชนิด หรืออาจเกิดจากอาการทางด้านร่างกาย เช่น อาการ หายใจลำบาก ซีด ปวด ความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนในร่างกาย การติดเชื้อ ในร่างกาย มีไข้ นอนหลับ พักผ่อน ไม่เพียงพอ คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ขาดสารอาหาร เป็นต้น (สุวรรณา, ชัชนาฏ, และจอนผจง, 2550; Escalants, 2003; Radbruch et al., 2008) นอกจากนี้ยังเกิดจากความผิดปกติทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น มีความ เครียด วิตกกังวล และ มีภาวะซึมเศร้า (บุญมี, ทิพาพร, และพัชราภรณ์, 2546; Escalants, 2003; Hagelin et al., 2009) ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้าจะ รู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า (tiredness) อ่อนเพลีย (weakness) ขาดพลัง (lack of energy) อิดโรย (Kutner, Kassner, & Nowels, 2001; Zambroski et al., 2005) ขี้เกียจ เฉื่อยชา (Stromgren et al., 2002) ทำให้ขาดสมาธิและรบกวนการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน (Escalants, 2003)

1.2.3 ความปวด (pain) พบได้ถึงร้อยละ 96 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Solano et al., 2006) พบว่า ความถี่และความรุนแรงของอาการจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (ภัทรพิมพ์, 2549; van den Beuken-van Everdingen et al., 2007) ซึ่งความปวดเป็นอาการที่ก่อให้เกิด ความทุกข์ทรมาน กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก (Mularski, Heine, Osborne, Ganzini, & Curtis, 2005) ความปวดเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น จากมะเร็งลุกลามไปยังกระดูก (bone metastasis) (ลักษมี, 2549) จากบาดแผลในร่างกาย เช่น แผลผ่าตัด (Leleszi & Lewandowski, 2005) แผลจากการทำหัตถการเพื่อล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อาการปวดเมื่อยในกล้ามเนื้อที่เกิดการมีปลายประสาทอักเสบ (peripheral neuropathy) หรือโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular disease) (Davison, 2003; Williams & Manias, 2005) อาการเจ็บแน่นหน้าอกในโรคหัวใจและหลอดเลือด (Godfrey, Harrison, Friedberg, Medves, & Tranmer, 2007) เป็นต้น หรืออาจเกิดจากการรักษา เช่น การให้ยาเคมีบำบัดหรือการรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง (ลักษมี, 2549) นอกจากนี้ความปวดยังสามารถเกิดจากความทุกข์ทรมานทางจิตใจและสังคมได้อีกด้วย ดังเช่น การมีความรู้สึกหมดคุณค่าในตนเองหรือไม่มีความหมาย หมดหวัง และสูญเสียการควบคุม เป็นต้น (ลักษมี, 2549) รวมทั้งยังมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมทำให้อาการปวดมีความรุนแรงมากขึ้น เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า อาการหอบเหนื่อย การมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีโรคร่วมหลายโรค เป็นต้น (Godfrey et al., 2007) ถึงแม้ว่าความปวดจะเป็นอาการที่พบได้บ่อย ได้รับความสนใจและ

ทำการศึกษากันอย่างแพร่หลายจากนักวิชาการจำนวนมาก แต่ก็ยังพบว่า ความปวดก็ยังเป็นอาการที่ไม่ได้รับการดูแลจัดการที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย และพบว่า ผู้ป่วยยังต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการปวดอีกมากมาย (van den Beuken-van Everdingen et al., 2007; Weiss, Emanuel, Fairclough, & Emanuel, 2001)

1.2.4 เบื่ออาหาร (anorexia) พบได้ถึงร้อยละ 92 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Solano et al., 2006) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้เรื้อรัง ร่างกายทรุดโทรม ผอมแห้ง อ่อนเปลี้ยเพลียแรง สีหน้าหมองเศร้าไม่สดชื่ น โดยอาการเบื่ออาหารมักมีสาเหตุมาจากตัวโรคโดยตรง (สายพิณ , 2549) หรืออาจเกิดจากการสูญเสียความอยากอาหาร (appetite loss) จากความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย (Hagelin et al., 2006) อาจเกิดจากปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารโดยตรง เช่น มีภาวะกลืนอาหารลำบาก หรืออัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น เป็นต้น (อภิรดี , 2546) และอาจเป็นผลมาจากอาการทางร่างกาย เช่น อาการหอบเหนื่อยอย่างรุนแรง จนทำให้รับประทานอาหารได้น้อยหรือไม่ได้เลย เป็นต้น นอกจากนี้อาการเบื่ออาหารอาจเกิดจากความผิดปกติทางด้านจิตใจ จากการที่โรครักษาไม่หายขาด เกิดอาการกำเริบอยู่เป็นระยะๆ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นช่วงๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ จนส่งผลให้ความอยากอาหารลดลงและรับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (จารุวรรณ, 2544)

1.2.6 นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (not enough sleep) ได้แก่ โรคนอนไม่หลับ (insomnia) หลับยาก (sleep difficult) และการถูกรบกวนการนอน (sleep disturbance) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 74 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย (Solano et al., 2006) โดยมักมีสาเหตุมาจากอาการทางร่างกาย เช่น ความปวด หอบเหนื่อย ภาวะสับสน ตะคริว อาการคันตามตัว การปัสสาวะบ่อยจากการได้รับยาขับปัสสาวะจนรบกวนการนอน หรืออาจเกิดจากผลข้างเคียงจากยาบางชนิด (Wright, 2002; Yong et al., 2009) นอกจากนี้การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ยังเกิดจากความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า เป็นต้น (Theobald, 2004) ซึ่งการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลกระทบทำให้เกิดอาการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ทำให้ขาดสมาธิ อารมณ์เสีย ง่วงนอนตอนกลางวัน อ่อนเพลีย เซื่องซึม ขาดพลัง เป็นต้น (Brostrom, Stromberg, Dahlsstrom, & Fridlund, 2001)

1.2.7 ความผิดปกติของการขับถ่าย ได้แก่ อาการท้องผูก (constipation) พบได้ถึงร้อยละ 65-70 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Solano et al., 2006) ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากผลข้างเคียงของยาบางชนิด เช่น ยาบรรเทาปวดกลุ่มโอพิออย (opioid) เป็นต้น (สุปราณี, 2550; สุมาลี, 2550; Weinreb, Kinzbrunner, & Clark, 2002) เกิดจากความผิดปกติของ

ระบบเมตาบอลิซึมหรือระบบประสาท การอุดตันของระบบทางเดินอาหารจากก้อนเนื้องอกหรือรอยแผลเป็นจากการผ่าตัด การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ภาวะขาดน้ำจากการดื่มน้ำหรือรับประทานอาหารน้อยลง เป็นต้น (McKinnis, 2002b) ขณะที่อาการท้องเสีย (diarrhea) พบได้ถึงร้อยละ 90 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย (Solano et al., 2006) ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารหรือลำไส้อักเสบเรื้อรัง และอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาบางชนิด เป็นต้น (McKinnis, 2002b) นอกจากนี้ยังมีอาการผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ถ่ายปัสสาวะมากกว่าปกติ ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยาขับปัสสาวะ ปัสสาวะน้อยหรือไม่มีปัสสาวะเลย ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Wright, 2002) การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และกลั้นอุจจาระไม่ได้ ซึ่งนอกจากทำให้ไม่สุขสบายทางด้านร่างกายแล้ว อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย เบื่อหน่าย ไร้คุณค่า ท้อแท้จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ (สุวรรณา, ชัชนาฏ, และจอนผจง, 2550)

1.2.8 ภาวะสับสน (confusion) และภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 93 (Solano et al., 2006) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ใกล้จะเสียชีวิต (Dein, 2003; Maluso-Botton, & Schlecter, 2002) ซึ่งภาวะสับสนมักเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ความผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ภาวะพร่องออกซิเจน ความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึมและการเผาผลาญในร่างกาย การได้รับยาบางชนิด ภาวะติดเชื้อ ความทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกาย และความทุกข์ทรมานทางจิตใจจากการมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง การต้องพึ่งพาผู้อื่น การต้องเผชิญกับการสูญเสียต่างๆ ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น (ลัพณา, 2552; สุปราณี, 2550; Maluso-Botton, & Schlecter, 2002) โดยผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดง เช่น การเปลี่ยนแปลงของภาวะจิตใจและอารมณ์อย่างเฉียบพลัน ไม่สามารถจดจำวัน เวลา สถานที่ หรือบุคคลได้ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงและแปรปรวน กระวนกระวาย ก้าวร้าว มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ต่อต้านหรือเฉื่อยชา สูญเสียสมาธิ การรับรู้ และการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างฉับพลัน เป็นต้น (ภัทรพิมพ์, 2549; ลัพณา, 2552)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่

2.1 ความวิตกกังวล (anxiety) พบได้ถึงร้อยละ 70-79 (Solano et al., 2006) ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากความผิดปกติในร่างกาย เช่น ขาดออกซิเจน ติดเชื้อ เจ็บปวด อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย มีความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม และการหลั่งฮอร์โมนในร่างกาย ตลอดจนการ ไม่สามารถควบคุมและจัดการกับ อาการทางร่างกาย ได้ (Dein, 2003; Leleszi, & Lewandowski, 2005) หรืออาจเกิดจาก

ผลข้างเคียงของ ยาบางชนิด (Dein, 2003) นอกจากนี้ยังเกิดจากการไม่สามารถปรับตัวเผชิญกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีความหมกมุ่นอยู่กับการสูญเสียหน้าที่ทางร่างกาย สูญเสียภาพลักษณ์และความเป็นอิสระ หรืออาจเกิดจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจากพร่องของการทำหน้าที่ และการต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต (Spencer, Nilsson, Wright, Pirl, & Prigerson, 2010) รวมทั้งอาจเกิดจากการมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล หรืออาจมีปัญหาครอบครัว (สุปราณี, 2550) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะแสดงออกมาในลักษณะการนอนไม่หลับ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ขาดทักษะในการเผชิญปัญหา ส่งผลทำให้เกิดอาการทางด้านร่างกายตามมาได้ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ สั่น เหงื่อออก อาการหายใจมากเกินไป เป็นต้น (Wright, 2002)

2.2 ภาวะซึมเศร้า (depression) พบได้ถึงร้อยละ 60-82 (Solano et al., 2006) ซึ่งเป็นผลมาจากการไม่สามารถปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดจากความทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกาย และการไม่สามารถควบคุมอาการได้ (Bekelman et al., 2007; Wright, 2002) เกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บป่วย และเป้าหมายของการรักษา อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยา และความผิดปกติของเมตาบอลิซึมในร่างกาย หรืออาจเกิดจากปัญหาทางด้านจิตใจที่มีอยู่เดิมแล้วเกิดแย่ลงไปอีก นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในชีวิต ทำให้มีความรู้สึกสูญเสียการควบคุม สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียความเป็นอิสระ การถูกแยกออกจากสังคม เพื่อนฝูงและครอบครัว ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Wright, 2002) และนอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบ ต่อรูปแบบการนอน เกิดอาการเบื่ออาหาร ขาดสมาธิ ตีตัวออกจากสังคม (Miovic, & Block, 2007) และอาจทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้ (Hemming & Maher, 2005; Pessin et al., 2002)

2.3 สูญเสียภาพลักษณ์ (loss of body image) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากตัวโรคโดยตรง เช่น การมีน้ำในช่องท้องในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Dein, 2003) อาการเบื่ออาหารน้ำหนักลดจนมีรูปร่างผอมแห้งในผู้ป่วยระยะสุดท้าย (cathesia anorexia syndrome) หรืออาจเป็นผลกระทบมาจากการรักษา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตาของผู้ป่วย (Biordi, 2009) เช่น อาการผมร่วง (alopecia) จากการได้รับยาเคมีบำบัด การผ่าตัดเพื่อให้มีการขับถ่ายทางหน้าท้อง (colostomy) รอยแผลเป็นจากการผ่าตัด และการผ่าตัดอวัยวะบางส่วนในร่างกายออกไป (Cagle, & Bolte, 2009; Dein, 2003) ดังเช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาเต้านมออก (mastectomy) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง มีความรู้สึกอึดอัดใจกับรูปร่างของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป และอาจทำให้การรับรู้ความเป็นเพศหญิงของตนเองลดลง (Fobair et al., 2006) อีกทั้งในบางรายอาจปฏิเสธและไม่

อยากมองรอยแผลของตนเอง (Dein, 2003) ซึ่งผลกระทบจากการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสียความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าความน่าดึงดูดใจของตนเองลดลง (attractiveness) (Hawighhort-Knapstein et al., 2004) ชักนำทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางด้านจิตใจ และเกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ตามมา เช่น ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล และเกิดความรู้สึกสูญเสียความคุณค่าในตนเอง เป็นต้น อีกทั้งยังอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้ (Dein, 2003; Fobair et al., 2006)

3. ผลกระทบด้านสังคม

การเสื่อมสภาพและล้มเหลวในการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญในร่างกาย อีกทั้งจากความรุนแรงของอาการทางร่างกาย ทำให้มีการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ทางร่างกาย ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องสูญเสียบทบาทการทำหน้าที่ทั้งในครอบครัวและสังคม ทำให้ต้องหยุดงานหรือออกจากงาน เพื่อพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือบ้าน นอกจากจะทำให้สูญเสียรายได้แล้ว (ทัศนีย์, 2552) เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ทั้งที่เกิดจากความรุนแรงของอาการทางร่างกาย ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดั่งเช่น ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีอาการหอบเหนื่อยและหายใจลำบากอย่างรุนแรง ส่งให้มีเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมได้น้อยลง บางรายอาจนอนติดเตียง ส่งผลทำให้ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและมีความสุขกับชีวิตตามปกติได้ ไม่ได้ออกไปเห็นโลกภายนอก จนถูกแยกตัวออกจากสังคมไปโดยปริยาย (Aldred et al., 2005; Bennett, 2005; Ek, & Ternestedt, 2008; Seamark et al., 2004) หรือในผู้ป่วยบางรายที่อาจมีความรู้สึกเป็น รอยมลทินภายในจิตใจ (stigma) ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย กลัวการถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง จึงแยกตัวเองออกจากสังคม (Murray et al., 2007; Stewart et al., 2008) การแยกออกจากสังคม จะส่งผล ทำให้ผู้ป่วยมีความ รู้สึกเหงา (Ek, & Ternestedt, 2008) รู้สึกเหมือน ถูกทอดทิ้งและละเลย จากบุคคล รอบข้างและสังคม (Elofsson, & Ohlen, 2004) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นการเจ็บป่วย และต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ครอบครัวจำเป็นต้องรับภาระในการดูแล จึงอาจส่งผลทำเกิดปัญหาเกี่ยวกับการดู แล และ ในบางครั้งไม่สามารถสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้ จึงอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวตามมาได้ (จารุวรรณ, 2544)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เกิดจากการที่ไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย (Dein, 2003) ความทุกข์ทรมานจากอาการทางร่างกาย และไม่สามารถควบคุมอาการได้ (Rodin et al., 2007) การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ต้อง สูญเสียรูปแบบในการดำเนินชีวิต ต้องออกจากงานหรือหยุดงาน เพื่อรักษาตัวเอง สูญเสียบทบาทการทำหน้าที่ ในครอบครัว และในสังคม การสูญเสีย

ภาพลักษณ์ ขาดแหล่งสนับสนุน (Biordi, 2009; Chio et al., 2008) สูญเสียการควบคุมและการตัดสินใจ สูญเสียความเป็นตัวตน และความมีคุณค่าในตนเอง (Werth, Gordon, & Johnson, 2002) สูญเสียความเชื่อ ไม่สามารถประกอบกิจกรรมทางจิตวิญญาณและศาสนา (Meraviglia et al., 2006) นอกจากนี้ การรับรู้ถึงความตายที่กำลังใกล้เข้ามา ส่งผลทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (spiritual distress) ผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณจะมีปฏิกิริยา แสดงออกมาทางด้าน ร่างกาย เช่น ขาดพลัง วิตกกังวล ซึมเศร้า ปวดท้องหรือเจ็บหน้าอก เบื่ออาหาร เป็นต้น (Agrimson & Taft, 2008) และยังมีปฏิกิริยาแสดงออกมาทางจิตใจ อารมณ์และความคิด เช่น รู้สึกกลัว เศร้าโศกเสียใจและสูญเสีย รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวเหมือนโดนทอดทิ้ง (Agrimson & Taft, 2008; Chio, et al., 2008; Meraviglia et al., 2006) มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยและรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต สูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) สูญเสียการควบคุม (loss of control) สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Agrimson & Taft, 2008; Meraviglia et al., 2006; Rodin et al., 2009; Shell, 2008) ขาดที่พึ่งพา (helplessness) รู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมาย (meaninglessness) และไม่มีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Murray et al., 2007) มีความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง (hopelessness) หมดอาลัยตายอยากจากการเป็นคนไร้ความสามารถ (Chio, et al., 2008; Meraviglia et al., 2006; Pessin et al., 2002; Werth et al., 2002) จนมีความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป มีความ ปรารถนาให้ความตายเข้ามาเร็วขึ้น และอาจส่งผลทำให้ มีความคิด อยากฆ่าตัวตาย ได้ (Agrimson & Taft, 2008; Chio, et al., 2008; Meraviglia et al., 2006)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

ความหมายของคุณภาพชีวิต

แนวคิดคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจและมีการศึกษาจากนักวิชาการและนักวิจัยจำนวนมาก ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อน ค่อนข้างยากในการให้คำจำกัดความหรือให้ความหมาย และปัจจุบันยังไม่มีการให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตที่เป็น สากลหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติควรมีการกำหนดความหมายหรือให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตให้มีความชัดเจน เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย (Taylor, Gibson, & Franck, 2008)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ผสมผสานระหว่างการรับรู้และมุมมองเกี่ยวกับชีวิตและสถานะของบุคคลที่ดำรงชีวิตอยู่ในสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ซึ่งฮาส (Haas, 1999) และคิง (King, 1998) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่อยู่ระหว่างความคาดหวังและความเป็นจริงที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในขณะที่สจ๊อตและคณะ (Stewart et al.,

1999) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นการให้คุณค่าและความหมาย กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต นอกจากนี้คุณภาพชีวิตอาจเป็นสิ่งที่สามารถสะท้อนถึงความผาสุกในชีวิต (well-being) (Donnelly, 2000) เป็นความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction) (Diener, Suh, Lucus, & Smith, 1999; Haas, 1999; King, 1998) และอาจเป็นการรับรู้หรือการให้คุณค่าเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ (Bowling, 1997; Kaasa & Loge, 2003; King, 1998)

โดยภาพรวม คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เป็นจิตวิสัย (subjective) ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล (individual's perception) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด และมีลักษณะเป็นพลวัต (dynamic) เปลี่ยนแปลงได้ตามสุขภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ (Kaasa & Loge, 2003) อายุหรือช่วงเวลาของชีวิต (Taylor et al., 2008) อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม (Collinge et al., 2002; Mandzuk, & McMillan, 2005) ความเชื่อ ความศรัทธาและจิตวิญญาณ (Efficace & Marrone, 2002) ประสบการณ์ (Ferrans, 1996) สิ่งแวดล้อม (Mandzuk & McMillan, 2005)

ภาวะสุขภาพ (health status) เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล (Nemeth, 2006; Valderrabano, Jofre, & Lopez-Gomez, 2001) ดังนั้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย การรับรู้และการให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ย่อมเปลี่ยนแปลงไปและมีความแตกต่างไปจากบุคคลทั่วๆ ไป (Kaasa & Loge, 2003) โดยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ (health-related quality of life) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจหรือความผาสุกในชีวิต โดยได้รับอิทธิพลมาจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษาโรค ประกอบด้วยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจต่อระดับของการทำหน้าที่ และการควบคุมโรคของบุคคล ซึ่งจะสะท้อนออกมาในรูปแบบของความผาสุกทางร่างกาย จิตใจและสังคม (O' Connor, 2004)

กล่าวโดยสรุป คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด และเป็นการรับรู้และการให้คุณค่ากับชีวิตของบุคคล ถึงความพึงพอใจและ/หรือความผาสุกในชีวิต มีลักษณะเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงได้และมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม การให้คุณค่า บริบทและสถานการณ์ที่เข้ามา ในขณะที่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความผาสุกและ/หรือความพึงพอใจในชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะเจ็บป่วยและการรักษาโรค ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นตัวบ่งชี้ที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและคุณภาพของการดูแลรักษาสุขภาพ

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

เมื่อต้องเผชิญกับโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายและการพร่องการทำหน้าที่ทางร่างกาย การต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งการที่ต้องเผชิญกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามา ย่อมทำให้บุคคลรับรู้และมีมุมมองเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างออกไป

บียอร์คและเมอริแมน (Byock & Merriman, 1998) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการรับรู้และการให้คุณค่าของบุคคลกับประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมถอยทางร่างกายและการทำหน้าที่จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และการต้องเผชิญกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามา ในขณะที่แพทริค และคณะ (Patrick et al., 2001) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ระยะสุดท้าย เป็นการรับรู้ถึง ความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิต เมื่อชีวิตถูกคุกคามหรือต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้าย และการเตรียมตัวเมื่อต้องเผชิญกับความตาย ที่กำลังใกล้เข้ามา ให้ความสำคัญกับความสงบภายในจิตใจ (peace of mind) ความสุขสบาย (comfort) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณมากกว่าการให้ความสำคัญกับการปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ส่วนแทงค์ และคณะ (Tang et al., 2004) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสภาวะทางด้านร่างกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ความสามารถในการค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และการแสวงหาหนทางหรือวิธีการในการปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิต เมื่อต้องอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความแตกต่างจากคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือผู้ป่วยทั่วๆไป โดยจะให้ความสำคัญถึงความสุขสบายทางด้านร่างกาย รวมไปถึงความผาสุกทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณมากขึ้น รวมทั้งการเตรียมตัวเพื่อให้สามารถยอมรับกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามาอย่างสุขสงบ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังเช่น การศึกษาของโจแฮนสัน และคณะ (Johanson et al., 2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีระดับต่ำลง โดยคุณภาพชีวิตในมิติด้านร่างกายและสังคม มีระดับต่ำลงมากที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทั้งจากการเสื่อมถอยของอวัยวะในร่างกาย และการมีอาการทางร่างกายที่มีความรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของเมอเรย์ และคณะ (Murray et al., 2007) ที่ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพระยะยาวเกี่ยวกับการเสื่อมถอยของความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายและผู้ป่วยโรคหัวใจระยะสุดท้าย ในระยะเวลาหนึ่งปีสุดท้าย

ของชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งที่เกิดจากโรคระยะสุดท้ายและการรักษา ได้ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ความผาสุกทางสังคมจะดำเนินเป็นเส้นคู่ขนานไปกับความผาสุกทางร่างกาย เมื่อร่างกายมีการเสื่อมถอยและทรุดโทรมมากขึ้น ก่อให้เกิดการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม จึงส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคม ในขณะที่ความผาสุกทางจิตใจและจิตวิญญาณจะการเปลี่ยนแปลงในลักษณะขึ้นๆ ลงๆ โดยจะมีระดับต่ำลงในช่วงของการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ภายหลังการรักษา ระยะที่โรคมีความก้าวหน้ามากขึ้นและในระยะสุดท้ายของโรค

2. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า ความผาสุกทางด้านสังคมจะดำเนินคู่ขนานไปกับการความผาสุกทางร่างกาย เมื่ออาการกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษาในโรคพยาบาล ได้ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางร่างกายและสังคม ในขณะที่ความผาสุกทางจิตใจและจิตวิญญาณจะมีลักษณะขึ้นๆ ลงๆ โดยมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของอาการและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งเมื่อมีอาการกำเริบจะส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตจากการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ก่อให้เกิดความเครียดและเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับภาวะเจ็บป่วยและชีวิตของตนเอง ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายกับชีวิต ส่งกระทบต่อความผาสุกทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ในขณะเดียวกันการศึกษาของยุวดี (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-Brief) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.1) มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของคัทลียา และ ณัฐนิช (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้อง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 ราย โดยใช้เครื่องมือดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังได้รับการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง มีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการรักษา และการศึกษาของบลินเดอร์แมน และคณะ (Blinderman et al., 2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตหลายมิติ (Multidimensional Index of Life Quality: MILQ) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งได้รับผลกระทบมาจากความทุกข์ทรมานจากอาการ และสุขภาวะทางด้านจิตใจ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นแบบหลายมิติหรือมีหลายองค์ประกอบ (multidimensional) โดยนักวิชาการได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป ตามแนวคิดและการให้ความหมายของคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม พบว่าส่วนใหญ่องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจะแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ทางร่างกาย (health and functioning domain) ด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณ (psychological/spiritual domain) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social and economic domain) และด้านครอบครัว (family domain) หรือด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) (WHO, 1996; Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005)

สำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่ามีนักวิชาการแบ่งจำนวนองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน เช่น บียอร์ค และเมอร์ริแมน (Byock & Merriman, 1998) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการ (symptom domain) ด้านการทำหน้าที่ (functional domain) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal domain) ด้านความผาสุก (well-being domain) ด้านจิตวิญญาณ (transcendent domain) ขณะที่สจ๊วตและคณะ (Stewart et al., 1999) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสุขสบายทางร่างกาย (physical comfort) ด้านความผาสุกทางด้านจิตใจ (psychological well being) ด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางด้านสังคม (social function and well being) ด้านความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual well being) ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย (physical functional) การทำหน้าที่ทางการคิดและความเข้าใจ (cognitive functioning) สอดคล้องกับอัลเบอร์และคณะ (Albers et al., 2010) ซึ่งได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 7 ด้าน โดยเพิ่มองค์ประกอบด้านการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของระบบดูแลสุขภาพ (perceived quality of care) อีก 1 ด้าน

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความคล้ายคลึงกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านการทำหน้าที่ (functional domain) ด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (social and interpersonal domain) ด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological and emotional domain) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual domain) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) หมายถึง ประสบการณ์ของความรู้สึกไม่สบายทางร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการที่โรคมีความก้าวหน้าและอวัยวะในร่างกายมีการเสื่อมหน้าที่มากขึ้น คุณภาพชีวิตในมิตินี้ ประกอบด้วย

1.1 มีความสุขสบายทางร่างกาย (Albers et al., 2010; Beckstand, Callister, & Kischhoff, 2006; Feldman et al., 2009; Melin-Johansson, Axelsson, & Danielson, 2007) รวมทั้งการสามารถจัดการและควบคุมอาการที่ดี (สิริมาศ , 2548) ซึ่งในระยะสุดท้ายของชีวิต จากการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายและในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะต่างๆ ส่งผลทำให้มีอาการทางร่างกายมากมาย ดังนั้นการปราศจากอาการต่างๆ ทางร่างกาย และถึงแม้จะต้องประสบกับอาการต่างๆ โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่การสามารถควบคุมและจัดการกับอาการต่างๆ ได้ดีและมีประสิทธิภาพจากบุคคลรอบข้างหรือทีมสุขภาพ จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้ และมีส่วนช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (สิริมาศ, 2548; Beckstand et al., 2006; Feldman et al., 2009; Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo, & Uchitomi, 2006; Mularski et al., 2005; Shaw, Clifford, Thomas, & Meehan, 2010; Zambroski et al., 2005) ตลอดจนการที่ผู้ป่วยสามารถแสวงวิธีการในการบรรเทาอาการทางร่างกายของตนเอง ทั้งโดยวิธีการใช้ยาหรือไม่ใช้ยา (Melin-Johansson et al, 2007) หรือแม้แต่การสามารถประเมินถึงความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาการเกิดอาการ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและความทุกข์ทรมานจากอาการของตนเองได้ (Stewart et al., 1999)

1.2 การสามารถยอมรับและเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดอาการและการเจ็บป่วย เนื่องจากอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและการทำหน้าที่ทางร่างกายในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากผู้ป่วยสามารยอมรับธรรมชาติของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (สุปราณี, 2550) สามารถยอมรับและปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดีและเหมาะสมมากขึ้น (Melin-Johansson et al., 2007; Steinhauser et al., 2002) สามารถที่จะเตรียมตัวรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเอ ง เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ เป็นต้น และมีความพึงพอใจในชีวิตตามที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตนเองได้ (Stewart et al., 1999)

2. ด้านการทำหน้าที่ (function domain) หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งคุณภาพชีวิตในมิตินี้ ประกอบด้วย

2.1 มีความสามารถในการทำกิจกรรมและการทำหน้าที่ทางร่างกาย (สิริมาศ, 2548; Carter, MacLeod, Brander, & McPherson, 2004; Melin-Johansson et al., 2007) รวมไปถึงยังสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติเท่าที่จะเป็นได้ (สิริมาศ , 2548) ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เคลื่อนไหวหรือเดินได้ตามปกติ ดูแลตนเอง ทำงานหรือประกอบอาชีพ (สิริมาศ, 2548; Albers et al., 2010) มีความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

(Hirai et al., 2006) สามารถรับประทานอาหาร พักผ่อนนอนหลับได้ปกติเหมือนคนทั่วๆ ไป (Melin-Johansson et al., 2007) โดยอาจรวมไปถึงการสามารถทำงานอดิเรก และมีกิจกรรมนันทนาการยามว่าง ที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลินและผ่อนคลายได้ (สิริมาศ, 2548) และการมีความสามารถทำในสิ่งที่อยากทำ ทำในสิ่งที่ตนเองสนใจหรือสิ่งที่วางแผนไว้ล่วงหน้าก่อนที่จะเจ็บป่วย (Carter et al., 2004; Hirai et al.2006; Mularski et al., 2005; Patrick et al., 2001) ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตของตนเองยังมีความหมายและมีคุณค่า มีความรู้สึกว่าตนเองยังสามารถที่จะทำหน้าที่ได้ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนอื่นทั่วไป แม้ว่าต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายก็ตาม ช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย (สิริมาศ, 2548; Steinhauser et al., 2002)

2.2 มีความสามารถในการคิดและความรู้ความเข้าใจ (cognitive functional) หมายถึง มีความเข้าใจ มีความสนใจ มีสติสัมปชัญญะ และสามารถจดจำได้ คุณภาพชีวิตในมิตินี้ประกอบด้วย การมีความสามารถด้านสติปัญญาและการรับรู้ที่ดีและครบถ้วน (Albers et al., 2010; Stewart et al., 1999) มีความสามารถที่จะรับรู้ นึกคิด และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (สิริมาศ, 2548; Stewart et al., 1999) รวมไปถึงการรับรู้ถึงความสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวได้ และสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ (Hirai et al., 2006; Mularski et al., 2005; Patrick et al., 2001)

3. ด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (social and interpersonal domain) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการรับรู้ถึงคุณภาพหรือระดับความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว และบุคคลรอบข้าง ซึ่งคุณภาพชีวิตในมิตินี้ ประกอบด้วย

3.1 มีความสัมพันธ์และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง (สิริมาศ, 2548; Albers et al., 2010; Melin-Johansson et al., 2007; Patrick et al., 2001; Stewart et al., 1999; Vig & Pearlman, 2003) การสามารถพบปะสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง หรือบุคคลรอบข้าง และการแสดงออกของสัมพันธภาพจากบุคคลรอบข้าง มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วย (สิริมาศ , 2548) นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมหรือชุมชนแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าไม่ได้อยู่คนเดียวตามลำพังในโลก รู้สึกไม่โดดเดี่ยว อีกทั้งยังช่วยป้องกันความรู้สึกถูกแบ่งแยกออกจากสังคม และการมีชีวิตอยู่อย่างไร้ความหมายจากความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งจากบุคคลรอบข้าง (สิริมาศ , 2548; Hunter, Davis, & Tunstall, 2006; Patrick et al., 2001) รวมทั้งการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง สมาชิกในชุมชนหรือเพื่อนบ้าน และบุคลากรทีมสุขภาพ (Hirai et al., 2006; Melin-Johansson et al., 2007; Patrick et al., 2001; Stewart et

al., 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการ์ดิเนอร์และคณะ (Gardiner et al., 2010) ที่ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่ดี เกิดจากการได้ใกล้ชิดและมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว และการคงไว้ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3.2 การสื่อสาร (Albers et al., 2010) การที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถพูดหรือสื่อสารในสิ่งที่ต้องการหรือได้ระบายถึงความรู้สึกหรือความคิดของตัวเองกับบุคคลรอบข้าง ช่วยให้ผู้ป่วยปราศจากสิ่งห่วงกังวล มีความรู้สึกปลอดโปร่ง ได้ปลดเปลื้องภาระหรือความรู้สึกห่วงกังวลต่างๆ การได้ระบายความรู้สึกหรือพูดในสิ่งที่สำคัญที่ค้างคาภายในจิตใจหรือสิ่งที่อยากบอก หรือได้ทำในสิ่งที่รู้สึกคั่งค้างอยู่ เช่น ได้ทำในสิ่งที่อยากทำหรือสั่งเสียสิ่งต่างๆ ก่อนที่ตัวเองจะเสียชีวิต เป็นต้น (สิริมาศ, 2548; Melin-Johansson et al., 2007) ซึ่งจะสามารถช่วยลดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะสามารถช่วยลดภาระและรู้สึกหมดห่วงกังวลกับภาระที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัว (สิริมาศ, 2548; Hirai et al., 2006; Patrick et al., 2001; Steinhauser et al., 2002)

4. ด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological and emotional domain) หมายถึง ความรู้สึกภายใน เป็นอารมณ์หรือความรู้สึกถึงความผาสุกและมีความสุข เป็นความพึงพอใจหรือการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง และการมีเอกสิทธิในตนเอง ซึ่งคุณภาพชีวิตในมิตินี้ ประกอบด้วย

4.1 มีความผาสุกทางอารมณ์ โดยปราศจากความรู้สึกวิตกกังวลต่างๆ ความรู้สึกกลัว ตื่นตระหนก ซึมเศร้า รู้สึกเศร้าโศกเสียใจจากการต้องประสบกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Albers et al., 2010; Melin-Johansson et al., 2006; Stewart et al., 1999) รวมทั้งสามารถควบคุมอาการทางจิตใจของตนเองได้ (Feldman et al., 2009) มีความสบายใจ (อาภรณ์พรรณ, 2546) มีกำลังใจที่ดี สามารถที่จะจัดการกับความรู้สึก หรือปรับความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์และความรู้สึก ไม่หวาดหวั่นหรือตื่นตระหนกไปกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Melin-Johansson et al., 2006) นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ สามารถที่จะมีความสุข ความเพลิดเพลินและมีความพึงพอใจกับชีวิต (สิริมาศ, 2548; Patrick et al., 2001) รวมทั้งการสามารถที่จะแสวงหาความสุข และมีความเพลิดเพลินให้กับตัวเองได้ (สิริมาศ , 2548) ตลอดจนปราศจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาล (Hirai et al., 2006; McMillan et al., 2008; Patrick et al., 2001; Steinhauser, et al., 2002) เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องรับการรักษาเป็นระยะเวลานานและอาจต้องรับการรักษาที่ซับซ้อน ซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ร่วมกับการสูญเสียรายได้จากการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ดังนั้นการปราศจากปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และค่ารักษาพยาบาล และการมี

แหล่งประโยชน์ด้านการเงิน ให้การสนับสนุนช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตและค่ารักษาพยาบาล จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ (WHO, 1996)

4.2 มีศักดิ์ศรีในตนเอง (สิริมาศ, 2548; Hirai et al., 2006; Melin-Johansson et al., 2007; Mularski et al., 2005; Patrick et al., 2001) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการได้รับการแสดงความเคารพ การให้เกียรติ และยอมรับคุณค่าในฐานะบุคคล เคารพในความเป็นเอกสิทธิ์ส่วนบุคคล (autonomy) ได้รับการดูแลอย่างเป็นมนุษย์คนหนึ่งเหมือนคนทั่วๆ ไป ซึ่งการสื่อสารที่ให้ความเคารพและการตอบสนองจากสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ มีผลกระทบต่อความรู้สึกมีศักดิ์ศรี ช่วยส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต และสามารถปรับตัวเผชิญกับความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนสามารถเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจ (สิริมาศ, 2548; Melin-Johansson et al., 2007)

5. ด้านจิตวิญญาณ (transcendence domain) หมายถึง ประสบการณ์ที่มีการเชื่อมโยงกับความมั่นคง และเป็นส่วนลึกในจิตใจ เป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตในมิตินี้ ประกอบด้วย

5.1 สามารถค้นพบความหมายและเป้าหมายของชีวิต (สิริมาศ, 2548; Albers et al., 2010; Hirai et al., 2006; Mularski et al., 2005; Patrick et al., 2001;Steinhauser et al., 2002) โดยการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต เป็นการรับรู้ถึงความหมาย และความสำคัญของชีวิตของตนเอง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องและส่งผลทำให้มีการค้นพบเป้าหมายในชีวิต เพื่อช่วยให้มีพลังและแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ (Hermann, 2001) ซึ่งการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและความผาสุกในการดำเนินชีวิตมากขึ้น (Melin-Johansson et al., 2007)

5.2 มีความเชื่อความศรัทธาในศาสนาหรือพระเจ้าหรือ ความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต การมีความเชื่อและความศรัทธาช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งพาทางด้านจิตใจ ช่วยให้เกิดความสงบสุข สามารถปรับตัว เผชิญกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามาอย่างสงบสุข ไม่มีความหวาดกลัวหรือหวั่นไหว เข้าใจธรรมชาติของภาวะเจ็บป่วยและชีวิตมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณและมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (ธมลวรรณ และวิภาวี , 2550; สิวลี, 2547; สุพิน, 2547; Lin, & Bauer-Wu, 2003; Tarakeshwar et al., 2006)

5.3 มีความหวัง (สิริมาศ, 2548; Hirai et al., 2006) การมีความหวังในสิ่งดีๆ ที่อยากให้เกิดขึ้นในอนาคต การไม่ท้อแท้หรือสิ้นหวังต่อสถานการณ์ในชีวิต แม้ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งความหวัง หมายถึง ความคาดหวังหรือเป้าหมายที่สำคัญใน

ทางบวกของชีวิต การมีความหวังทำให้ชีวิตมีความสุข เป็นแรงบันดาลใจหรือเป็นพลังที่ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะก้าวไปสู่ความหวังหรือเป้าหมายดังที่ตั้งเอาไว้ (ทัศนีย์, 2552)

5.4 มีความสุขสงบภายในจิตใจ (Albers et al., 2010; Breitbart, 2002; Steinhauser et al., 2002) เมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและความตายที่กำลังใกล้เข้ามา ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างเป็นอย่างดี โดยไม่มีความรู้สึกกลัว และยังมีความรู้สึกสุขสงบและสามารถที่จะเผชิญกับความตายของตัวเองที่กำลังใกล้เข้ามา (สิริมาศ, 2548; Hirai et al., 2006; Mularski et al., 2005; Patrick et al., 2001) อีกทั้งยังมีโอกาสได้พูดคุยเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของตัวเองอย่างอิสระและเปิดเผยกับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคลากรทีมสุขภาพได้อีกด้วย (สิริมาศ, 2548; Hirai et al., 2006)

5.5 มีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย จากการได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและได้รับการเอาใจใส่ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้ สึกเหมือนถูกทอดทิ้งและถูกตัดขาดจากทุกอย่าง ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกถึงการสามารถควบคุม (sense of control) ทั้งการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต การสามารถควบคุมอาการของตนเอง การสามารถควบคุมหรือเลือกสิ่งต่างๆ ที่ตนเองปรารถนาได้ (Mularski et al., 2005)

การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

คุณภาพชีวิต เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการดูแลรักษาสุขภาพ (พรรณทิพา , 2550; Kaasa & Loge, 2003; McMillan & Weitzner, 1998; Stewart et al., 1999) และคุณภาพชีวิตยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายอีกด้วย (Stewart et al., 1999) ซึ่งนักวิชาการส่วนใหญ่มักนำแนวคิดคุณภาพชีวิตมาใช้เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ตลอดจนผลกระทบ หรือผลลัพธ์ที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วย และการรักษาโรค (พรรณทิพา , 2550; Ager, 2002; Valderrabano et al., 2001) รวมไปถึงใช้ในการพยากรณ์ หรือทำนายความก้าวหน้าของโรค (Fallowfield, 2009; Sullivan, Nelson, Mulani, & Sleep, 2006) ซึ่งผลของการประเมินคุณภาพชีวิตมักใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษา (Ager, 2002) และอาจช่วยทำนายอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Fan, Curtis, Tu, McDonell, & Fihn, 2002; Stull, Clough, & Van-Dussen, 2001) อัตราการกลับไปนอนโรงพยาบาลซ้ำ รวมไปถึงอัตราการเสียชีวิต (Rodriguez-Artalejo et al., 2005) อีกทั้งยังทำนายการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้อีกด้วย (Lis, Gubta, & Grutsch, 2008; Mehanna, & Morton, 2006; Sullivan et al., 2006)

โดยทั่วไป การประเมินคุณภาพชีวิต สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (Felce & Perry, 1995; Haas, 1999) คือ

1. ตัวชี้วัดแบบ วัตถุวิสัย (objective indicator) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลด้านรูปธรรมที่สามารถมองเห็นหรือวัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. ตัวชี้วัดแบบจิตวิสัย (subjective indicator) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลด้านที่เป็นนามธรรม ที่ไม่สามารถมองเห็นหรือวัดได้ เป็นตัวบ่งชี้ทางจิตสังคม และการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกและเจตคติ การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต และสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การตัดสินใจ หรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคล เป็นต้น

นอกจากนี้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสามารถแบ่งตามกลุ่มประชากรที่ต้องการประเมินคุณภาพชีวิต สามารถแบ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตออกได้ 2 ประเภท คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (generic health-related quality of life) ในการประเมินจะใช้เครื่องมือหรือแบบวัดทั่วไป (general instrument) เพื่อวัดหรือประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรที่ไม่จำกัดเพศ อายุ และภาวะของโรคที่เป็นอยู่ ตัวอย่างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) (WHOQOL Group, 1998) แบบวัด Short Form Health Survey (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1981) แบบวัด Sickness Impact Profile (Bergner, Bobbitt, Carter, & Gilson, 1981) เป็นต้น ข้อดีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือ สามารถวัดผลกระทบจากโรค และการรักษาต่อชีวิตในมิติต่างๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีความแตกต่างกันได้ แต่มีข้อจำกัด คือ เครื่องมืออาจมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค และภาวะสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเครื่องมือไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคใดโรคหนึ่ง หรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง (พรรณทิพา, 2550)

2. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเจาะจง (specific health-related quality of life) ในการประเมินจะใช้เครื่องมือหรือแบบวัดเฉพาะ (specific instrument) ซึ่งอาจมีความเฉพาะเจาะจงกับโรค กลุ่มประชากร หรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่สนใจศึกษา หรือเงื่อนไขที่กำหนดไว้ ได้แก่ เครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรค (disease specific instrument) เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง สามารถใช้เครื่องมือ The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993) เครื่องมือ The Assessment of Quality of Life (AQOL) (Axelsson & Sjoden, 1999) และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวาย สามารถใช้เครื่องมือ The

Kidney Quality of Life Instrument (KDQOL) (Hays, Killich, Mapes, Coons, & Carter, 1994) เป็นต้น เครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มประชากร เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถใช้เครื่องมือ Hospice Quality of Life Index (HQLI) (McMillan & Weitzer, 1998) และเครื่องมือ Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI) (Byock & Merriman, 1998) เครื่องมือ QUAL-E (Steinhauser et al., 2004) เป็นต้น และเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงกับมิติหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต (domain specific instrument) เป็นเครื่องมือที่เจาะจงองค์ประกอบหนึ่งจากแนวคิดทั้งหมดของคุณภาพชีวิต เช่น เครื่องมือที่วัดเกี่ยวกับอาการปวดอาการอ่อนเพลีย ความเครียด ซึมเศร้า เป็นต้น ข้อดีของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะเจาะจง คือ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยค่อนข้างสูง แต่อาจมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถนำคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดได้ มาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคหรือสภาวะที่แตกต่างกันได้ (พรรณทิพา, 2550; King, 1998)

คุณสมบัติของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี

นักวิชาการได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตเป็นจำนวนมาก และมีการนำมาศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ซึ่งในการพิจารณาเลือกเครื่องมือมาใช้ควรคำนึงถึงกลุ่มประชากรที่จะศึกษา บริบท สถานที่ และปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ออกแบบมา ควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีองค์ประกอบหลายมิติ (multidimensional instrument) เพื่อที่จะสามารถประเมินได้ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและความเป็นองค์รวมของบุคคล (McMillan, 1996; Nemeth, 2006)

2. เน้นการรายงานโดยตัวเอง (self report instrument) เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคล การประเมินคุณภาพชีวิต จึงควรให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลและประเมินจากมุมมองหรือความรู้สึกของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (Haas, 1999)

3. มีความเหมาะสมกับบริบทและกลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้ โดยลักษณะคำถามควรมีความเหมาะสม ไม่ควรมีความยาวหรือเนื้อหามากเกินไป และควรใช้บทความหรือภาษาที่เข้าใจง่าย เนื่องจากผู้ป่วยอาจสับสนกับคำถาม โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งมักมีอาการทางร่างกาย เช่น หอบเหนื่อย ปวด เหนื่อยล้า เป็นต้น ข้อความที่ยาวหรือมีเนื้อหามากเกินไปอาจไม่เหมาะสมหรือเป็นอุปสรรคในการตอบแบบคำถามของผู้ป่วยได้ (McMillan, 1996)

4. มีความตรงและความน่าเชื่อถือ เครื่องมือจะต้องมีความตรง โดยเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ ซึ่งเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจง

จะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคและสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้มากกว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป (พรรณทิพา, 2550)

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลากหลายแบบ ซึ่งอัลเบอร์และคณะ (Albers et al., 2010) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 29 เครื่องมือ พบว่า ถึงแม้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีความหลากหลาย แต่ ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าคุณภาพชีวิตควรจะวัดหรือประเมินอย่างไร ไม่มีนักวิชาการท่านใดระบุว่า เครื่องมือใดที่มีความเหมาะสมหรือดีที่สุดที่จะใช้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่สิ่งที่ต้องคำนึงในการเลือกเครื่องมือ คือความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริงในทางคลินิกในบริบทของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ จำนวนของข้อคำถาม ระยะเวลาในตอบแบบสอบถาม คุณภาพและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ และมิติที่ต้องการเน้นในการศึกษาแต่ละการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตมิสซัวลาวิตัส (Missoula-VITAS Quality of Life Index; MVQOLI) ของบียอร์คและเมอร์ริแมน (Byock, & Merriman, 1998) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยผู้พัฒนาเครื่องมือได้ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือจากความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของบุคคลในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมไปถึงการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายที่กำลังใกล้เข้ามา เครื่องมือจะประเมินคุณภาพชีวิตใน 5 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านการทำหน้าที่ (functional domain) ด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (social and interpersonal domain) ด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological and emotional domain) และด้านจิตวิญญาณ (transcendence domain)โดยให้ความสำคัญกับการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติของจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นมิติที่มีความสำคัญมากในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตชุดนี้ที่จะช่วยสร้างความตระหนักถึงความสำคัญภาวะด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ในการเตรียมตัวหรือเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญกับความตายที่กำลังใกล้มา และจบชีวิตลงอย่างสงบสุข (Schwartz, Merriman, Reed, & Byock, 2005) ช่วยให้บุคลากรได้เข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น ทำให้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลากหลายบริบท ประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานคุณภาพชีวิตด้วยตัวเอง และศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใกล้กับภาวะใกล้ตายมากนัก ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ดังเช่นการศึกษาของชาวาร์ท และคณะ (Schwartz et al., 2005) ได้

นำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 175 ราย หาความเที่ยงโดยการหาความคงที่ของเครื่องมือด้วยวิธีการทำสอบซ้ำ (test-retest) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ .77 และการศึกษาของนามิแซงโก คาทาบิรา คารามากิ และบากามา (Namisango, Katabira, Karamagi, & Bagama, 2007) ได้นำไปใช้ในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายจำนวน 200 ราย หาความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ศึกษาได้คัดสรรปัจจัยที่สามารถวางแผน และพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Kaasa & Loge, 2003) ผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ที่คาดว่าจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงแบ่งปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

1. อายุ

อายุเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงพัฒนาการและวุฒิภาวะของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย นั่นหมายรวมถึงการสั่งสมประสบการณ์ในชีวิต ทั้งการเผชิญปัญหาและเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ตลอดจนอายุมีส่วนช่วยเกี่ยวกับการจัดการ การรับรู้และการแปลความหมายสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (ธนวรรณ และวิภาวี , 2550) โดยอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (เพียงดาว , 2551; ยุวดี, 2547; Gott et al, 2006; Hagelin et al., 2006; Jayasekara, & Rajapaksa, 2007; Kutner et al., 2007; Lewis et al., 2007; Tsay & Healstead, 2002) ดังเช่นการศึกษาของแมคมิลลาน และสมอล (McMillan & Small, 2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่พักอาศัยในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .36$, $p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์หรือผ่านเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตมามากมาย ทำให้มีความสามารถแก้ปัญหาและปรับตัวได้

ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถยอมรับภาวะเจ็บป่วยของตัวเอง และมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (ธนวรรณ และวิภาวี , 2550; Reidinger, Dracup, & Brecht, 2000) ประกอบกับบุคคลที่อายุน้อย จะมีความคาดหวังกับสภาพร่างกาย ภาพลักษณ์และการทำหน้าที่ของตัวเองเป็นอย่างมาก จึงทำให้มีความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง และหน้าตาของตนเองมากกว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่า (Ganz, Greendale, Petersen, Kahn, & Bower, 2003) และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ได้ง่าย ทำให้มีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยมีอายุมากกว่า (Reidinger et al., 2000; Spencer et al., 2010)

2. เพศ

เพศเป็นลักษณะสรีรวิทยาและชีววิทยาที่กำหนดความความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย โดยทำให้มีความแตกต่างของโครงสร้างทางร่างกาย บุคลิกภาพ พฤติกรรมและบทบาทหน้าที่ของบุคคล (WHO, 2010) รวมไปถึงการรับรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการให้คุณค่าที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งเพศที่ต่างกัน ยังทำให้มีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันอีกด้วย (Ansari et al., 2007) เพศจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า เพศหญิงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเพศชาย (Blinderman et al., 2009; Chiaranai et al., 2009; Garrido et al., 2006; Johanson et al., 2006; Lewis et al., 2007; Reidinger, Dracup, Brecht, Pedilla, & Sarma, 2001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของเพศหญิงที่มีร่างกายอ่อนแอกว่าเพศชาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพศหญิงจะมีความรุนแรงของอาการต่างๆ มากกว่า และพบว่ามีอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลบ่อยกว่าเพศชาย (Johanson et al., 2006) อีกทั้งยังมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชายอีกด้วย (Spencer et al., 2010) ประกอบกับเพศชายจะมีทักษะในการจัดการกับอาการจากโรคที่ดีกว่าเพศหญิง (Chiaranai et al., 2009) นอกจากนั้นจากการที่เพศหญิงมีพละกำลัง และความแข็งแรงน้อยกว่าเพศชาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมทางสังคมลดต่ำลงเร็วกว่าเพศชาย อีกทั้งเพศหญิงยังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิตที่แย่กว่าเพศชายอีกด้วย (Reidinger et al., 2001)

3. สถานภาพสมรส

คู่สมรส เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ทั้งการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจ การให้ความรัก ความความห่วงใย ความเข้าใจ และกำลังใจจากคู่สมรส สามารถทดแทนความรู้สึกสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ช่วยส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยและสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดียิ่งขึ้น และยังสามารถช่วยเสริมแรง

ให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และช่วยบรรเทาความเครียดได้อีกด้วย (ธมลวรรณ และวิภาวี , 2550; เบญจมาภรณ์, สุจิตรา, และพันทวี, 2545; Lim & Yi, 2009) ซึ่งจากการศึกษาของยุวดี (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่สถานภาพสมรสโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่ และหม้าย ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเพียงดาว (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (r = .26, $p < .05$) และสถานภาพสมรสโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่ และหม้ายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = -.26, $p < .05$)

4. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งที่ทำให้มีการพัฒนาด้านความรู้และสติปัญญาของบุคคล ทำให้เกิดการเรียนรู้ ช่วยพัฒนาทักษะและกระบวนการคิดในการเผชิญปัญหาและการดำเนินชีวิต ซึ่งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของยุวดี (2547) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = .23, $p < .001$) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง มักมีอาชีพการงานที่ดี มีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคง และสามารถแสวงหาความต้องการต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้ เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างดี มีความสนใจ และเอาใจใส่ดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Lee et al., 2005)

5. รายได้และความเพียงพอของรายได้

รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงในชีวิตและเกี่ยวข้องกับการได้รับการสนองตอบความต้องการพื้นฐาน เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความเป็นอยู่ของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทั้งการรักษาพยาบาลและการดำเนินชีวิต ซึ่งการมีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีผลทำให้บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น (Pattayakorn et al., 2010) อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งบริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพยิ่งขึ้นในยามเจ็บป่วย และยังช่วยบรรเทาความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวอีกด้วย (สุพิน , 2547) เนื่องจากพบว่าภายหลังการเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีรายได้ลดลง จากการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่กลับมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องรักษาตัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจะมีความเครียด และห่วงกังวลกับฐานะทางการเงินที่เปลี่ยนแปลงไป (สุจิตรา, พันทวี, สุสัณหา, และเบญจมาภรณ์, 2549) ซึ่งรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สถาพร, เพียงใจ, และลัดดาวัลย์, 2547; Lee et al., 2005) ดังเช่น

การศึกษาของ อาภัสนี และคณะ (Sobhonslidsuk et al., 2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ และการเงินจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว ($p < .01$)

6. ความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนา

ความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนา ศาสนา คือ การแสดงออกของจิตวิญญาณเกี่ยวกับการให้คุณค่า ความเชื่อ และ แนวทางการปฏิบัติที่บุคคลนำมาใช้ เพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณ (Taylor, 2006 cited by Vachon, 2008) ซึ่งจิตวิญญาณจะเป็นแหล่งกำลังใจ เป็นที่พึ่งและยึดเหนี่ยวทางใจ ก่อให้เกิดความสุข เสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพของตนเองได้ (ระวีวรรณ, จินตนา, และธัญชนก, 2552) อีกทั้งความเชื่อทางศาสนาทำให้เกิดความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ เกิดความสุขสงบ ทำให้จิตใจผ่องแผ้ว และรู้สึกปล่อยวางกับชีวิต (สุพิน , 2547) มีการศึกษาที่พบว่า เมื่อชีวิตถูกคุกคามด้วยความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมักใช้หลักศาสนาและความเชื่อเป็นแหล่งสนับสนุนและช่วยในการเผชิญกับปัญหา (McClain, Rosenfled, & Breitbart, 2003; Smith, Gomm, Dickens, 2003) ซึ่งความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตได้ดียิ่งขึ้น (Buck, Overcash, & McMillan, 2009) ดังเช่นการศึกษาของบาลโบนี และคณะ (Balboni et al., 2007) ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางด้านความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้อีกด้วย

ปัจจัยภายในบุคคล

1. ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นคุณลักษณะภายในตัวของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีมุมมองเกี่ยวกับโลก สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีมุมมองชีวิตไปในทางที่ดีซึ่งสามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลกทำให้บุคคลมีการทำความเข้าใจและให้ความหมายกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างเข้าใจและมีเหตุผลมากขึ้น มองว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถ สามารถที่จะทำความเข้าใจและอธิบายได้ด้วยเหตุผลได้ สามารถที่จะทำนายหรือคาดการณ์ได้ เป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่า และเป็นสิ่งที่สามารถที่จะจัดการได้ มีความมั่นใจหรือเชื่อมั่นว่าสามารถที่จะจัดการกับสถานการณ์ และเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่าและมีคุณค่าใน

การที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ (Antonovsky, 1987) ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1.1 ด้านความสามารถทำความเข้าใจ เป็นการรับรู้ว่าสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตมาจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง เป็นสิ่งที่สามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล สามารถที่จะทำนายหรือคาดการณ์ได้และสามารถจัดการได้

1.2 ด้านความสามารถบริหารจัดการ เป็นการรับรู้ว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้ตอบสนองหรือจัดการกับปัญหา สิ่งกระตุ้น หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

1.3 ด้านความสามารถให้ความหมาย เป็นการรับรู้ว่าปัญหา สิ่งกระตุ้น หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย และมีคุณค่า มองสิ่งนั้นเป็นสิ่งท้าทายที่จะต้องเข้าไปจัดการ เพื่อให้ผ่านพ้นสถานการณ์นั้นๆ ไปด้วยดี

ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่น การศึกษาของเพียงดาว (2551) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = .78, p < .01) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีระดับคุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเข้มแข็งในการมองโลกมีบทบาทสำคัญอย่างมาก ที่ช่วยทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีมากยิ่งขึ้น (Griffiths, 2009) ดังเช่นการศึกษาของเดลกาโด (Delgado, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความเครียด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ป่วย (r = -.68, p < .01) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีความเครียดต่ำ อีกทั้งยังพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (r = .27, p < .01) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงไปด้วย จึงย่อมส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่สูงตามไปได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลกมาศึกษาเพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากการวิจัยที่ผ่านมาถึงแม้พบว่าปัจจัยความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอำนาจการทำนายของตัวแปร ผู้ศึกษาจึงสนใจนำมาตัวแปรความเข้มแข็งในการมองโลกมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในครั้งนี้

ปัจจัยระหว่างบุคคล

1. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนและบุคคลรอบข้าง โดยเกิดขึ้นในกระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือด้านวัตถุหรือสิ่งของ รวมไปถึงการให้การช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ การสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลหรือข่าวสารที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้ การสนับสนุนช่วยเหลือด้านอารมณ์ เป็นแสดงความรัก ความห่วงใย และความเห็นอกเห็นใจ เป็นแหล่งสนับสนุนทำให้เกิดความมั่นใจและปลอดภัยมากขึ้น (Schwarzer & Knoll, 2007)

จากคำกล่าวที่ว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น เกิดจากการมีสัมพันธภาพที่ดี มีความใกล้ชิดและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง (Gardiner et al., 2010) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Bennett et al., 2001; Han, Lee, Lee, & Park, 2003) ดังเช่นการศึกษาของแทงค์ และคณะ (Tang et al., 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .34, p < .01$) อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตกับปัจจัยความรุนแรงของความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณได้อีกด้วย ($R^2 = .38, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของกัญญา (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .66, p < .01$) นั่นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีระดับคุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำตามไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของพาร์คเกอร์ และคณะ (Parker et al., 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น (ธนิญา, 2545) สามารถช่วยบรรเทาภาวะบีบคั้นและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Kornblith et al., 2001; Parker et al., 2003) และช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง และยังส่งผลทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (สุจรรยา, 2548)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษา เพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากการวิจัยที่ผ่านมาถึงแม้จะพบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ อีกทั้งการศึกษาดังกล่าวการศึกษาในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ของศูนย์ค่อนข้างดี ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมในบริบทของประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับการดูแลในโรงพยาบาล หรือที่บ้านเท่านั้น ไม่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ ผู้ศึกษาจึงนำปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในครั้งนี้

ปัจจัยด้านสุขภาพ

1. ความทุกข์ทรมานจากอาการ

ความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นผลกระทบที่เกิดจากอาการต่างๆ ซึ่งรบกวนและสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยความทุกข์ทรมานจากอาการจะเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความถี่ในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และการรบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ (Chang, Hwang, Feuerman, Kasimis, & Thaler, 2000; Portenoy et al., 1994) ซึ่งในระยะสุดท้ายโรคมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และความทุกข์ทรมานจากอาการมักจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Kutner, Bryant, Beaty, & Faircloug, 2007) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการมากมายทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Bekelman, et al., 2009; Solano et al., 2006; Yong et al., 2009) อีกทั้งยังพบว่า ยิ่งระยะเวลาของการมีชีวิตเหลือน้อยลงเท่าไหร่ ความถี่ของการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการจะยิ่งเพิ่มขึ้นเท่านั้น (Teshelman et al., 2007) โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานอาการอย่างน้อย 8-11 อาการ (Bekelman, et al., 2007; Solano et al., 2006; Yong, Kwok, Suen, Chen, & Tse, 2009) เช่น ปวด หายใจลำบากหรือหอบเหนื่อย เหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ถ่ายเหลว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สับสน วิตกกังวล และซึมเศร้า เป็นต้น (Solano et al., 2006) ซึ่งพบว่าความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการที่เพิ่มขึ้นในระยะสุดท้ายของชีวิต มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดต่ำลง (Buck et al., 2009)

จากหลายๆ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย (Ansari et al., 2007; Garrido, et al.,2006; Kutner et al., 2007; McMillan et al., 2008; Zambroski et al., 2005) ดังเช่นการศึกษาของ บลินเดอร์แมน และ

คณะ (Blinderman et al., 2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = -.74, p < .001) เช่นเดียวกับการศึกษาของบลินเดอร์เมน และคณะ (Blinderman et al., 2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = -.74, p < .001) ทำนองเดียวกับการศึกษาของเฮอร์เมน และลูนี่ (Hermann & Looney, 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ใกล้เสียชีวิต โดยศึกษาระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ผลการศึกษา พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = -.76, p < .001) และการศึกษาของแมคมิลลาน และสมอลล์ (McMillan & Small, 2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 178 คน ผลการศึกษาพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = -.67, p < .001) อีกทั้งยังความทุกข์ทรมานจากอาการยังสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (R^2 = .34, b = .62, p < .001) นั่นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง จะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ และผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำ จะมีระดับคุณภาพชีวิตสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำปัจจัยความทุกข์ทรมานจากอาการมาศึกษาเพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากพบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการศึกษาอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว ไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลากหลายโรค และในบริบทของประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือแม้แต่การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการกับคุณภาพชีวิตเลย ผู้ศึกษาจึงสนใจนำมาตัวแปรความทุกข์ทรมานจากอาการมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในครั้งนี้

2. ความสามารถทางด้านร่างกาย

การเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทางร่างกาย (declining functional status) เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น อวัยวะในร่างกายมีความเสื่อมถอย และมีความล้มเหลวในการทำหน้าที่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความสามารถหรือสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ทั้งความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรม การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร รวมไปถึงระดับความรู้สึกตัว

(Kinzbrunner, 2002) โดยพบว่า ยิ่งระยะเวลาของการมีชีวิตเหลือน้อยลง ความสามารถทางด้านร่างกายก็ยิ่งลดลงตามไปด้วย (Teshelman et al., 2007) ซึ่งความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ตลอดจนการดูแลตนเอง จนสูญเสียรูปแบบในการดำเนินชีวิต และต้องพึ่งพาผู้อื่น ย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิต และการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Bennett, 2005; Ek, & Ternestedt, 2008; Elofsson, & Ohlen, 2004; Gardiner et al., 2010) อีกทั้งความสามารถในการทำกิจกรรม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ยังเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งของความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์, 2545) ความสามารถทางด้านร่างกายจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ดังเช่น การศึกษาของเฮอร์เมน และลูนี่ (Hermann & Looney, 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ใกล้เสียชีวิต ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถทางด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .34$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของรัสเตียน และคณะ (Rustoen et al., 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของโรคไปยังกระดูก ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 157 ราย ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถทางด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .46$, $p < .0001$) อีกทั้งความสามารถทางด้านร่างกาย และความสามารถทางด้านสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อีกด้วย ($R^2 = .198$, $p < .001$) นั่นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถทางด้านร่างกายสูง จะมีคุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยที่มีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตต่ำตามไปด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำปัจจัยความสามารถทางด้านร่างกายมาศึกษาเพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากพบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมไปถึงการศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปร มีการศึกษาอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ แต่พบว่ายังไม่มีการศึกษาในบริบทของประเทศไทย ผู้ศึกษาจึงสนใจนำมาตัวแปรความสามารถทางด้านร่างกายมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อหาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตในครั้งนี้

สรุปการทบทวนวรรณคดี

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเมื่อมีความก้าวหน้าจนอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ทั้งจากการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย และการต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้อีกต่อไป ส่งผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และส่งผลกระทบทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลง ประกอบกับเป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย นอกจากเพื่อดูแลประคับประคองเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ สิ่งสำคัญคือการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความแตกต่างไปจากคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทั่วไป เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและความตายที่กำลังใกล้เข้ามา โดยจะมุ่งเน้นเกี่ยวกับการความสุขสบาย ความสุขสงบภายในจิตใจและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมากขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง อีกทั้งผู้ป่วยยังต้องทนทุกข์ทรมานจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบกับมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปได้

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research design) เพื่อศึกษา ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค โดยพิจารณาจากความก้าวหน้าทางคลินิก มีรายละเอียดดังนี้ (Kinzbrunner, 2002)

1. ผู้ป่วยมะเร็ง ที่อยู่ในระยะที่ 4 และมีการลุกลามไปยังอวัยวะสำคัญของร่างกาย หรือผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (remission) และไม่ตอบสนองการรักษา
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง คือ
    2.1 ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง ได้แก่
        2.1.1 มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรง โดยมีอาการหอบเหนื่อยขณะพักหรือมีการออกแรงเพียงเล็กน้อย อาการหอบเหนื่อยอาจตอบสนองเพียงเล็กน้อยต่อการใช้ยาขยายหลอดลม หรือไม่ตอบสนองเลย อาการหอบเหนื่อยส่งผลทำให้เกิดอาการอื่นๆ ตามมาอีก เช่น มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม เหนื่อยล้า หรือไอ เป็นต้น และมีปริมาตรลมที่หายใจออกในหนึ่งวินาทีแรก (Forced Expiratory Volume in One Second: FEV1) ภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม น้อยกว่าร้อยละ 30
        2.1.2 มีอัตราการนอนโรงพยาบาลและมีการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีภาวะหัวใจวายจากโรคปอด (cor pulmonale)
        2.1.3 มีตัวบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคแย่ลง เช่น มีน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 10 มีภาวะหัวใจเต้นเร็วขณะพักมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที มีความผิดปกติของค่าก๊าซในเลือด (arterial blood gas) โดยปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทและปริมาณออกซิเจนน้อยกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท และต้องการการบำบัดด้วยออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง

2.2 ผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่

2.2.1 มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงหรือเจ็บหน้าอก โดยมีอาการขณะพักหรือมีการออกแรงเพียงเล็กน้อย หรือมีความรุนแรงของโรคหัวใจตามหลักเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจของนิวยอร์ค (New York Heart Association Functional Classification: NYHA) ระดับ 4 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Ejection Fraction: EV) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 เปอร์เซ็นต์ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้ว หรือไม่สามารถที่จะทนต่อการใช้ยาที่เหมาะสมได้ เนื่องจากมีอาการความดันโลหิตต่ำหรือไตวาย

2.2.2 มีตัวบ่งชี้ถึงการพยากรณ์โรคแย่ลง เช่น มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา เคยมีประวัติหัวใจหยุดเต้นและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ มีประวัติหน้ามืดหรือมีอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการมีลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมอง มีการติดเชื้อเอชไอวี

2.3 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่

2.3.1 มีค่าการทำงานของไต (Creatinine Clearance) น้อยกว่า 10 ซีซีต่อนาที หรือมีระดับของครีอะตินินมากกว่า 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเป็นผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) ได้แก่ การล้างไตทางเยื่อบุช่องท้องชนิดถาวร (continuous ambulatory peritoneal: CAPD) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หรือผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) หรือได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยยา

2.3.3 มีอาการและอาการแสดงของการมีภาวะยูรีเมีย ได้แก่ ซึมหรือสับสน คลื่นไส้อาเจียน คันตามตัว มีปัสสาวะออกน้อยกว่า 400 ซีซีในชั่วโมง มีภาวะโพแทสเซียมสูงมากกว่า 7 มิลลิโมลต่อลิตร ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีภาวะเยื่อบุหัวใจอักเสบ มีภาวะน้ำเกิน มีภาวะไตวายจากตับวาย (hepatorenal syndrome)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ามารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 95 ราย โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือมีลักษณะความก้าวหน้าทางคลินิกที่บ่งบอกว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. รู้สึกตัว มีการรับรู้ถูกต้อง สามารถติดต่อสื่อสาร กันเข้าใจ และไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการคำนวณด้วยสูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบทางสถิติ สำหรับวิเคราะห์ความถดถอยสหสัมพันธ์เชิงซ้อนของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95 % (α = .05) ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับกันทั่วไป (Polit & Hungler, 1999) ร่วมกับการใช้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (coefficient of determination: R^2) และอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (effect size: f^2) โดยใช้สูตร:

$$N = \varsigma / f^2$$

โดย N หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ς หมายถึง ค่าที่เปิดได้จากตาราง (ς table) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ 95% ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 และจำนวนตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนายที่ศึกษา

f^2 หมายถึง ค่าประมาณของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ซึ่งสามารถคำนวณได้จากสูตร:

$$f^2 = R^2/1\text{-}R^2$$

คำนวณหาค่าประมาณของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยนำค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (coefficient of determination: R^2) จากงานวิจัยที่ศึกษาตัวแปรที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Tang et al., 2004) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของความปวด ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจกรรม สุขภาวะทางจิตวิญญาณและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation determination: r) เท่ากับ .34 จากนั้นนำค่าที่ได้ไปแทนตามสูตร ดังนี้

$$f^2 = [0.34]^2 / 1\text{-}[0.34]^2$$

$$f^2 = 0.13$$

ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยทำนายที่ศึกษา จำนวน 4 ตัว เมื่อนำไปเปิดตาราง (ς table) จะได้ค่า ς เท่ากับ 11.9 จากนั้นนำไปแทน ค่าตามสูตร เพื่อคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$N = 11.9/0.13$$

$$N = 91.53$$

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 91.53 ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกและแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลและอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลและอาการทางคลินิกในการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายแต่ละโรค ได้แก่ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคปอดเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย และโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ชุดที่ 2 แบบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale version 2: PPSv2) ของวิคตอเรียฮอสปิสโซไซตี้ (Victoria Hospice Society, 2006 cited in Chewaskulyong et al., 2011) ฉบับแปลภาษาไทยโดย บุษยามาส และคณะ (Chewaskulyong et al., 2011) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย เครื่องมือนี้พัฒนามาเพื่อใช้ในการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ทางร่างกายเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค โดยจะเป็นการประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 เปอร์เซ็นต์ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ระดับ PPS 100 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง รู้สึกตัว ดี สามารถทำงานและสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค สามารถเคลื่อนไหว ได้ตามปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง รับประทานอาหารได้ตามปกติ

ระดับ PPS 90 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง รู้สึกตัวดี สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ สามารถเคลื่อนไหว ได้ตามปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง รับประทานอาหารได้ตามปกติ

ระดับ PPS 80 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง รู้สึกตัวดี ต้องออกแรงมากขึ้นในการทำกิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอย่าง สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง รับประทานอาหารได้ตามปกติ

ระดับ PPS 70 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง รู้สึกตัวดี ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงกว่าปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง รับประทานอาหารได้ตามปกติหรือลดลง

ระดับ PPS 60 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง รู้สึกตัวดีหรือสับสน ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน ความสามารถในการ เคลื่อนไหว ลดลงกว่าปกติ ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นบางครั้งหรือบางเรื่อง รับประทานอาหารได้ปกติหรือลดลง

ระดับ PPS 50 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ความรู้สึกตัวดีหรือสับสน ไม่สามารถทำงานได้เลยและมีอาการของโรคอย่างมาก ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจะนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น รับประทานอาหารได้ปกติหรือลดลง

ระดับ PPS 40 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม อาจมีหรือไม่มีอาการสับสน ทำกิจกรรมได้น้อยมากและมีอาการของโรคอย่างมาก ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจะนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนใหญ่ รับประทานอาหารได้ปกติหรือลดลง

ระดับ PPS 30 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม อาจมีหรือไม่มีอาการสับสน ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลงจะนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด รับประทานอาหารได้ปกติหรือลดลง

ระดับ PPS 20 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม อาจมีหรือไม่มีอาการสับสน ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้และมีอาการของโรคอย่างมาก ความสามารถ เคลื่อนไหวลดลงจะอยู่บนเตียงตลอดเวลา ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด รับประทานอาหารลดลงหรือเพียงจิบน้ำ

ระดับ PPS 10 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว อาจมีหรือไม่มีอาการสับสน ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคอย่างมาก ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจะนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมด ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำเลย

ระดับ PPS 0 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง เสียชีวิต

โดยปกติคะแนนที่ได้จากการประเมินจะนำมาจัดแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระดับ PPS 70-100 เปอร์เซ็นต์ เรียกว่า ระยะคงที่ (stable) ระดับ PPS 40-60 เปอร์เซ็นต์ เรียกว่า ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional) ระดับ PPS 10-30 เปอร์เซ็นต์ เรียกว่า ระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life) แต่การศึกษาครั้งนี้ คะแนนที่ได้จากการประเมินผู้วิจัยนำมาแบ่งเป็นระดับความสามารถทางด้านร่างกาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

70 - 100 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง มีความสามารถทางด้านร่างกายระดับสูง

40 - 60 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง มีความสามารถทางด้านร่างกายระดับปานกลาง

10 - 30 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง มีความสามารถทางด้านร่างกายระดับต่ำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

ชุด ที่ 1 แบบ บันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 1 6 ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของ รายได้ แหล่งรายได้ อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานภาพในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลหลักขณะเจ็บป่วย และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ชุดที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกฉบับย่อ (Sense of Coherence: SOC) ของแอนโทนอฟสกี้ (Antonovsky, 1987) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต, ประคอง, และพรรณวดี (2532) ซึ่งได้นำไปศึกษาในกลุ่มอาจารย์พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ตรวจการพยาบาล จำนวน 230 ราย ตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .90 หลังจากนั้นมีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้กันอย่างแพร่หลายและมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ดังเช่นการศึกษาของจันทนา (2540) ที่ได้นำไปศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 10 ราย ตรวจสอบหาความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .77 และการศึกษาของพวงแก้ว (25 49) ได้นำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จำนวน 140 ราย ตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .81

แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ประกอบด้วยคำถามจำนวน 13 ข้อ โดยแบ่งการประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถทำความเข้าใจ จำนวน 5 ข้อ คือ คำถามข้อ 2, 6, 8, 9, 11 ด้านความสามารถบริหารจัดการ จำนวน 4 ข้อ คือ คำถามข้อ 3, 5, 10, 13 และด้านความสามารถให้ความหมาย จำนวน 4 ข้อ คือ คำถามข้อ 1, 4, 7, 12 โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต (likert scale) 7 ระดับ ซึ่งมีนักวิชาการได้มีการปรับลักษณะของข้อคำถามและการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ง่ายและลดความสับสนในการตอบแบบสอบถามของผู้ตอบ ดั่งเช่น การศึกษาของจันทิมา (2549) ได้นำไปศึกษาในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีการปรับลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต 5 ระดับ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งภายหลังนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ตรวจสอบหาความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .87

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดที่มีการดัดแปลงลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีหลากหลายอายุ อีกทั้งอาจมีข้อจำกัดจากอาการทางร่างกาย และเพื่อให้ง่ายในการทำความเข้าใจข้อคำถามและลดความสับสนในการตอบแบบสอบถามของผู้ตอบ ข้อความในแบบวัดประกอบด้วยคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13 และคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 7, 10

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ ผู้ตอบเลือกตอบได้ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน โดยตำแหน่งเลข 1 และเลข 5 มีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม ตัวเลข 2 ถึง 4 จะบ่งบอกถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ

หลักเกณฑ์การให้คะแนน

	การให้คะแนน	
	ความหมายทางบวก	ความหมายทางลบ
ไม่เคยรู้สึก/ไม่เคยเกิดขึ้น	1	5
รู้สึก/เกิดขึ้นนานๆ ครั้ง	2	4
รู้สึก/เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว	3	3
รู้สึก/เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย	4	2
รู้สึก/เกิดขึ้นอยู่เสมอ	5	1

คะแนนรวมของความเข้มแข็งในการมองโลก มีค่าอยู่ในช่วง 13- 65 คะแนน ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนต่ำกว่า และใน

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงระดับของความเข้มแข็งในการมองโลก โดยคำถามที่มีความหมายทางลบมีการกลับคะแนนก่อนนำไปคำนวณเป็นคะแนนโดยรวม และในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงระดับของการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงนำคะแนนมาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546) จากสูตร:

[คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด]/จำนวนช่วง สามารถแบ่งระดับออกได้ดังนี้

13-30 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ

31-47 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง

48-65 คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

ชุดที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire; SSQ) ของเชฟเฟอร์ คอยเน่ และลาซาลัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต (Hanucharurnkul, 1988) ซึ่งได้นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 112 ราย ตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .97 หลังจากนั้นมีการนำแบบวัดไปใช้ในการศึกษาอย่างแพร่หลาย ดังเช่นการศึกษาของนิรมล (2546) ได้นำไปศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 30 ครอบครัว ตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91 การศึกษาของสุจรรยา (2548) นำไปศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .90 และการศึกษาของพรพรหม (2550) นำไปศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .94

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยแบ่งการประเมินการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 1 ข้อ คือ คำถามข้อ 1 ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ คือ คำถามข้อ 2 , 3, 4, 5 และด้านสิ่งของ จำนวน 2 ข้อ คือ คำถามข้อ 6 , 7 โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต (likert scale) 5 ระดับ คือ

ไม่เคย หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าไม่เคยได้รับการช่วยเหลือเลย

เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อยนานๆ ครั้ง

บางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว

ค่อนข้างมาก หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมากหรือบ่อย

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือมากที่สุดหรือเป็นประจำ

หลักเกณฑ์การให้คะแนน

	การให้คะแนน
ไม่เคย	0
เล็กน้อย	1
บางครั้ง	2
ค่อนข้างมาก	3
มากที่สุด	4

คะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคม มีค่าอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนรวมสูงแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนต่ำกว่า และในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงระดับของการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงนำคะแนนมาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546) สามารถแบ่งระดับออกได้ดังนี้

0-9 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

10-19 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

20-28 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ชุดที่ 4 แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย จากการศึกษาของโซลาโนและคณะ (Solano et al., 2006) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย 5 โรค ได้แก่ โรคเอดส์ โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคไตวายเรื้อรัง โดยอาการที่พบบ่อย ประกอบด้วย 1 1 อาการ ได้แก่ ปวด หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย อ่อนเพลียเหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สับสน วิตกกังวล และซึมเศร้า ร่วมกับการดัดแปลงลักษณะของการประเมินจากแบบประเมิน อาการจากโรคและการรักษา (Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS) ของพอร์ทีนอย และคณะ (Portenoy et al., 1994) โดยมีการประเมินอาการในลักษณะ 3 มิติ คือ มิติความถี่ในการเกิดอาการ (frequency) มิติความรุนแรงของอาการ (symptom severity) และมิติการรบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ (symptom distress)

แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นอาการที่พบบ่อยจำนวน 11 ข้อ และเพิ่มอาการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องประสบแต่ไม่ได้ระบุไว้ในแบบสอบถามอีก 1 ข้อ ซึ่งประเมินประสบการณ์อาการของผู้ป่วยในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยประเมินว่ามีหรือไม่มีอาการ หากผู้ตอบคำถามประเมินว่าไม่มีอาการ ให้ข้ามไปตอบคำถามข้อถัดไป หากผู้ตอบคำถามประเมินว่ามี

อาการ ให้ประเมินคำถามข้อดังกล่าวต่อในอีก 3 มิติ คือ ความถี่ในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการและการรบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ โดยแบบวัดมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต (likert scale) มีรายละเอียดดังนี้

มิติที่ 1 เป็นการประเมินความถี่ในการเกิดอาการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต (likert scale) 4 ระดับ คือ

นานๆ ครั้ง หมายถึง อาการนั้นเกิดขึ้นกับผู้ตอบ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์

เป็นครั้งคราว หมายถึง อาการนั้นเกิดขึ้นกับผู้ตอบ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์

บ่อย หมายถึง อาการนั้นเกิดขึ้นกับผู้ตอบเกือบทุกวันใน 1 สัปดาห์

ประจำ หมายถึง อาการนั้นเกิดขึ้นกับผู้ตอบทุกวันใน 1 สัปดาห์

มิติที่ 2 เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต (likert scale) 4 ระดับ คือ

เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าอาการนั้นไม่ค่อยรุนแรงหรือมีความรุนแรงเพียงเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าอาการนั้นมีความรุนแรงปานกลางหรือพอประมาณ

รุนแรง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าอาการนั้นมีความรุนแรงค่อนข้างมาก

รุนแรงมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกว่าอาการนั้นมีความรุนแรงมากที่สุด

มิติที่ 3 เป็นการประเมินการรบกวนการดำเนินชีวิตจากอาการ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต (likert scale) 5 ระดับ คือ

ไม่เลย หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าอาการนั้นไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเลย

เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าอาการนั้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเพียงเล็กน้อย

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าอาการนั้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตปานกลาง

มาก หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าอาการนั้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตค่อนข้างมาก

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบรู้สึกว่าอาการนั้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด

หลักเกณฑ์การให้คะแนน

มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	การให้คะแนน
		ไม่เลย	0
นานๆ ครั้ง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	1
เป็นครั้งคราว	ปานกลาง	ปานกลาง	2
บ่อย	รุนแรง	มาก	3
ประจำ	รุนแรงมาก	มากที่สุด	4

คะแนนรวมของความทุกข์ทรมานจากอาการ มีค่า อยู่ในช่วง 2-132 คะแนน คิดคะแนนโดยการนำคะแนนในแต่ละมิติมารวมกันเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเท่านั้น สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการไม่นำมาคิดคะแนน ระดับคะแนนบ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานจากอาการ ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความทุกข์ทรมานจากอาการสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนต่ำกว่า และในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงระดับของความทุกข์ทรมานจากอาการ ผู้วิจัยจึงนำคะแนนมาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546) สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

2.0-45.3 คะแนน หมายถึง มีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับต่ำ

45.4-88.8 คะแนน หมายถึง มีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับปานกลาง

88.9-132 คะแนน หมายถึง มีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับสูง

ชุดที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตมิสซัวลาวิตัส (Missoula-VITAS Quality of Life Index; MVQOLI) ของบียอร์คและเมอร์ริแมน (Byock & Merriman, 1998) การนำเครื่องมือมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อนำเครื่องมือมาแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ได้พัฒนาเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ โดยมีกรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือมาจากความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของบุคคลในระยะสุดท้ายของชีวิตและการเตรียมตัวเผชิญกับความตาย ซึ่งมีการนำไปใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลากหลายโรคและหลากหลายบริบท ดังเช่นการศึกษาของชาวาร์ท และคณะ(Schwartz et al., 2005) ได้นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 175 ราย ตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาความคงที่ของเครื่องมือด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ .77 และจากการศึกษาของนามิแซงโก และคณะ (Namisango et al.,

2007) ได้นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายจำนวน 200 ราย ตรวจสอบความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83

แบบวัดประกอบด้วยคำถามจำนวน 26 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย (physical domain) มิติด้าน การทำหน้าที่ (functional domain) มิติด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (social and interpersonal domain) มิติด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological and emotional domain) มิติด้านจิตวิญญาณ (transcendence domain) ในแต่ละมิติประกอบด้วยคำถามจำนวน 5 ข้อ และเป็นคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต (likert scale) 5 ระดับ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดและความรู้สึกมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดและความรู้สึกอย่างมาก

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิดและความรู้สึกปานกลางหรือพอประมาณ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ค่อยตรงกับความคิดและความรู้สึก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่า ข้อความ นั้นไม่ตรงกับ ความคิดและความรู้สึกเลย

หลักเกณฑ์การให้คะแนน

คำถามแบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ คำถามที่เป็นการประเมิน ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 11, 12, 16, 17, 21, 22 มีคะแนนระหว่าง +2 ถึง -2 คำถามที่เป็นความพึงพอใจ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8, 9, 13, 14, 18, 19, 23, 24 มีคะแนนระหว่าง +4 ถึง -4 และคำถามที่เป็นความสำคัญ ได้แก่ ข้อ 5 , 10, 15, 20, 25 มีคะแนนระหว่าง 1 ถึง 5 โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	การประเมิน	ความพึงพอใจ	ความสำคัญ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	+2	+4	5
เห็นด้วย	+1	+3	4
ปานกลาง	0	0	3
ไม่เห็นด้วย	-1	-3	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	-2	+4	1

การคิดคะแนนของคุณภาพชีวิตโดยรวมและคะแนนรวมของคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติคำนวณจากคะแนนของคำถามข้อ 1 ถึงข้อ 25 โดยคำถามที่มีความหมายทางลบมีการกลับคะแนนก่อน

นำไปคำนวณเป็นคะแนนโดยรวม ส่วนคะแนนของคำถามข้อ 26 ซึ่งเป็นคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ผู้วิจัยนำคะแนนมาแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ระดับ คือ แย่ที่สุด แย่ ปานกลาง ดี และดีมาก

การคิดคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ คำนวณจากสูตร

[(คำถามประเมิน + คำถามความพึงพอใจ)/2] x คำถามความสำคัญ

ด้านร่างกาย	=	[(Q1+Q2+Q3+Q4)/2] x Q5
ด้านการทำหน้าที่	=	[(Q6+Q7+Q8+Q9)/2] x Q10
ด้านสังคม/ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	=	[(Q11+Q12+Q13+Q14)/2] x Q15
ด้านจิตใจและอารมณ์	=	[(Q16+Q17+Q18+Q19)/2] x Q20
ด้านจิตวิญญาณ	=	[(Q21+Q22+Q23+Q24)/2] x Q25

คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ มีค่าอยู่ในช่วง -30 ถึง +30 นำมาแปลผลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ว่าอยู่ในทางบวกหรือทางลบ และเมื่อคูณด้วย คำถามที่เป็น ความสำคัญ ช่วยให้ สามารถขยายความหมายของระดับคะแนน ของคุณภาพชีวิต ในแต่ละมิติมากขึ้น โดย คะแนนสุดท้ายในแต่ละมิติสะท้อนถึงผลกระทบโดยรวมในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ มิติที่มีค่าลบ มีผลลดระดับของคุณภาพชีวิต มิติที่มีค่าบวก มีผลเพิ่มระดับของคุณภาพชีวิต ระดับคะแนนในแต่ละมิติบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแปลผลคะแนนของคุณภาพชีวิตโดยใช้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยคำนวณจากสูตร

[(คะแนนรวมของทุกมิติ)/10] + 15

คะแนนรวมของคุณภาพชีวิต มีค่า อยู่ในช่วง 0-30 คะแนน ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนต่ำกว่า และในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงระดับของคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงนำคะแนนมาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักสถิติการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546) สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

0-10 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

11-20 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

21-30 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ ดังรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการและแบบวัดคุณภาพชีวิต ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 1 ท่าน หลังจากได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนการนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบหาความเที่ยง (reliability) ซึ่งภายหลังจากได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาตรวจสอบหาความเที่ยง โดย

2.1 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ และแบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากการประเมินไปคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยการหาความสอดคล้องภายในด้วยการคำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา กำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมืออย่างน้อย .70 ขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าที่มีความน่าเชื่อถือสำหรับเครื่องมือใหม่ (Polit & Hungler, 1999) โดยภายหลังนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .91 และภายหลังนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .78

2.1.2 แบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้แปลมาจากภาษาต่างประเทศและมีการนำมาใช้ศึกษาเป็นครั้งแรก กำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมืออย่างน้อย 0.70 ขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าที่มีความน่าเชื่อถือสำหรับเครื่องมือใหม่ (Polit & Hungler, 1999) โดยภายหลังนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย คำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .74 และภายหลังนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย คำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .89

2.1.3 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย กำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมืออย่างน้อย .80 ขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าที่มีความน่าเชื่อถือสำหรับเครื่องมือเก่า (Polit & Hungler, 1999) โดยภายหลังนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย นำมาคำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .75 และภายหลังนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .91

2.1.4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลาย กำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมืออย่างน้อย 0.80 ขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าที่มีความน่าเชื่อถือสำหรับเครื่องมือเก่า (Polit & Hungler, 1999) โดยภายหลังนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย คำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .87 และภายหลังนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .74

2.2 แบบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบหาความเที่ยงโดยการหาความเท่าเทียมกันของการสังเกต (inter-rater reliability) กำหนดค่าความเที่ยงของเครื่องมืออย่างน้อย .70 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการคำนวณมาหาค่าความเท่าเทียมของการสังเกต จากสูตร (บุญใจ, 2550)

$$P = \frac{P_O}{P_O + P_E}$$

โดย P หมายถึง ความเท่าเทียมกันของการสังเกต

P_O หมายถึง จำนวนการประเมินที่สอดคล้อง

P_E หมายถึง จำนวนการประเมินที่ไม่สอดคล้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ภายหลังนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเท่าเทียมกันของการสังเกตได้เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้การ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้ป่วย อธิบายถึงการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาลที่จะได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล การนำเสนอข้อมูลต่างๆ เป็นการเสนอโดยภาพรวมของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากผู้ป่วยมีอาการทางร่างกายหรือไม่พร้อมให้ข้อมูลต่อไปได้ ผู้วิจัยหยุดการตอบแบบสอบถามก่อน จากนั้นให้การพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อการรักษาตามความเหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการดำเนินวิจัย

1. 2 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล แล้ว จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลวิจัย

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการ เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อเป็นตัวแทนของผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน โดยการพบผู้ช่วยวิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามและการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และมีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง และก่อนเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกการใช้แบบสอบถามกับผู้ป่วยจำนวน 10 ราย

2. ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

2. 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียน ประวัติจากคอมพิวเตอร์ แฟ้มประวัติ จากการชี้แนะโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วย

นอก จากนั้นนำมาพิจารณา ตามหลักเกณฑ์ใน แบบบันทึกข้อมูลและอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (ภาคผนวก ข)เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.2 พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความจำนงยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยการเซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยหรืออาจประสงค์ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยวาจา

2. 3 อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม และการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้อ่าน คำถาม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ยกเว้นในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง

2.4 ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการหาค่าการแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนของความเข้มแข็งในการมองโลก ความสามารถทางด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิต โดยการหาสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนของการสนับสนุนทางสังคม และความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยหาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เนื่องจากพบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์ทรมานจากอาการไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆ ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าไปวิเคราะห์แบบเชิงชั้น (hierarchical method) โดยมีตัวแปรอิสระ คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย และตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ก่อนวิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดย

ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (กัลยา, 2553; กัลยา, 2554, Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม และค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจง แบบปกติ ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov จากการทดสอบพบว่า ตัวแปรคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลก มีการแจกแจงปกติ โดยมีค่า Kolmogorov-Smirnov ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ภาคผนวก ก) แต่ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย ค่าที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยวิธีการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้จากสูตร Skewness/Std. Error of skewness ซึ่งต้องอยู่ในช่วงบวก/ลบ 2.58 (Hair et al., 2010) จากการนำค่าที่ได้จากการวิเคราะห์มาคำนวณ พบว่า ตัวแปรความสามารถทางด้านร่างกายได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้เท่ากับ 2.57 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ แต่ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์ทรมานจากอาการได้ค่าเท่ากับ 4.34 และ 3.36 ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงได้ทดลองแปลงข้อมูล (transformation) โดยใช้วิธี logarithm (Log 10) และ square root (Tabachnick, & Fidell, 2001) ซึ่งตัวแปรความทุกข์ทรมานจากอาการ ภายหลังการแปลงข้อมูลด้วยวิธี square root และนำค่าที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ได้เท่ากับ 1.19 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับ ได้ แต่พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมหลังจากแปลงข้อมูลแล้วยังไม่สามารถทำให้ข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงปกติได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีตัดกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนต่ำสุดออกจำนวน 2 ราย และนำค่าที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ ได้เท่ากับ -2.34 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

3.2 ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) โดยพิจารณาจากกราฟที่มี normal probability (P-P) plot พบว่าความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงดังกราฟแสดงในภาคผนวก ก

3.3 ทดสอบ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) ตรวจสอบโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต้องมีค่าไม่เกิน .65 ซึ่งพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ต่อกันในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .01 ถึง .44 (ตาราง 4) และตรวจสอบโดยพิจารณาจากค่า tolerance และค่า Variance Inflation Factor (VIF) โดยค่า tolerance ต้องมีค่าเข้าใกล้ 1 หรือมากกว่า 0.1 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าอยู่ในช่วง .618-.955 และค่า VIF ต้องน้อยกว่า 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าอยู่ในช่วง 1.048-1.618 (ภาคผนวก ก) จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น

3.4 ทดสอบความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปร คือ

3.4.1 ตรวจสอบความเป็นอิสระกันของค่าคลาดเคลื่อน ซึ่งค่าคลาดเคลื่อนต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson ต้องมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 จากตารางได้ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.68 (ภาคผนวก ก) จึงสรุปได้ว่า ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน ไม่มีความสัมพันธ์กันเอง(autocorrelation)

3.4.2 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนต้องมีค่าคงที่ (homoscedasticity) เมื่อพิจารณากราฟการกระจายตัวของข้อมูล (scatter plot) พบว่าค่าคลาดเคลื่อนมีค่าอยู่ในช่วงแคบๆ ไม่ว่าตัวแปรอิสระ (y) จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ดังกราฟแสดงในภาคผนวก ก จึงสรุปได้ว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่

3.4.3 ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ ตรวจสอบโดยพิจารณาจากค่า residual จากตาราง residual statistics ซึ่งต้องมีค่าใกล้เคียงหรือเท่ากับศูนย์พิจารณาค่าในตาราง พบว่าค่าresidual มีค่าเท่ากับศูนย์(ภาคผนวก ก) จึงสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าเป็นศูนย์

บทที่ 4
ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 95 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และเสนอผลการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2 ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถทางด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

3 อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 45.3 มีอายุเฉลี่ย 56.6 ปี (SD = 13.9, range 21-85 ปี) โดยมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 86.3 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 83.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.1 และมีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ คิดเป็นร้อยละ 47.4 ผู้ดูแลหลักขณะเจ็บป่วย ส่วนมากเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 66.3 รองลงมาเป็นลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 57.9 การวินิจฉัยโรคแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ 54.7 และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ร้อยละ 45.3 โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมากที่สุด ร้อยละ 27.4 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.8 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=95)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (M = 56.6, SD = 13.9, Min = 21, Max = 85)		
21-30 ปี	5	5.3
31-40 ปี	7	7.3
41-50 ปี	22	23.2
51-60 ปี	27	28.4
มากกว่า 60 ปี	34	35.8
เพศ		
หญิง	43	45.3
ชาย	52	54.7
ศาสนา		
พุทธ	82	86.3
อิสลาม	8	8.4
คริสต์	5	5.3
สถานภาพสมรส		
โสด	5	5.3
คู่	79	83.2
หม้าย	8	8.3
หย่าร้าง	3	3.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	3.2
ประถมศึกษา	39	41.1
มัธยมศึกษา	18	18.9
อนุปริญญา	10	10.5
ปริญญาตรี	18	18.9
สูงกว่าปริญญาตรี	7	7.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและมีเก็บ	45	47.4
เพียงพอ แต่ไม่มีเก็บ	27	28.4
ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน	4	4.2
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	19	20
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	32	33.7
รับจ้าง	3	3.2
ค้าขาย	11	11.6
รับราชการ	15	15.8
เกษตรกร	14	14.7
ธุรกิจส่วนตัว	5	5.3
ข้าราชการบำนาญ	15	15.8
สิทธิค่ารักษาพยาบาล		
จ่ายเงินสด	2	2.1
ประกันสังคม	7	7.4
ประกันสุขภาพ	33	34.7
เบิกได้	53	55.8
ผู้ดูแลหลักขณะเจ็บป่วย*		
คู่สมรส	63	66.3
ลูกหลาน	55	57.9
พ่อแม่	10	10.5
ญาติพี่น้อง	22	23.2
เพื่อน	3	3.2
แฟน	1	1.1

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคเรื้อรังระยะสุดท้าย (ต่อ)		
โรคมะเร็ง	52	54.7
โรคปอดเรื้อรัง	9	9.5
โรคหัวใจล้มเหลว	8	8.4
โรคไตวายเรื้อรัง	26	27.4
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	25	26.3
1-2 ปี	17	17.9
2-3 ปี	6	6.3
3-4 ปี	13	13.7
มากกว่า 5 ปี	34	35.8

หมายเหตุ: ค่า M = ค่าเฉลี่ย, SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Min = ค่าต่ำสุด, Max = ค่าสูงสุด,
* กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถทางด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกาย

ผลการศึกษา ครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความเข้มแข็งในการมองโลก อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.0 (SD = 8.3) มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 24 (IQR = 7.0) มีความทุกข์ทรมานจากอาการ อยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 20 (IQR = 23.5) และ มีความสามารถทางด้านร่างกาย อยู่ ในระดับ สูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.6 (SD = 18.5) (ตาราง 2)

ตาราง 2

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับของความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความสามารถทางด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง (N=95)

ตัวแปร	Range	Min	Max	M (SD)	Med (IQR)	ระดับ
ความเข้มแข็งในการมองโลก	13-65	26	65	49.0 (8.3)	49 (12.0)	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	0-28	8	28	23.0 (4.3)	24 (7.0)	สูง
ความทุกข์ทรมานจากอาการ	2-132	2	70	24.7 (16.7)	20 (23.5)	ต่ำ
ความสามารถทางด้านร่างกาย	0-100	30	100	75.6 (18.5)	80 (30.0)	สูง

หมายเหตุ: ค่า Med = ค่ามัธยฐาน, IQR = ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ระดับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.7 (SD = 2.9) และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตมิติด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.19 (SD = 9.1) รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตมิติด้านจิตวิญญาณ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10 (SD = 10.9) และพบว่า คุณภาพชีวิตมิติด้านจิตใจและอารมณ์ มีคะแนนต่ำสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.27 (SD = 11.41) (ตาราง 3) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.5 รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 9.5 ที่รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับแย่ถึงแย่ที่สุด (ตาราง 10 ภาคผนวก ข)

ตาราง 3

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (N=95)

ตัวแปร	Range	Min	Max	M	SD	ระดับ
คุณภาพชีวิต	0 - 30	11.4	25.3	18.7	2.9	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
ด้านร่างกาย	(-30) - (30)	-20	22	6.5	6.8	ปานกลาง
ด้านการทำหน้าที่	(-30) - (30)	-15	27.5	6.4	8.2	ปานกลาง
ด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	(-30) - (30)	-12	30	12.7	9.0	สูง
ด้านจิตใจและอารมณ์	(-30) - (30)	-22.5	30	-0.27	11.41	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	(-30) - (30)	-17.5	30	10.0	10.9	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวมตามการรับรู้	1-5	1	5	3.5	0.8	ปานกลาง

อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) ด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าไปวิเคราะห์แบบเชิงชั้น (hierarchical method) ซึ่งก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และหาอำนาจของตัวแปรต้นต่อตัวแปรตาม ผู้วิจัยนำข้อมูลมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ได้ผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแล้วดังกล่าวไว้แล้วในบทที่ 3 ซึ่งในขั้นตอนการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษา ในการทดสอบการแจกแจงของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ตัดกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนต่ำสุดออก 2 ราย เพื่อทำให้ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์มีการแจกแจงแบบปกติ และตัวแปรความทุกข์ทรมานจากอาการ ผู้ศึกษาคิดคะแนนเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเท่านั้น จึงตัดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการออกไม่ได้นำมาคิดเป็นคะแนนรวมของตัวแปร ซึ่งพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการ จำนวน5 ราย ดังนั้นในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและการหาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระต่อตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ จึงคำนวณจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน88 ราย

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความสามารถทางด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิต ซึ่งในขั้นตอนต่อไปที่เป็นการวิเคราะห์หาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระต่อตัวแปรตาม ผู้ศึกษาได้นำตัวแปรที่เป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเข้าวิเคราะห์ด้วย เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนของการวิเคราะห์ (เพชรน้อย, 2549) ผู้ศึกษาจึงนำปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเข้าวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$) เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .01$) ศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - .16, p > .05$) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - .18, p < .05$) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$) ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .05$) ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - .18, p < .05$) และความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) (ตาราง 4)

ตาราง 4

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N=88)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. อายุ	1										
2. เพศ	.33**	1									
3. ศาสนา	.15	-.13	1								
4. สถานภาพสมรส	.06	.16	-.15	1							
5. ความเพียงพอของรายได้	.02	-.08	.01	-.03	1						
6. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.24**	.22*	-.18*	-.08	-.03	1					
7. ความเข้มแข็งในการมองโลก	.25**	.05	.11	-.01	-.04	.06	1				
8. การสนับสนุนทางสังคม	-.08	-.12	-.14	-.01	-.17	-.05	-.07	1			
9. ความความทุกข์ทรมานจากอาการ	-.06	-.02	-.05	.05	.29**	-.22**	-.44**	.07	1		
10. ความสามารถทางด้านร่างกาย	-.29**	-.13	-.10	.12	-.13	.06	.05	.11	-.33**	1	
11. คุณภาพชีวิต	.27**	.22*	-.16	22*	-.18*	.23*	.25**	.17*	-.18*	.31**	1

*$p < .05$, **$p < .01$

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพชีวิต

เมื่อข้อมูลที่ นำมาวิเคราะห์เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่ศึกษาจำนวน 4 ตัวแปร นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น ผู้ศึกษาได้คัดเลือกตัวแปรนำเข้าวิเคราะห์เพื่อหาอำนาจการทำนาย โดยขั้นตอนแรกได้นำตัวแปรปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเข้าวิเคราะห์พร้อมกัน ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนของการวิเคราะห์ (เพชรน้อย, 2549) จากนั้นได้นำตัวแปรอิสระที่ศึกษาอีก 4 ตัวแปรเข้าวิเคราะห์ ซึ่งลำดับการนำตัวแปรเข้าวิเคราะห์ จะพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงที่สุดไปหาต่ำสุด (Kachigan, 1991) นั่นคือ ความสามารถทางด้านร่างกาย ($r = .31$) ความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = .25$) ความทุกข์ทรมานจากอาการ ($r = -.18$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .17$) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และ ความสามารถ ทางด้านร่างกาย สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ร้อยละ36 ($R^2 = .36$, $p < .01$) โดยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้และระยะเวลาของการเจ็บป่วย สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 17.6 ($R^2 = .176$, $p < .01$) เมื่อเพิ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมเข้าวิเคราะห์ พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.3 (R^2 change $= .033$, $p > .05$) เมื่อเพิ่มตัวแปรความทุกข์ทรมานจากอาการเข้าวิเคราะห์ พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ1.4 (R^2 change $= .014$, $p > .05$) เมื่อเพิ่มตัวแปรความเข้มแข็งในการมองโลกเข้าวิเคราะห์ พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.4 (R^2 change $= .024$, $p > .05$) และเมื่อเพิ่มตัวแปรความสามารถทางด้านร่างกายเข้าวิเคราะห์ พบว่า สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ11.3 (R^2 change $= .113$, $p < .01$) โดยพบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตดีที่สุด ($\beta = .393$, $p < .01$) รองลงมาคือ อายุ ($\beta = .274$, $p < .05$) และความเข้มแข็งในการมองโลก ($\beta = .211$, $p < .05$) (ตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุแบบเชิงชั้นของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต (N=88)

ขั้นตอน	ตัวทำนาย	R	R^2	R^2 change	b	β	F change	t
1	อายุ	.420	.176	.176	0.057	0.274	3.506	2.590*
	เพศ				0.765	0.130		1.302
	สถานภาพสมรส				1.164	0.152		1.624
	ความเพียงพอของรายได้				-0.791	-0.114		-1.177
								1.195
	ระยะเวลาของการเจ็บป่วย				0.206	0.117		
2	ความสามารถทางด้านร่างกาย	.549	.301	.125	0.063	0.393	14.532	3.715**
3	ความเข้มแข็งในการมองโลก	.568	.323	.022	0.078	0.211	2.564	1.995*
4	ความทุกข์ทรมานจากอาการ	.577	.333	.010	0.181	0.102	1.202	0.879
5	การสนับสนุนทางสังคม	.600	.360	.027	0.135	0.170	3.279	1.811

Constant = 0.103, *p <. 05, **p < .01

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้นเพื่อหาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยสามารถเขียนเป็นสมการการทำนายได้จากสูตร

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \ldots b_nX_n$$

$$Z = \beta_1X_1 + \beta_2X2 + \ldots \beta_nX_n$$

โดยสามารถเขียนสมการการทำนายได้ดังนี้

$$Y = 0.103 + 0.057X_1 + 0.765X_2 + 1.164X_3 - 0.791X_4 + 0.206X_5 + 0.063X_6 + 0.078X_7 + 0.181X_8 + 0.135X_9$$

$$Z = 0.274X_1 + 0.130X_2 + 0.152X_3 - 0.114X_4 + 0.117X_5 + 0.393X_6 + 0.211X_7 + 0.102X_8 + 0.170X_9$$

เมื่อ Y หมายถึง ค่าประมาณของคุณภาพชีวิตในรูปคะแนนดิบ

Z หมายถึง ค่าประมาณของคุณภาพชีวิตในรูปคะแนนมาตรฐาน

X_1 หมายถึง อายุ

X_2 หมายถึง เพศ

X_3 หมายถึง สถานภาพสมรส

X_4 หมายถึง ความเพียงพอของรายได้

X_5 หมายถึง ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

X_6 หมายถึง ความสามารถทางด้านร่างกาย

X_7 หมายถึง ความเข้มแข็งในการมองโลก

X_8 หมายถึง ความทุกข์ทรมานจากอาการ

X_9 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยจะอภิปรายตามลำดับผลการวิจัยดังนี้ (1) ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับการสนับสนุนทางสังคม ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ ระดับความสามารถทางด้านร่างกาย และ ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (2) อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก ระดับการสนับสนุนทางสังคม ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ ระดับความสามารถทางด้านร่างกาย และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับต่ำ มีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับสูง และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก

ผล การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.0 (SD = 8.3) จากคะแนนเต็ม 65 คะแนน (ตาราง 2) โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.9) มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูงรองลงมาร้อยละ 38.9 มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับปานกลางและมีเพียงร้อยละ2.1 เท่านั้นที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับต่ำ (ตาราง1 ภาคผนวก ข) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงสูงอายุ (ร้อยละ 87.4) โดยมีอายุเฉลี่ย 56.57 ปี (ตาราง 1) ซึ่งบุคคลวัยดังกล่าวเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย มีการสั่งสมประสบการณ์ ได้ฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคในชีวิตมามากมาย โดยแอนโทนอฟสกี้ (Antonovsky, 1987) ได้กล่าวว่า ประสบการณ์ชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลให้สูงขึ้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่าง (r = .25, $p < .01$) (ตาราง 4) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก จะมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย จะมีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ สองคล้องกับการศึกษาของ บรูสเคีย ชูลทิส เดนเนอร์รี่ และดิลีโอ (Bruscia, Shultis, Dennery, & Dileo, 2008) ที่ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคมะเร็งที่นอนโรงพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 172 ราย ผลการศึกษา พบว่า อายุมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูงขึ้นไปด้วย ประกอบกับบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพให้ไปทางที่ดี อีกทั้งยังมีความกังวลเกี่ยวกับสภาพของร่างกาย และการทำหน้าที่มากกว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่า และอาจส่งผลทำให้ไม่สามารถปรับตัวยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (Ganz et al., 2003) แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ย่อมมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูงได้

ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.8) มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายมากกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 35.8 (ตาราง 1) ซึ่งพบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีผลต่อระดับความเข้มแข็งในการมองโลก ดังเช่นการศึกษาของบรูสเคีย และคณะ (Bruscia et al., 2008) ที่พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วย อีกทั้งยังพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยและอายุสามารถร่วมทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยได้อีกด้วย ($R^2 = .07, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานขึ้น มีส่วนช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกให้กับผู้ป่วยได้ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานขึ้น จะมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาของการเจ็บป่วยส่งผลต่อการปรับตัวและการปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของสุมาพร (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วย นั่นคือ ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยนานกว่าจะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เผชิญกับการเจ็บป่วยน้อยกว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีผลต่อการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและส่งผลต่อการเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สามารถช่วยให้ยอมรับความเจ็บป่วยและสภาพการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้มากขึ้น จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูงได้

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ตาราง 2) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ช่วยพัฒนา และส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกให้กับบุคคลได้ (Langeland &Wahl, 2009) ดังเช่นการศึกษา ของปิติมา (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลก การ

สนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกของพยาบาลวิชาชีพ (r = .14, p < .01) สอดคล้องกับการศึกษาของแลงกีแลน และวอท์ล (Langeland &Wahl, 2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการสนับสนุนทางสังคม ต่อความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วย (r = .59, p < .05) อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถร่วมทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยได้อีกด้วย (β = .32, p = .01) แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดี ช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกให้กับผู้ป่วยได้ นั่นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงตามไปด้วย จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูงได้

2. ระดับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 24 (IQR = 7.0) จากคะแนนเต็ม28 คะแนน (ตาราง2) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 84.2 รับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงรองลงมาร้อยละ 13.7 รับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้นที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (ตาราง2 ภาคผนวก ข) ซึ่งเมื่อพิจารณารายข้อของคำถามจากแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างมากถึงมากที่สุดทั้ง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.2) อีกทั้งผู้ดูแลหลักในขณะเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ คู่สมรส และรองลงมา คือ ลูกหลาน (ตาราง 1) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย อวัยวะในร่างกายมีการเสื่อมโทรมและเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ มีอาการต่างๆ มากมาย ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมได้น้อยลง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและดูแลตนเองได้น้อยลง (Gill et al., 2010) มีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ซึ่งบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส และลูกหลานของผู้ป่วยจะมีบทบาทสำคัญมากในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ (สิริมาศ , 2548) ซึ่งนอกจากจะดูแลเกี่ยวกับการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน และตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยแล้ว ในระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยต้องเข้าออกและรับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เป็นช่วงๆ ครอบครัวจะเป็นผู้ช่วยเหลือในการรับส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจรักษา หรือคอยดูแลเมื่อต้องมานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์พรรณ (2546) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรสและลูกหลาน เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่

สำคัญที่สุดของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคู่สมรสเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และเมื่อฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเกิดการเจ็บป่วย คู่สมรสจะคอยดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา คอยให้การดูแลเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานในการดำเนินชีวิต อีกทั้งยังคอยแสดงความห่วงใยเอื้ออาทร ให้ความรักและความเข้าใจ คอยปลอบใจให้กำลังใจ และไม่ทอดทิ้งกันโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (ธิดารัตน์ , 2547; อาภรณ์พรรณ , 2546; Lim & Yi, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาของปิติมา (2546) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (r = .19, p < .01) นั่นแสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีสถานภาพสมรส จะรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่าบุคคลที่เป็นโสด หย่าร้างหรือเป็นหม้าย จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงได้

3. ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับต่ำ โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 20 (IQR = 23.5) (ตาราง 2) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.3 มีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับต่ำ รองลงมาร้อยละ 16.7 มีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับปานกลาง และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับสูง (ตาราง 3 ภาคผนวก ข)

ถึงแม้เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า เมื่อโรคดำเนินมาสู่ระยะสุดท้าย อวัยวะในร่างกายมีการเสื่อมและล้มเหลวในการทำหน้าที่ ส่งผลทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ มากมาย ทั้งที่เกิดจากตัวโรคโดยตรง และเป็นผลจากการรักษาโรค (Kinsbrunner, 2002) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการมากมายทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Bekelman, et al., 2009; Solano et al., 2006; Yong et al., 2009) อีกทั้งความทุกข์ทรมานจากอาการมักเพิ่มทวีความรุนแรงมากขึ้นในระยะสุดท้ายของโรค ประกอบกับยิ่งระยะเวลาของการมีชีวิตเหลือน้อยลงเท่าไหร่ จำนวนของอาการ ความถี่ในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการจะยิ่งเพิ่มทีวีมากขึ้นเท่านั้น (Hagelin et al., 2006; Teshelman et al., 2007) จากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่อาจยังไม่เข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิต และโรคอาจยังมีความรุนแรงน้อย ทำให้มีอาการทางร่างกายน้อยอยู่ ประกอบกับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถทางด้านร่างกายในระดับสูง (ตาราง 2) อีกทั้งยังพบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานจากอาการ (r = - .33, p < .01) (ตาราง 4) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถทางด้านร่างกายสูง จะมีความทุกข์ทรมานจาก

อาการต่ำ และกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำ จะมีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หวัง , ชาง , แฟร์คราวท์ , คอกส์เวล , และแคสิมิส (Hwang, Chang, Fairclough, Cogswell, & Kasimis, 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเป็นการศึกษาระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานจากอาการ ($r = -.55$, $p < .001$) จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับต่ำได้

เมื่อพิจารณาคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิตที่สอบถามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการควบคุมอาการและความพึงพอใจในการควบคุมอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.9 รับรู้ว่าตนเองได้รับการควบคุมอาการได้อย่างเพียงพอ และร้อยละ 81 มีความพึงพอใจกับการได้รับการควบคุมอาการของตนเอง แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะต้องเผชิญกับอาการต่างๆ โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าตนเองได้รับการควบคุมอาการอย่างเพียงพอและมีความพึงพอใจในการควบคุมอาการของตนเองที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อีกทั้งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยประเมินอาการที่เกิดขึ้นอาจไม่ส่งผลกระทบหรือรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับต่ำได้

ในขณะเดียวกันเมื่อ ผลการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า อาการที่พบบ่อยสุด คือ อาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า ซึ่งพบถึงร้อยละ 75.8 รองลงมา คือ อาการปวด และอาการหายใจลำบาก /หอบเหนื่อย พบร้อยละ 54.7 และอาการที่พบน้อยที่สุด คือ อาการซึมเศร้า โดยพบเพียงร้อยละ 11.6 ผลศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่พบว่า อาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย (Elkington, White, Addington-Hall, Higgs, & Edmonds, 2005; Halgelin, Seiger, & Frust, 2006; Janssen, Spruit, Wouters, & Schols, 2008; Solano et al., 2006; Teunissen et al., 2007; Yong et al., 2009) และเมื่อพิจารณาอาการที่พบบ่อยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนตอบคำถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้จำนวนอาการอยู่ในระหว่าง 0-10 อาการ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.3 อาการ (SD = 2.3) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องประสบกับอาการหลากหลายอาการ (Janssen et al., 2008; Potter et al., 2003; Solano et al., 2006) และสอดคล้องกับการศึกษาของวอล์คและคณะ (Walke, Gallo, Tinetti, & Fried, 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอาการที่คุกคามผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับอาการอย่างน้อย 2 อาการหรือมากกว่านั้น

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ ยัง พบว่า อาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับกลุ่มตัวอย่างมากสุด คือ อาการปวด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.1 (SD = 2.6) รองลงมา คือ อาการเบื่ออาหาร โดยมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.8 (SD = 2.6) อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย นอนไม่หลับ และคลื่นไส้อาเจียน โดนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.7 (SD = 3.0, 2.8, 2.5 ตามลำดับ) และอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับกลุ่มตัวอย่างน้อยสุด คือ อาการวิตกกังวล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 (SD = 1.4) (ตาราง 5) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าเกิดขึ้นบ่อยที่สุด แต่อาจไม่จำเป็นต้องเป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยมากที่สุด (รติรส คะนึงนิจ, อรวมน, และนพดล, 2552; Kutner et al., 2007)

4. ระดับความสามารถทางด้านร่างกาย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถทางด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.6 (SD = 18.5) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน (ตาราง 2) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.4 มีความสามารถทางด้านร่างกายในระดับสูง รองลงมาร้อยละ 30.5 มีความสามารถทางด้านร่างกายในระดับปานกลางและมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 1.1 เท่านั้นที่มีความสามารถทางด้านร่างกายในระดับต่ำ (ตาราง 7 ภาคผนวก ข) อธิบายได้ว่า การเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทางร่างกาย และความสามารถทางด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคได้เป็นอย่างดี (Kinzbrunner, 2002) นั่นคือ หากความสามารถในการทำหน้าที่ และความสามารถทางด้านร่างกายต่ำ บ่งบอกว่า โรคยังมีความรุนแรงมาก และถ้าหากความสามารถในการทำหน้าที่ และความสามารถทางด้านร่างกายสูง บ่งบอกว่า โรคยังมีความรุนแรงมีความรุนแรงมาก ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มักลดลงเป็นอย่างมากในช่วงเวลา 3 เดือนสุดท้ายของชีวิต (Chen et al., 2007) และมีแนวโน้มลดลงเป็นมากสุดในช่วงเดือนสุดท้ายของชีวิต จวบจนเสียชีวิต (Hwang et al., 2003) จากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถทางด้านร่างกายในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เดินทางมาติดตามอาการ และรับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งถึงแม้จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย แต่โรคอาจยังมีความรุนแรงน้อย และอาจยังไม่เข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิต โดยสังเกตจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ด้วยตัวเอง หรือเดินทางมากับญาติพี่น้อง และส่วนใหญ่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ประกอบกับผลการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 43.2 มีระดับความสามารถทางด้านร่างกายร้อยละ 90 (PPS 90 %) (ตาราง 8 ภาคผนวก ข) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างยังรู้สึกตัวดี สามารถทำกิจกรรม และทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ มีความ สามารถเคลื่อนไหว ได้ตามปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง รับประทานอาหารได้ตามปกติ จึงทำให้ผลศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถทางด้านร่างกายในระดับสูงได้

ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 2) อีกทั้งยังพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับ

ความสามารถทางด้านร่างกาย ($r = -.33$, $p < .01$) (ตาราง 4) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำ จะมีความสามารถทางด้านร่างกายสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง จะมีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของแบรดลีย์ เดวิส และชาว (Bradley, Davis, Chow, 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยที่รับการรักษาแผนกรังสีรักษาเพื่อการประคับประคอง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1296 ราย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง จะมีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของยองและคณะ (Yong et al., 2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระจากอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 179 ราย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการสูง จะส่งผลทำให้ความสามารถทางด้านร่างกายต่ำลง จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถทางด้านร่างกายในระดับสูงได้

5. ระดับคุณภาพชีวิต

ผล การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.7 (SD = 2.9) (ตาราง 3) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.3 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 33.7 มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับสูงและไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ(ตาราง 9 ภาคผนวก ข)และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.5 รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 9.5 รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับแย่ถึงแย่ที่สุด (ตาราง 10 ภาคผนวก ข)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงสูง สามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

5.1 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย จากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะการเจ็บป่วยมากกว่า5 ปี ถึงร้อยละ 35.8 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ55.8) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี อีกยังพบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .23$, $p < .05$) (ตาราง 4) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของการเจ็บป่วยนาน จะมีคุณภาพชีวิตสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยน้อย จะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการเจ็บป่วย จะส่งผลต่อการรับรู้ต่อ ภาวะเจ็บป่วย และการเผชิญกับโรค ที่เป็นอยู่ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ทำให้สามารถยอมรับการเจ็บป่วยและการมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกิดจากอาการทางด้านร่างกายได้มากขึ้น(Bloom, Petersen, & Kang, 2007) อีกทั้งระยะของการเจ็บป่วยยังส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยได้ดังเช่นการศึกษาของสุมาพร (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วย ($r = .21, p < .05$) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระยะการเจ็บป่วยนานจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยน้อยกว่า ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของบลูม ปีเตอร์เซ็น และแกง (Bloom, Petersen, & Kang, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้กล่าวว่า ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต อย่างไรก็ตาม ในระยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยก็สามารถที่จะปรับตัวและสามารถที่จะเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยได้มากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิตในระยะประมาณ 5 ปีหรือมากกว่านั้น จะรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตในระดับดีหรือดีมาก ทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงได้

5.2 ความสามารถทางด้านร่างกาย จากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถทางด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง (ตาราง 2) อีกทั้งยังพบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .31, p < .01$) (ตาราง 4) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถทางด้านร่างกายสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถด้านร่างกายต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตต่ำตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิต สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าชีวิตของตนเองยังมีความหมายและมีคุณค่าอยู่ ยังรู้สึกว่าตนเองยังสามารถที่จะทำหน้าที่ได้อยู่ รู้สึกไม่เป็นภาระกับบุคคลรอบข้าง อีกทั้งยังสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนอื่นทั่วไป ถึงแม้ว่าต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายก็ตาม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ (สิริมาศ, 2548; Steinhauser et al., 2002) สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น คือ การที่มีความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตัวเอง และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต (Hirai et al., 2006) ประกอบกับเมื่อพิจารณาการตอบคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิต ที่สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ยอมรับว่าความพึงพอใจในชีวิตของตัวเอง คือ การที่ยังสามารถดูแลตนเองได้อย่างอิสระ จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงสูงได้

5.3 อายุ จากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 56.6 ปี โดยมีอายุมากกว่า60 ปี (ร้อยละ35.8) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ64.2) มีอายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป (ตาราง 1) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ใน วัยผู้ใหญ่ถึงสูงอายุ อีกทั้งผลการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .27, p < .01$) (ตาราง 4) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากหรือสูงอายุ จะมีคุณภาพชีวิตสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย จะมีคุณภาพชีวิตต่ำ ทั้งนี้อาจ

เนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีอายุมากหรือสูงอายุ จะมีการสั่งสมประสบการณ์ และเผชิญเหตุการณ์ในชีวิตมามากมาย จึงทำให้มีความสามารถแก้ปัญหา และปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า และในช่วงวัยนี้จะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงขึ้น จึงทำให้สามารถยอมรับภาวะเจ็บป่วยของตัวเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า (ธนวรรณ และวิภาวี , 2550; Reidinger, Dracup, & Brecht, 2000) ประกอบกับผู้ป่วยที่มีอายุมาก ยังสามารถที่จะปรับตัวกับการเจ็บป่วย และการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (Hagelin et al., 2006) อีกทั้งบุคคลที่อายุน้อย จะมีความคาดหวังกับสภาพร่างกาย ภาพลักษณ์และการทำหน้าที่ของตัวเองเป็นอย่างมาก จึงทำให้มีความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง และหน้าตาของตนเองมากกว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่า (Ganz et al., 2003) เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ได้ง่ายกว่า ทำให้มีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยมีอายุมากกว่า (Reidinger et al., 2000; Spencer et al., 2010) อายุจึงย่อมส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (เพียงดาว, 2551, ยุวดี, 2547, Gott et al, 2006; Hagelin et al., 2006; Jayasekara, & Rajapaksa, 2007) และนอกจากนี้มื่อพิจารณาการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในทุกช่วงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในทุกช่วงอายุมีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงสูงได้

5.4 เพศ ซึ่งผล การศึกษาครั้งนี้พบว่า สัดส่วนของเพศหญิงต่ำกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยเพศหญิง ร้อยละ45.3 และเพศชายร้อยละ54.7 อีกทั้งยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .22$, $p < .05$) (ตาราง 4) ซึ่งเพศเป็นลักษณะสรีรวิทยาและชีววิทยาที่กำหนดความความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย โดยทำให้มีความแตกต่างของโครงสร้างทางร่างกาย บุคลิกภาพ พฤติกรรมและบทบาทหน้าที่ของบุคคล (WHO, 2010) รวมไปถึงการรับรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการให้คุณค่าที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งเพศที่ต่างกัน ยังทำให้มีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันอีกด้วย (Ansari et al., 2007) โดยการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า เพศหญิง มักมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเพศชาย (Blinderman et al., 2009; Chiaranai et al., 2009; Garrido, et al., 2006; Johanson, Dahlstrom, & Brostrom, 2006) จากลักษณะของเพศหญิงที่มีร่างกายอ่อนแอกว่าเพศชาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพศหญิงจะมีความรุนแรงของอาการต่างๆ รุนแรงมากกว่า และมีอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลบ่อยกว่าเพศชาย (Johanson et al., 2006) ดังนั้น เพศหญิงน่าจะรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชาย ประกอบกับผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ18.03 (SD = 0.43) และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีค่าเฉลี่ย 19.30 (SD = 0.42) ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายจะมีค่าเฉลี่ยที่สูง

กว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงเล็กน้อย แต่เมื่อนำคะแนนมาจัดระดับของคุณภาพชีวิต ต่างก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางได้

5.5 สถานภาพสมรส การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.2 อีกทั้งยังพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (r = .22, p < .05) (ตาราง 4) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่สถานภาพสมรสโสด หย่าร้าง แยกกันอยู่ และหม้าย (ยุวดี, 2547; เพียงดาว, 2551) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคู่สมรสเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งยังเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด ซึ่งนอกจากจะคอยให้การดูแลเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานในการดำเนินชีวิตแล้ว ในยามเจ็บป่วยยังคอยดูแลให้ห่วงใยเอื้ออาทร คอยให้กำลังใจและไม่ทอดทิ้งกัน (อาภรณ์ พรรณ, 2546) ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และช่วยให้สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดียิ่งขึ้น (เบญจมาภรณ์ สุจิตรา, และพันทวี, 2545; Lim & Yi, 2009) และเป็นที่ทราบกันดี แล้วว่า ในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการได้รับสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัว ปรารถนาที่จะได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรสและลูกหลาน (Albers et al., 2010) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย และหย่าร้าง พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยตกอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงได้

ในขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน โดยคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติมีคะแนนอยู่ในช่วง -30 ถึง + 30 พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.7 (SD = 9) รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตวิญญาณ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ10 (SD = 10.9) และคุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจและอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และมีค่าเป็นลบ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.27 (SD = 11.4) (ตาราง 3) จากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีความสามารถทางด้านร่างกายสูง และมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำ (ตาราง 2) นั่นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรม และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้ป่วยผู้อื่น อีกทั้งยังสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป ยังสามารถทำงาน พบปะบุคคลรอบข้าง และยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อยู่ ซึ่งจากการศึกษาของรัสเตียน และคณะ (Rustoen et al., 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของโรคไปยังกระดูก ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 157 ราย ผลการศึกษาพบว่า

ความสามารถทางด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านสังคมของผู้ป่วย ($r = .51$, $p < .001$) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความสามารถทางด้านร่างกายสูง จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านสังคมสูงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเมอร์เร่ และคณะ (Murray et al., 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการเสื่อมถอยของสุขภาวะทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย และผู้ป่วยโรคหัวใจระยะสุดท้าย ในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต ผลการศึกษาพบว่า สุขภาวะทางด้านร่างกาย และสังคม ของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกัน และจะมีการเสื่อมถอยไปด้วยกัน นั่นคือ เมื่อผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จะมีการเสื่อมถอยในด้านสังคมตามไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการทางร่างกายมากขึ้นในระยะสุดท้ายของโรค ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิต และทำกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ อีกทั้งยังอาจถูกแยกออกจากสังคมได้อีกด้วย (Aldred et al., 2005; Bennett, 2005; Ek, & Ternestedt, 2008; Seamark et al., 2004) จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตมิติด้านสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังอยู่ในระดับสูงได้ และจากผลการศึกษา ที่พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจและอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอีกทั้งยังมีค่าเป็นลบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการนัดมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อติดตามอาการเป็นช่วงๆ ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญผลกระทบทั้งที่เกิดจากตัวโรค และผลจากการรักษา ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตัวเอง จนทำให้คุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจและอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเมอร์เร่ และคณะ (Murray et al., 2007) ที่พบว่า เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความบีบคั้นทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ทั้งจากร่างกายที่ทรุดโทรม อาการทางร่างกายมากมายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้อีกต่อไป และผลที่เกิดจากการรักษา ก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน มีความรู้สึกว่าชีวิตไร้คุณค่า รู้สึกไร้ความหมายและไม่มีเป้าหมายในชีวิต และอาจส่งผลทำให้ไม่สามารถเผชิญหรือปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้อีกต่อไป จึงทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจและอารมณ์ลดต่ำลงได้

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.5 (ตาราง 10 ภาคผนวก ข) รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า คุณภาพชีวิตในแต่ละมิติมีคะแนนโดยรวมและเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งผลการศึกษาครั้งเป็นไปในทำนองเดียวกันทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตรายด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงได้

อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความสามารถทางด้านร่างกาย สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 36 ($R^2 = .36, p < .01$) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความสามารถทางด้านร่างกาย

ความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) (ตาราง 4) และสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 11.3 (R^2 change = .113, $p < .01$) (ตาราง 5) แสดงให้เห็นว่า ความสามารถทางด้านร่างกายช่วยส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไปในทางที่ดีได้ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความสามารถทางด้านร่างกายสูง จะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยที่มีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำ จะส่งผลทำให้ มีคุณภาพชีวิต ต่ำตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกว่าชีวิตของตนเองยังมีความหมายและมีคุณค่าอยู่ และการมีความรู้สึกว่าตนเองยังสามารถที่จะทำหน้าที่ สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนอื่นทั่วไป มีส่วนช่วยส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ (สิริมาศ, 2548; Albers et al., 2010; Steinhauser et al., 2002) และจากคำกล่าวที่ว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ การสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Hirai et al., 2004) ประกอบกับความสามารถในการทำกิจกรรมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ยังเป็นเครื่องชี้วัดหนึ่งของความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์, 2545) จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีความสามารถทางด้านร่างกายสูง มีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย สอดคล้องการศึกษาของเฮอร์เมน และลูนี่ (Hermann & Looney, 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ใกล้เสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .34, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของหวัง และคณะ (Hwang et al., 2003) ที่ศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

คุณภาพชีวิต (r = .36, p < .05) และการศึกษาของรัสเตียน และคณะ (Rustoen et al., 2005) ที่พบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (r = .46, p < .0001) อีกทั้ง ความสามารถทางด้านร่างกายยังสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อีกด้วย (R^2 change = .198, p < .001)

2. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสามารถร่วม ทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 17.6 (R^2 change = .176, p < .01) (ตาราง 5) ซึ่งพบว่าตัวแปรปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด คือ อายุ (β = .274, p < .05) แสดงให้เห็นว่า อายุมีส่วนช่วยส่งเสริมต่อการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตสูง และผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีอายุมาก จะมีการสั่งสมประสบการณ์ในชีวิตมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถยอมรับภาวะเจ็บป่วยของตัวเองได้มากขึ้น (ธนวรรณ และวิภาวี, 2550) อีกทั้งผู้ป่วยที่มีอายุมากหรือสูงอายุ ยังมีความสามารถในการปรับตัวกับการเจ็บป่วย และการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า (Hagelin et al., 2006) ประกอบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย จะมีความคาดหวังกับสภาพร่างกาย ภาพลักษณ์ และการทำหน้าที่ของตัวเองเป็นอย่างมาก จึงทำให้มีความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตาของตนเอง มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า (Ganz et al., 2003) และสำหรับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย การต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคระยะสุดท้ายยังเป็นสิ่งที่คุกคามเป็นอย่างมาก (Hagelin et al., 2006) จึงย่อมส่งผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้มีความรู้สึกเครียดและวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยมีอายุมากกว่า (Reidinger et al., 2000; Spencer et al., 2010) จึงทำให้ผู้ป่วย ที่มีอายุมากขึ้นจะมีการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของแมคมิลลาน และสมอล (McMillan & Small, 2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = .36, p < .001)

3. ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .25, p < .01) (ตาราง 4) และสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 2.4 (R^2 change = .024, p > .05) (ตาราง 5) แสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีส่วนช่วยส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้มแข็งในการ

มองโลกสูง จะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำตามไปด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของเพียงดาว (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .78, p < .05$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ เดลกาโด (Delgado (2007) ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .69, p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเข้มแข็งในการมองโลกมีบทบาทสำคัญอย่างมาก ที่ช่วยทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีมากยิ่งขึ้น (Griffiths, 2009) ดังเช่นการศึกษาของเดลกาโด (Delgado, 2007) ที่พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ป่วย ($r = -.68, p < .01$) โดยผู้ป่วยที่มีความเข้มในการมองโลกสูงจะมีความเครียดต่ำ อีกทั้งยังพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = -.67, p < .01$) นั่นแสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะมีความเครียดต่ำ และส่งผลให้รับรู้คุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย ประกอบกับความเข้มแข็งอดทนในการมองโลก ยังมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคล ดังเช่นการศึกษาของเดลกาโด (Delgado, 2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความเครียด และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($r = .27, p < .01$) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง และผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำตามไปด้วย ซึ่งย่อมส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ด้วย นั่นคือ หากผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะทำให้รับรู้คุณภาพชีวิตในระดับสูงไปด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงมีการรับรู้คุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย

4. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .05$) และสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ3.3 (R^2 change $= .033$, $p > .05$) แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อความเครียดและกระบวนการการเผชิญ

กับความเครียดของบุคคล โดยการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการเผชิญกับความเครียด โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีระดับความเครียดต่ำและสามารถเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาได้ดีกว่า (Cicutto, Brooks, & Henderson, 2004; Schwarzer & Knoll, 2007) ประกอบกับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพและบุคคลรอบข้าง สามารถช่วยบรรเทาภาวะบีบคั้นและความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของผู้ป่วย (Kornblith et al., 2001; Lim & Yi, 2009; Parker et al., 2003) ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยมากขึ้น (กิตติกร, 2555; Schwarzer & Knoll, 2007) อีกทั้งยังมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้ายได้ดียิ่งขึ้น (กิตติกร , 2555; สิริมาศ, 2548) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของแทงค์ และคณะ (Tang et al., 2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ($r = .34$, $p < .01$) อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตกับปัจจัยความรุนแรงของความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณได้อีกด้วย ($R^2 = .38$, $b = .04$, $p < .01$) (Tang et al., 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาของพาร์คเกอร์ และคณะ (Parker et al., 2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ

5. ความทุกข์ทรมานจากอาการ

ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.18$, $p < .05$) และสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 1.4% (R^2 change $= .014$, $p > .05$) (ตาราง 5) แสดงให้เห็นว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการต่ำ จะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตสูง และกลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการสูง จะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยต้องประสบกับอาการที่เกิดขึ้นมากมาย ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการกับอาการอย่างเพียงพอ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน (กิตติกร , 2555) ประกอบกับการมีความสุขสบายทางด้านร่างกาย ตลอดจนการที่สามารถควบคุมและจัดการกับอาการต่างๆ ยังมีผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สิริมาศ , 2548; Albers et al., 2010; Beckstand et al., 2007; Feldman et al., 2009; Hirai et al.,2006) และนอกจากนี้ความทุกข์ทรมานจากอาการนอกจากส่งผลต่อการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรงแล้ว เมื่อผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการมากขึ้น ยังส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเอง จนต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิต

(Aldred et al., 2005; Bennett, 2005; Ek, & Ternestedt, 2008; Seamark et al., 2004) เมื่อมีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำลง ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตลดต่ำลงไปด้วย (Rustoes et al., 2005) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบลินเดอร์แมน และคณะ (Blinderman et al., 2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = -.74, p < .001) เช่นเดียวกับการศึกษาของบลินเดอร์เมน และคณะ (Blinderman et al., 2009) ที่ศึกษาความทุกข์ทรมานจากอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (r = -.74, p < .001) และการศึกษาของแมคมิลลาน และสมอลล์ (McMillan & Small, 2002) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (r = -.67, p < .001) และยังพบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อีกด้วย

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 95 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลอาการทางคลินิกของผู้ป่วย (2) แบบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย และส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (4) แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ (5) แบบวัดคุณภาพชีวิต ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการและแบบวัดคุณภาพชีวิตผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ และแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .75, .87, .91, .74 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความสามารถทางด้านร่างกายตรวจสอบความเที่ยงโดย หาความเท่าเทียมกันของการสังเกต ได้เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง(M = 49.0, SD = 8.3) มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Med = 24.0, IQR = 7.0) มีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับต่ำ (Med = 20.0, IQR = 23.5) มีความสามารถทางด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง (M = 75.6, SD = 18.5) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง(M = 18.7, SD = 2.9)

2. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความสามารถทางด้านร่างกายสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ร้อยละ 36 ($R^2 = .360, p < .01$) โดยพบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตดีที่สุด ($\beta = .393, p < .01$) รองลงมา คืออายุ ($\beta = .274, p < .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง และมีอาการทางร่างกายน้อย ยังสามารถที่จะเดินทางมาตรวจและรับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ ทำให้ข้อมูลที่ได้มาจึงอาจไม่มีความหลากหลายมุมมองของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่า ความสามารถทางด้านร่างกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักและเห็นความสำคัญ ของการคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกายให้กับผู้ป่วยให้มากที่สุดในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ทั้งการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเอง เพราะนอกจากจะเป็นการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้อีกด้วย

1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่า อายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพควรตระหนักและเห็นความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุน้อย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยให้ดียิ่งขึ้น

1.3 จากการศึกษาพบว่า ถึงแม้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยรวมจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่ก็ยังพบว่า คุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจและอารมณ์ยังอยู่ในระดับต่ำสุด จึงควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ให้กับผู้ป่วยให้มากขึ้น

2. ด้านการวิจัยการพยาบาล

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่นอนโรงพยาบาลหรือรักษาตัวที่บ้านที่ไม่สามารถเดินทางมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้

2.2 ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นต้น

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมุมมองของผู้ป่วยให้มากขึ้น

2.4 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

บรรณานุกรม

กัญญา มะลิแก้ว. (2546). *การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

กัลยา วานิชบัญชา. (2553). *การใช้ SPSS for Window ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด.

กัลยา วานิชบัญชา. (2554). *หลักสถิติ* (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสารจำกัด.

กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายในชีวิต*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

คัทลียา อุคติ และณัฐนิช จันทจิรโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องต่อเนื่อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 25*, 171-177.

จันทนา เตชะคฤห. (2540). *ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จันทิมา ภูวประภาชาติ. (2549). *ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการโรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

จรรยา ธัญญาดี. (2545). การบริการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. *วารสารเกื้อการุณย์*: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2545). การส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *วารสารสภาการพยาบาล, 17*, 51.

ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.

ธนิญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.* วิทยานิพนธ์สาขาวิชการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ธมลวรรณ แก้วกระจก และ วิภาวี คงอินทร์. (2550). การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. *พยาบาลสงขลานครินทร์, 27*, 35-48.

ธิดารัตน์ เกตุสุริยา. (2547). *แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาซ้ำในแผนกอายุกรรมโรงพยาบาลลำปาง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

นิรมล จิตต์สุข. (2546). *ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู่ป่วยเอชไอวีภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิต.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล.* กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

บุญมี แพรุ้งสกุล, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, และพัชราภรณ์ อารีย์. (2546). ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *พยาบาลสาร, 30*, 43-57.

เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, และพันทวี เชื้อขาว. (2545). ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม. *พยาบาลสาร, 29*, 13-25.

ปิติมา ฉายโอกาส (2546) *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลก การสนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2550). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ: Health-related quality of life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 2*, 327-337.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

เพียงดาว จุลบาท. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.

พวงแก้ว แสนคำ. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมและความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

พรพรหม รุจิไพโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,กรุงเทพฯ.

ภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์. (2549). Medical intervention for palliative care. ใน ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต* (หน้า 13-43). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ยุวดี ธีระศิลป์. (2547). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

รติรส แมลงภู่ทอง, คะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, อรวมน ศรียุกตศุทธ, และนภดล โสภารัตนาไพศาล. (2552). ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีจัดการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *27*, 69-78.

ระวีวรรณ พิไลยเกียรติ, จินตนา ฤทธารมย์, และธัญชนก บุตรจันทร์. (2552). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรัง: ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล, 24*, 62-75.

ลักษมี ชาญเวชช์. (2549). Pain management in end of life. ใน ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การดูแลแบบองค์รวมเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิต* (หน้า 45-60). สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.

ลัพณา กิจรุ่งโรจน์. (2552). Palliative care: การดูแลแบบประคับประคอง. ใน ศศิกานต์ นิมมานรัตน์, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และ ชัชชัย ปรีชาไว (บรรณาธิการ), *ความปวดและการระงับปวด* (หน้า 301-328). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

สถาพร ภู่สีสุวรรณ, เพียงใจ สัตยุตม์, และลัดดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. (2547). ปัจจัยในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก ศูนย์การแพทย์ผสมผสานโรงพยาบาลบางปะกอก. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 11*, 119-127.

สายพิณ หัถถีรัตน์. (2549). *เบื่ออาหารผอมลงในผู้ป่วยด้วยโรคระยะสุดท้าย (anorexia chachexia syndrome)*. Retrieved April 10, 2010, from http://www.doctor.or.th/node/8437

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ: คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *28*, 46-55.

สิวลี ศิริไล. (2547). การพยาบาลด้านจิตวิญญาณและประเด็นจริยธรรม. ใน ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า100-110). กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.

สุจรรยา โลหาชีวะ. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, พันทวี เชื้อขาว, สุสัณหา ยิ้มแย้ม, และเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. (2549). เหตุการณ์ในชีวิต ความเข้มแข็งอดทน ความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์. *พยาบาลสาร, 33*, 103-118.

สุปราณี นิรุตติศาสน์. (2550). Symptom control at the end of life. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 165-175). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.

สุพิน พริกบุญจันทร์. (2547). *ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุมาพร บรรณสาร. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุมาลี นิมมานนิตย์. (2550). ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย. ในประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 15-23). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.

สุวรรณา กิตติเนาวรัตน์, ชัชนาฏ ณ นคร, และจอนผจง เพ็งจาด. (2550). การพยาบาลปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (พิมพ์ครั้งที่2, หน้า 176-197). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.

สมจิต หนุเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุธวัฒนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาล, 32*, 169-188.

อภิรดี ลดาวรรษ์. (2546). *การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อาภรณ์พรรณ สุนทรจตุระวิทย์. (2546). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergmen, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute, 85*, 365-376.

Ager, A. (2002). Quality of life assessment in critical context. *Journal of Applied Research Intellectual Disabilities, 15*, 369-376.

Agrimson, L. B., & Taft, L. B (2008). Spiritual crisis: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 454-461.

Albers, G., Echteld, M. A., de Vet, H. C. W., Onwuteaka-Philipsen, B. C., van der Linden, M. H. M., & Deliens, L. (2010). Concept and spiritual items of quality of life instruments appropriate for use in palliative care: a review. *Journal of Pain and Symptom Management, 40*(2), 290-300.

Aldred, H. Gott, M., & Gariballa, S. (2005). Advanced heart failure: impact on older patients and informal carers. *Journal of Advanced Nursing, 49*(2), 116-124.

Ansari, K., Shamssain, M., Keaney, N. P., Burn, G., & Farrow, M. (2007). *Predictors of quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients with different frequency of exacerbation.* Retrieved May 5, 2010, http://pjms.com.pk/issues/julsep07/pdf/chronic.pdf.

Antonovsky, A. (1987). *Unrevealing the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Axelsson, B., & Sjoden, P. O. (1999). Assessment of quality of life in palliative care. *Acta Oncologica, 38*, 229-237.

Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., et al. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end of life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology, 25*, 555-560.

Bausewein, C., Farquhar, M., Booth, S., Gysels, M., & Higginson, I. J. (2007). Measurement of breathlessness in advanced disease: systemic review. *Respiratory Medicine, 101*, 399-410.

Beckstand, R. L., Callister, C. L., & Kischhoff, K. T. (2006). Providing a "Good death" critical care nurse suggestion for improve EOLC. *American Journal of Critical Care*, *15*, 38-46.

Beijer, S., Kempen, G., Pijls-Johannesma, M., Graeff, A., & Dagnelie, P.C. (2008). Determinants of overall quality of life in preterminal cancer patient. *International Journal of Cancer*, *123*, 232-235.

Bekelman, D. B., Havranek, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., Wittstein, I. S., et al. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, *13*, 643-648.

Bennett, M. (2005). Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experience. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 805-812.

Bennett, S. J., Perkins, S. M., Lane, K. A., Deer, M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research, 10*, 671-682.

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care, 19*, 787-805.

Biordi, D. L. (2009). Body image. In P. D. Larsen, & I. M. Lubkin (Eds.), *Chronic illness: impact and intervention* (7th ed., pp. 117-138). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Russell, K., Portenoy, R. K., Shalon, L., et al. (2008). Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management, 35*, 594-603.

Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J. A., Tennstedt, S., & Portenoy, R. K. (2009). Symptom distress and quality of life in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Pain and Symptom Management, 38*, 115-123.

Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *16*, 691-706.

Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales* (2nd ed.). Maidenhead: Open University Press.

Bradley, N., Davis, L., & Chow, E. (2005). Symptom distress in patients attending and outpatient palliative radiotherapy clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*, *30*, 123-131.

Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spiritual-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer, 10*, 272-280.

Brostrom, A., Stromberg, A. Dahlsstrom, U., & Fridlund, B. (2001). Patients with congestive heart failure and their conceptions of their sleep situation. *Journal of Advanced Nursing, 34*, 520-529.

Bruscia, K., Shultis, C., Dennery, K., & Dileo, C. (2008). The sense of coherence in hospitalized cardiac and cancer patients. *Journal of Holistic Nursing, 26*, 286-294.

Buck, H. G., Overcash, J., & McMillan, S. C. (2009). The geriatric cancer experience at the end of life: testing an adapted model. *Oncology Nursing Forum*, *36*, 664-673.

Byock, I. R. & Merriman, M. P. (1998). Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula-VITAS quality of life index. *Palliative Medicine, 12,* 231-244.

Cagle, J. G., & Bolte, S. (2009). Sexuality and life-threatening illness: implications for social work and palliative care. *Health & Social Work*, *34*, 223-233.

Carter, H., MacLeod, R., Brander, P., & McPherson, K. (2004). Living with terminal illness: patients' priorities. *Journal of advanced Nursing, 45*, 611-620.

Chang, V. T., Hwang, S. S., Feuerman, M., Kasimis, B. S., & Thaler, T. T. (2000). The memorial symptom assessment scale short form (MSAS-SF). *Cancer*, *89*, 1162-1171.

Chen, J. H., Chan, D. C., Kiely, D. K., Morris, J. N., & Mitchell. S. L. (2007). Terminal trajectories of functional decline in the long term care setting. *Journal of Gerontology, 62*, 531-536.

Chewaskulyong, B., Sapinun, L., Dowing, G. M., Intaratat, P., Lesperance, M., Leautrakul, S., et al. (2011). Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). Retrieved January 10, 2012, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21993805

Chiranai, C., Salyer, J., & Best, A. (2009). Self-care and quality of life in patients with heart failure. *Thai Journal Nursing Research, 13,* 302-317

Chio, C. C., Chih, F. J., Chiou, J. F., Lin, H. W., Hsiao, F. H., & Chen, Y. T. (2008). The lived experiences of spiritual suffering and the healing process among Taiwanese patients with terminal. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 735-743.

Cicutto, L., Brooks, D., & Henderson, K. (2004). Self-care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling, 55*, 168-176.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associated Inc.

Collinge, A., Rudell, K., & Bhui, K. (2002). Quality of life assessment in non-western culture. *International Review of Psychiatry, 14*, 212-218.

Davison, S. N. (2003). Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. *American Journal of Kidney Diseases, 42*, 1239-1247.

Dein, S. (2003). Psychiatric liaison in palliative care. *Advanced in Psychiatric Treatment, 9*, 241-248.

Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, *39*, 229-234.

Diener, E., Suh., E. M., Lucus., R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well being: three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.

Donnelly, S. (2000). Quality of life assessment in advanced cancer. *Current Oncology Reports, 2*, 338-342.

Efficace, F., & Marrone, R. (2002). Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care. *Death Study, 26*, 743-756.

Ek, K., & Ternestedt, B. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing, 62*, 470-478.

Elkington, H., White, P., Addington-Hall, J., Higgs, R., & Edmonds, P. (2005). The health care needs of obstructive pulmonary disease patients in the last year of life. *Palliative Medicine*, *19*, 485-491.

Elofsson, L. C., & Ohlen, J. (2004). Meaning and being old and living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Palliative Medicine, 18*, 611-618.

Escalants, C. P. (2003). Treatment of cancer-related fatigue: an update. *Support Care Cancer, 11*, 79-83.

Fallowfield, L. (2009). What is quality of life?. Retrieved April 20, 2010, from http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/WhatisQOL.pdf

Fan, V. S., Curtis, J. R., Tu, S., McDonell, M. B., & Fihn, S. D. (2002). Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung disease. *CHEST, 122*, 429-436.

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Development Disabilities, 16*, 51-74.

Feldman, P. H., Totten, A. M., Foust, J., Naik, D., Costello, B., McDonald, M., et al. (2009). Palliative care & advanced illness management. Retrieved July 1, 2010, from http://www.champ-program.org/static/CHAMP-Palliative%20Care%20and%20Advanced%20Illness%20Management.pdf

Ferrans, C. E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 10*, 293-302.

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship, 37*, 336-342.

Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*, 579-594.

Ganz, P. A., Greendale, G. A., Petersen, L., Kahn, B., & Bower, J. E. (2003). Breast cancer in younger woman: reproductive and late health effects of treatment. *Journal of Clinical Oncology, 21*, 4184-4193.

Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Small, N., Barnes, S., Halpin, D., et al. (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: an overview of the literature. *Respiratory Medicine, 104*, 159-165.

Garrido, P. C., Diez, J. M., Gutierrez, J. R., Centino, A. M., Vazquez, E. G., Miguel, A. G., et al. (2006). Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Retrieved April 20, 2010, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1488827/

Gilbert, C. R., & Smith, C. M. (2009). Advanced parenchymal lung disease: quality of life and palliative care. *Mount Sinai Journal of Medicine, 76*, 63-70.

Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Han, L., & Allure, H. G. (2010). Trajectories of disability in the last year of life. *The New England Journal of Medicine, 362*, 1173-1180.

Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S., Seamark, D., Gariballa, S., et al. (2006). Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and Ageing, 35,* 172-177.

Godfrey, C., Harrison, M. B., Friedberg, E., Medves, J., & Tranmer, J. E. (2007). The symptom of pain in individuals recently hospitalization for heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing, 22*, 368-374.

Griffiths, C. A. (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation, 23*, 72-78.

Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., & Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology*, *16*, 1100-1110.

Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research, 21*, 728-742.

Hagelin, C. L., Seiger, A., & Furst, C. J. (2006). Quality of life in terminal care with special reference to age, gender and marital status. *Support Care Cancer, 14*, 320-328.

Hagelin, C. L., Wengstrom, Y., Ahsberg, E., & Furst, C. J. (2009). Fatigue dimensions in patients with advanced cancer in relation to time of survival and quality of life. *Palliative Medicine. 23*, 171-178.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Han, K., Lee, P., Lee, S., & Park, E. (2003). Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship, 35*, 139-144.

Hanucharurnkul, S. (1988). *Social support, self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Docteral Dissertation College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI.

Hawighhort-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., et al. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image: results of a prospective longitudinal 10 year study. *Gynecologic Oncology, 94*, 398-403.

Hays, R. D., Kallich, J. D., Mapes, D. L., Coons, S. J., & Carter, W. B. (1994). Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. *Quality of Life Research*, *3*, 329-338.

Hemming, L., & Maher, D. (2005). Cancer pain in palliative care: why is management so difficult?. *British Journal of Community Nursing*, *10*, 362-367.

Henoch, I., Axelsson, B., & Bergman, B. (2010). The assessment of quality of life at the end of life (AQOL) questionnaire: a brief but comprehensive instrument for use in patients with cancer in palliative care. *Quality of Life Research, 19*, 739-750.

Hermann, C. P. (2001). Spirituality needs of dying patients: a qualitative study. *Oncology Nursing Forum, 28*, 67-80.

Hermann, C. P., & Looney. S.W. (2011). Determinants of quality of life in patents near the end of life: a longitudinal perspective. *Oncology Nursing Forum*, *38*, 23-31.

Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006).Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*, 140-147.

Hunter, M. J., Davis, P. J., & Tunstall, J. R. (2006). The influence of attachment and emotional support in end-stage cancer. *Psycho-Oncology, 15*, 431-444.

Hwang, S. S., Chang, V. T., Fairclough, D. L., Cogswell, J., & Kasimis, B. (2003). Longitudinal quality of life in advanced cancer patients: pilot study results from a VA medical cancer center. *Journal of Pain and Symptom Management*, *25*, 225-235.

Jablonski, A., & Wyatt, G. K. (2005). A model for identifying barriers to effective symptom management at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *7*, 23-36.

Janssen, D. J. A., Spruit, M. A., Wouters, E. F. M., & Schols, J. M. G. A. (2008). Daily symptom burden in end of end-stage chronic organ failure: a systemic review. *Palliative Medicine*, *22*, 938-948.

Jayasekara, H., & Rajapaksa, L. C. (2007). Determinants of quality of life in cancer patients during acute survivorship. *Annals of epidemiology, 17*(9), 739.

Johanson, P., Dahlstrom, U., & Brostrom, A. (2006). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 5*, 5-15.

Johnsen, A. T., Petersen, M. A., Pedersen, L., & Groenvold, M. (2009). Symptom and problems in a national representation sample of advanced cancer patients. *Palliative Medicine, 23*, 491-501.

Kaasa, S., & Loge, J. H. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative Medicine, 17*, 11-20.

Kachigan, S. K. (1991). *Multivarate statistical analysis: a conceptual data* (2nd ed). New York: Radius Press.

King, C. R. (1998). Overview of quality of life and controversial issue. In C. R King & P. S. Hind (Eds.), *Quality of life: from nursing and patient perspective* (pp. 23-34). Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett.

Kinsbrunner, B. M. (2002). Predicting prognosis: how to decide when end of life care is needed. In B. M. Kinsbrunner, N. J. Weinreb, & J. S. Policzer (Eds.), *20 common problems in end-of-life care* (pp. 3-28). New York: McGraw-Hill.

Kornblith, A. B., Hendon, J. E., Zuckerman, E., VisColi, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R., et al. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer, 91*, 443-454.

Kutner, J. S., Bryant, L. L., Beaty, B. L., & Fairclough, D. L. (2007). Time course and characteristics of symptom distress and quality of life at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management, 34*, 227-236.

Kutner, J. S., Kassner, C. T., & Nowels, D. E. (2001). Symptom burden at the end of life: hospice provider's perception. *Journal of Pain and Symptom Management, 21*, 473-480.

Langeland, E., &Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 830-837.

Larsen, P. D. (2009). Chronicity. In Larsen, P. D., & Lubkin, I. M. (Eds). *Chronic illness: impact and intervention* (pp. 3-24). Massachusetts : Jones and Bartlett publishers.

Lee, D. T. F., Yu, D. S. F., Woo, J., & Thompson, D. R. (2005). Health related quality of life in patients with congestive heart failure. *The European Journal of Heart Failure, 7*, 419-422.

Leleszi, J. P., & Lewandowski, J. G. (2005). Pain management in end of life care. *The Journal of the America Osteopathic Association, 105*, 6-11.

Lewis, E. F., Lamas, G. A., Meara,E. O., Granger, C. B., Dunlab, M. E., McKelvie, R. S., et al. (2007). Characterization of health-related quality of life in heart failure patients with preserved versus low ejection fraction in CHARM. *European Journal of Heart Failure, 9*, 83-91.

Lim, J., & Yi, J. (2009). The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *Oncology Nursing Forum. 36*, 699-708.

Lin, H. R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 44*, 69-80.

Lis, C. G., Gubta, D., & Grutsch, J. F. (2008). Patient satisfaction with health-related quality of life: implications for prognosis in prostate cancer. *Clinical Genitourinary Cancer, 6*, 91-96.

Lorens, K. A., Lynn, J., Dy, S. M., Shugarman, L. R., Wilkinson, A., Mularski, R. A., et al. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: A systemic review. *Annals of Internal Medicine, 148*, 147-159.

Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., Lipson, S., & Guralnik, J. M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA, 289*, 2387-2392.

Maluso-Botton, E., & Schlecter, B. (2002). Neurologic symptom. In In B. M. Kinsbrunner, N. J. Weinreb, & J. S. Policzer (Eds.), *20 common problems in end-of-life care* (pp. 187-202). New York: McGraw-Hill.

Mandzuk, L. L., & McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopedic Nursing, 9*, 12-18.

McClain, C. S., Rosenfled, B., & Breitbart ,W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminall-ill cancer patients. *Lancet. 361*, 1603–1607

McKinnis, E. A. (2002a). Dyspnea and other respiratory symptom. In B. M. Kinsbrunner, N. J. Weinreb, & J. S. Policzer (Eds.), *20 common problems in end-of-life care* (pp. 147-162). New York: McGraw-Hill.

McKinnis, E. A. (2002b). Gastrointestinal Symptoms. In B. M. Kinsbrunner, N. J. Weinreb, & J. S. Policzer (Eds.), *20 common problems in end-of-life care* (pp. 163-186). New York: McGraw-Hill.

McMillan, S. C. (1996). Quality of life assessment in palliative care. Retrieved December 5, 2009, from http://www.moffitt.org/ccjroot/v3n3/article4.html.

McMillan, S. C., Dunber, S. B., & Zhang, W. (2008). Validation of the hospice quality of life index and the constipation assessment scale in end stage cardiac disease patients in hospice care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 10*, 106-116.

McMillan, S. C., & Small, B. J. (2002). Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. *Oncology Nursing Forum*, *29*, 1421-1428.

McMillan, S. C., & Weitzer, M. (1998). Quality of life in cancer patients: use of a revised hospice index. *Cancer Practice, 6*, 282-288.

Mehanna, H. M. & Morton, R. P. (2006). Does quality of life predict long-term survival in patients with head and neck cancer?. *Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery, 132*, 27-31.

Melin-Johansson, C., Axelsson, B., & Danielson, E. (2007). Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative homecare team. *European Journal of Cancer Care, 19*, 243-250.

Meraviglia, M., Sutter, R., & Gaskamp, C. D. (2006). Providing spiritual care to the terminally ill older adult. Retrieved June 13, 2010, from http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=10552

Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer, *Cancer*, 110, 1665-1676.

Moody, L. E., & McMillan, S. (2003). Dyspnea and quality of life indicators in hospice patients and their caregivers. Retrieved 20 December, 2009, from http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-1-9.pdf

Mularski, R. A., Heine, C. E., Osborne, M. L., Ganzini, L., & Curtis, J. N. (2005). Quality of dying in the ICU. *Chest, 128*, 280-287.

Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ, 330*, 1007-1011.

Murray, S.A., Kendall, M., Grant, E., Boyd, K., Barclay, S., & Sheikh, A. (2007). Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management, 24*, 393-402.

Namisango, E., Katabira, E., Karamagi, C., & Bagama, P. (2007). Validation of Missoula-VITAS quality of life index among patients with advanced AIDS in Urban Kampala, Uganda. *Journal of Pain and Symptom Management*, *33*, 189-202.

Nemeth, G. (2006). Health-related quality of life outcome instruments. *European Spine Journal, 15*, S44-S51.

Nordgren, L., & Sorensen, S. (2003). Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *2*, 213-217.

O'Connor, R. (2004). *Measuring quality of life in health*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Parker, P. A., Baile, W. F., de Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychological and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology, 12*, 183-193.

Patrick, D. L., Engelberg, R. A., & Curtis, J. R. (2001). Evaluating the quality of dying and death. *Journal of Pain and Symptom Management, 22*, 717-726.

Pattayakorn, P., Hanucharurnkul, S., Goeppinger, J., Vorapongsathorn, T., Malathum, P., & Chotanaphuti, T. (2010). Factors influencing life satisfaction among older Thai women with knee osteoarthritis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*, 3-16.

Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2002). Assessing psychological distress near the end of life. *American Behavioral Science, 46*, 357-372.

Peters, L., & Sellick, K. (2006). Quality of life of cancers patients receiving inpatients and home-based palliative care. *Journal of Advanced Nursing, 53*, 524-533.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and method*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., McCarthy, L. J., 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*, *30A*, 1326-1336.

Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003). Symptom in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Journal Palliative Medicine, 17*, 310-314.

Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F., Loge, J., Kaasa, S., & Nauck, F. (2008). Fatigue in palliative care patients-an EAPC approach. *Palliative Medicine, 22*, 13-32.

Reidinger, M. S., Dracup, K. A., & Brecht, M. L. (2000). Predictors of quality of life in woman with heart failure. *The Journal of Heart and Lung Transplantation. 19*, 598-608.

Reidinger, M. S., Dracup, K. A., Brecht, M. L., Pedilla, G., & Sarma, L. (2001). Quality of life in patients with heart failure: do gender difference exist. *Heart & Lung*, *30*, 105-116.

Rodin, G., Zimmermann, C., Rydall, A., Jones, J., Shepherd, F. A., Moore, M., et al. (2007). The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management, 33*, 661-675.

Rodriguez-Artalejo, F., Guallar-Castillon, P., Pascual, C. R., Montoto, C., Montes, A. O., Garcia, A. N., et al. (2005). Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine, 165*, 1274-1279.

Rustoen, T., Moum, T., Padilla, G., Paul, S., & Miaskowski, C. (2005). Predictors of quality of life in oncology outpatients with pain from bone metastasis. *Journal of Pain and Symptom Management, 30*, 234-242.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, A. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 318-406.

Schwartz, C. E., Merriman. M. P., Reed, G., & Byock, I. R. (2005). Evaluation of the Missoula-VITAS quality of life index: research tool or clinical tool. *Journal of Palliative Medicine*, *8*, 121-135.

Schwarzer, R. & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology, 42*, 243-252.

Seamark, D. A., Blake, S. D., Seamark, C. J., & Halpin, D. M. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers. *Palliative Medicine, 18*, 619-628.

Shaw, K. L., Clifford, C., Thomas, K., & Meehan, H. (2010). Improving end of life care: a critcal review of the gold standard framework in primary care. *Palliative Medicine, 24*, 317-329.

Shell, J. A. (2008). Sexual issues in the palliative care population. *Seminars in Oncology nursing, 24*, 131-134.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinke, J. L., & Cheever, K. H. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (11th ed). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Smith, E. M., Gomm, S. A., Dickens, C. M. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer [Abstract]. Retrieved May 4, 2010, from http://pmj.sagepub.com/cgi/content/short/17/6/509

Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongsakorn, R., Satitpornkul, P., Sripetch, C., & Khanthavit, A. (2006). Factors influencing health-related in chronic liver disease. Retrieved March 9, 2010, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17203521

Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of pain and Symptom Management, 31*, 58-69.

Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W., & Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients. Retrieved May 5, 2010, from http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/123302634/PDFSTART

Steinhauser, K. E., Bosworth, H. B., Clipp, E. C., McNeilly, M., Christakis, N. A., Parker, J., et al. (2002). Initial assessment of a new instrument to measure quality of life at the end of life. *Journal of Palliative Medicine, 5*, 829-830.

Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., Bosworth, H. B., McNeilly, M., Christakis, N. A , Voils, et al. (2004). Measuring quality of life at the end of life: validity of the QUAL-E. *Palliative and Support Care, 2*, 3-14.

Stewart, W. T., Herek, G. M., Ramakrishna, J., Bharat, S., Chandy, S., Wrubel, J., et al. (2008). HIV related stigma: adapting a theoretical framework. *Social Science & Medicine, 67*, 1225-1235.

Stewart, A. L., Teno, J., Patrick, D. L., & Lynn, J. (1999). The concept of quality of life of dying person in the context of health care. *Journal of Pain and Symptom Management*, *17*, 93-107.

Stromgren, A. S, Goldschmidt, D., Groenvold, M., Petersen, M. A., Jensen, P. T., Pedersen, L., et al., (2002). Self-assessment in cancer patients referred to palliative care: a study of feasibility and symptom epidemiology. *Cancer, 94*, 512-520.

Stull, D. E., Clough, L. A., & Van-Dussen, D. (2001). Self report quality of life as a predictor of hospitalization for patients with LV dysfunction: a life course approach. *Research in Nursing & Health, 24*, 460-469.

Sullivan, P. W., Nelson, J. B., Mulani, P. M., & Sleep, D. (2006). Quality of life as a potential predictor for morbidity and mortality in patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer. *Quality of Life Research, 15*, 1297-1306.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistic* (3th ed). Boston: Allyn and Bacon.

Tang, W. R., Aaronson, L., & Forbes, S. A. (2004). Quality of life in hospice patients with terminal illness. *Western Journal of Nursing Research, 26*, 113-128.

Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal Palliative Medicine, 9*, 646-657.

Taylor, R. M., Gibson, F., & Franck, L. S. (2008). A concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, *17*, 1823-1833.

Teshelman, C., Petersson, L., Degner, L. F., & Sprangers, M. (2007). Symptom prevalence, intensity, and distress in patients with inoperable lung cancer in relation to time of death. *Journal of Clinical Oncology*, *25*, 5381-5389.

Theobald, D. E. (2004). Cancer pain, fatigue, distress, and insomnia in cancer patients. *Clinical Cornerstone, 6*, S15-21.

Tsay, S. & Healstead, M. (2002). Self care self efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies, 39*, 245-251.

Vachon, M. L. S. (2008). Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, *24*, 218-225.

Valderrabano, F., Jofre, R., & Lopez-Gomez, J. M. (2001). Quality of life in end stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Disease, 38*, 443-464.

van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., de Rijke, J. M., Kassels, A. G., Schouten, H. C., van Kleef, M., Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology, 18*, 1437-1449.

Vig, E. K., & Pearlman, R. A. (2003). Quality of life while dying: a qualitative study of terminally ill older men. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*, 1595-1601.

Wakeel, J. A., Bayoumi, M., Suwaida, A. A., Harbi, A. A., Askar, A., & Mishriky, A. (2009). Influences on quality of life in peritoneal dialysis patients. *Renal Society of Australasia Journal, 5*, 127-132.

Walke, L. M., Gallo, W. T., Tinetti, M. E., & Fried, T. R. (2004). The burden of symptoms among community-dwelling older persons with advanced chronic disease. *Arch Intern Med*, *164*, 2321-2324.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1981). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I Conceptual framwork and item selection. *Medical Care, 30*, 473-483.

Weinreb, N. J., Kinzbrunner, B., & Clark, M., (2002). Pain management. In Kinsbrunner, B. M., Weinreb, N. J., & Policzer, J. S. (Ed), *20 common problems in end-of-life care* (pp. 91-145). New York: McGraw-Hill.

Weiss, S. C., Emanuel, L. L., Fairclough, D. L., & Emanuel, E. J. (2001). Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *Lancet, 357*, 1311-1315.

Werth, J. L., Gordon, J. R., & Johnson, R. R. (2002). Psychosocial issues near the end of life. *Aging & Mental Health, 6*, 402-142.

Williams, A., & Manias, E. (2005). A structured literature review of pain assessment and management of patients with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 69-81.

WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BRIF quality of life assessment. Psychological Medicine, 28, 551-558.

World Health Organization. (1996). What quality of life. *World Health Forum, 17,* 354-356.

World Health Organization. (2002). WHO definition of palliative care. Retrieved November 20, 2009, from http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

World Health Organization. (2005). *Preventing chronic disease: a vital investment.* Retrieved April 20, 2010, from http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/

World Health Organization. (2010). What do we mean by "sex" and "gender"?. Retrieved August 15, 2010, from http://www.who.int/gender/whatisgender/en/index.html

Wright, J. B. (2002). Depression and other common symptom. In B. M. Kinsbrunner, N. J. Weinreb, & J. S. Policzer (Ed), *20 common problems in end-of-life care* (pp. 221-240). New York: McGraw-Hill.

Yong, D. S. P., Kwok, A. O. L., Suen, M. H. P., Chen, W. T., & Tse, D. M. W. (2009). Symptom burden and quality of life in end stage renal disease: a study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliative Medicine, 23*, 111-119.

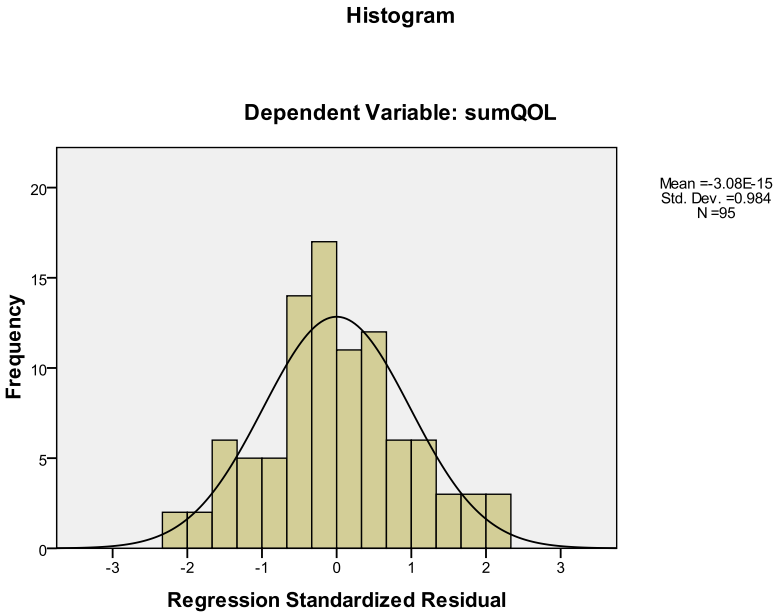
Zambroski, C. H., Moser, D. K., Bhat, G., & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 4*, 195-206.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ

1. ทดสอบข้อมูลของตัวแปรตาม (y) บนทุกค่าของตัวแปรอิสระ (x) มีการแจกแจงแบบปกติ

ฮีสโตแกรมแสดงการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ



ทดสอบการแจกแจงแบบปกติโดยวิธี Kolmogorov-Sminov Test

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QOL	.052	95	.200*	.991	95	.770
Sense of coherence	.077	95	.200*	.981	95	.199
Social support	.142	95	.000	.906	95	.000
PPS	.277	95	.000	.854	95	.000
Symptom distress	.145	90	.000	.910	95	.000

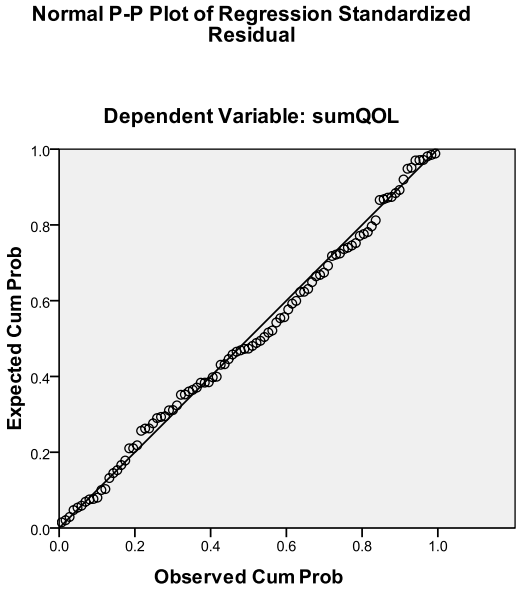
สมมติฐานการทดสอบ

H0 : ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

H1 : ข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการทดสอบ p > .05 ยอมรับสมมติฐานหลัก หมายถึง ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2. ทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง



3. ตัวแปรอิสระจะต้องเป็นอิสระจากกัน โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity)

จากตารางค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ต่อกันในระดับต่ำถึงปานกลาง (r = .01 ถึง -.44) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ต่อกันที่สูงกว่า 0.65 (ตาราง 4)

และจากการทดสอบ โดยใช้สถิติแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร (collinearity statistics) จากตารางค่า tolerance ต้องมีค่าเข้าใกล้ 1 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีค่าอยู่ในช่วง .618-.955 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) ต้องมีค่าน้อยกว่า 10 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าอยู่ในช่วง 1.048-1.618

Excluded Variables[e]

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
						Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1	PPS	.387[a]	3.812	.000	.390	.836	1.196	.792
	Sense of coherence	.181[a]	1.766	.081	.193	.927	1.079	.815
	Symptom Distress	-.102[a]	-.949	.346	-.105	.871	1.148	.853
	Social Support	.186[a]	1.843	.069	.201	.955	1.048	.844
2	Sense of coherence	.153[b]	1.601	.113	.176	.921	1.085	.735
	Symptom Distress	.027[b]	.253	.801	.028	.775	1.290	.744
	Social Support	.166[b]	1.762	.082	.193	.951	1.051	.791
3	Symptom Distress	.128[c]	1.096	.276	.122	.618	1.618	.618
	Social Support	.180[c]	1.937	.056	.213	.944	1.060	.735
4	Social Support	.170[d]	1.811	.074	.201	.929	1.076	.609

4. ทดสอบความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปร คือ

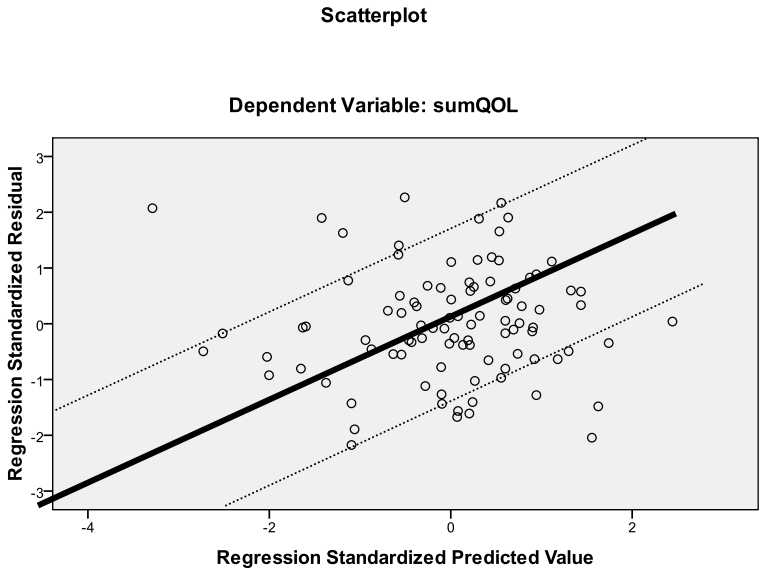
4.1 ทดสอบความเป็นอิสระกันของค่าคลาดเคลื่อน (autocorrelation) ตรวจสอบโดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson ต้องมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5

Model Summary[f]

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.420[a]	.176	.126	2.77079	.176	3.506	5	82	.006	
2	.549[b]	.301	.250	2.56706	.125	14.532	1	81	.000	
3	.568[c]	.323	.264	2.54263	.022	2.564	1	80	.113	
4	.577[d]	.333	.266	2.53943	.010	1.202	1	79	.276	
5	.600[e]	.360	.286	2.50358	.027	3.279	1	78	.074	1.680

จากตารางได้ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.68 จึงสรุปได้ว่า ค่าคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน ไม่มี autocorrelation

4.2 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนจะต้องมีค่าคงที่ (homoscedasticity) ตรวจสอบโดยพิจารณาจากกราฟการกระจายตัวของข้อมูล (scatter plot)



จากกราฟ ค่าคลาดเคลื่อนมีค่าอยู่ในช่วงแคบๆ ไม่ว่าตัวแปรอิสระ (y) จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร จึงสรุปได้ว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่

4.2 ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ ตรวจสอบโดยพิจารณาค่า residual จากตาราง residual statistics ซึ่งต้องมีค่าใกล้เคียงหรือเท่ากับศูนย์

Residuals Statistics[a]

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	13.7439	22.1008	18.7728	1.77862	88
Residual	-7.15545	6.20743	.00000	2.37055	88
Std. Predicted Value	-2.827	1.871	.000	1.000	88
Std. Residual	-2.858	2.479	.000	.947	88

จากการทดสอบ จากตาราง ค่า residual มีค่าเท่ากับศูนย์จึงสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าเป็นศูนย์

ภาคผนวก ข

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ความเข้มแข็งในการมองโลก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.9 มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง รองลงมาร้อยละ 38.9 มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 2.1 ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเข้มแข็งในการมองโลก (N=95)

ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ	2	2.1
ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง	37	38.9
ความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง	56	58.9

การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 รับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง รองลงมาร้อยละ 13.7 รับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 2.1 รับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (N=95)

ระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	2	2.1
รับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	13	13.7
รับรู้การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	80	84.2

ความทุกข์ทรมานจากอาการ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 มีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 16.7 มีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการในระดับสูง (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ (N=90)

ระดับความทุกข์ทรมานจากอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับต่ำ	75	83.3
มีความทุกข์ทรมานจากอาการระดับปานกลาง	15	16.7

เมื่อพิจารณาตามจำนวนอาการตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการอยู่ในช่วง 0-10 อาการ โดยจำนวนอาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.3 (SD = 2.3) ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ18.9 มีอาการจำนวน 3 อาการ รองลงมาร้อยละ 16.8 มีอาการจำนวน 2 อาการ และร้อยละ 14.7 มีอาการจำนวน 5 อาการ และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 5.3 เท่านั้นที่ไม่มีอาการ (ตาราง 4)

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนการเกิดอาการ (N=95)

จำนวนอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	5	5.3
มี 1 อาการ	2	2.1
มี 2 อาการ	16	16.8
มี 3 อาการ	18	18.9
มี 4 อาการ	12	12.6
มี 5 อาการ	14	14.7
มี 6 อาการ	10	10.5
มี 7 อาการ	8	8.4

ตาราง 4 (ต่อ)

จำนวนอาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มี 8 อาการ	8	8.4
มี 9 อาการ	1	1.1
มี 10 อาการ	1	1.1

และพบว่า อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า พบได้ถึงร้อยละ 75.8 รองลงมา คือ อาการปวด และอาการหายใจลำบาก/หอยเหนื่อย พบได้ร้อยละ 54.7 และอาการนอนไม่หลับ พบได้ร้อยละ 50.5 และพบว่าอาการที่พบน้อยที่สุด คือ อาการซึมเศร้า พบเพียงร้อยละ 11.6 (ตาราง 5)

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการ(N=95)

อาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อ่อนเพลียเหนื่อยล้า	72	75.8
ปวด	52	54.7
หายใจลำบาก/ หอบเหนื่อย	51	54.7
นอนไม่หลับ	48	50.5
เบื่ออาหาร	43	46.3
ท้องผูก	39	41.1
คลื่นไส้/อาเจียน	22	23.2
วิตกกังวล	31	32.6
ท้องเสีย	17	17.9
สับสน	17	17.9
ซึมเศร้า	11	11.6

เมื่อพิจารณาตามความทุกข์ทรมานจากอาการ พบว่า อาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ อาการปวด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ6.1 (SD = 2.6) รองลงมา คือ อาการเบื่ออาหาร โดยมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.8 (SD = 2.6) อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย นอนไม่หลับ และคลื่นไส้อาเจียน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.7 (SD = 3.0, 2.8, 2.5 ตามลำดับ) และพบว่า อาการที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด คือ อาการวิตกกังวล โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 (SD = 1.4) (ตาราง 6)

ตาราง 6

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความทุกข์ทรมานจากอาการจำแนกตามอาการ

อาการ	จำนวน (คน)	Range	Min	Max	M	SD
อ่อนเพลียเหนื่อยล้า	72	2-12	2	12	5.6	2.5
ปวด	52	2-12	2	12	6.1	2.6
หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย	52	2-12	2	12	5.7	3.0
นอนไม่หลับ	48	2-12	2	11	5.7	2.8
เบื่ออาหาร	44	2-12	2	12	5.8	2.6
ท้องผูก	39	2-12	2	11	5.3	2.3
คลื่นไส้/อาเจียน	22	2-12	2	10	5.7	2.5
วิตกกังวล	31	2-12	2	11	4.6	2.4
ท้องเสีย	17	2-12	2	6	4.0	1.4
สับสน	17	2-12	2	7	4.5	1.8
ซึมเศร้า	11	2-12	2	10	5.4	2.5

ความสามารถทางด้านร่างกาย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.4 มีความสามารถทางด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง รองลงมาร้อยละ 30.5 มีความสามารถทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 1.1 ที่มีความสามารถทางด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 7)

ตาราง 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความสามารถทางด้านร่างกาย (N=95)

ความสามารถทางด้านร่างกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสามารถทางด้านร่างกายระดับต่ำ	1	1.1
ความสามารถทางด้านร่างกายระดับปานกลาง	29	30.5
ความสามารถทางด้านร่างกายระดับสูง	65	68.4

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับความสามารถทางด้านร่างกาย(N=95)

ความสามารถทางด้านร่างกาย (PPS)	จำนวน	ร้อยละ
10	0	0
20	0	0
30	1	1.1
40	5	5.3
50	13	13.7
60	11	11.6
70	9	9.5
80	9	9.5
90	41	43.2
100	6	6

คุณภาพชีวิต

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.3 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 33.7 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ตาราง 9)

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (N=95)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	63	66.3
คุณภาพชีวิตระดับสูง	32	33.7

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 36.8 รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และร้อยละ 13.7 รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 9.5 ที่รับรู้คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับแย่ถึงแย่ที่สุด (ตาราง 10)

ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิต (N=95)

คุณภาพชีวิตโดยรวมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แย่ที่สุด	1	1.1
แย่	8	8.4
ปานกลาง	38	40.0
ดี	35	36.8
ดีมาก	13	13.7

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปร โดยเปลี่ยนตัวแปรคุณภาพชีวิต เป็นตัวแปรคุณภาพชีวิตโดยรวมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .19$, $p < .05$) ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.30$, $p < .01$) และความสามารถทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = .37$, $p > .01$) (ตาราง 11)

ตาราง 11

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N=88)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. อายุ	1										
2. เพศ	.33**	1									
3. ศาสนา	.15	-.13	1								
4. สถานภาพสมรส	.06	.16	-.15	1							
5. ความเพียงพอของรายได้	.02	-.08	.01	-.03	1						
6. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.24**	.22*	-.18*	-.08	-.03	1					
7. ความเข้มแข็งในการมองโลก	.25**	.05	.11	-.01	-.04	.06	1				
8. การสนับสนุนทางสังคม	-.08	-.12	-.14	-.01	-.17	-.05	-.07	1			
9. ความความทุกข์ทรมานจากอาการ	-.06	-.02	-.05	.05	.29**	-.22*	-.44**	.07	1		
10. ความสามารถทางด้านร่างกาย	-.29**	-.13	-.10	.12	-.13	.06	.05	.11	-.33**	1	
11. คุณภาพชีวิตตามการรับรู้	-.15	-.06	-.15	-.01	-.20*	.07	.33**	.19*	-.30**	.37**	1

*$p < .05$, **$p < .01$

ภาคผนวก ค
ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวมณี แสงแก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาทำวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแล และพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ท่านเป็นผู้ที่มีความเหมาะสมและมีความสำคัญในการทำการวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามที่จัดมาให้ ดิฉันขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปตามสมัครใจของท่าน โดยที่ท่านมีสิทธิที่จะยินยอมหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัย และหากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยแล้ว ในขณะดำเนินวิจัยท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการของท่าน โดยไม่มีเงื่อนไขหรือส่งผลกระทบต่อการได้รับการรักษาพยาบาลใดๆ ที่ท่านจะได้รับจากทางโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ-นามสกุลของท่าน และข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะสรุปและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น และระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามได้ตามความต้องการ ดิฉันขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้ด้วย

หากท่านมีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยได้ทั้งแบบมีลายลักษณ์อักษร และไม่มีลายลักษณ์อักษร หากท่านมีความประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยแบบมีลายลักษณ์อักษร ท่านสามารถลงนามในข้อความซึ่งอยู่ถัดไป

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางสาวมณี แสงแก้ว

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

.....	.....
(……)	(นางสาวมณี แสงแก้ว)
ผู้เข้าร่วมวิจัย	ผู้วิจัย
(วัน/เดือน/ปี)…..……	(วัน/เดือน/ปี)…..……

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

เลขที่แบบสอบถาม❑ ❑❑

รหัสโรค❑ ❑

วันที่…../……./…….

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดปัจจัยคัดสรรที่ทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน7 ชุด โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลและอาการทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ชุดที่ 2 แบบวัดความสามารถทางด้านร่างกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 16 คำถาม

ชุดที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกจำนวน 13 คำถาม

ชุดที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 คำถาม

ชุดที่ 4 แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ จำนวน11 คำถาม

ชุดที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 26 คำถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้วิจัย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลและอาการทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

<table>
<tr><th>❑ Cancer</th><th>❑ COPD</th><th>❑ Heart Failure</th><th>❑ ESRD</th></tr>
<tr><td>CA stage IV</td><td>Functional Class IV</td><td>NYHA Class IV</td><td>CrCl <10ml/min
=……</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Organ metastasis
Λ Liver

Λ Brain
Λ Bone
Λ Lung
Λ Other……..
No data of organ metastasis</td><td>FEV1 (< 30%) =……
No No data</td><td>EF (< 25%) =……
No No data</td><td>Serum creatinine> 8mg/dl
=……
…</td></tr>
<tr><td>Cor pulmonale
No No data</td><td>Arrhythmia
No No data</td><td rowspan="2">Renal replacement therapy
Λ CAPD
Λ Hemodialysis
Λ Kidney Transplatation
NO</td></tr>
<tr><td>Resting tachycardia> 100/min
No</td><td>History of cardiac arrest and resuscitation
No</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>Abnormal ABG
pO2 </= 50 mmHg
O2 saturation < 88%
pCO2>/= 50 mmHg
No No data</td><td>History of syncope
No</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>Cardiogenic brain embolism
No</td></tr>
<tr><td>Home O2 therapy</td></tr>
</table>

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถทางด้านร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS) =……

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100 %	Λ เคลื่อนไหวปกติ	Λ ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค	Λ ทำได้เอง	Λ ปกติ	Λ รู้สึกตัวดี
90 %	Λ เคลื่อนไหวปกติ	Λ ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	Λ ทำได้เอง	Λ ปกติ	Λ รู้สึกตัวดี
80 %	Λ เคลื่อนไหวปกติ	Λ ต้องออกแรงอย่างมากในการทำกิจกรรมตามปกติ มีอาการของโรคบางอาการ	Λ ทำได้เอง	Λ ปกติ หรือ ลดลง	Λ รู้สึกตัวดี
70 %	Λ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	Λ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีอาการของโรคอย่างชัดเจน	Λ ทำได้เอง	Λ ปกติ หรือ ลดลง	Λ รู้สึกตัวดี
60 %	Λ ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง	Λ ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรืองานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างชัดเจน	Λ ต้องการความช่วยเหลือเป็นบางครั้งหรือบางเรื่อง	Λ ปกติ หรือ ลดลง	Λ รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50 %	Λ นั่ง หรือ นอนเป็นส่วนใหญ่	Λ ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการของโรคมากขึ้น	Λ ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น	Λ ปกติ หรือ ลดลง	Λ รู้สึกตัวดี หรือ สับสน

ชุดที่ 2 (ต่อ)

ระดับ PPS	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
40 %	Λ นอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	Λ ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีอาการของโรคมากขึ้น	Λ ต้องการความช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	Λ ปกติ หรือ ลดลง	Λ รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30 %	Λ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	Λ ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคมากขึ้น	Λ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	Λ ปกติ หรือ ลดลง	Λ รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20 %	Λ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	Λ ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคมากขึ้น	Λ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	Λ จิบน้ำได้เล็กน้อย	Λ รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10 %	Λ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา	Λ ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรคมากขึ้น	Λ ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด	Λ รับประทานทางปากไม่ได้	Λ ง่วงซึม หรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0 %	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ: เครื่องหมาย+/- หมายถึงอาจมี หรือไม่มีอาการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับเข้าร่วมวิจัย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย☑ หน้าข้อความที่เป็นจริงกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

❑ หญิง ❑ ชาย

3. ศาสนา

❑ พุทธ ❑ คริสต์

❑ อิสลาม ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. สถานภาพสมรส

❑โสด ❑ คู่ ❑ หม้าย

❑ หย่าร้าง ❑ แยกกันอยู่ ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. ระดับการศึกษา

❑ ไม่ได้เรียนหนังสือ ❑ ประถมศึกษา ❑ มัธยมศึกษา

❑ ปริญญาตรี ❑ สูงกว่าปริญญาตรี ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. แหล่งรายได้

❑ ไม่มีรายได้

❑ จากการประกอบอาชีพ

โปรดระบุ Λ รับจ้าง Λ ค้าขาย Λ ข้าราชการ Λ เกษตรกร Λ อื่นๆ……

❑ จากคู่สมรส ❑ จากบุตร/หลาน

❑ จากบำเหน็จ/บำนาญ ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

5. รายได้ของครอบครัว

❑ ต่ำกว่า 5,000 บาท ❑ 5,000-10,000 บาท

❑ 15,000-20,000 บาท ❑ มากกว่า 20,000 บาท

6. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว(ต่อเดือน)

❑ เพียงพอและมีเงินเก็บ ❑ เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเก็บ

❑ ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน ❑ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน

7. สิทธิการรักษาพยาบาล

❑ จ่ายเงินสด ❑ ประกันสังคม

❑ บัตรประกันสุขภาพ ❑ เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)

8. สถานภาพของท่านในครอบครัว

❑ หัวหน้าครอบครัว ❑ สมาชิกในครอบครัว

❑ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

9. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับผู้ใด

❑ อยู่คนเดียว ❑ อยู่กับคู่สมรส ❑ อยู่กับลูก/หลาน

❑ อยู่กับพ่อแม่ ❑ อยู่กับคู่สมรส/ลูก/หลาน

❑ อยู่กับญาติพี่น้อง ❑ อยู่กับคู่สมรส/พ่อแม่/ลูกหลาน/พี่น้อง

❑ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

10. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (โปรดระบุจำนวน .....คน

11. ลักษณะของที่อยู่อาศัย

❑ บ้านของตนเอง ❑ บ้านเช่า

❑ บ้านลูกหลาน/ญาติ ❑ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

12. เมื่อเกิดความเจ็บป่วย บุคคลที่ช่วยเหลือและดูแลท่าน

❑ คู่สมรส ❑ ลูกหลาน ❑ คู่สมรส/ลูก/หลาน

❑ พ่อแม่ ❑ ญาติ-พี่น้อง ❑ เพื่อน

❑ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชุดที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งข้อความต่อไปนี้เป็นการถามการมองชีวิตในแง่มุมต่างๆ แต่ละข้อคำถามจะมีตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่1 ถึง 5 โดยตำแหน่ง 1 และ 5 จะมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงข้ามกัน ส่วนตัวเลขตรงกลางจาก2 ถึง 4 จะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของท่าน โปรดทำเครื่องหมายวงกลม Λ รอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ท่านมีความรู้สึกว่า ท่านไม่สนใจสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวท่านบ่อยเพียงใด

ไม่เคยรู้สึกเลย 1 2 3 4 5 รู้สึกแบบนี้บ่อย

2. ในอดีตที่ผ่านมาท่านพบกับความแปลกใจในการกระทำของบุคคล ที่ท่านคิดว่ารู้จักเขาเป็นอย่างดีบ้างหรือไม่

ไม่เคยเกิดขึ้นเลย 1 2 3 4 5 เกิดขึ้นอยู่เสมอ

3. ท่านรู้สึกบ้างไหมว่าคนที่ท่านไว้ใจ ทำให้ท่านผิดหวัง

ไม่เคยรู้สึกเลย 1 2 3 4 5 รู้สึกอยู่เสมอ

4. จนกระทั่งบัดนี้ ชีวิตของท่านมีจุดประสงค์หรือเป้าหมายบ้างหรือไม่

ไม่มีเลย 1 2 3 4 5 มีอย่างชัดเจน

5. ท่านมีความรู้สึกว่าท่านไม่ได้รับความยุติธรรมบ้างหรือไม่

มีอย่างชัดเจน 1 2 3 4 5 ไม่มีเลย

6. ท่านมีความรู้สึกว่าท่านอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และไม่ทราบว่าจะทำอะไรบ่อยเพียงใด

บ่อยมาก 1 2 3 4 5 ไม่เคยรู้สึกเลย

7. ท่านรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่ท่านกระทำอยู่ทุกวันนี้

ยินดีและพอใจมาก 1 2 3 4 5 เหนื่อยหน่าย /ทุกข์ใจ

8. ท่านมีความรู้สึกนึกคิดสับสนบ่อยเพียงใด

บ่อยมาก 1 2 3 4 5 ไม่เคยรู้สึกเลย

9. บ่อยแค่ไหนที่ท่านเกิดความคิดว่า ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นภายในจิตใจของท่านนั้นไม่น่าจะเกิดขึ้น

บ่อยมาก 1 2 3 4 5 ไม่เคยรู้สึกเลย

10. คนเราทุกคนไม่ว่าจะแข็งแกร่งอย่างไรก็ตามบางครั้งในบางสถานการณ์ จะรู้สึกจมอยู่ในความทุกข์ ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้บ่อยแค่ไหน ในอดีตที่ผ่านมา

รู้สึกบ่อยมาก 1 2 3 4 5 น้อยมากหรือไม่มีเลย

11. เมื่อเหตุการณ์ที่ท่านคาดคิดว่าไว้เกิดขึ้นจริง ท่านมักจะพบว่า

ท่านคาดคิดถึงความสำคัญ 1 2 3 4 5 ท่านคาดคิดเหตุการณ์ได้
ของเหตุการณ์นั้นน้อย ตรงกับความเป็นจริง
หรือมากเกินไป

12. ท่านมีความรู้สึกว่าสิ่งที่ท่านกระทำอยู่ในทุกวันนี้ไม่ค่อยมีความหมายบ่อยเพียงใด

รู้สึกบ่อยมาก 1 2 3 4 5 น้อยมากหรือไม่มีเลย

13. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่า ท่านจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้บ่อยแค่ไหน

บ่อยมาก 1 2 3 4 5 ไม่เคยคิดเช่นนั้นเลย

ชุดที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อจบแล้ว ให้ท่านประเมินถึงการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว (ได้แก่ สามี ภรรยา ลูกหลาน ญาติพี่น้อง) โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวามือ โดยคำถามในแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ข้อความดังกล่าวท่านไม่ได้รับการช่วยเหลือเลย

เล็กน้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวท่านได้รับการช่วยเหลือเล็กน้อย

บางครั้ง หมายถึง ข้อความดังกล่าวท่านได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว

ค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวท่านได้รับการช่วยเหลือค่อนข้างมาก

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวท่านได้รับการช่วยเหลือมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	บางครั้ง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ครอบครัวของท่านให้คำแนะนำและแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ครอบครัวของท่านให้ความสนใจเอาใจใส่ในสุขทุกข์ของท่าน					
3. ครอบครัวของท่านให้ความมั่นใจว่าเขาจะช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการ					
4. ครอบครัวของท่านช่วยให้ท่านมีขวัญและกำลังใจ เมื่อท้อแท้					
5. ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถให้ความไว้วางใจ สามารถปรับทุกข์ บอกความในใจกับครอบครัวของท่านได้					
6. ครอบครัวของท่านให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน					
7. ครอบครัวของท่านให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการเงินหรือต้องการความช่วยเหลือที่รีบด่วน					

ชุดที่ 4 แบบวัดความทุกข์ทรมานจากอาการ

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบความทุกข์ทรมานจากอาการ โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องคำตอบหรือทำเครื่องหมายวงกลมรอบบริเวณตัวเลขที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันที่ผ่านมามากที่สุด

ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีประสบการณ์กับอาการ อย่างไร(ถ้าไม่มีอาการดังกล่าว ให้ข้ามไปตอบข้อถัดไป)

อาการ	ไม่มี	มี	คุณมีอาการบ่อยแค่ไหน				อาการมีความรุนแรงมากแค่ไหน				รบกวนการดำเนินชีวิตคุณแค่ไหน				
			นานๆ ครั้ง	เป็นครั้งคราว	บ่อย	ประจำ	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ปวด			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. เหนื่อยล้า			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
4. คลื่นไส้/อาเจียน			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. ท้องผูก			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. ท้องเสีย			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. เบื่ออาหาร			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. นอนไม่หลับ			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. สับสน			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. ซึมเศร้า			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. วิตกกังวล			1	2	3	4	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. อาการอื่นๆ (ระบุ).....															
รวม															

ชุดที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตเมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อจบแล้ว ให้ท่านประเมินตามความคิดและความรู้สึก แล้วทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ให้ตรงกับความคิดและความรู้สึกของท่านมากที่สุดโดยคำถามในแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของท่านอย่างมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของท่านอย่างมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบัน ของท่านปานกลางหรือพอประมาณ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ค่อยตรงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ตรงกับความคิดและความรู้สึกในปัจจุบันของท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ปานกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันได้รับการควบคุมและจัดการกับอาการเป็นอย่างดีและเพียงพอ					
2. ฉันรู้สึกไม่สบายอยู่ตลอดเวลา					
3. ฉันยอมรับว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติและเป็นความจริงของชีวิต					
4. ฉันมีความพึงพอใจกับการควบคุมอาการของฉันที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน					
5. ความไม่สุขสบายทางร่างกาย มีผลทำให้ฉันไม่สามารถที่จะสนุกกับชีวิตได้					
6. ฉันสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น					
7. ฉันไม่สามารถทำในหลายๆ สิ่งที่ฉันอยากทำหรือชอบทำ					
ข้อความ	**ไม่เห็น**	**ไม่เห็น**	**ปาน**	**เห็น**	**เห็น**

	ด้วยอย่างยิ่ง	ด้วย	กลาง	ด้วย	ด้วยอย่างยิ่ง
8. ฉันพึงพอใจกับความสามารถในการทำกิจวัตประจำวันของฉัน					
9. ฉันยอมรับว่า ในความเป็นจริงฉันไม่สามารถทำในหลายๆ สิ่งที่ฉันเคยทำได้ในอดีต					
10. ฉันมีความพึงพอใจในชีวิต ที่ฉันสามารถทำกิจกรรมและสามารถดูแลตัวเองได้อย่างอิสระ					
11. ฉันสามารถพูดในสิ่งที่สำคัญกับคนที่ใกล้ชิดหรือคนที่รัก					
12. ในขณะนี้ ฉันมีความรู้สึกว่าได้ใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้างมากกว่าก่อนที่จะเจ็บป่วย					
13. ฉันพึงพอใจกับความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเพื่อน					
14. ปัจจุบัน ฉันได้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวและเพื่อน					
15. การมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง เป็นสิ่งที่สำคัญกับฉัน					
16. ฉันกังวลกับความไม่แน่นอนในสิ่งที่เกิดขึ้นเพราะเป็นสิ่งที่คาดคิดมาก่อน					
17. ถ้าฉันต้องตายในวันนี้ ฉันได้เตรียมตัวและรู้สึกสงบกับความตายที่เกิดขึ้น					
18. ฉันมีความพึงพอใจเป็นอย่างมากกับตัวเองที่เป็นอยู่ตอนนี้มากกว่าก่อนที่ฉันจะป่วย					
19. การเจ็บป่วยที่ยาวนานของฉัน ยิ่งทำให้ฉันรู้สึกกังวลกับสิ่งที่ฉันไม่สามารถควบคุมได้					
20. ความสุขสงบด้วยตัวเองเป็นสิ่งที่สำคัญกับฉัน					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ปานกลาง	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
21. ฉันรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งและถูกตัดขาดจากทุกอย่าง มากกว่าก่อนที่ฉันจะป่วย					
22. ฉันรู้สึกดีขึ้น ที่มีความรู้สึกว่า ชีวิตของฉันมีความหมายมากกว่าที่ผ่านมา					
23. ฉันรู้สึกสุขสบายกับการที่จะคิดเกี่ยวกับความตายของฉันที่ใกล้เข้ามา					
24. ชีวิตของฉันไม่มีคุณค่า การดำเนินชีวิตในทุกๆ วันเป็นภาระที่หนักหน่วง					
25. การที่ได้รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหมายอยู่ มันเป็นสิ่งที่สำคัญมากกับฉัน					
ข้อความ	แย่ที่สุด	แย่	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
26. คุณคิดว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของคุณอยู่ในระดับไหน					

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี ภาควิชารังสีวิทยา
   คณะแพทย์ศาสตร์
   มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. คุณสิรินทร์ ศาสตรานุรักษ์ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ฝ่ายบริการพยาบาล
   คณะแพทย์ศาสตร์
   มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
   คณะพยาบาลศาสตร์
   มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวมณี แสงแก้ว

รหัสนักศึกษา 5210420015

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	**ชื่อสถาบัน**	**ปีที่สำเร็จการศึกษา**
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2544

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ (พป4) หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ฝ่ายบริการพยาบาล
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์