

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จิราพร มณีนคร พยบ.*, มนณพรรณ อุกน พยบ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา

โรคมะเร็งทางเดินอาหารเป็นมะเร็งที่พบเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย ซึ่งโรคและการรักษามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 105 ราย เลือกตามคุณสมบัติกำหนด ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2559 – มกราคม พ.ศ.2561 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยของสมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 66.9$, S.D. = 16.2) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความสามารถทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 42.2$, S.D. = 25.8) ขณะที่ด้านร่างกายและด้านความยากลำบากในการใช้ชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 65.6$, S.D. = 20.9 และ $\bar{x} = 57.4$, S.D. = 24.1 ตามลำดับ) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านอาการคลื่นไส้อาเจียนอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 80.5$, S.D. = 13.8 และ $\bar{x} = 78.9$, S.D. = 22.8 ตามลำดับ)

สรุปผล

ผลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร

* หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2, โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL TRACT CANCER IN SURGICAL WARD, MAHARAJ NAKORN CHIANGMAI HOSPITAL

Jiraporn Maneesorn B.N.S.* Monnoparat Utane M.N.S.*

ABSTRACT

BACKGROUND

Gastrointestinal tract cancer had been increasing in Thailand disease and treatment affect quality of life of these patients. Therefore facilitating patients to improve their quality of life is the important goal for caring cancer patients.

OBJECTIVE

To investigate quality of life in patients with gastrointestinal tract cancer in Surgical ward, Maharaj Nakorn Chiangmai.

METHOD

This descriptive study was conducted with 105 gastrointestinal tract cancer patients who received the treatment at Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital between November, 2016 to January, 2018. Data were collected using the demographic data record form and the Thai – Modified Function Living Index Cancer Questionnaire by Sumitra Thongprasert et al. Data were analyzed using descriptive statistics.

RESULT

The result showed that the patient's overall quality of life was at a good level ($\bar{x} = 66.9$, S.D. = 16.2). Considering in subscales of quality of life, social subscales was at a intermediate level ($\bar{x} = 42.2$, S.D. = 25.8), physical subscales and hardship subscales were at a good level ($\bar{x} = 65.6$, S.D. = 20.9 ; $\bar{x} = 57.4$, S.D. = 24.1 respectively). Whereas, the very good level were in psychology subscales and nausea subscales ($\bar{x} = 80.5$, S.D. = 13.8 ; $\bar{x} = 78.9$, S.D. = 22.8 respectively).

CONCLUTIONS AND DISCUSSIONS

The results of this study can be guided in developing a care model which may improve quality of life in patients with gastrointestinal tract cancer.

KEYWORDS : quality of life gastrointestinal tract cancer patient

* Surgical male 2 ward, Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital

ความเป็นมา

มะเร็งทางเดินอาหาร เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นได้ในทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดอาหารจนถึงทวารหนักพบได้บ่อยเป็นอันดับต้นๆ ในประเทศไทย¹ และทำให้เสียชีวิตมากกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ² เนื่องจากในระยะแรกมักมีอาการของโรคไม่รุนแรง และผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะลุกลามแล้ว การรักษามะเร็งทางเดินอาหารในปัจจุบันมีหลายวิธีได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี การรักษาร่วมกันโดยใช้ยาเคมีบำบัดรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) ภายหลังการผ่าตัดเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่เหลืออยู่หรือใช้หลายๆ วิธีร่วมกันขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้การแพทย์ในแต่ละราย³ ทำให้อัตราการรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดมีแนวโน้มดีขึ้น เพิ่มอัตราการรอดของผู้ป่วย⁴

แม้ว่าการรักษาในปัจจุบันช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับได้รับผลกระทบจากการรักษาเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารบางรายต้องใส่สายอาหารทางหน้าท้องเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้⁵ หรือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทวารเทียม พบว่า ต้องเผชิญปัญหาจากการขับถ่ายไม่มั่นใจในภาพลักษณ์ของตนเอง⁶ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตกลุ่มดังกล่าวของผู้ป่วย ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของการเจ็บป่วย จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

พยาบาลเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว จึงจำเป็นต้องศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารซึ่งมีแนวทางการรักษาที่เปลี่ยนแปลงและแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ส่วนในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาของ ปานจิต รัชชิวังค์⁷ ที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดทำทวารเทียม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารทั้งหมด เพื่อนำผลวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ.2561 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และหญิง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คัดเลือกตามคุณสมบัติคือ อายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตาราง Krejcie and Morgan⁸ ได้กลุ่มตัวอย่าง 105 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค ระยะการดำเนินของโรค การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน การรักษาที่ได้รับในอดีต

2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (The Thai – Modified Function Living Index Cancer) ของสุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ⁹ ซึ่งแปลจากแบบสอบถาม Function Living Index Cancer ของชิปเปอร์และคณะ¹⁰ แล้วนำมาปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน

รวมมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 66 คะแนน ค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแบ่งโครงสร้างคุณภาพชีวิตของเครื่องมือเป็นรายด้านยังคงหลากหลายและไม่ได้ระบุโครงสร้างรายด้านอย่างชัดเจน¹¹⁻¹⁴ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การแบ่งโครงสร้างรายด้านตามการศึกษาของ ฟร็องและคณะ¹⁵ เป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychology) ด้านความยากลำบากในการใช้ชีวิต (Hardship) ด้านอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea) และด้านสังคม (Social) โดยผู้วิจัยนำคะแนนรวมในแต่ละด้านและคะแนนรวมทั้งหมด มาปรับให้เป็น 100 คะแนน และปรับระดับการแปลผลเป็น คุณภาพชีวิตแย่มาก (0 - 25) ปานกลาง (25.1 - 50) ดี (50.1 - 75) และดีมาก (75.1 - 100) ในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามต้องการ เมื่อทราบแผนการจำหน่ายจากแพทย์ผู้ดูแลล่วงหน้า 1 วัน ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนกลับบ้าน โดยฝึกของและส่งคืนให้ผู้วิจัย เมื่อรับแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลโรคและการรักษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารวิจัยจริยธรรม เลขที่ 403/2559

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.32 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 86.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86.7) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.3) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.9) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 31.4) โดยเป็นมะเร็งทางเดิน

อาหารในตำแหน่งลำไส้ใหญ่ (colon) มากที่สุด (ร้อยละ 32.4) ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะที่ 3 และ 4 (ร้อยละ 34.3 และ 58.1 ตามลำดับ) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันคือเคมีบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 44.8) รองลงมาก็คือการผ่าตัด (ร้อยละ 23.7) และรักษาประคับประคองตามอาการ (ร้อยละ 10.5) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยรักษามะเร็งมาแล้วร้อยละ 67.6 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=105)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)	Mean (SD)= 60.32 (9.94)	Min-Max = 19-80
เพศ		
ชาย	91	86.7
หญิง	14	13.3
สถานภาพสมรส		
โสด	5	4.7
คู่	91	86.7
หม้าย หย่า แยก	9	8.6
ศาสนา		
พุทธ	99	94.3
คริสต์	6	5.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	12	11.4
ประถมศึกษา	45	42.9
มัธยมศึกษา	21	20.0
ประกาศนียบัตร	6	5.7
ปริญญาตรี	13	12.4
สูงกว่าปริญญาตรี	8	7.6
อาชีพ		
เกษตรกร	33	31.4
รับจ้าง	23	21.9
ข้าราชการบำนาญ	19	18.1
รับราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	9.6
ค้าขาย	5	4.8
ไม่มีอาชีพ	15	14.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งของมะเร็ง		
Colon	34	32.4
Stomach	31	29.5
Rectum	21	20.0
Esophagus	16	15.2
อื่นๆ	3	2.9
ระยะของโรค		
ระยะที่ 2	6	5.7
ระยะที่ 3	36	34.3
ระยะที่ 4	61	58.1
ไม่ทราบระยะ	2	1.9
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
เคมีบำบัด	47	44.8
ผ่าตัด	25	23.7
ฉายรังสี	1	1.0
ส่องกล้อง	9	8.6
ผ่าตัดและเคมีบำบัด	6	5.7
รังสีและยาเคมีบำบัด	5	4.7
ผ่าตัดและฉายรังสี	1	1.0
รักษาประคับประคองตามอาการ	11	10.5
ประวัติการรักษาเมื่		
ไม่เคยรักษา	34	32.4
เคยรักษามาแล้ว	71	67.6

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดี ($\bar{x} = 66.9$, S.D. = 16.2) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตในด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 42.2$, S.D. = 25.8) ขณะที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านความยากลำบากใน

การใช้ชีวิตอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 65.6$, S.D. = 20.9 และ $\bar{x} = 57.4$, S.D. = 24.1 ตามลำดับ) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านอาการคลื่นไส้อาเจียนอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 80.5$, S.D. = 13.8 และ $\bar{x} = 78.9$, S.D. = 22.8 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารรายด้านและโดยรวม (n=105)

คุณภาพชีวิต	คะแนนที่ได้ $\bar{x}$ (S.D.)	แปลผลระดับคุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย	65.6 (20.9)	ดี
ด้านจิตใจ	80.5 (13.8)	ดีมาก
ด้านความยากลำบากในการใช้ชีวิต	57.4 (24.1)	ดี
ด้านอาการคลื่นไส้อาเจียน	78.9 (22.8)	ดีมาก
ด้านสังคม	42.2 (25.8)	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	66.9 (16.2)	ดี

อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 เรียกว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของสวนดอก หรือ Suandok Palliative Care Model¹⁶ โดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและมีอาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งกำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการต่างๆ รวมถึงบรรเทาจากความปวด จากทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดถึงตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์¹⁷ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารการให้การดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลชัดเจนที่สุดต่อคุณภาพชีวิต เช่น การทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมารับประทานอาหารได้อีกครั้ง ระยะเวลาอนโรพยาบาลสั้นขึ้น และอาจจะไม่ต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ซ้ำอีก¹⁸ อีกทั้งปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานงานและสร้างเครือข่ายในชุมชน มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยและ

ครอบครัวให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรคและความต้องการของผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการใช้ชีวิตได้ดีขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁹ โดยที่ผ่านมา มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดลำไส้ออกจากหน้าท้อง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ของปานจิตร รังษีวงศ์⁷ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ของสุดครอง รินจ้อย และคณะ²⁰ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ผลของการศึกษาค้นคว้านี้ทำให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในหลายปีที่ผ่านมา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ดีขึ้นตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมาก ขณะที่คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านความยากลำบากในชีวิตอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตผู้ป่วย ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ หลายรายเกิดภาวะซึมเศร้า และหมดหวังหรือหมดอาลัยตายอยาก ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดคุณภาพชีวิตที่แย่ลง²¹ นอกจากนี้ อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากสภาวะลุกลามของโรคและ

การรักษาอาทิ เช่น ความเมื่อยล้า ปวด ชาปลายมือ ปลายเท้า สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น²² อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มยอมรับสถานการณ์ได้ และปรับตัวยอมรับการใช้ชีวิตในมุมบวกมากขึ้น และหาหนทางที่ใช้ชีวิตอยู่กับโรค²³ ซึ่งเป็นกระบวนการของการปรับทัศนคติและเข้าใจคุณค่าของตัวเองใหม่ ที่เรียกว่า การปรับตัวและการตอบสนองการเปลี่ยนแปลง (reframing/response shift) จะทำให้เกิดการเข้าใจกับโรคที่เป็น มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน²⁴ นอกจากนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและแหล่งชุมชนสามารถช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ที่รอดชีวิตจากมะเร็งกระเพาะอาหารที่พบว่า คุณภาพชีวิตจะดีขึ้นเป็นปกติ ภายหลังจากการผ่าตัด 6 เดือน²⁶ เนื่องจากสามารถปรับตัวได้เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่านมา^{27,28}

ขณะที่ด้านอาการคลื่นไส้อาเจียนอยู่ในระดับตํ่ามาก อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันมียาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดอาการคลื่นไส้อาเจียน²⁹ นอกจากนี้ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลได้นำการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในหอผู้ป่วย เช่น การใช้ผ้าซึงเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยพบว่า สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{30,31} ส่วนด้านสังคมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีทวารเทียมทางหน้าท้อง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางภาพลักษณ์ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางเพศ มีความวิตกกังวล กลัวการเกิดกลิ่นและการรื้อซึมของอุจจาระ³² นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่มีสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง ซึ่งอาจไม่สะดวกในการเข้าสังคมจึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง

ถึงแม้ว่าผลวิจัยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ยังมีบางด้านโดยเฉพาะ ด้านสังคม ที่ยังพบปัญหา ดังนั้นการหาวิธีส่งเสริมแรงสนับสนุนทาง

สังคมเพื่อเพิ่มความมั่นใจด้านภาพลักษณ์และการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น จึงมีความสำคัญในการจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ร่วมทั้งการประสานงานกับแหล่งความรู้ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจและภาพลักษณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติ

ข้อจำกัด

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาข้อมูลในเพศหญิงเพิ่มขึ้น จะทำให้ได้ทราบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทั้งสองเพศ รวมถึงศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น เพื่อให้สามารถอ้างอิงประชากรในภาพรวมให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิธีการจัดการหรือการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสังคม ซึ่งต่ำกว่าด้านอื่นๆ

กิจกรรมประกาศ

รายงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาของ คุณสุพรรณิ เจริญวิเศษ ที่ให้โอกาสในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งสนับสนุนและติดตามความก้าวหน้าขอขอบคุณรศ.ดร.นันทมน วุฒานนท์ คุณชุตีใหม่เขียว และ คุณนงลักษณ์ อินตา ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย รวมทั้งบุคลากรทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัย

REFERENCES

1. National Cancer Institute. Hospital Based Cancer Registry 2016. Bangkok: Pornsub Printing; 2016.
2. World Health Organization. World Cancer Fact sheet. World cancer burden [internet]. 2012 [cited 2016 Feb 22]. Available from: http://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/cs_report_world.pdf
3. Sirilardtagoon S, Wongjanlongsin S, Aripayut P, Jirajarut M. Neoplasms-Nursing. Samut Prakan: Sinthaveekij; 2012.

4. Kannuch J, Namvongprom A, Pakdevong N. Self-Care Ability, Quality of Life, and GI Symptoms Management after the Self-Care Program of Patients with Chemotherapy. *Journal of nurses association of Thailand, North – Eastern Division* 2013;31(1):62-71.
5. Songthong A. Gastric Cancer. [internet]. 2014 [cited 2016 Feb 25]. Available from: http://www.chulacancer.net/uploads/articles_attc/1406704001.pdf
6. Chaleoykitti S, Poonchai S, Sawangchit S, Bandansin J. The Way of Life among Patients with Colostomy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2013;14(3):31-8.
7. Rangsiwong P. Quality of life in Colon and Rectal Cancer after colostomy. *Journal of suandok hospital* 2009;15(1):22-6.
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
9. Thongprasert S, Saengsawang I, Thaigla K. Reliability of the Thai – Modified Function Living Index Cancer Questionnaire Version 2 (T-FLIC 2) for the Evaluation of Quality of Life in Non-Small Cell Lung Cancer Patients. *J Med Assoc Thai* 2005;88(12):1809-15.
10. Schipper H, Clineh J, McMurray A, Levitt M. Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation. *J Clin Oncol* 1984;2(5):472-83.
11. King MT, Dobson AJ, Harnett PR. A comparison of two quality of life questionnaires for cancer clinical trials: The Functional Living Index Cancer (FLIC) and the quality of life questionnaire core module (QLQ-C30). *J Clin Epidemiol* 1996;40(1):21-9.
12. Goh CR, Lee KS, Tan TC, Wang TL, Tan CH, Wong J, et al. Measuring quality of life in different cultures: Translation of The Functional Living Index Cancer (FLIC) into Chinese and Malay in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 1996;25(3):323-34.
13. Morrow GR, Lingke J, Black P. Measurement of quality of life in patients: Psychometric analyses of The Functional Living Index Cancer (FLIC). *Qual Life Res* 1992;1(5):287-96.
14. Ruckdeschel JC, Piantadosi S. Quality of life in lung cancer surgical adjuvant trials. *Chest* 1994;106Suppl 6:S324-8.
15. Fong DY, Lee AH, Tung SY, Wong JY, Chan YM, Goh CR, et al. The Functional Living Index Cancer is a reliable and valid instrument in Chinese cancer patients. *Qual Life Res* 2014;23(1):311-6.
16. Suandok Palliative Care. Suandok' s Palliative care model. [internet]. 2008 [cited 2018 Feb 25]. Available from: <http://www.med.cmu.ac.th/spc/index.php/th/suandok-palliative-model>
17. Phokhwang-Just W. Palliative Care: A Case Study of Albert Ludwigs University Hospital, Freiburg, Germany. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;Suppl 4:S345-60.
18. McCall MD, Graham PJ, Bathe OF. Quality of life: A critical outcome for all surgical treatments of gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2016;22(3):1101-13.
19. Faguet BG. Quality end-of-Life cancer care: An overdue imperative. *Crit Rev Oncol Hematol* 2016;108:69-72.

20. Rinjoy S, Budjan K, Pongsataporn R, Kapan K, Siripanyawat S, Pirakanta S, et al. Quality of life in cancer patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2556.
21. Pasetto LM, Falci C, Compostella A, Sinigaglia G, Rossi E, Monfardini S. Quality of life in elderly cancer patients. *Eur J Cancer* 2007;43(10):1508-13.
22. Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors influencing the quality of life of patients with advanced cancer. *Appl Nurs Res* 2016;33:108-12
23. Cui J, Fang F, Shen F, Song L, Zhou L, Ma X, et al. Quality of life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill quality of life questionnaire: a survey in China. *J Pain Symptom Manage* 2014;48(5):893-902.
24. Marventano S, Forjaz MJ, Grosso G, Mistretta A, Giorgianni G, Platania A, et al. Health related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art, *BMC Surg* 2013;13 Suppl 2:S15.
25. Somjaivong B, Thanasilp S, Preechawong S, Sloan R. The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer Nurs* 2011;34:434-42.
26. Munene G, Francis W, Garland SN, Pelletier G, Mac LA, Bathe OF. The quality of life trajectory of resected gastric cancer. *J Surg Oncol* 2012;105(4):337-41.
27. Ramsey SD, Berry K, Moinpour C, Giedzinska A, Andersen MR. Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2002;97(5):1228-34.
28. Phipps E, Braitman LE, Stites S, Leighton JC. Quality of life and symptom attribution in long-term colon cancer survivors. *J Eval Clin Pract* 2008;14(2):254-8.
29. Malangpoothong R, Pongthavornkamol K, Sriyuktasuth A, Soparattanapaisarn N. Symptom Experiences, Management Strategies and Functional Status in Advanced Lung Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *J Nurs Sci* 2009;27:69-78.
30. Ryan JL, Heckler CE, Roscoe JA, Dakhil SR, Kirshner J, Flynn PJ, et al. Ginger (*Zingiber officinale*) reduces acute chemotherapy-induced nausea. *Support Care Cancer* 2012;20(7):1479-89.
31. Yekta ZP, Ebrahimi SM, Hosseini M, Nasrabadi AN, Sedighi S, Surmaghi MH, et al. Ginger as a miracle against chemotherapy-induced vomiting. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012;17(5):325-9.
32. Geraldo MS, Joelma ADL, Karina DCM, Elaine CF, Lydia MF. Health locus of control, body image and self-esteem in individuals with intestinal stoma. *J Coloproctol* 2017;37(3):216-24.