

# Relationships between Patient's Preference for Participation in Care, Gender, Age, Symptom Burden, and Perceived Quality of Care of Hematological Cancer Patients during Hospitalization\*

Kanaungnit Pongthavornkamol, RN, PhD<sup>1</sup>, Pichitra Lekdamrongkul, RN, MNS<sup>1</sup>,  
Noppadol Siritanaratkul MD<sup>2</sup>, Siwaporn Siripoon, RN<sup>2</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** To investigate the relationships between patients' preference for participation in care, gender, age, symptom burden, and perceived quality of care of hematological cancer patients during hospitalization.

**Design:** Descriptive correlational research.

**Methods:** The study sample consisted of 50 hematological cancer patients who were admitted in one university hospital in Bangkok, Thailand. Subjects were recruited by purposive sampling. Data were collected using 1) Demographic and Disease-related Characteristics Questionnaire, 2) The Control Preference Scale, 3) Memorial Symptom Assessment Scale-Global Distress Index, and 4) Quality of care from Patients' Perspective. Data were analyzed using descriptive statistics, Point Bi-serial, Spearman's rank correlation.

**Main findings:** Patients' age ranged from 18 to 78 years (mean = 47.14) and 64.0% were males. The most prevalent physical and psychological symptoms were dry mouth (54.0%) and worry (38.0%) respectively. Approximately one-third of patients (34.0%) preferred adopting a passive-shared role (the doctors and nurses make the decision after considering the patient's opinion). Subjects perceived quality of care at the level of good and very good (44% and 38% respectively). Perception of quality of care was significantly correlated with distressing symptom of lack of appetite ( $r = .318, p < .05$ ) and feeling irritable ( $r = .288, p < .05$ ). Women perceived higher quality of care than men in medical-technical competence dimension, ( $r = .351, p < .05$ ) and physical-technical conditions ( $r = .385, p < .05$ )

**Conclusion and recommendations:** Oncology nurses should be aware of gender-related factors and symptom burden on quality of care improvement that must be evaluated on the patient's perspective.

**Keywords:** quality of care, patient's preference for participation in care, gender, age, symptom burden

*J Nurs Sci. 2016;34(2):45-57*

*Corresponding Author: Associate Professor Kanaungnit Pongthavornkamol, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th*

*\* This research as part of a collaborative project between Faculty of Nursing, Mahidol University and Deakin University, Australia, was funded by Deakin University's The Centre for Quality and Patient Safety Research*

<sup>1</sup> *Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

<sup>2</sup> *Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

# ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เพศ อายุ การรบกวนจากอาการ และการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วย มะเร็งโลหิตวิทยาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล\*

คันฉ่อง พงศ์ถาวรกุล, PhD<sup>1</sup> พจิตรา เล็กดำรงกุล, พย.ม.<sup>1</sup> นพกุล ศิริธนารัตนกุล, พ.บ.<sup>2</sup> ศิวะพร ศิริกุล, พย.บ.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เพศ อายุ การรบกวนจากอาการ และการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**รูปแบบการวิจัย:** ศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ จำนวน 50 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ แบบประเมินอาการที่พบบ่อยในโรคมะเร็ง 10 อาการ และแบบประเมินคุณภาพการดูแลในมุมมองของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสหสัมพันธ์ สเปียร์แมนและพอยท์ไบซีเรียล

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-78 ปี เฉลี่ย 47.14 ปี (SD = 14.94) เป็นเพศชายร้อยละ 64.0 อาการด้านร่างกายที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการปากแห้ง (ร้อยละ 54.0) และด้านจิตใจ ได้แก่ กังวล/กลุ่มใจ (ร้อยละ 38.0) ระดับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างเลือกมากที่สุด (ร้อยละ 34.0) คือ passive-shared และรับรู้คุณภาพการดูแลในระดับดีและดีมาก (ร้อยละ 44 และ 38 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้คุณภาพการดูแลโดยรวมสัมพันธ์กับการรบกวนจากอาการเบื่ออาหาร ( $r = .318, p < .05$ ) และอาการหงุดหงิด ( $r = .288, p < .05$ ) เพศหญิงรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าเพศชายในด้าน Medical-technical competence ( $r = .351, p < .05$ ) และด้าน Physical-technical conditions ( $r = .385, p < .05$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** โรงพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยด้านเพศ และการรบกวนจากอาการต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งซึ่งควรประเมินจากมุมมองของผู้ป่วยเป็นฐาน

**คำสำคัญ:** คุณภาพการดูแล ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เพศ อายุ การรบกวนจากอาการ

J Nurs Sci. 2016;34(2):45-57

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์คันฉ่อง พงศ์ถาวรกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th

\* งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษานำร่องของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ Deakin University, Australia โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก Deakin University's The Centre for Quality and Patient Safety Research

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษา ยาวนานต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย การต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลถือเป็นสถานการณ์วิกฤติหนึ่งสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยมักต้องเผชิญกับอาการข้างเคียง/ไม่สบายต่างๆ ที่อาจเกิดได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาโรคมะเร็ง<sup>1,2</sup> อาการข้างเคียงเหล่านี้จะรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับการรักษาจึงเป็นประเด็นสำคัญของการดูแลสำหรับพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งตัวผู้ป่วย<sup>3</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยา ซึ่งมีการดำเนินโรคและการรักษาด้วยสูตรยาเคมีบำบัดที่ค่อนข้างซับซ้อน<sup>4</sup> มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียง เช่น การติดเชื้อ งานวิจัยที่ผ่านมานสนับสนุนชัดเจนว่าการจัดการอาการเฉียบพลันของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลยังขาดประสิทธิภาพสูงสุด<sup>1,2</sup> คุณภาพการดูแลที่ดีจึงมีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบบริการสุขภาพ<sup>5</sup>

คุณภาพการดูแล (quality of care) เป็นเป้าหมายสำคัญของระบบบริการสุขภาพแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยหลายมิติและองค์ประกอบ ซึ่ง Wilde และคณะ<sup>6</sup> ได้พัฒนาทฤษฎีคุณภาพการดูแลตามมุมมองของผู้ป่วย (model of quality of care from the patient's perspective) โดยเน้นการรับรู้/ความคาดหวังของผู้ป่วยเป็นฐานในการตัดสินใจคุณภาพการดูแลต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับ คุณภาพการดูแลในแนวคิดของ Wilde และคณะ<sup>6</sup> หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพการบริการทางสุขภาพที่ตนได้รับ โดยจะมองคุณภาพการดูแลหลายด้าน เช่น ด้านสมรรถนะของบุคลากรด้านกายภาพ/อุปกรณ์การรักษา การจัดการดูแล และสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ให้บริการ เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพการดูแลขององค์การอนามัยโลกที่มอง

คุณภาพการดูแลครอบคลุมใน 4 มิติ ได้แก่ 1) ความเชี่ยวชาญของทีมสุขภาพ 2) ความปลอดภัยของผู้ป่วย 3) ประสิทธิภาพของการรักษา และ 4) ความพึงพอใจของผู้ป่วย<sup>7</sup> โดยตระหนักถึงการรับรู้/ความคิดเห็นของผู้ป่วยเป็นฐาน รวมถึงให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยว่า มีผลต่อการรับรู้คุณภาพของการดูแล<sup>8</sup> นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพต้องอาศัยความร่วมมือกับทีมสุขภาพสหสาขาด้วย<sup>9</sup> คุณภาพการดูแลตามมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านความชอบ หรือความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วย (patients' preference for participation in care) ปัจจัยเฉพาะบุคคล และลักษณะความเจ็บป่วย<sup>6</sup>

ปัจจุบันประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลได้รับความสนใจจากระบบบริการสุขภาพในระดับนานาชาติว่า สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ส่งเสริมระบบสุขภาพที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้<sup>10</sup> การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลจะช่วยในด้านการประเมินคุณภาพของการดูแล ช่วยลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงคุกคามชีวิต<sup>11</sup> และผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย<sup>12</sup> การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่บทบาทของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการรักษา โดยกำหนดให้ความต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาเป็นตัวแปรที่ศึกษา<sup>13</sup> ปัจจุบันมีการนำแนวคิดนี้มาศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลที่ครอบคลุมไปถึงกิจกรรมการรักษาและพยาบาลมากขึ้น การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการภาวะโรคเรื้อรัง เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากกว่าทีมสุขภาพ<sup>14</sup> โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งยังไม่มีความชัดเจนในทางปฏิบัติ เนื่องจากยังมีการศึกษาวิจัยในประเด็นนี้น้อย

นอกจากนี้ การรับรู้คุณภาพการดูแลอาจสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย เช่น เพศ อายุ การรบกวนจากอาการข้างเคียง มีการศึกษาพบว่าเพศหญิงรับรู้คุณภาพการดูแลต่ำกว่าเพศชาย<sup>7,15</sup> และบทบาทของการมีส่วนร่วมในการรักษาแบบ passive มากกว่า

เพศชาย<sup>16,17</sup> ผู้ป่วยอายุมากรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยและผู้ป่วยที่เผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการมาก รับรู้คุณภาพการดูแลต่ำกว่า<sup>18</sup> อย่างไรก็ตามก็ตีผลการศึกษายังไม่อาจสรุปได้ชัดเจน ยังมีผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่น ด้านเพศ บางการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าเพศชาย<sup>9,19</sup> ขณะที่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และการรับรู้คุณภาพการดูแล<sup>20</sup>

ปัจจุบันประเด็นคุณภาพการดูแลตามมุมมองของผู้ป่วย และความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลได้รับความสนใจจากองค์กรทางสุขภาพในระดับประเทศและนานาชาติ สำหรับนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการจักระบบสุขภาพที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย แต่ยังมี ความจำกัดในประเทศไทยเนื่องจากเป็นประเด็นที่ยังไม่มีการศึกษามากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาซึ่งถือเป็นกลุ่มเปราะบางต่อผลกระทบที่จะได้รับจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่ซับซ้อน จาก การทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบมีผู้ศึกษามาก่อนในประเทศไทย ทั้งการศึกษาคุณภาพการดูแลที่ประเมินตัดสินโดยใช้ การรับรู้/มุมมองของผู้ป่วยเป็นฐาน และความสัมพันธ์ของ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้คุณภาพ การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาระหว่างรับการรักษาใน โรงพยาบาล และความสัมพันธ์กับความต้องการมีส่วนร่วม ในการดูแล เพศ อายุ การรบกวนจากอาการ ผลการศึกษา จะสามารถนำมาพัฒนาระบบการบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาระหว่างรับ การรักษาในโรงพยาบาล และอาจขยายไปสู่ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่ม อื่นๆ ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง โลหิตวิทยาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล อายุ เพศ การรบกวนจากอาการ และ การรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

### สมมติฐานการวิจัย

ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล อายุ เพศ การรบกวนจากอาการ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพ การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาระหว่างรับการรักษา ในโรงพยาบาล

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา โดยศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล อายุ เพศ การรบกวนจากอาการ และการรับรู้คุณภาพการดูแลของ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิต วิทยาทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2556 - กุมภาพันธ์ 2558 โดยเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยมะเร็ง ระบบโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมาแล้ว อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นไปตามข้อ ตกลงของโครงการวิจัยร่วมระหว่าง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ Deakin University ประเทศ ออสเตรเลีย เรื่อง “Patient participation in cancer-related symptom management in acute care settings: a pilot study of international cohort comparison” โดยคิดสัดส่วนประมาณร้อยละ 10 ของ จำนวนประชากรผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล<sup>21</sup> ได้กลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 50 ราย โดยคัดกรองผู้ป่วยให้กระจายอยู่ในทุกระดับของความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลทั้ง 5 ระดับ

### เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล อายุ เพศ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด วิธี

จ่ายค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลาตั้งแต่ทราบการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษาหรือยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

2. ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลใช้แบบสอบถาม The Control Preference Scale: CPS สร้างโดย Degner และคณะ<sup>22</sup> ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการแปล-แปลย้อนกลับ (translation-back translation process) เพื่อใช้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 แพทย์และพยาบาล เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลการรักษาทั้งหมด โดยผู้ป่วยไม่สนใจร่วมให้ความเห็นใดๆ ทั้งสิ้น (passive) ระดับที่ 2 แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจการรักษา หลังจากพิจารณาความคิดเห็นของผู้ป่วยประกอบอย่างจริงจัง (passive-shared) ระดับที่ 3 ผู้ป่วย/พยาบาล/แพทย์ เข้ามามีส่วนร่วมกันในการตัดสินใจเลือกการรักษาพร้อมกัน (collaborative) ระดับที่ 4 ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายในการเลือกการรักษาอาการของตนเองภายหลังการพิจารณาความเห็นของแพทย์/พยาบาลอย่างจริงจัง (active-shared) และระดับที่ 5 ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาสุดท้ายด้วยตนเองเท่านั้น (active) การตอบแบบสอบถาม จะแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ประเมินความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยเองใน 5 ระดับดังกล่าว โดยเรียงจากความต้องการมีส่วนร่วมระดับมากไปหาน้อย จากที่ผู้ป่วยชอบมากที่สุด (ใส่หมายเลข 1) จนถึงข้อความที่ชอบน้อยที่สุด (ใส่หมายเลข 5) และ 2) ให้ผู้ป่วยระบุระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้ (โดยเลือกจากบทบาทที่ใกล้เคียงที่สุดจาก 1 ใน 5 ระดับดังกล่าวข้างต้น) ในการศึกษาครั้งนี้ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ CPS โดยค่า Test-retest reliability เท่ากับ 1

3. เครื่องมือประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง Global Distress Index (GDI) เป็นส่วนหนึ่งของ Memorial Symptom Assessment Scale: MSAS พัฒนาโดย Portenoy<sup>23</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดย นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และคณะ<sup>24</sup> ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการ

ที่ใช้แพร่หลายทั้งในประเทศและต่างประเทศในผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายชนิด มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในระดับสูง ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96<sup>25</sup> GDI นิยมใช้เป็นเครื่องมือประเมินภาพรวมของการรบกวนจากอาการมะเร็ง<sup>23</sup> ประกอบด้วย 10 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง แบ่งเป็น อาการทางจิตใจ 4 อาการ ได้แก่ รู้สึกเศร้า รู้สึกกังวล รู้สึกโกรธ และรู้สึกหงุดหงิด และอาการทางกาย 6 อาการ ได้แก่ เบื่ออาหาร หมดเรี่ยวแรง ปวด ง่วงนอน ท้องผูก และปากแห้ง โดยในการศึกษาครั้งนี้ให้ผู้ป่วยประเมินอาการที่ประสบใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดยให้ประเมินอาการตามที่ระบุว่ามีอาการหรือไม่ ถ้าตอบว่ามี ให้ผู้ป่วยประเมินต่อใน 1) มิติความถี่ (สำหรับอาการทางจิตใจ) โดยใช้เกณฑ์ประเมินความถี่แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert-scale) 4 ระดับจาก 1 ถึง 4 (จากมีอาการน้อยครั้งมากให้ 1 คะแนน จนถึงมีอาการตลอดเวลาให้ 4 คะแนน) และ 2) มิติความรู้สึกรบกวนจากอาการ (สำหรับอาการทางกาย) โดยใช้เกณฑ์ประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 (อาการนั้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทรมานหรือไม่รบกวนผู้ป่วยเลยให้ 0 คะแนน จนถึง อาการนั้นมีระดับความทุกข์ทรมานหรือรบกวนผู้ป่วยมากที่สุดให้ 4 คะแนน) ในการศึกษาครั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ GDI เท่ากับ .72

4. เครื่องมือประเมินคุณภาพการดูแลตามมุมมองของผู้ป่วย Quality from the Patients Perspective (QPP) - in-patient long form ประเมินคุณภาพการดูแล พัฒนาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพโดย Wide, Larsson & Larsson<sup>26</sup> มีการแปลและใช้แพร่หลายในหลายประเทศ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .69 - .93 ในคะแนนรวมทั้งฉบับ<sup>27</sup> ฉบับภาษาไทยแปลโดยผู้วิจัย โดยใช้กระบวนการแปล-แปลย้อนกลับ แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 67 ข้อ รวมทั้งคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะสำหรับประเมินคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล ตัวอย่าง

คำถาม เช่น “คุณได้รับการบรรเทาอาการที่มีประสิทธิภาพ” 2) ด้านกายภาพและเทคนิคอุปกรณ์ของการดูแล ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณได้รับอาหาร/เครื่องดื่มที่คุณชอบ” หรือ “คุณมีเตียงที่สุขสบาย” 3) ด้านอัตลักษณ์ของเจตคติและพฤติกรรมของผู้ดูแล ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในเรื่องวิธีการตรวจ/วิธีการรักษา” หรือ “พยาบาลเคารพในความเป็นบุคคลของคุณ” และ 4) ด้านบรรยากาศทางสังคมและวัฒนธรรมขององค์กรสุขภาพ ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณได้คุยกับแพทย์/พยาบาลอย่างเป็นเอกเทศเมื่อคุณต้องการ” ในคำถามแต่ละข้อ ผู้ตอบต้องประเมินใน 2 มิติ ได้แก่ 1) การรับรู้คุณภาพการดูแล ในสถานการณ์จริง แบ่งค่าคะแนนเป็น 4 ระดับจาก 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ไปถึง 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และ 2) การรับรู้ความสำคัญในแต่ละส่วนของคุณภาพการดูแล แบ่งค่าคะแนนเป็น 4 ระดับ จาก 1 (ไม่สำคัญ/สำคัญเล็กน้อย) ไปถึง 4 (สำคัญอย่างสูง) การคิดคะแนนและการแปลผล ทำโดยนำค่าคะแนนในแต่ละมิติ มาจัดกลุ่มการรับรู้คุณภาพการดูแลแบ่งเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 (คุณภาพต่ำไม่เป็นที่ยอมรับ) จนถึงระดับ 7 (คุณภาพสูงเกินความต้องการ) ในการศึกษาครั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ QPP เท่ากับ .94

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “Patient participation in cancer-related symptom management in acute care settings: a pilot study of international cohort comparison” ซึ่งเป็นโครงการวิจัยร่วมสถาบันระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล กับ Deakin University, ประเทศออสเตรเลีย โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล [หมายเลขเอกสารรับรอง (COA) Si 274/2013]

กระบวนการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย การชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และการขอความยินยอม เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล อาการที่เกิดขึ้นใน 24 ชั่วโมงตามแบบสอบถาม MSAS-GDI หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนน และเรียงลำดับระดับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งสอบถามระดับของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมรักษาพยาบาลต่างๆ ตามประสบการณ์จริงที่ได้รับระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ และในวันสุดท้ายก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยมอบแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการดูแลพร้อมจำหน่ายของติดแสดมป์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบและส่งกลับคืนทางไปรษณีย์หลังจากออกจากโรงพยาบาล ประมาณ 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระเต็มที่ในการประเมินคุณภาพการดูแลด้านต่างๆ ที่ได้รับในช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ตามความรู้สึที่แท้จริงเมื่อใกล้ครบกำหนดส่งแบบสอบถามคืน 1-2 วัน ผู้ช่วยวิจัยโทรศัพท์ไปกระตุ้นความจำกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบแบบสอบถามและส่งคืนผู้วิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่จะได้รับจากโรงพยาบาล เฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทุกชุดประมาณ 45-60 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล และการรับรู้คุณภาพการดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ การรบกวนจากอาการ ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล และการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's nonparametric correlation) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านเพศกับการรับรู้คุณภาพการดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (point bi-serial correlation)

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 18-78 ปี อายุเฉลี่ย 47.14 ปี (SD = 14.94) ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.0) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 32.0) รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 28.0) กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 32.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมา คือ ธุรกิจ/ค้าขาย รับจ้าง และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 30.0, 14.0 และ 10.0 ตามลำดับ ในส่วนของวิธีจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 78.0)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.0 เป็นผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว รองลงมาเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ และมะเร็งไขกระดูกร้อยละ 34.0 และร้อยละ 12.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.0 มีโรคประจำตัว ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 18.0 และ 14.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.0 เข้ารับการรักษาเพื่อรับยาเคมีบำบัด ที่เหลือร้อยละ 24.0 เป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.0 มีระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคนจนถึงมารับการรักษาภายในระยะเวลา 1 ปี และร้อยละ 28.0 มีระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรคนจนถึงมารับการรักษาภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เฉลี่ย 15.06 วัน (SD = 11.50)

### 2. อาการที่พบบ่อยจากมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางด้านร่างกายที่พบมากที่สุด คือ อาการปากแห้ง (ร้อยละ 54.0) รองลงมา คือ อาการปวด

(ร้อยละ 48.0) อาการเบื่ออาหาร (ร้อยละ 44.0) อาการไม่มีแรง (ร้อยละ 38.0) อาการง่วงนอน (ร้อยละ 36.0) และอาการท้องผูก (ร้อยละ 26.0) สำหรับอาการทางด้านจิตใจพบมากที่สุด คือ อาการกังวล/กลุ้มใจ (ร้อยละ 38.0) รองลงมา คือ อาการเศร้า (ร้อยละ 14.0) และอาการหงุดหงิด/โมโหง่าย (ร้อยละ 12.0) และอาการกระวนกระวาย (ร้อยละ 8.0)

ในด้านการรบกวนจากอาการ อาการทางร่างกายที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด คือ อาการปวด (Mean = .99, SD = 1.22) รองลงมา คือ อาการเบื่ออาหาร (Mean = .97, SD = 1.35) และไม่มีแรง (Mean = .91, SD = 1.31) ส่วนอาการด้านจิตใจ อาการที่รบกวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ กังวล/กลุ้มใจ (Mean = .74, SD = 1.10) อาการทั้งหมดมีการรบกวนอยู่ในระดับน้อย

### 3. ระดับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล

กลุ่มตัวอย่างจำนวนสูงสุดร้อยละ 34.0 มีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลแบบ passive-shared คือ ให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจการรักษา/จัดการอาการ โดยพิจารณาความเห็นของผู้ป่วยประกอบด้วย อย่างจริงจัง รองลงมาเป็นแบบผู้ป่วยและพยาบาล/แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล/จัดการอาการพร้อมกัน (collaborative) ร้อยละ 28.0 และ แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจการดูแล/รักษาทั้งหมด (passive) ร้อยละ 24.0

### 4. การรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวนสูงสุด (ร้อยละ 44.0) รับรู้คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับ 4 คือ คุณภาพของการให้บริการสุขภาพอยู่ในระดับมาตรฐานตามความต้องการของผู้ป่วย และรองลงมาเป็นระดับ 5 คือ คุณภาพการให้บริการสูง ตรงกับความต้องการร้อยละ 38.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพการดูแลโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา (N = 50)

ระดับ	คุณภาพการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
1	คุณภาพต่ำไม่เป็นที่ยอมรับ	0	0.0
2	คุณภาพค่อนข้างต่ำไม่เป็นที่ยอมรับ	2	4.0
3	คุณภาพต่ำแต่ยอมรับได้	3	6.0
4	คุณภาพดีตรงกับความต้องการ	22	44.0
5	คุณภาพสูงตรงกับความต้องการ	19	38.0
6	คุณภาพค่อนข้างสูงเกินความต้องการ	4	8.0
7	คุณภาพสูงเกินความต้องการ	0	0.0

เมื่อวิเคราะห์การรับรู้คุณภาพการดูแลแยกรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน โดยประเมินจากการบริการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจริง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล (Mean = 3.39, SD = .45) รองลงมาตามลำดับ คือ ด้านอัตลักษณ์ของเจตคติและพฤติกรรมของผู้ดูแล (Mean = 3.30, SD = .42) และด้าน

บรรยากาศทางสังคมและวัฒนธรรมขององค์กรสุขภาพ (Mean = 3.03, SD = .49) สำหรับค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านกายภาพและเทคนิคอุปกรณ์ของการดูแล (Mean = 2.77, SD = .69) คะแนนรับรู้คุณภาพการดูแลสูงสุดและต่ำสุดของแต่ละด้านแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คะแนนการรับรู้คุณภาพการดูแลสูงสุด-ต่ำสุด รายด้านในมิติของการบริการที่ได้รับจริง

ด้าน	การบริการที่ได้รับ	Mean	SD
1.	<b>ด้านสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล</b>		
	ข้อ 11: คุณได้รับการรักษาอาการที่ดีที่สุด	3.64	.49
	ข้อ 19: คุณได้รับการช่วยเหลือที่ดีที่สุดในเวลารับประทานอาหาร	3.22	.89
2.	<b>ด้านกายภาพและเทคนิคอุปกรณ์ของการดูแล</b>		
	ข้อ 62: คุณมีความสะดวกในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตัวคุณ	3.50	.61
	ข้อ 55: คุณได้รับอาหารที่คุณชอบ	1.86	1.14
3.	<b>ด้านอัตลักษณ์ของเจตคติและพฤติกรรมของผู้ดูแล</b>		
	ข้อ 6: คุณได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ด้านผลของการรักษา	3.58	.64
	ข้อ 42: คุณมีโอกาสนในการร่วมตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาลที่คุณได้รับ	2.94	.90
4.	<b>ด้านบรรยากาศทางสังคมและวัฒนธรรมขององค์กรสุขภาพ</b>		
	ข้อ 52: หอผู้ป่วยมีบรรยากาศที่ดี	3.42	.64
	ข้อ 44: คุณได้รับการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลตามเวลาที่ร้องขอได้	2.52	1.04

ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การรบกวนจากอาการ การมีส่วนร่วมในการดูแล และคุณภาพการดูแล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรับรู้คุณภาพการดูแลโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเบื่ออาหาร

( $r = .318, p < .05$ ) และอาการหงุดหงิด ( $r = .288, p < .05$ ) เมื่อวิเคราะห์การรับรู้คุณภาพการดูแลรายด้านพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการดูแลด้านสมรรถนะทางการแพทย์ของบุคลากร ( $r = .351,$



$p < .05$ ) และด้านเทคนิคอุปกรณ์ทางกายภาพขององค์กร สุขภาพ ( $r = .385, p < .05$ ) ส่วนปัจจัยด้านอาการที่รบกวน พบว่า อาการเบื่ออาหารสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการดูแลด้านเทคนิคอุปกรณ์ทางกายภาพฯ ( $r = .376,$

$p < .05$ ) และด้านบรรยากาศทางสังคมและวัฒนธรรมขององค์กร ( $r = .283, p < .05$ ) อาการไม่มีแรงสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการดูแลด้านเทคนิคอุปกรณ์ทางกายภาพฯ ( $r = .300, p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและคุณภาพการดูแลรวมและรายด้าน

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1 อายุ		1					
2 เพศ	-.006	1					
3 อาการหุดหงิด	-.030	.042	1				
4 อาการเบื่ออาหาร	.033	.276	.212	1			
5 อาการไม่มีแรง	.284*	.038	.010	.491**	1		
6 การมีส่วนร่วมในการดูแล	-.282*	-.166	.133	.101	-.039	1	
7 คุณภาพการดูแลรวม (QPP)	-.068	.227	.288*	.318*	.101	.155	1
<b>QPP รายด้าน</b>							
7.1 Medical-tech approach	.11	.351**	.161	.232	-.057	-.135	
7.2 Physical-tech condition	.181	.385*	.012	.376**	.300*	-.098	
7.3 Identity-orient approach	.02	.128	.254	.247	.001	.145	
7.4 Socio-cultural atmosphere	-.006	-.035	.111	.283*	.114	.2	

**การอภิปรายผล**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับดีมีมาตรฐาน โดยจำแนกเป็นคุณภาพดีตรงกับความต้องการ (ร้อยละ 44) และคุณภาพสูงตรงกับความต้องการ (ร้อยละ 38) รวมทั้งคุณภาพสูงเกินความต้องการ (ร้อยละ 8) มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 10 ที่รับรู้คุณภาพการดูแลในระดับต่ำ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้คุณภาพการดูแลในระดับดีขึ้นไป อาจเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสากล (HA) ได้รับความเชื่อมั่นสูงจากผู้รับบริการว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพทุกด้าน มีหน่วยตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งที่ทันสมัย และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา รวมทั้งมีพยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งที่พร้อมให้คำปรึกษา และร่วมวางแผนการรักษาถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ถึงแม้ว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะรับรู้คุณภาพการดูแลอยู่ในระดับดีขึ้นไป แต่เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้านพบว่า บางรายด้านและบางกิจกรรมการบริการทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (ต่ำกว่า 3) สมควรได้รับการพัฒนาปรับปรุงต่อไป โดยเฉพาะด้านกายภาพและเทคนิคอุปกรณ์ของการดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านต่ำสุด (Mean = 2.77, SD = .68) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ และมีข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดของแบบประเมิน QPP คือ “คุณได้รับอาหารที่คุณชอบ” (Mean = 1.86, SD = 1.14) ส่วนด้านอัตลักษณ์ของเจตคติและพฤติกรรมของผู้ดูแล มีข้อคะแนนต่ำสุด คือ “คุณมีโอกาสที่ดีในการร่วมตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาลที่คุณได้รับ” (Mean = 2.94, SD = .90) และด้านบรรยากาศทางสังคมและวัฒนธรรมขององค์กร มีข้อคะแนนต่ำสุด คือ “คุณได้รับการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของคุณตามเวลาที่ร้องขอได้” (Mean = 2.52, SD = 1.04) ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาของ

Singer และคณะ<sup>19</sup> ที่รายงานว่าการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความพึงพอใจต่ำในเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วย โอกาสมีส่วนร่วมในการดูแล/ตัดสินใจในกิจกรรมการรักษา/ดูแลที่ได้รับรวมทั้งโอกาสพูดคุยกับแพทย์/พยาบาลอย่างเป็นเอกเทศเมื่อต้องการ ซึ่งพบค่าคะแนนค่อนข้างต่ำในการศึกษาครั้งนี้ด้วยเช่นกัน (mean = 2.78, SD = .93) ผลการศึกษาในประเด็นเหล่านี้บ่งชี้ว่า แม้ผู้ป่วยประเมินคุณภาพของการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีตามมาตรฐาน แต่ในบางประเด็นยังไม่ตอบสนองความต้องการให้เป็นที่พึงพอใจของผู้ป่วย จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการในประเด็นเหล่านี้ในโอกาสต่อไป

**ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เพศ อายุ การรบกวนจากอาการ และการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง**

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพการดูแลพบว่า การรบกวนจากอาการข้างเคียงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้คุณภาพการดูแล โดยสัมพันธ์กับอาการเบื่ออาหาร ( $r = .318, p < .05$ ) และอาการหงุดหงิด ( $r = .288, p < .05$ ) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างรายงานอาการทางกายที่พบมากที่สุด คือ อาการปากแห้ง (ร้อยละ 54.0) ส่วนอาการที่รบกวนมากที่สุด คือ อาการปวด (Mean = .992, SD = 1.22) รองลงมา คือ อาการเบื่ออาหาร (Mean = .976, SD = 1.35) ไม่มีแรง (Mean = .912, SD = 1.31) ซึ่งอาการปากแห้งเป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อต่อมรับรสและการหลั่งน้ำลายของท่อน้ำลายลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปากแห้งและรับรสชาติของอาหารน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการเบื่ออาหารตามมา<sup>27</sup> ส่วนอาการทางจิตใจที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่ารบกวนมากที่สุด คือ อาการกังวลใจ/กลุ่มใจ ซึ่งพบร้อยละ 38.0 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.0) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัด ซึ่งมากกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์

ประกอบกับโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งรวมกับความทุกข์สบายทางร่างกายอื่นๆ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการกังวลใจ/กลุ่มใจ และอาการหงุดหงิดใจได้ อย่างไรก็ตามทิศทางความสัมพันธ์ของอาการข้างเคียงและการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่างไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>28</sup> ผู้ป่วยที่การรบกวนจากอาการน้อยกว่ารับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่า ทั้งนี้อาจเกิดจากการรบกวนอาการของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่รุนแรง และอาจร่วมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นในขณะที่ตอบแบบสอบถามเป็นเวลาในกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านแล้วสองสัปดาห์ อาจเป็นช่วงเวลาที่อาการข้างเคียงต่างๆ ลดลงแล้ว

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพการดูแลรายด้าน พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแล โดยเพศหญิงรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าเพศชายในด้านสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล ( $r = .351, p < .05$ ) และด้านเทคนิคอุปกรณ์ทางกายภาพ ( $r = .385, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงมีการรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าเพศชาย<sup>9,19,20</sup> ขณะที่ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Sandoval และคณะ<sup>15</sup> ในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิดรวมทั้งมะเร็งทางโลหิตวิทยาระหว่างรับการรักษาที่พบว่า เพศชายรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าเพศหญิง ในการศึกษาครั้งนี้อธิบายว่า อาจเนื่องจากความพร้อมด้านกายภาพของหอผู้ป่วยหญิงซึ่งมีการปรับปรุงใหม่และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสบายที่ทันสมัยกว่าเดิม เช่น ติดเครื่องปรับอากาศทั้งหอผู้ป่วย มีห้องแยกสำหรับผู้ที่มีอาการหนัก เป็นต้น สอดคล้องกับข้อเสนอแนะในคำถามปลายเปิดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยชายว่า ภายในหอผู้ป่วยควรเป็นห้องปรับอากาศทั้งหมด สำหรับปัจจัยด้านอายุ ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแล แสดงว่าอายุไม่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sandoval และคณะ<sup>15</sup> อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับบางงานวิจัยที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งปอด<sup>5</sup> โดยผู้ป่วยอายุมากรับรู้คุณภาพการดูแล

ด้านกายภาพและเทคนิคอุปกรณ์ของการดูแลสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อย อย่างไรก็ตามอายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังปอด (Mean = 61.6, SD = 10.5) ค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาของการศึกษาครั้งนี้ (Mean = 47.14, SD = 14.94) จึงอาจเป็นปัจจัยอธิบายผลการศึกษาที่แตกต่างกันได้

ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างกับการรับรู้คุณภาพการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ขัดแย้งกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการดูแลมากจะมีการรับรู้คุณภาพการดูแลดี<sup>5,11,16</sup> ข้อสังเกตจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลน้อยในระหว่าง 5 ระดับ กล่าวคือ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาจำนวนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58) เลือกความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลและระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อย คือ ระดับ 1: passive (ร้อยละ 24.0) และระดับ 2: passive-shared (ร้อยละ 34.0) มีผู้ป่วยที่เลือกระดับความต้องการมีส่วนร่วมไปทางสูงน้อย ได้แก่ ระดับ 4: active-shared (ร้อยละ 12) โดยเฉพาะระดับ 5: active ซึ่งพบต่ำสุด มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 รายเท่านั้น (ร้อยละ 2.0) นอกจากนี้คะแนนการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของการกระจายตัวน้อยเช่นกัน อาจทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาทั้งสองนี้ได้ชัดเจน เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลและระหว่างอยู่โรงพยาบาลค่อนข้างไปทาง passive อาจเนื่องจากบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะทำตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาลโดยไม่ซักถามหรือโต้แย้งและไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็นแตกต่างหรือเรียกร้องมาก นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่า การแสดงความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลยังค่อนข้างเป็นบทบาทใหม่สำหรับผู้ป่วยไทยที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งบริบทของการรักษาพยาบาลในประเทศไทยยังไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเท่าที่ควร นอกจากนี้อาจเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีการศึกษาต่ำกว่าระดับ

ปริญญาตรี อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มั่นใจในการแสดงความคิดเห็นหรือมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Longtin และคณะ<sup>14</sup> พบว่า ระดับการศึกษามีแนวโน้มว่ามีบทบาทสำคัญต่อความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมักแสดงความต้องการและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อย จึงควรเป็นบทบาทของพยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพที่จะส่งเสริมแนวคิดการมีส่วนร่วมของการดูแลของผู้ป่วยลดการรบกวนจากอาการข้างเคียง นำไปการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

#### ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้เลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเท่านั้น รวมทั้งการใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้การสุ่ม อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลได้

#### ข้อเสนอแนะ

**ด้านการวิจัย** ควรศึกษาประเด็นดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น และในบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ควรศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการให้ครอบคลุมและส่งเสริมคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น

**ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยด้านเพศ และการรบกวนจากอาการข้างเคียงต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งต้องประเมินจากมุมมองของผู้ป่วยเป็นฐาน รวมทั้งควรมีบทบาทในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการบริการทางสุขภาพในประเด็นต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในระดับที่พึงพอใจของผู้ป่วย เช่น การปรับปรุงคุณภาพด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยใน

โรงพยาบาล การจัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมโอกาสมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแล หรือตัดสินใจในกิจกรรมการรักษา/ดูแลที่ได้รับ เป็นต้น

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Given BA, Sherwood PR. Nursing sensitive patient outcomes-- a white paper. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(4):773-84.
2. Miaskowski C. Symptom clusters: establishing the link between clinical practice and symptom management research. *Support Care Cancer*. 2006;14(8):792-4.
3. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(1):21-32.
4. Ernst J, Kuhnt S, Schwarz A, Aldaoud A, Newderwieser D, Mantovani-Loffler, et al. The desire for shared decision making among patients with solid and hematological cancer. *Psychooncology*. 2011;20(2):186-93.
5. Henschel I, Lovgren M, Wilde-Larsson B, Tishelman C. Perception of quality of care: comparison of the views of patients' with lung cancer and their family members. *J Clin Nurs*. 2011;21(3-4):585-94.
6. Wilde B, Starrin B, Larsson G, Larsson M. Quality of care from a patient perspective--a grounded theory study. *Scand J Caring Sci*. 1993;7(2):113-20.
7. Danielsen K, Garratt AM, Bjertnaes O, Pettersen KI. Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: a survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scand J Public Health*. 2007;35(1):70-7.
8. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(4):335-9.
9. Fröjd C, Swenne CL, Rubertsson C, Gunningberg L, Wadensten B. Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *J Nurs Manag*. 2011;19(2):226-36.
10. Gapstur RL. Symptom burden: a concept analysis and implications for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(3):673-80.
11. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(3):269-77.
12. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?. *Health Expect*. 2007;10(3):259-67.
13. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in decision making in nursing. *Stud Health Technol Inform*. 2006;122:54-7.
14. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(1):53-62

15. Sandoval GA, Brown AD, Sullivan T, Green E. Factors that influence cancer patients' overall perceptions of the quality of care. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(4):266-74.
16. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle satisfaction with nursing care scale used on medical and surgical patients. *J Clin Nurs*. 2007;16(4):646-53.
17. Soliman HMM, Kassam AH, Ibrahim AA. Correlation between patients' satisfaction and nurses' caring behaviors. *J Biol Agric Healthc*. 2015;5(2):30-41.
18. Larsson BW, Larsson G, Chantereau MW, von Holstein KS. International comparisons of patients' views on quality of care. *Int J Health Care Qual Assur*. 2005;18(1):62-73.
19. Singer S, GÖtze H, Möbius C, Witzigman H, Kortmann RD, Lehmann A, et al. Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient's perspective. *Langenbecks Arch Surg*. 2009;394(4):723-31.
20. Wilde LB, Larsson G, Starrin B. Patients' view on quality of care: a comparison of men and women. *J Nurs Manag*. 1999;7(3):133-9.
21. Hematology Diagnostic Unit, Siriraj Hospital. Hematologic malignant neoplasms [statistics]. Bangkok: Hematology Diagnostic Unit, Siriraj Hospital; 2013. (in Thai).
22. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol*. 1992;45(9):941-50.
23. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Coyle N, et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer patient population. *Qual Life Res*. 1994;3(3):183-9.
24. Suwisith N, Hanucharumkul S, Dodd M, Vorapongsathorn T, Pongthavorakamol K, Asavametha N. Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2008;12(3):153-65.
25. Suedee N, Pongthavornkamol K, Sriyuktasuth A, Siritanaratkul N. Symptom experiences and their influences on functional status in hematological malignancy patients receiving chemotherapy. *Journal of Nursing Science*. 2015;33(2):29-40. (in Thai).
26. Wilde Larsson B, Larsson G. Development of a short form of the quality from the patient's perspective (QPP) questionnaire. *J Clin Nurs*. 2002;11(5):681-7.
27. Jakobsson L, Holmberg L. Quality from the patient's perspective: a one-year trial. *Int J Health Care Qual Assur*. 2010;25(3):177-87.
28. Cherwin CH. Gastrointestinal symptom representation in cancer symptom clusters: a synthesis of the literature. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(2):157-65