

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี



นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH SUPPORTIVE CARE NEEDS IN PERSON WITH LIVER  
AND INTRAHEPATIC BILE DUCT CANCER

Miss Sudawan Likitkentasorn



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบ
	สนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
โดย	นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ชนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ อาจารย์ อัครเดช เกตุฉ่ำ)

สุदारวรรณ ลิขิตคันทะสร : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี (SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH SUPPORTIVE CARE NEEDS IN PERSON WITH LIVER AND INTRAHEPATIC BILE DUCT CANCER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. สุรีพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร. นพมาศ พัดทอง, 139 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวมและรายด้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 132 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบตามสะดวก (Convenience sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบวัดระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก มีค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.91, 1 และ 1 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .94, .85 และ .95 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งจำแนกเป็นด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน มีค่าดัชนีความตรงทุกด้าน เท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73, 0.78 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัยพบว่า

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลาง(mean = 3.24, SD = 0.78)

ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ และความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันทางบวก กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .36, .29, .24$  และ  $.28$  ตามลำดับ) แต่อายุและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5677219936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: NEEDS / SUPPORTIVE CARE NEEDS / PERSON WITH LIVER AND INTRAHEPATIC BILE DUCT

SUDAWAN LIKITKENTASORN: SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH SUPPORTIVE CARE NEEDS IN PERSON WITH LIVER AND INTRAHEPATIC BILE DUCT CANCER. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, Ph.D., CO-ADVISOR: NOPPAMAT PUDTONG, Ph.D., 139 pp.

The descriptive correlational research examined the supportive care needs and the relationship between selected factors related to supportive care needs in person with liver and intrahepatic bile duct cancer. The subjects were 132 cancer patients recruited from Chulalongkorn hospital and Faculty of Medicine Vajira hospital, Navamindrahiraj University by convenience sampling. The research instruments consisted of Personal data form, Supportive Care Needs Survey Short Form 34, Hospital Anxiety and Depression Scale, and Relationship between patient and caregiver Scale. Their content validity index were 0.91, 1, and 1, respectively. Their Cronbach's alpha coefficients were .94, .85, and .95, respectively. The Modified Memorial Symptoms Assessment Scale was divided into 3 dimensions: frequency, severity, and distress. Their CVI were 1 for all. Their Cronbach's alpha coefficients were .73, .78, and .80, respectively. Data were analyzed using means, standard deviations and Pearson's product moment Correlation. The research results were as 1) Supportive care needs of person with liver and intrahepatic bile duct cancer was at moderate level (mean = 3.24, SD = 0.78). 2) The frequency of symptoms, severity of symptoms, distress of symptoms, and anxiety and depression were positively and significantly related to supportive care needs of person with liver and intrahepatic bile duct cancer ( $r = .36, .29, .24$  and  $.28$ , respectively). However, age and relationship between patient and caregiver were not significantly related to supportive care needs of person with liver and intrahepatic bile duct cancer.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความเมตตาและความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์ และ อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านได้ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ให้คำปรึกษาข้อแนะนำ และคำสั่งสอน ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ อีกทั้งคอยให้กำลังใจ และห่วงใยผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้และข้อคิดเห็นต่างๆ เพื่อปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คณะกรรมการจริยธรรม ที่ได้อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการทำวิจัย ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10 ปี ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจในการศึกษาต่อครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีทุกท่านที่ได้สละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่เป็นมิตรที่ดีเสมอ คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่คอยอบรมสั่งสอน และปลูกฝังสิ่งที่ตั้งงามตลอดมา คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูทเวทีแต่บุพการี บุรพอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาตราบนานเท่านาน

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย .....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย .....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	12
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี .....	14
2. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง .....	25
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับ และท่อน้ำดี .....	33
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	53

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	55
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย .....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	62
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	76
สรุปการวิจัย .....	77
การอภิปรายผลการวิจัย .....	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	83
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	83
รายการอ้างอิง.....	85
ภาคผนวก .....	94
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ .....	95
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลวิจัย .....	97
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรม และเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง .	105
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย .....	111
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	120
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	139



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การแบ่งระยะมะเร็งเรื้อรังตับตามCancer of the Liver Italian Program (CLIP) classification of hepatocellular carcinomas.....	17
ตารางที่ 2 การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2002 โดยใช้การแบ่งเป็น TMN classification of extrahepatic CCA.....	17
ตารางที่ 3 การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ แบ่งตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2002.....	19
ตารางที่ 4 แสดงค่าความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม.....	62
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังตับและท่อน้ำดี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ดูแลหลัก และลักษณะของการเข้ารับการรักษา (n=132).....	67
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132).....	71
ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร (n = 132).....	72
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ (n = 132).....	73
ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังตับและท่อน้ำดี โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน.....	74
ตารางที่ 10 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง ความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความทุกข์ทรมานจากอาการเบื่ออาหาร ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังตับและท่อน้ำดี โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน.....	75

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแล แบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132).....	121
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองและได้รับ การตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132).....	124
ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์จำนวน และร้อยละของการมีอาการ (n = 132).....	127
ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้าโดยรวม และรายข้อ (n = 132) .....	128
ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักโดยรวม และรายข้อ (n = 132) .....	129
ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและ ท่อน้ำดี โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน.....	133
ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง ความทุกข์ ทรมานจากอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความทุกข์ทรมานจากอาการเบื่ออาหาร ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อความ ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยใช้สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน .....	134

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 การแบ่งมะเร็งท่อน้ำดี สามารถแบ่งระยะของโรคตาม Bismuth - Corlette classification.....18

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....52



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รายงานว่าในปี 2556 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 67,692 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 70,075 ราย ในปี 2557 ซึ่งโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญอันดับ 1 ของประเทศไทย คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งในปี 2555 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึง 14,469 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) และในปี 2557 อัตราผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 15,306 ราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีอาการในระยะแรกของโรคไม่ชัดเจนแต่เมื่อระยะของโรคเข้าสู่ระยะที่ 3 และ 4 อาการจึงปรากฏชัดเจนขึ้นและรุนแรงมากขึ้น (ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นवलจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ และ สลักจิต ศรีมงคล, 2548) การรักษาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยได้รับจึงเป็นการรักษาประคับประคองตามอาการ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ รวมทั้งการมีระบบสนับสนุนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (WHO, 2011)

โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นโรคที่มีอาการและอาการแสดงในระยะ 1 และ 2 ของโรคไม่ชัดเจน โดยพบว่าผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการแน่นท้อง ปวดชายโครงขวา ปวดหลัง ปวดไหล่ เบื่ออาหาร (สุธาสินี คำหลวง, ฤกษ์พร กิ่งแก้ว และยศ ตีระวัฒนานนท์, 2556) หรือมีอาการคล้ายกับแผลในกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลากับการรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหาร (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) ซึ่งอาการของโรคในระยะนี้จะไม่รุนแรง และยังไม่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมกับโรคล่าช้า แต่เมื่อโรคมีการพัฒนาไปสู่ระยะที่ 3 และ 4 อาการของโรคจึงจะชัดเจนมากขึ้น (สุธาสินี คำหลวง และคณะ, 2556) ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจึงมักมีอาการแสดงของโรคที่รุนแรง ทำให้ยากต่อการรักษา และมีอัตราการรอดชีวิตต่ำ (สมปอง พะมุสิลา และสุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2550) โดยอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เท่ากับ 4.6 เดือน (โกสินทร์ วิระษร, ชิตชัย รัตนนุกรม, โสภิตา ปิติโส, วร ลุวิระ และวิยะดา ปัญจรัก, 2558) บุคคลที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีจึงได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ชนุกร แก้วมณี, พิกุล นันทชัยพันธ์ และสุदारัตน์ สิทธิสมบัติ, 2557) เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วย การ

รักษาที่ไม่สามารถทำนายผลได้ (นภาพร สนวนแก้ว, 2552) มีการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการที่ผิด ได้แก่ แยกตัว ไม่พูดคุยกับใคร บางรายอยากประชดชีวิต (ขุนกร แก้วมณี และคณะ, 2557) เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) เนื่องจากถูกรบกวนด้วยอาการไม่พึงประสงค์ (สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังให้ความหมายของโรคไปในทางที่รุนแรง คือ เมื่อเป็นแล้วต้องรอความตาย อายุไม่ยืน เป็นโรคของเวรกรรม จากการรับรู้การเจ็บป่วยที่รุนแรงจะสร้างความทุกข์ทรมานต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วย (ขุนกร แก้วมณี และคณะ, 2557) ผลกระทบที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น (วรยา มั่นประเสริฐและคณะ, 2552) เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำบทบาทหน้าที่เดิมของผู้ป่วย (ชูศรี คุชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) และมักพบผู้ป่วยในระยะท้ายของโรค ทำให้ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว (ขุนกร แก้วมณี และคณะ, 2557) ระยะเวลาอันสั้นตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยนี้จะส่งผลต่อความต้องการที่สูงขึ้นของผู้ป่วย (Minstrell, Winzenberg, Rankin, Hughes & Walker, 2008; Liao et al., 2012)

ความต้องการเป็นความปรารถนา เป็นสิ่งที่บุคคลอยากได้รับ เพื่อลดความไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างดีที่สุด เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลในชีวิตและมีความสุข (จิตวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ, 2551) แต่หากความต้องการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความคับข้องใจไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่โดยปกติสุขได้ (รุจิรัตน์ ผัดวัน, 2549) จากแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Bonevski et al. (2000) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เป็นความต้องการที่จะได้รับการดูแลและตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหา โดยมีการประเมินความต้องการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย และด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งจากการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านจิตใจมากที่สุด (Moghaddam, Coxon, Nabarro, Hardy, & Cox, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Beesley et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระดับอ่อนมีความต้องการการช่วยเหลือด้านร่างกายมากที่สุด (54%) รองลงมา คือ ด้าน จิตใจ (52%) ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (32%) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ (21%) ด้านเพศสัมพันธ์ (16%) ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านร่างกายและกาทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านจิตใจ (Sanders, Bantum, Owen, Thornton, & Stanton, 2010)

สำหรับการในประเทศไทย มีการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด เมื่อพิจารณาในแต่ละรายด้าน พบว่า ในด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการให้ช่วยเหลือเมื่อเกิดความรู้สึกกลัวการแพร่กระจายของมะเร็งมากที่สุด (รุจิรัตน์ ผัดวัน, 2549) สำหรับด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัยโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวในระดับมาก (งามพิศ ธนไพศาล และคณะ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของพิจิตรา เล็กคำรงกุล, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, ธนิษฐา ชมพูบุบผา และนภดล ศิริธนารัตนกุล (2555) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตมีความต้องการข้อมูลในระดับมาก ส่วนด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันนั้น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลายระบบมีความต้องการการด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวันในระดับมาก แต่ได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับปานกลาง (กุลธิดา เกตุแก้ว, อัจฉริยา ปทุมวัน และชิ่งฤดี คงศักดิ์ ตรีภูม, 2557) สำหรับด้านการดูแลและช่วยเหลือ พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความต้องการเกี่ยวกับทางเลือกที่มากขึ้นของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยจะใช้บริการ (ขวัญจิรา ธนอมจิตต์, 2554) และในด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการในด้านนี้อยู่ในระดับต่ำ โดยมีความต้องการเกี่ยวกับได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากโรคต่อสัมพันธ์ทางเพศ (รุจิรัตน์ ผัดวัน, 2549)

สำหรับในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมักจะมีอยู่ในระยะ 3 และ 4 หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นแล้ว ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการที่ไม่พึงประสงค์ ความวิตกกังวล การสูญเสียภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่แตกต่างออกไปจากมะเร็งชนิดอื่น ซึ่งด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่มีทางรักษาหาย (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) เกิดความเครียด และมีการตอบสนองต่อความเครียดด้วยวิธีที่ผิด (ขุนกร แก้วมณีและคณะ, 2557) ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียดจะเริ่มการแสวงหาข้อมูล เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการเผชิญปัญหา (งามพิศ ธนไพศาล และคณะ, 2551) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการของโรคหลายๆอาการ (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ซึ่งการถูกรบกวนด้วยอาการเหล่านี้ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ (ชูศรี คุชยสิทธิ์ และคณะ, 2548) ด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ผลกระทบจากการรักษาและอาการของโรค ทำให้ภาพลักษณ์และความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลงไป (อุบล จ้วงพานิช, 2550) ส่งผลให้สัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรสลดลง จากผลกระทบในแต่ละด้านที่กล่าวมา ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดียังมีความต้องการการช่วยเหลือในทุกๆด้าน ผู้ป่วยจึงมีความต้องการในด้านการดูแลและช่วยเหลือ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานของอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ โดยพบว่า ปัจจัยด้านประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ มีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วย (Scgmid-Buchi et al., 2013; Cheng, Devi, Wong, & Koh, 2014) โดยประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ สามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ของอาการ ด้านความรุนแรงของอาการ และด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ (Portenoy et al., 1994) ซึ่งประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทั้ง 3 ด้านนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดผลกระทบจากอาการเหล่านั้น (ทิวาริณณ์ วัฒนาวิฑู, 2551; Ugalde, Aranda, Krishnasamy, Ball, & Schofield, 2011; Fiszer et al., 2013; สุรัชชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง จะมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับสูง (Ugalde et al., 2011) ในด้านของอายุ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (Jorgensen, Young, Harrison, & Solomon, 2011; Liao et al., 2012; Abdollahzadeh et al., 2014) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากมีประสบการณ์และการรับรู้ตามพัฒนาการต่อความเจ็บป่วยได้ดีกว่า จึงเกิดการปรับตัวเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคได้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย ในด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติสนิทและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยจะลดลง (Scgmid-Buchi, Halfens, Muller, Dassen, & Borne, 2013) นั่นคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากญาติ ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือแล้วจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมะเร็ง เพราะสภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หากไม่ได้รับการตอบสนองตามต้องการจะทำให้เกิดความท้อแท้และสิ้นหวัง (ขวัญจิรา ถนอมจิตต์, 2554) บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล จึงควรให้ความสำคัญในการประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อตอบสนองและให้การสนับสนุนได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมักได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า เนื่องจากอาการของโรคไม่ชัดเจน เมื่อได้รับการวินิจฉัยก็เข้าสู่ระยะท้ายของโรค ดังนั้นระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยที่สั้น ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล นอกจากนี้ผลกระทบจากอาการต่างๆที่รุนแรงมากขึ้นตามระยะของโรค จะคอยรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีจึงมีความต้องการการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด การศึกษาที่จำเพาะต่อผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมีเพียงการศึกษาความต้องการด้านข้อมูลของผู้ป่วย

มะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด (งามพิศ ธนไพศาลและคณะ, 2551) และความต้องการด้านจิตวิญญาณ (ชุนกร แก้วมณี และคณะ, 2557) แต่ไม่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ตามแนวคิดของ Bonevski e al. (2000) และองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นจะนำมาใช้อ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีไม่ได้ เนื่องจากเป็นเรื่องที่จำเพาะกับโรคที่เป็นและการรักษาที่ได้รับ (Sutherland, Hill, Morand, Pruden & Mclachlan, 2009)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และได้รับคุณภาพการพยาบาลที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ในด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและช่วยเหลือ และด้านที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

### คำถามการวิจัย

1. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีหรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยว่าเป็นโรคร้าย รักษาไม่หาย เสียชีวิตเร็ว ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง การดำเนินชีวิตและบทบาทหน้าที่ในการทำงานเปลี่ยนแปลงไป (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) การรักษาในปัจจุบันจึงไม่ใช่มุ่งเน้นเพียงลดความรุนแรงของโรค หรือเพิ่มอัตราการรอดชีวิต แต่ยังมุ่งเน้นถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย



(พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, 2553) และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย (ศรีรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริขยานุกุล และธราณี สิริขยานุกุล, 2556) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive care needs) ของ Bonevski et al. (2000) ที่กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน คือ การที่จะได้รับการดูแลและตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหา โดยมีการประเมินความต้องการตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนไว้ 5 ด้าน ดังนี้ ด้านจิตใจ (Psychological) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (Health care system and information) เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในโรงพยาบาลและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (Physical and daily living) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษา และการดูแลเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน ด้านการดูแลและช่วยเหลือ (Care and Support) เป็นการรับรู้ความไวจากทีมสุขภาพการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการให้ทางเลือกในการรักษา ด้านที่เพศสัมพันธ์ (Sexuality) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพและการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์ทางเพศ จาก การทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ได้แก่

**ความถี่ของอาการ** เป็นการรับรู้ถึงการเกิดขึ้นของอาการที่เกิดขึ้นว่าเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด (Pudtong, 2554) โดยในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่าอาการที่เกิดขึ้นบ่อยเป็น 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า (87.8%) วิดกกังวล (87.3%) ปวดท้องหรืออาหารไม่ย่อย (76.9%) เบื่ออาหาร (63.1%) และนอนหลับลำบาก (51.2%) (Somjaivong, 2010) ความถี่ของอาการเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นตามระยะการดำเนินของโรค (Lutz et al., 2001) ซึ่งความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นมาก เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สุรัชชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) จึงเห็นได้ว่าความถี่ของอาการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดความถี่ของอาการเหล่านั้น กล่าวคือ ความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

**ความรุนแรงของอาการ** เป็นการรับรู้ถึงความเจ็บปวด ความรุนแรงของอาการที่เกิดจากการประเมินของผู้ป่วยเอง (Pudtong, 2554) ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มักอยู่ในระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของมะเร็งแล้ว อาการของโรคต่างๆที่เกิดขึ้นจึงมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นไปด้วย (สุรัชชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ซึ่งความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น (วรยามั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) ผู้ป่วยจึงมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือในการลดอาการต่างๆ เหล่านี้ (Xu et al., 2015) กล่าวคือ ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

**ความทุกข์ทรมานจากอาการ** เป็นการรับรู้และประเมินว่าอาการนั้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตนเองและรบกวนมากน้อยเพียงใด (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่า อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ อาการปวดท้อง หรืออาหารไม่ย่อย เป็นอาการที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด (48.8%) รองลงมา คือ อาการเหนื่อยล้า (15%) เบื่ออาหาร (10%) คื่น (9.6%) และวิตกกังวล (6.2%) (Somjaivong, 2010; สุรัชย์ มณีเนตร, 2556) การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานของอาการ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากขึ้น เพื่อลดอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลให้ระดับความต้องการการดูแลสนับสนุนของผู้ป่วยมากขึ้น (Fiszer et al., 2013) กล่าวคือ ความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

**ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า** ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางจิตใจของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อมีหรือคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีเพียงความรู้สึกกังวล หดหู่ แต่ถ้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีการรับรู้และให้ความหมายของโรคในทางที่รุนแรง รักษาไม่หาย (ชุนกร แก้วมณี และคณะ, 2557) ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่มั่นคงในการดำรงชีวิตหรือไม่สามารถทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วย (สุรัชย์ มณีเนตร และชุนกร จิตปัญญา, 2557) ผู้ป่วยจึงเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นี้ จะทำให้ระดับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับสูง (Ugalde et al., 2011) กล่าวคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

**สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก** เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล โดยความสัมพันธ์นี้จะเป็นการแสดงออกถึงการให้ความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ และการแสดงความผูกพันใกล้ชิด (ยุพาวดี ชันทบัลลัง, 2549) ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่สามารถทำตามบทบาทหน้าที่ที่เคยทำได้ (สมปอง พะมุลิกา และสุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, 2550) ทำให้สัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง ส่งผลให้ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงขึ้น (Scgmid-Buchi et al., 2013) แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยจะได้รับการดูแลช่วยเหลือ และกำลังใจจากผู้ดูแลในครอบครัว ส่งเสริมให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น (ชุนกร แก้วมณี และคณะ, 2557) ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อ

ความต้องการของผู้ป่วย (ทิวารินทร์ วัฒนาวัตถุ, 2551) ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้มีความมั่นคงและปลอดภัย (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) กล่าวคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

**อายุ** อายุเป็นพัฒนาการและวุฒิภาวะของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมักพบในช่วงอายุ 40 – 70 ปี (สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากกว่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุมากมีประสบการณ์และการรับรู้ตามพัฒนาการต่อความเจ็บป่วยได้ดีกว่า จึงเกิดการปรับตัวเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรค และเข้าใจความต้องการของตนเองได้มากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย (Buchanan et al., 2011; Jorgensen et al., 2011; Liao et al., 2012; Abdollahzadeh et al., 2014) กล่าวคือ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

จากแนวคิดดังกล่าวมาข้างต้นจึงได้กำหนด**สมมติฐานการวิจัย** ดังนี้

1.ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานของอาการ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

2.สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

### **ขอบเขตของการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานของอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

**1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้** คือเป็นผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด และรักษาตามอาการ เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

**2. ตัวแปรที่ศึกษา** ได้แก่ ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก อายุ และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

### คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

**ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี** หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีที่อยู่ในระยะ 3 และ 4 ของโรค ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเคมีบำบัด การให้เคมีบำบัดผ่านท่อหลอดเลือด (Transarterial Chemoembolization/TACE) การใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage/PTBD) การส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography with stent /ERCP with stent) และการรักษาแบบประคับประคองด้วยยา

**ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน** หมายถึง ความปรารถนาของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงการที่จะได้รับการช่วยเหลือและตอบสนองตามความต้องการ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหาหรือผลกระทบจากการเจ็บป่วยครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ดังนี้

- 1) ด้านจิตใจ (Psychological) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในด้านอารมณ์ความรู้สึก และทักษะการเผชิญปัญหา
- 2) ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (Health care system and information) เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในโรงพยาบาลและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค
- 3) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (Physical and daily living) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษา และการดูแลเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน
- 4) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ (Care and Support) เป็นการรับรู้ความไวจากทีมสุขภาพในการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการให้ทางเลือกในการรักษา
- 5) ด้านที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (Sexuality) เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพและการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางเพศ

ซึ่งประเมินได้จากแบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (The Supportive Care Needs Survey - Short Form 34; SCNS-SF 34) ของ Boyes, Girgis & Lecatelinais (2009) แปลเป็นภาษาไทยโดยวารภรณ์ ชัยวัฒน์, สุรีพร ธนศิลป์ และ Lopez (ม.ป.ป.

อ้างอิงในขวัญจิรา ฌนอมจิตต์, 2554) โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ

**ความถี่ของอาการ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงความบ่อยครั้งของการเกิด/มีอาการนั้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา 9 อาการ ได้แก่ อาการปวดท้องหรือแน่นท้อง อาการเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน อาการเหนื่อย อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง อาการไข้ อาการคันตามตัว อาการนอนไม่หลับ อาการสูญเสียภาพลักษณ์จากตัวเหลืองตาเหลือง และ/หรือการใส่ท่อระบายน้ำดี ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีของ Somjaiwong (2010) ในด้านความถี่ของอาการ โดยถ้าคะแนนรายด้านความถี่มาก แสดงว่าผู้ป่วยมีการเกิดอาการมาก คะแนนรายด้านความถี่น้อย แสดงว่าผู้ป่วยมีการเกิดอาการน้อย

**ความรุนแรงของอาการ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงระดับความเจ็บปวด ความรุนแรงที่เกิดจากอาการในสัปดาห์ที่ผ่านมา 9 อาการ ได้แก่ อาการปวดท้องหรือแน่นท้อง อาการเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน อาการเหนื่อย อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง อาการไข้ อาการคันตามตัว อาการนอนไม่หลับ อาการสูญเสียภาพลักษณ์จากตัวเหลืองตาเหลือง และ/หรือการใส่ท่อระบายน้ำดี ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีของ Somjaiwong (2010) ในด้านความรุนแรงของอาการ โดยถ้าผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการมาก แสดงว่า คะแนนรายด้านความรุนแรงมาก ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการน้อย แสดงว่า คะแนนรายด้านความรุนแรงน้อย

**ความทุกข์ทรมานจากอาการ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงความไม่สุขสบาย การได้รับการรบกวนจากอาการหรือความไม่พึงปรารถนาในการเผชิญกับอาการในสัปดาห์ที่ผ่านมา 9 อาการ ได้แก่ อาการปวดท้องหรือแน่นท้อง อาการเบื่ออาหาร อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน อาการเหนื่อย อ่อนเพลียหรือไม่มีแรง อาการไข้ อาการคันตามตัว อาการนอนไม่หลับ อาการสูญเสียภาพลักษณ์จากตัวเหลืองตาเหลือง และ/หรือการใส่ท่อระบายน้ำดี ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีของ Somjaiwong (2010) ในด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ โดยถ้าคะแนนรายด้านความทุกข์ทรมานมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการมาก คะแนนรายด้านความทุกข์ทรมานน้อย แสดงว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการน้อย

**ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีถึงสภาวะที่ถูกคุกคามทางอารมณ์ ทำให้เกิดความหดหู่ เศร้าหมอง หวาดหวั่น ส่งผลให้เกิดความสามารถในการรับรู้ลดลง ซึ่งประเมินได้จาก Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช (2539) ถ้า

คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่า มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร่าต่ำ

**สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงและสม่ำเสมอ ติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน โดยความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นจากการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน ซึ่งจะมีอารมณ์ ความรู้สึก และการตอบสนองต่อความต้องการเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของยุพาวดี ชันทังลัง (2549) โดยค่าคะแนนรวมมาก แสดงให้เห็นว่า ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนรวมน้อย แสดงให้เห็นว่า ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับไม่ดี

**อายุ** หมายถึง จำนวนเต็มปีของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนับตั้งแต่ปีเกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยเริ่มทำการศึกษา โดยไม่นับจำนวนเดือน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพความเข้าใจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วย มะเร็งตับและท่อน้ำดี รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่นำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานของอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ
2. สามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีไปวางแผนในการให้การสนับสนุน ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพการดูแล

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ในด้านจิตใจ ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและช่วยเหลือ และด้านเพศสัมพันธ์ รวมทั้งศึกษาถึงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและเสนอเป็นลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
  - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
  - 1.2 สาเหตุของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
  - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
  - 1.4 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
  - 1.5 การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
  - 1.6 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
  - 1.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี
2. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง
  - 2.1 ความหมายของความต้องการการดูแล
  - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
  - 2.3 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
  - 2.4 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
  - 3.1 ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
    - 3.1.1 ความหมายของความถี่ของอาการ
    - 3.1.2 ความหมายของความรุนแรงของอาการ

- 3.1.3 ความหมายของความทุกข์ทรมานจากอาการ
- 3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังระดับและท่อน้ำดี
- 3.1.5 แบบประเมินเกี่ยวกับอาการ
- 3.2 ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังระดับและท่อน้ำดี
  - 3.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
  - 3.2.2 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
  - 3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังระดับและท่อน้ำดี
  - 3.2.4 แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า
- 3.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังระดับและท่อน้ำดี
  - 3.3.1 ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
  - 3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังระดับและท่อน้ำดี
  - 3.3.3 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก
- 3.4 อายุกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังระดับและท่อน้ำดี
  - 3.4.1 ความหมายของอายุ
  - 3.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังระดับและท่อน้ำดี
- 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



## 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

### 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี คือ โรคมะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อตับ หลอดเลือด และท่อน้ำดี เป็นโรคมะเร็งต้นชนิดปฐมภูมิ โดยพบในผู้ชายสูงกว่าในผู้หญิง 3-4 เท่า แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2013)

**1.1.1 มะเร็งต้นชนิด Hepatocellular carcinoma (Hepatoma; HCC)** ถือเป็นกลุ่มก้อนเนื้อมะเร็งต้นชนิดในส่วนที่เกิดขึ้นจากเนื้อตับเอง (primary Hepatocyte origin) (ซีพาคม ภาภัทราดล และคณะ, 2556)

**1.1.2 มะเร็งท่อน้ำดี (Adenocarcinoma of intrahepatic bile duct / Cholangiocarcinoma; CCA)** แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (Hilar / Perihilar / Intrahepatic Cholangiocarcinoma; ICC) เกิดความผิดปกติจากเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีที่ตรงขั้วตับ ตรงบริเวณที่ท่อน้ำดีหลักซ้ายและขวามารวมกัน (ซีพาคม ภาภัทราดล และคณะ, 2556) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic Cholangiocarcinoma; ECC) เกิดความผิดปกติของท่อน้ำดีที่อยู่ไกลตับ ซึ่งมักจะเกิดในท่อน้ำดีข้างใดข้างหนึ่ง (ณรงค์ ชันตีแก้ว, 2548) อยู่บริเวณส่วนชายตับ ที่ไม่ได้เข้าไปใกล้ขั้วตับ (ซีพาคม ภาภัทราดล และคณะ, 2556)

### 1.2 สาเหตุของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

**1.2.1 การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรัง** เป็นการเพิ่มโอกาสการเป็นมะเร็งสูงขึ้น เนื่องจากหลายกลไก คือ เชื้อไวรัสติดเข้าเซลล์ตับทำให้สายพันธุกรรมของเซลล์ผิดปกติและกลายเป็นมะเร็ง เชื้อไวรัสทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในตับกลายเป็นตับแข็งและมะเร็งตับ (ศักดิ์ชาย เรืองสิน, 2554) นอกจากนี้การอักเสบเรื้อรังจะทำให้มีการตายของเซลล์ตับเกิดเป็นพังผืดและเป็นแผลเป็น จนพัฒนาเป็นตับแข็งและมะเร็งตับได้ (สุธาสินี คำหลวง และคณะ, 2556)

**1.2.2 การได้รับสารก่อมะเร็งที่มีพิษต่อตับ/การสัมผัสสารทึบรังสี thorotrast** คือ สาร Aflatoxin ที่ผลิตจากเชื้อราชนิด Aspergillus พบในอาหารประเภทถั่ว ถ้ารับประทานติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เป็นมะเร็งเซลล์ตับ (ศักดิ์ชาย เรืองสิน, 2554) และการสัมผัสสาร Thorotrast เป็นสารรังสีที่ใช้ในรังสีวิทยาในรูปของ thorium dioxide ผู้รับสารมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงกว่าคนปกติ 10 เท่า หลังจากรับหรือสัมผัสสารประมาณ 20 – 35 ปี เชื่อว่าเกิดจากการทำลายเยื่อบุผิวท่อน้ำดีแบบเรื้อรัง (สุธาสินี คำหลวง และคณะ, 2556)

**1.2.3 การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ** เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี รวมถึงการใช้ยารักษาพยาธิเป็นประจำ เชื่อว่ากลไก คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีการทำลายดีเอ็นเอในเซลล์เยื่อบุผิวท่อน้ำดี ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมจนกลายเป็นเซลล์มะเร็ง

**1.2.4 การรับประทานอาหารที่มีสารไนโตรซามีน** มีการศึกษานับสนุนว่าสาร N-nitroso compounds และสาร nitrosamines ซึ่งมักพบในอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาสาม ปลาจ่อม แหนม และอาหารพวกเนื้อสัตว์ที่ผสมดินประสิว เช่น กุนเชียง ไส้กรอก เนื้อเค็ม ปลาเค็ม เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี เพราะเร่งให้เกิดมะเร็งได้เร็วขึ้น สาร nitric oxide และ oxygen radicals ซึ่งเกิดจากการอักเสบจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังทำความเสียหายต่อดีเอ็นเอของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีได้เช่นเดียวกัน

**1.2.5 ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดี** ภาวะอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดีภายในและภายนอกตับ เช่น Primary sclerosing cholangitis (PSC) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะประเทศฝั่งตะวันตกที่รายงานการพบมะเร็งท่อน้ำดีในผู้ป่วย PSC ถึงร้อยละ 36 อย่างไรก็ตาม โรค PSC พบได้น้อยในแถบประเทศอาเซียน สำหรับโรคที่ส่งผลต่อความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดีที่มีความชุกและอุบัติการณ์ในประเทศแถบอาเซียนมากกว่าประเทศฝั่งตะวันตก คือ การเป็น bile-duct cysts และโรคนิวในตับ ทั้งสองโรคนี้อาจมีความสัมพันธ์กับท่อน้ำดีอักเสบเรื้อรังและสามารถพัฒนาเป็นโรคมะเร็งในที่สุด (สุธาสินี คำหลวง และคณะ, 2556)

**1.2.6 การสูบบุหรี่และการติดสุรา** เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมกันในการทำให้เกิดมะเร็งเซลล์ตับ (ศักดิ์ชาย เรื่องสิน, 2554)

### 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

**1.3.1 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งตับ** พบว่าแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงและเฝ้าระวังโดยการตรวจด้วยผลเลือดทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ซึ่งกลุ่มคนไข้ดังกล่าวมักพบก้อนในระยะเริ่มต้นและมีโอกาสในการรักษาที่มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่สอง คือกลุ่มคนที่ไม่ทราบว่ามีมะเร็ง หรือแม้ทราบว่ามีมะเร็งแต่ไม่ได้ใส่ใจในการทำการตรวจคัดกรองหรือเฝ้าระวังการเกิดโรคแต่อย่างใด (ชีพาคม ภาภัทราดล และคณะ, 2556) ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดงแล้ว ซึ่งอาการผิดปกติมักเป็นระยะท้ายๆ ของโรค เนื่องจากมะเร็งมีก้อนขนาดใหญ่ อาจลุกลามเข้าหลอดเลือดดำพอร์ทัล หรือหลอดเลือด inferior vena cava หรืออาจกดเบียดหรือลุกลามเข้าท่อน้ำดีหลัก ทำให้มีอาการปวดแน่นท้องบริเวณใต้ชายโครงด้านขวา คลำพบตับโต เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องบวมเนื่องจากน้ำในช่องท้อง ตาเหลืองตัวเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม ขาบวม หรือมีเลือดออกจากทางเดินอาหารเนื่องจากภาวะความดันในระบบหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูง (สมคิด มิ่งพฤติ และคณะ, 2552)

**1.3.2 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งท่อน้ำดี** อาการเริ่มแรกเมื่อมะเร็งในท่อน้ำดีเริ่มก่อตัว จะไม่พบอาการเฉพาะใดๆนอกจากภาวะ Dyspepsia หรือจุกแน่นที่ชายโครงขวา ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดเมื่อยหลัง สะบักหรือหัวไหล่ขวา จาก Refer pain และถูกรักษาแบบอาการระเพาะอาหารอักเสบ หรือกล้ามเนื้ออักเสบอยู่เป็นระยะเวลาหนึ่ง ต่อเมื่อมีการลุกลามของ

มะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้นมาถึงบริเวณท่อน้ำดีใกล้ขั้วตับ ทำให้ตับไม่สามารถที่จะชดเชย (compensated) หรือทนต่อภาวะการอุดตันได้จึงแสดงอาการตัวเหลืองและตาเหลืองออกมาอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ (ซีพาคม ภาภัทราตล และคณะ, 2556) บางรายจะมีอ่อนเพลีย น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย (ณรงค์ ชันตีแก้ว, 2548; ศักดิ์ชาย เรืองสิน, 2554)

#### 1.4 การแบ่งระยะของมะเร็งตับและท่อน้ำดี

**1.4.1 การแบ่งระยะของมะเร็งตับ** การจัดระยะโรคมะเร็งตับมีหลายรูปแบบ มีข้อแนะนำให้ใช้TNM classification ในการจัดระยะโรคและรายงานผลการรักษา แต่สามารถใช้ Cancer of the Liver Italian Program (CLIP) classification มาจัดระยะของโรคเพื่อประเมินก่อนการรักษาและช่วยพยากรณ์โรค มีรายละเอียดดังนี้ (อาคม ชัยวีระวัฒน์, 2554)

##### การแบ่งระยะของโรคมะเร็งตับตามระบบ TNM

<b>Primary Tumor (T) ;</b>	TX	Primary tumor cannot be assessed
	TO	No evidence of primary tumor
	T1	Solitary tumor without vascular invasion
	T2	Solitary tumor with vascular invasion or multiple tumors none more than 5 cm
	T3a	Multiple tumors more than 5 cm
	T3b	Single tumor or multiple tumors of any size involving a major branch of the portal vein or hepatic vein
	T4	Tumor(s) with direct invasion of adjacent organs other than the gallbladder with perforation of visceral peritoneum
<b>Regional Lymph Nodes (N);</b>	NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
	N0	No regional lymph node metastasis
	N1	Regional lymph node metastasis
<b>Distant Metastasis (M);</b>	M0	No distant metastasis
	M1	Distant metastasis

**ตารางที่ 1** การแบ่งระยะมะเร็งตับตามCancer of the Liver Italian Program (CLIP) classification of hepatocellular carcinomas

Variables	Scores		
	0	1	2
Child-Pugh score	A	B	C
Tumor morphology	Uninodular and Extension $\leq 50\%$	Multinodular and Extension $\leq 50\%$	Massive or Extension 50%
AFP (ng/dL)	<400	$\geq 400$	
Portal vein thrombosis	No	Yes	

#### 1.4.2 การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดี

1) การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ แบ่งตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2002 โดยใช้ในการแบ่งเป็น TMN classification of extrahepatic CCA (ณรงค์ ชันตีแก้ว, 2548)

**ตารางที่ 2** การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2002 โดยใช้ในการแบ่งเป็น TMN classification of extrahepatic CCA

Stage	Tumor	Node	Metastasis
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1 to T3	N1	M0
III	T4	Any N	M0
IV	Any T	Any N	M1

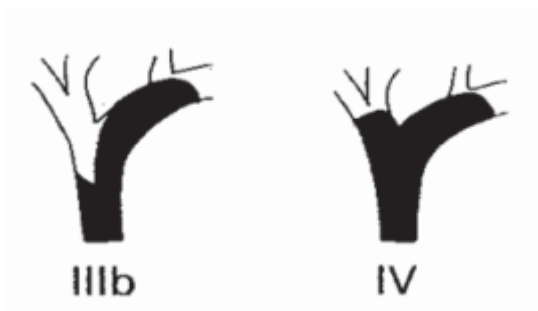
Primary Tumor (T) : -Tx ไม่สามารถบอกถึงขอบเขตที่ชัดเจนได้  
 -T0 ตรวจพบมะเร็งระดับปฐมภูมิ

- Tis ไม่สามารถประเมินก้อนมะเร็งได้
- T1 ก้อนมะเร็งอยู่ภายในท่อน้ำดี
- T2 ก้อนมะเร็งลุกลามถึงผนังภายในท่อน้ำดี
- T3 ก้อนมะเร็งลุกลามถึงตับ ถุงน้ำดี ตับอ่อน และ/หรือ กระจายไปถึง branches of the portal vein (right or left) or hepatic artery (right or left)
- T4 ก้อนมะเร็งลุกลามถึง main portal vein หรือ branches bilaterally, common hepatic artery หรืออวัยวะอื่นๆ เช่น ลำไส้ใหญ่ ลำไส้เล็ก กระเพาะอาหาร ผนังช่องท้อง

- Regional Lymph Nodes (N):**
- Nx สภาพของต่อมน้ำเหลืองไม่สามารถประเมินได้
  - No คลำต่อมน้ำเหลืองไม่พบ
  - N1 รู้สภาพจากต่อมน้ำเหลืองได้
- Distant Metastasis (M):**
- Mx การตรวจทางคลินิกไม่พบ distant metastasis
  - M0 การตรวจทางคลินิกไม่พบ distant metastasis
  - M1 มี distant metastasis.
- Histological Grade (G)**
- Gx Grade cannot be assessed
  - G1 Well differentiated
  - G2 Moderately differentiated
  - G3 Poorly differentiated
  - G4 Undifferentiated

ภาพที่ 1 การแบ่งมะเร็งท่อน้ำดี สามารถแบ่งระยะของโรคตาม Bismuth - Corlette classification





- Type I** : มะเร็งอยู่ที่ main hepatic ยังไม่ลุกลามไปถึง main confluence
- Type II** : มะเร็งอยู่ที่ confluence แต่ยังไม่ลุกลามถึง right and left hepatic ducts
- Type IIIa** : มะเร็งลุกลามถึง right and left hepatic ducts
- Type IIIb** : มะเร็งลุกลามถึง left hepatic duct.
- Type IV** : มะเร็งกระจายอยู่ที่ common hepatic duct, hepatic confluence และ right and left hepatic ducts

2) การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ แบ่งตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2002 โดยใช้การแบ่งเป็น TMN classification of extrahepatic CCA (ณรงค์ ชันดีแก้ว, 2548)

ตารางที่ 3 การแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ แบ่งตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2002

Stage	Tumor	Node	Metastasis
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
IIIA	T3	N0	M0
IIIB	T4	N0	M0
IIIC	Any T	N1	M0
IV	Any T	Any N	M1

- Primary Tumor (T)** : -Tx ไม่สามารถบอกถึงขอบเขตที่ชัดเจนได้
- T0 ตรวจพบมะเร็งระดับปฐมภูมิ
- T1 ก้อนมะเร็งก้อนเดียวขนาด 5 ซม. ไม่มีกระจายในระบบเลือด

- T2 ก้อนมะเร็งก้อนเดี่ยวขนาด 5 ซม. มีการกระจายในระบบเลือด หรือก้อนมะเร็งหลายก้อนเกิดในกอลีบเดียว ไม่มีการกระจายในระบบเลือด หรือก้อนมะเร็งก้อนเดี่ยวขนาดมากกว่า 5 ซม. ไม่มีการกระจายในระบบเลือด
- T3 ก้อนมะเร็งก้อนเดี่ยวขนาดมากกว่า 5 ซม. มีการกระจายในระบบเลือด หรือก้อนมะเร็งหลายก้อนเกิดในกอลีบเดียว ขนาดน้อยกว่า 5 ซม. มีการกระจายในระบบเลือด หรือก้อนมะเร็งหลายก้อนเกิดในกอลีบเดียวขนาดมากกว่า 5 ซม. มีหรือไม่มีกระจายในระบบเลือด
- T4 ก้อนมะเร็งหลายก้อนเกิดมากกว่า 1 กอลีบ มีการกระจายไปยังร่่องดับ

**Regional Lymph Nodes (N):** -Nx สภาพของต่อมน้ำเหลืองไม่สามารถประเมินได้

-No คล้ำต่อมน้ำเหลืองไม่พบ

-N1 รู้สภาพจากต่อมน้ำเหลืองได้

**Distant Metastasis (M):** -Mx การตรวจทางคลินิกไม่พบ distant metastasis

-M0 การตรวจทางคลินิกไม่พบ distant metastasis

-M1 มี distant metastasis.

**Histological Grade (G)** -G1 Well differentiated

-G2 Moderately differentiated

-G3 Poorly differentiated

-G4 Undifferentiated

แม้จะมีระบบการแบ่งระยะของมะเร็งท่อน้ำดีอยู่หลายวิธี แต่ไม่มีระบบใดที่แสดงให้เห็นว่ามีประโยชน์ช่วยทำนายอัตราการรอดชีวิตได้ ส่วนที่สำคัญที่สุดของการกำหนดระยะ คือเพื่อให้ทราบว่เนื้องอกนั้นยังสามารถผ่าตัดเอาออกได้ หรือลุกลามไปมากจนไม่สามารถผ่าตัดได้ (ณรงค์ ชันตีแก้ว , 2548)

## 1.5 การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

### 1.5.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1)Carcinoembryonic antigen (CEA) และ carbohydrate antigen (CA) 19-9 เป็น tumor marker ที่ใช้มากในการเสริมการวินิจฉัย ติดตาม และพยากรณ์การดำเนินโรคของมะเร็งหลายชนิดรวมทั้งมะเร็งท่อน้ำดี แต่ tumor marker ทั้งสองไม่ใช่ marker ที่จำเพาะต่อมะเร็งท่อน้ำดี เพราะนอกจากสามารถตรวจพบได้ในซีรัมของผู้ป่วยมะเร็ง

ชนิดอื่นแล้ว ยังพบมากในผู้ป่วยอื่นที่มีภาวะอักเสบหรือพยาธิสภาพของระบบท่อทางเดินน้ำดี ถุงน้ำดี และตับอ่อน

**2)Biliary alkaline phosphatase** ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ตับและท่อน้ำดี มักมี alkaline phosphatase ในซีรัมสูงกว่าปกติ แต่ระดับของเอนไซม์ดังกล่าวไม่สามารถใช้วินิจฉัยแยกกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองได้ การตรวจ isoform ของเอนไซม์ดังกล่าวโดยวิธี cellulose acetate electrophoresis พบว่า isoform ที่มีขนาดใหญ่และเคลื่อนที่ได้ไกลกว่า liver isoform ที่เรียกว่า Biliary alkaline phosphatase พบมากในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (อาคม ชัยวิระวัฒน์, 2554)

### 1.5.2 การตรวจทางรังสีวินิจฉัย

**1)Ultrasound** คลื่นเสียงความถี่สูงที่มากกว่า 20,000 Hz ในทางการแพทย์หลักการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรือ Ultrasoundography คือ การส่งคลื่นเสียงความถี่สูงออกไป จากหัวตรวจ (Transducer) คลื่นเสียงจะกระทบกับเนื้อเยื่อต่างๆ ซึ่งมีความสามารถในการผ่านและสะท้อนกลับไม่เท่ากัน หัวตรวจจะทำหน้าที่รับสัญญาณคลื่นเสียงที่สะท้อนกลับระดับต่างๆ ซึ่งบ่งถึงความหนาแน่น และระดับความลึกของเนื้อเยื่อนั้นนำสัญญาณที่ได้รับมาประมวลผลและสร้างเป็นภาพ

**2)Computed Topographic Scan (CT Scan)** การตรวจ Computed Topographic เป็นการตรวจหาความผิดปกติอวัยวะต่างๆในร่างกาย โดยฉายแสงผ่านอวัยวะที่ต้องการตรวจในแนวตัดขวาง และให้คอมพิวเตอร์สร้างภาพ ภาพที่ได้จึงเป็นภาพตัดขวาง ส่วนที่ต้องการตรวจอย่างละเอียด การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่เหมาะสมในผู้ป่วย cholangiocarcinoma คือ การตรวจที่มีหลายphases ทั้งก่อนฉีดสารทึบรังสี (noncontrast phase) และหลังจากฉีดสารทึบรังสีในช่วง arterial phase และ portal venous phase เช่นเดียวกับ hepatocellular carcinoma แต่ที่ควรมีเพิ่มเติมคือ ควรมี delayedphase (นับหลังจากเริ่มฉีดยาไปประมาณ 5-10 นาที)

**3)Magnetic Resonance Imaging (MRI)** คือเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ใช้ในการตรวจวินิจฉัยรอยโรคของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้ในการรักษาและติดตามผลการรักษา เครื่องจะส่งสัญญาณคลื่นวิทยุที่มีความถี่จำเพาะ (Radiofrequency) เข้าไปกระตุ้นระบบอวัยวะที่จะตรวจ เมื่ออวัยวะนั้นๆถูกกระตุ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับพลังงานตามขบวนการทางฟิสิกส์ หลังจากหยุดกระตุ้นไฮโดรเจนอะตอมภายในร่างกายมีการคายพลังงาน จะมีอุปกรณ์รับสัญญาณที่ได้ออกมา จากนั้นแปลงเป็นสัญญาณภาพบนจอภาพ

**4)Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP)** เป็นการตรวจหาความผิดปกติของท่อทางเดินน้ำดีด้วยเครื่อง MRI โดยอาศัยหลักการสร้างภาพด้วย



เทคนิค T2-weighted image ของเหลวที่ใส เช่น น้ำดี หรือ น้ำในกระเพาะและลำไส้ จะมีสีขาวขึ้น ทำให้สร้างภาพระบบทางเดินน้ำดีได้

**5) Diagnostic ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio pancreatography)** Diagnostic ERCP การตรวจวินิจฉัยถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดีผ่านกล้องและฉีดสีทึบรังสี เพื่อตรวจหาเนื้องอกหรือมะเร็งท่อน้ำดีจะเป็นการตรวจที่ค่อนข้างรุกล้ำผู้ป่วยและมีความเสี่ยงอยู่ในระดับหนึ่ง แต่ผลดีที่มีคือทำให้สามารถตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ สามารถวางท่อคองรูป (stent) ไว้เพื่อลดการอุดตันทางเดินน้ำดีได้ นอกจากนี้ยังสามารถทำการตรวจอัลตราซาวด์ผ่านการส่องกล้อง (endoscopic ultrasound) ไปพร้อมกันด้วยได้เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (อาคม ชัยวิระวัฒน์, 2554)

### 1.6 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

วิธีการบำบัดรักษามะเร็งตับและท่อน้ำดีเหมือนกับมะเร็งชนิดอื่นคือ มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะการดำเนินโรค โดยทั่วไปวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายแสงรังสีรักษาใช้จัดการกับมะเร็งโดยตรง ประกอบกับวิธีการอื่นๆ ที่ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ในการรักษาทั้งหมดที่กล่าวมา การผ่าตัดเนื้อเยื่อส่วนที่เป็นมะเร็งออกจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราในการรอดชีวิตมากที่สุด (อาคม ชัยวิระวัฒน์, 2554)

#### 1.6.1 การรักษาโดยการผ่าตัด

**1) ผ่าตัดเนื้องอก (Tumor resection)** หลังจากการตรวจ MRI และ MRCP หรือ CT ผู้ป่วยที่คาดว่าสามารถผ่าตัดก้อนเนื้องอกออกได้ให้รักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกเพราะเป็นวิธีมาตรฐานที่สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ในผู้ป่วยมะเร็งตับยังมีการผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Liver Transplantation) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งตับส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อโรคลุกลามมากแล้วและมีตับแข็งร่วมด้วย จึงไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ การรักษาโดยการปลูกถ่ายตับ (liver transplantation) จึงเป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่งซึ่งมีข้อดีคือ เป็นการตัดตับเดิมออกทั้งหมด ลดโอกาสการกลับเป็นใหม่ของโรค และยังสามารถรักษาภาวะตับแข็งด้วย

**2) ผ่าตัดบายพาสท่อน้ำดี (Surgical bypass)** ในผู้ป่วยที่คาดว่าผ่าตัดเนื้องอกได้แต่ในขณะที่ผ่าตัดพบว่าระยะของโรคไม่สามารถผ่าตัดออกได้ ควรได้รับการผ่าตัดบายพาสท่อน้ำดีเพราะสามารถรักษาอาการคันและเหลืองของผู้ป่วยได้แต่ไม่ทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้นและมีอาการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่ใส่ท่อบายพาสน้ำดีแต่มีภาวะแทรกซ้อนและต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่า

#### 1.6.2 การรักษาโดยไม่ผ่าตัด

ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเนื้องอกออกได้ เนื่องจากก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่หรืออยู่ในตำแหน่งที่ทำการผ่าตัดได้ยาก ผู้ป่วยไม่สามารถรับการผ่าตัดได้หรือผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด มีวิธีการรักษาผู้ป่วยดังนี้ (อาคม ชัยวิระวัฒน์, 2554)

1) **ใส่ท่อระบายน้ำดี (Biliary stent)** เป็นการส่องกล้องรักษาทางเดินน้ำดีและใส่ท่อระบายน้ำดีคาไว้ (Therapeutics ERCP Endoscopic Retrograde Cholangio pancreatography) การใส่ท่อระบายน้ำดีในผู้ป่วยท่อน้ำดีอุดตันจากมะเร็งสามารถบรรเทาอาการคันเหลืองของผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้มีชีวิตรยืนยาวขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น การใส่ท่อพลาสติกระบายน้ำดีมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับกับผ่าตัดแก้ไขการอุดตัน (surgical bypass) ในการรักษาอาการคันและเหลือง การใส่ท่อระบายน้ำดีโดยการส่องกล้องมีข้อดีคือมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดแต่มีอาการเหลืองกลับเป็นซ้ำบ่อยกว่าทำให้ต้องเปลี่ยนท่อระบายหลายครั้ง ข้อเสียของท่อพลาสติกระบายน้ำดีคือ อุดตันเร็วประมาณ 3-4 เดือน ส่วนท่อโลหะระบายจะอุดตันหลังใส่ประมาณ 6-9 เดือน และเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้มีระยะเวลาอยู่รอดเฉลี่ยประมาณ 140-147 วัน การใส่ท่อโลหะจะมีความคุ้มค่ามากกว่าการใส่ท่อพลาสติกเนื่องจากอุดตันช้ากว่าทำให้ไม่ต้องมาส่องกล้องเพื่อเปลี่ยนท่อระบายบ่อย

2) **การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้อง (Percutaneous transhepatic biliary drainage; PTBD)** คือการระบายน้ำดีออกมาข้างนอกการใส่ท่อระบายน้ำดีเป็นหัตถการที่เป็นประโยชน์ในการช่วยบรรเทาอาการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะท่อน้ำดีอุดตัน โรคที่สำคัญก็คือการเกิดภาวะอุดตันของทางเดินน้ำดี อาจเนื่องจากการเป็นมะเร็ง ของเยื่อบุท่อน้ำดี มะเร็งแพร่กระจาย มาที่ตับหรือต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วตับ หรือก้อนนิ่ว ซึ่งจะทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้น้ำดีคั่งอยู่ในตับเป็นปริมาณมากจนทันทกลับเข้ากระแสโลหิต ทำให้เกิดอาการตัวเหลืองตาเหลือง และคันตามผิวหนัง

3) **การให้เคมีบำบัดผ่านทางหลอดเลือด (Transarterial Chemoembolization; TACE)** เป็นการรักษาประคับประคองโรค hepatocellular carcinoma (HCC) ที่ใช้มากที่สุด การรักษาเริ่มด้วยการสอดสายสวนผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ ตามด้วยการฉีดยาเคมีบำบัดที่ผสมกับ สาร iodized oil or other particles ผ่านสายสวนเข้าไปทางหลอดเลือดแดงของตับ ทำให้ยาถูกฉีด เข้าก่อนโดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถทำ การอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งโดยการใส่ gelatin sponge เพื่อเพิ่มความเข้มข้น ของยาเคมีในก้อนมะเร็ง และติดค้างอยู่ในก้อนมะเร็งได้นานมากขึ้น ตลอดจนลดอาการข้างเคียงของยาเคมีได้

### 1.6.3 การรักษาด้วยเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดคือยาที่มีฤทธิ์ทำลายหรือยับยั้งการเติบโตของเซลล์ โดยจะทำปฏิกิริยากับเซลล์ที่กำลังแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว จะไปรบกวนการเจริญเติบโตของเซลล์ใหม่ ทำให้เซลล์ไม่สามารถเจริญเติบโตได้ ทำให้จำนวนของเซลล์มะเร็งลดลง (อาคม ชัยวิระวัฒน์, 2554)

### 1.6.4 การรักษาด้วยรังสีรักษา

ปัจจุบันการรักษาด้วยการฉายรังสีมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคมะเร็งมากขึ้น โดยอาศัยหลักการที่ว่า การฉายรังสีไปยังเนื้อเยื่อของเนื้องอกหรืออวัยวะใดๆ ก็ตามซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่มีชีวิต รังสีจะทำให้เกิดการทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์เนื้องอกโดยตรงทำให้เกิดการตายและการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและสรีระวิทยาของเซลล์เนื้องอกนั้น (อาคม ชัยวัธนะ, 2554)

### 1.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี

อาการที่เกิดจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี แต่ละอาการมีความถี่ของการเกิดอาการสูง และอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (สุรัชย์ มณีเนตร, 2556) นอกจากนี้แล้วการรักษาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรคมะเร็งก็จะเข้าสู่ระยะลุกลามแล้ว (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) ส่งผลให้การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นการรักษาตามอาการเพื่อประคับประคองเท่านั้น ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนจะรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และการดำรงชีวิต สูญเสียอำนาจและสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและหมดหวังได้ (สมปอง พะมุลิตา และสุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2550) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับการเจ็บป่วยได้ (นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ และคณะ, 2545) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลมี ดังนี้

#### 1.7.1 บทบาทด้านการป้องกัน

1) มีความรู้ในการคัดกรองโรคเบื้องต้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเร็วขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของโรคและการส่งต่อรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548)

2) เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีพฤติกรรมในการปรับตัวเข้ากับต่อการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมปอง พะมุลิตา และสุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2550) และให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน (นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ และคณะ, 2545)

3) สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเผชิญกับการเจ็บป่วย จนสามารถก้าวผ่านช่วงระยะเวลาที่วิกฤติของชีวิตได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี (สุรัชย์ มณีเนตร, 2556)

4) สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพทั้งในทีมสุขภาพและองค์กรประชาชนในชุมชน เพื่อมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทศนคติของกลุ่มเป้าหมาย และนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันอุบัติการณ์ของโรค (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548)

### 1.7.2 บทบาทด้านการดูแล

1) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการในมิติต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

2) จัดการกับอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆในระดับสูง (สุรชัย มณีเนตร, 2556; Somjaivong, 2010) มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และต้องการความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ พยาบาลสามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโดยการดูแลความสบายและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จัดการกับอาการและให้การดูแลที่สัมพันธ์กับการบริหารยาและการบำบัดอื่นๆ นอกจากอาการทางกายแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทในการจัดการความเศร้าโศกและความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นอีกด้วย (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อลดความวิตกกังวล เสริมสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (งามพิศ ธนไพศาล และคณะ, 2551)

4) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกและบอกเล่าปัญหาทั้งเรื่องสุขภาพและเรื่องส่วนตัวทั้งการสนทนาแบบตัวต่อตัวและทางโทรศัพท์ (สุรชัย มณีเนตร, 2556) พยาบาลจึงควรมีความไวต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง

### ความหมายของความต้องการการดูแล

#### 2.1.1 การดูแลสนับสนุน (Supportive care)

Fitch (2009) กล่าวว่า การดูแลสนับสนุนเป็นการกำหนดการหาแนวทางการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือได้รับผลกระทบจากโรคมะเร็ง เพื่อให้พวกเขาได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ จิตวิญญาณ การทำกิจกรรมและการได้รับข้อมูล ตั้งแต่ระยะการได้รับการวินิจฉัย การรักษา และระยะติดตามผลการรักษา

Whelan et al. (1997) กล่าวว่า การดูแลสนับสนุนเป็นการกำหนดบริการทางสุขภาพที่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยมะเร็งทุกคน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดกระทำขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ตั้งแต่ในระยะวินิจฉัยโรค ระยะได้รับการรักษา ระยะฟื้นฟู และระยะการรักษาแบบประคับประคอง

### 2.1.2 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

Sanson-Fisher ( 2000) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เป็นความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการตอบสนองจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ซึ่งความช่วยเหลือนั้นจะก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมาย และเกิดความพึงพอใจ

Bonevski et al. (2000) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความต้องการที่จะได้รับการดูแลและตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นปัญหา โดยมีการประเมินความต้องการตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ซึ่งการประเมินความต้องการของผู้ป่วยนั้นจะทำให้ทราบถึงประเด็นของคุณภาพชีวิตและคุณภาพการดูแลอีกด้วย

Rainbird, Perkins & Sanson – Fisher (2005) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความต้องการของผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือและได้รับการตอบสนองตามความต้องการ โดยมีการค้นหาและประเมินตามการรับรู้ถึงความต้องการนั้น แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ซึ่งจะเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแล และเป็นการพัฒนาบริการทางสุขภาพ

Rincharadson, Medina, Brown, & Sitzia (2007) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความต้องการได้รับการดูแลในด้านต่างๆ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 10 ด้าน ซึ่งคุณภาพของการได้รับการดูแลนี้ ขึ้นอยู่กับการได้รับการแก้ไขปัญหาและได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ความหมาย ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน หมายถึง ความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือหรือตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา โดยมีการประเมินความต้องการตามการรับรู้ของผู้ป่วย

## 2.2 แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

2.2.1 แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Bonevski et al. (2000) แบ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) **ด้านจิตใจ (Psychological)** เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในด้านอารมณ์ความรู้สึก และทักษะการเผชิญปัญหา (Bonevski et al., 2000) ความต้องการในด้านนี้บ่งบอกถึงระดับภาวะบีบคั้นหรือความทุกข์ทรมานทางอารมณ์และจิตใจหรือการไม่สามารถทำหน้าที่ทางอารมณ์ได้ โดยผู้ป่วยมักมีความต้องการด้านจิตใจเมื่อมีการตอบสนองทางลบต่อภาวะความเจ็บป่วย (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ความต้องการในด้านนี้จึงมีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ความทุกข์ทรมานทางใจ (McIlmurray et al., 2001) และความต้องการในด้านนี้จะเพิ่มสูงขึ้นอีกเมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านร่างกาย ความเจ็บปวด และระยะของโรคที่รุนแรง (Gardner, 2008) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคาดหวังว่าจะได้รับการดูแล

ด้านจิตใจจากบุคคลในครอบครัวด้วยการรับฟังปัญหาที่เกิดจากความทุกข์ทรมานของการเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากโรคมามากจึงต้องการการกำลังใจและการดูแลด้านจิตใจมากขึ้น (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556)

**2) ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (Health care system and information)** เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย และการรักษา (Bonevski et al., 2000) เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะมีการแสวงหาข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวล และจัดการกับอาการของตนเอง (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) ผู้ป่วยจะพยายามปะติดปะต่อข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่งเข้าด้วยกัน การได้รับข้อมูลถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านสถานการณ์วิกฤตไปได้ ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธการรักษา โดยผู้ป่วยต้องการข้อมูลต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ความต้องการด้านข้อมูลจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจะมีภาวะจิตสังคมที่ดี มีความทุกข์ทรมานจากอาการลดลง (Mallinger et al., 2005) ข้อมูลต่างๆจึงมีความสำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย (Girgis, 2000) ดังนั้น การให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วนสมบูรณ์ตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (งามพิศ ไพศาลและคณะ, 2551)

**3) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน (Physical and daily living)** เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการรักษา และการดูแลเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน (Bonevski et al., 2000) ร่างกายของผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วย เนื่องจากอาการและอาการแสดงต่างๆของโรค เช่น อ่อนเพลีย ปวด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556) โดยอาการและอาการแสดงที่รุนแรงเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ และใช้เวลาในการนอนพักบนเตียงนานๆ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นจนเกิดความเครียด (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) นอกจากอาการที่เกิดจากโรคแล้ว ยังมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาอีกด้วย ซึ่งก็ส่งผลต่อความต้องการช่วยเหลือทางด้านร่างกายเช่นกัน (Gardner, 2008) ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลด้านร่างกายเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ และต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556)

**4) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ (Care and Support)** เป็นการรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความไวของที่มีสุขภาพที่จะตอบสนองทั้งทาง

ร่างกาย จิตใจ และการให้ทางเลือกในการรักษา (Bonevski et al., 2000) หรือคือการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากทีมสุขภาพ (McElduff et al., 2004) ผู้ป่วยต้องการที่จะสามารถเข้าถึงแพทย์และทีมสุขภาพอื่นๆได้อย่างรวดเร็ว และต้องการให้ทีมสุขภาพช่วยจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่ายังมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองสูงในทุกๆด้าน (Sanson-Fisher et al., 2000; Abdollahzadeh et al., 2014) เป็นการแสดงให้เห็นว่าบุคคลากรทางสุขภาพยังไม่สามารถเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ดังนั้นความไวต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (กิตติกร นิลมานัต, 2555) และการประเมินความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Bonevski et al., 2000) เพราะความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไป (Fitch, 2009)

**5) ด้านเพศสัมพันธ์ (Sexuality)** เป็นการรับรู้ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพและการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางเพศ (Bonevski et al., 2000) จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกทางเพศที่ลดลง (Penson et al., 2000; อุบล จ้วงพานิช, 2550) ประกอบกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจ กลัวคู่สมรสรังเกียจ ผู้ป่วยบางรายหาวิธีหลีกเลี่ยงไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ เมื่อเกิดปัญหาบ่อยครั้ง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสเหินห่าง บางรายอาจถึงขั้นหย่าร้างกันที่สุดในที่สุด (พัชรินทร์ แก้วรัตน์, 2556) ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาของ Abdollahzadeh et al. (2014) พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชาวอิหร่านไม่ได้รับการตอบสนองในด้านที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ถึง 59% นอกจากนี้ความต้องการในด้านนี้ยังเป็นสิ่งที่ประเมินได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่ยินยอมในการให้ข้อมูลในด้านนี้มากนัก (Penson et al., 2000) ส่งผลให้การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทำได้ลำบาก

**2.2.2 แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน** ของ Rainbird et al. (2005) แบ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่

**1) ด้านข้อมูลและการสื่อสาร (Medical communication/information)** เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนการรักษา การสื่อสารกับทีมแพทย์ผู้รักษา การนัดติดตามผลการรักษา และความก้าวหน้าของโรค (Rainbird et al., 2005) ความต้องการด้านข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรค เมื่อความก้าวหน้าของโรคมามากขึ้น ความต้องการด้านข้อมูลของผู้ป่วยก็จะลดลง แต่สำหรับผู้ดูแลก็จะเพิ่มมากขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ นอกจากความต้องการด้านข้อมูล การสื่อสารก็เป็นสิ่งสำคัญผู้ป่วยต้องการการสื่อสารที่ให้ความกระจ่าง ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์ และแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

**2) ด้านจิตใจ (Psychological/emotional)** เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การจัดการกับความรู้สึกเมื่อรับรู้ตัวเองเข้าสู่มะเร็งในระยะลุกลาม (Rainbird et al., 2005) ความต้องการด้านจิตใจจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดและการปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) แต่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับการตอบสนองทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ ซึ่งเป็นเรื่องของนามธรรม เข้าใจได้ยาก จึงพบว่า ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยยังมีความต้องการอยู่ในระดับมาก (พรพรรณ วนวโรดม และคณะ, 2552)

**3) ด้านกิจวัตรประจำวัน (Daily living)** เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และการดำเนินชีวิตประจำวัน (Rainbird et al., 2005) ผู้ป่วยจะถูกรบกวนด้วยอาการไม่พึงประสงค์ ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่น (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) ผู้ป่วยจึงมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

**4) ด้านการเงิน (Financial)** เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเงิน ค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมถึงสิทธิการรักษา (Rainbird et al., 2005) จากการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียรายได้ เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556) ดังนั้น จากปัญหารายได้ที่ลดลงของผู้ป่วย จึงส่งผลให้ความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะด้านจิตสังคม (Yi, Park & Park, 2014)

**5) ด้านอาการ (Symptom)** เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้นจากโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา (Rainbird et al., 2005) ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรคมักมีอาการมากกว่า 1 อาการ และอาการเหล่านั้นมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆกัน เมื่อเกิดอาการผู้ป่วยจะแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อจัดการอาการต่างๆเหล่านั้น (กิตติกร นิลมานัต, 2555) จึงพบว่า ในผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นมาก มีประสบการณ์ของอาการมาก ก็จะมีความต้องการการช่วยเหลือมาก (Liao et al., 2011)

**6) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)** เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ ศาสนา และความคาดหวังในชีวิต (Rainbird et al., 2005) ความต้องการเหล่านี้จะมีความเฉพาะเจาะจงและสัมพันธ์กับความเชื่อและความศรัทธาในศาสนาที่บุคคลนั้นนับถือ โดยทั่วไปความต้องการด้านจิตวิญญาณมักจะแสดงออกมาเมื่อบุคคลมีความทุกข์ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ถ้าความต้องการด้านจิตวิญญาณนี้ได้รับการตอบสนองก็



จะส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณและเสียชีวิตอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต (ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2557)

**7) ด้านสังคม (Social)** เป็นความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ภาพและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลในสังคม (Rainbird et al., 2005) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในสังคมและครอบครัว เนื่องจากเกิดความเปลี่ยนแปลงของบทบาทและหน้าที่ (พรพรรณ วนวโรดม และคณะ, 2552) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง เพื่อให้มีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

**สรุป** งานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Bonevski et al. (2000) มาศึกษา เพราะว่ารายด้านความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของแนวคิดนี้ตรงกับความต้องการในแต่ละด้านของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี

### 2.3 ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดี เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมักจะอยู่ในระยะ 3 และ 4 หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่นแล้ว ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆได้แก่ อาการที่ไม่พึงประสงค์ ความวิตกกังวล การสูญเสียภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลและได้รับการตอบสนองจากบุคลากรทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการในด้านต่างๆดังนี้

**1) ด้านจิตใจ** ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองมีความรุนแรง ไม่สามารถทำนายผลการรักษา (นภาพร สนวนแก้ว, 2552) ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ (สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วย กลัวความไม่แน่นอนในอนาคต (Schmid-Buchi et al., 2013) และมีการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการที่ผิดได้แก่ แยกตัว ไม่พูดคุยกับใคร และบางรายอยากประชดชีวิต (ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2557) ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย โดยพบว่าในด้านนี้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเมื่อเกิดความรู้สึกกลัวการแพร่กระจายของมะเร็งมากที่สุด (รุจิรัตน์ ผัดวัน, 2549)

**2) ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ** การได้รับแจ้งผลการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นการแจ้งข่าวร้าย (จิตต์ชญา บุญนันท และปรางทิพย์ ฉายพุทธ, 2011) ผู้ป่วยจะเกิดความเครียด เกิดการแสวงหาข้อมูล เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น (งามพิศ ธนไพศาลและคณะ, 2551) และถ้าข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการรักษามีความคลุมเครือ (นภาพร สนวนแก้ว, 2552) ผู้ป่วยจะเกิดการแสวงหาข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิด บุคคลเหล่านี้จะแนะนำให้ไปรักษาด้วยวิธีต่างๆที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการและ

ระยะของโรคที่รุนแรงมากขึ้น (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) โดยความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในด้านนี้ของผู้ป่วยจะสูงอยู่ตลอดเวลา (Raupach & Hiller, 2002; Liao et al., 2012) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการในการเข้าถึงการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อผู้ป่วยกับญาติต้องการ (รุจิรัตน์ ผัดวัน, 2549; Abdollahzadeh et al., 2014)

**3) ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน** จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการของโรคหลายอาการ (สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล ปวดท้อง หรือ อาหารไม่ย่อย เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ (Somjaiwong, 2010) ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำบทบาทหน้าที่เดิมของผู้ป่วย (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยพบว่าผู้ป่วยต้องการได้รับการช่วยเหลือในด้านนี้มากที่สุดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถกระทำการที่เคยกระทำได้ (รุจิรัตน์ ผัดวัน, 2549; ขวัญจิรา ถนอมจิตต์, 2552) และความต้องการในด้านนี้จะสูงขึ้นในระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา (Chen, Laio, Lin, Chang, & Lai, 2009)

**4) ด้านการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย** จากผลกระทบในแต่ละด้านที่กล่าวมา ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดียังมีความต้องการด้านข้อมูลอยู่ในระดับสูง (งามพิศ ธนไพศาล และคณะ, 2551) เช่นเดียวกับด้านจิตวิญญาณที่มีความต้องการอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ชุนกร แก้วมณี และคณะ, 2557) จึงแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพยังไม่สามารถประเมินหรือเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรตระหนักถึงการเพิ่มประสิทธิภาพหรือความรวดเร็วในการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย

**5) ด้านเพศสัมพันธ์** ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมักจะได้รับผลกระทบจากอาการของโรค มะเร็งและอาการข้างเคียงจากการรักษา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์และความรู้สึกทางเพศ (อุบล จวงพานิช, 2550) นอกจากนั้นแล้วการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยอยู่ห่างไกลจากคู่สมรส จากเหตุผลที่กล่าวมาส่งผลให้สัมพันธ์ภาพทางเพศของผู้ป่วยกับคู่สมรสลดลง และด้วยเหตุผลที่เพศสัมพันธ์ในวัฒนธรรมไทย เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน ต้องห้าม น่าอับอาย ไม่สมควรพูดคุยกันอย่างเปิดเผยกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย (พัชรินทร์ แก้วรัตน์, 2556) จึงทำให้ความต้องการของผู้ป่วยในด้านนี้ยังไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความต้องการในด้านนี้จะเป็นด้านที่ผู้ป่วยมีความต้องการน้อยที่สุด (ขวัญจิรา ถนอมจิตต์, 2552; Abdollahzadeh et al., 2014) โดยผู้ป่วยจะมีความต้องการเกี่ยวกับการได้รับแจ้งข้อมูลผลกระทบจากโรคต่อสัมพันธ์ภาพทางเพศมากที่สุด (รุจิรัตน์ ผัดวัน, 2549)

## 2.4 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมีดังต่อไปนี้

### 2.4.1 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง

(The Cancer Patient Needs Questionnaire ; CPNQ) ของ Foot & Sanson – Fisher (1995) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 71 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก คือ 1) ด้านความต้องการซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1.1) ความต้องการด้านจิตใจ 1.2) ความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร 1.3) ความต้องการด้านร่างกายและกิจกรรมประจำวัน 1.4) ความต้องการในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วย และ 1.5) ความต้องการที่สัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพทางเพศ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 2) ด้านโรคและการรักษา และ 3) ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย มีการหาความเที่ยงตรงภายในด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.78 – 0.98

### 2.4.2 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (The Supportive Care Needs Survey - Long Form 59 ; SCNS-LF 59) ของ Bonevski et al.

(2000) ประกอบด้วย 59 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1995 จากแบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง (The Cancer Patients Needs Questionnaire; CPNQ) โดยแบบข้อคำถามออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ 2) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 3) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและการทำกิจกรรมประจำวัน 4) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ด้านการดูแลและช่วยเหลือ 5) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ มีการหาความเที่ยงตรงภายในด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.87 – 0.97

### 2.4.3 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (The Supportive Care Needs Survey - Short Form 34; SCNS-SF 34) ของ Boyes, Girgis &

Lecatelinais (2009) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก SCNS-LF 59 เพื่อลดจำนวนข้อคำถาม ลดความยากลำบากในการตอบคำถามและสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้จริง โดยไม่ทำให้เสียคุณสมบัติของแบบสอบถามฉบับดั้งเดิม และยังคงมีองค์ประกอบ 5 ด้านเช่นเดิม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีการตรวจสอบความสอดคล้อง ความตรง ความเที่ยง และความไวของเครื่องมือ พบว่า มีความตรงภายในสูง และหาความเที่ยงตรงภายในด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา อยู่ในช่วง 0.86 – 0.96 เครื่องมือนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุรีพร ธนศิลป์ และ Lopez (ม.ป.ป. อ้างถึงในขวัญจิรา ถนอมจิตต์, 2554) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลกระทบจากโรคมะเร็งหลายมิติ แบบสอบถามนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1 - 5 (ไม่ต้องการ – ต้องการมาก) การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนสำหรับความต้องการการดูแลแบบ

สนับสนุน แบ่งช่วงเป็น 4 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตราภาคขั้นโดยนำคะแนนต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล

**2.4.4 แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (The Needs Assessment for Advanced Cancer Patients; NA-ACP)** ของ Rainbird, Perkins & Sanson-Fisher (2005) เป็นแบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ และแบ่งความต้องการของผู้ป่วยออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร/ข้อมูลการรักษา ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงิน ด้านอาการ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 132 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และนำไปหาค่าความเที่ยง โดยวิธีครอนบาคแอลฟา ได้ค่าในแต่ละรายด้านตามลำดับ ดังนี้ 0.98 0.97 0.88 0.91 0.79 0.91 และ 0.91

**สรุป** งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (The Supportive Care Needs Survey - Short Form 34; SCNS-SF 34) ของ Boyes, Girgis & Lecatelinais (2009) แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุรีพร ธนศิลป์ และ Lopez เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดในแต่ละรายด้านได้ตรงกับปัญหาที่พบในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี มีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามโครงสร้าง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนข้อคำถามไม่มาก และเครื่องมือนี้สร้างขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎี Supportive care needs ของ Bonevski et al. (2000) ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงมีความเหมาะสมสอดคล้องกับองค์ประกอบของตัวแปรตามที่ต้องการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ประกอบด้วย ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก (Scgmid-Buchi et al., 2013) ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Ugalde et al., 2011) และอายุ (Jorgensen et al., 2011; Liao et al., 2012; Abdollahzadeh et al., 2014) ดังรายละเอียดดังนี้

#### 3.1 ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

##### 3.1.1 ความหมายของความถี่ของอาการ

นงลักษณ์ สรรสม (2552) กล่าวว่า ความถี่ของอาการ เป็นการรับรู้และประเมินว่าอาการนั้นเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด

Pudtong (2554) กล่าวว่า ความถี่ของอาการ เป็นการรับรู้การเกิดขึ้นของอาการที่เกิดขึ้นเป็นระยะๆ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของความถี่ของอาการ คือ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความบ่อยของการเกิดอาการนั้นๆในช่วงเวลาที่ผ่านมา

### 3.1.2 ความหมายของความรุนแรงของอาการ

นงลักษณ์ สรรสม (2552) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ เป็นการรับรู้และประเมินว่าอาการนั้นมีความรุนแรงของอาการมากน้อยเพียงใด

Pudtong (2554) กล่าวว่า ความรุนแรงของอาการ เป็นระดับความเจ็บปวดจากอาการ หรือเป็นความรุนแรงของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดจากการรับรู้และการประเมินของผู้ป่วยเอง

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของความรุนแรงของอาการ คือ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงระดับความรุนแรงของการเกิดอาการนั้นๆในช่วงเวลาที่ผ่านมา

### 3.1.3 ความหมายของความทุกข์ทรมานจากอาการ

นงลักษณ์ สรรสม (2552) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นการรับรู้และประเมินว่าอาการนั้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตนเองมากน้อยเพียงใด

Pudtong (2554) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการเป็นความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับร่างกายหรือจิตใจ หรือเป็นความทุกข์ทรมานที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ หรือการรับรู้ถึงความเครียด

กิตติกร นิลมานัต (2555) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นการรับรู้ถึงความตึงเครียดและการตอบสนองทางอารมณ์ต่ออาการที่เกิดขึ้นในลักษณะของความทุกข์ใจและความเครียด

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของความทุกข์ทรมานจากอาการ คือ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความไม่สุขสบาย หรือความไม่พึงปรารถนาในการเผชิญกับอาการนั้นๆในช่วงเวลาที่ผ่านมา

### 3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และ ความทุกข์ทรมานจากอาการกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

อาการเป็นประสบการณ์ที่เป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน (กฤษณา พุทรวงค์, 2554) โดยเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความถี่

(Frequency) ความรุนแรง (Severity) และความทุกข์ทรมาน (Distress) (Somjaivong, 2010) โดย การรับรู้แต่ละมิติจะมีความสัมพันธ์กัน (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีส่วน ใหญ่ที่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการลุกลามไปมากและผ่าตัดไม่ได้ การรักษาทางเลือกทั้งแบบ ประคับประคองและการใช้เคมีบำบัดเป็นเพียงการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ แต่ก็ยังก่อให้เกิดอาการไม่ พึงประสงค์ได้ทั้งจากภาวะของโรค การรักษา ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งนั้น (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา (2557) ที่พบว่าอาการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในทางลบของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมาก ที่สุด เมื่อพิจารณาในแต่ละมิติของอาการ พบว่าทุกมิติมีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลแบบ สนับสนุนทั้งสิ้น โดยในด้านความถี่ของอาการพบว่าอาการที่เกิดขึ้นบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็น 5 อันดับแรก ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า (87.8%) วิตกกังวล (87.3%) ปวดท้องหรืออาหารไม่ ย่อย (76.9%) เบื่ออาหาร (63.1%) และนอนหลับลำบาก (51.2%) (Somjaivong, 2010) จำนวน ความถี่ของอาการเหล่านี้จะเพิ่มมากขึ้นตามระยะการดำเนินของโรค (Lutz et al., 2001) ซึ่งจำนวน ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้นมาก เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) จึงเห็นได้ว่าความถี่ของอาการที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมี ความต้องการได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดความถี่ของอาการเหล่านั้น ในด้านความรุนแรงของอาการ ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาสวนใหญ่มักอยู่ในระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของมะเร็ง แล้ว อาการของโรคต่างๆที่เกิดขึ้นจึงมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นไปด้วย (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ซึ่งความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันที่ลดลง ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นจนเกิดความเครียด (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) ผู้ป่วยจึงมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลเกี่ยวกับการจัดการอาการต่างๆ (Xu et al., 2015) และใน ด้านความทุกข์ทรมานจากอาการพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ ทรมานมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ อาการปวดท้อง หรือ อาหารไม่ย่อย เป็นอาการที่รบกวนผู้ป่วยมาก ที่สุด (48.8%) รองลงมา คือ อาการเหนื่อยล้า (15%) เบื่ออาหาร (10%) คั้น (9.6%) และวิตกกังวล (6.2%) (Somjaivong, 2010; สุรชัย มณีเนตร , 2556) การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ของอาการ ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากขึ้นเพื่อลดอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งอาการ เหล่านี้ส่งผลให้ระดับความต้องการการดูแลสนับสนุนของผู้ป่วยมากขึ้น (Fischer et al., 2013) ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยถูกรบกวนด้วยมิติต่างๆของอาการ จึงทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความ ต้องการของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลและการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น นั่นคือ ความถี่ ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

### 3.1.5 แบบประเมินเกี่ยวกับอาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการ มีดังต่อไปนี้

1) **แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) ฉบับภาษาไทย** ของ Chinda, Jaturapatporn, Kirshen, & Udomsubpayakul (2011) ซึ่งแปลมาจาก The Edmonton Group เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาการที่ใช้ในการประเมินมีทั้งหมด 9 อาการ ประกอบด้วย อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาการเบื่ออาหาร อาการง่วงซึม อาการซึมเศร้า อาการเหนื่อยหอบ อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการวิตกกังวล และความสบายดีทั้งกายและใจ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0 – 11 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 11 หมายถึงมีอาการมากที่สุด มีการหาค่าความเที่ยงโดยวิธีครอนบาชแอลฟา พบว่ามีค่า 0.89

2) **The Cancer – and Cancer Treatment – related Symptom Scale (CTSS)** ของ Schmid – Buchi, Halfens, Dassen, & Borne (2011) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการจากมะเร็งและอาการที่เกิดจากการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ในเดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านที่เกี่ยวกับอาการทางระบบทางเดินอาหาร จำนวน 6 ข้อ ด้านที่เกี่ยวกับความปวดและความผาสุก จำนวน 6 ข้อ ด้านที่เกี่ยวกับการเสียคุณค่าทางกายภาพและสังคม จำนวน 10 ข้อ และด้านภาพลักษณ์ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีการหาค่าความเที่ยงโดยวิธีครอนบาชแอลฟา พบว่ามีค่า 0.78 – 0.91

3) **แบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี** ของสุรัชย์ มณีเนตร (2556) เครื่องมือนี้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการที่มักพบในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินความทุกข์ทรมานของอาการที่ก่อให้เกิดการรบกวนชีวิตประจำวันและความผาสุกในชีวิตช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน เป็นผู้ตรวจสอบ และมีการหาค่าความเที่ยงโดยวิธีครอนบาชแอลฟา พบว่ามีค่า 0.83

4) **แบบประเมิน The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)** ของ Portenoy et al. (1994) เป็นแบบประเมินอาการผู้ป่วยมะเร็งในหลายมิติ โดย Suwisith (2007) นำมาแปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ โดยใน 24 ข้อแรกประเมินอาการด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน และ 8 ข้อหลังประเมินอาการเฉพาะความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็น

สหสาขาวิชาชีพ และผู้ที่ทำงานกับผู้ป่วยมะเร็ง ค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ เท่ากับ .96  
ค่า Cronbach Alpha ของเครื่องมือได้เท่ากับ .91

5) **แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (The Modified Memorial Symptoms Assessment Scale; MMSAS)** ของ Somjaivong, Thanasilp & Preechawong (2009) ซึ่งพัฒนามาจาก The Memorial Symptom Assessment Scale ของ Portenoy et al. (1994) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความถี่ของอาการ, ระดับความรุนแรงของอาการ, และความทุกข์ทรมานจากอาการ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยอาการที่นำมาใช้ในแบบสอบถามนี้จะเป็นอาการที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีทั้งหมด 10 อาการ ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ แบบสอบถามนี้ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80 และหาค่าแอลฟา Cronbach ของเครื่องมือได้เท่ากับ .91 จากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 30 คน และ .87 จากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 260 คน

**สรุป** งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ของ Somjivong, Thanasilp & Preechawong (2009) เพราะอาการในแบบสอบถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีการศึกษาอาการในหลายด้าน มีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยจะตัดอาการวิตกกังวลออก เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) จึงเหลืออาการในแบบสอบถามทั้งหมด 9 ข้อ

### 3.2 ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

#### 3.2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

กนกรัตน์ สุขะตุ่งคะ (2540) กล่าวว่า เป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์เนื่องจากว่ามีบางสิ่งมาคุกคามเอกลักษณ์ของตนเอง หรือต่อความนับถือตนเองต่อสุขภาพหรือเมื่อต้องทำการที่เกินความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความไม่สบาย ไม่เป็นสุขและมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลทำให้การรับรู้ต้อยไป

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) กล่าวว่า เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว ไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์ (2541) กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักมีอาการตึงเครียด บางครั้งอาจตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจเต้นแรง



กิตติกร นิลมานัต (2555) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่สัมพันธ์กับความสงสัยและความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ โดยจะมีอาการทางกายเกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย มีอาการของระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป เช่น มือสั่น ใจสั่น หายใจไม่สะดวก มึนงง เหงื่อออก

Zigmond & Snaitth (1983) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกกลัวในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น บุคคลจะมีอาการกระสับกระส่าย ตึงเครียดต่อสิ่งๆ นั้น

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของความวิตกกังวล คือ เป็นการถูกคุกคามทางอารมณ์ ทำให้เกิดความไม่สบายใจ หวาดหวั่น หวาดกลัว มีอาการตึงเครียด ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ ทำให้การเรียนรู้ของบุคคลลดลง

### 3.2.2 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

World Health Organization (2012) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มีการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจซึ่งมีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ เศร้าซึม สิ้นหวัง ไร้ค่านอนไม่หลับ

ดวงใจ กสานติกุล (1999) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจเศร้าหมองหดหู่ และเศร้าสร้อยซึ่งมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ที่เกิดจากความผิดหวัง ล้มเหลว หรือการสูญเสีย

อลิสรา วัชรสินธุ (2538) กล่าวว่า เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา

สุกัญญา เลิศสกุลชล (2544) กล่าวว่า เป็นสภาวะที่พบได้ทั่วไปในทาง จิตเวช ทำให้ความสามารถทางด้านสังคม และบทบาทในการทำงานถูกทำลายส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์และชีวิตความเป็นอยู่ในด้านต่างๆ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจที่มีความเศร้าหมอง หดหู่ เป็นผลมาจากบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ผิดหวัง ล้มเหลว ส่งผลกระทบต่อความสามารถในด้านต่างๆ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลลดลง

### 3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นอาการสำคัญด้านจิตใจ อารมณ์ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นอาการที่เกิดจากความกลัว การเศร้าหมอง การสิ้นหวัง นำไปสู่อาการทางกายได้มากมายหลายอาการ ที่พบได้บ่อย คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร สับสน ย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยากเข้าสังคม ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขหรือไม่สามารถปรับตัวได้ มักนำไปสู่โรคทางจิตเวชได้ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนมากมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

หลังจากการได้รับการวินิจฉัยไม่นานในอัตราสูง (ขวัญจิรา ถนอมจิตต์, 2554) นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรงถึง 24% และมีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง 18% (ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ, 2539) และยังพบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556; Ugalde et al., 2012; Scgmid-Buchi et al., 2013) โดยจะส่งผลให้ระดับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิจิตรา เล็กดำรงกุล,คะเนิงนิง พงศ์ถาวรกมล, ธนิษฐา ชมพูบุบผา และนพดล ศิริธนารัตนกุล (2555) ที่พบว่าความต้องการข้อมูลที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีผลเพิ่มภาวะเครียดทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในการดำรงชีวิตหรือไม่สามารถทำนายสิ่งที่เกิดกับตนได้ (สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ผู้ป่วยจึงมีความต้องการด้านข้อมูล เพื่อลดภาวะวิตกกังวล มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (งามพิศ ธนไพศาล และคณะ, 2551) นั่นคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

### 3.2.4 แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีดังต่อไปนี้

1) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond & Snaith (1983) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ด้าน คือ ด้านความวิตกกังวล 7 ข้อ ด้านภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ ข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับความรู้สึกในสัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ (คะแนน 0 – 3) หาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้วิธี Spearman – Brown ได้ค่าเท่ากับ 0.70 – 0.74

2) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของ ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) เป็นเครื่องมือที่แปลจาก Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond & Snaith (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือเป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0 – 21 คะแนน นำไปทดสอบหาความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการซึมเศร้าเท่ากับ

ร้อยละ 85.71 และ 91.3 ตามลำดับ ส่วนค่าความเชื่อถือได้ พบว่าค่าความสอดคล้องภายในของทั้ง 2 subscale มีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.85

**3) แบบประเมินความวิตกกังวล State – Trait Anxiety Inventory Short Version (STAI-Short version)** ของ Perpina-Galvan, Richart-Martinez & Cabanero-Martiner (2011) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจาก State – Trait Anxiety Inventory ของ Spielberger ในปี ค.ศ.1983 ซึ่งแบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ จำนวน 3 ข้อ และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ เมื่อนำไปทดลองใช้ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.89 และมีค่าสหสัมพันธ์ทางบวก เท่ากับ 0.90 ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

**4) แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI)** ฉบับปรับปรุงที่สร้างและพัฒนาโดย สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2549) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดและพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้คำตอบเป็นมาตราวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 3 มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 – 90 นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 10 คน และนักจิตวิทยา จำนวน 3 คน ช่วยในการพิจารณา และนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับอาสาสมัครจำนวน 270 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.95

**สรุป** งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ฉบับภาษาไทย ของธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2539) เพราะเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดได้ตรงกับปัญหาที่พบในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นเครื่องมือที่วัดได้ตรงกับที่มีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งมาแล้ว มีการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามโครงสร้าง และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และจำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป

**3.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี**

### **3.3.1 ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล**

กรรณิกา คงหอม (2546) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้เกิดความผูกพัน โดยจะแสดงออกถึงความรักและความห่วงใย มีความพึงพอใจในการดูแลซึ่งกันและกัน

ยุพาวดี ชันทบัลลัง (2549) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ได้รับการดูแลและผู้ให้การดูแล โดยความสัมพันธ์นี้จะเป็นการแสดงออกถึงการให้ความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ และการแสดงความผูกพันใกล้ชิด

Thipsamniag (2000) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นความรู้สึกถึงความใกล้ชิดและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งความรู้สึกนี้จะประกอบด้วยความรัก ความเข้าใจ การให้ความนับถือ ความช่วยเหลือ ความปรารถนาดี การเคารพ ในความคิดและการตัดสินใจ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก คือ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงและสม่ำเสมอ ติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน โดยความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นจากการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน ซึ่งจะมี อารมณ์ ความรู้สึก และการตอบสนองต่อความต้องการเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

### 3.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมะเร็ง (ยุพาวดี ขันทบัลลัง, 2549) ผู้ป่วยมะเร็งมักจะรู้สึกวิงว้าง เศร้าหมอง จมอยู่กับความทุกข์ทรมานกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยมักจะคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อทดแทนในสิ่งที่ไม่สามารถทำได้เอง (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ซึ่งการที่มีญาติหรือผู้ดูแลคอยให้กำลังใจและพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ ให้การสนับสนุน ย่อมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ (เบญจมาศ อิทธิจารุกุล, 2546) ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะส่งผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมต่างๆและบทบาทหน้าที่ในการทำงาน ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในการทำงานได้เหมือนปกติ (ชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) นอกจากนี้การเจ็บป่วย อาการหรืออาการแสดงที่รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย ไม่อยากทำกิจกรรมต่างๆ และใช้เวลาในการนอนพักบนเตียงนานๆ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาจนเกิดความเครียด (วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552) การที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ดูแลจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพลัง มีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วย (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) และการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องสัมพันธภาพและการไม่เป็นที่ต้องการของสังคมถึง 66% (ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ, 2556) นอกจากผลกระทบที่เกิดจากผู้ป่วยแล้วยังส่งผลทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ และกำลังใจจากบุคคลในครอบครัว ส่งเสริมสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวดีขึ้น (ชนุกร แก้วมณี และคณะ, 2557) ส่งผลให้ความต้องการในด้านต่างๆของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schmid-Buchi et al. (2013) ที่พบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและญาติ เป็นปัจจัย

หนึ่งที่ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง นั่นคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

### 3.3.3 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีดังต่อไปนี้

1) **แบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล** ของ ยุพาวดี ชันทบังลัง (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้ดูแลและผู้ดูแลได้รับจากผู้ป่วย มีการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงจำนวน 5 ท่านตรวจสอบ และมีการหาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคโดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.71 – 0.95 และทำการทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง 98 ราย แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ดังนี้ ด้านการให้ความรักความเข้าใจ ด้านการให้ความดูแลเอาใจใส่ ด้านการแสดงความผูกพันใกล้ชิด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

2) **แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (The Interpersonal Relationship Inventory; The IPR Inventory)** ของ Tilden, Nelson & May (1990) เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดแรงสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านการพึ่งพา ด้านความขัดแย้ง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีการหาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเป็นรายด้าน โดย ด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยง .92 ด้านการพึ่งพามีค่าความเที่ยง .83 ด้านความขัดแย้งมีค่าความเที่ยง .91

3) **แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (The personal Resource Questionnaire: PRQ 85 part 2)** ที่พัฒนาโดย Brandt & Weinert แปลเป็นภาษาไทยโดย ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อคำถาม ดังนี้ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ด้านการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน ด้านการรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม ด้านการรับรู้คุณค่าของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ และมีการหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.84 และตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน

**สรุป** งานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ในด้านของผู้ป่วยได้รับจากผู้ดูแลของ ยุพาวดี ชันทบังลัง (2549) เพราะเป็นเครื่องมือที่เฉพาะเจาะจงกับปัจจัยที่ต้องการจะศึกษา มีการหาค่าความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ และจำนวนข้อคำถามไม่มากเกินไป โดยจะนำแบบสอบถามในส่วนของการวัดระดับสัมพันธภาพระหว่าง

ผู้ป่วยและผู้ดูแลมาใช้เท่านั้น โดยจากลักษณะของแบบสอบถามสามารถแยกแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ออกจากกันได้

### **3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับ และท่อน้ำดี**

#### **3.4.1 ความหมายของอายุ**

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) กล่าวว่า อายุ คือ เวลาที่ดำรงชีวิต อยู่ หรือ ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าว

ศิริวรรณ วรรณศิริ (2548) กล่าวว่า อายุเป็นพัฒนาการและวุฒิภาวะของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการพิจารณาเหตุการณ์และการตัดสินใจของบุคคล

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของอายุ คือ จำนวนเต็มปีของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนับตั้งแต่ปีเกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยเริ่มทำการศึกษ โดยไม่นับจำนวนเดือน

#### **3.4.2 อายุในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี**

อายุเป็นพัฒนาการและวุฒิภาวะของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตาม ประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น จะมีอิทธิพลต่อการพิจารณาเหตุการณ์และการตัดสินใจของบุคคล (ศิริวรรณ วรรณศิริ, 2548) ซึ่งโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมักเกิดขึ้นในช่วงอายุ 40 – 70 ปี เป็นช่วงอายุที่ผู้ป่วยบรรลุนิติภาวะและมีความสามารถในการตัดสินใจได้เอง แต่ประสบการณ์ต่างๆในชีวิตไม่เท่ากัน ส่งผลให้ความต้องการการช่วยเหลือหรือการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันออกไปจากการศึกษาของสุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา (2557) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอยู่ในช่วงอายุ 21 – 90 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรง ยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่วนในวัยผู้สูงอายุอาจเกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการรับรู้ตามพัฒนาการต่อความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ หรือ การได้รับข้อมูลข่าวสารตลอดระยะเวลาของการดำรงชีวิตจึงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะปรับตัวอยู่กับโรค ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ในด้านความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความต้องการในด้านต่างๆน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมาก (Jorgensen et al., 2011; Liao et al., 2012; Abdollahzadeh et al., 2014) นั่นคืออายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**รุจิรัตน์ ผัดวัน (2549)** ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3) แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง (The Supportive Care Needs Survey: SCNS-59) มีข้อคำถาม 59 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินว่า ด้านร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถกระทำการที่เคยทำได้และต้องการได้รับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหากผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ด้านจิตใจกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้บุคลากรในโรงพยาบาลรับรู้และเข้าใจความรู้สึกและความต้องการทางอารมณ์

**งามพิศ ธนไพศาล และคณะ (2551)** ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดทั้งหมดโดยรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 68.8 มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 24.5 ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 57.5

**พรพรรณ วนวิโรตม และคณะ (2552)** ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสาขาวิชารังสีรักษา โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 91 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง และความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (interval scale) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตใจในระดับมาก 2 ด้าน คือ การมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต และการมีความหวังในชีวิต แต่ความต้องการด้านจิตใจที่อยู่ในระดับปานกลางมี 1 ด้าน คือ การมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ระบุความต้องการการสนับสนุนจากพยาบาลพบว่า 2 ด้าน ที่อยู่ระดับปานกลาง คือ การมีความหวังในชีวิตและการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และมี 1 ด้านที่ผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย คือ การมีความหมาย/เป้าหมายในชีวิต

**พิจิตรา เล็กดำรงกุล และคณะ (2555)** ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับ

ยาเคมีบำบัด มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 86 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความต้องการข้อมูลและข้อมูลที่ได้รับ แต่ ละส่วนประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ 3) แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยข้อ คำถามเชิงบวกเชิงลบ 28 ข้อ 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเวอรซ์ชั้น 4 ฉบับ ภาษาไทย ประกอบด้วย 4 ด้าน มีจำนวนข้อคำถาม 27 ข้อ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความ ต้องการข้อมูลอยู่ในระดับมาก แต่ข้อมูลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในระดับดีร้อยละ 64 คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ ปานกลางค่อนข้างสูง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความต้องการ ข้อมูลและข้อมูลที่ได้รับมีความสัมพันธ์กันอย่างไร้มีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองหรือกับคุณภาพชีวิต แต่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .257, p < .05$ )

**ศรียรัตน์ มากมาย และคณะ (2556)** ศึกษาเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยและความต้องการ ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล : กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาล แพร์ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 66 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบ บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบสอบถามอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย Edmonton Symptom Assessment (ESAS) ฉบับภาษาไทย จำนวน 9 ข้อ 3.แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวม (Bio-Psycho-social-Spiritual model) ของ Susan Walter จำนวน 14 ข้อ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งขั้นต้นและท่อน้ำดีมากที่สุด อาการที่พบบ่อย 5 อาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย ปวด ไม่สบายกายและใจ เบื่ออาหาร และวิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบปัญหาซึมเศร้าร่วมด้วย กลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความ ต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะต้องการทุเลาจากความทุกข์ทรมานที่เป็นอยู่

**กุลธิดา เกตุแก้ว และคณะ (2557)** ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการได้รับการ ตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรก ภายหลังได้รับการวินิจฉัย โดยใช้กรอบแนวคิดความต้องการการสนับสนุนการดูแล (The supportive care framework) ของ Fitch et al. (2009) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นโรคมะเร็งและครอบครัว 2. แบบสอบถามความต้องการและแบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของ วัยรุ่นโรคมะเร็ง ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย ซึ่งดัดแปลงมา จากแบบสอบถามของสาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์ ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความ



ต้องการโดยรวมในระดับมากและความต้องการรายด้านพบในระดับมาก 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านการได้รับข้อมูล ด้านจิตวิญญาณ และด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนความต้องการด้านจิตสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าวัยรุ่นได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของวัยรุ่น โรคมะเร็งมีความแตกต่างกัน ( $P < 0.001$ )

**ขุนกร แก้วมณี และคณะ (2557)** ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 267 คน โดยใช้กรอบแนวคิดความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งของเทย์เลอร์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 41 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่ผู้ป่วยมีความต้องการในระดับสูง ได้แก่ ด้านการเชื่อมโยงกับศาสนา สิ่งสูงสุดและสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ด้านการให้ความรักแก่ผู้อื่นและด้านการได้รับความรักจากผู้อื่น ด้านการมีทัศนคติเชิงบวกและความหวัง และด้านการทบทวนเรื่องความเชื่อ

**สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา (2557)** ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่าง คือ วิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่ระหว่างปี ค.ศ. 2000 - 2012 จำนวน 12 เรื่อง ผลการสังเคราะห์สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการ กลุ่มอาการ ความรุนแรงของโรค และการกลับมาเป็นก้อนมะเร็งซ้ำ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอน และแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

**Hwang et al. (2004)** ได้ศึกษาเกี่ยวกับการไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 296 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 1. แบบสอบถาม Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT – G) (Version 4) จำนวน 28 ข้อ 2. แบบสอบถาม The Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) จำนวน 10 ข้อ 3. แบบสอบถาม The Geriatric Depression Scale – Short Form (GDS – SF) จำนวน 15 ข้อ 4. แบบสอบถาม The Duke – UNC Functional Social Support Questionnaire (DUFSS) จำนวน 8 ข้อ 5. แบบสอบถาม The Memorial Symptom Assessment Short Form (MSAS – SF) จำนวน 32 อาการ 6. แบบสอบถาม The Psychological Symptom distress score (PSYCH) จำนวน 6 อาการ 7. แบบสอบถาม The European Quality of life Scale (EQ –

5D) จำนวน 5 ด้าน 8. แบบสอบถาม The 14-item Unmet needs Questionnaire จำนวน 14 ข้อ ผลการศึกษาพบว่าความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองบ่อยที่สุด คือ ด้านร่างกาย (80%), ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (53.3%), ด้านโภชนาการ (46.1%), ด้านอารมณ์ (32.5%) ผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้รับการตอบสนองในด้านร่างกาย, เศรษฐกิจ, การรักษา ความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่สูงสัมพันธ์กับการไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์/สังคม, เศรษฐกิจ, และการรักษา

**Aranda et al. (2005)** ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลของผู้หญิงในชนบทที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 172 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต European Organization of Research and Treatment of Cancer Quality of life (Q – C 30 Version 2) 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการ Supportive Care Needs Questionnaire (SCNQ) 4. รายการ Checklist พฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าด้านคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง มีคะแนน 50 หรือ ต่ำกว่า เท่ากับ 26%, ด้านสุขภาพทั่วไป เท่ากับ 27% และมีคะแนน 50 หรือ ต่ำกว่า เท่ากับ 30% ในด้านร่างกาย การทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม ด้านความต้องการการช่วยเหลือ พบว่า มากกว่า 1 ใน 5 ของผู้หญิง มีคะแนนมากกว่า 50 ในด้านจิตใจและด้านข้อมูลสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความต้องการในด้านนี้ต้องการได้รับความช่วยเหลือในระดับสูง

**Ankem (2006)** เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการด้านข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็ง โดยการค้นหาค้นหาบทความในฐานข้อมูล ประกอบด้วย Medline และ CINHALL ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการด้านข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็ง มีปัจจัย ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความต้องการด้านข้อมูลมาก เพศ การศึกษา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย และระยะของมะเร็งไม่มีผลต่อความต้องการด้านข้อมูล

**Harrison et al. (2009)** เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาและจัดการกับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอและเหมาะสมของผู้ป่วยมะเร็ง เก็บข้อมูลโดยการค้นหาค้นหาบทความในฐานข้อมูล ประกอบด้วย Medline, CINHALL, EMBASE, Psyc Info และ American Cancer Society และ Cancer Council Australia จากผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอและเหมาะสมของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับสูงและครอบคลุมในทุกด้าน ดังนี้ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 1 – 73 ด้านจิตใจ ร้อยละ 12 – 85 ด้านข้อมูล ร้อยละ 6 – 93 ด้านจิตสังคม ร้อยละ 1 – 89 ด้านร่างกาย ร้อยละ 7 – 89 ด้านจิตวิญญาณ ร้อยละ 14 – 51 ด้านการติดต่อสื่อสาร ร้อยละ 2 – 57 ด้านเพศ ร้อยละ 33 – 63 ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอและเหมาะสมของผู้ป่วยจะมีระดับสูงที่สุดในช่วง

ที่ได้รับการรักษา แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวนมากที่จะแสดงความต้องการการช่วยเหลือหลังการ รักษาเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาอื่น

**Chen et al. (2009)** ได้ศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับระดับความต้องการการได้รับข้อมูล การไม่ได้รับการตอบสนองด้านข้อมูล และปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อความต้องการการได้รับข้อมูล ระหว่างผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย และผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาโดยการ ผ่าตัด มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 222 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer Needs Questionnaire short form/CNQ-SF) โดยใช้ในส่วนของความต้องการการได้รับข้อมูล 3. แบบสอบถามประเมินระดับการทำงานของด้านร่างกาย (Karnofsky' s Performance Status Index/KPS) ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยมีระดับความต้องการ ข้อมูล และมีภาวะทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัด และปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อความต้องการการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่เพิ่ง ได้รับการวินิจฉัย คือ ประสบการณ์การเจ็บป่วย การใช้แอลกอฮอล์ ความวิตกกังวล ระดับการศึกษา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ความเข้มแข็งทางจิตใจ และศาสนา ส่วนปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อ ความต้องการการได้รับข้อมูลในผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด คือ ประสบการณ์การเจ็บป่วย ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ความวิตกกังวล ระดับการศึกษา ความเข้มแข็ง ทางจิตใจ และสถานภาพสมรส

**Nagler et al. (2010)** ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูล และความแตกต่างในการ ค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2010 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถาม เกี่ยวกับแหล่งในการหาข้อมูลของผู้ป่วย (Active information seeking) 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากแหล่งต่างๆ (Passive information scanning) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมี ความต้องการข้อมูลโดยรวม 81.7% แหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยใช้ในการหาข้อมูลบ่อยที่สุด คือ แพทย์ ผู้รักษา ร้อยละ 75.3 จากบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ร้อยละ 34.4% จากบุคคลอื่นๆ ร้อยละ 48 จากผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ร้อยละ 38.1% จากหนังสือและสิ่งพิมพ์อื่น ร้อยละ 49.9 จากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 27 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมากมีแนวโน้มในการหาข้อมูลมากกว่า มะเร็งลำไส้

**Ugalde et al. (2011)** ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองและ ความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 108 คน เครื่องมือที่ ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบสอบถาม The Needs Assessment for Advanced Lung Cancer Patients (NA – ALCP) จำนวน 38 ข้อ 2. แบบสอบถาม The Hospital Anxiety

and Depression Scale (HADS) จำนวน 14 ข้อ 3. แบบสอบถาม The Distress Thermometer (DT) มีข้อคำถามเดียว เป็น visual analogue scale ให้ผู้ป่วยเลือกคะแนนตามระดับของความทุกข์ทรมานในสัปดาห์ที่ผ่านมา 4. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอันดับแรก คือ ความต้องการด้านจิตใจ/อารมณ์ ในด้านที่เกี่ยวกับการจัดการกับความกลัวและความวิตกกังวลของบุคคลในครอบครัว (62%)

**Liao et al. (2010)** ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาการ ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งปอด มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรุนแรงของอาการ (Symptom Severity Scale, SSS) มีจำนวน 21 อาการ 2) แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) มีจำนวน 14 ข้อ 3) แบบสอบถามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง (Cancer Needs Questionnaire – Short Form 32, CNQ – Short form 32) มีจำนวน 32 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับสูง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (Health care system and information) 2) ด้านจิตใจ (Psychological) 3) ด้านการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย (Care and Support) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ได้แก่ ผลกระทบจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

**Liao et al. (2012)** ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยทำนายของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 124 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามความวิตกกังวล (State – Trait Anxiety Inventory) 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Scale-modified) 3) แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive Care Needs Survey-Short Form) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยความต้องการด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากที่สุด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ได้แก่ ปัจจัย ดังนี้ อายุน้อย ระดับการศึกษาสูง ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวล และระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย

**Schmid-Buchi et al. (2013)** ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 175 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive Care Needs Survey, SCNS-SF34) จำนวน 34 ข้อ 2) แบบสอบถามอาการที่เกิดจากมะเร็งและอาการที่เกิดจากการรักษาโรคมะเร็ง (The Cancer – and Cancer Treatment – related Symptom Scale, CTSS) จำนวน 27 ข้อ 3) แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (The Interpersonal

Relationship Inventory, IPRI) จำนวน 13 ข้อ 4) แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) จำนวน 14 ข้อ 5) ปรอทวัดความทุกข์ (Distress Thermometer, DT) จำนวน 1 ข้อ เป็น visual analogue scale ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการในด้านจิตใจมากที่สุด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ได้แก่ การบกพร่องทางด้านร่างกายและสังคม การสูญเสียภาพลักษณ์ ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การขาดการสนับสนุนทางสังคมและการเกิดความขัดแย้งด้านสัมพันธ์ภาพกับญาติสนิท

**So et al. (2014)** ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่เกิดบ่อยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิตของประเทศจีน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 163 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสำหรับคนจีน (Chinese version of Supportive Care Needs Survey form) 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับคนจีน (Chinese version of the Functional Assessment of Cancer Therapy General) ผลการศึกษาพบว่าความต้องการที่ไม่ได้ระบบการตอบสนองที่บ่อยที่สุด คือ ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (55 – 63%) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับการตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

**Xu et al. (2015)** ได้ศึกษาเกี่ยวกับความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง ในภาวะที่โรคมีความรุนแรง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 147 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ McGill Quality of Life Questionnaire ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับอาการ ผลการศึกษาพบว่าความถี่ของอาการ และความรุนแรงของอาการส่งผลให้คุณภาพชีวิตของโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยโรคที่ล่าช้า ทำให้เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็จะเข้าสู่ระยะท้ายๆ ของโรค อาการต่างๆ ก็จะมี ความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งจากอาการของโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา เกิดความวิตกกังวลจากการรับรู้และให้ความหมายของโรคว่าโรคมะเร็งเป็นโรครุนแรง รักษาไม่หายขาด รอวันตาย สูญเสียภาพลักษณ์จากอาการตัวเหลืองตาเหลือง เกิดการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่จากการต้องเข้ารับตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ จากที่กล่าวมาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งหลากหลายชนิดเป็นจำนวนมาก แต่การศึกษาที่มีความจำเพาะต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดียังมีน้อย และไม่

ครอบคลุมในทุกด้านของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนตามแนวคิดของ Bonevski et al. (2000) รวมถึงยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งถ้าบุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีได้ บุคลากรทางการแพทย์ก็จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และสามารถสร้างเป็นแนวทางที่มีมาตรฐานต่อไปในอนาคตได้

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Bonevski et al. (2000) และทบทวนวรรณกรรมคัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี ได้ดังนี้ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้





ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด และรักษาตามอาการ ได้แก่ การส่องกล้องทางเดินน้ำดีเพื่อใส่ขดลวด การทำท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง และการรักษาแบบประคับประคองด้วยยา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนคร โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุ 20 – 59 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะ 3 และ 4
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

#### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978)

$$n \geq 10 k + 50$$

เมื่อ  $n$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$k$  = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 7 ตัว

$$n \geq 10(7) + 50 = 120$$



เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 132 คน

### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน ดังนี้ คือ

1. แบ่งโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร ตามสังกัด ดังนี้

- 1) กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
- 2) กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- 3) กระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลพระบาทสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- 4) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
- 5) องค์การอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- 6) สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และโรงพยาบาลกลาง

2. สุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัด โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ จำนวน 2 สังกัด ได้แก่ องค์การอิสระ สังกัดกรุงเทพมหานคร

2.1 เลือกโรงพยาบาลจากในแต่ละสังกัดแบบตามสะดวก (Convenience sampling) สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2.2 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) โดยสำรวจรายชื่อและตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่เลือกได้ ทั้ง 2 แห่ง จนครบ 132 คน โดยแผนกผู้ป่วยนอกมีการสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยตามการออกตรวจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งตับและท่อน้ำดี สำหรับแผนกผู้ป่วยในผู้วิจัยขอความร่วมมือให้พยาบาลประจำการหอบุคลากรผู้วิจัยเมื่อมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ามารับการรักษา โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 74 คน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เก็บรวบรวมข้อมูลได้ 58 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 5 ส่วน ดังนี้

**1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถาม 7 ข้อ ดังนี้ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพลักษณะครอบครัวส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ระยะของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของการรักษาที่ได้รับ ลักษณะของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก

**2. แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน** ของ Boyes, Girgis & Lecathelinis (2009) แปลเป็นภาษาไทยโดย วราภรณ์ ชัยวัฒน์, สุรีพร ธนศิลป์ และ Lopez (ม.ป.ป. อ้างถึงใน ขวัญจิรา ถนอมจิตต์, 2554) มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านจิตใจ 2. ด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 3. ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน 4. ด้านการดูแลและช่วยเหลือ 5. ด้านที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ มีจำนวน 34 ข้อ แบบสอบถามนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- |   |         |                                                                                                                 |
|---|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากพึงพอใจแล้ว (1 คะแนน) |
| 2 | หมายถึง | ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องนี้ แต่พอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับ (2 คะแนน)                                      |
| 3 | หมายถึง | ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่ำ (3 คะแนน)                                                                        |
| 4 | หมายถึง | ต้องการความช่วยเหลือระดับปานกลาง (4 คะแนน)                                                                      |
| 5 | หมายถึง | ต้องการความช่วยเหลือ ในระดับมาก (5 คะแนน)                                                                       |

การแปลผลคะแนนรวมสำหรับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน คะแนนเฉลี่ยความต้องการสูง หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก นั่นคือได้รับการตอบสนองต่ำ คะแนนเฉลี่ยความต้องการต่ำ หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย นั่นคือ ได้รับการตอบสนองความต้องการ ทั้งนี้แบ่งช่วงเป็น 4 ระดับ ตามหลักการแบ่งอัตราภาคขั้นโดยนำคะแนนต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (Wongratana, 2001) ดังนั้นจึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1 - 2 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในระดับน้อยมาก นั่นคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนได้รับการตอบสนอง (Met needs)

คะแนนเฉลี่ย 2 - 3 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย นั่นคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet needs)

คะแนนเฉลี่ย 3 - 4 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง นั่นคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet needs)

คะแนนเฉลี่ย 4 - 5 คะแนน หมายถึง มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับมาก นั่นคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet needs)

**3. แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (The Modified Memorial Symptoms Assessment Scale; MMSAS)** ซึ่งดัดแปลงมาจาก The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ของ Portenoy et al. (1994) โดย Somjaiwong, Thanasilp & Preechawong (2009) ได้พัฒนาและนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี อาการในแบบสอบถามนี้จะ เป็นอาการที่มีความเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยตัดข้อคำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลออก เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale จึงเหลือ จำนวน 9 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

### 3.1 ด้านความถี่ของอาการ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนน 1	หมายถึง	อาการเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง
ให้คะแนน 2	หมายถึง	อาการเกิดขึ้นบางครั้ง
ให้คะแนน 3	หมายถึง	อาการเกิดขึ้นบ่อยครั้ง
ให้คะแนน 4	หมายถึง	อาการเกิดขึ้นเกือบตลอด

การแปลผลคะแนนของอาการรายด้านความถี่ของอาการ มีคะแนนช่วง 0 - 4 คะแนน ซึ่งได้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น โดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดแล้วหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (Wongratana, 2001) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.33 คะแนน ระดับต่ำ	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความถี่ของอาการอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.67 คะแนน ระดับปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความถี่ของอาการอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.68 - 4.00 คะแนน ระดับสูง	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความถี่ของอาการอยู่ในระดับสูง

### 3.2 ด้านความรุนแรงของอาการ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนน 1	หมายถึง	อาการมีความรุนแรงในระดับน้อย
ให้คะแนน 2	หมายถึง	อาการมีความรุนแรงในระดับปานกลาง
ให้คะแนน 3	หมายถึง	อาการมีความรุนแรงในระดับมาก
ให้คะแนน 4	หมายถึง	อาการมีความรุนแรงในระดับมากที่สุด

การแปลผลคะแนนของอาการรายด้านความรุนแรงของอาการ มีคะแนนช่วง 0 – 4 คะแนน ซึ่งได้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น โดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดแล้วหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.33 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการ
คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.67 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการ
คะแนนเฉลี่ย 2.68 – 4.00 คะแนน อยู่ในระดับสูง	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการ

### 3.3 ด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนน 0	หมายถึง	ไม่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ
ให้คะแนน 1	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการเล็กน้อย
ให้คะแนน 2	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการปานกลาง
ให้คะแนน 3	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการมาก
ให้คะแนน 4	หมายถึง	มีความทุกข์ทรมานจากอาการมากที่สุด

การแปลผลคะแนนของความทุกข์ทรมานจากอาการที่ผู้ป่วยได้รับนั้น มีคะแนนช่วง 0 – 4 คะแนน ซึ่งได้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคชั้น โดยนำค่าต่ำสุดลบด้วยค่าสูงสุดแล้วหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล (Wongratana, 2001) ดังนั้น จึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.33 คะแนน อาการอยู่ในระดับน้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจาก
คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.67 คะแนน อาการอยู่ในระดับปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจาก
คะแนนเฉลี่ย 2.68 – 4.00 คะแนน อาการอยู่ในระดับมาก	หมายถึง	ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจาก

**4. แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย** สร้างโดย Zigmond & Snaith (1983) ที่นำมาพัฒนาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ(2539) ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อคี่ และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อคู่ การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า มีพิสัยคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0 - 21 คะแนน มีความหมายและการให้คะแนนดังนี้ คือ

- 0 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นนั้นกับผู้ป่วยเลย
- 1 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเล็กน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสำหรับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อยู่ในช่วง 0 - 21 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าต่ำ คะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นระดับโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนน 0 - 7	หมายถึง	ปกติ
คะแนน 8 - 10	หมายถึง	มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง
คะแนน 11 - 21	หมายถึง	มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

**5. แบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ของ ยุพาวดี ขันทบัง (2549)** เป็นเครื่องมือที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากผู้ดูแล แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ครอบคลุม ด้านการให้ความรักความเข้าใจ ด้านการให้ความหวังใจ และการดูแลเอาใจใส่ ด้านการแสดงความผูกพันใกล้ชิด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีการรับรู้ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านมีการรับรู้ตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีการรับรู้ตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีการรับรู้ตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย

ไม่มีเลย หมายถึง ท่านมีการรับรู้ไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วยคำถามทางบวกทั้งหมด การให้คะแนนเป็นดังนี้

ไม่มีเลย ได้ 1 คะแนน

น้อย ได้ 2 คะแนน

ปานกลาง ได้ 3 คะแนน

มาก ได้ 4 คะแนน

มากที่สุด ได้ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลคะแนน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล มีค่าระหว่าง 15 - 75 คะแนน ค่าคะแนนรวมสูง แสดงให้เห็นว่า ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนรวมต่ำ แสดงให้เห็นว่า ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา โดยจัดอันดับแบบอิงเกณฑ์ คำนวณหาค่าอันตรายภาคขั้น และกำหนดช่วงคะแนนดังนี้

คะแนน 55 - 75 หมายถึง ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก

คะแนน 35 - 54 หมายถึง ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 15 - 34 หมายถึง ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

โดยผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) ดังนี้

##### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ 5 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

ความครอบคลุม และความเหมาะสม จากนั้นนำแบบสอบถามไปผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (ตามรายนาม ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1. อาจารย์พยาบาลด้านมะเร็ง 2 คน
2. พยาบาลผู้ชำนาญการขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 2 คน
3. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 คน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิกำหนดดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit & Beck, 2004)

- |   |         |                                                                                         |
|---|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม                                                           |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยาม                                                    |

ในการวิจัยนี้ได้มีการปรับข้อคำถามในแบบสอบถามตามการแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา โดยปรับเกี่ยวกับผู้ดูแลหลัก ให้มีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น และปรับชนิดของการรักษาที่เคยได้รับจากภรรยาครั้งที่เท่าไร เป็นจำนวนกี่ครั้ง
2. แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน โดยปรับภาษาให้เข้าใจง่ายและชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ ข้อคำถามที่ถามว่า “คุณต้องการได้รับการปฏิบัติในฐานะมิใช่แค่ผู้ป่วยรายหนึ่ง” ปรับเป็น “คุณต้องการได้รับการปฏิบัติในฐานะบุคคลที่มีศักดิ์ศรีมิใช่แค่ผู้ป่วยรายหนึ่ง”, ข้อคำถามที่ถามว่า “คุณต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับความรู้สึกกังวลของคุณในเรื่องความกังวลของผู้ที่ใกล้ชิดของคุณ” ปรับเป็น “คุณต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับความกังวลต่อความรู้สึกของผู้ใกล้ชิดของคุณ” เป็นต้น และปรับคำว่า “มะเร็ง” เป็นคำว่า “โรค” แทน เพื่อลดการกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.91

3. แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี มีความครอบคลุมอาการต่างๆของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จึงไม่มีการปรับเปลี่ยน

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางเดินน้ำดี คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

4. แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความครอบคลุมและข้อคำถามมีความชัดเจน จึงไม่มีการปรับเปลี่ยน

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

5. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยดูแลหลัก ปรับคำว่า “ความเจ็บปวด” เป็นคำว่า “ความไม่สุขสบาย” เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาเฉพาะความเจ็บปวดเท่านั้น แต่ศึกษาอาการโดยรวมของผู้ป่วย

ค่าความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยดูแลหลัก คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1

## 2. การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางน้ำดี แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็งต่อทางน้ำดี แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เมื่อทดลองใช้เท่ากับ 0.94, 0.73, 0.78, 0.80, 0.85 และ 0.95 ตามลำดับ



ตารางที่ 4 แสดงค่าความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา	ค่าความเที่ยง 30 ราย
1.แบบสำรวจความต้องการดูแลแบบสนับสนุน	0.91	0.94
2.แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี		
2.1ด้านความถี่ของอาการ	1	0.73
2.2ด้านความรุนแรงของอาการ	1	0.78
2.3ด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ	1	0.80
3.แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย	1	0.85
4.แบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก	1	0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลและแจกแบบประเมินด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2559 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอเข้ารับการศึกษาจริยธรรมและหนังสือขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและผู้อำนวยการโรงพยาบาลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอรับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตามวันและเวลาที่กำหนด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 132 คน เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยในและพยาบาลประจำการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกก่อนการเก็บข้อมูล 1 วัน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้เข้าเก็บข้อมูลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ระบบทางเดินอาหาร และห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกรังสีร่วมรักษา และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้เข้าเก็บข้อมูลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม และห้องตรวจผู้ป่วยนอก ระบบทางเดินอาหาร ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้เชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย ถ้าผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยก่อนเข้าพบแพทย์เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยใกล้เข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยไว้ก่อนแล้วจึงอธิบายและขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยอีกครั้งหลังจากพบแพทย์เสร็จเรียบร้อยแล้ว

ในแผนกผู้ป่วยใน ผู้วิจัยเข้าติดต่อกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้าพักรักษาตัวแจ้งเกี่ยวกับรายละเอียดงานวิจัย และขอความร่วมมือในการแจ้งผู้วิจัยเมื่อมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้ามารับการรักษา โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยชิวราษฎร์ 10 ปี และหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11 ปี เมื่อผู้วิจัยได้รับการติดต่อจากหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้าพักรักษาตัว ผู้วิจัยสำรวจเวชระเบียนผู้ป่วยในอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยได้ให้พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในเป็นผู้เชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย ถ้าผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่ออธิบายรายละเอียดในการทำวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา

3. การตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถอ่านได้เอง ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในแต่ละแบบสอบถาม จากนั้นให้ผู้ป่วยอ่านแบบสอบถามและเขียนคำตอบด้วยตนเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เอง แต่เข้าใจภาษาไทย ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและบันทึกคำตอบให้ผู้ป่วย โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 5 ชุด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที

4. ถ้าผู้ป่วยตอบแบบประเมินไม่สมบูรณ์ โดยมีกิจกรรมอื่นที่ต้องทำก่อน ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมอื่นๆ ก่อน แล้วจึงขอความร่วมมือกลับมาตอบแบบประเมินให้เสร็จหลังจากทำกิจกรรม เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากยังขาดคำตอบในบางข้อ ผู้วิจัยสอบถามเพิ่มเติมเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและญาติ โดยผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทั้งหมด 132 ชุด ได้คืนทั้งหมด 132 ชุด มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 132 ชุด

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ ได้รับการอนุมัติให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลขอนุมัติที่ COA No.319/2016 รับรองตั้งแต่วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 และ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขอนุมัติที่COA 37/2559 รับรองตั้งแต่วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2560 และยังคงคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ดังนี้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย อีกทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการได้รับการบริการข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัย ในครั้งนี้ถือเป็นความลับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีความยินยอม ลงนามในแบบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาที่การวิจัยจะสิ้นสุด หากขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันทีและส่งไปพบแพทย์ เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ลักษณะครอบครัว ระยะของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของการรักษาที่ได้รับ ลักษณะของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายได้ โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตั้งกลางเบื้องต้น (Basic Assumption) ของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปร

ตามอยู่ในระดับอัตราส่วน มีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง และค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ รวมทั้งข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน (ภาคผนวก) โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลค่ามีเกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสัมพันธ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

ค่า $r$	ระดับความสัมพันธ์
$< 0.3$	ต่ำ
$0.3 - 0.7$	ปานกลาง
$> 0.7$	สูง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของอายุรกรรม – ศัลยกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมหาวิทยาลัยราชบุรี รวม 132 คน โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้ตารางที่ประกอบคำบรรยายจำแนกเป็น 5 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ตอนที่ 4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ดูแลหลัก และลักษณะของการเข้ารับการรักษา (n=132)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	95	72
หญิง	37	28
<b>อายุ</b>	$\bar{X} = 52.05$ SD = 5.57	
<b>สถานภาพสมรส</b>		
สมรส	106	80.30
โสด	15	11.4
หม้าย/หย่า/แยก	11	8.40
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ทำงาน	64	48.50
กิจการส่วนตัว	23	17.40
รับจ้าง	16	12.10
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	10.60
แม่บ้าน	8	6.10
เกษตรกร	7	5.30
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	10	7.60
ระดับประถมศึกษา	53	40.20
ระดับมัธยมศึกษา	31	23.50
ระดับอนุปริญญา	16	12.10
ระดับปริญญาตรี	18	13.60
ระดับปริญญาโท	3	2.30
ระดับปริญญาเอก	1	0.80

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำแนกตามโรคมะเร็ง ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของการรักษาที่เคยได้รับ ชนิดของการได้รับในปัจจุบัน และระยะเวลาของการวินิจฉัย (n=132) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ผู้ดูแลหลัก</b>		
สามี/ภรรยา	78	59.10
บุตร	36	27.30
พี่น้อง	14	10.60
พ่อ/แม่	3	2.30
ญาติ	1	0.80
<b>โรคมะเร็ง</b>		
มะเร็งตับ	91	68.90
มะเร็งท่อน้ำดี	41	31.10
<b>ระยะของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี</b>		
ระยะที่ 3	74	69.20
ระยะที่ 4	33	30.80
<b>ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย</b>		
ระยะเวลา 1 – 3 เดือน	22	16.70
ระยะเวลา 3 – 6 เดือน	25	18.90
ระยะเวลา 6 – 9 เดือน	16	12.10
ระยะเวลา 9 – 12 เดือน	24	18.20
ระยะเวลามากกว่า 12 เดือน	45	34.10

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำแนกตามระยะเวลาของการวินิจฉัย และลักษณะในการเข้ารับการรักษา (n=132) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ชนิดของการรักษาที่เคยได้รับ</b>		
การให้เคมีบำบัดผ่านทางหลอดเลือด	44	33.30
การผ่าตัด	33	25.00
ยังไม่เคยได้รับการรักษา	23	17.40
การรักษาด้วยคลื่นวิทยุ	10	7.60
การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้อง	6	4.50
การส่องกล้องเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี	5	3.80
เคมีบำบัด	5	3.80
การรักษาด้วยคลื่นไมโครเวฟ	5	3.80
การรักษาด้วยการฉีด ethanol	1	0.80
<b>ชนิดของการได้รับในปัจจุบัน</b>		
การรักษาแบบประคับประคอง	57	43.20
การให้เคมีบำบัดผ่านทางหลอดเลือด	28	21.20
การผ่าตัด	21	15.90
เคมีบำบัด	8	6.10
Target therapy	7	5.30
การส่องกล้องเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี	6	4.50
การใส่ท่อระบายน้ำดีผ่านทางหน้าท้อง	3	2.30
การรักษาด้วยคลื่นวิทยุ	1	0.80
การรักษาด้วยการฉีด ethanol	1	0.80
<b>ลักษณะของการเข้ารับการรักษา</b>		
ผู้ป่วยนอก	87	65.90
ผู้ป่วยใน	45	34.10



จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ คิดเป็นร้อยละ 68.90 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ย 52.05 ปี (SD = 5.57) ระดับการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.20 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือ สมรส คิดเป็นร้อยละ 80.30 อาชีพ ไม่ได้ทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.50 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ คือ สามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 62.60 ระยะของโรคส่วนใหญ่ คือระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 69.20 ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลามากกว่า 12 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.10 ชนิดของการรักษาที่เคยได้รับ การให้เคมีบำบัดผ่านทางหลอดเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 ชนิดของการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน การรักษาแบบประคับประคองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.20 ลักษณะของการเข้ารับการรักษามากที่สุด คือ ผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 65.90



## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน		
	การตอบสนอง	การตอบสนอง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
	ร้อยละ	ร้อยละ			
ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร	97.93	2.07	3.87	0.67	ปานกลาง
ด้านการดูแลและช่วยเหลือ	96.67	3.33	3.76	0.75	ปานกลาง
ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน	80.15	19.85	3.14	0.93	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	91.36	8.64	3.07	0.83	ปานกลาง
ด้านเพศสัมพันธ์	51.52	48.48	2.38	0.75	น้อย
โดยรวม	83.53	16.47		3.24	0.78

ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเท่ากับ 3.24 (SD = 0.78) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร โดยมีค่าเฉลี่ย 3.87 (SD = 0.67) แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.76 (SD = 0.75) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านเพศสัมพันธ์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.38 (SD = 0.75) เมื่อพิจารณาจำแนกตามการได้รับการตอบสนอง และไม่ได้รับการตอบสนอง พบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสารไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 97.93 รองลงมา คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ เท่ากับ ร้อยละ 96.67 ส่วนความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ไม่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 51.52

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมาน จากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยคัดสรร (n = 132)

ตัวแปร	Min	Max	$\bar{X}$	SD	ระดับ
อายุ	31	59	52.05	5.57	-
ความถี่ของอาการ	0	4	1.42	1.16	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการ	0	4	1.42	1.16	ปานกลาง
ความทุกข์ทรมาน จากอาการ	0	4	1.48	1.20	ปานกลาง
ความวิตกกังวลและ ภาวะซึมเศร้า	0	3	4.22	3.84	ปกติ
สัมพันธภาพระหว่าง ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก	1	5	63.96	10.96	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี เท่ากับ 52.05 (SD = 5.57) ค่าเฉลี่ยความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการในผู้ป่วยมะเร็งตับ และท่อน้ำดีมีค่าเท่ากับ 1.42 (SD = 1.16), 1.42 (SD = 1.12) และ 1.48 (SD = 1.20) ตามลำดับ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเท่ากับ 4.22 (SD = 3.84) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเท่ากับ 63.96 อยู่ในระดับมาก

**ตารางที่ 8** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการ (n = 132)

อาการ	ความถี่		ความรุนแรง		ความทุกข์ทรมาน	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1.ปวดท้อง หรือแน่นท้อง	2.89	1.25	2.92	1.22	2.95	1.21
2.เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	2.79	1.20	2.84	1.71	2.94	1.20
3.เบื่ออาหาร	2.08	1.40	2.05	1.27	2.15	1.30
4.นอนไม่หลับ	1.56	1.42	1.52	1.30	1.27	1.31
5.คลื่นไส้	1.03	1.25	1.05	1.26	1.34	1.43
6.คันตามตัว	0.85	1.18	0.90	1.18	0.98	1.28
7.อาเจียน	0.70	1.08	0.70	1.11	0.82	1.22
8.ไข้	0.55	0.90	0.52	0.89	0.59	1.03
9.สูญเสียภาพลักษณ์จาก และ/หรือการใส่ท่อระบาย น้ำดี ตัวเหลืองตาเหลือง	0.35	0.81	0.30	0.82	0.36	0.86
<b>โดยรวม</b>	1.42	1.16	1.42	1.12	1.48	1.20

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบ 3 อาการที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ อาการปวดท้อง แน่นท้อง อาการ ( $\bar{X} = 2.89 - 2.95$ , SD = 1.21 - 1.25) เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ( $\bar{X} = 2.79 - 2.94$ , SD = 1.20 - 1.71) และอาการเบื่ออาหาร ( $\bar{X} = 2.05 - 2.15$ , SD = 1.27 - 1.40) ตามลำดับ

**ตอนที่ 4** การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

**ตารางที่ 9** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1.อายุ	1						
2.ความถี่ของอาการ	-.15	1					
3.ความรุนแรงของอาการ	-.08	.81**	1				
4.ความทุกข์ทรมานจากอาการ	-.04	.70**	.87**	1			
5.ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	-.02	.21**	.22**	.17**	1.		
6.ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก	-.25**	.07	.14	.13	.01	1	
7.ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	-.13	.36**	.29**	.24**	.28**	.02	1

$p < 0.01^{**}$ ;  $p < 0.05^*$

จากตารางที่ 9 พบว่า ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ( $r = .36, .29, .28$  และ  $.24$  ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ได้แก่ อายุ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความถี่ของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการ ( $r = .81, .87$ ) และความถี่ของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความทุกข์ทรมานจากอาการ ( $r = .70$ )

**ตารางที่ 10** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง ความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความทุกข์ทรมานจากอาการเบื่ออาหาร ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1.อายุ	1						
2.ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง	-.01	1					
3.ความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	.04	-.11	1				
4.ความทุกข์ทรมานจากอาการเบื่ออาหาร	-.09	-.02	.11	1			
5.ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	-.02	-.02	.06	.09	1		
6.ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก	-.25**	.01	.07	.03	-.01	1	
7.ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	-.13	.10	.27**	.12	.28**	.02	1

$p < 0.01^{**}$ ;  $p < 0.05^*$

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยด้านความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .28, .27$ ) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ได้แก่ อายุ ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง ความทุกข์ทรมานจากอาการเบื่ออาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวมและรายด้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานของอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดี และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบประเมิน 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา ส่วนที่ 2 แบบสำรวจความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งจำแนกเป็นด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการ ส่วนที่ 4 แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก ผ่านการหาคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรง เท่ากับ 0.91, 1, 1, 1, 1 และ 1 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .94, 0.73, 0.78, 0.80 .85 และ .95 ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลด้วย คือ เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 โดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านผู้อำนวยการทั้งทั้ง 2 โรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ 132 ชุด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ในด้านจิตใจ ด้าน

ระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลและช่วยเหลือ และด้านที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานของอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

### สรุปการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 72 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 52.05 ปี ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 68.90 ระดับการศึกษาส่วนมากคือ ระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.20 มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คือสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 80.30 อาชีพส่วนมาก คือไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 48.50 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ คือสามี/ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 62.60 ระยะของโรคส่วนใหญ่ คือระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 69.20 ระยะเวลาของการวินิจฉัยส่วนใหญ่ คือ ระยะเวลามากกว่า 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 34.10 ชนิดของการรักษาที่เคยได้รับส่วนมาก คือ การให้เคมีบำบัดผ่านทางหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 33.30 ชนิดของการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนมาก คือ การรักษาแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 43.20 ลักษณะของการเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 65.90

2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีมีระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีเท่ากับ 3.24 (SD = 0.78) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร โดยมีค่าเฉลี่ย 3.87 (SD = 0.67) รองลงมาคือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านการดูแลและช่วยเหลือ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.76 (SD = 0.75) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านเพศสัมพันธ์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.38 (SD = 0.75)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดี ได้แก่ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ( $r = .36, .29, .28$  และ  $.24$  ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ได้แก่ อายุ และความสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก



4. ปัจจัยด้านความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .28, .27$ ) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี ได้แก่ อายุ ความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง ความทุกข์ทรมานจากอาการเบื่ออาหาร และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### 1. วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีโดยรวมและรายด้าน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมีระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 ( $SD = 0.78$ ) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลสุขภาพ และข้อมูลข่าวสาร ด้านการดูแลและช่วยเหลือ ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย จากผลการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในทุกๆด้าน โดยในด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนมากที่สุด เมื่อพิจารณาในรายข้อของด้านนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถทำได้เพื่อช่วยให้ตนเองดีขึ้นมากที่สุด อาจเนื่องมาจากอาการของโรคในระยะแรกไม่รุนแรงและไม่ชัดเจน แต่เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3 และที่ 4 อาการต่างๆจะชัดเจนและรุนแรงมากขึ้น (ชูศรี คุชยสิทธิ์ และคณะ, 2548) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการได้รับข้อมูลต่างๆเพื่อช่วยให้ตนเองดีขึ้นและลดอาการต่างๆเหล่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความต้องการได้รับเอกสาร คู่มือ แผ่นพับเกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งจากการพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับเอกสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บางรายใช้การค้นหาข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต ถ้าทางหน่วยงานสามารถจัดเอกสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาผลข้างเคียงต่างๆ และการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค แจกให้กับผู้ป่วยได้ก็จะสามารถลดความต้องการในด้านนี้ได้ ส่วนด้านการดูแลและช่วยเหลือเป็นด้านที่ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลสนับสนุนรองลงมา เมื่อพิจารณาในรายข้อด้านนี้ พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการให้บุคลากรของโรงพยาบาลตอบสนองความต้องการทางร่างกายของผู้ป่วยทันที อาจเนื่องมาจากอาการของโรคที่มีความรุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเมื่อมีอาการต่างๆเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือ

ในทันที แต่ในปัจจุบันอัตรากำลังของพยาบาลที่มีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการให้ช่วยเหลือเกี่ยวกับความเจ็บปวดมากที่สุด ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี พบว่า อาการที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด คือ อาการปวดท้องแน่นท้อง ซึ่งวิธีที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวดส่วนใหญ่ คือการใช้ยา โดยการบริหารยาจะเริ่มจากวิธีการที่ไม่เจ็บปวดก่อน เช่น การรับประทาน (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ซึ่งวิธีนี้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลส่วนใหญ่จะสามารถบริหารยาได้เอง แต่เมื่ออาการปวดมีความรุนแรงมากขึ้นไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาชนิดรับประทาน ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับยาแก้ปวดทางหลอดเลือด ซึ่งต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ในการบริหารยา ในด้านจิตใจเนื่องจากโรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดีเป็นโรคที่มีอาการของโรคในระยะแรกไม่ชัดเจน อาการในระยะแรกอาจจะคล้ายกับอาการของแผลในกระเพาะอาหาร (ชูศรี คุชัยสิทธิ์ และคณะ, 2548) ทำให้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก็เป็นระยะท้ายๆของโรคแล้ว เมื่อพบว่าตนป่วยโดยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก็จะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย จึงพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลในหลายเรื่อง ได้แก่ กังวลเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลใกล้ชิด กังวลเกี่ยวกับการลุกลามของโรค กังวลเกี่ยวกับผลของการรักษาจะอยู่นอกเหนือความควบคุม สำหรับด้านเพศสัมพันธ์พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลสนับสนุนในด้านนี้น้อย อาจเนื่องจากในสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทยถือว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย เป็นประเด็นอ่อนไหว จึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่พูดคุยเรื่องนี้ได้อย่างเปิดเผย แต่ผู้ป่วยโรคนี้นับว่าเป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรสจึงส่งผลให้ยังมีความต้องการให้ช่วยเหลือในด้านนี้อยู่ถึงแม้จะเป็นในระดับน้อยก็ตาม

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการในทุกด้าน โดยรายด้านที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 97.93 ด้านที่รองลงมา คือ ด้านการดูแลและช่วยเหลือ ร้อยละ 96.67 สอดคล้องกับหลายการศึกษา ที่พบว่า ด้านที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร (Harrison et al., 2009; Ugalde et al., 2012; Chan et al., 2012; Liao et al., 2012)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดียังไม่ได้รับการตอบสนองในทุกๆด้าน โดยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hwang et al. (2004) และ Harrison et al. (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งยังมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมครอบคลุมในทุกๆด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยของ รุจิรัตน์ ผัดวัน (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในทุกๆด้าน

2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานของอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และอายุ กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความถี่ของอาการ ด้านความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ มีความสัมพันธ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนแล้ว พบว่า ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ( $r = .36, .29$  และ  $.24$  ตามลำดับ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีที่มีความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการมากจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละปัจจัย พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี ความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) จึงเห็นได้ว่าเมื่อมีการรับรู้ถึงความถี่ของอาการที่เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยก็ต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับความถี่ของอาการเหล่านั้น ปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการ พบว่า ความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น จะรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) และยังส่งผลต่อคุณภาพของผู้ป่วยอีกด้วย (Xu et al., 2015) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น ส่วนปัจจัยด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ พบว่า ความทุกข์ทรมานจากอาการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) และยังเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยอีกด้วย (Liao et al., 2012; Fiszer et al., 2013)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมีความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.42 (SD = 1.16), 1.42 (SD = 1.12) และ 1.48 (SD = 1.20) ตามลำดับ อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจึงได้รับการแก้ไขเกี่ยวกับอาการต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว จากการสอบถามพบว่าเมื่อมีอาการต่างๆเกิดขึ้นผู้ป่วยจะแจ้งกับแพทย์ผู้ให้การรักษา เพื่อให้ช่วยแก้ไขอาการต่างๆเหล่านั้น เมื่อได้รับการแก้ไขอาการต่างๆเหล่านั้นก็จะบรรเทาลงทั้งในด้านความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการ นอกจากนี้ผู้ป่วย

ทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงอายุที่บรรลุนิติภาวะ มีประสบการณ์และการรับรู้ตามพัฒนาการต่อการเจ็บป่วย สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ดี จึงส่งผลให้การรับรู้ถึงความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ในระดับปานกลาง

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษายังพบว่า ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์กัน โดยความรุนแรงของอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงและระดับปานกลางกับความถี่ของอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ( $r = .81, .70$  ตามลำดับ) หมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีความถี่ของอาการสูงจะมีความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการมาก ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Somjaiwong et al. (2011) ที่พบว่า ความถี่ของอาการที่สูงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการเหล่านั้นสูงไปด้วย

นอกจากนี้ ยังพบว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความทุกข์ทรมานจากอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .87$ ) หมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีความรุนแรงของอาการมาก จะมีความทุกข์ทรมานจากอาการมาก อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงมีความรุนแรงตามระยะของโรค ซึ่งความรุนแรงนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของสุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มโรคระยะที่ 3 และ 4 จะพบอาการรบกวนอย่างชัดเจนทั้งด้านความถี่ ความรุนแรงจนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด

## 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ากับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยแล้ว พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ( $r = .28$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 หมายความว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสูง เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะรุนแรง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นหรือทุกข์ทรมานทางอารมณ์และจิตใจ เกิดเป็นความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพทางด้านอารมณ์ เพื่อช่วยเหลือในการปรับตัวกับความเจ็บป่วย (กิตติกร นิลมานันต์, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา (Liao et al., 2012; Ugalde et al., 2012; Schmid-Buchi et al., 2013) ที่พบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยสูง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 (SD = 3.87) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรถ คิดเป็นร้อยละ 80.3 และมีคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 63.96) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ได้รับการดูแลเอาใจใส่และช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาจะมีบุคคลคอยช่วยเหลือ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดี

### 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่มี ความสัมพันธ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยแล้ว พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักไม่มี ความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อาจเนื่องมาจากไม่ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักจะดีหรือไม่ดี ก็ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนไม่ต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะ 3 และ 4 ซึ่งเป็นระยะท้ายของโรคจึงมีอาการของโรครุนแรง รวมถึงอาการข้างเคียงจากการรักษา แม้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักจะดี หรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างดี แต่ผู้ป่วยก็ยังต้องการการดูแลแบบสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ จากผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาในหลายการศึกษา ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Ficth et al., 2009; Schmid-Buchi et al., 2011; สุรัชย์ มณีเนตร และ ชนกพร จิตปัญญา, 2557) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Schmid-Buchi et al. (2013) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ซึ่งพบว่าการได้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.96 (SD = 10.96) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดีกับผู้ดูแลหลัก ซึ่งสัมพันธภาพที่ผู้ป่วยได้รับนั้นแสดงออกถึงความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ และความผูกพันใกล้ชิด ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และมีความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป

### 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของอายุกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยแล้ว พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เนื่องจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นโรคที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้วมักเข้าสู่ระยะต่างๆของโรค และเป็นโรคที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ แม้จะมีอายุมากหรือน้อยก็จะมีความต้องการในการแสวงหาข้อมูลต่างๆ หาวิธีการต่างๆเพื่อให้ตนเองหายจากโรค จึงเห็นได้ว่าไม่ว่าอายุมากหรือน้อย ผู้ป่วยก็จะเกิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนไม่ต่างกัน จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanders et al. (2010) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในหลายการศึกษา ซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (Ficht et al., 2009; Jorgensen et al., 2011; Abdollahzadeh et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Liao et al. (2012) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีอายุเฉลี่ย 52.05 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งบุคคลในช่วงวัยนี้จะมีวุฒิภาวะและมีความสามารถในการตัดสินใจได้เอง มีการเรียนรู้ที่แสวงหาข้อมูลและเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆที่ผ่านมา เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยได้ดี ซึ่งประสบการณ์ที่แตกต่างกันของผู้ป่วยก็จะส่งผลถึงความต้องการของผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ โดยการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยควรเน้นการพยาบาลที่ช่วยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลสนับสนุนในด้านที่ผู้ป่วยยังได้รับการตอบสนองในระดับต่ำ

2. จากการศึกษาพบว่ายังมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการ ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนการพยาบาลที่จัดกระทำกับอาการต่างๆเหล่านั้น โดยเฉพาะในด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีอีกหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วย ซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้ไม่ได้นำมาศึกษา จึงควรมีการคัดเลือกตัวปัจจัยอื่นๆ มาศึกษาเพิ่มเติม และควรมีการคัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทางการพยาบาลมาศึกษา เพื่อนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

2. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเท่านั้น การศึกษาในครั้งต่อไปควรมีการศึกษางานวิจัยในรูปแบบของปัจจัยทำนาย เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยได้

3. จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรในครั้งนี้ พบว่า ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ และความทุกข์ทรมานจากอาการมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของทั้ง 3 ตัวแปรนี้

4. การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของ Bonevski et al. (2000) ซึ่งแบ่งความต้องการออกเป็น 5 ด้าน ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนตามแนวคิดอื่น เพื่อให้ครอบคลุมในทุกด้านของความต้องการของผู้ป่วย



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กฤษณา พุทธรังค์. (2554). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการปฏิบัติสมาธิ ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กนกวรรณ ชูชาติไทย. (2551). *ผลการรักษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาความเป็นจริงของกลาสเซอร์เพื่อเพิ่มการสร้างสัมพันธภาพของนักเรียนอาชีวศึกษา : กรณีศึกษานักเรียนอาชีวศึกษาตอนต้น วิทยาลัยอาชีวศึกษาเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2540). *คู่มือจิตวิทยาคลินิก*. กรุงเทพฯ : เมติคัลมีเดีย.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิกา คงหอม. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ฯ.
- กุลธิดา เกตุแก้ว, อัจฉริยา ปทุมวัน และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2557). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของวัยรุ่นโรคมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในปีแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัย*. *วารสารโรคมะเร็ง*, 34(3), 56-67.
- ขวัญจิรา ถนอมจิตต์. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งามพิศ ธนไพศาล, กัลยารัตน์ แสนโกชน, นิมนองค์ หลูปริษาเศรษฐ, ไข่มุก โอนไธสง, วนิชดา อามาตย์ และวนารัตน์ ชินพันธ์. (2551). *ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 23(4), 360-365.
- จิตต์ชญา บุญนันท์ และปรางทิพย์ ฉายพุทธ. (2011). *แบบสอบถามความต้องการสื่อสารข่าวร้าย: ลักษณะคุณภาพแบบวัด ฉบับภาษาไทย*. *Thai journal of Nursing Council*, 26( 3), 31-47.
- จूरรัตน์ รัตน์เพชร และบุษบา สมใจวงษ์. (2013). *กลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. *Graduate Research Conference*, 965 – 975.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.



- ชุนกร แก้วมณี, พิภูล นันทชัยพันธ์ และสุदारัตน์ สิทธิสมบัติ. (2557). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 15-28.
- ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นवलจันทร์ ธานีธรรมสุรัตน์ และสลักจิต ศรีมงคล. (2548). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 20(3), 190-196.
- ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณรงค์ ขันดีแก้ว. (2005). โรคมะเร็งท่อน้ำดี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 20(3), 143-149.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติ รักษาหายได้*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- เทวิกา เทพญา. (2546). ผลของการนัดแผนไทยประยุกต์ต่อความปวดและความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 41(1), 18-30.
- นงลักษณ์ สรรสม. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร สวนแก้ว. (2552). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นवलจันทร์ ธานีธรรมสุรัตน์, พรรณงาม พรรณเชษฐ์, จงรัก อิฐรัตน์ และวิลาวรรณ พันธุ์พุกักษ์. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งน้ำดีหลังผ่าตัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 25(2-3), 70-81.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุศริน เอียวสีหยก. (2545). ผลของการโค้ชต่อการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยคัดลยกรรมทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2538). ความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี ในโรงพยาบาลรามาศิริ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาศ อิทธิจารุกุล. (2546). มะเร็ง: ต้องสู้. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2526). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.

- พวงทอง ไกรพิบูลย์. โรค อากาการ ภาวะ. (ออนไลน์). เข้าถึงจาก <http://haamor.com/th/>. (วันที่สืบค้นข้อมูล: 15 เมษายน 2558)
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. มะเร็งตับ. (ออนไลน์). เข้าถึงจาก <http://haamor.com/th/>. (วันที่สืบค้นข้อมูล: 20 เมษายน 2558)
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. ภาวะซึมเศร้า. (ออนไลน์). เข้าถึงจาก <http://haamor.com/th/>. (วันที่สืบค้นข้อมูล: 18 เมษายน 2558)
- พรพรรณ วนวโรตม, จำรัก ลัมภเวช, อังกาบ แสนยันต์, ภัทรา บัวพูล, ปทุมภรณ์ แซ่จิ่ง และชนากานต์ บุญชู. (2552). ความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งและความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากพยาบาล. *โครงการประชุมวิชาการ ประจำปี 2552 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช*, 420 – 434.
- พรเพ็ญ วงศ์คำแน่น. (2551). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง หอผู้ป่วยพิเศษเมตตา โรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิจิตรา เล็กดำรงกุล, คະนิงนิจ พงศ์ถาวรภมม, ธนิษฐา ชมพูบุบผา และนพดล ศิริธนารัตนกุล. (2013). ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *Journal of Nursing Science*, 30(3), 64 – 73.
- พูลชัย จรัสเจริญวิทยา. (2553). Cholangiocarcinoma. *Clinical practice in Gastroenterology*, 393 – 405.
- ภูงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจตยานุวัตร. (2556). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม Distress Thermometer ฉบับภาษาไทย (ปรอทวัดทุกข์). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(3), 257-270.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.*
- ยงยุทธ ศิริวัฒนอักษร, สืบวงศ์ จุฑาทิสสิทธิ์ และอัษฎา เมธเศรษฐ. (2545). *คัลยศาสตร์ ตับ ตับอ่อน ทางเดินน้ำดี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ยุพาวดี ชันทบั้งลัง. (2549). ความรุนแรงความปวดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รุจิรัตน์ ผัดวัน. (2549). *ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รังสิรักษาและมะเร็งวิทยา. (2556). ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงของยาต่างๆ. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2558, จาก [www.chulacancer.net/services-list-page.php?id=352](http://www.chulacancer.net/services-list-page.php?id=352)

- รัชนิกร ใจคำสืบ. (2552). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดิน ออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง*, 29 (4), 152 – 161.
- รยา มั่นประเสริฐ, นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส, เอื้อมแข สุขประเสริฐ, จตุรัตน์ กัณฑ์พญา, ธิติ วีระปรียากร และปาริชาติ พงษ์ไทย. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 5(3), 191 – 201.
- สถาพร ลีลาณันท์ทกิจ. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: บริษัท สันทนาการพิมพ์ จำกัด.
- สมปอง พะมุลิตา และสุจิตรา ลี้อำนวยลาภ. (2550). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 30(3), 1-9.
- สุกัญญา เลิศสกุลชล. (2544). การศึกษาภาวะซึมเศร้าในการดำเนินโรคของผู้ป่วยถอนพิษยาแอมเฟตามีน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2553). Palliative Care: การดูแลและเยียวยาด้วยหัวใจและศรัทธา. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 2(5), 4-6.
- สุธาสินี คำหลวง, ปฤษฎธร กิ่งแก้ว และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2556). การคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 7(3), 421-430.
- สุรัชย์ มณีเนตร . (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา. (2557). ปัจจัยสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 24-35.
- สุรพล พยอมแย้ม. (2548). *จิตวิทยาสัมพันธ์ภาพ*. กรุงเทพฯ: บางกอก – คอมเทค อินเตอร์เทรด.
- สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2549). การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU – DI) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(4), 330 – 348.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คนอีสานป่วยมะเร็งตับเพิ่ม.(ออนไลน์). เข้าถึงจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content /27135>. (วันที่สืบค้นข้อมูล: 15 เมษายน 2558)
- สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข่าวสารเพื่อมวลชนสำนักงานสาธารณสุขและประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข.(ออนไลน์). เข้าถึงจาก [http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin\\_hotnew/show\\_hotnew.php](http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php). (สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2558)

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กองควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.(2559). รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- ศิริจันทร์ ภัทรวีเชียร. (2547). ผลของโปรแกรมการสอนแนะนำการปฏิบัติตนต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ วรณศิริ. (2548). การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์.
- ศิริรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริชยานุกูล และธราณี สิริชยานุกูล. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพ่ง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 132 – 145.
- ศักดิ์ชาย เรืองสิน. (2554). พื้นฐานศัลยศาสตร์ ม.อ. เล่ม 1. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาคม ชัยวีระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, อนันต์ กรลักษณ์ และธีระวุฒิ คูหะเปรมะ. (2554). แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- อลิสา วัชรสินธุ์. (2538). ภาวะซึมเศร้า ปัญหาและความผิดปกติทางจิตเวชที่แสดงออกโดยอาการทางร่างกาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- อุบล จังพานิช. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเพศสัมพันธ์และปัญหาครอบครัว. (ออนไลน์). เข้าถึงจาก <https://www.gotoknow.org/posts/148987>. (สืบค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2558)
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

### ภาษาอังกฤษ

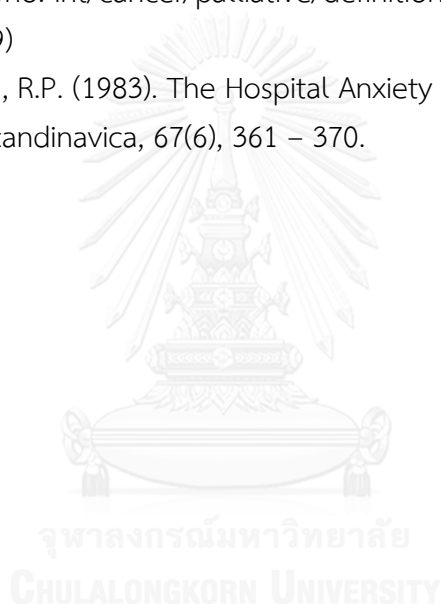
- Abdollahzadeh, F., Moradi N., Pakpour, V., Rahmani, A., Zamanzadeh, V., Mohammadpoorasl, A. & Howard, F. (2014). Un-met Supportive Care Needs of Iranian Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15, 3933 – 3938.
- Ankem, K. (2006). Factor influencing information needs among cancer patients: A meta-analysis. *Library & Information Science Research*, 28, 7 – 23.

- Aranda, S., Schofield, P., Weih, L., Yates, P., Milne, D., Faulkner, R., Voudouris, N. (2005). Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. *Eur J Cancer*, 14 (3), 211 – 222.
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Bourton, L., Cook, P. & Boyes, A. (2000). Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *American Cancer Society*, 88(1),217-225.
- Boyes, A., Girgis, A. & Lecathelinais, C. (2009). Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS – SF34). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 602 – 606.
- Carlson, L.E. & Bultz, B.D. (2003). Cancer distress screening, Needs, models, and methods. *J Psychosom Res*, 55 (5), 403 – 409.
- Chambers, S.K., Girgis, A., Occhipinti, S., Hutchison, S., Turner, J., Morris, B. & Dunn, J. (2012). Psychological distress and unmet supportive care needs in cancer patients and careers who contact cancer helplines. *European Journal of Cancer Care*, 21, 213 – 223.
- Chen, S.C., Laio, C.T., Lin, C.C., Chang, J.T.C. & Lai, Y.H. (2009). Distress and care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving surgery. *Oral Oncology*, 45, 815-820.
- Cheng, K.K.F., Devi, D.R., Wong, W.H. & Koh, C. (2014). Perceived symptoms and the supportive care needs of breast cancer survivors six months to five years post-treatment period. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 3-9.
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen A.J. & Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and Validity of a Thai Version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6), 954 – 960.
- Fischer, C., Dolbeault, S., Sultan, S. & Bredart, A. (2013). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(4), 361-374.
- Fitch, I.M. (2009). *Supportive care Framework*. Ontario. Custom Printers.
- Foot, G. & Sanson-Fisher, R. (1995). Measuring the unmet needs of people living with cancer. *Cancer Forum*, 19(2), 131-135.
- Harrison, J.D., Young, J.M., Price, M. A., Butow, P.N. & Solomon, M.J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*, 17, 1117 – 1128.
- Hwang, S.S., Chang, V.T., Cogswell, J., Alejandro, Y., Osenenko, P., Morales, E., Srinivas, S. & Kasimis, B. (2004). Study of Unmet Needs in Symptomatic Veterans with

- Advanced Cancer: Incidence, Independent Predictors and Unmet Needs Outcome Model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(5), 421-432.
- Johnson, J.E. (1973). Effect of accurate expectations about sensations on the sensory and distress component of pain . *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 261 – 275.
- Jorgensen, M.L., Young, J.M., Harrison, J.D. &Solomon, M.J. (2012). Unmet supportive care needs in colorectal cancer: differences by age. *Supportive care in cancer*, 20(6),1275-1281.
- Liao, M.N., Chen,S.C., Chen, S.C., Lin,Y.C., Hsu, Y.H., Hung, H.C., Wang C.H., Chen, M.F. & Jane, S.W. (2012). Changes and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Taiwanese Women With Newly Diagnosed Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(5), 380-389.
- Nagler, R.H., Gray, S.W., Romantan, A., Kelly, B.J., DeMichele, A., Armstrong, K., Schwartz J.S., &Hornik, R.C.(2010). Differences in information seeking among breast, prostate, and colorectal cancer patients: result from a population – based survey. *Patient Education and Counseling*, 54 – 62.
- National Comprehensive Cancer Network. (2013). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management Version 2.2013. (Online). from <http://oralcancerfoundation.org/treatment/pdf/distress.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Guidance on Cancer Services- Improving Supportive and Palliative care for Adults with Cancer*. London: The Manual National Health Service.
- Perpina-Galvan, J., Richart-Martinez, M. &Cabanero-Martinez. (2011). Reliability and Validity of the STAI Anxiety Measurement Scale in Respiratory Patients. *Arch Bronconeumol*, 47(4), 184 – 189.
- Portenoy, R.K., Thaler, H.T., Kornblith, A.B., Lepore, J.M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., Sobel, K., Coyle, N., Kemeny, N., Norton, L. &Scher, H. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30(9),1326 – 1336.
- Rainbird, K.J., Perkins, J.J., &Sanson-Fisher, R.W. (2005). The Needs Assessment for Advanced Cancer Patients (NA-ACP): A Measure of the Perceived Needs of Patients with Advanced, Incurable Cancer. A study of Validity, Reliability and Acceptability. *Psycho – Oncology*, 14, 297-306.

- Richardson, A., Medina, J., Brown, V., & Sitzia, J. (2007). Patients' needs assessment in cancer care: A review of assessment tools. *Supportive Care in Cancer*, 15(10), 1125 – 1144.
- Roth, AJ., Kornblith, AB., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, HI. & Holland, JC. (1998) Rapid Screening for Psychologic Distress in Men with Prostate carcinoma. *Cancer*, 82(10), 1904 – 1908.
- Sanaon-Fisher, R., Girgis A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L. & Cook P. (2000). The Unmet Supportive Care Needs of Patients with Cancer. *American Cancer Society*, 88(1), 226-237.
- Sanders, S.L., Bantum, E.O., Owen, J.E., Thornton, A.A. & Stanton, A.L. (2010). Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 480 - 489.
- Scgmid-Buchi, S., Halfens, R.J.G., Muller, M., Dassen, T. & Borne, B.V.D. (2013). Factor associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 22-29.
- Scgmid-Buchi, S., Halfens, R.J.G., Dassen, T. & Borne, B.V.D. (2011). Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 260-266.
- So, W.K.W., Chow K.M., Chan, H.Y.L., Choi, K.C., Wan R.w.M., Mak, S.S.S., Chair S.Y. & Chan, C.W.H. (2014). Quality of life and most prevalent unmet needs of Chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 323-328.
- Somjaivong, B.(2010). The influence of symptoms, Social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. Degree of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science Faculty of Nursing Chulalongkorn University.
- Somjaivong, B., Thanassilp, S., Preechawong, S. (2011). The influence of symptoms, Social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer Nurs*, 34(6),434 – 442.
- Suwisith, N. (2007). *Symptom clusters and their influences on the functional status of women with breast cancer*. Degree of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science Faculty of Nursing Mahidol University.
- Thipsamniag, T. (2000). *Caregiving demands of stroke patients, patient-caregiver relationship, and caregiver' s life satisfaction*. Degree of Master of Nursing Science Faculty of Nursing Mahidol University.

- Tilden, V. P., Nelson, C.A., & May B.A. (1990). The IPR Inventory: Development And Psychometric CharacTeristics. *Nursing Research*, 39(6), 337 - 343.
- Thorndike, R.M. (1978). Correlation procrcedures for research. New York: Gardner.
- Ugalde, A., Aranda, S., Krishnasamy, M., Ball, D. & Schofield, P. (2011), Unmet needs and distress in people with inoperable lung cancer at the commencement of treatment. *Support Care Cancer* , 20, 419 – 423.
- World Health Organization. Depression Mental health. (ออนไลน์). from [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/) (วันที่สืบค้นข้อมูล: 22 เมษายน 2558)
- World Health Organization. Definition of palliative care.(ออนไลน์). from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (วันที่สืบค้นข้อมูล: 3 ธันวาคม 2559)
- Zigmond, A.S. &Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361 – 370.





ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง / สถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์สีบพงศ์ ธนสารวิมล	อาจารย์แพทย์ ประจำภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม	อาจารย์พยาบาล ประจำ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สมใจวงษ์	อาจารย์พยาบาล ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. นางสาววนิดา รัตนานนท์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. นางสาวนงลักษณ์ สรรสม	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข  
ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130  
 ที่ ศธ 0512.11/1๔51 วันที่ 1๒ พฤศจิกายน 2558  
 เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ สิบพงศ์ ธนสารวิมล อาจารย์แพทย์ด้านอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
 รองคณบดี  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์ สิบพงศ์ ธนสารวิมล
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร โทร. 084-044-8658

ที่ ศร 0512.11/1492



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

16 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิชา ชัยวิบูลย์ธรรม อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงศ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิชา ชัยวิบูลย์ธรรม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1151

นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร โทร. 084-044-8658

ที่ ศธ 0512.11/1472



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

/๑ กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตตสร้างชิ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                               |                                                                    |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1. นายแพทย์ สืบพงศ์ ธนสารวิมล | อาจารย์แพทย์ด้านอายุรศาสตร์                                        |
| 2. นางสาววนิดา รัตนานนท์      | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล<br>อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)  
รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อนิสิต

นายแพทย์ สืบพงศ์ ธนสารวิมล และนางสาววนิดา รัตนานนท์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1151

นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร โทร. 084-044-8658

ที่ ศธ 0512.11/1479



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

16 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนงลักษณ์ สรรสม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขา การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1151

นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร โทร. 084-044-8658





ที่ ศธ 0512.11/1472

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

16 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนงลักษณ์ สรรสม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชางวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

ชื่อนิสิต

นางสาวนงลักษณ์ สรรสม

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพิร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1133

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 0-2218-1151

นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร โทร. 084-044-8658

ที่ ศธ 0512.11/2091

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

29 ธันวาคม 2558

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

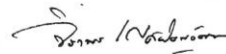
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันหะสร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ใน ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะ 3 และ 4 จำนวน 66 คน โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี แบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า และแบบวัดระดับสัมพันธ์ทางระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันหะสร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรียพร ธนศิลป์ โทร. 09-4454-2882
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 08-9772-7721
ชื่อนิสิต	นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันหะสร โทร. 08-4044-8658

ที่ ศร 0512.11/๒๐๑1

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

29 ธันวาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

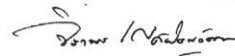
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ใน ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะ 3 และ 4 จำนวน 66 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี แบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า และแบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

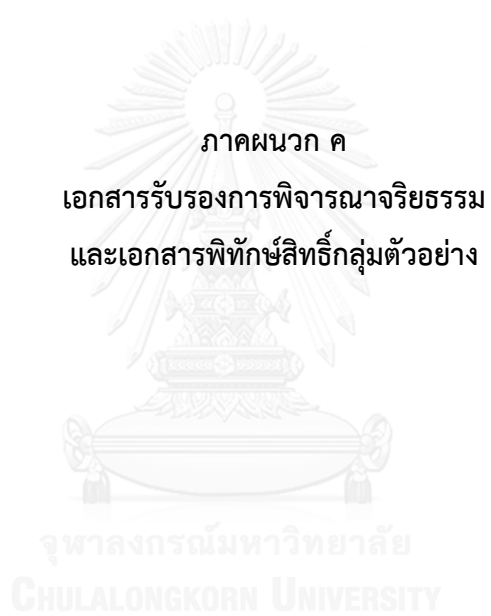
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ โทร. 09-4454-2882

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

อาจารย์ ดร. นพมาศ พัดทอง โทร. 08-9772-7721

ชื่อนิสิต

นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร โทร. 08-4044-8658





COA No. 319/2016

IRB No. 101/59

### INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama IV Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel. 662-256-4493

#### Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

**Study Title** : SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH SUPPORTIVE CARE NEEDS IN PERSON WITH LIVER AND INTRAHEPATIC BILE DUCT CANCER.

**Study Code** :

**Principal Investigator** : Miss Sudawan Likitkongsom.

**Affiliation of PI** : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

**Review Method** : Expedited

**Continuing Report** : At least once annually or submit the final report if finished.

**Document Reviewed** :

1. Research Proposal Version 2 Date 18 April 2016
2. Protocol Synopsis Version 1 Date 1 February 2016
3. Patient/Participant Information Sheet Version 2 Date 18 April 2016
4. Informed Consent Form Version 2.0 Date 18 April 2016
5. Tools Data collection Version 1 Date 1 February 2016
6. Curriculum Vitae



7. GCP Training

Signature: Tada Sueblinwong Signature: Supncha W.  
 (Emeritus Professor Tada Sueblinwong MD) (Associate Professor Supncha Wltayalertpanya)  
 Chairperson Member and Assistant Secretary, Acting  
 The Institutional Review Board Secretary The Institutional Review Board

Date of Approval : May 2, 2016  
 Approval Expire Date : May 1, 2017  
 Approval granted is subject to the following conditions. (see back of this Certificate)

1. All subjects must be informed and understand the risks and benefits of the study.
2. All subjects must give their informed consent before participating in the study.
3. The study must be conducted in accordance with the protocol approved by the IRB.
4. The study must be conducted in accordance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki.
5. The study must be conducted in accordance with the Good Clinical Practice (GCP) guidelines.
6. The study must be conducted in accordance with the applicable laws and regulations.
7. The study must be conducted in accordance with the applicable standards of care.
8. The study must be conducted in accordance with the applicable standards of quality.
9. The study must be conducted in accordance with the applicable standards of safety.
10. The study must be conducted in accordance with the applicable standards of efficacy.

# สำเนา

๒๒๑ ถนนสามเสน แขวงดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๐๐  
โทรศัพท์ ๐-๒๒๖๖-๖๒๕๖  
โทรสาร ๐-๒๒๖๖-๖๒๕๖



COA 37/2559

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Selected Factors Associated With Supportive Care Needs in Person With Liver and Intrahepatic Bile Duct Cancer

เลขที่โครงการ : ๐๐๘/๕๙

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุดาวรรณ สีจิตคันธะสร

สังกัดหน่วยงาน : ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๐๘ เมษายน ๒๕๕๙
- เอกสารชี้แจงรายละเอียดผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการออกแบบสอบถามและการพิจารณาสิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย Version 2 ลงวันที่ ๐๘ เมษายน ๒๕๕๙
- เครื่องมือสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูล Version 2 ลงวันที่ ๐๘ เมษายน ๒๕๕๙
- ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา
- ส่วนที่ ๒ แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
- ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี
- ส่วนที่ ๔ แบบประเมินความวิตกกังวลและการซึมเศร้า
- ส่วนที่ ๕ แบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก
- จำนวนและแหล่งทุน Version 2 ลงวันที่ ๐๘ เมษายน ๒๕๕๙
- ประวัติผู้วิจัยหลัก :
  ๑. นางสาวสุดาวรรณ สีจิตคันธะสร
- ประวัติผู้วิจัยร่วม/อาจารย์ที่ปรึกษา :
  ๑. รศ.ดร.สุวีพร วนศิริป
  ๒. ดร.นพ.ภาส พืชมงคล

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงบุษบา วิริยะศิริเวช)

รองประธาน ลำดับที่ ๒

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....

(นางสาวบุษบา สุภวัฒน์ธนบดี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๑๑/๐๔/๒๕๕๙

วันหมดอายุ : ๑๐/๐๔/๒๕๖๐

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศึกษาลงกรณ์ ชั้น ๒)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

๒๒๑ ถนนสามเสน แขวงดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๐๐

โทรศัพท์ : ๐-๒๒๖๖-๖๒๕๖ โทรสาร : ๐-๒๒๖๖-๖๒๕๖

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง  
 ตับและท่อน้ำดี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์

แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่อยู่ติดต่อผู้วิจัย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ตึกเพชรรัตน์ ชั้น 10 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
 มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช 681 ถนน สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร  
 10300

โทรศัพท์ (มือถือ) 084-0448658 E-mail Address: zuangsudawan@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด  
 ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น  
 จากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ  
 ได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัว  
 ออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการดูแลจาก  
 เจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง  
 ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ  
 นำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว  
 ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร  
 หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยชี้แจง ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม  
 การวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท์มหิตล ชั้น 3 โรงพยาบาล



จุฬาลงกรณ์ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ Fax: 0-2256-4493 Email: research\_affair@gmail.com

ข้าพเจ้าได้ลงลายชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

( นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตกันทะสร )

( ..... )

ผู้วิจัยหลัก

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## เครื่องมือสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูล

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1           แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา
- ส่วนที่ 2           แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
- ส่วนที่ 3           แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี
- ส่วนที่ 4           แบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า
- ส่วนที่ 5           แบบวัดระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก



### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา

**คำชี้แจง:** แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ป่วยและเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงในปัจจุบัน

1. อายุ .....ปี

2. เพศ

( ) 2 ชาย ( ) 2 หญิง

3. ระดับการศึกษา

( ) 1 ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ( ) 2 ประถมศึกษา

( ) 3 มัธยมศึกษา ( ) 4 อนุปริญญา / ปวส.

( ) 5 ปริญญาตรี ( ) 6 ปริญญาโท

( ) 7 ปริญญาเอก

4. สถานภาพสมรส

( ) 1 โสด ( ) 2 สมรส ( ) 3 แยกกันอยู่

( ) 4 หย่า ( ) 5 หม้าย

5. ศาสนา

( ) 1 พุทธ ( ) 2 อิสลาม

( ) 3 คริสต์ ( ) 4 อื่นๆ.....

6. อาชีพ

( ) 1 ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ( ) 2 พนักงานธุรกิจเอกชน

( ) 3 แม่บ้าน ( ) 4 เกษตรกร

( ) 5 นักเรียน / นักศึกษา ( ) 6 กิจการส่วนตัว

( ) 7 อื่น ๆ ระบุ.....

7. ผู้ดูแลหลัก (ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงและสม่ำเสมอ ติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน)

( ) 1 บิดา มารดา ( ) 2 พี่น้อง

( ) 3 บุตร ( ) 4 สามเณร/ภรรยา

( ) 5 ญาติ ระบุ..... ( ) 6 อื่นๆ.....

**ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (สำหรับผู้ป่วย)**

**1. ชนิดของโรค และระยะของโรค (ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย)**

- ( ) 1 มะเร็งตับ ระยะ.....  
 ( ) 2 มะเร็งท่อน้ำดี ระยะ ( ) 1 ระยะที่ 3 ( ) 2 ระยะที่ 4

**3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย**

- ( ) 1 ระยะเวลา น้อยกว่า 1 เดือน ( ) 2 ระยะเวลา 1 – 3 เดือน  
 ( ) 3 ระยะเวลา 3 – 6 เดือน ( ) 4 ระยะเวลา 6 – 9 เดือน  
 ( ) 4 ระยะเวลา 9 – 12 เดือน ( ) 5 ระยะเวลา มากกว่า 12 เดือน

**4. ชนิดของการรักษาที่เคยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- ( ) 1 PTBD จำนวน.....ครั้ง  
 ( ) 2 TACE จำนวน.....ครั้ง  
 ( ) 3 ERCP with stent จำนวน.....ครั้ง  
 ( ) 4 Chemotherapy จำนวน.....ครั้ง  
 ( ) 5 การผ่าตัด ระบุ..... จำนวน.....ครั้ง  
 ( ) 6 การรักษาแบบประคับประคอง ระบุ.....  
 ( ) 7 อื่นๆ.....

**5. ชนิดการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

- ( ) 1 PTBD ครั้งที่.....  
 ( ) 2 TACE ครั้งที่.....  
 ( ) 3 ERCP with stent ครั้งที่.....  
 ( ) 4 Chemotherapy ครั้งที่.....  
 ( ) 5 การผ่าตัด ระบุ.....  
 ( ) 6 การรักษาแบบประคับประคอง ระบุ.....  
 ( ) 7 อื่นๆ.....

**6. ลักษณะของการเข้ารับการรักษา**

- ( ) ผู้ป่วยใน ( ) ผู้ป่วยนอก

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน

**คำชี้แจง:** เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถวางแผนการให้บริการได้ดีขึ้น ทีมสุขภาพสนใจอยากทราบว่าความต้องการของคุณอันเป็นผลจากการเป็นผลจากการเป็นโรคได้รับการตอบสนองหรือไม่ สำหรับการตอบคำถามทุกๆข้อต่อไปนี้ กรุณาระบุว่าคุณได้รับความช่วยเหลือตามความต้องการในประเด็นที่อยู่ในข้อคำถามหรือไม่ โดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่บรรยายความช่วยเหลือที่คุณต้องการในเดือนที่ผ่านมาได้ดีที่สุด มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับท่านที่สุด โดยมีการให้คะแนนดังนี้

ไม่ต้องการ ความ ช่วยเหลือ	1	ไม่สามารถตอบได้ - สิ่งนี้ไม่ใช่ปัญหาที่เป็นผลจากการเป็นโรคสำหรับฉัน
	2	พอใจ - ฉันต้องการความช่วยเหลือในเรื่องนี้ แต่ฉันพอใจกับความช่วยเหลือที่ได้รับ
ต้องการ ความ ช่วยเหลือ	3	ต้องการน้อย - เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ผมกังวลหรือไม่สบายใจ ฉันต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเล็กน้อย
	4	ต้องการปานกลาง - เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ผมกังวลหรือไม่สบายใจ ฉันต้องการความช่วยเหลือเพิ่มบ้าง
	5	ต้องการมาก - เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ผมกังวลหรือไม่สบายใจ ฉันต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก

คุณต้องการความช่วยเหลือ ในเรื่องต่อไปนี้ ในระดับใด	ไม่ต้องการความช่วยเหลือ		ต้องการความช่วยเหลือ		
	ไม่สามารถ ตอบได้	พอใจ	ระดับ น้อย	ระดับ ปาน กลาง	ระดับ มาก
<b>ด้านร่างกาย</b>					
1.ความเจ็บปวด					
2.การไม่มีแรง/ความเหน็ด เหนื่อย					
3.การรู้สึกไม่สบายอยู่เสมอ					
4.การเดินรอบบ้าน					
5.....					
<b>ด้านจิตใจ</b>					
6.ความวิตกกังวล					
7.ความหดหู่/ซึมเศร้า					
8.....					
<b>ด้านเพศสัมพันธ์</b>					
.....					
<b>ด้านการดูแลและช่วยเหลือ</b>					
.....					
<b>ด้านระบบการดูแลและ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ</b>					
34.....					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

**คำชี้แจง:** ในการตอบแบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมาท่านมีอาการดังกล่าวข้างล่างต่อไปนี้หรือไม่

ถ้าไม่มีอาการให้กาเครื่องหมาย  ลงในช่องไม่มีอาการ และไม่ต้องประเมินระดับความถี่ ความรุนแรง

ถ้ามีอาการให้กาเครื่องหมาย  ลงในช่องมีอาการ และขอให้ท่านประเมินระดับความถี่ ความรุนแรง ของอาการนั้นๆ ตามความรู้สึกของท่าน เกณฑ์ในการเลือกตอบมีดังนี้

ความถี่ของอาการนานๆครั้ง

หมายถึงอาการนั้นเกิดขึ้นเพียงประมาณสัปดาห์ละครั้ง

ความถี่ของอาการบางครั้ง

หมายถึงอาการนั้นเกิดขึ้นเพียงประมาณสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง

ความถี่ของอาการบ่อยครั้ง

หมายถึงอาการนั้นเกิดขึ้นมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่มีอาการทุกวัน

ความถี่ของอาการเกือบตลอด

หมายถึงอาการนั้นเกิดขึ้นทุกวันหรือมีอาการตลอดเวลา

อาการ	ไม่มีอาการ	มีอาการ	ความถี่ของอาการ				ความรุนแรงของอาการ				ความทุกข์ทรมานจากอาการ						
			นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
ปวดท้องหรือแน่นท้อง																	
เบื่ออาหาร																	
คลื่นไส้																	
อาเจียน																	
.....																	
.....																	

อาการที่ทำให้ท่านรู้สึกทรมานหรือรบกวนชีวิตประจำวันของท่านมากที่สุดคือ.....

อาการอื่นๆ.....



#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

**คำชี้แจง:** คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์บางสิ่งบางอย่างว่ามีอย่างน้อยเพียงใด กรุณาใส่

เครื่องหมาย  ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับท่านที่สุด กรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด  
 เป็นส่วนใหญ่       บ่อยครั้ง  
 เป็นบางครั้ง       ไม่เป็นเลย
2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆที่ฉันเคยชอบได้  
 เหมือนเดิม       ไม่มากเท่าแต่ก่อน  
 มีเพียงเล็กน้อย       เกือบไม่มีเลย
3. ฉันรู้สึกกลัวคล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น  
 มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย       มี แต่ไม่มากนัก  
 มีเพียงเล็กน้อย       ไม่มีเลย
4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้  
 เหมือนเดิม       ไม่มากนัก  
 มีน้อย       ไม่ได้เลย
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....
12. ....
13. ....
14. ....

### ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก

**คำชี้แจง:** ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่เกี่ยวกับระดับสัมพันธภาพตามการรับรู้ของท่านที่มีต่อผู้ดูแลหลัก กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึงท่านมีการรับรู้ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
 มาก หมายถึงท่านมีการรับรู้ตรงกับข้อความนั้นมาก  
 ปานกลาง หมายถึงท่านมีการรับรู้ตรงกับข้อความนั้นปานกลาง  
 น้อย หมายถึงท่านมีการรับรู้ตรงกับข้อความนั้นเล็กน้อย  
 ไม่มีเลย หมายถึงท่านมีการรับรู้ไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
<u>ด้านการให้ความรักและความเข้าใจ</u>					
1. ความรักจากผู้ดูแลหลักช่วยให้ท่านสามารถเผชิญกับความไม่สุขสบายต่างๆได้					
2. ผู้ดูแลหลักดูแลท่านด้วยความเต็มใจ					
3. ....					
4. ....					
<u>ด้านการให้ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่</u>					
.....					
.....					
<u>ด้านการแสดงความผูกพันใกล้ชิด</u>					
.....					
.....					



**ตารางที่ 11** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร</b>	<b>3.87</b>	<b>.61</b>	<b>ปานกลาง</b>
1.การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่คุณสามารถทำเพื่อช่วยให้ตนเองดีขึ้น	4.46	.57	
2.การได้รับข้อมูล (เอกสาร, คู่มือ, แผ่นพับ) เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของคุณที่บ้าน	4.43	.55	
3.การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงของการรักษาก่อนคุณจะเลือกการรักษานั้น	4.38	.65	
4.การได้รับข้อมูลว่าโรคอยู่ภายใต้การควบคุมหรือมีขนาดเล็กถึงลง	4.38	.56	
5.การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจรักษาซึ่งคุณอยากได้รับคำอธิบาย	4.33	.64	
6.การได้รับเอกสารอธิบายสิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	4.33	.53	
7.การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจรักษาทันทีที่เป็นไปได้	4.29	.53	
8.การสามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาหากคุณครอบครัว หรือเพื่อนของคุณต้องการ	4.20	.61	
9.การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีบรรยากาศน่ารื่นรมย์เท่าที่จะเป็นไปได้	4.17	.77	
10.การมีบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งคนที่คุณสามารถคุยได้ทุกเรื่องเกี่ยวกับอาการ การรักษาและการติดตามผลการรักษา	4.03	1.05	
11.การได้รับการปฏิบัติในฐานะบุคคลที่มีศักดิ์ศรีมิใช่แค่ผู้ป่วยรายหนึ่ง	3.97	.98	

**ตารางที่ 11** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132) (ต่อ)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านการดูแลและช่วยเหลือ</b>	<b>3.76</b>	<b>.75</b>	<b>ปานกลาง</b>
12.การที่บุคลากรของโรงพยาบาลตอบสนองความต้องการทางร่างกายของคุณทันที	3.94	.70	
13.การที่บุคลากรของโรงพยาบาลรับรู้และไวต่อความรู้สึกและความต้องการทางอารมณ์ของคุณ	3.88	.76	
14.ทางเลือกที่มากขึ้นเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญของโรคที่คุณจะไปพบ	3.76	.70	
15.ทางเลือกที่มากขึ้นเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่คุณใช้บริการ	3.73	.73	
16.การรับรองจากบุคลากรการแพทย์ว่าสิ่งที่คุณรู้สึกเป็นเรื่องปกติ	3.49	.85	
<b>ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน</b>	<b>3.14</b>	<b>.93</b>	<b>ปานกลาง</b>
17.ความเจ็บปวด	3.27	1.12	
18.การไม่มีแรง/ความเหน็ดเหนื่อย	3.21	.84	
19.การรู้สึกไม่สบายอยู่เสมอ	3.20	1.10	
20.การเดินรอบบ้าน	3.09	.80	
21.การไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้	2.94	.81	
<b>ด้านจิตใจ</b>	<b>3.07</b>	<b>.83</b>	<b>ปานกลาง</b>
22.ความกังวลต่อความรู้สึกของผู้ใกล้ชิดของคุณ	4.02	.90	
23.ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษาจะอยู่นอกเหนือความควบคุมของคุณ	3.86	.67	
24.ความไม่แน่นอนของอนาคต	3.78	.72	
25.ความวิตกกังวล	3.58	.83	
26.การที่จะมองทางบวกเสมอ	3.36	.70	
27.การเรียนรู้ที่จะควบคุมสถานการณ์ได้	3.34	.70	
28.ความรู้สึกเกี่ยวกับการจากไปของชีวิต	3.30	.78	

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132) (ต่อ)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
29.ความหุดหู่/ซีมีเศร้า	3.14	.84	
30.ความรู้สึกละอาย	3.19	.85	
31.ความกลัวว่าโรคจะลุกลาม	3.00	.69	
<b>ด้านเพศสัมพันธ์</b>	<b>2.38</b>	<b>.75</b>	<b>น้อย</b>
32.การเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกทางเพศ	2.44	.74	
33.การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธ์ภาพทางเพศของคุณ	2.43	.77	
34.การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพทางเพศที่ลดลง	2.27	.76	
<b>โดยรวม</b>	<b>3.24</b>	<b>.78</b>	<b>ปานกลาง</b>

**ตารางที่ 12** ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองและได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132)

ความต้องการ การดูแลแบบสนับสนุน	ไม่ได้รับ		ได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร</b>				
1.การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่คุณสามารถทำเพื่อช่วยให้ตนเองดีขึ้น	132	100	-	-
2.การได้รับข้อมูล (เอกสาร, คู่มือ, แผ่นพับ) เกี่ยวกับการจัดการกับความเจ็บป่วยและผลข้างเคียงของคุณที่บ้าน	132	100	-	-
3.การได้รับข้อมูลว่าโรคอยู่ภายใต้การควบคุมหรือมีขนาดเล็กลง	132	100	-	-
4.การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจรักษาซึ่งคุณอยากได้รับคำอธิบาย	132	100	-	-
5.การได้รับเอกสารอธิบายสิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	132	100	-	-
7.การสามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาหากคุณครอบครัว หรือเพื่อนของคุณต้องการ	132	100	-	-
8.การได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์และผลข้างเคียงของการรักษาก่อนคุณจะเลือกการรักษานั้น	131	99.20	1	0.80
9.การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีบรรยากาศน่ารื่นรมย์เท่าที่จะเป็นไปได้	128	97.00	4	3.00
10.การได้รับการปฏิบัติในฐานะบุคคลที่มีศักดิ์ศรีมิใช่แค่ผู้ป่วยรายหนึ่ง	121	91.70	11	8.30

**ตารางที่ 12** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132) (ต่อ)

ความต้องการ การดูแลแบบสนับสนุน	ไม่ได้รับ		ได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11.การมีบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งคน ที่คุณสามารถคุยได้ทุกเรื่องเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการติดตามผลการรักษา	118	89.40	14	10.60
<b>ด้านการดูแลและช่วยเหลือ</b>				
12.การที่บุคลากรของโรงพยาบาลตอบสนอง ความต้องการทางร่างกายของคุณทันที	132	100	-	-
13.ทางเลือกที่มากขึ้นเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่คุณ ใช้บริการ	131	99.20	1	0.80
14.การที่บุคลากรของโรงพยาบาลรับรู้และ ไวต่อความรู้สึกและความต้องการทางอารมณ์ ของคุณ	129	97.70	3	2.30
15.ทางเลือกที่มากขึ้นเกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญ ของโรคที่คุณจะไปพบ	129	97.70	3	2.30
16.การรับรองจากบุคลากรการแพทย์ ว่าสิ่งที่คุณรู้สึกเป็นเรื่องปกติ	117	88.60	15	11.40
<b>ด้านร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน</b>				
17.การรู้สึกไม่สบายอยู่เสมอ	111	93.20	21	6.80
18.การเดินรอบบ้าน	108	81.80	24	18.20
19.ความเจ็บปวด	105	79.50	27	20.50
20.การไม่มีแรง/ความเหน็ดเหนื่อย	104	78.80	28	21.20
21.การไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้	98	74.20	34	25.80

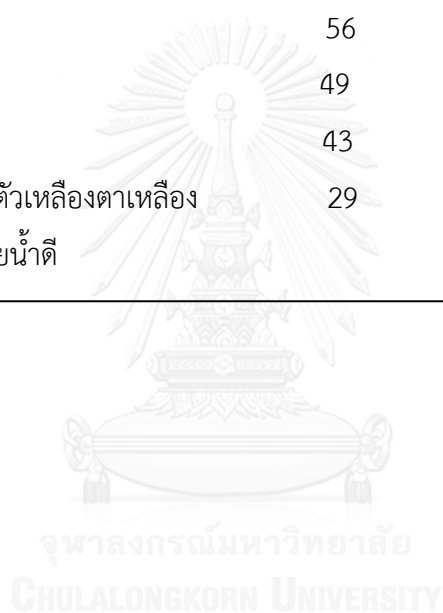


**ตารางที่ 12** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยรวม และรายด้าน (n = 132) (ต่อ)

ความต้องการ การดูแลแบบสนับสนุน	ไม่ได้รับ		รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านจิตใจ</b>				
22.ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษาจะอยู่นอกเหนือความควบคุมของคุณ	131	99.80	1	0.80
24.ความไม่แน่นอนของอนาคต	129	97.70	3	2.30
25.การที่จะมองทางบวกเสมอ	125	94.70	7	5.30
27.ความกังวลต่อความรู้สึกของผู้ใกล้ชิดของคุณ	125	94.70	7	5.30
28.การเรียนรู้ที่จะควบคุมสถานการณ์ได้	124	93.90	8	6.10
26.ความวิตกกังวล	124	93.90	8	6.10
29.ความรู้สึกเกี่ยวกับการจากไปของชีวิต	120	90.90	12	9.10
31.ความรู้สึกเศร้าหมอง	115	87.10	17	12.90
30.ความหดหู่/ซึมเศร้า	108	81.80	24	18.20
23.ความกลัวว่าโรคจะลุกลาม	105	79.50	27	20.50
<b>ด้านเพศสัมพันธ์</b>				
34.การเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกทางเพศ	76	57.60	56	42.40
33.การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธ์ภาพทางเพศของคุณ	68	51.5	64	48.50
32.การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพทางเพศที่ลดลง	60	45.5	72	54.5

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์จำนวน และร้อยละของการมีอาการ (n = 132)

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
1.ปวดท้อง หรือแน่นท้อง	116	87.90
2.เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	117	88.60
3.เบื่ออาหาร	105	79.50
4.นอนไม่หลับ	86	65.20
5.คลื่นไส้	67	50.80
6.คันตามตัว	56	42.40
7.อาเจียน	49	37.10
8.ไข้	43	32.60
9.สูญเสียภาพลักษณ์จากตัวเหลืองตาเหลือง และ/หรือการใส่ท่อระบายน้ำดี	29	22.00



**ตารางที่ 14** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าโดยรวม และรายข้อ (n = 132)

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ความวิตกกังวล</b>			
1.ฉันรู้สึกตึงเครียด	0.73	0.55	
2.ฉันรู้สึกกลัวคล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	1.03	0.73	
3.ฉันมีความคิดวิตกกังวล	0.78	0.50	
4.ฉันสามารถทำตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย	0.58	0.54	
5.ฉันรู้สึกไม่สบายใจจนทำให้ปั่นป่วนในท้อง	0.39	0.53	
6.ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน	0.36	0.49	
7.ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆไม่ได้	0.37	0.52	
<b>โดยรวม</b>	<b>4.24</b>	<b>3.86</b>	<b>ปกติ</b>
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>			
1.ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆที่ฉันเคยชอบได้	0.67	0.59	
2.ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้	0.54	0.56	
3.ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	0.47	0.53	
4.ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม	0.60	0.55	
5.ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง	0.53	0.57	
6.ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคตด้วยความเบิกบานใจ	0.72	0.56	
7.ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคย เพลิดเพลินได้	0.67	0.52	
<b>โดยรวม</b>	<b>4.20</b>	<b>3.88</b>	<b>ปกติ</b>

**ตารางที่ 15** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย กับผู้ดูแลหลักโดยรวม และรายข้อ (n = 132)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านการให้ความรักและความเข้าใจ</b>	<b>21.97</b>	<b>3.27</b>	
1.ความรักจากผู้ดูแลหลักช่วยให้ท่านสามารถเผชิญกับความไม่สุขสบายต่างๆได้	4.28	0.75	
2.ผู้ดูแลหลักดูแลท่านด้วยความเต็มใจ	4.42	0.63	
3.ผู้ดูแลหลักเข้าใจความรู้สึกของท่านเป็นอย่างดี เมื่อมีอาการไม่สุขสบายต่างๆเกิดขึ้น	4.39	0.67	
4.ผู้ดูแลหลักเห็นคุณค่าในตัวท่านเสมอ	4.44	0.61	
5.ผู้ดูแลหลักหวังดีและมีความจริงใจกับท่านเสมอ	4.44	0.61	
<b>ด้านการให้ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่</b>	<b>21</b>	<b>3.82</b>	
6.เมื่อมีอาการไม่สุขสบายต่างๆเกิดขึ้น ท่านได้รับความเอาใจใส่ ให้การช่วยเหลือและช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบาย	4.22	0.79	
7.ผู้ดูแลหลักคอยสอบถามและประเมินความรุนแรง ความไม่สุขสบายต่างๆให้ท่านสม่ำเสมอ	4.30	0.74	
8.ท่านได้รับการปลอบใจและกำลังใจเป็นอย่างดีจากผู้ดูแลหลัก	4.33	0.66	
9.ผู้ดูแลหลักแสดงความสนใจ กระตือรือร้นและเต็มใจเสมอเมื่อท่านต้องการปรึกษาปัญหาต่างๆ	4.27	0.72	
10.ระดับความไม่สุขสบายต่างๆของท่านลดลง เพราะผู้ดูแลหลักคอยให้การดูแลเอาใจใส่	3.88	0.91	

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักโดยรวม และรายข้อ (n = 132) (ต่อ)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านการแสดงความผูกพันใกล้ชิด</b>	<b>20.99</b>	<b>3.87</b>	
11. ท่านได้รับความผูกพัน สนับสนุนเป็นกันเอง	4.36	0.72	
12. ท่านรู้สึกว่าคุณสบายต่างๆบรรเทาได้	3.82	0.91	
หากมีผู้ดูแลหลักอยู่ใกล้ชิดและทำกิจกรรมร่วมกับท่าน			
13. ผู้ดูแลหลักรู้ใจและทราบว่าคุณชอบและต้องการ	4.23	0.81	
อะไรโดยไม่ต้องบอกหรืออธิบาย			
14. ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อได้พูดคุยกับผู้ดูแลหลัก	4.28	0.71	
15. ท่านรู้สึกอบอุ่นและมีความสุขเมื่ออยู่กับผู้ดูแลหลัก	4.30	0.72	
ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา			
<b>โดยรวม</b>	<b>63.96</b>	<b>10.96</b>	<b>มาก</b>

### Reliability SCNS-SF 34

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.937	34

### Reliability HADS

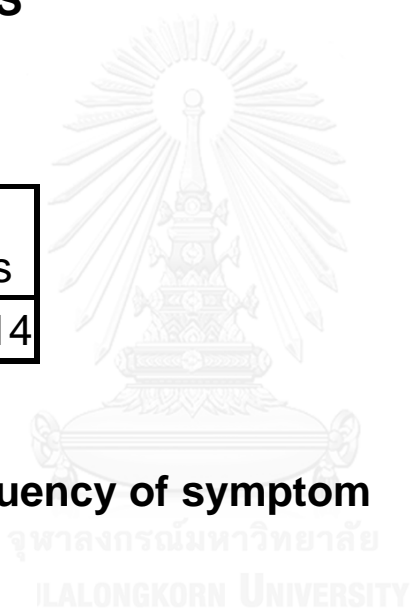
#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.850	14

### Reliability Frequency of symptom

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.735	9



### Reliability Severity of symptom

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.783	9

### Reliability Distress of symptom

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.807	9

### Reliability Relationship between patient and caregiver

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.952	15

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการ ความทุกข์ทรมานจากอาการ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

		Correlations									
		Sum.SCNS	Sum.feq	Sum.sev	Sum.dis	Sum.HADS	Sum.relat	Sum.Age			
Sum.SCNS	Pearson Correlation	1	.363**	.293**	.239**	.276**	.018	-.132			
	Sig. (2-tailed)		.000	.001	.006	.001	.836	.131			
	N	132	132	132	132	132	132	132			
Sum.feq	Pearson Correlation	.363**	1	.811**	.694**	.212*	.066	-.152			
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.014	.451	.082			
	N	132	132	132	132	132	132	132			
Sum.sev	Pearson Correlation	.293**	.811**	1	.868**	.221*	.142	-.082			
	Sig. (2-tailed)	.001	.000		.000	.011	.104	.352			
	N	132	132	132	132	132	132	132			
Sum.dis	Pearson Correlation	.239**	.694**	.868**	1	.172*	.131	-.041			
	Sig. (2-tailed)	.006	.000	.000		.049	.134	.641			
	N	132	132	132	132	132	132	132			
Sum.HADS	Pearson Correlation	.276**	.212*	.221*	.172*	1	-.008	-.018			
	Sig. (2-tailed)	.001	.014	.011	.049		.931	.839			
	N	132	132	132	132	132	132	132			
Sum.relat	Pearson Correlation	.018	.066	.142	.131	-.008	1	-.253**			
	Sig. (2-tailed)	.836	.451	.104	.134	.931		.003			
	N	132	132	132	132	132	132	132			
Sum.Age	Pearson Correlation	-.132	-.152	-.082	-.041	-.018	-.253**	1			
	Sig. (2-tailed)	.131	.082	.352	.641	.839	.003				
	N	132	132	132	132	132	132	132			

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง ความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความทุกข์ทรมานจากอาการเบื่ออาหาร ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

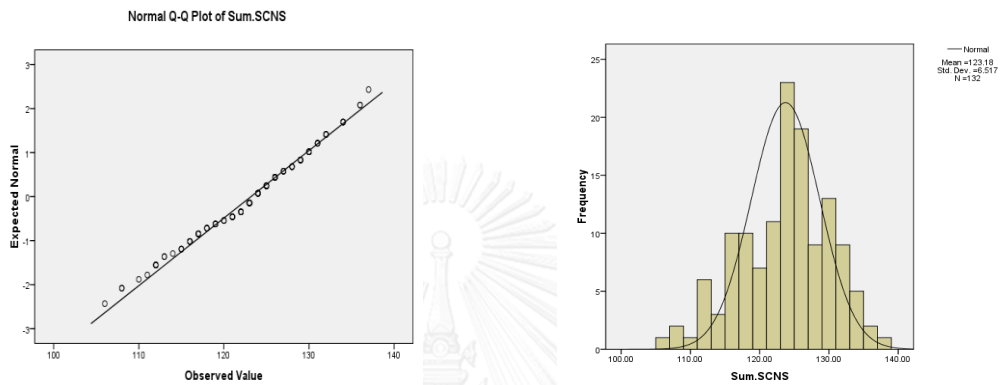
**Correlations**

	dis.pain	dis.anorexia	dis.fatigue	Sum.SCNS	Sum.HADS	Sum.relat	Sum.Age
dis.pain	1	-.015	-.107	.097	-.022	.008	-.013
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)		.864	.220	.269	.802	.932	.880
N	132	132	132	132	132	132	132
dis.anorexia	-.015	1	.110	.121	.086	-.029	-.089
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.864		.211	.168	.326	.742	.310
N	132	132	132	132	132	132	132
dis.fatigue	-.107	.110	1	.274**	.060	.078	.042
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.220	.211		.002	.497	.374	.635
N	132	132	132	132	132	132	132
Sum.SCNS	.097	.121	.274**	1	.276**	.018	-.132
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.269	.168	.002		.001	.836	.131
N	132	132	132	132	132	132	132
Sum.HADS	-.022	.086	.060	.276**	1	-.008	-.018
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.802	.326	.497	.001		.931	.839
N	132	132	132	132	132	132	132
Sum.relat	.008	-.029	.078	.018	-.008	1	-.253**
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.932	.742	.374	.836	.931		.003
N	132	132	132	132	132	132	132
Sum.Age	-.013	-.089	.042	-.132	-.018	-.253**	1
Pearson Correlation							
Sig. (2-tailed)	.880	.310	.635	.131	.839	.003	
N	132	132	132	132	132	132	132

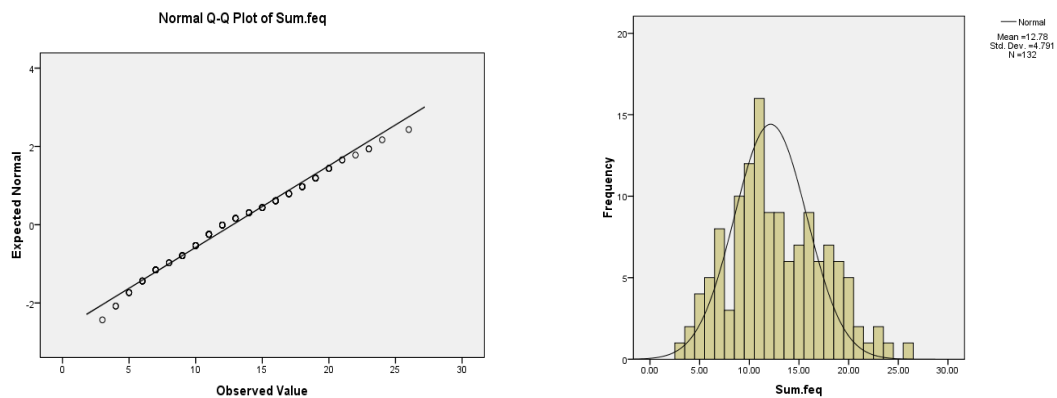
\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมพันธ์สหพันธ์ของเพียร์สัน

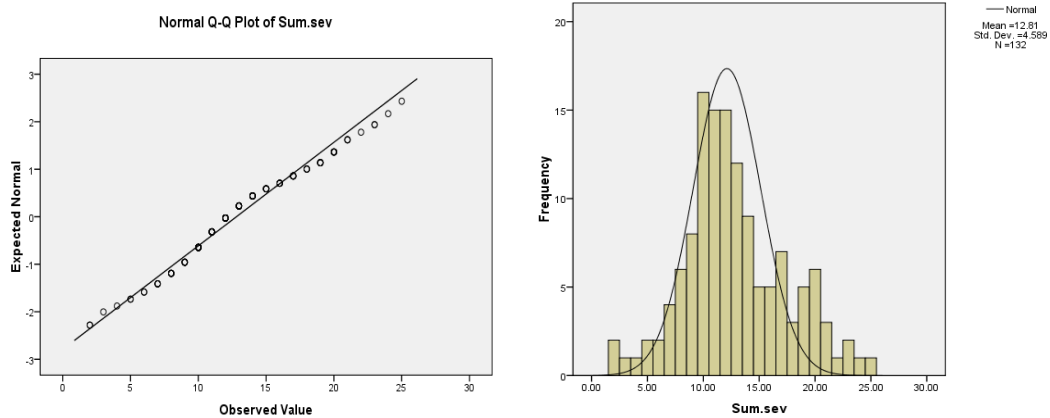
ภาพที่ 1 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยการแจกแจง



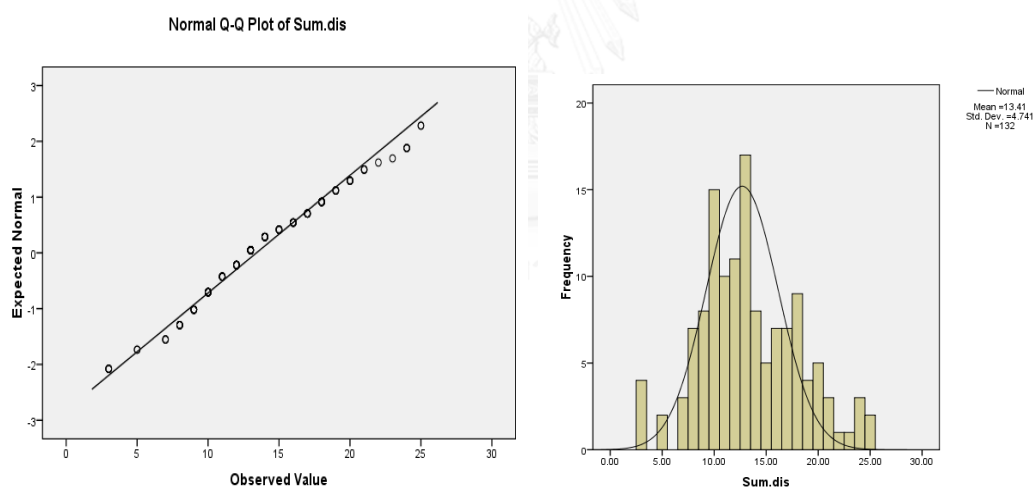
ภาพที่ 2 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลความถี่ของอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี



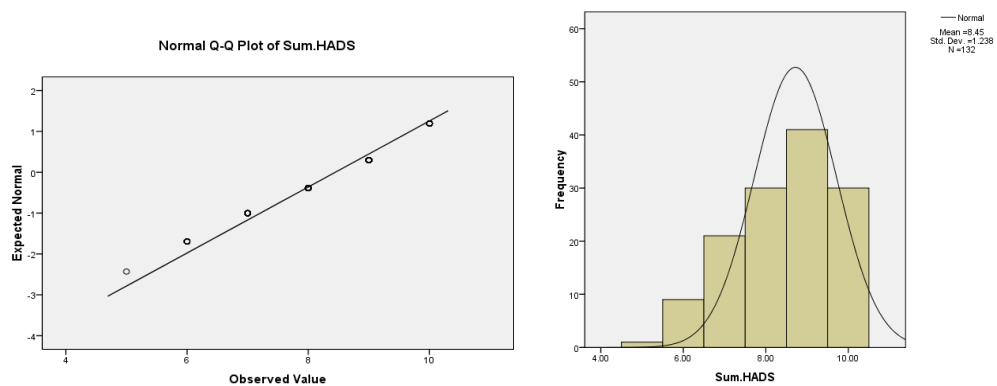
ภาพที่ 3 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี



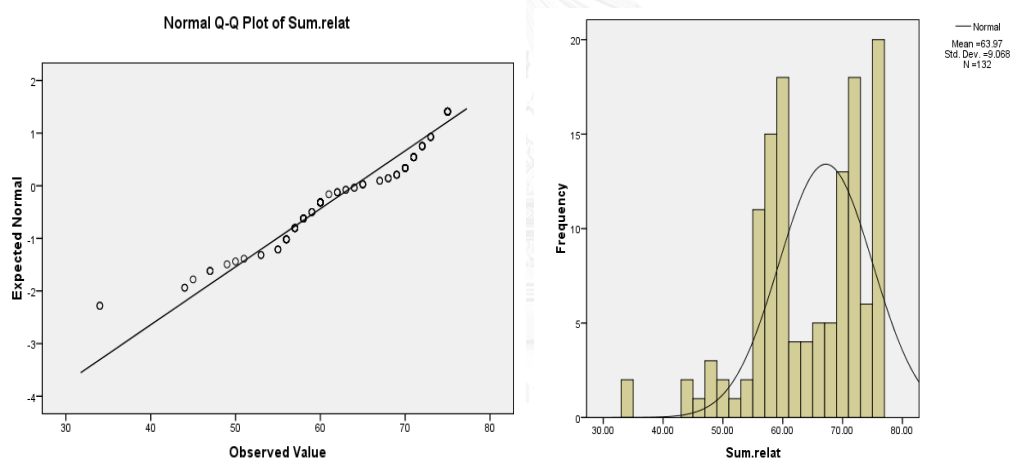
ภาพที่ 4 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลความทุกข์ทรมานจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี



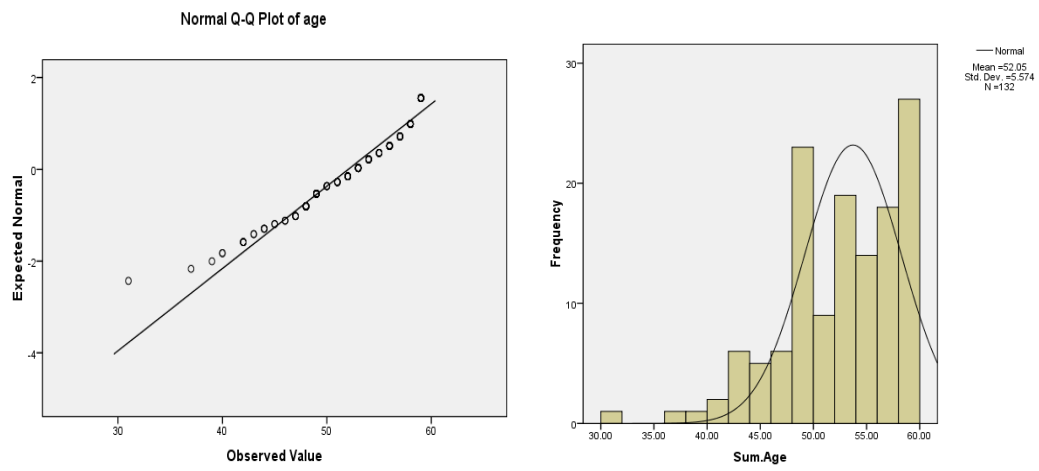
ภาพที่ 5 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี



ภาพที่ 6 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยการแจกแจงข้อมูลมี



ภาพที่ 7 แสดงกราฟทดสอบการแจกแจงข้อมูล และการกระจายตัวของข้อมูลอายุของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยการแจกแจงข้อมูลมี



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุดาวรรณ ลิขิตคันทะสร เกิดวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2527 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เมื่อปี การศึกษา 2550 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2556 ก่อนเข้ารับการศึกษาได้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 10 ปี โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ใน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

