

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรรณิกา กัณรัตน์*

คณินิจ พงศ์ถาวรกมล** ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ**

Kanrat K, Pongthavornkamol K, Wattanakitkrileart D. Factors associated with perception of quality of care in cancer patients during hospitalization. Chula Med J 2016 Sep - Oct; 60(5): 523 - 34

- Background** : *Quality of care is the primary goal of health care services that emphasizes on patient's point of view and their re - experience. There are several factors involving the quality of care which includes the patient's preference for participation in symptom management, perceived symptom severity, gender and number of inpatients admitted.*
- Objective** : *To study the relationships between patients' preferences for participation in symptom management, perceived symptom severity, gender, number of inpatients admitted, and perception of quality of care in cancer patients during hospitalization.*
- Design** : *Descriptive correlational research.*
- Setting** : *Department of Oncology and Hematology Unit, King Chulalongkorn Memorial Hospital.*
- Materials and Methods** : *A total of 97 patients with cancer were recruited in this study using purposive sampling. Data were collected from June to October 2015 by using demographic data questionnaire, Control Preference Scale, Global Distress Index, and Quality of Care in Patient's Perspectives - Short Form.*

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- Results** : *The majority of the subjects were males (61.9%), the participation in symptom management of patients preferred "passive" role (47.4%) and the patient perceived quality of care was of a balanced high quality (43.3%). As for the relationships among study variables, perceived symptom severity and the number of inpatients stay were significantly correlated to perceived quality of care ($\chi^2 = 10.50, P = .03$; $\chi^2 = 6.79, P = .009$). Gender and patient's preference for participation in managing symptoms were not correlated with the perceived quality of care ($r_{pb} = .92$ and $\chi^2 = 8.32, P = .079$)*
- Conclusion** : *Nurses should focus their care on reducing symptom severity in cancer patients during hospitalization, particularly in those admitted more frequently who perceived the quality of care as low.*
- Keywords** : *Patient's preference for participation, perceived symptom severity, gender, number of inpatient stay, quality of care perceived by patients with cancer.*

Correspondence to: Pongthavornkamol K. Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, E-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th

Received for publication. April 20, 2016.

กรณีศึกษา กัณรัตน์, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมร, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2559 ก.ย. -ต.ค.;60(5): 523 - 34

เหตุผลของการวิจัย : คุณภาพการดูแลถือว่าเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการสุขภาพ โดยให้ความสำคัญต่อมุมมองการรับรู้ และประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อคุณภาพการดูแลที่ได้รับ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ เพศ จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา

วัตถุประสงค์ : ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ เพศ จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา และการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง
สถานที่ทำการศึกษา : หอผู้ป่วยมะเร็งก้อนทุมวิทยาและมะเร็งโลหิตวิทยาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวอย่างและวิธีการศึกษา : ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 97 ราย ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ แบบประเมินอาการที่พบบ่อยในโรคมะเร็ง 10 อาการและแบบประเมินคุณภาพการดูแลในมุมมองของผู้ป่วย

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.9 ความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการอยู่ในระดับ passive มากที่สุด (ร้อยละ 47.4) การรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงตรงกับความต้องการมากที่สุด (ร้อยละ 43.3) ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการและจำนวนครั้งเข้ารับการรักษา มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 10.50, P = .03$; $\chi^2 = 6.79, P = .009$) สำหรับเพศและความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .92$ และ $\chi^2 = 8.32, P = .08$) ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย : พยาบาลควรเน้นการดูแลจัดการเพื่อลดความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งขณะเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาย่อยครั้งซึ่งอาจมีการรับรู้คุณภาพการดูแลลดลง

คำสำคัญ : ความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ, การรับรู้ความรุนแรงของอาการ, เพศ, จำนวนครั้งเข้ารักษา, การรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยมะเร็ง.

มะเร็งเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์การเกิดและอัตราการตายสูงทั้งในเพศชายและเพศหญิง⁽¹⁾ วิธีการรักษามาตรฐานในปัจจุบันแม้ว่าช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้หลายชนิด แต่ก็ส่งผลข้างเคียงที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากมีการจัดการอาการต่างๆ อย่างเหมาะสม ความรุนแรงของอาการลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย⁽²⁾

คุณภาพการดูแล (Quality of care) หมายถึง การรับรู้คุณภาพของระบบบริการสุขภาพที่ได้รับ โดยให้ความสำคัญต่อมุมมองการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยว่าเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่เน้นการมีส่วนร่วมและมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ซึ่ง Wilde B. และคณะ⁽³⁾ ได้พัฒนาแนวคิดคุณภาพการดูแลโดยมองตามมุมมองหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสำคัญต่อการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งคุณภาพการดูแลต้องตระหนักถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยประเมินใน 4 มิติ ได้แก่ สมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล (Medical-technical Competence) เทคนิคอุปกรณ์ของการดูแล (Physical-technical conditions) อัตลักษณ์ของเจตคติและพฤติกรรมของผู้ดูแล (Identity-oriented approach) และบรรยากาศทางสังคมและวัฒนธรรมขององค์กรสุขภาพ (Socio-cultural atmosphere) โดยมองใน 2 เงื่อนไข คือ ด้านทรัพยากรโครงสร้างขององค์กรที่ดูแล และด้านความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (The patient's preferences) และในการพัฒนาคุณภาพของการดูแลต้องอาศัยความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วย⁽⁴⁾ รวมทั้งมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีประสบการณ์จากอาการแตกต่างกัน^(5,6)

ความต้องการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับอาการได้รับความสนใจจากระบบบริการสุขภาพทั้ง

ในระดับชาติและนานาชาติว่าสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแล แต่พบว่ายังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการรักษาหรือจัดการกับอาการตามความชอบหรือความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยในด้านการประเมินคุณภาพของการดูแลที่เพิ่มขึ้น และลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงคุกคามชีวิต⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตาม ประเด็นความต้องการของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการดูแลในทางปฏิบัติ พบว่ายังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนรวมทั้งมีการศึกษาวิจัยในประเด็นนี้ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกจากนี้การรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยของบุคคลหรือลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย (Patient-related quality) และบริบทของการเจ็บป่วย (Illness-related quality) ที่เช่น เพศ จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาและการรับรู้ความรุนแรงของอาการ (Perceived symptom severity) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และความรุนแรงของอาการลดลงมีความพึงพอใจต่อการดูแลหรือรักษาที่ได้รับ⁽⁸⁾ รวมถึงจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกันอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพการดูแล และบางการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยและปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศพบว่ายังไม่ไปในทิศทางเดียวกัน บางการศึกษาพบว่าเพศหญิงรับรู้คุณภาพการดูแลต่ำกว่าเพศชาย⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพการดูแลในมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยตรง

ในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีผู้ศึกษามาก่อนวัตถุประสงค์ในการศึกษานี้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ เพศ จำนวนครั้งเข้ารับการรักษาและการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็ง

ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาระบบการบริการ และเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Descriptive correlational research) ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไปรับทราบการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยก่อนทุมวิทยาและมะเร็งโลหิตวิทยาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา คือ ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 97 ราย หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (หมายเลขเอกสารรับรอง COA No. 309/ 2015)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีข้อความถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวน 8 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น ระบบของโรคที่เข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรค จำนวน 13 ข้อ

2. แบบประเมินความชอบมีส่วนร่วมในการดูแล (The Control Preference Scale: CPS)⁽⁹⁾ ฉบับภาษาไทยแปลโดย คณิตกิจ พงศ์ถาวรภมม, พิจิตรา เล็กดำรงกุล, นพดล ศิริธนารัตนกุล, ศิวะพร ศิริกุล⁽¹⁰⁾ สำหรับใช้ประเมินความชอบหรือความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วย มีทั้งหมด 5 ระดับตั้งแต่ระดับ Active ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายเกี่ยวกับการรักษาหรือบำบัดอาการจนถึงระดับ Passive คือ ผู้ป่วยยก

การตัดสินใจทั้งหมดเกี่ยวกับการรักษาหรือบำบัดอาการให้กับแพทย์/ พยาบาลการตอบแบบสอบถามจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ประเมินความชอบมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของผู้ป่วยโดยเรียงจากความต้อมีส่วนร่วมระดับมากไปหาน้อยจากที่ผู้ป่วยชอบมากที่สุด (ใส่หมายเลข 1) จนถึงข้อความที่ชอบน้อยที่สุด (ใส่หมายเลข 5) และผู้ป่วยระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการที่ได้รับจริงขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ (โดยเลือกจากบทบาทที่ใกล้เคียงที่สุดจาก 1 ใน 5 อันดับดังกล่าวข้างต้น) ในการศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ CPS โดยค่า test - retest method เท่ากับ 1.0

3. แบบประเมินประสบการณ์อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง Memorial Symptom Assessment Scale - Global Distress Index (MSAS-GDI) เป็นส่วนหนึ่งของแบบประเมิน MSAS 32 อาการ⁽¹¹⁾ แปลเป็นภาษาไทยโดยนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์⁽¹²⁾ ประกอบด้วยอาการทางจิตใจ 4 อาการ (รู้สึกเศร้า กังวล/กลุ่มใจ หงุดหงิด/ไม่สบาย กระวนกระวาย) และอาการทางกาย 6 อาการ (ไม่อยากอาหาร ไม่มีแรง ปวด ง่วงนอน ท้องผูก ปากแห้ง) โดยให้ประเมินอาการที่ประสบใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาการประเมินความถี่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert-scale) 4 ระดับจากน้อยมาก ให้คะแนน 1 จนถึงเกิดตลอดเวลา ให้คะแนน 4 และมีตีความทุกข์ทรมานจากอาการ ประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือถ้าอาการนั้นไม่ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานหรือไม่รบกวนผู้ป่วยเลย ให้คะแนน 0.8 คะแนนจนถึงอาการนั้นรบกวนหรือทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมากที่สุด คะแนน 4 โดยการคิดคะแนนในมิติของความทุกข์ จะไม่มีค่าคะแนนเป็น 0 เนื่องจากการเฉลี่ยคะแนนที่กำหนดมา⁽¹¹⁾ เช่น การตอบว่าไม่เลยจึงไม่ได้หมายถึงไม่มีความทุกข์ทรมานเลย ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.74 หลังประเมินแบบสอบถาม (MSAS-GDI) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินระดับความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ในภาพรวมโดยเฉลี่ยตามการรับรู้ของผู้ป่วยจำนวน 1 ข้อ (โดยให้เลือกตอบคำถามว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการ

ข้างเคียงต่าง ๆ ที่ตนประสบอยู่มีความรุนแรงโดยภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับใด ใน 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 (ไม่เลย) จนถึง ระดับ 5 (มากที่สุด) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดย test - retest method เท่ากับ 0.98

4. แบบประเมินคุณภาพการดูแลตามมุมมองของผู้ป่วย (Quality from the Patients Perspective: QPP) short form⁽¹³⁾

เพื่อใช้ประเมินคุณภาพการดูแลจากมุมมองหรือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ ฉบับภาษาไทยผ่านกระบวนการแปล - แปลย้อนกลับ⁽¹⁰⁾ มีข้อความทั้งหมด 41 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อมูลทั่วไปและคำถามประเมินคุณภาพการดูแลตามมุมมองของผู้ป่วยใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล (medical-technical competence of the caregiver) ตัวอย่างคำถามเช่น “ผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการที่ดีที่สุด” 2) ด้านเทคนิคอุปกรณ์ของการดูแล (physical-technical conditions) ตัวอย่างคำถาม เช่น “ผู้ป่วยได้รับอาหาร/เครื่องดื่มที่ชอบ” 3) ด้านอัตลักษณ์ของเจตคติและพฤติกรรมของผู้ดูแล (identify-orientation approach) ตัวอย่างคำถาม เช่น “ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอขั้นตอนผลของการตรวจร่างกาย ผลของการรักษา” และ 4) ด้านบรรยากาศทางสังคมและวัฒนธรรมขององค์กรสุขภาพ (socio-cultural atmosphere approach) ตัวอย่างคำถาม เช่น “พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย” มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในคะแนนรวมทั้งฉบับ⁽¹³⁾ เท่ากับ 0.67 - 0.91 ลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การรับรู้การดูแลที่ได้รับจริง (Perceived reality: PR) ค่าคะแนนเป็นแบบ Likert - scale 4 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 1 จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งคะแนน 4 และ 2) การให้ความสำคัญของกิจกรรมการดูแล (Subjective Importance: SI) ค่าคะแนนเป็นแบบ Likert - scale 4 ระดับ คือ สำคัญอย่างยิ่งให้ คะแนน 1 จนถึง ไม่สำคัญ/สำคัญเล็กน้อย คะแนน 4 การคิดคะแนนจะนำคะแนนในแต่ละข้อของแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน (PR และ SI) มาจัดกลุ่มเป็นระดับ

คุณภาพการดูแล แบ่งออกเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 คุณภาพต่ำไม่เป็นที่ยอมรับ (Inadequate quality) จนถึงระดับ 7 คุณภาพสูงเกินความต้องการ (Excess quality) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินคุณภาพการดูแลตามมุมมองของผู้ป่วย เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ การรับรู้ความรุนแรงของอาการในภาพรวม จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา กับคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยใช้สถิติการทดสอบ chi square และวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศกับคุณภาพการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Point biserial correlation coefficient

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.9) มีอายุระหว่าง 19 - 80 ปี อายุเฉลี่ย 50.82 ปี (SD = 15.17) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.9) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 32.0) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.7) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 32.0) ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 56.7) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 34,804.12 บาท (SD = 33,845.43)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาโรคในประเภทมะเร็งก่อนทรวงอก (Oncology) ร้อยละ 68.0 มะเร็งโลหิตวิทยา (Hematology) ร้อยละ 32.0 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมารับการรักษาตามนัดของแพทย์ (ร้อยละ 96.9) และเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 42.3) โดยมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

(ร้อยละ 93.8) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเฉลี่ย อยู่ครั้งที่ 3.2 (SD = 3.40) ระยะของโรคพบมากในระยะ 2 (ร้อยละ 34.1) ระยะเวลาก่อนการรอคอยก่อนเข้ารับการรักษา จริงโดยเฉลี่ย 1.8 วัน (SD = 3.85) ระยะเวลารวมระหว่างเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลรวมโดยเฉลี่ย 7.28 วัน (SD = 11.04) การประเมินอาการด้านร่างกายที่ผู้ป่วย ประสบพบว่า มีอาการปากแห้งมากที่สุด (ร้อยละ 67.0) สำหรับอาการด้านจิตใจมากที่สุดคืออาการกังวล/กลุ่มใจ (ร้อยละ 47.4) โดยมีระดับความรุนแรงของอาการตาม การรับรู้ของผู้ป่วยในภาพรวมโดยเฉลี่ย อยู่ในระดับเล็กน้อย มากที่สุด (ร้อยละ 35.1)

ความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการมีส่วนร่วมแบบ Passive-shared โดยแพทย์/พยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ สุดท้ายเกี่ยวกับการรักษาเพื่อควบคุมอาการโดยพิจารณา ความคิดเห็นของผู้ป่วยร่วมด้วยอย่างจริงจังมากที่สุด (ร้อยละ 33.0) รองลงมาเป็นแบบ Collaborative (แพทย์/พยาบาลและผู้ป่วยแบ่งความรับผิดชอบร่วมกัน) เพื่อการ ตัดสินใจในการรักษาหรือบำบัดอาการที่ดีที่สุดสำหรับ

ผู้ป่วย (ร้อยละ 32.0) แบบ Active-shared (ผู้ป่วยเป็นผู้ ตัดสินใจสุดท้ายเลือกการรักษาหรือบำบัดอาการภายหลัง การพิจารณาความเห็นของแพทย์/พยาบาลอย่างจริงจัง) (ร้อยละ 16.5) แบบ Passive (ผู้ป่วยยกการตัดสินใจ ทั้งหมดเกี่ยวกับการรักษาหรือบำบัดอาการให้กับแพทย์/ พยาบาล) (ร้อยละ 14.4) และแบบ Active (ผู้ป่วยเป็นผู้ ตัดสินใจสุดท้ายเกี่ยวกับการรักษาหรือบำบัดอาการ) (ร้อยละ 4.1) กลุ่มตัวอย่างรับรู้คุณภาพการดูแลในระดับ คุณภาพสูงตรงกับความต้องการมากที่สุด (ร้อยละ 43.3) รองลงมาเป็นระดับคุณภาพดีตรงกับความต้องการ (ร้อยละ 37.1) ดังแสดงในตาราง ที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ คุณภาพการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของอาการ ($\chi^2 = 10.50, P = 0.03$) และ จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา ($\chi^2 = 6.79, P = 0.009$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ตามลำดับ สำหรับ ความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการและปัจจัย ด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแล

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้คุณภาพการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 97)

การรับรู้คุณภาพการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
1. คุณภาพต่ำไม่เป็นที่ยอมรับ (Inadequate quality)	1	1.0
2. คุณภาพค่อนข้างต่ำไม่เป็นที่ยอมรับ (Somewhat inadequate quality)	8	8.2
3. คุณภาพต่ำแต่ยอมรับได้ (Balance low quality)	7	7.2
4. คุณภาพดีตรงกับความต้องการ (Balance acceptable quality)	36	37.1
5. คุณภาพสูงตรงกับความต้องการ (Balance high quality)	42	43.3
6. คุณภาพค่อนข้างสูงเกินความต้องการ (Somewhat excess quality)	3	3.1
7. คุณภาพสูงเกินความต้องการ (Excess quality)	0	0

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการกับการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระดับความรุนแรง ของอาการ	การรับรู้คุณภาพการดูแล		Chi-square (χ^2)	df	ระดับ นัยสำคัญ
	ต่ำกว่ามาตรฐาน	ได้มาตรฐาน			
ไม่เลย	3	23	10.50	4	0.03 ^b
เล็กน้อย	6	28			
ปานกลาง	10	19			
มาก	1	3			
มากที่สุด	3	1			
รวม	23	74			

b = Exact. Sig. (2-sided)

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งเข้ารับการรักษา และการรับรู้คุณภาพการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนครั้งเข้ารับ การรักษา	การรับรู้คุณภาพการดูแล		Chi-square (χ^2)	df	ระดับ นัยสำคัญ
	ต่ำกว่ามาตรฐาน	ได้มาตรฐาน			
น้อยกว่า 3 ครั้ง	12	59	6.79	1	0.009 ^a
มากกว่า 3 ครั้ง	11	15			
รวม	23	74			

a = Asymp. Sig. (2-sided)

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้คุณภาพการดูแลในระดับดีตรงตามมาตรฐานขึ้นไปอธิบายว่า เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ส.ร.พ.) เป็นโรงพยาบาลที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพทุกด้านทั้งการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและทีมพยาบาลที่พร้อมให้การดูแลหากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้านพบว่า บางข้อให้คะแนนต่ำ (ต่ำกว่า 3.00) ได้แก่ ข้ออาหารและเครื่องดื่มที่คุณชอบ" และข้อการดูแลรักษาถูกกำหนดโดยตัวคุณเองมากกว่าระเบียบที่วางไว้" สอดคล้องกับการ

ศึกษาของไทยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁽¹⁰⁾ พบว่าคะแนนด้านเทคนิคอุปกรณ์ทางกายภาพ ได้คะแนนต่ำสุดในข้อ "คุณได้รับอาหารที่คุณชอบ" (Mean = 1.86, SD = 1.14) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระยะของการเจ็บป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เข้ามาเข้ารับการรักษาเพื่อรับยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 93.8) และมีอาการปากแห้งร้อยละ 67 ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้น และการจัดอาหารในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และผู้ป่วยไม่สามารถเลือกเมนูอาหารที่ตรงกับความชอบของผู้ป่วยได้ทำให้คะแนนคุณภาพการดูแลด้านอาหารอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ เพศ จำนวนครั้งเข้ารับการรักษาและการรับรู้คุณภาพการดูแล ของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการระดับรุนแรงเล็กน้อย รับรู้คุณภาพการดูแลในระดับดีได้มาตรฐาน (ร้อยละ 73.2) ตรงกันข้ามหากผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการยิ่งรุนแรงมาก การรับรู้คุณภาพก็ยิ่งต่ำ (ร้อยละ 4.1) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจส่งผลต่อความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลที่ได้รับ⁽⁵⁾ การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยในภาพรวม โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยและรับรู้คุณภาพการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีขึ้นไปอาจเนื่องจากการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เริ่มเก็บช่วงที่ผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษาหลัง 24 ชั่วโมงไปแล้วทำให้อาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษาครั้งนี้ยังเกิดขึ้นน้อย

จำนวนครั้งเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไม่เกิน 3 ครั้ง รับรู้คุณภาพการดูแลได้ดีกว่า (ร้อยละ 60.8) ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก (ร้อยละ 42.3) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาบ่อยย่อมมีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก และอาจมีความต้องการหรือคาดหวังการดูแลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน⁽⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบ่อยย่อมมีความคาดหวังในการดูแลรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาต่างกัน ก็ย่อมมีประสบการณ์ที่ได้รับผ่านมาแตกต่างกัน ความคาดหวัง/ความต้องการในการดูแลที่แตกต่างกันส่งผลต่อการรับรู้

คุณภาพการดูแลที่แตกต่างกัน⁽¹⁴⁾

ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการจัดการอาการกับการรับรู้คุณภาพการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของ คีนิ่งนิง พงศ์ถาวรภมม และคณะ⁽¹⁰⁾ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาหรือจัดการกับอาการระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปทาง Passive-shared คือ ให้แพทย์/พยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายเกี่ยวกับการรักษา โดยพิจารณาความคิดเห็นของผู้ป่วยร่วมด้วย แสดงให้เห็นว่าระดับความต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาหรือจัดการอาการด้วยตัวผู้ป่วยเองทั้งหมดนั้น ในผู้ป่วยมะเร็งของประเทศไทยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังมีน้อย อาจเนื่องจากความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรมเทียบกับกลุ่มชนชาติทางตะวันตกที่มีความกล้าจะเสนอแนะให้ข้อคิดเห็นมากกว่า และผู้ป่วยไทยชอบที่จะรับฟังและยอมทำตามข้อแนะนำหรือความคิดเห็นของแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและยอมรับการรักษาของแพทย์มากกว่า⁽¹³⁾ รวมถึงลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ป่วย⁽¹⁵⁾

ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลในกลุ่มตัวอย่างระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าระดับความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน⁽¹⁶⁾ อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพที่ให้การดูแลมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน และขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมในประเทศไทยในปัจจุบันการมีสิทธิ และการทำหน้าที่ที่มีความเท่าเทียมกันมากขึ้น ขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศไทยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน⁽¹⁰⁾ พบว่าเพศหญิงรับรู้คุณภาพการดูแลสูงกว่าเพศชายในด้านสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแล และด้านเทคนิคอุปกรณ์ทางกายภาพ เนื่องจากความแตกต่างของ

ลักษณะทางกายภาพขององค์กรและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่เข้ารับการรักษา มีลักษณะของโครงสร้างตึกที่ใหม่และสะอาดมากกว่า มีความทันสมัยติดตั้งเครื่องปรับอากาศ แตกต่างจากของกลุ่มตัวอย่างเพศชายทำให้เพศหญิงรับรู้คุณภาพการดูแลที่ดีกว่าเพศชาย

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพียงแห่งเดียว อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อื่น ๆ

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีประสบการณ์ และความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน ควรนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแล โดยเน้นการดูแลจัดการอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง อาจมีการรับรู้คุณภาพการดูแลลดลงและควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นเพื่อสามารถนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากรโรคมะเร็งอื่นได้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005 Mar; 55(2):74 -108
2. Aasen EM, Kvangarsnes M, Heggen K. Nurses' perceptions of patient participation in hemodialysis treatment. Nurs Ethics 2012 May;19(3):419-30
3. Wilde B, Starrin B, Larsson G, Larsson M. Quality of care from a patient perspective-a grounded theory study. Scand J Caring Sci 1993;7(2):

113-20

4. Frojd C, Swenne CL, Rubertsson C, Gunningberg L, Wadensten B. Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. J Nurs Manag 2011 Mar;19(2): 226-36
5. Danielsen K, Garratt AM, Bjertnaes OA, Pettersen KI. Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: a survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. Scand J Public Health 2007;35(1):70-7
6. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. Qual Saf Health Care 2002 Dec;11(4): 335-9
7. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, David-Kasdan JA, Annas CL, Fowler FJ Jr, Weissman JS. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. Int J Qual Health Care 2011 Jun;23(3): 269-77
8. Tornkvist L, Gardulf A, Strender LE. Patients' satisfaction with the care given by district nurses at home and at primary health care centres. Scand J Caring Sci 2000;14(2): 67-74
9. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? J Clin Epidemiol 1992 Sep;45(9): 941-50

10. คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, พิจิตรา เล็กดำรงค์กุล, นพดล ศิริธนารัตนกุล, ศิวะพร ศิริภูมิล. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล เพศอายุ การรบกวนจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาาระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล; 34(2): 45-57
11. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, Sobel K, Coyle N, Kemeny N, Norton L, et al. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. Eur J Cancer 1994; 30A(9): 1326-36
12. Suwisith N, Hanucharurnkul S, Dodd M, Vorapongsathorn T, Pongthavorakamol K, Asavametha N. Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. Pacific Rim Int J Nurs Res 2008; 12(3):153-65
13. Wilde LB, Larsson G. Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. J Clin Nurs 2002 Sep;11(5):681-7
14. Omran S, Saeed AM, Simpson J. Symptom distress of Jordanian patients with cancer receiving chemotherapy. Int J Nurs Pract 2012 Apr;18(2):125-32
15. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. Mayo Clin Proc 2010 Jan;85(1):53-62
16. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. Int J Qual Health Care 2001 Oct;13(5): 385-90