



ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง เขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ  
Depression and Quality of Life among Cancer Patients In the Chaiyaphum  
District Area, Chaiyaphum Province

อ้อยทิพย์ บัวจันทร์<sup>1</sup> ฐาติมา เพชรนุ้ย<sup>2</sup> และ ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์<sup>3</sup>  
Aoitip Buajun,<sup>1</sup> Tatimah Peth-Nui<sup>2</sup> and Thamolwan Sawatsing<sup>3</sup>

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1)ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง 3) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งอายุ 18 ปีขึ้นไป คัดเลือกโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง (Functional Assessment of Cancer Therapy – General : FACT-G) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D. =11.70) ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าพบว่า ร้อยละ 75.40 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.20) ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\rho = -0.68$ ,  $p\text{-value} < 0.01$ ) ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็งนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในประชากรกลุ่มนี้ การดูแลทางกายและการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทางใจ ลดภาวะซึมเศร้า จะช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยมะเร็ง ; ภาวะซึมเศร้า ; คุณภาพชีวิต

<sup>1,3</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี, Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University



## ABSTRACT

This study aimed to investigate: 1) depression of cancer patients, 2) quality of life of cancer patients, 3) the relationship between depression and quality of life of cancer patients in the Chaiyaphum district area, Chaiyaphum province. A sample was 69 cancer patients aged 18 or over, who were selected by simple random sampling. The instruments used were a questionnaire consisting of general demography and Beck depression inventory (BDI: Thai version) and the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Reliability of each instrument was examined and results showed the acceptable values. Data analysis was conducted using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient.

Findings of the study showed as follows. Most of the sample respondents were females aged 60 on average (S.D. = 11.70), had occupation as a farmer; earned an average income per month of 5,001-10,000 baht. Out of 100, 75.40 respondents had severe depression and had quality of their lives at moderate level (65.20%). Depression and quality of life of cancer patients were negatively correlated at moderate degree of the .01 level of significance ( $\rho = -0.682$ ,  $p\text{-value} < 0.01$ ). The findings indicate that depression in cancer patients is a major problem. There is a correlation with the quality of life in this population. Physical care and development of nursing patterns to relieve mental distress and to reduce depression can help promote a better quality of life among the cancer patients.

**Keywords :** Cancer Patients ; Depression ; Quality of Life

## บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) อัตราผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2557 พบว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาล 23,512 คน เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ที่มารับบริการถึงร้อยละ 16.88 โดยมีมะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากที่สุดเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 6.93 และมะเร็งเต้านมพบมากที่สุดเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 25.33 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557) โรคมะเร็งไม่เพียงแต่เป็นโรคเรื้อรังทางกาย แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกังวลใจ เกิดความเครียด และอาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้า ไม่คิดอยากมีชีวิตอยู่ (Arrieta et al., 2013; Gröpper et al., 2016) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพบได้สูงกว่าคนทั่วไปถึง 3 เท่า (Linden et al., 2012) ในปี 2009 Massie ได้ตีพิมพ์บทความทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 88 บทความ พบว่าโรคมะเร็ง (Major Depression) มีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 0-38 และภาวะซึมเศร้า (Depression Spectrum Syndrome) ความชุกที่ร้อยละ

0-58 (Massie, 2009) ในประเทศไทยจากการศึกษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ปี 2550 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่ร้อยละ 9.0 และพบว่ามีอาการของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 16.7 (Lueboonthavatchai, 2007) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ค่อยได้รับการวินิจฉัยหรือดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และเศรษฐกิจ และที่รุนแรงคือผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการซึมเศร้าแทรกซ้อนจะมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 25 (Kroenke et al, 2010 ; Satin et al, 2009)

เป้าหมายสูงสุดในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นนอกเหนือจากอายุขัย (Life Expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (Survival) แล้ว การมีคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ที่ดีก็เป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง ในการประเมินผลของการดูแลรักษา ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงเรื่องนี้ เช่น ภูมิรินทร์ มาลารัตน์ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถาม The Health-Related Self-Report (HRSR) พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.39 และส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Malarat et al., 2008)

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากรายงานแผนงานสำนักสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ปี 2558



พบว่า โรคมะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของประชาชน นอกจากนี้จากรายงานของแผนพัฒนาด้านสาธารณสุขของจังหวัด ชัยภูมิ ปี 2556-2559 ยังพบว่า โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยที่พบใน 10 ลำดับแรกของประชาชนในจังหวัดชัยภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขที่ต้องให้บริการผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงผู้ป่วยมะเร็งด้วย จากการสอบถามข้อมูลพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วย มะเร็งนั้น ส่วนใหญ่จะเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด หลังได้รับการรักษาแล้วจึงจะกลับมาพักฟื้นที่บ้าน เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามอาการจากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า โดยส่วนใหญ่ หลังกลับมาจากรับการรักษาจะมีการอ่อนเพลีย เหนื่อย และรู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งไม่มีทางรักษาหาย บางรายไม่อยากไปรับการรักษาเพราะรู้สึกว่าทรมาณกับการรักษา ทำงานไม่ได้เหมือนเดิม ต้องเป็นภาระของคนในครอบครัว ใช้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก บางรายรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย แต่ก็ไม่รู้ จะทำอย่างไร

เจ้าหน้าที่ให้การดูแลเบื้องต้นในส่วนของคำแนะนำวิธี ในการบรรเทาอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ในส่วนของการ ดูแลทางด้านจิตใจก็เน้นการให้กำลังใจและให้ญาติช่วยดูแล จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตใจที่เกิดกับผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งหากไม่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อปัญหาทางด้านจิตใจที่รุนแรงได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น จากรายงานแผนงานสำนักสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ปี 2558 เกี่ยวกับการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปี 2557 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 24,875 คน มีการเข้าถึง 7,740 คน คิดเป็นร้อยละ 31.12 ซึ่งถือว่าการเข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย และนอกจากนี้ก็ยังไม่มีพบว่ามีโครงการบริการสุขภาพให้แก่ประชากร ที่มีปัญหาในกลุ่มนี้ทั้งด้านร่างกายหรือด้านจิตใจอย่างเป็นรูปธรรม ที่ชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็ง และความสัมพันธ ะหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ในเขต อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำผลการวิจัยนี้มาใช้เป็นข้อมูล นำเสนอผู้ที่เกี่ยวข้อง และเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้นทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

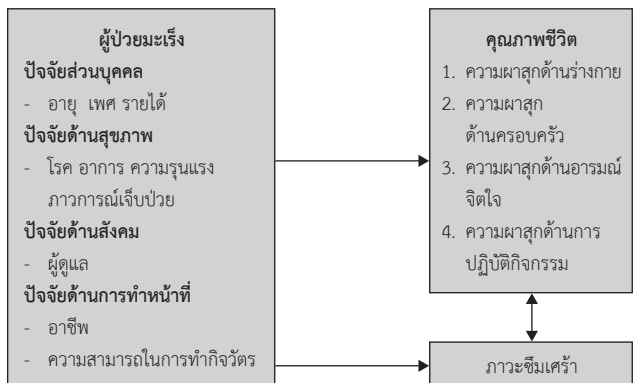
1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ในเขตอำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ Roy Adaptation Model (Roy & Andrews, 1999) และ Beck's Cognitive Theory of Depression (Beck, 1979) และการทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยมะเร็งมาประยุกต์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

จากกรอบแนวคิดการวิจัย แสดงให้เห็นถึงการปรับตัว ของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละด้าน คือด้านร่างกาย อัดมโนทัศน์ บทบาท หน้าที่ และพึงพาอาศัย มีผลต่อการแสดงออกหรือพฤติกรรม ของบุคคล ซึ่งแสดงให้เห็นจากคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน และผล จากการรับรู้ในแต่ละด้านนั้นส่งผล และมีผลต่อภาวะซึมเศร้าได้เช่น เดียวกัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

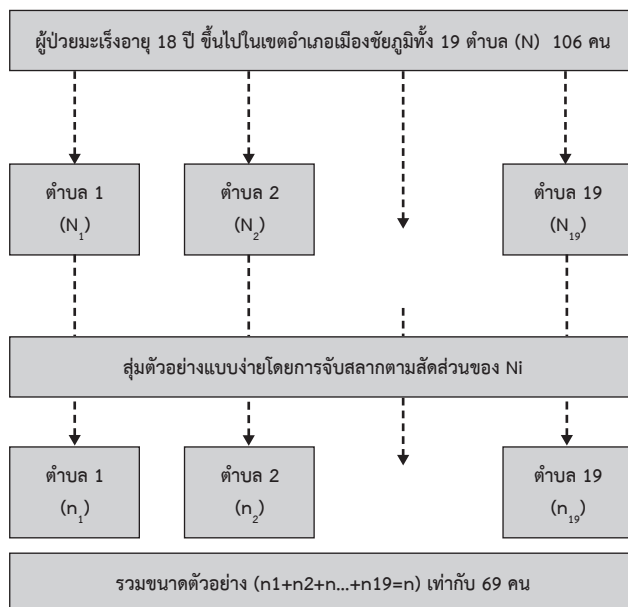
ประชากร ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะของโรค มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จากฐานข้อมูลผลการสำรวจของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ในปี 2558 พบมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรวมจำนวน 106 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาด ตัวอย่างจากประชากรเป้าหมาย โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบจำนวนประชากร (Cochran, 1977) ได้ขนาดตัวอย่าง รวม 69 คน ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 pq}{Nd^2 + Z^2 pq} = 68.78 \approx 69$$



เมื่อ  $Z$  เป็นค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96 ,  $d$  เป็นค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า ผู้วิจัยกำหนดร้อยละ 5,  $p$  เป็นค่าสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งจากการศึกษาวิจัยของ Rooney, Carson & Grant (2010) เท่ากับร้อยละ 15 และ  $q=1-p$  จากนั้นผู้วิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยมะเร็ง จากทุกตำบลของอำเภอเมือง ให้ได้ขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละตำบล จนได้ตัวอย่างครบเกณฑ์ในการเข้าร่วมของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะของโรค ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีภาวะการทำงานของสมองบกพร่องรุนแรง เช่น ไม่รู้เวลา สถานที่ หรือไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นให้เข้าใจได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะของโรคที่ไม่ยินยอมเข้ารับการรักษาและไม่ยินยอมตอบแบบสอบถาม



ภาพที่ 2 แผนผังการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้วิจัยได้ประยุกต์ Roy Adaptation Model (Roy & Andrews, 1999) และการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยมะเร็งมาประยุกต์ใช้ได้แบบสอบถามจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ การศึกษาภูมิฐานะ

ลักษณะอาชีพ สถานภาพในครอบครัว ลักษณะครอบครัว รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ผู้หารายได้หลักในครอบครัว การรับทราบเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเจ็บป่วยระยะเวลาที่ท่านได้รับการวินิจฉัย ความรุนแรงของโรครยะของโรค การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ การรักษาในโรงพยาบาล โรคประจำตัวอื่นๆ การรักษาที่ท่านได้รับ และบุคคลที่ดูแลท่านเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory : BDI-IA) (Beck, 1967) ซึ่งแปลโดยมุกดา ศรียงค์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อแบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 คำถาม เกี่ยวกับทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก มีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อ การให้คะแนนในแต่ละคำตอบให้เป็น 0,1,2,3 คะแนนรวมกัน อยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน โดยถามอาการ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ : 0-9 คะแนน มีภาวะอารมณ์ปกติ 10-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 16-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 20-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก 30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทดสอบความเชื่อมั่น โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร คือผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดอายุ 18 ปี ในตำบลรอบเมือง ตำบลในเมือง จำนวน 30 คนหลังจากนั้นผู้ทำการศึกษาทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของวรชัย รัตนธรรธร และคณะ (2544) แปลมาจากต้นฉบับของ เซลล่า และคณะ (Cella, 2007) ซึ่งวัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ในช่วงเวลา 7 วันที่ผ่านมาคือ ความผาสุกทางด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านสังคม และครอบครัว จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์และทางจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ความผาสุก ด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 27 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และเชิงลบ 12 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนรวมแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 0-108 ผลรวมของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านคือคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ



(0.1-36 คะแนน) คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (36.1-72 คะแนน) และ คุณภาพชีวิตในระดับสูง (72.1-108 คะแนน) (Cella, 2007) นำแบบประเมินหาความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.83

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดทำหนังสือจาก สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ทุนอุดหนุนการวิจัยเลขที่ 30/2558 เพื่อทำวิจัยในมนุษย์ ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 19 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ เพื่อขอเข้าเก็บข้อมูลวิจัยและชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย โดยข้อมูลประกอบด้วย คณะผู้ทำวิจัย รายละเอียดของงานวิจัย แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใบยินยอมสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ นำมาใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น หลังจากได้รับหนังสือตอบรับการเก็บข้อมูลแล้ว คณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ในแต่ละตำบลเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และนัดหมายวัน เวลา ในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัย โดยการลงพื้นที่ได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของแต่ละตำบล

ในส่วนของผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย ผู้วิจัย 1 คน และผู้ช่วยวิจัย 4 คน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย พื้นที่ในการลงเก็บข้อมูลวิจัย และชี้แจงการใช้เครื่องมือสำหรับผู้ช่วยวิจัย วิธีการใช้แบบสอบถามในแต่ละส่วน โดยจัดอบรมการใช้เครื่องมือในการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัย เป็นเวลา 1 วัน หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างช่วงเดือน มิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ.2559

### การวิเคราะห์ข้อมูล

- นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์โดย
  - ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
  - ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต วิเคราะห์และนำเสนอโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นนำมาจัดกลุ่มเพื่อจัดระดับและนำเสนอจำนวน ร้อยละ ในแต่ละระดับ ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้
  - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตวิเคราะห์และนำเสนอโดยการนำค่าเฉลี่ย (Mean) ที่ได้จากการวิเคราะห์จากข้อ 1.2 มาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง เนื่องจากก่อนวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Shapiro Wilk Test ในการ

ทดสอบลักษณะการแจกแจงค่าเฉลี่ยของทั้งสองตัวแปร พบว่ามีการแจกแจงไม่เป็นแบบทวิปกติ จึงต้องใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ ค่าสัมประสิทธิ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rho)

### สรุปผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.90 อายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D.=11.70) ทำการเกษตร ร้อยละ 36.20 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 36.80 จากการสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบว่าตัวเองป่วยด้วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 95.70 มีอยู่ร้อยละ 62.30 ที่ทราบว่าโรคที่เป็นมีความรุนแรงมากน้อยแค่ไหนหรือเป็นระยะที่เท่าไร และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็ง ระยะที่ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.82 ส่วนมากเป็นมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 34.78 รองลงมาคือมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 21.73 และผู้ป่วยทุกคนมีคนคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=69)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ : เฉลี่ย 60 (S.D. = 11.70)		
เพศ		
: ชาย	18	26.1
: หญิง	51	72.9
ศาสนา : พุทธ	69	100
สถานภาพสมรส : โสด	5	7.2
: คู่	52	75.4
: หม้าย/หย่า/แยก	12	17.4
การศึกษาสูงสุด : ไม่เคยเข้าโรงเรียน	4	5.8
: ประถมศึกษา	47	68.1
: มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	12	17.4
: ปริญญา	6	8.7
ลักษณะอาชีพ : ว่างาน	21	30.4
: ทำการเกษตร	25	36.2
: รับจ้างทั่วไป	8	11.6
: ค้าขาย	5	7.2
: เกษียณอายุ	2	2.9
: อื่นๆ	8	11.7
สถานภาพในครอบครัว		
: หัวหน้าครอบครัว	21	30.4
: สมาชิกในครอบครัว	48	69.6



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว : ครอบครัวเดี่ยว	46	51.5
: ครอบครัวขยาย	23	48.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน : < 5,000 บาท	16	23.2
: 5,001-15,000 บาท	30	43.5
: > 15,000 บาท	23	33.3
การทราบว่าป่วยด้วยโรคอะไร		
: ทราบ	66	95.6
: ไม่ทราบ	3	4.4
ทราบความรุนแรงหรือเป็นระยะไหน		
: ทราบ	43	62.337
: ไม่ทราบ	26	37.7
ระยะการดำเนินโรค : ระยะ 1	7	10.14
: ระยะ 2	19	27.54
: ระยะ 3	33	47.82
: ระยะ 4	10	14.50
มีบุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
: ไม่มี	-	-
: มี	69	100

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 75.40 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 24.60 โดยไม่มีระดับปกติ เล็กน้อย หรือปานกลางเลย ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 36.90 คะแนน (S.D. = 9.30) โดยมีคะแนนต่ำสุด 21 คะแนน และสูงสุด 62 คะแนน รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและระดับของภาวะซึมเศร้าในภาพรวมของผู้ป่วยมะเร็ง

ระดับของภาวะซึมเศร้า (คะแนน)	จำนวน (n=69)	ร้อยละ
ปกติ (0-9)	-	-
เล็กน้อย (10-15)	-	-
ปานกลาง (16-19)	-	-
มาก (20-29)	17	24.6
รุนแรง (30-63)	52	75.4
(S.D.) = 36.9 (9.3), Min : Max = 21 : 62		

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 65.20 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64 (S.D. = 1.8) คะแนน คุณภาพชีวิตต่ำสุด 32 คะแนน และสูงสุด 108 คะแนน รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (n=69)

ระดับคุณภาพชีวิต (คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0.1-36)	2	2.9
ระดับปานกลาง (36.1-72)	45	65.2
ระดับดี (72.1-108)	22	31.9
(S.D.) = 64 (1.8), Min : Max = 32 : 108		

4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในทิศทางตรงข้าม (ทิศทางลบ) ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ( $\rho = -0.68$ ,  $\text{Sig} = .01$ ) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	Sig
ภาวะซึมเศร้า	$\rho = -0.68$	.01

### อภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกันได้แก่ ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของโรคที่มีต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา จรัสแสง และคณะ (2555) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของโรคที่มีต่อการดำเนินชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ตลอดจนความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยสูง มักพบว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wilson et al (2007) พบว่าผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้าต่อการเจ็บป่วยของตน ถึงร้อยละ 50 การไม่ได้รับการดูแลภาวะเจ็บป่วยทางจิตนี้ก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์เพิ่มขึ้นไปอีก ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่มีการเจ็บป่วยอยู่ในระยะลุกลามของโรค ซึ่งอาการเจ็บป่วยมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งการเจ็บป่วยในระยะนี้



ก็ยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้วย

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง การที่ผู้ป่วยมะเร็ง มีครอบครัวคอยดูแล ยอมรับในการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเอง มีความหมาย มีเป้าหมายในชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kumakech et al (2009) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเอดส์พบว่า แม้ว่าโรคและอาการที่เป็นอยู่จะคุกคามชีวิตแต่การยอมรับในการเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา มีครอบครัวและเพื่อนดูแล จะเพิ่มความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ และด้านครอบครัวของผู้ป่วยได้ และจากงานวิจัยของ ฐิติวัฒน์ ชัตติ (2559) ทำการศึกษาเกี่ยวกับ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งต่อคุณภาพชีวิตและก่อให้เกิดผลกระทบต่อองค์ประกอบด้านต่างๆ ตามโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์จิตวิญญาณ สังคม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้าม (ทิศทางลบ) ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bergerot & Araujo (2014) ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็ง 200 คนในประเทศบราซิล พบว่าระดับของการเจ็บป่วยทางอารมณ์ยิ่งสูงคุณภาพชีวิตยิ่งลดต่ำลง ในการศึกษาครั้งนี้สิ่งที่น่าสนใจคือแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่รุนแรง คุณภาพชีวิตก็อยู่ในระดับปานกลาง

## เอกสารอ้างอิง

- ฐิติวัฒน์ ชัตติ. (2559). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ตำบลบ้านผาย อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 14(2), (45-54).
- นิตยา จรัสแสง และคณะ.(2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรครีอริง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), (439-446).
- วรชัย รัตนธรรธร และคณะ. (2544). *การแปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดคุณภาพชีวิต The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Version 4 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย*. จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 84(10),1430-1442.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2557*. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- Arrieta, O., Angulo, L.P., Núñez-Valencia, C., Dorantes-Gallareta, Y., Macedo, E.O., Martínez-López, D., Alvarado, S., Corona-Cruz, J.F., & Oñate-Ocaña, L.F., (2013). Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of Surgical Oncology*, Jun, 20(6): 1941-8.
- Beck, A. T. (1967). *Depression – clinical experimental and theoretical aspects*. New York : Harper and Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *The cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Bergerot, C.D., Araujo, T.C.C.F. (2014). Assessment of distress and quality of life of cancer patients over the course of chemotherapy. *Investigación y Educación en Enfermería - Nursing Research and Education*. 32(2): 216-224.

อาจเพราะผู้ป่วยทุกคนมีผู้ดูแล และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัวและเพื่อน มีความพอใจกับวิธีที่ตนเองปรับตัวรับกับการเจ็บป่วยได้

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยมะเร็ง นั้นเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในประชากรกลุ่มนี้ นอกจากการดูแลทางด้านร่างกายแล้ว การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทางใจ ลดภาวะซึมเศร้า จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงทุกรายควรได้รับการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นด้วย

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ในระดับต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและติดตามส่งต่อข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และหน่วยงานหรือแหล่งสนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีในชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่องต่อไป



- Cella, D. (2007). *Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) version 4*. Retrieved Sep 1, 2016 from: <http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>.
- Cochran W.G. (1977). *Sampling techniques* (3<sup>rd</sup> ed.) Canada: John Wiley & Son.
- Gröpper, S., Van der Meer, E., Landes, T., Bucher, H., Stickel, A., & Goerling, U. (2016). Assessing cancer-related distress in cancer patients and caregivers receiving outpatient psycho-oncological counseling. *Supportive Care in Cancer*, 24(5), 2351.
- Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Loza, J. K., Carpenter J.S., & Tu, W., (2010). The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *Journal of Pain Symptom Management*, Sep, 40(3):327-41.
- Kumakech, E., Cantor-Graae, E., Maling, S., & Bajunirwe, F. (2009). Peer-group support intervention improves the psychosocial well-being of AIDS orphans: Cluster randomized trial. *Social Science & Medicine*, 68:1038–1043.
- Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, Dec 10, 141 (2-3) : 343-51.
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of Medical Association Thailand*, 90(10): 2164-74.
- Malarat, P., & Pithayaratsathien, N. (2008). Quality of life and depression in breast cancer patients after surgery in King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal*, 52: 205-16
- Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute, Monographs*, 32: 57-71.
- Rooney, A. G., Carson, R. A. & Grant, R. (2010). Depression in cerebral glioma patients: A systematic review of observational studies. *Journal of the National Cancer Institute, Monographs*, 103 (1), 61-76.
- Roy & Andrews, (1999), *The Roy's adaptation model*, Stamford: Appleton & Lange.
- Satin, J.R., Linden, W., & Phillips, M.J. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 115 : 5349-61.
- Wilson, K.G., Chochinov, H.M., Skirko, M.G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P.R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D., Fainsinger, R.L., & Clinch, J.J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2):118-29.

## Translated Thai References

- Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary in Ministry of Public Health. (2015). *Public health statistics 2015*. Bangkok : Ministry of Public Health. [in Thai]
- Jaratsaeng, N., et al. (2012). Depression in chronic illnesses at the OPD section in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 57(4) : 439-446. [in Thai]
- Khatti, T. (2016). Quality of life development framework for cancer patients at Banfai, Nam Paat in Uttaradit province. *Journal of 10<sup>th</sup> ODPC Ubon Ratchathani*, 14(2) : (45-54). [in Thai]
- National Cancer Institute. (2014). *Hospital based cancer registry annual report 2014*. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health. [in Thai]
- Ratanatharathon V., et al. (2001). Interpreting and monitoring quality of measure of quality of life from the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Version 4. *Medical Journal of the Medical Association of Thailand*, 84(10), 1430-1442. [in Thai]