

การพัฒนาแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อลดความทุกข์ใจ
และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

Development of an Individualized Supportive Care Model to Reduce
Psychological Distress and Enhance Quality of Life
in Patients with Gynecologic Cancer

วิริยา ศิลา, สุรเชษฐ กุคำใส, นภัสวริน พูลสวัสดิ์

Wiriya Sila, Surachet Kukumsai, Napatwarin Phoosawat

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

Chaoprayayommarat Hospital, Suphanburi Province

(Received: January 7, 2026; Revised: February 27, 2026; Accepted: March 3, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของ
รูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช การดำเนินการวิจัย
เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 53 ราย ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยใช้
ผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 10 ราย และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผล
ของรูปแบบโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวในผู้ป่วย 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม
ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบประเมินความทุกข์ใจ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจและด้านระบบสุขภาพและ
ข้อมูลในระดับสูง มีความทุกข์ใจอยู่ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง รูปแบบที่
พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินเฉพาะราย การวิเคราะห์และวางแผนรายบุคคล การ
ปฏิบัติการพยาบาลแบบสนับสนุน และการติดตามประเมินผล ภายหลังจากทดลอง พบว่า ผู้ป่วยมีความทุกข์
ใจลดลง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาสะท้อนว่ารูปแบบ
การดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลช่วยลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลคลินิก

คำสำคัญ : “มะเร็งนรีเวช”, “การดูแลแบบสนับสนุน”, “ความต้องการเฉพาะบุคคล”, “ความทุกข์ใจ”,
“คุณภาพชีวิต”

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pinoko.a@hotmail.com)

Abstract

This research and development study aimed to examine the existing situation, develop an individualized supportive care model, and evaluate its effectiveness among patients with gynecologic cancer. The study was conducted in three phases. Phase 1 investigated the current situation among 53 patients with gynecologic cancer. Phase 2 involved model development based on Phase 1 findings and in-depth interviews with 10 relevant stakeholders. Phase 3 evaluated the model's effectiveness using a one-group quasi-experimental design with 30 patients. Research instruments included a supportive care needs questionnaire, a psychological distress assessment, and a quality-of-life questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results indicated that patients had high supportive care needs, particularly in the psychological, health system, and information domains. Psychological distress was at a moderate level, while overall quality of life was high. The developed model comprised four components: individual assessment, individualized analysis and planning, supportive nursing interventions, and follow-up evaluation. Following implementation, patients demonstrated a statistically significant reduction in psychological distress and a significant improvement in overall quality of life ($p < .05$).

These findings suggest that the individualized supportive care model is effective in reducing psychological distress and enhancing quality of life among patients with gynecologic cancer and is appropriate for application in clinical nursing practice.

Keywords: “Gynecologic Cancer”, “Supportive care”, “Individualized needs”, “Psychological distress”, “Quality of life”

บทนำ

มะเร็งนรีเวช (Gynecologic Cancer) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสตรีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก¹ สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง โดยมีอัตราการเกิดใหม่ประมาณ 15,000 รายต่อปี² การรักษามะเร็งนรีเวชประกอบด้วยกระบวนการที่ซับซ้อน เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ซึ่งล้วนก่อให้เกิดผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า และข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน³ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความทุกข์ใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว^{4,5} ความทุกข์ใจในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชสามารถเกิดจากหลายปัจจัยที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อกัน ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรง เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน และผมร่วง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และความมั่นใจในตนเอง การ

เปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม ความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและภาระทางการเงิน รวมถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคและอนาคต จากการศึกษาของ Li และคณะ⁶ พบว่าความทุกข์ทางจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชมักมีแนวโน้มเพิ่มสูงในช่วงแรกของการวินิจฉัยและการรักษา แต่จะค่อยๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายยังคงมีระดับความทุกข์ทางจิตใจที่สูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอดและคุณภาพชีวิตในระยะยาว และจากการศึกษาความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช พบว่า มีความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองหลายด้าน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁷ ในประเทศไทยมีการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก พบว่าความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองในภาพรวมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกทุกระยะและทุกวิธีการรักษาสูงสุด ได้แก่ ด้านอารมณ์ และสัมพันธภาพ⁸

แนวความคิดการดูแลแบบสนับสนุน (supportive care) จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านสัมพันธภาพทางเพศ^{9, 10} จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การตอบสนองความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนอย่างเหมาะสม สามารถช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชได้¹¹ อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์การดูแลในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การรักษาทางการแพทย์เป็นหลัก ขณะที่การประเมินความต้องการเฉพาะบุคคล และการจัดการความทุกข์ใจยังไม่เป็นระบบและขาดรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน

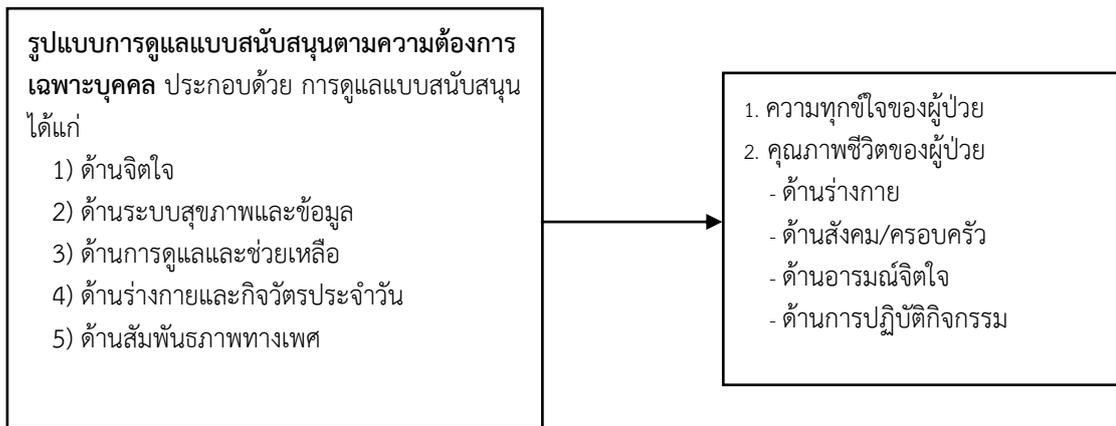
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมรราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรีที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลและรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชรายใหม่ระหว่างปี 2565-2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 107, 92 และ 77 รายตามลำดับ¹² การดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย แต่ยังขาดการประเมินความต้องการในด้านอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จากบริบทดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โดยประยุกต์ใช้แนวความคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยลดความทุกข์ใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ความทุกข์ใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระหว่างการรักษา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (supportive care needs) ที่พัฒนาโดย Boyes และคณะ¹⁰ ประกอบด้วยการประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล 3) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ 4) ด้านร่างกายและกิจวัตรประจำวัน และ 5) ด้านสัมพันธภาพทางเพศ นำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนที่มุ่งเน้นการตอบสนองตามความต้องการเฉพาะบุคคลเพื่อลดความทุกข์ใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช



กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ความทุกข์ใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระหว่างการรักษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนรีเวช ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัดหรือการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ปี 2567 จำนวน 77 ราย กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม n4Study (Finite population mean) อ้างอิงค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยของนิตยา สุนทรานนท์ และคณะ¹³ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 ราย ปรับเพิ่มร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 53 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 2) อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการให้ยาเคมีบำบัด หรือการรักษาาร่วมกัน 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน 2) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2) แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (SCNS-SF34) โดย Boyes และคณะ¹⁰ แปลโดย สุพันธ์ อุ๋นใจ และบุษบา สมใจวงษ์¹⁴

3) แบบสอบถามความทุกข์ใจ (Distress Thermometer) โดย Roth และคณะ¹⁵ แปลโดย ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และสาวิตรี เจตยานุวัตร¹⁶

4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (FACT-G Thai version) โดย Cella และคณะ¹⁷ แปลโดย วรชัย รัตนธรรมา และคณะ¹⁸

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน แบบสอบถามความทุกข์ใจ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94, 0.88 และ 0.81 ตามลำดับ อยู่ในระดับดีถึงดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย เพื่อขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล มีดังนี้

1) การออกแบบโครงสร้างรูปแบบ ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์เพื่อระบุปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย โดยออกแบบกิจกรรมให้สามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการรายบุคคล

2) การประเมินรูปแบบโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช จำนวน 5 คน และผู้รอดชีวิตจากมะเร็งนรีเวช จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน

3) การปรับปรุงรูปแบบ ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม ใช้งานได้จริง สามารถประยุกต์ใช้ตามความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนรีเวช ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด หรือการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม n4Study (2 dependent population means) จากงานวิจัยของ Li & Zhang¹⁹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย ปรับเพิ่มร้อยละ 10 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

เกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถให้ข้อมูลได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์คัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามแผนการศึกษา 2) มีการแพร่กระจายของโรคเข้าสู่ผู้ป่วยสำคัญในระยะรุนแรง

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน 3) แบบสอบถามความทุกข์ใจ และ 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วในระยะที่ 1 ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล ครอบคลุมการดูแล 5 ด้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยเข้าพบผู้ป่วยในวันนัดหมายเพื่อเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดหรือการให้ยาเคมีบำบัดครั้งแรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพซึ่งแจ่มชัด ประสงค์ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะก่อนการทดลอง: ผู้วิจัยประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการดูแล พร้อมทั้งประเมินระดับความทุกข์ใจ (ด้วย Distress Thermometer) และคุณภาพชีวิต (ด้วย FACT-G)

ระยะการทดลอง: ดำเนินการให้การพยาบาลตามรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลที่พัฒนาขึ้น

ระยะหลังการทดลอง: ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลซ้ำเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความทุกข์ใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังจากการให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4 สิ้นสุดลง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนโดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร หมายเลข YM007/2568 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกคน และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ความทุกข์ใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ ผลการศึกษามีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 52.60 ปี (S.D. = 8.70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.9) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 37.7) ในด้านข้อมูลความเจ็บป่วย พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด (ร้อยละ 39.6) รองลงมาคือมะเร็งรังไข่และมะเร็งเยื่อบุโพรง

มดลูก ในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 30.2) ระยะของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ I-II (ร้อยละ 58.5) และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 52.8)

2. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีความต้องการสูงสุดคือ ด้านจิตใจ (\bar{X} = 3.95, S.D. = 0.62) รองลงมาคือ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล (\bar{X} = 3.82, S.D. = 0.58) และด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน (\bar{X} = 3.64, S.D. = 0.55) ตามลำดับ ส่วนด้านสัมพันธภาพทางเพศมีความต้องการต่ำที่สุด (\bar{X} = 2.98, S.D. = 0.71) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเป็นลำดับแรก

3. ปัญหาความทุกข์ใจ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจเท่ากับ 4.68 (S.D. = 1.94) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.94) มีความทุกข์ใจอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 4-6) ปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ 5 อันดับแรก ได้แก่ ความรู้สึกอ่อนเพลีย/อ่อนล้า (ร้อยละ 79.25) ความกังวลใจ (ร้อยละ 73.58) ปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 58.49) ความปวด (ร้อยละ 52.83) และปัญหาทางการเงิน/ค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 45.28) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาทางกายและจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความทุกข์ใจของผู้ป่วยในระยะการรักษา

4. คุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 65.21, S.D. = 6.43) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสังคม/ครอบครัว (\bar{X} = 18.51, S.D. = 3.80) และด้านอารมณ์จิตใจ (\bar{X} = 2.75) อย่างไรก็ตาม ด้านร่างกาย (\bar{X} = 16.79, S.D. = 3.16) และด้านการปฏิบัติกิจกรรม (\bar{X} = 14.70, S.D. = 3.55) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบทางกายที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางสุขภาพและผู้รอดชีวิตจากมะเร็งนรีเวช ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล ซึ่งมีลักษณะยืดหยุ่นและมุ่งตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะรายของผู้ป่วย โดยรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกระบวนการดูแล 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเฉพาะราย (Individual Assessment): ประเมินก่อนรับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 โดยใช้เครื่องมือ 3 ชนิด ได้แก่ แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน (SCNS-SF34), პროვადความทุกข์ใจ (Distress Thermometer), และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (FACT-G)

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์และวางแผน (Analyze & Plan): โดยใช้คะแนนจากแบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน เพื่อระบุปัญหาและความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับนำมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาล มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยระบุความต้องการช่วยเหลือในระดับปานกลางถึงสูง

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาลแบบสนับสนุน (Action): ดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบสนับสนุนตามแผนการดูแลรายบุคคล ครอบคลุมการดูแล 5 ด้านตามกรอบแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ได้แก่

1. ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล: ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย พร้อมแจ้งช่องทางการติดต่อเพื่อขอคำปรึกษา

2. ด้านจิตใจ: เน้นการรับฟังอย่างตั้งใจ การให้กำลังใจ และการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย รวมถึงการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีระดับความทุกข์ใจสูง
3. ด้านร่างกายและกิจวัตรประจำวัน: ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการผลข้างเคียงจากการรักษา การดูแลด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม
4. ด้านการดูแลและการสนับสนุน: ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแล รวมถึงการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
5. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ: ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในบรรยากาศที่เป็นส่วนตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการปรับตัวด้านสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล (Evaluate): ติดตามอาการทางโทรศัพท์ และประเมินความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตหลังสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4

ระยะที่ 3 ผลของรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล มีดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด และประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ในด้านข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งรังไข่และมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก สำหรับระยะของโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ I-II และได้รับวิธีการรักษาแบบผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (\bar{x} = 53.10, S.D. = 8.50, Min=38, Max=68)		
สถานภาพสมรส		
- โสด	4	13.33
- คู่	20	66.67
- หม้าย/หย่า/แยก	6	20.00
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	10	33.33
- มัธยมศึกษา	11	36.67
- ปริญญาตรี	9	30.00
อาชีพ		
- เกษตรกร	11	36.67
- รับจ้างทั่วไป	8	26.67
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	16.66
- อื่น ๆ/ไม่ประกอบอาชีพ	6	20.00
ชนิดของมะเร็ง		
- มะเร็งปากมดลูก	12	40.00
- มะเร็งรังไข่	9	30.00
- มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก	9	30.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะของโรค		
- ระยะ I-II	18	60.00
- ระยะ III-IV	12	40.00
วิธีการรักษา		
- ผ่าตัดร่วมเคมีบำบัด	16	53.33
- เคมีบำบัดอย่างเดียว	14	46.67

2. ความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($P < .05$) (ตารางที่ 2) สะท้อนให้เห็นว่าระดับความเครียดของผู้ป่วยลดลงจากระดับที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตใจไปสู่ระดับที่ต่ำลง เมื่อพิจารณาปัญหาความทุกข์ใจรายข้อ (ผู้ป่วยสามารถระบุได้มากกว่า 1 ปัญหา) พบว่า ก่อนการทดลอง ปัญหาความทุกข์ใจที่ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 5 อันดับแรก คือ 1) ความรู้สึกเพื่อย/อ่อนล้า 2) ความกังวลใจ 3) ปัญหาการนอนหลับ 4) คลื่นไส้/การรับประทานอาหาร และ 5) ความปวด ภายหลังจากทดลอง พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีปัญหาความทุกข์ใจลดลงในทุกด้านอย่างชัดเจน โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นมากที่สุดคือ ความกังวลใจ ซึ่งลดลงจากร้อยละ 73.33 เหลือเพียงร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ ความรู้สึกเพื่อย/อ่อนล้า ลดลงเหลือร้อยละ 46.7 และปัญหาการนอนหลับ ลดลงเหลือร้อยละ 30.00 (ตารางที่ 3) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงผลของรูปแบบการดูแลในการช่วยบรรเทาความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

ช่วงเวลา	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง	5.60	1.77	2.28	0.030
หลังทดลอง	4.97	2.34		

$P < .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของปัญหาความทุกข์ใจ 5 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชก่อนและหลังทดลอง (n=30)

ปัญหา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ความรู้สึกอ่อนเพลีย/อ่อนล้า	24	80.00	14	46.67
2. ความกังวลใจ	22	73.33	10	33.33
3. ปัญหาการนอนหลับ	18	60.00	9	30.00
4. คลื่นไส้/การรับประทานอาหาร	15	50.00	7	23.33
5. ความปวด	14	46.67	8	26.67

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและครอบครัว ด้านอารมณ์จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4 การเพิ่มขึ้นของคะแนนคุณภาพชีวิตดังกล่าวสะท้อนถึงความสามารถของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวัน การจัดการกับผลข้างเคียงจากการรักษา การปรับตัวทางอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมที่ดีขึ้น ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชก่อนและหลังทดลอง ($n = 30$)

คุณภาพชีวิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ด้านร่างกาย	16.13	3.36	19.27	4.96	-3.621	.001
ด้านสังคม/ครอบครัว	18.97	3.07	20.80	4.87	-2.318	.028
ด้านอารมณ์จิตใจ	14.80	3.41	16.90	4.60	-3.448	.002
ด้านการปฏิบัติกิจกรรม	13.90	3.33	15.57	4.93	-2.130	.042
คุณภาพชีวิตโดยรวม	63.80	6.71	72.53	8.96	-7.488	.000

$P < .05$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมในระดับสูง โดยต้องการด้านจิตใจสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ผู้ป่วยมีความทุกข์ใจในระดับปานกลาง โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ความรู้สึกอ่อนเพลีย และความกังวลใจ ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่ด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมยังอยู่ในระดับปานกลาง

ระยะที่ 2 ได้รูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลที่มีลักษณะยืดหยุ่นและจำเพาะต่อบุคคล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินเฉพาะราย 2) การวิเคราะห์และวางแผน 3) การปฏิบัติการพยาบาล (ครอบคลุม 5 ด้าน) และ 4) การติดตามและประเมินผล

ระยะที่ 3 ภายหลังจากใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .030$) และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาในระยะแรกพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีความต้องการด้านจิตใจสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในบริบทปัจจุบันยังมุ่งเน้นการรักษาทางกายเป็นหลัก ขณะที่การดูแลด้านจิตสังคมและการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบยังไม่เพียงพอต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Afyanti และคณะ²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชมีความต้องการด้านอารมณ์และข้อมูลในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Götz และคณะ²¹ ที่พบว่าปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ อาการปวด นอนไม่หลับ ความกังวล และอ่อนเพลีย เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิตยา สุนทรานนท์ และคณะ¹³ ที่พบว่าปัญหาทางกายเป็นสาเหตุของความทุกข์ใจมากที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด สำหรับคุณภาพชีวิต แม้ภาพรวมจะอยู่ในระดับสูงจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี แต่ใน

รายด้านพบว่าด้านร่างกายและด้านการปฏิบัติกิจกรรมยังอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tekbas และคณะ²² ที่พบว่าผลกระทบจากเคมีบำบัดทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและการเข้าถึงคมนาคมลดลง ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการดูแลแบบสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์

2. รูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคลที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ มีจุดเด่นคือ การใช้กระบวนการประเมินความต้องการแบบรายบุคคลเป็นฐานของการวางแผนการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Supportive Care Needs และแนวคิดการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประเมินอย่างเป็นระบบช่วยให้พยาบาลสามารถระบุปัญหาที่แท้จริงและจัดลำดับความสำคัญของการดูแลได้อย่างเหมาะสม รูปแบบดังกล่าวยังสะท้อนแนวคิด Individualized care ที่เน้นความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของรัตติยา รัตนเนตร²³ ที่ระบุว่า การดูแลรายบุคคลช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยและการรักษาได้ดีกว่าการดูแลแบบทั่วไป และช่วยให้ผู้ป่วยก้าวผ่านวิกฤตการ รักษาได้ดีกว่าการดูแลแบบปกติ

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนตามความต้องการเฉพาะบุคคล มีดังนี้

3.1 การลดความทุกข์ใจ ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะปัญหาความกังวลใจที่ลดลงจากร้อยละ 73.33 เหลือร้อยละ 33.33 และความรู้สีก่อนเพลียลดลงจากร้อยละ 80.00 เหลือร้อยละ 46.67 ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในการช่วยบรรเทาความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างการรักษา การลดลงของความทุกข์ใจอาจอธิบายได้จากกลไกของรูปแบบการดูแลที่เน้นการประเมินความต้องการเป็นรายบุคคลอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคและการรักษา ช่วยลดความไม่แน่นอนและความวิตกกังวลของผู้ป่วย นอกจากนี้ การติดตามอย่างต่อเนื่องและการรับฟังอย่างตั้งใจจากพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมความรู้สีก่อนคงทางจิตใจและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin และคณะ²⁴ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดความทุกข์ใจในผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัด ด้านคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านอารมณ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klafke และคณะ²⁵ ที่พบว่า การพยาบาลแบบสนับสนุนและการดูแลแบบบูรณาการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของการพยาบาลในการจัดการความทุกข์ใจของผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างการรักษา

3.2 คุณภาพชีวิต ภายหลังการได้รับรูปแบบฯ ผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างรักษา มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไม่ได้มุ่งเพียงลดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา แต่ยังช่วยเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันและการปรับตัวทางอารมณ์ในระหว่างการรักษา การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตอาจอธิบายได้จากลักษณะของรูปแบบการดูแลที่เน้นการตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย (individualized care) ภายใต้แนวคิดการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียง การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย และการรับฟังอย่างตั้งใจจากพยาบาล ซึ่ง

ช่วยลดความกังวล เสริมความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klafke และคณะ²⁵ ที่พบว่า การพยาบาลแบบสนับสนุนและการดูแลแบบบูรณาการ ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tekbas²² ซึ่งระบุว่าแม้การรักษาด้วยเคมีบำบัดจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย แต่การได้รับการสนับสนุนทาง สังคมและการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรักษาระดับ คุณภาพชีวิตที่ดีได้ในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้ใช้การออกแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ซึ่งมีข้อจำกัดด้านความตรงภายใน (internal validity) และอาจจำกัดความสามารถในการสรุปความเป็นเหตุเป็นผลของผลการวิจัย โดยการเปลี่ยนแปลงของความทุกข์ใจและคุณภาพชีวิตอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นนอกเหนือจากรูปแบบการดูแลที่ พัฒนาขึ้น เช่น การปรับตัวของผู้ป่วยตามระยะเวลาการรักษา เหตุการณ์หรือการสนับสนุนอื่นที่เกิดขึ้นระหว่าง การศึกษา รวมถึงผลจากการตอบแบบประเมินซ้ำ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามลดผลกระทบของปัจจัย ดังกล่าวโดยกำหนดช่วงเวลาการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ใช้เครื่องมือมาตรฐานชุดเดียวกันตลอดการศึกษา และ ดำเนินการแทรกแซงโดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลัก
2. การดำเนินการวิจัยในหน่วยเคมีบำบัดของสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว อาจจำกัดการนำผล การศึกษาไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้กับบริบทหรือกลุ่มผู้ป่วยอื่น
3. การติดตามผลในระยะสั้นอาจยังไม่สะท้อนความยั่งยืนของผลลัพธ์จากรูปแบบการดูแลแบบ สนับสนุนที่พัฒนาขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล: ควรนำรูปแบบการดูแลไปใช้ในหน่วยเคมีบำบัดและคลินิกมะเร็งนรีเวช เพื่อให้พยาบาลประเมินความต้องการและความทุกข์ใจอย่างเป็นระบบ และใช้ผลการประเมินในการจัดลำดับ ความสำคัญและวางแผนการพยาบาลรายบุคคลได้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วย
2. ด้านนโยบายและระบบบริการ: ควรบรรจุรูปแบบการดูแลแบบสนับสนุนเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (CPG) และส่งเสริมการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกายและจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านการวิจัยในอนาคต: ควรมีการศึกษาที่มีกลุ่มควบคุม การติดตามผลในระยะยาว และการพัฒนา เครื่องมือหรือสื่อดิจิทัล เพื่อยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Department of Medical Services. Cancer statistics in Thailand [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 30]. Available from: <https://www.dms.go.th> (in Thai)
3. Gernier F, Gompel A, Rousset-Jablonski C, Kalbacher E, Floquet A, Berton-Rigaud D, Tredan O, Alexandre J, Follana P, Zannetti A, Dohollou N. Menopausal symptoms in

- epithelial ovarian cancer survivors: a GINECO VIVROVAIRE2 study. *Gynecologic Oncology*. 2021; 163(3): 598-604.
4. Kroenke K. Improvements in Pain or Physical Function and Changes in Depression and Anxiety Symptoms. *JAMA Network Open*. 2023; 6(6): e2320474.
 5. Warren N, Melrose DM, Brooker JE, Burney S. Psychosocial distress in women diagnosed with gynecological cancer. *Journal of health psychology*. 2018; 23(7): 893-904.
 6. Li F, Xu J, He Y, Zhang S. Trajectory of psychological distress and influencing factors in patients with gynecological cancers: a longitudinal study. *Frontiers in Oncology*. 2024 Nov 22; 14: 1380916.
 7. Beesley VL, Alemayehu C, Webb PM. A systematic literature review of the prevalence of and risk factors for supportive care needs among women with gynecological cancer and their caregivers. *Supportive Care in Cancer*. 201; 26(3): 701-10.
 8. Chokla D, Somjaivong B. Supportive care needs among cervical cancer survivors in Srinagarind Hospital. *J Nurs Health Care*. 2018; 36(3): 79-88.
 9. Bonevski B, Sanson-Fisher R, Girgis A, Burton L, Cook P, Boyes A, Supportive Care Review Group. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *Cancer*. 2000; 88(1): 217-25.
 10. Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. 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*. 2009; 15(4): 602-6.
 11. Afyanti Y, Milanti NA, Putri NR. Supportive care needs in predicting the quality of life among gynecological cancer patients. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2018 Feb 1; 28(1): 22.
 12. Chaoprayayommarat Hospital. Annual report 2024. (in Thai)
 13. Suntranon N, Namvongprom A, Pakdevong N. Distress and quality of life of advanced cancer patients receiving chemotherapy. *Songklanagarind J Nurs*. 2020; 40(1): 58-70. (in Thai)
 14. Unjai S, Somjaivong B. Translation and reliability of the supportive care needs survey Thai version in cervical cancer patients. *J Nurs Sci Health*. 2016; 39(3): 119-26. (in Thai)
 15. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid Screening for Psychologic Distress in Men with Prostate Carcinoma A Pilot Study. *Cancer* 1998; 82: 1904-8.

16. Laurujisawat P, Jetiyanuvat S. Validity of the Thai version of the Distress Thermometer. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2013; 58(3): 257-70. (In Thai)
17. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*. 1993; 11(3): 570-79.
18. Ratanatharathorn V, Sirilertrakul S, Jirajarus M, Silpakit C, Maneechavakajorn J, Sailamai P, Sirisinha T. Quality of life, Functional Assessment of Cancer Therapy-General. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet Thangphaet*. 2001; 84(10): 1430-42.
19. Li G, Zhang X. The effect of supportive and educational nursing care on quality of life and HE4 gene expression in patients with ovarian cancer. *Cellular and Molecular Biology*. 2022; 68(5): 16-23.
20. Afiyanti Y, Milanti NA, Putri NR. Supportive care needs in predicting the quality of life among gynecological cancer patients. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2018; 28(1): 22-29.
21. Götz A, Kröner A, Jenewein J, Spirig R. Evaluation of distress management in inpatients with cancer by means of the distress thermometer: A mixed methods approach. *Palliative & Supportive Care*. 2024; 22(4): 734-41.
22. Tekbaş S, Şahin NH, Sayın NC. The effect of treatment on quality of life, symptoms, and social life in gynecologic cancer patients. *Clinical Nursing Research*. 2022; 31(6): 1063-71.
23. Rattananet R, Utriyaprasit K, Sindhu S, Chuthapisith S. The effect of nurse navigator program on emotional distress and impact of health literacy in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *J Nurs Sci*. 2021; 40(4): 78-94. (in Thai)
24. Lin C, Zhang F, Yang F, Lin Y, Tian T, Shi K, Li M, Li X. Factors influencing self-regulatory fatigue in patients undergoing chemotherapy for gynecologic cancer: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*. 2024; 15: 1273151.
25. Klafke N, Mahler C, von Hagens C, Uhlmann L, Bentner M, Schneeweiss A, Mueller A, Szecsenyi J, Joos S. The effects of an integrated supportive care intervention on quality of life outcomes in outpatients with breast and gynecologic cancer undergoing chemotherapy: Results from a randomized controlled trial. *Cancer medicine*