

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด โดยวิธีหุ่นยนต์
โรงพยาบาลศิริราช



พรฤดี นราสงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด โดยวิธีหุ่นยนต์
โรงพยาบาลศิริราช

พรฤดี นราสงค์

นางสาวพรฤดี นราสงค์
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช,

บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ไชยงค์ นวลขง,

พ.บ., ว.ว.(ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์วงเดือน ปั่นดี,

วท.ม.(ชีวสถิติ), วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์), ศ.ด.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุคนธา คงศีล,

Ph.D.(Health Economics & Policy Analysis)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด โดยวิธีหุ่นยนต์
โรงพยาบาลศิริราช

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหาร โรงพยาบาล

วันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2554

พรฤดี นราสงค์

นางสาวพรฤดี นราสงค์
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ไชยงค์ นวลยง,

พ.บ., ว.ว.(ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สุจิตรา นิลเลิศ

นางสาวสุจิตรา นิลเลิศ,
ปช.ค.(ประชากรศาสตร์)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์บังเดือน ปั่นดี,

วท.ม.(ชีวสถิติ), วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์), ส.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ศรีเดช,

บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ส.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว.(ออร์โธปิดิกส์)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว.(ระบาดวิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ไปด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.ปิยธิดา ศรีเดช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.วงเดือน ปั่นดี รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไชยรงค์ นวลยง อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม และ ดร.สุจิตรา นิลเลิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุวดี ชาติไทย ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์ และนางอารีจิตร บัวเอี่ยม ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาแบบสอบถามและให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ฝ่ายการพยาบาล สำนักงานสत्यศาสตร์ยูโรวิทยา ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนและกัลยาณมิตร ที่ช่วยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา ความดีที่เกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่ช่วยให้ข้าพเจ้าได้เรียนรู้และเกิดการพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต

พรฤดี นราสงค์

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด โดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

QUALITY OF LIFE OF PROSTATE CANCER PATIENTS WITH ROBOTIC ASSISTED LAPAROSCOPIC
RADICAL PROSTATECTOMY IN SIRIRAJ HOSPITAL

พรฤดี นราสงค์ 5136370 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ปิยธิดา ตรีเดช, ส.ด., วงเดือน ปันดี, ส.ด., ไชยงค์ นวลขง, พ.บ., ป.ชั้นสูง
(สัตยศาสตร์), ว.ว.(สัตยศาสตร์วิทยา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Section Study) เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ ในโรงพยาบาลศิริราช เป็นอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550-2552 จำนวน 160 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์, One-sample t-test ANOVA Independent Sample t-test และ Pearson's Product moment Correlation Coefficient

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกทางด้านอารมณ์จิตใจ อยู่ในระดับสูงมาก และความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกทางด้านปฏิบัติการกิจกรรม ข้อคำถามเฉพาะโรคมะเร็งต่อมลูกหมากและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว การรักษาร่วม และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ให้บริการเพิ่มการประชาสัมพันธ์การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ให้มากขึ้น บริหารจัดการทรัพยากรที่เกี่ยวกับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลเพื่อลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและสนับสนุนการให้ความรู้ คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วย ญาติ ทีมสหสาขาทางการแพทย์ส่งเสริมความสัมพันธ์เพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านเงิน-สิ่งของและด้านให้คำแนะนำปรึกษา

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต / มะเร็งต่อมลูกหมาก / แรงสนับสนุนทางสังคม

QUALITY OF LIFE OF PROSTATE CANCER PATIENTS WITH ROBOTIC ASSISTED LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY IN SIRIRAJ HOSPITAL

PRONRUDEE NARASONG 5136370 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HOSPITAL ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H., WONGDYAN PANDII, Dr.P.H., CHAIYONG NUALYONG, M.D., FRCST

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to study the quality of life of prostate cancer patients with Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy in Siriraj hospital, and to determine the association between patients' general characteristics, disease characteristics, social support, and quality of life. The subset were patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj hospital who underwent surgery at least 6 months previously during 2007-2009 totalling 160 persons. They were selected by purposive sampling. Data were collected by sending the questionnaires to patients by mail. The data were analyzed by percentage, mean, median standard deviation, quartile deviation, one-sample t-test, ANOVA, independent sample t-test, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results from this study revealed that patients with Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy in Siriraj hospital had a high level of quality of life. Regarding the subjective perception of physical, emotional well-being was at a very high level. Social/family, functionality, additional concerns, over all social support was at a high level. Factors which positively correlated to quality of life were personal characteristics in terms of economic status, disease characteristics in terms of underlying disease, adjuvant treatments and, over all Social support.

The research suggests that hospital administrators and service providers should promote education about Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy, manage resources to increase efficiency and effectiveness for reducing surgical expenses for the patients, support consultants to educate about prostate cancer, and establish a multidisciplinary team with patients who have undergone prostatectomy surgery for instrumental support and to advise about the disease and therapy.

KEY WORDS: QUALITY OF LIFE / PROSTATE CANCER / SOCIAL SUPPORT

149 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญแผนภูมิ.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ส่วนที่ 1 โรงพยาบาลศิริราช.....	9
ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต (Quality of Life).....	10
ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม.....	31
ส่วนที่ 4 โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)	36
ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย.....	49
ประชากรที่ศึกษา.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	60
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธี หุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	62
ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธี หุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	64
ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด วิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	65
ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้ รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	67
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อม ลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	68
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	73
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	81
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย.....	84
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ.....	98
บรรณานุกรม.....	112
ภาคผนวก.....	120
ประวัติผู้วิจัย.....	149

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	58
4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล.....	62
4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต (FACT-P) ของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	64
4.3 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการ ผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	65
4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	67
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	68
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อม ลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	70
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช.....	72

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2.1 รูปแบบคุณภาพชีวิตของ Ferrell, Hassey Dow et al.....	20
2.2 ภาพรวมของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง.....	30
2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการวัดผลลัพธ์ของผู้ป่วยในกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ.....	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นในกระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน ทำให้ทั่วโลกและประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ ความสุข สุขภาวะที่ดี และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ จะเห็นได้จากการพัฒนาสุขภาพ หรือ สุขภาวะ ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) โดยคำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม สังคมดี เพื่อมุ่งสร้าง ระบบสุขภาพพอเพียงให้มีสุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตที่มีความสุขอย่างพอเพียง เชื่อมโยงกับการสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน¹

การมีความสุข สุขภาวะดี การอยู่เย็นเป็นสุข เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ “คุณภาพชีวิต” เป้าหมายสูงสุดของการให้บริการสาธารณสุข คือ การให้ผู้รับบริการสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม ลดการพึ่งพาผู้อื่น คุณภาพชีวิตจึงเป็นเรื่องสำคัญที่นำไปสู่สังคมแห่งสุขภาวะและรากฐานที่มั่นคงของประเทศ²

การให้บริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย สิ่งสำคัญที่สุด คือ การพยายามทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีคุณค่าในสังคม มิใช่เป็นการอยู่ที่มีชีวิตยืนยาวเท่านั้นแต่อยู่ที่การมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ด้วย ซึ่งสามารถวัดได้ในรูปของคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ในบทบาทของเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข ต้องมีวิธีการช่วยเหลือ ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วยให้ได้

การเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี ทำให้พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของมนุษย์แปรเปลี่ยนไป มีผลต่อภาวะสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคร้าย เช่น มะเร็ง นับได้ว่ามีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เพราะมีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยสถิติอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประเทศไทย มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด (C00-D48) เป็นสาเหตุของอัตราตายเป็นลำดับแรก (พ.ศ. 2546-2550) ในจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน³ ประเทศ

สหรัฐอเมริกาโรคมะเร็งที่พบได้มากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในเพศชายวัยสูงอายุ คือโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ในปี 2007 พบผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากประมาณ 215,000 คน ซึ่งนับว่าเป็นมะเร็งอันดับ 2 ของเพศชาย (คิดเป็นร้อยละ 33 ของผู้ป่วยมะเร็งเพศชายในอเมริกา) โดยผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 50-70 ปี⁴ ในประเทศอังกฤษแต่ละปีมีผู้ชายเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นลำดับที่ 1⁵ ส่วนในประเทศไทยพบว่า โรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ติดอันดับ 1 ใน 10 ของเพศชาย⁶ จากรายงานทางสถิติของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ชายเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากอันดับที่ 2 และมีแนวโน้มจะพบมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2549 พบอุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากเป็น 16.01% หรือ 472 ราย และ 53.8% เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก โดยพบมากในอายุ 60 - 70 ปี⁷ ปัจจุบันมีวิวัฒนาการทางด้านการรักษาพัฒนาเพิ่มมากขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น การฝังแร่ การฉายแสง การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง การผ่าตัดแบบส่องกล้อง และการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ ในปี พ.ศ. 2549 - 2550 ได้มีการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งต่อมลูกหมากแบบส่องกล้องที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นจำนวนกว่า 250 ราย และในปี 2550-2552 วิธีหุ่นยนต์ 438 ราย มีนักวิจัยหลายท่านที่ศึกษาประสิทธิภาพของการผ่าตัดแต่ละวิธี แล้วพบว่า การผ่าตัดด้วยวิธีหุ่นยนต์มีความแม่นยำกว่า เสียเลือดน้อยกว่า แต่แน่นอนย่อมมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า จะเห็นได้ว่าการผ่าตัด อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเรื่องอาการของโรค การรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น สมรรถภาพทางเพศลดลง การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ระบบขับถ่ายผิดปกติ สูญเสียภาพลักษณ์ ความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม โดยชีวิตที่มีความสุขและมีคุณค่าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สามารถวัดได้จากแบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ผู้วิจัยได้ศึกษาแล้วว่ายังไม่พบนักวิจัยท่านใดศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ เพราะฉะนั้นการทำวิจัยครั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ (Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy)

ในปัจจุบันได้มีการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตมากมาย องค์การอนามัยโลก⁸ ได้ตระหนักถึงความสำคัญและให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมก็มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของมนุษย์ย่อมต้องการได้รับความ

ช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจาก การเสื่อมถอยของร่างกาย ความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลง และต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม ที่มีผลต่อความเจ็บป่วยของบุคคล¹⁰

โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเป็นโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีความเชี่ยวชาญในด้านการรักษาโรคเฉพาะทาง รวมทั้งผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิจัย ซึ่งในปี 2548 - 2550 ได้ประสบความสำเร็จในการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยเริ่มทำการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากแบบส่องกล้องและแบบหุ่นยนต์เป็นแห่งแรกในประเทศไทย ทำให้มีผู้ป่วยส่งต่อมารักษาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการผ่าตัดรักษามะเร็งต่อมลูกหมากระยะต้นจึงเพิ่มขึ้นและได้รับความสนใจมากขึ้น แพทย์และพยาบาลจึงจำเป็นต้องติดตามความก้าวหน้าและเพิ่มคุณภาพของการรักษาในทุก ๆ ด้าน ยกตัวอย่างเช่น ภาวะแทรกซ้อนต้องต่ำ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อย ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลสั้น และระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดสั้น โดยประสิทธิภาพของการรักษาต้องดีด้วย¹¹ เป้าหมายของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชต้องการที่จะเป็นเลิศในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาการดูแล รักษา การพยาบาล ระบบบริการของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น จะเป็นข้อมูลสำคัญในการเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วย แพทย์ อีกทั้งเป็นข้อมูลหนึ่งช่วยในการตัดสินใจลงทุนทางด้านเทคโนโลยีของผู้บริหารโรงพยาบาลและการสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขของภาครัฐเพื่อความเท่าเทียมกันของประชาชน

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

1. วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช
2. ประเมินปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง
2. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์
3. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์
4. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับการรักษาวิธีผ่าตัดไปแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6

เดือน ขึ้นไป ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 - 2552 เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อันเนื่องมาจากปัญหาสายตาหรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ญาติผู้ป่วยสามารถอ่านให้ผู้ป่วยฟังและบันทึกลงในแบบสอบถามแทนได้

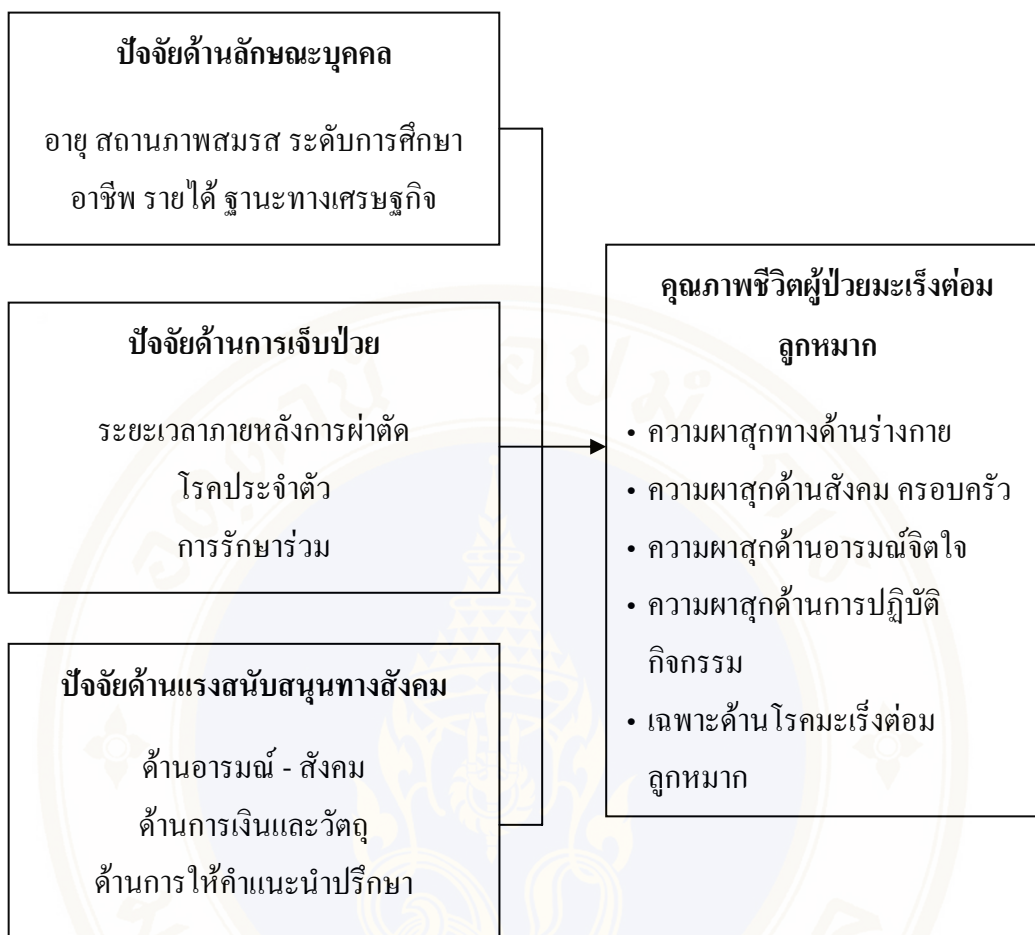
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การรักษาร่วม
3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ - สังคม ด้านการเงินและ วัตถุ ด้านการให้คำแนะนำปรึกษา

ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ ในโรงพยาบาลศิริราช ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม - ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมและเฉพาะด้านโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์โรงพยาบาลศิริราชโดยรับรู้สภาวะในด้านร่างกาย ด้านสังคมและครอบครัว ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมและเฉพาะด้าน โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ตามแนวคิดของ David Cella⁽⁵⁸⁾ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน มีความหมายดังนี้

การรับรู้และความผาสุกด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้และความผาสุกทางด้านร่างกาย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด สภาพร่างกาย สุขสบาย

การรับรู้และความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ และความผาสุกทางด้านสังคมและครอบครัวในด้านความสัมพันธ์ ความใกล้ชิด การได้รับกำลังใจ จากครอบครัวและเพื่อน

การรับรู้และความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้และความผาสุกทางด้านอารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจ ความเศร้าใจ ความกังวลใจต่อความเจ็บป่วย

การรับรู้และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ และความผาสุกทางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำกิจกรรมสันทนาการ การนอนหลับ

การรับรู้และความผาสุกเฉพาะด้านโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ และความผาสุกทางด้านโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การปัสสาวะ การขับถ่าย เพศสัมพันธ์

มะเร็งต่อมลูกหมาก หมายถึง การแบ่งตัวของเซลล์ต่อมลูกหมากที่มากขึ้นอย่างผิดปกติ มะเร็งที่พบในเพศชาย พบได้ในวัยสูงอายุ มักมีอาการปัสสาวะลำบาก

การผ่าตัดแบบหุ่นยนต์ (Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy) หมายถึง การผ่าตัดเจาะรูผ่านทางหน้าท้องเพื่อเอามะเร็งต่อมลูกหมากออก โดยแพทย์ผ่าตัดบังคับแขนหุ่นยนต์ในการผ่าตัด ซึ่งแผลผ่าตัดจะเล็กกว่าผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมี 5 แผล โดยใช้หุ่นยนต์รุ่น Da Vinci-s

โรงพยาบาลศิริราช หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีอัตราเตียงในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2,203 เตียง ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพ ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำการวิจัย

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปี นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในปัจจุบัน ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หรือแยกกันอยู่

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ในการศึกษาครั้งนี้ นับตั้งแต่ไม่ได้เรียน จนถึง ระดับการศึกษาสูงสุด

อาชีพ หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องลูกหมากกระทำอยู่ในปัจจุบัน

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินเป็นบาท ที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องลูกหมากได้รับในแต่ละเดือน

ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง ฐานะทางการเงินในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งต้องลูกหมาก โดยแบ่งเป็น 4 ระดับคือพอใช้/มีเก็บสะสม พอใช้/ไม่มีเก็บสะสม ไม่พอใช้/ไม่มีหนี้สิน และพอใช้/มีหนี้สิน

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย หมายถึง กลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต้องลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การรักษาร่วม

ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือนของระยะเวลาที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ จนถึงวันที่ผู้ป่วยจบการศึกษา

โรคประจำตัว หมายถึง การเป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด และโรคอื่น ๆ

การรักษาร่วม หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ ได้รับการรักษาวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การรักษาด้วยรังสีหรือฉายแสง (Radiation therapy) การรักษาด้วยความเย็น (Cryotherapy) การรักษาด้วยฮอร์โมน การรักษาด้วยรังสีแบบฝังแร่ (Brachytherapy)

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ หรือได้รับการตอบสนองความต้องการโดยตรง จากบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลอื่น ในด้านอารมณ์ สังคม ด้านการเงินและวัตถุและด้านการให้คำแนะนำปรึกษา

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ สังคม หมายถึง การให้กำลังใจ ปลอบใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินและวัตถุ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน วัตถุ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้คำแนะนำปรึกษา หมายถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยจะแบ่งทฤษฎีและงานวิจัยออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โรงพยาบาลศิริราช

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 โรงพยาบาลศิริราช

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลของรัฐสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์แห่งแรกที่ใหญ่และเก่าแก่ที่สุดของประเทศไทย ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว สถาปนาขึ้นเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 พระราชทานนามว่า “โรงศิริราชพยาบาล” ณ บริเวณพื้นที่วังของกรมพระราชวังบวรสถานพิมุข (วังหลัง) ฝั่งตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยา หลังจากนั้นเนื่องด้วยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ได้ทรงพัฒนาระดับมาตรฐานทางวิชาการแพทย์เข้าสู่มาตรฐานสากล โรงพยาบาลศิริราชมีวิสัยทัศน์คือเป็นสถาบันทางการแพทย์ของแผ่นดิน มุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับสากล โดยมีพันธกิจที่จะจัดการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตและบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำการวิจัย สร้างบรรยากาศทางวิชาการ ให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณธรรม ทันสมัย ได้มาตรฐานสากล สอดคล้องกับความต้องการของประเทศและนำมาซึ่งศรัทธาและความนิยมสูงสุดของประชาชน รวมทั้งชี้นำสังคมไทยในด้านสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิต¹²

จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลของแผ่นดิน เป็นโรงพยาบาลของประชาชน มีผู้ป่วยทั่วประเทศไทยเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้โรงพยาบาลต้องแข่งขันกับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน และต้องเพิ่มขีดความสามารถของตนเองให้ทันกับโลกยุคสมัยโลกาภิวัตน์ ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของโรคต่าง ๆ ที่พัฒนาขึ้น เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม ในปัจจุบันโรคที่มีความรุนแรงและเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น เช่น โรคมะเร็งทำให้โรงพยาบาลต้องมีการคิดค้นวิธีการรักษาและนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่จะช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยจากโรคมะเร็งร้าย จากรายงานทางสถิติของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช⁷ พบว่า ชายที่มารักษาโรคมะเร็งโรงพยาบาลศิริราชนั้นพบว่ามะเร็งต่อมลูกหมาก คือ มะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 2 และมีแนวโน้มจะพบมากขึ้นทุกปี ซึ่งภาควิชาศัลยศาสตร์สาขาระบบทางเดินปัสสาวะเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการรักษาโรกระบบทางเดินปัสสาวะทั้งเพศชายและหญิง อีกทั้งตามวิสัยทัศน์ของคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีความต้องการให้โรงพยาบาลศิริราช มีความเป็นเลิศในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ทางการรักษาและที่สำคัญ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช อีกทั้งจะให้ป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้การผ่าตัดด้วยการส่องกล้องและหุ่นยนต์ เทคโนโลยีใหม่ๆ นวัตกรรมด้านสุขภาพและวิชาการ เทียบเท่ากับมาตรฐานสากลระดับนานาชาติ ชี้นำสังคมไทยในด้านสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งการบริหารจัดการโรงพยาบาลและการรักษาผู้ป่วยนั้นจะต้องตั้งมั่นอยู่ในหลักพระราชปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก เสมอดังนี้ “ขอให้ถือผลประโยชน์ส่วนตนเป็นกิจที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง”

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹ โดยพิจารณาจาก Gross National Happiness (GNP) มากกว่าใช้ Gross Domestic¹³ (GDP) จุดสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคือ ประธานาธิบดีทรูแมน ประเทศสหรัฐอเมริกาประกาศในการเข้ารับตำแหน่งในปี ค.ศ. 1949 ว่าโลกซีกใต้เป็นเขตด้อยพัฒนา ซีกโลกเหนือจึงมีความชอบธรรมที่จะเข้าไปช่วยเหลือซีกโลกใต้ ทำให้สหรัฐอเมริกาเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานการครองชีพของทั่วโลกได้ ในคริสต์วรรษที่ 20 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม ได้กลายเป็นแนวคิดสากล ประชาคมโลกรับรู้และเห็นตรงกันว่าคุณภาพชีวิตและสังคมเป็นสิ่งที่ทุกสังคมต้องการ¹⁴

คุณภาพชีวิต กลายเป็นเครื่องชี้วัดประสิทธิภาพทางการรักษาพยาบาลซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นเรื่องที่สำคัญในการพัฒนาประสิทธิภาพทางการรักษา คุณภาพชีวิตอาจจะถูกมองในส่วนของแต่ละบุคคล กลุ่มบุคคล หรือกลุ่มประชากรของผู้ป่วยขนาดใหญ่² องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามว่า สุขภาพที่ดีเป็นภาวะที่มีร่างกาย จิตใจ และสังคมสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัย ความเจ็บป่วย และความอ่อนแอ⁸

สิ่งหนึ่งที่สำคัญและเป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับว่า “ทำไมถึงต้องศึกษาคุณภาพชีวิต และอะไรเป็นข้อมูลสนับสนุนในการใช้คุณภาพชีวิต” คำถามนี้อาจจะเป็นคำตอบของ ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บริษัท หรือ ประเทศชาติ คำตอบส่วนใหญ่ที่ปรากฏชัดเจนก็คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของแต่ละคนจะเป็นเครื่องพิสูจน์ที่สามารถช่วยในการปรับปรุงคุณภาพของการรักษาและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น การพิสูจน์คุณภาพชีวิตอาจจะถูกใช้แบ่งแยกความแตกต่างระหว่าง 2 วิธีการรักษา เช่นเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการรักษาด้วยยาและการผ่าตัด หรือนำมาใช้เปรียบเทียบผลกระทบของความแตกต่าง บทบาทหน้าที่และความผาสุกของแต่ละโรค จุดประสงค์ของการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มของผู้ป่วย เพื่อเป็นการเรียนรู้ว่าอะไรเป็นวิธีการรักษาที่น่าพอใจและเหมาะสมที่สุด มีผลลัพธ์ต่อกลุ่มผู้ป่วยขนาดใหญ่และเข้าใจถึงในความทุกข์ทนลำบากในความแตกต่างของแต่ละโรค สิ่งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับรัฐบาลและผู้บริหารทางด้านสุขภาพตัดสินใจในการแบ่งสรรเงินงบประมาณหรือกองทุนที่จะสนับสนุนการรักษา ซึ่งแสดงถึงผลลัพธ์ของคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด²

คุณภาพชีวิต เป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเชื่อว่าถ้าประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็จะทำให้มีการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ เป็นไปได้ด้วยดีและรวดเร็ว ในทางการแพทย์ไม่เพียงแต่การรักษา การป้องกัน การส่งเสริมให้หายจากโรคภัยไข้เจ็บที่จะเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่ยังรวมไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่เป็นเป้าหมายหลักในด้านการบริการสาธารณสุข นักวิชาการหลายท่านได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและประชาชน

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายอย่างกว้าง ๆ เป็นนามธรรมที่มีความซับซ้อนหลายมิติ ซึ่งความหมายของคุณภาพชีวิตอาจจะแตกต่างกันไปแล้วแต่บริบทของเวลา สถานที่ สังคม การรับรู้ วัฒนธรรมและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

2.1 วิวัฒนาการของคุณภาพชีวิต

ซาน (Zhan)⁹ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเริ่มมีการศึกษาในสมัยกรีกโบราณ โดยนักปราชญ์ที่ชื่อว่า อริสโตเติล (Aristotle) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความสุขที่รู้สึกภาคภูมิใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยความสุขนี้มีพระเจ้าอวยพรให้ และซานได้กล่าวว่า ในประเพณีและวัฒนธรรมของชาวจีนยังประกอบไปด้วยแนวความคิดของคุณภาพชีวิตที่เรียกว่า “หยินและหยาง” โดยแสดงถึงในเรื่องความสมดุลของชีวิต ทั้งในเวลาที่มีสุขภาพดีหรือในสภาวะที่มีความเจ็บป่วย⁹ ในเวลาต่อมาการประเมินคุณภาพชีวิตเริ่มมีการศึกษามากขึ้นใน ค.ศ.1960 และเป็นที่ยอมรับจนถึงปัจจุบัน¹⁵ องค์การที่เป็นแรงสำคัญผลักดันให้มีการประเมินคุณภาพชีวิต คือองค์การอนามัยโลก (The World Health Organization) โดยให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพที่ดีนั้น ไม่เพียงแต่การปราศจากความอ่อนแอหรือความเจ็บป่วยจากโรคร้ายเท่านั้น แต่ต้องหมายถึง ความผาสุกของร่างกาย จิตใจ และทางสังคม ซึ่งแนวคิดนี้เป็นสิ่งสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งพบตั้งแต่ ค.ศ.1960 จากรายงานของ Eisenhower’s Commission on National Goal (President’s Commission: 1960)²

คาร์นอฟสกี และ เบอเชนอล (Karnofsky & Burchenal) อังใน ปีเตอร์ เฟเยอร์ และ เดวิท มาชิน (Peter M. Fayers & David Machin)¹⁶ ได้เป็นผู้ริเริ่มในการสร้างเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิต โดยมีระดับคะแนนจาก 0 (0=การเสียชีวิต) จนถึง 100 (100=ชีวิตปกติสุข ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ) ค.ศ. 1970-1980 มีการประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มมากขึ้นโดยพัฒนาเครื่องมือให้เน้นการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการที่มีผลกระทบจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ การได้รับความทุกข์ ความเศร้าโศก และความพึงพอใจในชีวิต ยกตัวอย่างเช่น เครื่องมือของ Sickness Impact Profile และ Nottingham Health Profile ซึ่งในระหว่างนี้ เพรทแมน และ บัม (Priestman and Baum) ได้ปรับปรุงการประเมินคุณภาพชีวิตให้เป็นแบบ เส้นตรง (Linear analogue self-assessment ; LASA) โดยนำมาประเมินในคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งการประเมินแบบนี้อาจถูกเรียกว่า Visual analogue scale (VAS) ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้ในเครื่องมือ EuroQOL¹⁶

คาลแมน (Calman) อังใน ปีเตอร์ เฟเยอร์ และ เดวิท มาชิน (Peter M. Fayers & David Machin)¹⁶ ได้นำเสนอว่าคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินจุดมุ่งหมายและเป้าประสงค์ในชีวิต เป็นเครื่องมือในการวัดความแตกต่างของความหวัง (Hope) และสิ่งที่ได้จากการหวังและการรอคอย (Expectation) ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปแบบประสบการณ์ของแต่ละคน เป็นเรื่องที่ควรตระหนักถึงความแตกต่างระหว่าง ความคาดหวังเป้าหมายกับเป้าหมายที่ได้รับอย่างแท้จริง ช่องว่างนี้จะแคบลงถ้าได้รับการปรับปรุงการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของตัวผู้ป่วยเอง เครื่องมือนี้เช่น Schedule for Evaluation of Individual Quality of life (SEIQoL) และ The Patient Generated Index (PGI)¹⁶

นอกจากนี้ คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต หมายถึง บุคคลที่มีความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตหรือถ้าในด้านความเจ็บป่วย หมายถึง ผลกระทบของความเจ็บป่วยทั้งในด้านสังคม อารมณ์ อาชีพ และปัจจัยด้านครอบครัว จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมมีความหมายที่หลากหลายไม่ยึดติด ขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละคนหรือเวลาโดยเป็นที่ยอมรับทั่วไปในแนวคิดของ อริสโตเติล (Aristotle) คือการมีสิ่งดีในด้านบวกเข้ามาในชีวิตและทำให้คุณภาพชีวิตนั้นดีขึ้น

2.2 ประเภทของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตแบ่งได้ 2 ชนิด

1. คุณภาพชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Non Health-Related Quality of Life: NHRQL) มีองค์ประกอบ 4 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ปัจจัยด้านสังคมของแต่ละบุคคล ปัจจัยทางธรรมชาติภายนอก และปัจจัยสังคมภายนอก

- ปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล (Personal-Internal) คือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ในหน้าที่ และความผาสุก ซึ่งมีผลกระทบจากสังคมภายนอกและสิ่งแวดล้อมธรรมชาติ เช่น ทักษะคิด แรงจูงใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการ เป้าหมาย สภาพทางจิตใจ

- ปัจจัยด้านสังคมของแต่ละบุคคล (Personal-Social) คือ สังคมของแต่ละบุคคลที่ประกอบไปด้วยโครงสร้างครอบครัว เครือข่ายสังคม เช่น กลุ่มศาสนา สมาคมต่าง ๆ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลที่มีการติดต่อสื่อสาร ตำแหน่งทางสายอาชีพ

- ปัจจัยทางธรรมชาติภายนอก (External-Nature Environment) คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมธรรมชาติที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ เช่น ภูเขา ป่าไม้ ชายทะเล ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหอบหืดหรือโรคปอดเรื้อรังมักมีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะของอากาศและฝุ่นละออง

- ปัจจัยสังคมภายนอก (External-Societal Environment) คือ ปัจจัยด้านสังคมภายนอกที่ประกอบด้วย วัฒนธรรม ศาสนา โรงเรียน การบริการสาธารณสุข แหล่งช้อปปิ้ง การเมือง การติดต่อสื่อสารและคมนาคม การค้าธุรกิจ

2. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HRQL) เป็นคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ รวมทั้งจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ บทบาทในสังคม และการทำกิจวัตรประจำวัน¹⁷

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีหลายแนวความคิดแต่ บอททอมลีย์ (Bottomley) อ้างใน รอด คอนเนอร์ (Rod O'conner)¹⁸ มีความหมายดังนี้

- ความผาสุกในการทำกิจกรรมแต่ละวันที่ประกอบไปด้วยความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการทำงานของร่างกายและปรับตัวได้เมื่อมีโรคภัย

- การประเมินจิตวิสัยในสิ่งที่เป็นความดีและความพึงพอใจที่เกิดขึ้นในชีวิต

- ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยและการได้รับประสบความสำเร็จ ถ้าช่องว่างนี้แคบแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี บทบาทหน้าที่ที่มีผลกระทบมาจากความเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งรับรู้ได้จากตัวผู้ป่วย

- ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกในแต่ละบุคคล

- การรับรู้สภาพ บทบาทในชีวิตของผู้ป่วยตามบริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่โดยมีความสัมพันธ์กับ เป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน ความตระหนัก

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นส่วนประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตเหมาะสมกับการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ หมายถึง ประสิทธิภาพที่พบได้ของผู้ป่วยโดยเฉพาะเป้าหมายสุขภาพของพวกเขา แต่บางครั้งอาจจะหมายถึงความผาสุกของสภาพร่างกายในการทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือการรับรู้ทางสุขภาพด้วยตนเอง ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตจะเป็นรายงานที่เป็นมาตรฐานของผู้ป่วย

รีวิกกี (Revicki) อ้างใน โจเซฟ ลิปคอมบ์ (Joseph Lipscomb) ¹⁹ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง มิติหลาย ๆ ด้านที่รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับ ร่างกาย อารมณ์ และสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและการรักษา ส่วนองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่าเป็นการรวบรวมบทบาทหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคม ความผาสุก และคุณลักษณะด้านลบของโรคและความเจ็บป่วย²⁰ หรืออาจจะเป็นการประเมินผลที่ได้จากการดูแลสุขภาพจากบริการด้านสาธารณสุข โดยสิ่งที่วัดอาจจะเป็นมาตรฐานในการดูแลต่อไป

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง ¹³ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความจำเป็นและเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญ นอกเหนือจากอายุขัย (Life Expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (Survival) เป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมาก อันที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (Patient Perspective) ซึ่งตรงกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมหรือการสาธารณสุขที่

มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ไม่ใช่แค่เพียงการมองที่ตัวโรค

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ประสบการณ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย การวัดคุณภาพชีวิตมีจุดประสงค์เพื่อประเมินหรือส่งเสริมสุขภาพโดยตัวผู้ป่วยเองหรือบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งมีการวัดได้หลายรูปแบบ เช่น วัดความพึงพอใจ บทบาทหน้าที่ของร่างกาย วัดความผาสุก และภาวะแทรกซ้อนของการรักษา

นับตั้งแต่ ค.ศ. 1984 องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความคำว่าสุขภาพดีว่า “สุขภาพดีไม่เพียงแต่การปราศจากโรคเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงการมีสุขภาพจิตดี สุขภาพกายดี และมีบทบาทการรับรู้ในสังคมที่ดีด้วย” คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญทางการปฏิบัติและการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ สาธารณสุข ในด้านการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ติดตามผลการรักษา ทดสอบสัมฤทธิ์ผลของการรักษาเพื่อเลือกการรักษาที่เหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการรักษาและวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย²¹

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือการศึกษาผลลัพธ์สุดท้ายที่เป็นการดูแลสุขภาพ เป็นการได้มาของประสบการณ์ สิทธิ และค่านิยมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ทางวิทยาศาสตร์กับการตัดสินใจของผู้ป่วย บุคคลซึ่งมีส่วนร่วมในสุขภาพ¹⁸ นิยมใช้วัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือผลการรักษา โดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง ในปัจจุบันพยายามวัดผลออกมาในรูปของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม สามารถบอกได้เป็นปริมาณ ประกอบด้วยระดับอาการของโรค ระดับการยอมรับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละประสบการณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง และการยอมรับ หรือความคิดเห็นของบุคคล

ปัจจุบันการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงเป็นประเด็นที่สำคัญและมีประโยชน์ในการบ่งบอกภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรับการรักษาและผลของการรักษา ประสิทธิภาพของการรักษา สามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาประเมินตัดสินใจ กำหนดแนวทาง การดูแลรักษาพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น เช่น แพทย์ได้นำข้อมูลเพื่อปรับแผนการรักษา ส่วนพยาบาลนำมากำหนดวิธีการช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนให้ข้อมูลความรู้ สนับสนุนผู้ป่วยและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตในขณะที่เจ็บป่วยให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2.3 เครื่องมือที่ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แบ่งได้ 3 ชนิด

แบบเฉพาะโรค เป็นเครื่องมือที่พัฒนาประยุกต์ใช้ในการประเมินผลกระทบจากโรคหรือสภาวะนั้น ๆ โดยตรง และประสิทธิภาพของการรักษา

- Arthritis Categorical Scale
- Arthritis Impact Measurement Scale
- Quality of Life Questionnaire for Asthma
- Functional Assessment of Cancer Therapy Scale (FACT-G). Modules for Head and Neck, Breast, Prostate, Lung, and Colorectal Cancer.
- Functional Living Index: Cancer (FLIC)
- European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30)
- Linear Analog Self-Assessment (LASA): Breast Cancer
- Quality Adjusted Time Without Symptoms or Toxicity (Q-TWIST)

แบบทั่วไป เป็นเครื่องมือที่ครอบคลุมลักษณะสำคัญทางด้านสุขภาพ สามารถประยุกต์ใช้ได้ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็น ใช้เปรียบเทียบผลกระทบต่อสุขภาพของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นข้อมูลอ้างอิงในการจัดสรรทรัพยากรและพัฒนานโยบายสุขภาพ ซึ่ง แอรโรสัน (Aarons) ได้อ้างในซินเทีย อาร์ และพามেলা ฮายด์ (Cynthia R. King & Pamela S. Hinds)²²

- Well Being Index
- The Short-Form-36-Health Survey (SF-36)
- The World Health Organization Quality of Life Measurement (WHOQOL)
- The Nottingham Health Profile
- The Sickness Impact Profile
- Demands of Illness Inventory
- Functional Assessment of Cancer Therapy-General Scale (FACT-G)
- Quality of life Index by Padilla et al. (QLI)
- Global Adjustment to Illness Scale

แบบอรรถประโยชน์ เป็นเครื่องมือที่ใช้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาหรือการตัดสินใจในโปรแกรมการรักษา คะแนน 0 หมายถึง แย่ที่สุด และคะแนน 1 หมายถึง ดีที่สุด เช่น

- Standard Gamble
- Time Trade-Off

- Visual Analog Scale

2.4 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 2 คำ คือ “คุณภาพ” กับ “ชีวิต” คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่²³ ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

ยูเนสโก (UNESCO)²⁴ ประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุวิสัย (Objective) โดยการวัดในสิ่งที่มองเห็นนับได้ เช่น ข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินโดยการถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข คุณค่าตนเอง และบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

ดีน (Dean)²⁵ กล่าวว่า คำที่มีความหมายเหมือนกับคุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า และหน้าที่ของแต่ละบุคคล

อีเมอร์สัน (Emerson) อ้างใน สเตฟาน ไพรเบย์ (Stefan Priebe)²⁶ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจของแต่ละบุคคล คุณค่าในชีวิต เป้าหมาย ความต้องการที่แท้จริงของความสามารถและการใช้ชีวิต

เคท และราเฟล (Katz & Raphael) อ้างใน สเตฟาน ไพรเบย์ (Stefan Priebe)²⁶ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นมิติหลายมิติในปรากฏการณ์ และโครงสร้างของธรรมชาติ

นีมี และคณะ (Niemi et al) อ้างใน สเตฟาน ไพรเบย์ (Stefan Priebe)²⁶ กล่าวว่า ถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตจะมีความหมายที่กว้าง และไม่แน่นอน แต่ก็หมายถึง ความปกติสุขทางด้านจิตวิสัย ความพึงพอใจในชีวิตและรวมถึงความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งในครอบครัว ที่ทำงาน และสังคมที่ทำกิจกรรมด้วย โดยปัจจัยทั้งหมดนี้จะถูกเติมเต็มและทำกิจกรรมสันตนาการตลอด

ไซมอน (Simons) อ้างใน สเตฟาน ไพรเบย์ (Stefan Priebe)²⁶ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เช่น ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ และด้านจิตวิสัย (Subjective) เช่น Self-Report

ทองหล่อ เดชไทย²⁷ กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือเกรดของความดีแห่งชีวิต ซึ่งอาจหมายถึงการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี หรือการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ โดยมีส่วนประกอบครอบคลุมถึงความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ (Functional Ability) อนาคตและคุณภาพของสัมพันธภาพในสังคม

และชุมชน (Degree and Quality of Social and Community Interaction) สุขภาพจิตที่ดี (Psychological Well-Being) ความรู้สึกทางกาย (Somatic Sensation) และความพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

สคิปเปอร์ (Schipper)²⁸ กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือการแสดงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาโดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีองค์ประกอบ 4 ปัจจัยที่มีผลกระทบ คือ ร่างกายและอาชีพ สภาวะทางจิตใจ สังคม ความรู้สึกของร่างกาย

พิงนี และคณะ (Pinkney et al) อ้างใน สเตฟาน ไพรเบย์ (Stefan Priebe)²⁶ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ดีในชีวิตเป็นการวัดโดย จิตวิสัยและวัตถุวิสัย ตัวชี้วัดที่ถูกต้องรวมไปด้วย สุขภาพ สิ่งแวดล้อมของร่างกาย ที่อยู่อาศัย วัตถุสิ่งของที่อยู่รอบตัว การใช้เวลา การรวมกลุ่มของสังคม สถานภาพทางการเงิน และความปลอดภัย

ซ่าน (Zhan)⁹ กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล เป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิต ประสบการณ์ ฐานะเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ

บราวน์ และคณะ (Brown et al) อ้างใน สเตฟาน ไพรเบย์ (Stefan Priebe)²⁶ กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือเป้าหมายที่เป็นองค์รวมหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลในธรรมชาติของชีวิต และเป็น การเปรียบเทียบระหว่างสัมพันธภาพของความพึงพอใจ ความสุข กำลังใจ และความผาสุก

องค์การอนามัยโลก (WHO)²⁹ กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือระดับการรับรู้ของความรู้สึกของการมีชีวิตที่ดี มีความสุขและมีความพึงพอใจซึ่งเป็นการรับรู้ที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ด้วยตนเอง ในด้าน สุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ภายใต้คำนิยาม วัฒนธรรม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

ชุดิวรรณ จันคามิ³⁰ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางมาก สามารถครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในทางรูปธรรมและนามธรรม เป็นความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of Well Being) จะครอบคลุมความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรทุกด้าน คำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาวะที่ตนดำรงอยู่ซึ่งเป็นการเรียนรู้และตัดสินใจของ บุคคลนั้น

อาร์ ดี เฮย์ และ บีบี รีวี (R D Hay & BB Reeve)³¹ กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง บทบาทหน้าที่ในชีวิตและการรับรู้ที่ดีในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมไปถึง ความสำเร็จในการทำ กิจกรรมประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัวด้วยตนเอง

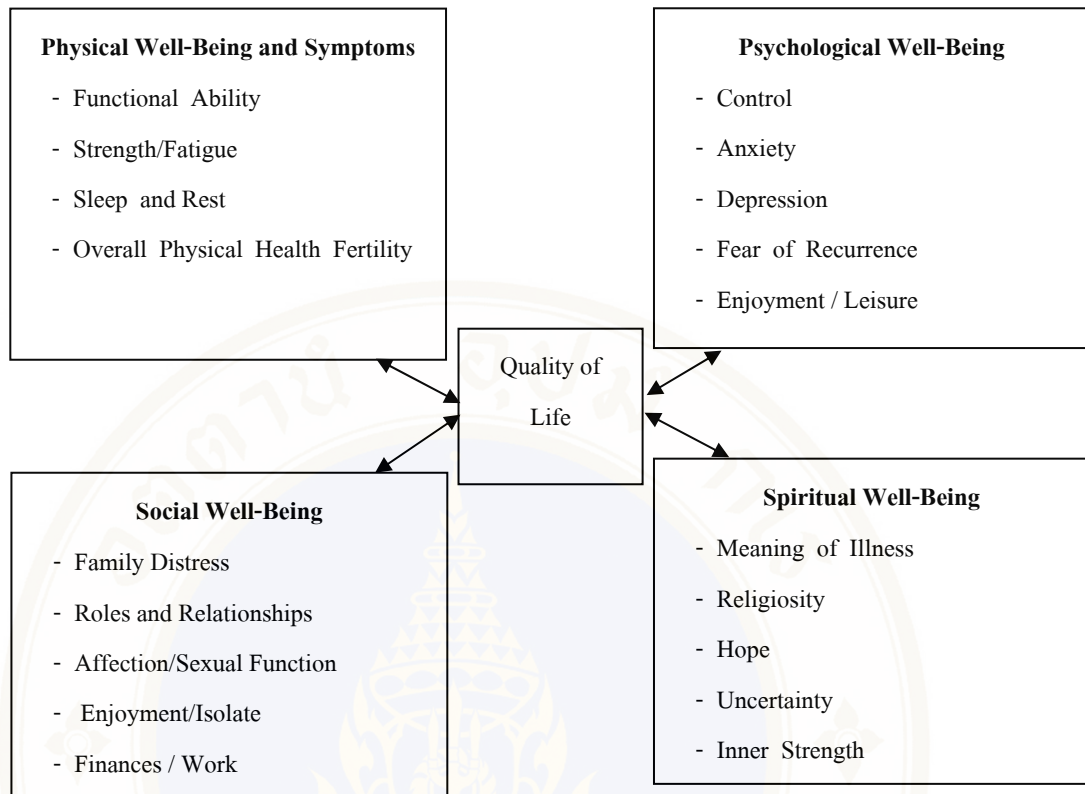
ศลนันทน์ หงษ์สวัสดิ์³² กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือสภาวะของบุคคลจากประสบการณ์ ของตนเอง ในเรื่องระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้ วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

ปราณี ทองใส³³ กล่าวว่า คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นนามธรรมที่มีความหมายซับซ้อน เป็นเสมือนการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายการคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นมโนทัศน์ที่กว้างและมีหลายมิติประสานกัน จึงเป็นการยากที่จะหาเครื่องชี้วัดที่ครอบคลุมได้ ในปัจจุบันจึงนิยมศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตเฉพาะระบบ ๆ หนึ่งที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของบุคคลในลักษณะองค์รวมที่ประกอบด้วย กาย จิต วิญญาณ สังคม

ไอริน บราวเนอร์ (Ilene Browner)³⁴ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการวัดรายงานทางด้านสุขภาพในบริบทของการทำกิจวัตรประจำวัน สังคม วัฒนธรรม และค่านิยมจากภายในตนเอง

จากความหมายต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต (Quality of Life) หมายถึงคุณภาพชีวิตระบบ ๆ หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความพึงพอใจ การรับรู้ และความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

1. Physical well-being
2. Psychological well-being
3. Social well-being
4. Spiritual well-being



แผนภูมิที่ 2.1 รูปแบบคุณภาพชีวิตของ Ferrell, Hassey Dow et al
ที่มา: Cynthia R. King & Pamela S. Hinds; 2003²²

2.5 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญหรือความแตกต่างกันในแต่ละบริบทและสังคม

ฟลานาแกน (Flanagan)¹⁵ กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 5 ด้าน ดังนี้

1. ความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ เช่น สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคภัย บ้านที่น่าอยู่ อาหารดี และมีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรสญาติสนิทเพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่น
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้รับสนับสนุนและความช่วยเหลือจากผู้อื่น
4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ทางสติปัญญา การเรียนรู้
5. มีสันตินาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรีดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์³⁵ กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ตามทฤษฎีของ Bennet ว่าคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. สิ่งที่เป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง สังคมและเศรษฐกิจดี
2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ

สปีลเกอร์อ้างใน สเตฟาน ไพรเบย์ (Stefan Priebe)²⁶ กล่าวว่า องค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต มีดังนี้

1. สภาพะสุขภาพ และ ความสามารถในการทำกิจกรรม
2. สภาพะทางจิตใจและความผาสุก
3. บทบาททางสังคม
4. สภาพะทางเศรษฐกิจและปัจจัยทางเศรษฐกิจ

สชิปเปอร์ (Schipper)²⁸ องค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต มีดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ของร่างกายและอาชีพ
2. สภาพะทางจิตใจ
3. บทบาททางสังคม
4. การรับรู้ทางด้านร่างกาย

ฮาเชย์ และ เมอซี (Hachey and Mercier) อ้างใน สเตฟาน ไพรเบย์ (Stefan Priebe)²⁶ กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 3 ส่วน คือ

1. คุณลักษณะของแต่ละบุคคล
2. สภาพของที่อยู่อาศัย
3. การได้รับประโยชน์จากการบริการภาครัฐ

เกรียนส์ (Kearns et al) อ้างใน สเตฟาน ไพรเบย์ (Stefan Priebe)²⁶ กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 8 ปัจจัยดังนี้

1. คุณลักษณะของบุคคล เช่น อาชีพ เพศ รายได้ อายุ
2. การวินิจฉัยของโรค
3. กระบวนการรักษา การมีส่วนร่วม

4. สภาพที่อยู่อาศัย เช่น ที่ตั้ง ราคา
5. การสนับสนุนทางสังคมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
6. ชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กิจกรรมที่ทำ การใช้เวลา
7. ความเชื่อ
8. ทรัพย์สิน (การยึดครอง, ความพึงพอใจ)

ซาน (Zhan)⁹ ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วยด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตรามโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายและด้านสังคมเศรษฐกิจ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก (UN, 1990)¹⁴ ประกอบด้วยเครื่องชี้วัด 9 ข้อดังต่อไปนี้

1. สุขภาพอนามัย
2. ที่อยู่อาศัย
3. สิ่งแวดล้อม
4. การศึกษา
5. ความปลอดภัยของสาธารณะ
6. วัฒนธรรม
7. การจ้างงานและชีวิตการทำงาน
8. รายได้
9. สวัสดิการสังคม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹ ได้กำหนดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตหรือกำหนดความจำเป็นพื้นฐานไว้ 5 ประการดังนี้

1. ด้านการศึกษา
2. สุขภาพอนามัย
3. การประกอบอาชีพ
4. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือจัดการท้องถิ่นหรือบ้านเมือง
5. จิตใจในการอยู่ร่วมกันเป็นสุข

2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

อายุ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจาก อายุเป็นตัวบ่งชี้วัยของแต่ละคน มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และส่งผลถึงการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป เมื่อมีอายุมากขึ้นคุณภาพชีวิตรายด้านจะลดลง ซึ่งอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับคุณภาพชีวิต³⁶ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้นทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคม³⁷ นอกจากนี้ที่อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตแล้วยังมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ถ้าอายุมากจะทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลความสัมพันธ์ในระหว่างครอบครัวและในสังคม อายุมากขึ้นทำให้เกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต³⁸ และอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะในร่างกายก็จะเสื่อมถอยลงเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ อาจทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป³⁹ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชายวัยทอง และเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากเนื่องจากพบว่าผู้ชายที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี จะพบว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากน้อย แต่จะมีอัตราการพบบอขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น⁶

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส คือ ข้อบ่งชี้สถานะของระบบครอบครัวประการหนึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล คู่สมรสจะช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระหน้าที่ คลายความเครียดและความวิตกกังวล เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยที่มีชีวิตคู่ก็มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะมีคนให้กำลังใจ ปลอบโยน ให้คำปรึกษา ทำให้มีความมั่นคงในอารมณ์ และเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่า ในตนเอง³³ ผู้ที่มีสถานภาพสมรส จะมีพฤติกรรมความมั่นคงทางอารมณ์ มีความนับถือต่อกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน ช่วยเหลือและมีการผ่อนคลายอารมณ์ สนุกสนาน มีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ มีความซื่อสัตย์ต่อกัน เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้ความสุขสบายและพึ่งพากันได้ กิจกรรมเหล่านี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย แต่ถ้ามีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก/โสด อาจต้องพบกับความเหงา ความเศร้าโศก ความกลัวไม่มีคนคอยดูแล ในยามแก่เฒ่า ยามเจ็บป่วย ขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ³⁸ อาการเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณี สัตยวิวัฒน์ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่⁴⁰

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ความคิดของตนแก้ไขปัญหาคำถามดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาดีจะส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ง่าย สามารถไตร่ตรองสิ่งต่าง ๆ บนพื้นฐานของเหตุผล ผู้ที่มีการศึกษามักจะแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น การค้นหาวิธีพฤติกรรมสุขภาพที่จะนำไปสู่ สุขภาวะที่ดี การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมบุคคลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี³⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของญานันท์ รัตนวิเชียร³⁹ ที่พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี แต่ถ้ามีระดับการศึกษาดำจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ดี เพราะการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจ เป็น ส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิด ความสามารถของตนแก้ไขปัญหาคำถามดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีก็จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย แต่จากการศึกษาคุณภาพชีวิตมะเร็งเต้านมพบว่าผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีมีคุณภาพชีวิตด้านข้อคำถามเฉพาะ โรคของมะเร็งเต้านมในระดับต่ำเนื่องจากผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะประกอบอาชีพที่ต้องทำงานนอกบ้าน มีหน้าที่การทำงานในสังคม ดังนั้นจะมีความวิตกกังวลในการเข้าสังคม การแต่งกาย ภาพลักษณ์³³

อาชีพ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากและวิธีการรักษาในแต่ละวิธี เช่น การผ่าตัด การได้รับการรักษา ร่วม เช่น ฉายแสง เคมีบำบัด จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีผลข้างเคียงของการรักษา จึงมีผลกระทบต่อการทำงานหรือการประกอบอาชีพอาจทำให้ต้องหยุดทำงาน ซึ่งนักสังคมวิทยาเชื่อว่า การทำงานเป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตของคนวัยทำงานเพราะการทำงานได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า ได้รับตำแหน่งหน้าที่ ได้รับมอบหมายงานทำให้เกิดความภาคภูมิใจ⁴¹ หรือในวัยเกษียณอายุผู้ที่ยุติการทำงาน มักจะปรับตัวไม่ค่อยทัน อาจเผชิญกับความเหงา ว้าเหว่ โศกเศร้า สุขภาพเสื่อม³⁸ อาการเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธา⁴² ที่พบว่า อาชีพไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจาก ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ ผลกระทบจากโรคและคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ทำให้ทราบว่าตนเองไม่ควรทำงานหนัก หลีกเลี่ยงความเครียด จากงาน จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพรู้สึกพึงพอใจจากการว่างงานและถึงเวลาที่ควรพักผ่อน

รายได้

รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต เพราะรายได้เป็นสิ่งตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นสภาพที่อยู่อาศัยที่ดี อาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่า การรักษาที่มีประสิทธิภาพ และการซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกและความสุขของตน⁴³ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย⁴⁴ เพนเดอร์ (Pender)⁴⁵ กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็น อาหาร ของใช้ การบริการสุขภาพ และผู้ที่มีรายได้ต่ำจะนำมาซึ่งความพึงพอใจในชีวิตต่ำ จากการศึกษาของ ปราณี กาญจนวรรณ⁴⁶ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพราะรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นในชีวิต เช่น มีที่อยู่อาศัยในสภาพที่เหมาะสม มีอาหารที่มีคุณค่า และได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพรรณ ชาณสุกิจเมธี⁴³ พบว่า ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีรายได้ต่ำจะประเมินความสุขความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง เพราะโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ย่อมลดลงไปด้วย ทำให้ไม่มีความสุข วิตกกังวลในเรื่องการดำรงชีวิตและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ

การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่พอเพียงมั่นคง หมายถึงการมีบ้านอยู่เป็นหลักฐาน มีทรัพย์สินข้าวของเครื่องใช้ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานได้อย่างเพียงพอ หรืออาจอ้างอิงปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิต ซึ่งได้แก่ ที่อยู่อาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค อีกทั้งมีเงินออมเพียงพอเพื่อยามฉุกเฉินหรือเจ็บไข้ได้ป่วย⁴⁷ ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่กำหนดความพึงพอใจของชีวิต⁴⁸ เป็นปัจจัยที่ตอบสนองความต้องการของมนุษย์ด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระจะอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจพอเพียงจะทำให้เกิดความมั่นใจในคุณค่าของตนเองสามารถทำประโยชน์ในครอบครัวและสังคม จะรับรู้และให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกได้ตามความต้องการรวมทั้งการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจอาจต้องใช้เวลาที่มีอยู่ไปทำงานหารายได้ มากกว่าที่จะมาสนใจสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ต้องทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ มีภาวะทุพโภชนาการ สุขภาพร่างกายอ่อนแอ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง

การรักษาชนิดอื่นร่วม

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังผ่าตัด นอกจากได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดแล้วเช่น ปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาระบบขับถ่าย การปวดแผล การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ แต่ถ้าหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังได้รับการรักษาร่วม เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือได้รับฮอร์โมนรักษา อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรงจากผลข้างเคียงของการรักษา เช่น ถ้าได้รับรังสีรักษามีอาการข้างเคียงคือ เหนื่อย อ่อนเพลีย ผิวหนังที่ถูกรังสีมีการเปลี่ยนแปลงเช่น มีสีแดงคล้ำ คัน ปวดแสบปวดร้อน ถ้ารักษาด้วยเคมีบำบัดอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ ผอมร่าง เป็นแผลในปาก ถ้ารักษาด้วยฮอร์โมน มีอาการข้างเคียงคือ ร้อนวูบวาบตามร่างกาย มีความรู้สึกทางเพศลดลง อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมากและแน่นอนมีผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงรุ่ง สุขจิระทวี⁴⁹ ที่พบว่าความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยแบ่งเป็นประเภทคือ 1. ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คืออาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมาน เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อสุขภาวะของตน 2. ความเครียดที่เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ความเครียดเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา เรือนก้อน⁵⁰ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษามีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์ที่ 3 และได้รับรังสีรักษาในสัปดาห์สุดท้ายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยก่อนได้รับรังสีรักษา

โรคประจำตัว

โรคประจำตัวนับว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ นอกจากร่างกายจะมีปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะแล้วยังต้องมีความวิตกกังวล ในเรื่องของโรคประจำตัวที่อาจทำให้โรคมะเร็งต่อมลูกหมากมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โรคประจำตัวที่มีอาจเป็นเกณฑ์ที่กำหนดในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะถุงลมโป่งพอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันในสมองสูง หรือมีโรคเสี่ยงต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก อาจเป็นข้อจำกัดในการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์⁵¹ ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานที่มีสมรรถภาพทางร่างกายลดลงมีอาการปัสสาวะบ่อย หิวน้ำ กินจุ ตาพร่ามัว ขาดตามปลายมือปลายเท้า ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นเคยทำให้รู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่น มีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง³² นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน หัวใจ ความ

ดันโลหิตสูง อาจมีภาวะแทรกซ้อนอาการของโรคกำเริบขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น ภาวะน้ำตาลในร่างกายนั่งขึ้น อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค มีผลกระทบทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว อาจต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่า เสียค่ารักษาพยาบาลค่ายามากกว่า จึงทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นวมินทร์ สุวิระสฤทธย⁵² และสุทธิดา กาญจนรังสี⁵³ ที่พบว่า โรคประจำตัวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ระยะเวลาในการรักษาเป็นประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จะมีผลต่อแนวคิดและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยผู้ที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมานาน จะมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาและการดูแลตนเอง อีกทั้งอาการของโรคจะบรรเทาลงได้นั้นต้องใช้ระยะที่ยาวนานพอสมควร จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มาริโนและคูเซอร์ (Marino & Kooser)⁵⁴ พบว่า ปฏิกริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล จะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยที่ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี เรียนรู้สิ่งต่างได้ดีขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุนิชิ นามากิ (Shunichi Namaki) และคณะ⁵⁵ ที่พบว่าระยะเวลาภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยแตกต่างกัน เนื่องจากภายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผู้ป่วยจะมีปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะในระยะ 3 เดือนแรก และอาการจะค่อย ๆ ลดลงภายหลังผ่าตัด 6 เดือนขึ้นไป หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความรู้สึกทางเพศลดลง จนกระทั่งในระยะเวลา 12 เดือนภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยเก็บเส้นประสาท (Nerve Sparing) จะมีสมรรถภาพทางเพศที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เก็บเส้นประสาท จนกระทั่งในระยะเวลา 2 ปีสมรรถภาพทางเพศก็จะดีขึ้นเรื่อย ๆ โดยแตกต่างจากการศึกษาของ มินา ชูใจ⁴¹ ที่พบว่าภายหลังระยะเวลาการผ่าตัดเต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีภาวะคุกคามต่อคุณภาพชีวิตอันเนื่องมาจากการรักษา ส่งผลต่อความรู้สึกที่ดีของผู้ป่วย อาจมีอาการซึมเศร้า หดเหี่ยวแรง สูญเสียความมั่นใจ และภาพลักษณ์ ไม่สามารถมีพลังชีวิตได้ดังเดิม ถ้าในระยะเวลาภายหลังผ่าตัดไม่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

2.7 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง

สตรอมเบอร์ก (Stromberg)⁵⁶ กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ
2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับ คำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับประเมินออกมาเป็นคะแนน
3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาการเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ยูเนสโก (UNESCO)²⁴ ประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุวิสัย (Objective) โดยการวัดในสิ่งที่มองเห็นนับได้ เช่น ข้อมูลด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินโดยการถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข คุณค่าตนเอง และบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

2.8 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต

สปิตเซอร์ และคณะ (Spitzer, et al)⁵⁷ กล่าวว่า เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่คืนั้น ควรประกอบไปด้วย คุณลักษณะดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย นำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตในแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับประชากรที่ต้องการศึกษา
4. เน้นปริมาณ
5. สามารถใช้ได้หลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยด้าน อายุ เพศ อาชีพ ชนิดของโรค
6. มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
7. เป็นที่ยอมรับในสากล โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก

8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
9. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน
10. มีเหตุผลดี

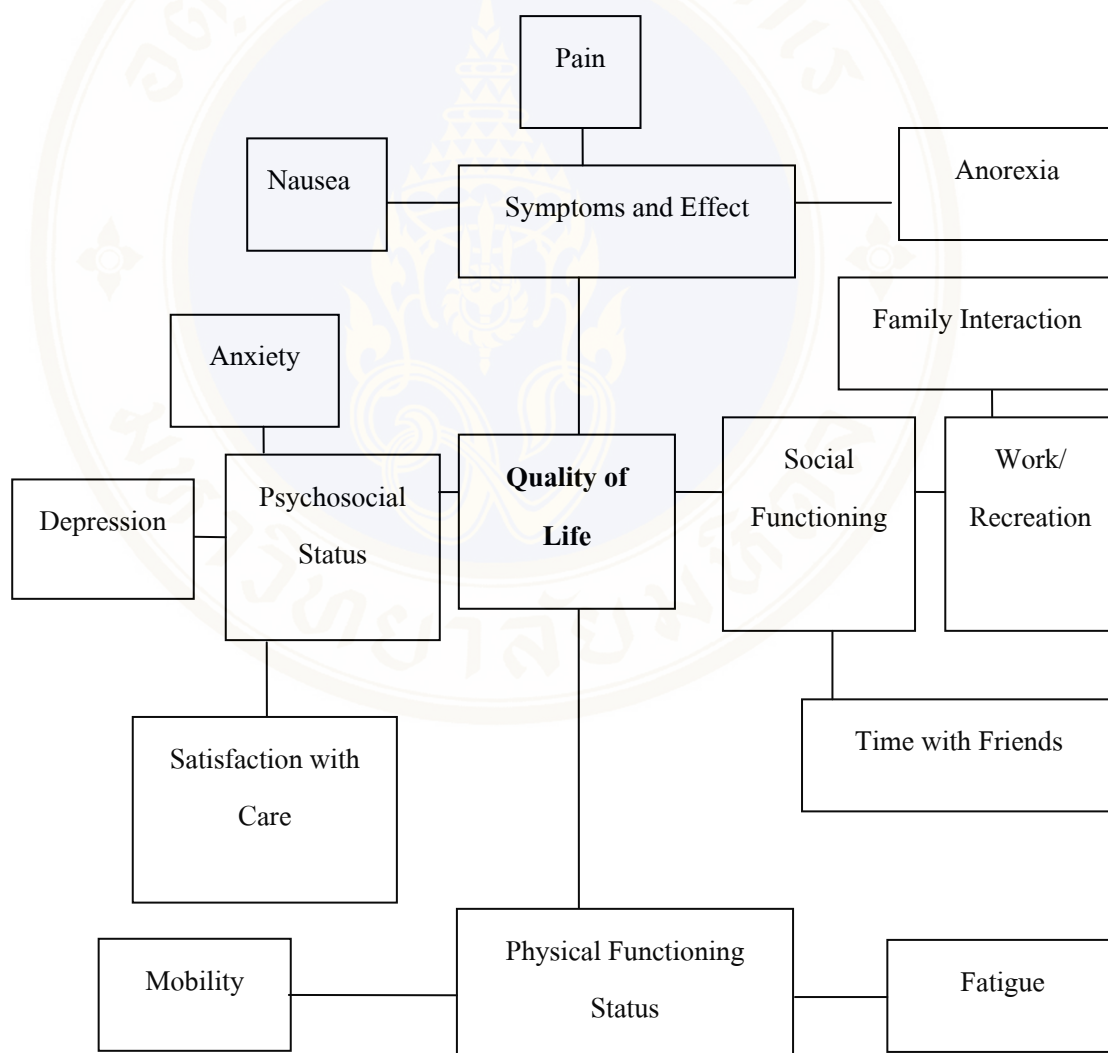
ในการเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวัดคุณภาพชีวิต ประชากรที่เป็นเป้าหมาย และการออกแบบวิธีการเก็บข้อมูลข้อที่ควรพิจารณาในการเลือกเครื่องมือ¹³ มีดังนี้

1. วัตถุประสงค์ (Purpose) ผู้วิจัยต้องทราบว่าอะไรคือปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือหาคำตอบ สิ่งที่ต้องการรู้คืออะไร เช่น รู้เกี่ยวกับมิติอะไรบ้าง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ สังคม หรือสิ่งแวดล้อม
2. ประชากร (Population) ผู้วิจัยต้องระบุให้ได้ว่าต้องการข้อมูลจากประชาชนหรือผู้ป่วย รวมถึงลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาเช่น อายุ เพศ การศึกษา เช่น ถ้าศึกษาในผู้ป่วยก็อาจต้องมีเครื่องมือเฉพาะต่อโรค หรือศึกษาในเด็กก็อาจต้องใช้เครื่องมือสำหรับเด็กโดยตรง
3. การออกแบบวิธีการเก็บข้อมูล (Design) ผู้วิจัยต้องสามารถระบุวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมได้ เช่น เก็บข้อมูลอย่างไร วิธีสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยตอบเอง การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือส่งทางไปรษณีย์ วิธีต่าง ๆ เหมาะสมกับการวัดคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน

โรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคที่เรื้อรัง มีการรักษาหลายวิธีเช่นการผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายรังสี ซึ่งการรักษาอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นจึงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ด้านร่างกายได้แก่ความเจ็บปวดจากการผ่าตัด การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การขับถ่ายผิดปกติ ความรู้สึกทางเพศลดลง ด้านจิตใจได้แก่ความรู้สึก ไม่แน่นอนของชีวิต ความไม่แน่นอนผลของการรักษา กลัวรักษาไม่หาย ความรู้สึกคุณค่าของตัวเองลดลง ด้านสังคมได้แก่ เข้าสังคมได้น้อยลง รู้สึกโดดเดี่ยว เป็นต้น

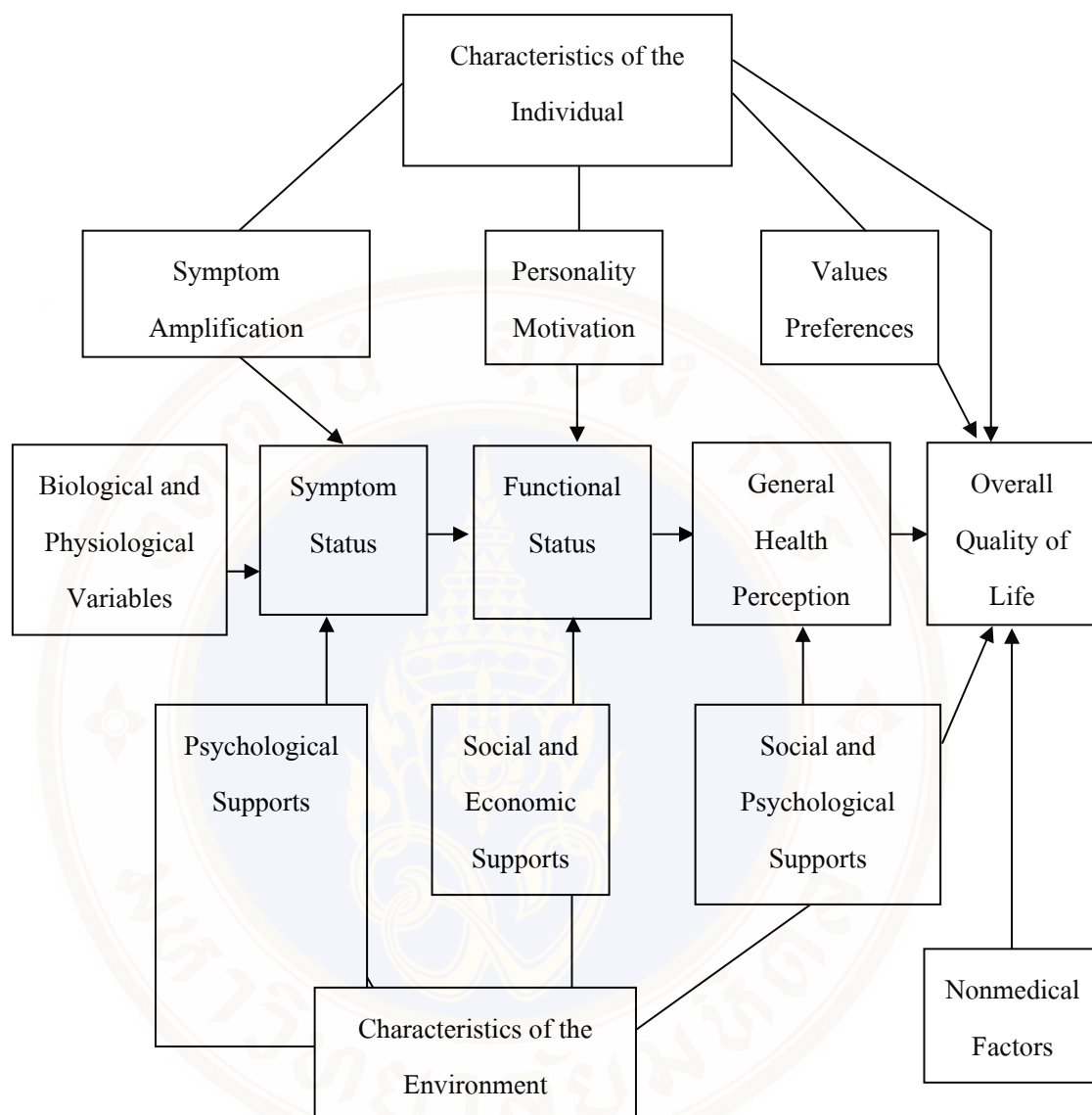
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นเครื่องชี้วัดที่นิยมใช้ในการวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วยหรือผลของการรักษาพยาบาล ปัจจุบันจึงพยายามวัดผลออกมาในรูปของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม ที่สามารถบ่งบอกเป็นปริมาณได้ประกอบด้วย ระดับอาการของโรค ระดับการยอมรับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งบทบาทในสังคม ดังนั้นจึงมีวัดคุณภาพชีวิตซึ่งมีทั้งแบบวัดโรคทั่วไปและแบบเฉพาะโรค ในส่วน

ของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเครื่องมือเฉพาะโรคคือ Functional Assessment Cancer of Therapy (FACT-P) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพที่มีกระบวนการสร้างและพัฒนาอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 โดย Facit และคณะ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมและมีข้อคำถามที่เป็นเฉพาะโรคของมะเร็งต่อมลูกหมาก เครื่องมือนี้เป็นที่นิยมใช้เพราะคำที่ใช้หลีกเลี่ยงคำเฉพาะ เช่น มะเร็ง ส่วนใหญ่จะใช้ในโรคเรื้อรัง เช่น ไตวาย โรคตับ โรคต่อมลูกหมากโต โรคเอดส์ ฯลฯ ปรับเปลี่ยนภายใต้เงื่อนไขของโรคต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันมีการดัดแปลงและนำไปใช้แพร่หลายทั่วโลก เช่น ประเทศสเปน สหรัฐอเมริกา ทวีปยุโรป และเอเชีย⁵⁸



แผนภูมิที่ 2.2 ภาพรวมของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

ที่มา: ดำารการรักษามะเร็ง 2 ของ นายแพทย์วรชัย รัตธารชร; 2541⁵⁹



แผนภูมิที่ 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการวัดผลลัพธ์ของผู้ป่วยในกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ที่มา: Wilson, I. B, Cleary, P. D. (1995)⁶⁰

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

มนุษย์ในสังคมต้องการมีชีวิตที่ดีและมีคุณภาพ มนุษย์อยู่รวมกันเป็นสังคมเพราะความจำเป็นและมีผลประโยชน์ร่วมกัน อาจเป็นเพราะมนุษย์ไม่สามารถเติบโตและดำรงชีวิตอยู่ได้ตามลำพังโดยปราศจากการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น การเห็นประโยชน์ร่วมกันเกิดจากการที่มนุษย์

ได้พึ่งพาอาศัยกันและกันในสังคม จอห์น ล็อก (John Locke) และ รูสโซ (Russo) เชื่อว่าการพึ่งพากันมีพื้นฐานอยู่บนธรรมชาติอันดีงามของมนุษย์ มนุษย์จึงยินยอมพร้อมใจกันมาอยู่รวมกันเป็นสังคม ยินดีที่จะให้และรับบางอย่างจากเพื่อนมนุษย์ แต่มีนักคิดบางคนคิดว่าธรรมชาติของมนุษย์นั้นชั่วร้าย ชอบใช้กำลังเป็นอำนาจทำลายผู้ที่อ่อนแอกว่า เช่น โทมัส ฮอบส์ (Thomas Hobbs) เชื่อว่าเพราะนิสัยอันชั่วร้ายนี้เองทำให้มนุษย์ต้องมาอยู่รวมกันเป็นสังคมเพื่อป้องกันมิให้ผู้ที่มีพลังแข็งแรงกว่าใช้อำนาจที่เหนือกว่ารังแกตน ไม่ว่าโดยเหตุผลจะดีหรือไม่ดี ผลก็คือมนุษย์ตกลงใจมาอยู่รวมกันเป็นสังคม โดยคาดหวังจากสังคมคือการมีชีวิตที่ดี สงบสุข มั่นคง ปลอดภัยจากการคุกคามของธรรมชาติ เพื่อนมนุษย์ และจากโรคภัยต่าง ๆ ¹⁴

แรงสนับสนุนทางสังคมเริ่มมีการศึกษาและสนใจเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1970 ซึ่งเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและความผาสุกในการดำรงชีวิต ⁶¹ เป็นความสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นแรงผลักดันภายนอกที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบกับสุขภาพ มีความแตกต่างของหน้าที่ เวลา แรงสนับสนุนจะพบได้ตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ มีบทบาทเปลี่ยนแปลงไปตามของหน้าที่ของครอบครัว เพื่อน คู่สมรสแตกต่างกันในวงจรของชีวิต เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม โดยเฉพาะในภาวะที่มีความเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษาและฟื้นฟูของสุขภาพ

ไวสส์ (Weiss) อ้างใน สิริสุตา ชาวคำเขต ⁶² กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงที่ทำให้รู้สึกภูมิใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยความรัก ความใกล้ชิด ความผูกพัน การมีส่วนร่วม และการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ

เฮาส์ (House) ⁶³ กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความผูกพันใกล้ชิด การให้ความเชื่อถือ การสนับสนุนทางความคิด การตัดสินใจ การยอมรับนับถือและการเห็นคุณค่า การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของ การบริการต่าง ๆ และได้แบ่งกลุ่มของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ เช่น คู่สมรส เพื่อนสนิทญาติพี่น้อง
2. กลุ่มที่เป็นทางการ เช่น เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มสังคมอื่น ๆ

เดรสเลอร์ (Dressler) อ้างใน รวมพร คงกำเนิด ⁶⁴ ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์-สังคม เช่น ให้กำลังใจ ปลอบใจ แสดงความเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนทางการเงินและวัตถุ เป็นการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน เครื่องมือเครื่องใช้

3. แรงสนับสนุนทางการเงินให้คำแนะนำปรึกษา เป็นการช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำ

ทอยส์ (Thoits) อ้างใน สิริสุตา ชาวคำเขต ⁶² ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูล ซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม โดยความช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลนั้นเผชิญความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มีความผูกพันซึ่งกันและกันในสังคม ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ทางด้านจิตใจ ด้านสังคม มีผลทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติได้ในทิศทางที่ต้องการ ³²

นวรรตน์ สุทธิพงศ์ ⁶⁵ กล่าวว่า แรงสนับสนุนคือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง ในด้านจิตใจโดยการเอาใจใส่ เห็นใจ ให้กำลังใจ และการให้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการดูแลให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม

อังคณา เรือนก้อน ⁵⁰ ให้ความหมายของแรงสนับสนุนว่า สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือหรือสิ่งต่าง ๆ จากผู้ให้เช่น ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของเครื่องใช้ หรือแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจอาจได้จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล มีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ต้องการ ผู้ให้แรงสนับสนุนอาจเป็นบุคคลในครอบครัวเช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.1 ประเภทของแรงสนับสนุนทางด้านสังคม

ไวสส์ (Weiss) อ้างใน สิริสุตา ชาวคำเขต ⁶² แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนไว้ดังนี้

1. การให้ความรัก ความผูกพัน (Attachment) มีผลทางด้านจิตใจ อารมณ์ ทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นคง ไม่โดดเดี่ยว ซึ่งความสัมพันธ์แบบนี้พบได้ในสถานภาพคู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัวเดียวกัน

2. ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ตนเองได้รับการยอมรับ รู้ว่าตนเองมีคุณค่า ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนทางด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม

3. การให้โอกาสที่จะเลี้ยงดู (Opportunity for Nurturance) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ใหญ่มีส่วนในการรับผิดชอบดูแลต่อความเจริญเติบโตของสุขภาพผู้น้อย แล้วทำให้รู้สึกว่าเป็นที่ที่ต้องการของบุคคลอื่น สามารถเป็นที่พึ่งพา
4. การทำให้รู้สึกมีคุณค่า (Reassurance of worth) คือ การได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัว เพื่อน อาจจะแสดงบทบาทในครอบครัว สังคม อาชีพ ถ้าบุคคลไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ขาดความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
5. การได้รับการช่วยเหลือ เป็นการได้รับการช่วยเหลือด้านคำแนะนำให้กำลังใจ สามารถนำไปแก้ปัญหาได้
6. การให้ความรู้รู้สึกว่ามิบุคคลอื่นพึ่งพาได้

เพนเดอร์ (Pender)⁴⁵ แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ด้านการสนับสนุน (Support) หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรม ซึ่งช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์และสามารถตอบสนองความต้องการได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีสิ่งที่สัมผัสได้ เช่น เงินทอง และสิ่งที่สัมผัสไม่ได้ เช่น การให้กำลังใจ การให้ความรัก ความอบอุ่น
2. ด้านการแนะนำ (Advice) เป็นการให้ข้อมูล หรือการแนะนำต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้รับนำกลับมาพิจารณาว่า ตนจะอย่างไรให้บรรลุผลสำเร็จตามความหมายที่ต้องการ

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al) อ้างใน เนตรนภา คู่พันธ์วิ⁶⁶ แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจ ทำให้รู้ว่าผู้รับแรงสนับสนุนจะได้รับความรักจากผู้ให้
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงิน และการบริการ

เชลดอน โคเฮน (Sheldon Cohen)⁶⁷ ได้แบ่งแรงสนับสนุนไว้ 6 ประเภท ดังนี้

1. แรงสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support)
2. แรงสนับสนุนด้านตำแหน่ง หน้าที่ (Status Support)
3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support)
4. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง (Instrumental Support)
5. แรงสนับสนุนด้านมิตรภาพ (Social Companionship)
6. แรงสนับสนุนทางด้านแรงจูงใจ (Motivational Support)

3.2 ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งทางจิตสังคม มีการยอมรับทั่วไปว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เนื่องจากสังคมในมนุษย์เป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน เพื่อให้รู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งจะนำมาของความสุขในชีวิต ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต⁶⁸ แรงสนับสนุนเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้มนุษย์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์ต่าง ๆ เป็นการเปลี่ยนแปลงการหยุดกระทำของมนุษย์ที่เขาเคยปฏิบัติมาหรือเป็นแรงสนับสนุนให้มนุษย์เริ่มต้นทำในสิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อน เชลดอน โคเฮน (Sheldon Cohen)⁶⁷ กล่าวว่า ความเครียดมีผลทำให้สมดุลของระบบประสาทและฮอร์โมนเกิดการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลในการป้องกันหรือเปลี่ยนแปลงผลที่เกิดตามมาทั้งร่างกาย จิตใจ เช่น แรงสนับสนุนใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของมนุษย์ เช่น การลดสูบบุหรี่ ลดการดื่มเหล้า ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หรือการออกกำลังกาย สมาชิกในเครือข่ายสังคมอาจจะมีผลต่อการเพิ่มความสนใจ ความมั่นคง และการควบคุมพฤติกรรมเนื่องจากพวกเขามีโอกาสในการปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างเป็นประจำและเป็นเครื่องสะท้อนกลับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบทบาทที่เหมาะสม

3.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวบอกถึงลักษณะขนาดของเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดรูปแบบและปริมาณของแรงสนับสนุนที่ควรได้รับ แหล่งสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยเครือข่ายดังนี้

1. บุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา บุตร คู่สมรส ญาติ
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
3. บุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. เครือข่ายทางชุมชน เช่น กลุ่มบุคคลที่ไปวัด สมาคมต่าง ๆ

จากแนวความคิดแรงสนับสนุนทางสังคม แม้จะมีแนวความคิดโดยนักทฤษฎีหลาย ๆ ด้าน แต่ก็มีผลคล้ายคลึงกัน สามารถสรุปรวมได้ว่า สิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการตอบสนองความต้องการโดยตรงจากบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลอื่น ในด้านอารมณ์-สังคม วัตถุประสงค์ของข้อมูลข่าวสารและคำปรึกษา ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายตามความต้องการ⁶⁸

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติทางสุขภาพในชีวิตและช่วยให้มีการปรับตัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขทางจิตวิญญาณ การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคมเช่น สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส เพื่อนและองค์กรต่าง ๆ ในการให้ความรัก ห่วงใย ความเข้าใจเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน การให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว เครือข่ายทางสังคมจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว เครือข่ายทางสังคมจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่ไปเพื่อใคร มีความหวังในชีวิต มีโอกาสค้นหาเป้าหมายในชีวิต ช่วยให้ผู้รับรู้ว่าตนเองยังมีโอกาสได้ช่วยเหลือดูแลผู้อื่นถึงแม้ว่าตนเองจะยังเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม

ส่วนที่ 4 โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer)

โรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประเทศตะวันตก พบบ่อยที่สุดในชายอเมริกันและเป็นสาเหตุการตายเป็นลำดับที่ 2 รองจากมะเร็งปอด⁶⁹ ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนมากจะพบในผู้ป่วยชายที่อายุ 50 ปีขึ้นไป จากรายงานทางสถิติของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช (พ.ศ. 2549) พบว่าผู้ชายไทยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งตับ ทั้งนี้อาจเป็นผลจาก วิวัฒนาการทางการแพทย์ที่สามารถตรวจวินิจฉัยพบมะเร็งได้เร็วขึ้น หรือจากการที่ประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้นจากการตรวจสุขภาพประจำปี ปัจจุบันผู้ชายไทยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปและครอบครัวได้ให้ความสนใจในการเจาะเลือดหาค่ามะเร็งระยะเริ่มต้น คือค่า Prostatic specific antigen (PSA) ซึ่งเป็นค่าที่ผลิตจากต่อม

ลูกหมาก เนื่องจากเป็นการตรวจวินิจฉัยในระยะเริ่มต้นที่ง่ายและสะดวก ถ้าค่า PSA > 4 ng/ml. แสดงถึงความผิดปกติจากต่อมลูกหมาก แต่อย่างไรก็ดี ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก อาหาร และ แนวทางการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เปลี่ยนแบบทางตะวันตกก็อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พบ มะเร็งต่อมลูกหมากเพิ่มขึ้น⁷⁰

4.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

สาเหตุของการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากนั้น ไม่สามารถอธิบายได้แน่ชัดว่าเกิดจาก สาเหตุใด แต่พบว่ามีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก สรุปได้ดังนี้ คือ

1. อายุ มะเร็งต่อมลูกหมากพบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป อายุโดย เฉลี่ยประมาณ 70 ปี
2. เชื้อชาติและสายพันธุ์ จะพบมากในชนชาติตะวันตก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในยุโรปและอเมริกันผิวขาว ซึ่งมีอัตราการพบบ่อยมากกว่าคนเอเชียและคนผิวดำ
3. ประวัติทางกรรมพันธุ์ หากมีประวัติในครอบครัวเช่น ปู่ พ่อ หรือมี พี่ชายเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการพบมะเร็ง หากพ่อเป็นลูกมีโอกาสมากกว่า คนทั่วไป 2-3 เท่า
4. อาหาร พบว่าผู้บริโภคไขมันจากสัตว์มาก ๆ มีโอกาสเป็นมะเร็งต่อม ลูกหมาก ผู้ที่บริโภคผักและผลไม้จะลดโอกาสการเกิดมะเร็ง ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ก็มีโอกาสเป็นมะเร็ง ต่อมลูกหมาก
5. สารเคมีและสิ่งแวดล้อม พบอัตราการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากใน ผู้ชายที่สัมผัสกับสาร โลหะ Cadmium หรือสารกัมมันตรังสีเป็นต้น

พยาธิวิทยาของมะเร็งต่อมลูกหมากส่วนใหญ่เป็น Adenocarcinoma การจัดระดับความ รุนแรงของเนื้อเยื่อนี้คือ Gleason Score

4.2 การกระจายของมะเร็งต่อมลูกหมากมี 3 ทาง คือ

1. ลูกกลมสู่อวัยวะข้างเคียง (Local Extension) เช่น ลูกกลมสู่ Bladder Neck ท่อไตส่วนปลายและทวารหนักเป็นต้น
2. กระจายไปทางต่อมน้ำเหลือง กระจายไปยังกลุ่มน้ำเหลืองรอบ ๆ เส้น เลือด Iliac, Presacral
3. กระจายตัวตามกระแสเลือด (Hematogeneous Route) ส่วนใหญ่ กระจายไปกระดูกที่พบได้บ่อย เช่น Lumbar Spine, Pelvis และ Proximal Femur เป็นต้น

4.3 การวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยสามารถตรวจได้ในหลายลักษณะ

1. ตรวจพบจากการคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้จากการมาตรวจสุขภาพ การตรวจเพื่อคัดกรองหามะเร็งต่อมลูกหมากประกอบด้วย

- การเจาะเลือดเพื่อหาระดับของสาร Prostate – Specific Antigen (PSA) โดยปกติระดับในเลือดที่ถือว่าเป็นค่าปกติ คือ 0-4 ng/ml

- การตรวจทางทวารหนัก (Digital Rectal Examination) เป็นการตรวจที่ง่าย แต่ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีความชำนาญ ลักษณะของต่อมลูกหมากที่น่าจะเป็นมะเร็งได้แก่ ต่อมลูกหมากกลีบด้านซ้ายและด้านขวาโตไม่เท่ากัน (Asymmetry) คลำพบตุ่มแข็งที่ต่อมลูกหมาก (Hard Nodule) ต่อมลูกหมากแข็งมาก (Hard Consistency)

- การตรวจชิ้นเนื้อของต่อมลูกหมาก คือ จะต้องนำเอาชิ้นเนื้อจากต่อมลูกหมากมาตรวจทางพยาธิวิทยา การตรวจชิ้นเนื้อในปัจจุบันนิยมใช้วิธีการเจาะผ่านทางทวารหนักโดยมีอัลตราซาวด์เป็นตัวนำจะได้ผลที่แม่นยำขึ้น

2. ตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากตามอาการ

อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ เช่น อาการความผิดปกติของการปัสสาวะ (Lower Urinary Tract Symptom: LUTS) ปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะเวลากลางคืน ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่พุ่ง เวลาปัสสาวะจะปวด อวัยวะเพศแข็งตัวยาก เวลาหลังเมื่อถึงจุดสุดยอดจะปวด มีเลือดในน้ำเชื้อหรือปัสสาวะ ปวดหลัง ปวดข้อ ซึ่งอาการเหล่านี้有可能是อาการของต่อมลูกหมากโตก็ได้ อาการส่วนหนึ่งมักจะเกิดจากการลุกลามของโรคที่มากแล้ว เช่น มีอาการอ่อนเพลีย ปวดตามกระดูก อัมพาต ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะไม่ออก ไตวาย ท่อไตอุดตัน เป็นต้น

3. การตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากโตโดยบังเอิญ

เป็นการพบมะเร็งต่อมลูกหมากโดยไม่คาดคิดก่อน มักเกิดจากการรักษาต่อมลูกหมากโตชนิดธรรมดา ซึ่งการตรวจร่างกายไม่ได้บ่งชี้ว่าเป็นมะเร็งแต่เมื่อทำผ่าตัด TUR-P แล้วพยาธิแพทย์รายงานว่าตรวจพบชิ้นเนื้อที่มีมะเร็งต่อมลูกหมาก

4.4 การจัดระยะโรค

การจัดระยะโรคของมะเร็งต่อมลูกหมาก ทางคลินิก (Clinical Staging) อาศัยข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1. การตรวจทางทวารหนัก

2. การเจาะเลือดดูค่า PSA
3. การตรวจอัลตราซาวด์ทางทวารหนัก
4. การตรวจ CT Scan หรือ MRI
5. การตรวจ Bone Scan

4.5 ระยะของมะเร็งต่อมลูกหมาก

ระยะที่ 1 มะเร็งมีขนาดเล็ก อยู่ในต่อมลูกหมาก การตรวจทางทวารหนัก มักไม่ค่อยพบ ในระยะนี้จะไม่พบอาการ

ระยะที่ 2 มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น แต่ยังอยู่ในต่อมลูกหมาก สามารถคลำพบโดยการตรวจทางทวารหนัก โดยทั่วไปมีอาการปวดปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะลำบาก ต้องเบ่ง อาจมีปัสสาวะเป็นเลือดได้

ระยะที่ 3 มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้น จนลุกลามทอ่ปัสสาวะ และกระจายออกนอกต่อมลูกหมาก สามารถคลำพบโดยการตรวจทางทวารหนัก มีอาการปวดปัสสาวะบ่อย, ปัสสาวะเป็นเลือด, ปัสสาวะลำบาก, ต้องเบ่ง, บางครั้งปัสสาวะไม่ออก

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปสู่ต่อมน้ำเหลืองรอบ ๆ กระดูก และอวัยวะอื่น ๆ

4.6 การรักษา

แพทย์จะเลือกวิธีการรักษาโดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

- ระยะของโรคว่าแพร่กระจายหรือยัง
- ชนิดของมะเร็ง
- ประโยชน์ที่ได้จากการรักษา
- ผลข้างเคียงของการรักษาและการป้องกัน
- การรักษานี้มีผลต่อความรู้สึกทางเพศหรือไม่ มีผลต่อการกลืนปัสสาวะหรือไม่ หลังการรักษามีปัญหาการถ่ายเหลวหรือไม่
- คุณภาพชีวิตหลังการรักษา

วิธีการรักษา

1. การเฝ้ารอดูอาการ เหมาะสำหรับมะเร็งที่เริ่มเป็นและผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

2. การผ่าตัด Prostatectomy เป็นวิธีการที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งในระยะเริ่มต้น การผ่าตัดทำได้โดยแผลหน้าท้อง หรือ Perineum หรืออาจจะใช้การส่องกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic) ก็ได้ แต่หลักการจะเหมือนกันคือ นำเอาต่อมลูกหมากออกทั้ง Capsule, Seminal Vesicle รวมถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง หลังจากนั้นจึงนำเอา Bladder Neck มาเย็บต่อกับที่ท่อปัสสาวะ ก่อนการผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออก จะเลาะเอาต่อมน้ำเหลือง บริเวณหลอดเลือด Iliac ออกมาด้วย ผลการผ่าตัดหากไม่มีเนื้อเยื่อมะเร็งหลงเหลืออยู่ มีอัตราอยู่รอด 15 ปี ถึงร้อยละ 60 อาการข้างเคียงแทรกซ้อนที่อาจจะพบได้แก่ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 2-5 อวัยวะเพศไม่แข็งตัวจากการที่เส้นประสาทถูกทำลายร้อยละ 50 แต่หากสามารถทำผ่าตัดโดยระมัดระวังไม่ให้เส้นประสาทถูกทำลาย (Nerve Sparing Technique) จะทำให้อัตราการพบปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวน้อยลง นอกจากนี้ การผ่าตัดนี้อาจจะต้องเสียเลือด โดยเฉลี่ยจะต้องใช้เลือดทดแทน 500-1000 ซีซี หลังผ่าตัดเสร็จจะมีการวางสายระบาย Drain ไว้ จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษานี้ จึงควรมีอายุไม่มาก คาดว่ามีอายุยืนยาวได้กว่า 10 ปี และควรมีร่างกายที่แข็งแรงไม่มีข้อห้ามในการผ่าตัด

3. รังสีรักษา เลือกใช้ในกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด หรือร่างกายไม่เหมาะสมกับการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา มีสองวิธี คือ

External Beam Radiotherapy เป็นการรักษาที่ก้อนมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่ใน ต่อมลูกหมาก

Brachytherapy เป็นการให้รังสีรักษาอีกวิธีหนึ่งสำหรับมะเร็งที่อยู่ภายใน ต่อมลูกหมาก วิธีการทำโดยใช้อัลตราซาวด์ทำผ่านทวารหนักวัดขนาดของต่อมลูกหมากและคำนวณปริมาณรังสีที่ควรจะได้รับ

4. การรักษาอื่นๆ ได้แก่ การใช้ความเย็น (Cryotherapy) และการใช้อัลตราซาวด์ซึ่งยังอยู่ในระยะทดลอง⁷⁰

4.7 ภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก

การผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออกทั้งหมด (Radical Prostatectomy) เป็นการผ่าตัดที่ใหญ่ แผลผ่าตัดกว้าง มีการเสียเลือด และมีอัตราการอยู่โรงพยาบาลนาน ต้องคาสาขสวณปัสสาวะหลายวัน ทำให้มีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและทางเดินปัสสาวะ อีกทั้งผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น

- ความเจ็บปวด (Pain)
- ภาวะท้องอืด (Abdominal Distension)

- การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urine Incontinence)
- ความเครียด (Stress)
- สมรรถภาพทางเพศลดลง (Erectile Dysfunction)
- ระบบขับถ่ายผิดปกติ (Bowel Dysfunction)

ต่อมาวงการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกจึงได้มีการพัฒนาวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกจาก การเปิดหน้าท้องมาเป็นแบบวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกโดยใช้กล้อง (Laparoscopic Radical Prostatectomy) ทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลงกว่าเดิมเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง เสียเลือดน้อยลง ระยะการนอนโรงพยาบาลลดลง อย่างไรก็ตามการผ่าตัดด้วยวิธีใช้กล้องยังพบว่ามี ปัญหาต่าง ๆ ทำให้มีความยากลำบากในการผ่าตัด เช่น ภาพที่ปรากฏบนจอรับภาพเป็นเพียง 2 มิติ ไม่เหมือนจริงและชัดเจนเท่ากับการมองด้วยตาเปล่าหรือภาพ 3 มิติ ความละเอียด ความคมชัดไม่ เพียงพอในกรณีที่ต้องมีการเลาะแยกเส้นประสาท ข้อจำกัดที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของเครื่องมือ ผ่าตัดในการเย็บและการผูกผ่านทางกล้องนอกจากนี้ยังเกิดปัญหาทางด้านข้อจำกัดของมนุษย์ ได้แก่ ความเมื่อยล้าของศัลยแพทย์จากการควบคุมการทำงานของมือและไหล่ เพื่อพวยเครื่องมือผ่าตัดเป็น เวลานานทำให้เกิดอาการมือสั่น (Physiologic Tremor) ความตึงเครียดของระบบประสาทควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (Hand-Eye Coordination) และอาการเมาภาพ (Motion Sickness) เนื่องจากผู้ช่วยถือกล้องไม่ชำนาญในการถือกล้องทำให้ถือกล้องไม่นิ่ง ทำให้ภาพส่ายไปมา เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าว ทำให้นำไปสู่นวัตกรรมใหม่ คือการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ซึ่งผ่านการรับรองของ องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันเป็นที่แพร่หลายออกไปทั่วโลก⁵¹ คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ประสบความสำเร็จในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในประเทศไทย โดยเริ่มทำการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยกล้องเป็นแห่งแรกในประเทศไทยเมื่อปี 2548 ในขณะนี้ โรงพยาบาลศิริราชได้พัฒนาลำห้ไปอีก โดยได้ริเริ่มการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยหุ่นยนต์ สำเร็จเป็นแห่งแรกในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2549 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมารับการ ผ่าตัดด้วยกล้องมากกว่า 200 ราย แต่โรงพยาบาลศิริราชก็ไม่หยุดยั้ง โดยพัฒนาขีดความสามารถขึ้น ไปอีก โดยนำเทคโนโลยีใหม่ล่าสุดเข้ามาใช้ คือ การผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ที่เรียกว่า Robotic Surgery โดยหุ่นยนต์ที่ติดตั้งในคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลนี้มีชื่อว่า Da Vinci S มีแขน 4 แขน โดย 1 แขนทำหน้าที่ถือกล้องที่มีคุณภาพสูง และอีก 3 แขนที่เหลือใช้ในการผ่าตัด ซึ่งตั้งแต่ พ.ศ.2550-2552 มีการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ ประมาณ 438 ราย ถือเป็นเทคโนโลยีล้ำยุคล่าสุดเป็นที่แรกในประเทศไทย

4.8 การผ่าตัดแบบส่องกล้องโดยใช้หุ่นยนต์ (Robotic Assisted laparoscopic prostatectomy: RALRP)

การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยใช้หุ่นยนต์เกิดขึ้นครั้งแรกโดย แอบบู และคณะ (Abbou et al) ค.ศ. 2000 การผ่าตัด RALRP เคยเป็นที่นิยมและยอมรับโดย มินอนและคณะ (Menon et al) โดยมีความตั้งใจที่จะลดขั้นตอนการเรียนรู้ขั้นสูงของการผ่าตัดแบบส่องกล้อง และการผ่าตัดสำเร็จที่มีขั้นตอนการทำที่เล็กน้อยที่สุด การพัฒนาเทคนิคการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ รวมไว้ใน 3 มิติของ Stereoscopic visualization การควบคุมโดยนิ้วที่เคลื่อนไหว และ Endowrist Technology (Intuitive surgical, Sunnyvale, CA, USA) ซึ่งในอนาคตจะมีการพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือกลที่ผ่าตัดให้ง่ายกว่านี้⁷¹ ข้อจำกัดของการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ คือต้องมีการลงทุนที่สูง ประมาณ 1.5-1.8 Million Dollars (ประมาณ 50,000,000-60,000,000 บาท) ต้องพิจารณาค่าใช้จ่ายเรื่องของ ห้องผ่าตัด การพัฒนาบุคลากร พยาบาล ศัลยแพทย์ เครื่องมือ อุปกรณ์ Disposable กับ Reusable ซึ่งจะลงทุนสูงมากกว่า การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานหนึ่งกล่าวว่า การวิเคราะห์ต้นทุนแสดงให้เห็นว่า ต้นทุนที่รวมทั้งหมดอาจจะเท่ากันระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องกับการผ่าตัดแบบหุ่นยนต์ เพราะการผ่าตัดแบบหุ่นยนต์ลดจำนวนวันการนอนในโรงพยาบาล ลดเวลาในการผ่าตัด และสามารถผ่าตัดผู้ป่วย มากกว่า 400 ราย/ปี⁷²

4.9 ทำไมจึงต้องลงทุนใน DaVinci Robotics?

ประโยชน์สำหรับแพทย์

- ง่ายขึ้นสำหรับการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการส่องกล้อง
- มี Good Ergonomic (สภาพแวดล้อมการทำงานเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน)
- ลดการสั่นไหวของเครื่องมือในการผ่าตัด
- เป็นการมองแบบ 3 มิติ
- มีการขยายภาพได้ 10 เท่า

ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

- เป็นการผ่าตัดที่มีแผลขนาดเล็ก
- ลดความเจ็บปวด
- ลดการสูญเสียของเลือด
- ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลสั้น โดยมีรายงานจากต่างประเทศในบางสถาบัน ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเพียง 23 ชั่วโมง⁷¹

- ฟันตัวได้เร็วขึ้น

ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล

- พัฒนาภาพลักษณ์ในด้านเทคโนโลยีเพื่อเป็นผู้นำทางด้านการรักษา
มะเร็งต่อมลูกหมาก
- มีผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยี
- เป็นสิ่งดึงดูดความสนใจสำหรับผู้ป่วย

4.10 การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ ต่างกับการผ่าตัดแบบส่องกล้องอย่างไร

การผ่าตัดแบบส่องกล้องที่ผ่านเข้าไปในช่องท้อง โดยทำการผ่าตัดโดยใช้กล้องขยาย นั้นมีข้อจำกัดหลายประการ คือ ภาพที่มองเห็นเป็นภาพ 2 มิติ ซึ่งทำให้ความแม่นยำของการผ่าตัด อาจจะลดลง นอกจากนี้เครื่องมือที่มีข้อจำกัดในการผ่าตัดโดยละเอียดหรือเข้าไปตัดเนื้อเยื่อในซอกที่ แคบ ๆ ของร่างกายมนุษย์ได้อย่างลำบาก ดังนั้นการพัฒนาหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดจึงมา ทำให้ลด อุปสรรคในการผ่าตัด กล่าวคือภาพที่เห็นจะเป็นภาพ 3 มิติ และมีกำลังขยายมากกว่าปกติถึงกว่า 10 เท่า นอกจากนี้มือของหุ่นยนต์ที่เข้าไปใช้ผ่าตัดจะสามารถทำงานได้เหมือนกับมือมนุษย์ คือ สามารถ หักงอข้อมือ และหมุนข้อมือได้ ทำให้เครื่องมือสามารถเข้าไปในที่แคบ ๆ และช่องผ่าตัดเล็ก ๆ ได้ เป็นอย่างดี จึงทำให้การผ่าตัดนั้นมีความถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดที่ ต้องการคุณภาพของการผ่าตัดที่ดีขึ้น การเย็บต่อเนื้อเยื่อเข้าหากันเป็นต้น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อม ลูกหมากนั้น การใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางเพศใกล้เคียงกับก่อน การผ่าตัด กล่าวคือ ที่ระยะเวลา 1 ปี นั้น ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพทางเพศคืออยู่แล้วก่อนผ่าตัด ในหลัง ผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์นั้นสมรรถภาพทางเพศยังมีอยู่เหมือนเดิมถึง 97% นอกจากนี้ภาวะการกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่หลังการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากนั้นพบว่าสามารถหายได้เป็นปกติภายในระยะเวลา 1 ปี ในจำนวน 98% ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วกว่า และอยู่ โรงพยาบาลสั้นกว่า โดยเฉลี่ยที่ต่างประเทศ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในวันรุ่งขึ้นหลังจากการ ผ่าตัดโดยไม่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลในระยะเวลาอันนาน ๆ แต่อย่างไร นอกจากนี้นิยาสวนปัสสาวะ ก็สามารถเอาออกได้เร็วขึ้น น้อยกว่า 7 วัน⁷³

ข้อดีของการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์

- ภาพที่เห็นระหว่างผ่าตัดจะเป็นภาพ 3 มิติ
- มือหุ่นยนต์สามารถเคลื่อนไหวได้อิสระมากขึ้น ทำให้การผ่าตัดมีความ
แม่นยำมากขึ้น

- แผลผ่าตัดเล็กกว่าแผลผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง
- เสียเลือดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัด

1. อายุไม่เกิน 70 ปี และน้ำหนักตัวไม่เกิน 250 ปอนด์ หรือ BMI <30
2. ต่อมลูกหมากไม่เกิน 60 กรัม หรือไม่มี Median Lobe หรือ Lateral Lobe ที่โตมาก
3. ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคความดันในสมองสูง หรือโรคที่เสี่ยงต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก
4. ไม่เคยมีประวัติ Peritonitis หรือเชื้อหุ้มอวัยวะภายในช่องท้องอักเสบ หรือได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีของในอวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกรานมาก่อน
5. ไม่เคยได้รับการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการฉายรังสี ผังแร่หรือฮอร์โมนบำบัดมาก่อน

ทั้งนี้เกณฑ์กำหนดดังกล่าวไม่ได้เป็นข้อตัดสินชี้ขาดในการผ่าตัด อีกทั้งในแต่ละสถาบันมีเกณฑ์ที่แตกต่างกันออกไป⁵¹

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เจมส์ เอ ทาลคอต (Jame A Talcott)⁷⁴ และคณะได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยศึกษาแบบ Cross Sectional ผลปรากฏว่า

1. ขอบเขตของคุณภาพชีวิต เช่น ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม ในการรักษาแต่ละวิธีไม่แตกต่างกัน มีข้อแนะนำว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและฉายรังสีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยการรักษาเป็นสาเหตุ
2. ขอบเขตของคุณภาพชีวิตโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การมีเพศสัมพันธ์ ระบบขับถ่ายปัสสาวะ และระบบทางเดินอาหาร อาจทำงานผิดปกติ ซึ่งแตกต่างจากคุณภาพชีวิตโรคอื่น ๆ
3. ต้องใช้เวลานานในการที่ผู้ป่วยจะปรับตัวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในประสบการณ์ของเขา
4. มีความแตกต่างในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด และ ที่ได้รับรังสีน้อยลง อย่างมีนัยสำคัญ

5. เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก สิ่งสำคัญก็คือ การจับคู่เปรียบเทียบอายุ เช่น ผู้ชายที่มีอายุสูงกว่าอาจจะต้องมีการพัฒนาในเรื่องเพศ ระบบขับถ่ายปัสสาวะ หรือระบบทางเดินอาหารที่ทำงานผิดปกติ โดยขึ้นอยู่กับการรักษา

ในอนาคตอาจจะต้องมีการศึกษาแบบ Cohort Studies และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ดีกว่านี้

โยชิ อะไร (Yoichi Arai)⁷⁵ และคณะ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากหลังผ่าตัด ในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 60 คน เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแล้ว 12 เดือน จำนวน 32 คน กับผู้ป่วยที่กำลังรอผ่าตัดจำนวน 28 คน โดยใช้ General Health-Related QOL Measured with the European Organization for Research and Treatment of Cancer Prostate Cancer QOL Questionnaire พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มในเรื่องของคุณภาพชีวิตทั่วไป ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีสมรรถภาพทางเพศลดลง เช่น การลดลงของ Erection , การลดลงของกิจกรรมทางเพศ , การลดลงของความพึงพอใจใน Sex Life โดยลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่กำลังรอการผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเต็มใจและยอมรับความเจ็บป่วยหลังการผ่าตัดเพื่อที่จะมีชีวิตรอด ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาเรื่องระบบขับถ่าย จากรายงานผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ค่อยพอใจกับสมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัด เพราะฉะนั้น ก่อนผ่าตัดจึงควรมีการให้คำปรึกษา ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

จีออง ฮี ฮอง (Jeong Hee Hong)⁷⁶ และคณะ ได้ศึกษาความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก (FACT-P) ในผู้ป่วยประเทศเกาหลี โดยใช้สถิติ Cronbach's Alpha Coefficient พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.7 (0.73-0.89) ยกเว้น คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ได้ 0.6 ซึ่งสรุปแล้ว FACT-P เป็นเครื่องมือที่พัฒนาแล้วซึ่งมีความถูกต้องและเที่ยงตรง สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากได้ทั้งในด้านคลินิกและการวิจัย

ไชยงค์ นวลยง¹¹ ได้ศึกษาเรื่องการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้กล้องผ่านหน้าท้อง รายงานผลการรักษาระยะเริ่มแรกในไทย พบว่า การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยใช้กล้องผ่านหน้าท้องเป็นการผ่าตัดที่ยาก แต่ถือเป็นทางเลือกที่สามารถทำได้ เพื่อใช้ในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากระยะต้น ผลของการผ่าตัดดีขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อผู้ทำการผ่าตัดมีประสบการณ์มากขึ้น

ไบรอัน เอ เวบเบอร์ (Bryan A. Weber)⁷⁷ และคณะ ได้ศึกษาแรงสนับสนุนและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด แบบ Case Control ในผู้ป่วยจำนวน 72 คน หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์กับ 8 สัปดาห์ ด้วยเครื่องมือ General Health-Related Quality of Life (SF 36), Prostate Cancer – Specific Quality of Life (UCLA Prostate Cancer Index) และ Self-Efficacy (Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment) ผลปรากฏว่า ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

Prostatectomy คือ ปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ สมรรถภาพทางเพศ และระบบขับถ่าย ผลลัพธ์นี้จะทำให้การรับรู้ในตนเองลดลงจากประสบการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน นั่นคือผู้ป่วยจะต้องรู้วิธีที่จะจัดการภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาี้ แสดงว่า แรงสนับสนุนมีประสิทธิผลที่ทำให้การรับรู้ ในตนเองเพิ่มมากขึ้น เพราะว่าการลงมือปฏิบัติในเรื่องของการสนับสนุนจากผู้ที่มีประสบการณ์การผ่าตัดมาแล้ว จะเป็นการจัดการที่สำเร็จ ดังนั้นผู้ป่วยควรจะได้รับทักษะใหม่ ๆ การปฏิบัติจะมีผลต่อปฏิกิริยาทางสังคม อารมณ์ ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติมีดังนี้

อายุ: ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าจะมีสถานะทางจิตใจที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า เพราะฉะนั้น ควรจะแทรกแซงปฏิบัติในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่าเพราะจะลดการแยกตัวออกจากสังคมของพวกเขาได้

ระดับการศึกษา: ในการศึกษาี้ผู้ป่วยที่ระดับการศึกษาสูง จะมีปัญหาทางด้านสมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัดน้อย เพราะว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงสังคมสามารถใช้ประโยชน์บริการสุขภาพของสาธารณะได้ เช่น คลินิกแก้ปัญหามสมรรถภาพทางเพศ เช่น Phosphodiesterase-5 (Viagra), Penile Implants, Pumps, Ring และ Injections และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าอาจจะมี การตอบรับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพได้ดีกว่าที่ให้คำแนะนำในเรื่องการออกกำลังกายที่อุ้งเชิงกราน (ขมิบก้น) เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดและเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ

การรับรู้ในตนเอง: โดยใช้ทฤษฎีของ Bandera's Self-Efficacy ผลปรากฏว่า แรงสนับสนุนทำให้ Self-Efficacy สูงขึ้น ผู้ชายที่มีการรับรู้ที่สูงกว่าจะมีการเตรียมการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากได้ดีกว่า โดย Self-Efficacy เป็นเครื่องมือที่วัดในเรื่องของสมรรถภาพทางเพศ ปัญหา ระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

เปกกี วอร์ด สมิท และ เจมี เมล (Peggy Ward-Smith, Jamie Mehl)⁷⁸ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากก่อนและหลังผ่าตัด ในระยะยาวโดยใช้เครื่องมือ Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P) ศึกษาในผู้ป่วย 56 คน ก่อนผ่าตัด 1 เดือน และหลังผ่าตัด 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ระยะเวลา 6 เดือน มีผลทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในด้านความผาสุกทางด้านสังคมและทางด้านเฉพาะโรคมะเร็ง ต่อมลูกหมากสาเหตุแรกที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคือความพึงพอใจในเรื่องสมรรถภาพทางเพศ ลักษณะประชากรที่พบจะเป็นคนผิวขาว การศึกษาสูง และรายได้สูง ผลทางลักษณะประชากรจะเป็นข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ลิตทิพร ศรีนวนัด (Sittiporn Srinualnad)⁷³ ได้ศึกษาเรื่องประสบการณ์แรกเริ่มของการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด พบว่า คุณภาพชีวิตหลังจากผ่าตัดต้องกลิ้งเพื่อรักษามะเร็งต่อมลูกหมากนั้นเป็นสิ่งสำคัญ และได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก การผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดนั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการผ่าตัด มีความปลอดภัย และสามารถทำได้ อย่างไรก็ตามเทคนิคการผ่าตัดควรได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้การควบคุมมะเร็งที่ดีขึ้นกว่าระยะเริ่มต้น นอกจากนี้การติดตามผู้ป่วยในระยะยาวมีความจำเป็นที่จะประเมินถึงสมรรถภาพทางเพศและภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยเหล่านี้

อาเล็กซ์ เกว (Alex K. Wu)⁷⁹ และคณะ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากกับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี พบว่า การรักษาหลายวิธีอาจทำให้นำมาสู่ความเสื่อมของคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยเฉพาะในเรื่องระบบขับถ่ายปัสสาวะ การมีเพศสัมพันธ์ ผลลัพธ์ของงานวิจัยอาจจะนำมาเป็นข้อพิจารณาและให้คำปรึกษาที่เหมาะสมต่อการเริ่มการรักษาในหลาย ๆ วิธีร่วมกัน

เดวิท เอฟ เพนสัน (David F. Penson)⁸⁰ และคณะ ได้ศึกษาผลลัพธ์ของระบบทางเดินปัสสาวะและสมรรถภาพทางเพศ ใน 5 ปีต่อมาหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกพบว่ามีผู้ชาย 14% ที่มีปัสสาวะรั่วซึมตลอด มี 10 % ที่ควบคุมปัสสาวะไม่ได้ภายใน 24 เดือนภายหลังผ่าตัด ($P=0.07$) มี 28% ที่มีสมรรถภาพทางเพศดี ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ว่า ระบบขับถ่ายปัสสาวะกับสมรรถภาพทางเพศทำงานไม่เป็นปกติใน 5 ปีต่อมาหลังการผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออก ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญมากในคุณภาพชีวิต

เดวิท ที อีตัน และสตีเฟน เจ เลปอร์ (David T. Eton & Stephen J Lepore)⁸¹ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก แบบ Review of Literature พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นการรวมเข้าด้วยกันของคุณภาพชีวิตด้านโรคและคุณภาพชีวิตด้านทั่วไป โดยอาการของโรคและการรักษามีผลต่อคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์มีความแตกต่างกันในเรื่อง ระยะของโรค เวลา ชนิดของการรักษา ผลกระทบที่เกิดขึ้น เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะ สมรรถภาพทางเพศ ระบบขับถ่าย ซึ่งการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ยังขาดอยู่ เช่น Bodily Pain, Less Vitality/Energy, Poor Social และ Emotion Well Being และยังพบว่า สิ่งที่สำคัญ ไม่เพียงแต่ประสิทธิภาพของการรักษาเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงการตัดสินใจที่มีผลกระทบต่อผลของการรักษาในเรื่องคุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้วย ดังนั้นผลงานวิจัยที่จะกล่าวถึงไม่เพียงแต่ผลลัพธ์ของการรักษาเท่านั้น แต่จะต้องมีเรื่อง การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นด้วย เช่น ความเจ็บปวด ความอ่อนล้า เท่า ๆ กับสภาพของจิตใจ

ความสัมพันธ์ของการรักษาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจะเป็นตัวช่วยในการตัดสินใจในเรื่องของการรักษาให้กับผู้ป่วย แพทย์ ซึ่งจะเป็นการชั่งน้ำหนักและช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการเลือกวิธีการรักษาได้เพียงพอ ถ้าข้อมูลนั้นมีความชัดเจน ท้ายที่สุดคอรัสของการรักษาจะต้องพบในความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจ ของผู้ป่วยและครอบครัวของเขา

โรดริโก ฟรอตตา (Rodrigo Frota)⁸² และคณะ ได้ศึกษาการเปรียบเทียบเทคนิควิธีการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ระหว่างการเปิดหน้าท้อง การส่องกล้อง และด้วยหุ่นยนต์ การติดตามผลการรักษาระยะหลังผ่าตัด พบว่า ความสำเร็จทางการรักษาของวิธีส่องกล้องและหุ่นยนต์คล้ายกัน แต่ถ้าเปรียบเทียบกับแบบเปิดหน้าท้อง แบบส่องกล้องกับหุ่นยนต์จะเสียเลือดน้อยกว่า มีการฟื้นตัวที่เร็วกว่า แผลผ่าตัดสวยกว่า ซึ่งการผ่าตัดแบบหุ่นยนต์จะเป็นเทคนิคที่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่าโดยไม่ต้องสงสัย

ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์⁸³ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว และปัญหาสุขภาพ

ฟรีดแมน (Frieman)⁸⁴ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทางด้านจิตใจในผู้หญิงสูงอายุ 80 คนด้วยโรคหัวใจ พบว่า ผู้หญิงที่ไม่มีคู่สมรสจะมีการรับรู้ และแรงสนับสนุนน้อย มีผลให้ความผาสุกทางด้านจิตใจลดน้อยลง มากกว่าผู้หญิงที่มีคู่สมรส

เคอร์เทน (Courten AM)⁸⁵ และคณะ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและแรงสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ในโรงพยาบาลศิริราช

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ (Robotic Assistant Laparoscopic Prostatectomy) ในโรงพยาบาลศิริราช เป็นอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 จำนวน 438 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่รับทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 ผ่าตัดไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
2. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
3. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีโรคมะเร็งชนิดอื่นร่วมด้วย
2. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย และการให้ข้อมูลระหว่างการดำเนินการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ใช้สูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2} \quad (\text{Wayne W. Daniel, 2005})^{100}$$

เมื่อ	n	=	จำนวนตัวอย่าง
	$Z_{\alpha/2}^2$	=	ค่าคะแนนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น $(1-\alpha)95\% = 1.96$
	σ^2	=	ค่าความแปรปรวนในประชากรที่ต้องการวัด ในทางปฏิบัติเป็นค่าที่ไม่ทราบค่าจึงประมาณค่าจากการสำรวจนำร่อง (pilot survey) หรือได้จากการศึกษาครั้งก่อนหรือในแหล่งที่อ้างอิงได้
	d	=	Allowable Error ของค่าประมาณความแตกต่างระหว่าง Population mean
	α	=	โอกาสหรือความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณจะผิดไปจากประชากร

จากการศึกษาของ จีออง ฮี ฮอง และคณะ (Jeong Hee Hong)⁷⁶ ได้ศึกษาความเที่ยงและความตรงของเนื้อหาเครื่องมือ FACT-P สำหรับวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากของประเทศเกาหลี (The Functional Assessment of Cancer therapy – Prostate (FACT-P) Scale in Men with Prostate Cancer: Reliability and Validity of the Korean Version) พบว่าค่าเฉลี่ย (mean) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเท่ากับ 104.9 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 19.2

จากสูตรกำหนดให้	$Z_{\alpha/2}^2$	=	1.96
	σ^2	=	19.2
	α	=	0.05
	d	=	3

โดยอ้างอิงจากค่า Minimally Important Differences for Select Facit Scale ของ FACT-G จากการศึกษาคิมเบอร์รี่ เวสเตอร์ (Kimberly Webster, David Cella and Kathleen Yost)⁵⁸

$$n = \frac{(1.96)^2 (19.2)^2}{(3)^2}$$

$$= 157.35$$

ดังนั้นต้องใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวนอย่างน้อย 157 คน ซึ่งในการศึกษานี้ใช้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จะเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 2 ลักษณะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ วันที่ผ่าตัด ค่ารักษา การรักษาร่วม โรคประจำตัว โรงพยาบาลรักษาต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ Functional Assessment of Prostate Cancer Therapy (FACT-P) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย, ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และข้อคำถามเฉพาะโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จะเป็นแบบสอบถาม Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G) และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ Functional Assessment of Prostate Cancer Therapy (FACT-P) ดัดแปลงจาก FACIT.Org⁸⁷ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกายจำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคมจำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจจำนวน 6 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมจำนวน 7 ข้อ แปลโดย วรชัย รัตนธรรมากร แม้นมมา จิรจรัส และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล⁸⁷ ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านและทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในแต่ละด้านคือ ด้าน Physical Well Being (PWL) = 0.85, Emotion Well Being (EWL)=0.82, Functional Well Being (FWL)=0.82, Social/Family Well Being (SWL)=0.64, Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G)=0.87 ข้อคำถามเฉพาะโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 12 ข้อ โดยขออนุญาตการใช้เครื่องมือจากคณะผู้บริหารข้อมูลของ www.facit.org และแปล FACT-P จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 2 ภาษา หลังจากนั้นนำมาแปลย้อนกลับ (Back Translation) โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากความรู้สึกของผู้ป่วยทั้ง 5 ด้าน ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ในแต่ละข้อคำถาม มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ประเมินค่าระดับคุณภาพชีวิตดังต่อไปนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

4	หมายถึง มากที่สุด
3	หมายถึง ค่อนข้างมาก
2	หมายถึง ปานกลาง
1	หมายถึง เล็กน้อย
0	หมายถึง ไม่เลย

ข้อคำถามเชิงลบ

0
1
2
3
4

การแปลผลคะแนน

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกเป็น คุณภาพชีวิตรายข้อ คุณภาพชีวิตรายด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็น 5 ระดับ ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณหาความกว้างของขั้นดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนของระดับคุณภาพชีวิตรายข้อ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{4 - 0}{5} = 0.80$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 00.80	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
ช่วงคะแนน 00.81 – 01.60	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
ช่วงคะแนน 01.61 – 02.40	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ช่วงคะแนน 02.41 – 03.20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
ช่วงคะแนน 03.21 – 04.00	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

$$\text{ช่วงคะแนนของระดับคุณภาพชีวิตความผาสุกด้านร่างกาย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{28 - 0}{5} = 5.60$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 05.60	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
ช่วงคะแนน 05.61 – 11.20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
ช่วงคะแนน 11.21 – 16.80	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ช่วงคะแนน 16.81 – 22.40	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
ช่วงคะแนน 22.41 – 28.00	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

$$\text{ช่วงคะแนนของระดับคุณภาพชีวิตความผาสุก} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

ด้านสังคม/ครอบครัว

$$= \frac{28 - 0}{5} = 5.60$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 05.60	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
ช่วงคะแนน 05.61 – 11.20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
ช่วงคะแนน 11.21 – 16.80	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ช่วงคะแนน 16.81 – 22.40	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
ช่วงคะแนน 22.41 – 28.00	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

$$\text{ช่วงคะแนนของระดับคุณภาพชีวิตความผาสุก} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

ด้านอารมณ์จิตใจ

$$= \frac{24 - 0}{5} = 4.80$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 04.80	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
ช่วงคะแนน 04.81 – 09.60	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
ช่วงคะแนน 09.61 – 14.40	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ช่วงคะแนน 14.41 – 19.20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
ช่วงคะแนน 19.21 – 24.00	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

$$\text{ช่วงคะแนนของระดับคุณภาพชีวิตความผาสุก} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

ด้านการปฏิบัติกิจกรรม

$$= \frac{28 - 0}{5} = 5.60$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 05.60	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
ช่วงคะแนน 05.61 – 11.20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
ช่วงคะแนน 11.21 – 16.80	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ช่วงคะแนน 16.81 – 22.40	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
ช่วงคะแนน 22.41 – 28.00	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

$$\text{ช่วงคะแนนของระดับคุณภาพชีวิตความผาสุก} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

ด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง

$$= \frac{48 - 0}{5} = 9.60$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 09.60	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
ช่วงคะแนน 09.61 – 19.20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
ช่วงคะแนน 19.21 – 28.80	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ช่วงคะแนน 28.81 – 38.40	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
ช่วงคะแนน 38.41 – 48.00	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

$$\text{ช่วงคะแนนของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{156 - 0}{5} = 31.20$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 31.20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
ช่วงคะแนน 31.21 – 62.40	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
ช่วงคะแนน 62.41 – 93.60	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ช่วงคะแนน 93.61 – 124.80	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
ช่วงคะแนน 124.81 – 156.00	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแบบวัดดัดแปลงมาจาก เนตรนภา กุฬพันธ์วิ⁶⁶ โดยใช้แนวคิดของ คอบบ์ (Cobb) ร่วมกับ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al) เพื่อประเมินการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ การได้รับการตอบสนองด้านความต้องการด้านสังคม-อารมณ์ การได้รับการตอบสนองด้านเงินและสิ่งของ และการได้รับการตอบสนองให้คำแนะนำปรึกษา ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ประเมินค่าระดับคุณภาพชีวิตดังต่อไปนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ข้อคำถามเชิงลบ

4	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด	0
3	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นค่อนข้างมาก	1
2	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง	2
1	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเล็กน้อย	3
0	หมายถึง ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ไม่เคยเกิดขึ้นเลย	4

การแปลผลคะแนน

แบ่งระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจำแนกเป็นแรงสนับสนุนรายข้อ แรงสนับสนุนรายด้าน และแรงสนับสนุนโดยรวมเป็น 5 ระดับ ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณหาความกว้างของชั้นดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{4 - 0}{5} = 0.80$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 00.80	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
ช่วงคะแนน 00.81 – 01.60	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
ช่วงคะแนน 01.61 – 02.40	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ช่วงคะแนน 02.41 – 03.20	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
ช่วงคะแนน 03.21 – 04.00	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

$$\text{ช่วงคะแนนของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{20 - 0}{5} = 0.40$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 04.00	หมายถึง	มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก
ช่วงคะแนน 05.00 – 08.00	หมายถึง	มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ช่วงคะแนน 09.00 – 12.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ช่วงคะแนน 13.00 – 16.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ช่วงคะแนน 17.00 – 20.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

ช่วงคะแนนของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม =

$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$

$$= \frac{60 - 0}{5} = 12.00$$

ช่วงคะแนน 00.00 – 12.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมาก

ช่วงคะแนน 13.00 – 24.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ช่วงคะแนน 25.00 – 36.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ช่วงคะแนน 37.00 – 48.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ช่วงคะแนน 48.00 – 60.00 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมาก

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

สร้างแบบสอบถาม 4 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยด้านการเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก Functional Assessment of Prostate Cancer Therapy (FACT-P) และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้งตรวจสอบความตรง (Validity) และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) พิจารณาเครื่องมือว่าแบบสอบถามนั้นครอบคลุมเนื้อหาที่จะวัดได้ครบถูกต้องหรือไม่ โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ 1 ท่านและพยาบาลชำนาญการ 1 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence) ของ ไรวินลิตี และ แสมเบลตัน⁸⁸ ด้วยสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์
หรือนิยามตัวแปรที่ต้องการวัด

R คือ ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในข้อ
คำถามแต่ละข้อ

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาข้อคำถามดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

จากการวิจัยได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือ
เนื้อหา ถ้ามีค่ามากกว่า 0.50 ขึ้นไปถือว่ามีความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มา
ปรับปรุงแก้ไข

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ได้รับ
การปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิมาทดสอบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากที่
โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หา Reliability สถิติที่ใช้คือ Cronbach's Alpha
coefficient จากสูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

α = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อของแบบสอบถาม

$\sum_i^2$ = คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

$\sum_t^2$ = คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

เครื่องมือ	จำนวน (ข้อคำถาม)	ค่าความเชื่อมั่น ทดสอบเครื่องมือ
1. แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก	39	0.88
ด้านความผาสุกด้านร่างกาย	7	0.74
ด้านความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม	7	0.82
ด้านความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ	6	0.72
ด้านความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	7	0.95
ด้านคำถามเฉพาะ โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	12	0.63
2. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม	15	0.81

สำหรับด้านคำถามเฉพาะ โรคมะเร็งต่อมลูกหมากพบว่ามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.63 อธิบายได้ว่า เนื่องจากข้อคำถามมีลักษณะการวัดหลายมิติโดยเป็นคำถามเกี่ยวกับระบบทางเดิน ปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร ภาพลักษณ์ และความรู้สึกทางเพศ ซึ่ง Cella และคณะ อ้างใน นัทธมน วุฒานนท์⁸⁹ ซึ่งเคยให้ความเห็นไว้ว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีลักษณะการวัดหลายมิติค่าความสอดคล้องภายใน หรือค่าความเชื่อมั่นที่ 0.60 อยู่ในเกณฑ์เป็นที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถึง คณะบดีแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตไปพบหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ หัวหน้าสาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ดำเนินการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ทำการศึกษาวิจัย หลังจากนั้นส่งแบบสอบถามไปให้ทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่กลุ่มตัวอย่างและญาติให้ไว้ การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยจะส่งเอกสารแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ถาม

ความสมัครใจและความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งเซ็นหนังสือแสดงเจตนายินยอม โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่มีผลต่อการรับบริการในอนาคต

3. เมื่อได้แบบสอบถามตอบกลับมา ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ อธิบายปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่

ใช้สถิติ One-sample t - test ทดสอบสมมติฐานระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์

ใช้สถิติ One way ANOVA และ Independent Sample t-test ทดสอบความแตกต่างระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้เกณฑ์พิจารณาความสัมพันธ์ของมุนโร (Munro) แบ่งความสัมพันธ์เป็น 5 ระดับ ได้แก่

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระดับความสัมพันธ์

0.00 – 0.25	ต่ำมาก
0.26 – 0.49	ต่ำ
0.50 – 0.69	ปานกลาง
0.70 – 0.89	สูง
0.90 – 1.00	สูงมาก

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

1. แบบสอบถามจะ ไม่มีการระบุชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ จะไม่เปิดเผยถึงแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล
2. แบบสอบถามที่ได้จะเก็บรักษาไว้และจะไม่เปิดเผยแก่บุคคลที่มีได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยเด็ดขาด
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ และสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ (Robotic Assistant Laparoscopic Prostatectomy) ในโรงพยาบาลศิริราช เป็นอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 จำนวน 160 ราย จากจำนวนแบบสอบถามที่ส่งไปทางไปรษณีย์ทั้งหมด 200 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 80.0 ใช้เวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2553 ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2554 รวมเป็นระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์โรงพยาบาลศิริราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนรวมทั้งสิ้น	160	100.0
อายุ (ปี)		
≤60	22	13.7
61-70	58	36.3
>70	80	50.0
$\bar{X} = 69.42$ S.D. = 7.44 Min. = 49 Max. = 87		
จังหวัดที่อยู่ในปัจจุบัน		
กรุงเทพ ฯ	80	50.0
ปริมณฑล	24	15.0
ต่างจังหวัด	56	35.0
สถานภาพสมรส		
คู่	149	93.1
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	11	6.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	24	15.0
มัธยมศึกษา	36	22.5
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	21	13.1
ปริญญาหรือเทียบเท่า	46	28.8
สูงกว่าปริญญาตรี	33	20.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พ่อบ้าน	35	21.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	11.9
ค้าขาย/เกษตรกรรม	21	13.1
รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว	19	11.9
อื่น ๆ (เช่น ข้าราชการบำนาญ)	66	41.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์
โรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ที่ได้รับจากทุกแหล่ง (บาท)		
< 5,000	23	14.3
5,000-10,000	15	9.4
10,000-50,000	96	60.0
> 50,000	26	16.3
Median = 30,000 Q.D. = 19,361.8 Min. = 0 Max. = 1,385,460		
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
พอใช้/มีเก็บสะสม	97	60.6
พอใช้/ไม่มีเก็บสะสม	48	30.0
ไม่พอใช้/ไม่มีหนี้สิน/มีหนี้สิน	15	9.4

จากตารางที่ 4.1 พบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.4 ปี จังหวัดที่อยู่ในปัจจุบันคือกรุงเทพมหานครร้อยละ 50.0 มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 93.1 ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 28.8 อาชีพ คือ ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 41.3 รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือน คือ 10,000-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 30,000 บาท ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นพอใช้และมีเก็บสะสม ร้อยละ 60.6

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต (FACT-P) ของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อม
ลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ด้าน	n	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	p-value	ระดับ QOL
ความพึงพอใจทางด้านร่างกาย	160	0-28	7-28	24.5	4.4	-	สูงมาก
ความพึงพอใจด้านสังคม	149	0-28	1-28	19.1	4.6	-	สูง
ความพึงพอใจด้านอารมณ์ จิตใจ	160	0-24	10-24	19.9	3.4	-	สูงมาก
ความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรม	160	0-28	0-28	19.5	5.2	-	สูง
ข้อคำถามเฉพาะ โรคมะเร็ง- ต่อมลูกหมาก	160	0-48	15-45	35.0	5.9	-	สูง
คะแนนรวมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมลูกหมาก (FACT-P)	149	0-156	67-151	118.0	18.0	<0.01	สูง

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์
โรงพยาบาลศิริราช มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยความพึงพอใจทางด้านร่างกายและความพึงพอใจด้าน
อารมณ์ จิตใจอยู่ในระดับสูงมาก คือ 24.5 และ 19.9 ส่วนความพึงพอใจด้านสังคม ความพึงพอใจด้าน
การปฏิบัติกิจกรรม ข้อคำถามเฉพาะ โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อม
ลูกหมาก อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.1, 19.5, 35.0 และ 118.0 ตามลำดับ ทดสอบ
สมมติฐานแล้วพบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช
มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11
คน ไม่ยินยอมตอบข้อคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 149 คน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธี หุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการ
ผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ลักษณะด้านการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนรวมทั้งสิ้น	160	100.0
ระยะเวลาหลังการผ่าตัด		
1 ปี	70	43.7
2 ปี	64	40.0
3 ปี	26	16.3
ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล		
≤7 วัน	80	50.0
8-14 วัน	65	40.6
>14 วัน	15	9.4
Median = 7.5 Q.D. = 1.5 Min. = 3 Max. = 45		
ระยะเวลาในการคายสวนปัสสาวะ		
≤7 วัน	80	50.0
8-14 วัน	47	29.4
>14 วัน	33	20.6
Median = 7.5 Q.D. = 3.5 Min. = 3 Max. = 45		
สิทธิการรักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ชำระเองเต็มราคา	45	25.7
เบิกจ่ายตรง	89	50.9
ต้นสังกัด	18	10.3
ประกันสังคม	1	0.6
สิทธิ 30 บาท	2	1.1
ประกันชีวิต	15	8.6
อื่น ๆ	15	2.9

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช (ต่อ)

ลักษณะด้านการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)		
<100,000	15	9.4
100,000-200,000	14	8.8
200,000-300,000	70	43.7
>300,000	61	38.1
Median=300,000 Q.D.=45,000 Min. = 80,000 Max.= 400,000		
รักษานิดอื่นร่วมด้วย		
ไม่ได้รับ	116	72.5
ได้รับ	44	27.5
เคมีบำบัด	3	6.8
ฉายแสง	5	11.4
ยาฮอร์โมน	29	65.9
ฉายแสงกับยาฮอร์โมน	7	15.9
โรคประจำตัว		
ไม่มี	31	19.4
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	129	80.6
โรคหัวใจ	22	13.8
โรคความดันโลหิตสูง	83	52.5
โรคไขมันในเส้นเลือดสูง	55	20.8
โรคเบาหวาน	36	13.4
อื่น ๆ	39	14.6
สถานพยาบาลที่รักษาต่อเนื่อง		
โรงพยาบาลศิริราช	148	92.5
โรงพยาบาลอื่น ๆ	12	7.5

จากตารางที่ 4.3 พบว่าปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่ผ่าตัดมาแล้ว 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.7 ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลคือ ≤ 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 เวลาเฉลี่ยคือ 8 วัน โดยระยะเวลานอนสั้นที่สุดคือ 3 วันเนื่องจากผู้ป่วยยินยอมที่จะใส่สายสวนปัสสาวะกลับไปพักฟื้นที่บ้านแล้วจึงนำสายสวนปัสสาวะออกในวันที่แพทย์นัดมาตรวจ ระยะเวลาอนที่ยาวที่สุดคือ 45 วัน เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะคือ ≤ 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 เวลาเฉลี่ยคือ 8 วัน โดยระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะสั้นที่สุดคือ 3 วันและระยะยาวที่สุดคือ 45 วันเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินปัสสาวะได้ สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 50.9 ค่ารักษาพยาบาลราคา 200,000-300,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.7 ราคาเฉลี่ยเท่ากับ 300,000 บาท ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อย่างเดียวไม่ได้รักษานิดอื่นร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 72.5 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 52.5 สถานพยาบาลที่รักษาต่อเนื่อง คือ โรงพยาบาลศิริราช คิดเป็นร้อยละ 92.5

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

แรงสนับสนุนรายด้าน	n	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	Social support
ด้านสังคม-อารมณ์	160	0-20	1-20	14.4	4.0	สูง
ด้านเงินและสิ่งของ	160	0-20	2-20	12.1	5.1	ปานกลาง
ด้านให้คำแนะนำปรึกษา	160	0-20	0-20	11.0	4.3	ปานกลาง
แรงสนับสนุนโดยรวม	160	0-60	14-60	37.5	10.5	สูง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม-อารมณ์อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.4 แรงสนับสนุนด้านเงิน-สิ่งของและด้านให้คำปรึกษาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.1 และ 11.0 ตามลำดับ แรงสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.5

**ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย
ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการ
การผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์โรงพยาบาลศิริราช**

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
ต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	n	Mean	S.D.	t	df	F	p-value
อายุ (ปี)							
< 50-60	21	123.1	18.5	-	-	2.72	0.06
61-70	58	120.2	17.2				
> 70	70	114.4	18.0				
รวม	149	118.0	18.0				
จังหวัดที่อยู่ในปัจจุบัน							
กรุงเทพ ฯ	75	120.1	17.3	-	-	1.48	0.23
ปริมณฑล	23	118.3	15.7				
ต่างจังหวัด	51	114.5	19.7				
รวม	149	118.0	18.0				
สถานภาพสมรส							
คู่	139	118.7	18.1	1.78	147	-	0.07
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	10	108.2	14.1				
รวม	149	118.0	18.0				
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	20	111.8	15.2	-	-	0.99	0.41
มัธยมศึกษา	34	119.1	17.9				
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	19	115.3	20.7				
ปริญญาหรือเทียบเท่า	44	120.7	16.3				
สูงกว่าปริญญาตรี	32	118.4	20.2				
รวม	149	118.0	18.0				

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	n	Mean	S.D.	t	df	F	p-value
อาชีพ							
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พ่อบ้าน	30	119.0	16.9	-	-	0.27	0.94
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	17	121.6	23.9				
ค้าขาย/เกษตรกรรม	21	117.6	13.5				
รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว	18	118.00	12.8				
อื่น ๆ (เช่น ข้าราชการบำนาญ)	63	116.8	19.6				
รวม	149	118.0	18.0				
รายได้ที่ได้รับจากทุกแหล่ง (บาท)							
<5,000	21	118.9	17.8	-	-	0.06	0.98
5,000-10,000	13	117.5	16.7				
10,000-50,000	91	117.5	18.6				
>50,000	24	118.9	17.6				
รวม	149	118.0	18.0				
ฐานะทางเศรษฐกิจ							
พอใช้/มีเก็บสะสม	97	122.71 ^a	14.73	-	-	9.82	<0.01
พอใช้/ไม่มีเก็บสะสม	47	109.81 ^b	19.34				
ไม่พอใช้/ไม่มีหนี้สิน/มีหนี้สิน	15	110.50 ^b	22.67				
รวม	149	118.0	18.00				

หมายเหตุ: ^{a,b} ตัวอักษรที่แตกต่างกันแสดงคู่ที่ต่างกัน

จากตารางที่ 4.5 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจแบบพอใช้/มีเก็บสะสมมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าแบบพอใช้/ไม่มีเก็บสะสม และแบบไม่พอใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คน ไม่ยินยอมตอบข้อคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 149 คน

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	n	Mean	S.D.	t	df	F	p-value
ระยะเวลาหลังการผ่าตัด							
1 ปี	64	118.4	17.6	-	-	0.06	0.93
2 ปี	61	117.9	18.9				
3 ปี	24	116.9	17.4				
รวม	149	118.0	18.0				
ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล							
≤7 วัน	75	118.8	18.1	-	-	1.66	0.19
8-14 วัน	59	118.8	16.2				
>14 วัน	15	109.9	23.0				
รวม	149	118.0	18.0				
ระยะเวลาในการคายสวนปัสสาวะ							
≤7 วัน	76	121.1 ^a	16.5	-	-	3.67	0.02
8-14 วัน	44	117.2	17.9				
>14 วัน	29	110.7 ^b	20.2				
รวม	149	118.0	18.0				
สิทธิการรักษาพยาบาล							
เบิกไม่ได้	44	120.73	14.2	1.37	108.37	-	0.22
เบิกได้	105	116.79	19.3				
รวม	149	118.0	18.0				
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)							
<100,000	14	122.5	15.2	-	-	1.08	0.35
100,000-200,000	12	124.0	13.7				
200,000-300,000	66	115.7	17.7				
>300,000	57	118.1	19.6				
รวม	149	118.0	18.0				

หมายเหตุ: ^{a,b} ตัวอักษรที่แตกต่างกันแสดงคู่ที่ต่างกัน

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	n	Mean	S.D.	t	df	F	p-value
รักษานิดอื่นร่วมด้วย							
ไม่ได้รับ	108	120.9	16.6	3.39	147	-	<0.01
ได้รับเคมีบำบัด	41	110.1	19.3				
รวม	149						
โรคประจำตัว							
ไม่มี	30	124.7	13.0	-	62.75	-	<0.01
มี	119	116.2	18.7	2.90			
รวม	149						
สถานพยาบาลที่รักษาต่อเนื่อง							
โรงพยาบาลศิริราช	138	117.8	18.5	-	19.16	-	0.54
โรงพยาบาลอื่น ๆ	11	119.6	8.3	0.61			
รวม	149	118.0	18.0				

จากตารางที่ 4.6 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ ระยะเวลาในการใส่สายสวนปัสสาวะ การรักษานิดอื่นร่วมด้วย และโรคประจำตัว มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดย ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะ ≤ 7 วันมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการคาสายสวนมากกว่า 8 วันขึ้นไป ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อย่างเดียว ไม่ได้รับการรักษานิดอื่นร่วมด้วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานิดอื่นร่วมด้วย เช่น เคมีบำบัด ฉายแสง และฮอร์โมน ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คน ไม่ยินยอมตอบข้อคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 149 คน

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช (n=149)

แรงสนับสนุนทางสังคม	คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก		
	r	ระดับความสัมพันธ์	p-value
ด้านสังคม-อารมณ์	0.53	ปานกลาง	<0.01
ด้านเงินและสิ่งของ	0.21	ต่ำมาก	0.01
ด้านให้คำแนะนำปรึกษา	0.29	ต่ำ	<0.01
แรงสนับสนุนโดยรวม	0.42	ต่ำ	<0.01

จากตารางที่ 4.7 พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม-อารมณ์ ด้านเงินและสิ่งของ ด้านให้คำแนะนำปรึกษา และแรงสนับสนุนโดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม-อารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ แรงสนับสนุนด้านเงินและสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ แรงสนับสนุนด้านให้คำแนะนำปรึกษาและแรงสนับสนุนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อประเมินปัจจัยและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ ในโรงพยาบาลศิริราชเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2552 จำนวน 160 ราย เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและสนับสนุนวิธีการผ่าตัดโดยหุ่นยนต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราชมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 จากการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 118.0 จากคะแนนเต็ม 156.0 คะแนน ซึ่งคะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกด้านร่างกายและความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจอยู่ในระดับสูงมาก และคะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกด้านสังคม ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ข้อคำถามเฉพาะโรคมะเร็งต่อมลูกหมากอยู่ในระดับสูง จึงทำให้ผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อยู่ในระดับสูงเนื่องจาก การผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์จะมีแผลขนาดเล็ก ปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่าวิธีผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง สูญเสียเลือดขณะผ่าตัดจำนวนน้อย จำนวนวันที่ใส่สายสวนปัสสาวะน้อย ประมาณ 7-8 วัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างฟื้นตัวได้เร็ว ร่างกายปรับสภาพเป็นปกติได้เร็วขึ้น กลับบ้านได้เร็ว ลดจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิทธิพร ศรีนวลนัต (Sittiporn Srinualnad)⁷³ และ วิพุล อาร์ พาเทล ราฮัล ทาลี (Vipul R . Patel Rahul Thaly) และคณะ⁹⁰ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดอย่างเดียว ไม่ได้รับการรักษาชนิดอื่นร่วมด้วยก็จะมีสภาพร่างกายที่กลับมาเป็นปกติเร็วขึ้น ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม จะเห็นได้จากคะแนนรายชื่อของความผาสุกทางด้านร่างกายอยู่ใน

ระดับสูงมาก ยกเว้นข้อ “รู้สึกรำคาญผลข้างเคียงของการรักษา” เพราะผลกระทบของการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่สำคัญและพบได้เกือบทุกรายคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ต้องใส่ผ้าอ้อมอนามัย และสมรรถภาพทางเพศลดลง ซึ่งจะพบอาการเหล่านี้ได้มากในระยะเวลาหลังผ่าตัด 6 เดือนแรกและอาการก็ยังคงมีได้จนถึง 5 ปี⁸⁰ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะนอนในโรงพยาบาล 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 50 และมีระยะเวลาในการใส่สายสวนปัสสาวะ ≤ 7 วัน คิดเป็น ร้อยละ 50 จึงเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เพราะการนอนโรงพยาบาลนาน ๆ หรือการใส่สายสวนปัสสาวะนาน ๆ จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การนอนโรงพยาบาลนาน ๆ ทำให้จำกัดกิจวัตรประจำวัน ไม่ได้พบหรือเข้าสังคมกับเพื่อนฝูง รับประทานแต่อาหารเฉพาะโรค ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความเหงา กลัว จิตใจหดหู่เมื่อพบแต่กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยหรือการได้ใส่สายสวนปัสสาวะนาน ๆ ก็อาจทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายจึงส่งผลทำให้ระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างลดลงได้ และปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.5, โรคไขมันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 20.8, โรคหัวใจ ร้อยละ 13.8, โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.4 (ตารางที่ 4.3) ซึ่งโรคประจำตัวดังกล่าวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาเวลายาวนานหรือตลอดชีวิต นอกจากนี้มีผลเสียต่อทางด้านร่างกาย เช่น โรคเบาหวานทำให้แผลผ่าตัดหายช้า หรือโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มมากขึ้น⁹¹ จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังการผ่าตัดมีอาการห่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัด อีกทั้งอาจมีผลกระทบทางด้านภาวะเศรษฐกิจ นอกจากจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายการรักษาโรคประจำตัวของตนเองเพิ่มขึ้นอีก ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่จำเป็นต้องดูแลตนเองเป็นพิเศษ ไม่ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ช่วยเหลือตนเองได้เร็ว ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ามีโรคประจำตัว การศึกษานี้สอดคล้องกับนวมินทร์ สวิระสฤตยดี⁵² วิเคราะห์ลักษณะปัจจัยคัดสรรของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า โรคประจำตัวมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ วรธิดา อัมสุตใจ⁹² ที่พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าที่มี

โรคประจำตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญ เนื่องจากระยะเวลาที่เจ็บป่วยมานานทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเคยชินกับโรคที่เป็นอยู่และสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ การรักษา ร่วม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ที่ไม่ได้รับการรักษาร่วมมีคุณภาพชีวิตดีกว่าที่ได้รับการรักษาร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรักษาของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด คือ เคมีบำบัด ฉายแสง และได้รับฮอร์โมนรักษา ซึ่งผลข้างเคียงของการฉายแสงคือ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผิวหนังบริเวณที่ถูกรังสีอาจมีการเปลี่ยนแปลง มีสีแดงคล้ำ ปวดแสบปวดร้อน ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดคือ ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า คิดเรื่องง่ายเนื่องจากมีเม็ดเลือดขาวต่ำ การรักษาด้วยฮอร์โมนมีผลข้างเคียงคือ ร่างกายมีอาการร้อนวูบวาบ สมรรถภาพทางเพศลดลง⁹³ อาการทางร่างกายมีผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความกลัว จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตไม่ดีของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นอย่างมาก ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ รู้สึกกลัวอาการข้างเคียงของยาที่จะเกิดขึ้น รู้สึกกลัวตาย กลัวความไม่แน่นอนของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ⁹⁴ ที่พบว่าการรักษาที่แตกต่างกันส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนี้ออกต่างกันได้

คะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกด้านสังคมอยู่ในระดับสูงจึงส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง สังเกตได้จากกลุ่มตัวอย่างได้รับกำลังใจจากครอบครัวระดับสูงมาก กลุ่มบุคคลในสังคมที่สำคัญที่สุดก็คือ ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ > 70 ปี ร้อยละ 50 ในวัยนี้จัดเป็นวัยผู้สูงอายุ (Old Age) เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อครอบครัว เป็นวัยที่มีร่างกายเสื่อมโทรมลง ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด⁹⁵ และร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสอยู่ จึงได้รับความรัก กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรส เมื่อมีปัญหาสามารถระบายและปรับความทุกข์ให้กับคนที่ไว้ใจและอยู่เคียงข้างตนเองได้ และถ้าอยู่ในสถานะที่มีความทุกข์ทางด้านร่างกายและจิตใจพร้อมกัน โดยเฉพาะเมื่อรับรู้ได้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง และมีผลข้างเคียงของการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจและเพิ่มความเครียดเป็นอย่างมาก อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เพราะฉะนั้นบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น ภรรยา บุตร จึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะเป็นแรงสนับสนุนให้กำลังใจกับกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด สอดคล้องกับข้อคำถาม ได้รับกำลังใจจากครอบครัว ครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยและรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครองได้คะแนนระดับสูงมาก และการได้ใกล้ชิดกับเพื่อน ๆ หรือได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ๆ ก็ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงได้เช่นกัน เนื่องจากเพื่อนมีความสำคัญต่ออารมณ์ จิตใจ จิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก กลุ่ม

เพื่อนเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา ช่วยแบ่งเบาภาระ ช่วยดูแลยามเจ็บป่วย คอยให้กำลังใจ เพื่อนสามารถชดเชยความผูกพันแทนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ขาดหายไป หรือผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก อาจจะแก้ปัญหาโดยการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ลดลง ดังนั้นแรงสนับสนุนจากสังคมจึงเป็นยาชนิดหนึ่งหรือแรงผลักดันที่ส่งเสริมพลังอำนาจและกำลังใจให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เหลือดำรงต่อไปได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กกร ขลายเข้ม⁹⁵ ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ที่มีภาวะเปราะบาง ปัสสาวะไวเกิน โดยการได้รับแรงสนับสนุนที่เหมาะสมจากบุคคลในเครือข่ายสังคมของเขา โดยเฉพาะแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพจะเป็นกำลังใจและช่วยให้มีการปรับตัวเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณันท์ รัตนิริวิเชียร³⁹ ที่ศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ เมื่อผู้ป่วยหรือบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีโอกาสปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับคำกล่าวของโอเรม⁹⁶ ได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลหรือสังคมมีความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องพึ่งพาให้บรรลุตามความคาดหวัง ทำให้ช่วยดำรงชีวิตและมีสุขภาพที่ดี มีความผาสุกในชีวิต ในภาวะที่เจ็บป่วย การช่วยเหลือที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้านตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะส่งผลให้มีความสุขในครอบครัวได้ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับคะแนนความพึงพอใจเรื่องเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะว่าคนไทยเงินอายถ้าจะพูดหรือแสดงออกเรื่องเพศสัมพันธ์หรือเมื่อ ต้องการคำแนะนำปรึกษา เพราะสังคมไทยและวัฒนธรรมไทยถือว่า เรื่องเพศสัมพันธ์ต้องเป็นความลับปกปิดไม่ควรพูดในที่สาธารณะ โดยเฉพาะทัศนคติของสังคมที่เห็นว่าเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย³⁸ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คนไม่ยินดีตอบคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์ การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ สมรรถภาพทางเพศจะลดลงหรือองคชาติไม่แข็งตัว ถ้าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากพบปัญหานี้แล้วไม่ได้รับการให้คำปรึกษาหรือแก้ไขก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกันจะเห็นได้จาก แรงสนับสนุนด้านให้คำแนะนำปรึกษา จากตารางที่ 4.4 พบว่าแรงสนับสนุนในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก การผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์เป็นนวัตกรรมการรักษาที่ใหม่ในประเทศไทย โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการผ่าตัดด้วยวิธีหุ่นยนต์มีค่อนข้างน้อยจึงมีข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ ที่เผยแพร่ต่อสาธารณชนค่อนข้างน้อย อาจจะสามารสืบค้นได้เฉพาะทาง Internet วารสารทางการแพทย์ แต่สื่อที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ทางด้าน โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ มีค่อนข้างน้อย และโรคมะเร็งต่อมลูกหมากยังเป็นโรคที่ประชาชนชาวไทยยังให้ความสำคัญและความสนใจน้อยกว่า

โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมอง จึงมีการทำคู่มือการปฏิบัติตนหรือหนังสือให้ความรู้ค่อนข้างน้อย และการมาตรวจที่โรงพยาบาลก็ผู้ป่วยนอกซึ่งมีจำนวนคนไข้มาก แพทย์ พยาบาล ต้องทำงานด้วยความเร่งรีบ ทำงานให้ทันกับเวลา ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าได้รับแรงสนับสนุนเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่สำคัญคือ การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและญาติที่เป็นเพศหญิงอาจจะไม่กล้าหรือค่อนข้างอายในการเริ่มต้นสนทนาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ หรือกลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่กล้าตอบความเป็นจริง หรือพยาบาลคิดว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจึงหมดวัยที่จะคุยเรื่องสมรรถภาพทางเพศ นอกจากนี้ความเชื่อในสังคมไทยคิดว่าเรื่องเพศศึกษาเป็นเรื่องความลับ เป็นเรื่องที่ต้องปกปิด ไม่ควรนำมาพูดในที่สาธารณะ จึงเป็นช่องว่างทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดข้อมูลทางด้านเพศศึกษา ประกอบกับต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้จริง ๆ ที่จะให้คำปรึกษาทางด้านนี้ได้ เช่น จิตแพทย์ วรรณวิมล คงสุวรรณ⁵¹ กล่าวว่า อุปสรรคของการให้ข้อมูล คำปรึกษา และการประเมินการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ พยาบาลไม่มีเวลา และการไม่เต็มใจในการสนทนาเรื่องเพศสัมพันธ์ การที่จะให้คำปรึกษาได้ พยาบาลต้องตระหนักในคุณค่าของตนเอง ทักษะ และความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การฝึกถามคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์หน้ากระจกหรือกับเพื่อน โดยใช้ PLISSIT Model (แนวทางในการปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการมีเพศสัมพันธ์) เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ซึ่ง P (permission) หมายถึง การขออนุญาต, LI (limited information) หมายถึง การให้ข้อมูล, SS (specific suggestion) หมายถึง การให้คำแนะนำที่เฉพาะ, IT (intensive therapy) หมายถึง การรักษาที่จำเป็น จะเห็นได้ว่าขั้นตอนในการให้คำปรึกษาเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและลงรายละเอียดอย่างลึกซึ้ง ผู้ที่ให้คำปรึกษาได้นั้นอาจจะต้องได้รับการฝึกฝนเทคนิคต่างๆจึงจะได้ให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะแทรกซ้อนเรื่องสมรรถภาพทางเพศจึงมีผลกระทบทางด้านจิตใจของเพศชายเป็นอย่างมากถ้าไม่ได้รับการแก้ไขซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

คะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกทางด้านอารมณ์จิตใจอยู่ในระดับสูงมาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง เพราะเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากก็สามารถจะช่วยลดอาการและความทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคได้เช่น อาการปวดเบ่งทางเดินปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะลำบาก ลดภาวะแทรกซ้อนการลุกลามของเนื้อร้ายไปยังอวัยวะอื่น ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างลดความวิตกกังวลลง ลดความเศร้า จากการเจ็บป่วย และลดความกลัวจากการเสียชีวิต มีความหวังว่าตนเองจะหายจากโรคมะเร็ง โดยจะเห็นได้จากคะแนนในแต่ละข้อของความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ มีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก อีกทั้งร้อยละ 72.50 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียวไม่ได้รับ เคมีบำบัด ฉายแสง หรือ

รับประทานยาฮอร์โมน จึงไม่มีอาการข้างเคียงของการรักษาชนิดอื่นร่วมด้วย อีกประเด็นที่น่าสนใจ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะหลังผ่าตัด 1 ปี ร้อยละ 43.70 เนื่องจากภายหลังผ่าตัด 6 เดือน – 1 ปี กลุ่มตัวอย่างสามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ดีในระยะแรก ปฏิบัติตนตามคำสั่งของแพทย์ ดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีความหวังให้ร่างกายได้รับการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว ซึ่งญาติ ครอบครัว แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังให้ความสำคัญและใส่ใจในภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงทำให้พวกเขามีกำลังใจ ไม่กลัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น

คะแนนความพึงพอใจด้านการปฏิบัติกิจกรรมได้คะแนนอยู่ในระดับสูงจึงส่งผลให้ได้คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก เมื่อมีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ไม่มีความเจ็บปวด ทำให้กลุ่มตัวอย่างฟื้นตัวได้เร็ว สามารถทำงานทั่วไปได้ ขับรถได้ ใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนกับผู้อื่น ออกไปพบปะสังสรรค์หรือเข้าสังคมกับเพื่อนฝูงได้

คะแนนความพึงพอใจด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง(ข้อคำถามเฉพาะ โรคกระเพาะต่อมลูกหมาก) อยู่ในระดับสูงจึงส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง เพราะภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดทางด้านร่างกายเช่น แผลผ่าตัด ความปวด สูญเสียเลือด มีก้อนข้างน้อยจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับระดับความสุขที่มีอยู่ในปัจจุบันอยู่ในระดับสูง แต่ในข้อคำถามที่แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างสามารถมีอวัยวะที่แข็งแรงได้ได้คะแนนในระดับต่ำ เนื่องจากเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวขององคชาติ (neurovascular bundle) ได้รับบาดเจ็บหรือถูกตัดไป⁵¹ จึงส่งผลกระทบความพึงพอใจในการทำกิจกรรมเพศสัมพันธ์ สมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจะอยู่ระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับว่าการผ่าตัดได้เก็บรักษาเส้นประสาท neurovascular bundle ไว้หรือไม่ ถ้าเก็บเส้นประสาทผู้ป่วยก็อาจจะพบปัญหานี้น้อยลง นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของเควิน ซี ซอน (Kevin C. Zorn) และคณะ⁹⁷ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ที่มีอายุน้อยสามารถมีการฟื้นตัวของระบบปัสสาวะ ระบบขับถ่ายและสมรรถภาพทางเพศได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก การมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ก็จะส่งผลต่อการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่สำคัญคือ ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ กลั้นปัสสาวะไม่ จากตารางภาคผนวก ง ที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง-สูงมาก แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในเรื่องระบบทางเดินปัสสาวะ ได้ชัดเจนสอดคล้องกับงานวิจัยของสิทธิพร ศรีนวลนัด (Sittiporn Srinualnad)⁹⁸ และ จาเวีย มิเลอร์ (Javier Miller) และคณะ⁹⁹

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยฐานะทางเศรษฐกิจแบบพอใช้/มีเก็บสะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้/ไม่มีเก็บสะสม และดีกว่าฐานะเศรษฐกิจแบบไม่พอใช้/ไม่มีหนี้สิน/มีหนี้สิน จากตารางภาคผนวก ง ที่ 3 ข้อมูลรายได้ของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับฐานะทางเศรษฐกิจ คือกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ ปานกลาง-สูง จะมีฐานะทางเศรษฐกิจดีคือมีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บสะสม เป็นไปตามหลักความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลจะได้สวัสดิการจากระบบสุขภาพของรัฐแต่เนื่องจากปัจจุบันเป็นยุคเศรษฐกิจที่มีค่าครองชีพสูง ข้าว น้ำมัน ก๊าซ เครื่องอุปโภคบริโภคมีราคาเพิ่มสูงขึ้นกลุ่มตัวอย่างจึงจำเป็นต้องนำเงินออมที่เก็บสะสมมาใช้รักษา ผ่าตัด และเดินทางมาตรวจตามนัด อีกทั้งการรักษาต่อเนื่อง เช่น ยาฮอร์โมนที่ค่อนข้างมีราคาแพงถ้ากลุ่มตัวอย่างนั้นไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จึงจำเป็นต้องมีเงินออมเก็บสะสมเพื่อนำมารักษาสุขภาพและใช้ในชีวิตประจำวันภายหลังเกษียณอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ⁹⁴ และ ชิดาวรรณ ไชยมนิ⁴⁸ ที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปรับตัวและการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ผู้ที่มีเศรษฐกิจดีจะรับรู้และให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจไม่ดีเมื่อเจ็บป่วย

แรงสนับสนุนด้านเงินและสิ่งของ จากตารางที่ 4.4 พบว่าแรงสนับสนุนด้านนี้อยู่ในระดับกลาง โดยมีข้อคำถาม ท่านได้รับการแบ่งเบาภาระเรื่องการทำงาน กับ ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจรักษาอยู่ในระดับสูง แต่ได้รับความช่วยเหลือด้านของใช้ เสื้อผ้า อาหาร ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ เป็นช่วงเวลาที่พักผ่อน ยุติการทำงาน ร่างกายทำงานช้าลงจึงมีลูกหลานแบ่งเบาภาระการทำงาน ประกอบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการพักผ่อน ร่างกาย ไม่ควรทำงานหนักจึงต้องมีผู้ช่วยดูแลและแบ่งเบาภาระการทำงาน อีกทั้งในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษา การคมนาคมมีความก้าวหน้า สะดวกสบาย เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมาตรวจตามนัดและได้รับความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการตรวจรักษา โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องมีการแข่งขันสูงในการบริการผู้ป่วยจึงต้องมีกลยุทธ์วิธีในการเรียกผู้รับบริการมาใช้บริการของโรงพยาบาลมากที่สุด เช่น การเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลา การใช้ระบบ Fast Track (ระบบที่อำนวยความสะดวกทุกขั้นตอนในการตรวจรักษา ใช้เวลาสั้นลง) การใช้ระบบ Lean ที่ลดความซ้ำซ้อนในการบริการผู้ป่วยในข้อ “ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อมีปัญหา” ได้คะแนนระดับปานกลาง เนื่องจากรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ประมาณ 10,000-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 96 มีฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้และมีเก็บสะสม คิดเป็นร้อยละ 60.6

อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาล และส่วนใหญ่สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิเบิกจ่ายตรง ร้อยละ 50.9 นอกจากค่าเครื่องมือในการผ่าตัดที่เบิกไม่ได้ ส่วนใหญ่ค่าห้อง ค่ายา จะสามารถเบิกได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้มาก อีกทั้งทางเลือกในการช่วยเหลือทางการเงินในปัจจุบันมีให้เลือกมากขึ้น เช่น ประกันชีวิตสุขภาพ จากบัตรเครดิต กลุ่มตัวอย่างจึงมีเงินหมุนเวียนในการดำเนินชีวิตคล่องขึ้น ทำให้ต้องการความช่วยเหลือในด้านการเงินค่อนข้างน้อย จึงตอบว่าได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อมีปัญหาระดับปานกลาง ซึ่งเป็นเหตุผลเดียวกับข้อ “ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านของใช้ เสื้อผ้า อาหาร” ที่ได้คะแนนระดับต่ำ เพราะกลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจในส่วนนี้ จึงต้องการความช่วยเหลือในส่วนนี้น้อยกว่าในด้านอื่น ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างขาดแคลนในด้านของใช้ เสื้อผ้า อาหาร อาจจะต้องการเงินมากกว่าเพื่อที่จะนำไปซื้อสิ่งของตามที่ตนต้องการ และในข้อ “ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย” ได้คะแนนระดับกลางเนื่องจาก ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอายุ >70 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่อาชีพข้าราชการบำนาญ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องอยู่เฝ้าบ้าน ลูกหลานต้องไปทำงานตอนกลางวัน อาจจะไม่ได้ออกไปพบปะเพื่อนฝูงบ่อยครั้ง เมื่อตนเองเจ็บป่วยจะมีกลุ่มบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเท่านั้น หรือเพื่อนสนิทเท่านั้นที่จะช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วย แต่สำหรับเพื่อน หรือเพื่อนที่ทำงาน กลุ่มสมาคมต่าง ๆ อาจจะไม่ทราบเรื่องการเจ็บป่วย จึงไม่ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบแรงสนับสนุนในด้านนี้ระดับปานกลาง

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราชอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคือ ฐานะทางเศรษฐกิจ โรคประจำตัว การรักษาร่วม และ แรงสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ให้ดีขึ้น ผู้บริหาร ผู้ให้บริการสาธารณสุข ต้องให้ความสนใจในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ประเด็นที่สำคัญคือด้านการให้คำปรึกษา เช่น คำปรึกษาด้านการใช้สิทธิต่าง ๆ เพื่อจะช่วยลดหย่อนค่าผ่าตัด คำปรึกษาด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด การรักษาต่อเนื่อง และจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วย และญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราชเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Section Study) เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ ในโรงพยาบาลศิริราช เป็นอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 จำนวน 160 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ One way, ANOVA, Independent Sample t-test และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
2. กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 118.0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 156 คะแนน พิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกทางด้านอารมณ์จิตใจ อยู่ในระดับสูงมาก และความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกทางด้านปฏิบัติกิจกรรม ข้อคำถามเฉพาะโรคมะเร็งต่อมลูกหมากอยู่ในระดับสูง
3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.5 จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสังคม อารมณ์อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการได้รับการตอบสนองด้านเงิน สิ่งของ กับด้านให้คำแนะนำปรึกษาอยู่ในระดับปานกลาง
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช แต่ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาหลังการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช แต่โรคประจำตัว และการรักษาร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.42$, $p < 0.01$) พิจารณารายด้านพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ด้านที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด คือ การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม-อารมณ์ ($r = 0.53$, $p < 0.01$) ด้านที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ การได้รับการตอบสนองด้านเงินและสิ่งของ ($r = 0.21$, $p = 0.01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ให้บริการเพิ่มการประชาสัมพันธ์การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากและการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมารับการรักษาให้มากขึ้น บริหารจัดการทรัพยากรที่เกี่ยวกับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล เพื่อลดค่าใช้จ่ายส่วนเกินในการผ่าตัดให้กับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่งเสริมและผลักดันให้ภาครัฐเพิ่มสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลในการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ให้กับประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงทุกกลุ่ม อีกทั้งสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้ คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ภาวะแทรกซ้อนของการรักษาที่จะเกิดขึ้น การดูแลรักษาต่อเนื่อง รวมถึงวิธีการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

2. ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วย ญาติ ทีมสหสาขาทางการแพทย์ และตัวแทนผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ส่งเสริมความสัมพันธ์เพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสังคม-อารมณ์และด้านให้คำแนะนำปรึกษา โดยการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยมะเร็ง

ต่อมลูกหมากและจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างเครือข่ายมะเร็งต่อมลูกหมากทำทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีกิจกรรมร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นการสานความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมทั้งรณรงค์ให้ความรู้ชายไทยมีความรู้ป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยเผยแพร่ตามสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรศัพท์ Internet เพื่อให้ประชาชนเพศชายได้ตระหนักและเห็นความสำคัญ การป้องกัน การตรวจสุขภาพคัดกรองการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์กับการผ่าตัดโดยส่องกล้อง
2. ศึกษาต้นทุนการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์
3. ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์แบบ Prospective เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังผ่าตัดในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน 3 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด โดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช
QUALITY OF LIFE OF PROSTATE CANCER PATIENTS WITH ROBOTIC ASSISTED
LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY IN SIRIRAJ HOSPITAL

พรฤดี นราสงค์ 5136370 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ปิยธิดา ตรีเดช, ศ.ด., วงเดือน ปั่นดี, ศ.ด., ไชยงค์ นวลยาง,
พ.บ., ป.ชั้นสูง (ศัลยศาสตร์), ว.ว.(ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นในกระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน ทำให้ทั่วโลกและประเทศไทยตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ ความสุข สุขภาวะที่ดี และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ จะเห็นได้จาก การพัฒนาสุขภาพ หรือสุขภาวะ ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) โดยคำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม สังคมดี เพื่่อมุ่งสร้างระบบสุขภาพพอเพียงให้มีสุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตที่มีความสุขอย่างพอเพียง เชื่อมโยงกับการสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน การมีความสุข สุขภาวะดี การอยู่เย็นเป็นสุข เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการสาธารณสุข

มะเร็ง นับได้ว่ามีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก เพราะมีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยสถิติอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประเทศไทยมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด (C00-D48) เป็นสาเหตุของอัตราตายเป็นลำดับแรก (พ.ศ. 2546-2550) ในจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน³ ประเทศสหรัฐอเมริกาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งอันดับที่ 2 ของเพศชายรองจากมะเร็งปอด ส่วนในประเทศไทย

พบว่า โรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ติด 1 ใน 10 ของเพศชาย⁶ จากรายงานทางสถิติของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ชายเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากอันดับที่ 2 และมีแนวโน้มจะพบมากขึ้นทุกปี

ปัจจุบันมีวิวัฒนาการทางด้านการรักษาพัฒนาเพิ่มมากขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น การฝังแร่ การฉายแสง การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง การผ่าตัดแบบส่องกล้อง และการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ ในปี พ.ศ. 2549 -2550 ได้มีการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งต่อมลูกหมากแบบส่องกล้องที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นจำนวนกว่า 250 ราย และในปี พ.ศ. 2550-2552 วิธีหุ่นยนต์ 438 ราย มีนักวิจัยหลายท่านที่ศึกษาประสิทธิภาพของการผ่าตัดแต่ละวิธีการผ่าตัด การผ่าตัดอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเรื่อง อาการของโรค การรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น สมรรถภาพทางเพศลดลง การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ระบบขับถ่ายผิดปกติ สูญเสียภาพลักษณ์ ความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้มีผลกระทบต่อ แบบแผนการดำเนินชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว และสัมพันธภาพในสังคม โดยชีวิตที่มีความสุขและมีคุณค่าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สามารถวัดได้จาก คุณภาพชีวิต (Quality of Life) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ผู้วิจัยได้ศึกษาแล้วว่ายังไม่พบนักวิจัยท่านใดศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ เพราะฉะนั้นการทำวิจัยครั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ (Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy) ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาการดูแล รักษา การพยาบาล ระบบบริการของโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น จะเป็นข้อมูลสำคัญในการเลือกวิธีการรักษาของผู้ป่วย แพทย์ อีกทั้งเป็นข้อมูลหนึ่งช่วยในการตัดสินใจลงทุนทางด้านเทคโนโลยีของผู้บริหารโรงพยาบาลและการสนับสนุนการให้บริการสาธารณสุขของภาครัฐเพื่อความเท่าเทียมกันของประชาชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช
2. ประเมินปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับการรักษาวิธีผ่าตัดไปแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2552 เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ อันเนื่องมาจากปัญหาสายตาหรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ญาติผู้ป่วยสามารถอ่านให้ผู้ป่วยฟังและบันทึกลงในแบบสอบถามแทนได้

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ (Robotic Assistant Laparoscopic Prostatectomy) ในโรงพยาบาลศิริราช เป็นอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 จำนวน 438 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตร (Wayne W. Daniel, 2005)¹⁰⁰ การศึกษานี้ใช้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จะเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนที่ 2 ลักษณะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ วันที่ผ่าตัด ค่ารักษา การรักษาร่วม โรคประจำตัว โรงพยาบาลรักษาต่อเนื่อง ส่วนที่ 3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ Functional Assessment of Prostate Cancer Therapy (FACT-P) มี

องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และข้อคำถามเฉพาะ โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนที่ 4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและญาติที่ทำการศึกษาวินิจฉัย หลังจากนั้นส่งแบบสอบถามไปให้ทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่มีความสมบูรณ์ 160 ฉบับ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ One-sample t-test One way ANOVA Independent Sample t-test และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.4 ปี จังหวัดที่อยู่ในปัจจุบันคือกรุงเทพมหานครร้อยละ 50.0 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 93.1 ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 28.8 อาชีพคือข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 41.3 รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือน คือ 10,000-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 30,000 บาท ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นพอใช้และมีเก็บสะสม ร้อยละ 60.6

2. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยความผาสุกทางด้านร่างกายและความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจอยู่ในระดับสูงมาก คือ 24.5 และ 19.9 ส่วนความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ข้อคำถามเฉพาะโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และ คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.1, 19.5, 35.0 และ 118.0 ตามลำดับ ทดสอบสมมติฐานแล้วพบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

3. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่ผ่าตัดมาแล้ว 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.7 ระยะเวลาอนในโรงพยาบาล คือ ≤ 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 เวลาเฉลี่ยคือ 8 วัน โดยระยะเวลาอนสั้นที่สุดคือ 3 วันเนื่องจากผู้ป่วยยินยอมที่จะใส่สายสวนปัสสาวะกลับไปพักฟื้นที่บ้านแล้วจึงนำสายสวนปัสสาวะออกในวันที่แพทย์นัดมาตรวจ ระยะเวลาอนที่ยาวที่สุดคือ 45 วันเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะคือ ≤ 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 เวลาเฉลี่ยคือ 8 วัน โดยระยะเวลาในการคาสายสวนปัสสาวะสั้นที่สุดคือ 3 วันและระยะยาวที่สุดคือ 45 วัน เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินปัสสาวะได้ สิทธิคำรักษาพยาบาลของผู้ป่วยใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง คิดเป็นร้อยละ 50.9 ค่ารักษาพยาบาลราคา 200,000-300,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.7 ราคาเฉลี่ยเท่ากับ 300,000 บาท ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อย่างเดียวไม่ได้รักษาชนิดอื่นร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 72.5 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 52.5 สถานพยาบาลที่รักษาต่อเนื่อง คือ โรงพยาบาลศิริราช คิดเป็นร้อยละ 92.5

4. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธี หุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม-อารมณ์อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.4 แรงสนับสนุนด้านเงิน-สิ่งของและด้านให้คำปรึกษาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.1 และ 11.0 ตามลำดับ แรงสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.5

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัย ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธี หุ่นยนต์โรงพยาบาลศิริราช

วิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจแบบพอใช้/มีเก็บสะสมมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าแบบ พอใช้/ไม่มีเก็บสะสมและแบบไม่พอใช้ โดย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คน ไม่ยินยอมตอบข้อคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 149 คน

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ การรักษานิดอื่นร่วมด้วย และโรคประจำตัว มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดย ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อย่างเดียว ไม่ได้รับการรักษานิดอื่นร่วมด้วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานิดอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีโรคประจำตัว แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม-อารมณ์ ด้านเงินและสิ่งของ ด้านให้คำแนะนำปรึกษา และแรงสนับสนุนโดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อประเมินปัจจัยและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ ในโรงพยาบาลศิริราชเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2552 จำนวน 160 ราย เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลรักษา พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและสนับสนุนวิธีการผ่าตัดโดยหุ่นยนต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราชมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ซึ่งคะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกด้านร่างกายและความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ อยู่ในระดับสูงมาก และคะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกด้านสังคม ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ข้อคำถามเฉพาะ โรคประจำตัวต่อมลูกหมากอยู่ในระดับสูง จึงทำให้ผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีปัจจัยอีกหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อยู่ในระดับสูงเนื่องจาก การผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์จะมีแผลขนาดเล็ก ปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่าวิธีผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง สูญเสียเลือดขณะผ่าตัดจำนวนน้อย จำนวนวันที่ใส่สายสวนปัสสาวะน้อย ประมาณ 7-8 วัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างฟื้นตัวได้เร็ว ร่างกายปรับสภาพเป็นปกติได้เร็วขึ้น กลับบ้านได้เร็ว ลดจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิทธิพร ศรีนวนนัต (Sittiporn Srinualnad)⁷³ และ วิพุล อาร์ พาเทล ราฮัล ทาลี (Vipul R . Patel Rahul Thalaly) และคณะ⁹⁰ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดอย่างเดียว ไม่ได้ได้รับการรักษาชนิดอื่นร่วมด้วยก็จะมีสภาพร่างกายที่กลับมาเป็นปกติเร็วขึ้น ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม จะเห็นได้จากคะแนนรายชื่อของความพึงพอใจทางด้านร่างกายอยู่ในระดับสูงมาก ยกเว้นข้อ “รู้สึกรำคาญผลข้างเคียงของการรักษา” เพราะผลกระทบของการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่สำคัญและพบได้เกือบทุกรายคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ต้องใส่ผ้าอ้อมอนามัย และสมรรถภาพทางเพศลดลง ซึ่งจะพบอาการเหล่านี้ได้มากในระยะเวลาหลังผ่าตัด 6 เดือนแรกและอาการก็ยังคงมีได้จนถึง 5 ปี⁸⁰ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะนอนในโรงพยาบาล 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 50 และมีระยะเวลาในการใส่สายสวนปัสสาวะ ≤ 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 50 จึงเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เพราะการนอนโรงพยาบาลนาน ๆ หรือการใส่สายสวนปัสสาวะนาน ๆ จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การนอนโรงพยาบาลนาน ๆ ทำให้จำกัดกิจวัตรประจำวัน ไม่ได้พบหรือเข้าสังคมกับเพื่อนฝูง รับประทานอาหารเฉพาะโรค ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความเหงา กลัว จิตใจหดหู่เมื่อพบแต่กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยหรือการได้ใส่สายสวนปัสสาวะนาน ๆ ก็อาจทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายจึงส่งผลทำให้ระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างลดลงได้ และปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ซึ่งโรคประจำตัวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาเวลานานหรือตลอดชีวิต นอกจากนี้มีผลเสียต่อทางด้านร่างกาย เช่น โรคเบาหวานทำให้แผลผ่าตัดหายช้า หรือโรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มมากขึ้น⁹¹ จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังการผ่าตัดมีอาการห่อนสมรรถภาพทางเพศเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัด อีกทั้งอาจมีผลกระทบทางด้าน

ภาวะเศรษฐกิจ นอกจากจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายการรักษาโรคประจำตัวของตนเองเพิ่มขึ้นอีก ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ไม่มีโรคประจำตัว ไม่จำเป็นต้องดูแลตนเองเป็นพิเศษ ไม่ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ช่วยเหลือตนเองได้เร็ว ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ามีโรคประจำตัว การศึกษานี้สอดคล้องกับนวนิพันธ์ สวีระสฤทธย⁵² วิเคราะห์ลักษณะปัจจัยกีดสรรของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า โรคประจำตัวมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ การรักษา ร่วม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ที่ไม่ได้รับการรักษาร่วมมีคุณภาพชีวิตดีกว่าที่ได้รับการรักษาร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรักษา ร่วมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัด คือ เคมีบำบัด ฉายแสง และได้รับฮอร์โมนรักษา ซึ่งผลข้างเคียงของการฉายแสงคือ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวหนังบริเวณที่ถูกรังสีอาจมีการเปลี่ยนแปลง มีสีแดงคล้ำ ปวดแสบปวดร้อน ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดคือ ผมร่วง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เหนื่อยล้า การรักษาด้วยฮอร์โมนมีผลข้างเคียงคือ ร่างกายมีอาการร้อนวูบวาบ สมรรถภาพทางเพศลดลง⁹³ อาการทางร่างกายมีผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความกลัว จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตไม่ดีของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นอย่างมาก ความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ รู้สึกกลัวอาการข้างเคียงของยาที่จะเกิดขึ้น รู้สึกกลัวตาย กลัวความไม่แน่นอนของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ⁹⁴ ที่พบว่าการรักษาร่วมที่แตกต่างกันส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมได้สมองต่างกัน

คะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกด้านสังคมอยู่ในระดับสูงจึงส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง สังเกตได้จากกลุ่มตัวอย่างได้รับกำลังใจจากครอบครัว ระดับสูงมาก กลุ่มบุคคลในสังคมที่สำคัญที่สุดก็คือ ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ > 70 ปี ร้อยละ 50 ในวัยนี้จัดเป็นวัยผู้สูงอายุ (Old Age) เป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อครอบครัว เป็นวัยที่มีร่างกายเสื่อมโทรมลง ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด³⁸ และร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ จึงได้รับความรัก กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรส เมื่อมีปัญหาสามารถระบายและปรับความทุกข์ให้กับคนที่ไว้ใจและอยู่เคียงข้างตนเองได้ และถ้าอยู่ในสถานะที่มีความทุกข์ทางด้านร่างกายและจิตใจพร้อมกันโดยเฉพาะเมื่อรับรู้ได้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง และมีผลข้างเคียงของการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจและเพิ่มความเครียดเป็นอย่างมาก อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง เพราะฉะนั้นบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น ภรรยา บุตร จึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะเป็นแรงสนับสนุน

ให้กำลังใจกับกลุ่มตัวอย่างได้ดีที่สุด และการได้ใกล้ชิดกับเพื่อน ๆ หรือได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ๆ ก็ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงได้เช่นกัน เนื่องจาก เพื่อนมีความสำคัญต่ออารมณ์ จิตใจ จิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก กลุ่มเพื่อนเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา ช่วยแบ่งเบาภาระ ช่วยดูแลยามเจ็บป่วย คอยให้กำลังใจ เพื่อนสามารถเช็คความผูกพันแทนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ขาดหายไป หรือผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก อาจจะแก้ปัญหาโดยการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ลดลง ดังนั้นแรงสนับสนุนจากสังคมจึงเป็นยาชนิดหนึ่งหรือแรงผลักดันที่ส่งเสริมพลังอำนาจและกำลังใจให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เหลือดำรงต่อไปได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กกกร ขลายเข้ม³⁵ ที่ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ที่มีกระเพาะปัสสาวะไวเกิน โดยการได้รับแรงสนับสนุนที่เหมาะสมจากบุคคลในเครือข่ายสังคมของเขาโดยเฉพาะแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพจะเป็นกำลังใจและช่วยให้มีการปรับตัวเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับคะแนนความพึงพอใจเรื่องเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะว่าคนไทยเงินอายถ้าจะพูดหรือแสดงออกเรื่องเพศสัมพันธ์หรือเมื่อ ต้องการคำแนะนำปรึกษา เพราะสังคมไทยและวัฒนธรรมไทยถือว่า เรื่องเพศสัมพันธ์ต้องเป็นความลับ ปกปิดไม่ควรพูดในที่สาธารณะ โดยเฉพาะทัศนคติของสังคมที่เห็นว่าเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย³⁸ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คนไม่ยินดีตอบคำถามเรื่องเพศสัมพันธ์ การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือสมรรถภาพทางเพศจะลดลงหรือองคชาติไม่แข็งตัว ถ้าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากพบปัญหานี้แล้วไม่ได้รับการให้คำปรึกษาหรือแก้ไขก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกันจะเห็นได้จาก แรงสนับสนุนด้านให้คำแนะนำปรึกษา อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจาก การผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์เป็นนวัตกรรมการรักษาที่ใหม่ในประเทศไทย โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการผ่าตัดด้วยวิธีหุ่นยนต์มีค่อนข้างน้อยจึงมีข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ ที่เผยแพร่ต่อสาธารณชนค่อนข้างน้อยอาจจะสามารถสืบค้นได้เฉพาะทาง Internet วารสารทางการแพทย์ แต่สื่อที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ทางด้าน โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ มีค่อนข้างน้อย และโรคมะเร็งต่อมลูกหมากยังเป็นโรคที่ประชาชนชาวไทยยังให้ความสำคัญและความสนใจน้อยกว่าโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดในสมอง จึงมีการทำคู่มือการปฏิบัติตนหรือหนังสือให้ความรู้ค่อนข้างน้อย และการมาตรวจที่โรงพยาบาลตึกผู้ป่วยนอกซึ่งมีจำนวนคนใช้มาก แพทย์พยาบาล ต้องทำงานด้วยความเร่งรีบ ทำงานให้ทันกับเวลา ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าได้รับแรงสนับสนุนเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดในระดับปานกลาง อีกทั้งภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่สำคัญคือ การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศ

หญิงและญาติที่เป็นเพศหญิงอาจจะไม่กล้าหรือค่อนข้างอายในการเริ่มต้นสนทนาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ หรือกลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่กล้าตอบความเป็นจริง หรือพยาบาลคิดว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้สูงอายุจึงหมดวัยที่จะคุยเรื่องสมรรถภาพทางเพศ นอกจากนี้ความเชื่อในสังคมไทยคิดว่าเรื่องเพศศึกษาเป็นเรื่องความลับ เป็นเรื่องที่ต้องปกปิด ไม่ควรนำมาพูดในที่สาธารณะ จึงเป็นช่องว่างทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดข้อมูลทางด้านเพศศึกษา ประกอบกับต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านนี้จริง ๆ ที่จะให้คำปรึกษาทางด้านนี้ได้ เช่น จิตแพทย์ วรรณวิมล คงสุวรรณ⁵¹ กล่าวว่า อุปสรรคของการให้ข้อมูลคำปรึกษา และการประเมินการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ พยาบาลไม่มีเวลา และการไม่เต็มใจในการสนทนาเรื่องเพศสัมพันธ์ การที่จะให้คำปรึกษาได้พยาบาลต้องตระหนักในคุณค่าของตนเอง ทักษะ และความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ภาวะแทรกซ้อนเรื่องสมรรถภาพทางเพศจึงมีผลกระทบทางด้านจิตใจของเพศชายเป็นอย่างมากถ้าไม่ได้รับการแก้ไขซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

คะแนนคุณภาพชีวิตความผาสุกทางด้านอารมณ์จิตใจอยู่ในระดับสูงมาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง เพราะเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากก็สามารถจะช่วยลดอาการและความทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคได้เช่น อาการปวดบ่งทางเดินปัสสาวะ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะลำบาก ลดภาวะแทรกซ้อนการลุกลามของเนื้อร้ายไปยังอวัยวะอื่น ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างลดความวิตกกังวลลง ลดความเศร้า จากการเจ็บป่วยและลดความกลัวจากการเสียชีวิต มีความหวังว่าตนเองจะหายจากโรคมะเร็ง โดยจะเห็นได้จากคะแนนในแต่ละข้อของความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ มีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก อีกทั้งร้อยละ 72.50 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดเพียงอย่างเดียวไม่ได้รับ เคมีบำบัด ฉายแสง หรือ รับประทานยาฮอร์โมน จึงไม่มีอาการข้างเคียงของการรักษาชนิดอื่นร่วมด้วย อีกประเด็นที่น่าสนใจ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระยะหลังผ่าตัด 1 ปี ร้อยละ 43.70 เนื่องจากภายหลังผ่าตัด 6 เดือน – 1 ปี กลุ่มตัวอย่างสามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ดีในระยะแรก ปฏิบัติตนตามคำสั่งของแพทย์ ดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีความหวังให้ร่างกายได้รับการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วยโดยเร็ว ซึ่งญาติ ครอบครัว แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังให้ความสำคัญและใส่ใจในภาวะสุขภาพของผู้ป่วย จึงทำให้พวกเขามีกำลังใจ ไม่กลัวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น

คะแนนความผาสุกทางการปฏิบัติกิจกรรมได้คะแนนอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้ได้คะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง เนื่องจากเมื่อมีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ไม่มีความเจ็บปวด ทำให้กลุ่มตัวอย่างฟื้นตัวได้เร็ว สามารถทำงานทั่วไปได้ ขับรถได้ ใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนกับผู้อื่น ออกไปพบปะสังสรรค์หรือเข้าสังคมกับเพื่อนฝูงได้

คะแนนความผาสุกด้านสาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง(ข้อคำถามเฉพาะโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก)อยู่ในระดับสูงจึงส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง เพราะภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดทางด้านร่างกายเช่น แผลผ่าตัด ความปวด สูญเสียเลือด มีก้อนข้างน้อยจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจกับระดับความสุขที่มีอยู่ในปัจจุบันอยู่ในระดับสูง แต่ในข้อคำถามที่แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างสามารถมีอวัยวะที่แข็งแรงได้ได้คะแนนในระดับต่ำ เนื่องจากเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวขององคชาติ(neurovascular bundle) ได้รับความเจ็บหรือถูกตัดไป⁵¹ จึงส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการทำกิจกรรมเพศสัมพันธ์ สมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจะอยู่ระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับว่าการผ่าตัดได้เก็บรักษาเส้นประสาท neurovascular bundle ไว้หรือไม่ ถ้าเก็บเส้นประสาทผู้ป่วยก็อาจจะพบปัญหานี้น้อยลง นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของเควิน ซี ซอน(Kevin C. Zorn)และคณะ⁹⁷ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ที่มีอายุน้อยสามารถมีการฟื้นตัวของระบบปัสสาวะ ระบบขับถ่ายและสมรรถภาพทางเพศได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก การมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ก็จะส่งผลต่อการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดต่อมลูกหมากที่สำคัญคือ ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ กลั้นปัสสาวะไม่ จากตารางภาคผนวก ง ที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง-สูงมาก แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในเรื่องระบบทางเดินปัสสาวะได้ชัดเจนสอดคล้องกับงานวิจัยของ สิททิพร ศรีนวลนัต (Sittiporn Srinualnad)⁹⁸ และ จาเวีย มิลเลอร์ (Javier Miller) และคณะ⁹⁹

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) โดยฐานะทางเศรษฐกิจแบบพอใช้/มีเก็บสะสมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้/ไม่มีเก็บสะสม และดีกว่าฐานะเศรษฐกิจแบบไม่พอใช้/ไม่มีหนี้สิน/มีหนี้สิน จากตารางภาคผนวก ง ที่ 3 ข้อมูลรายได้ของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับฐานะทางเศรษฐกิจ คือกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ระดับปานกลาง-สูง จะมีฐานะทางเศรษฐกิจดีคือมีรายได้พอใช้และมีเงินเก็บสะสม เป็นไปตามหลักความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลจะได้สวัสดิการจากระบบสุขภาพของรัฐแต่เนื่องจากปัจจุบันเป็นยุคเศรษฐกิจที่มีค่าครองชีพสูง ข้าว น้ำมัน ก๊าซ เครื่องอุปโภคบริโภคมีราคาเพิ่มสูงขึ้นกลุ่มตัวอย่างจึงจำเป็นต้องนำเงินออมที่เก็บสะสม

มาใช้รักษา ผ่าตัด และเดินทางมาตรวจตามนัด อีกทั้งการรักษาต่อเนื่อง เช่น ยาฮอร์โมนที่ค่อนข้างมีราคาแพงถ้ากลุ่มตัวอย่างนั้นไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จึงจำเป็นต้องมีเงินออมเก็บสะสมเพื่อนำมารักษาสุขภาพและใช้ในชีวิตประจำวันภายหลังเกษียณอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ อินทรสมใจ⁹⁴ และ ธิดาวรรณ ไชยมณี⁴⁸ ที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปรับตัวและการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ผู้ที่มีเศรษฐกิจจะรับรู้และให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจไม่ดีเมื่อเจ็บป่วย

แรงสนับสนุนด้านเงินและสิ่งของ จากตารางที่ 4.4 พบว่าแรงสนับสนุนด้านนี้อยู่ในระดับกลาง โดยมีข้อคำถาม ท่านได้รับการแบ่งเบาภาระเรื่องการทำงาน กับ ได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจรักษาอยู่ในระดับสูง แต่ได้รับความช่วยเหลือด้านของใช้ เสื้อผ้า อาหาร ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ เป็นช่วงเวลาที่พักผ่อน ยุติการทำงาน ร่างกายทำงานช้าลงจึงมีลูกหลานแบ่งเบาภาระการทำงาน ประกอบกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องการพักฟื้นร่างกาย ไม่ควรทำงานหนักจึงต้องมีผู้ช่วยดูแลและแบ่งเบาภาระการทำงาน อีกทั้งในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษา การคมนาคมมีความก้าวหน้า สะดวกสบาย เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมาเร่งต่อมลูกหมากมาตรวจตามนัดและได้รับความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการตรวจรักษา โรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องมีการแข่งขันสูงในการบริการผู้ป่วยจึงต้องมีกลยุทธ์วิธีในการเรียกผู้รับบริการมาใช้บริการของโรงพยาบาลมากที่สุด เช่น การเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลา การใช้ระบบ Fast Track (ระบบที่อำนวยความสะดวกทุกขั้นตอนในการตรวจรักษา ใช้เวลาสั้นลง) การใช้ระบบ Lean ที่ลดความซ้ำซ้อนในการบริการผู้ป่วย ในข้อ “ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อมีปัญหา” ได้คะแนนระดับปานกลาง เนื่องจากรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ประมาณ 10,000-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 96 มีฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้และมีเก็บสะสม คิดเป็นร้อยละ 60.6 อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาล และส่วนใหญ่สิทธิค่ารักษาพยาบาลเป็นสิทธิเบิกจ่ายตรง ร้อยละ 50.9 นอกจากค่าเครื่องมือในการผ่าตัดที่เบิกไม่ได้ ส่วนใหญ่ค่าห้อง ค่ายา จะสามารถเบิกได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้มาก อีกทั้งทางเลือกในการช่วยเหลือทางการเงินในปัจจุบันมีให้เลือกมากขึ้น เช่น ประกันชีวิต สุขภาพ จากบัตรเครดิต กลุ่มตัวอย่างจึงมีเงินหมุนเวียนในการดำเนินชีวิตคล่องขึ้น ทำให้ต้องการความช่วยเหลือในด้านการเงินค่อนข้างน้อย จึงตอบว่าได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อมีปัญหา ระดับปานกลาง ซึ่งเป็นเหตุผลเดียวกับข้อ “ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านของใช้ เสื้อผ้า อาหาร” ที่ได้คะแนนระดับต่ำ เพราะกลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจในส่วนนี้ จึงต้องการความช่วยเหลือในส่วนนี้น้อยกว่าในด้านอื่น ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างขาดแคลนในด้านของใช้ เสื้อผ้า อาหาร และยา

อาจจะต้องการเงินมากกว่าเพื่อที่จะนำไปซื้อสิ่งของตามที่ตนต้องการ และในข้อ “ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย” ได้คะแนนระดับกลางเนื่องจาก ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอายุ >70 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่อาชีพข้าราชการบำนาญ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องอยู่เฝ้าบ้าน ลูกหลานต้องไปทำงานตอนกลางวัน อาจจะไม่ได้ออกไปพบปะเพื่อนฝูงบ่อยครั้ง เมื่อตนเองเจ็บป่วยจะมีกลุ่มบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเท่านั้น หรือเพื่อนสนิทเท่านั้นที่จะช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วย แต่สำหรับเพื่อนหรือเพื่อนที่ทำงาน กลุ่มสมาคมต่างๆอาจจะไม่ทราบเรื่องการเจ็บป่วย จึงไม่ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านนี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตอบแรงสนับสนุนในด้านนี้ระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ให้บริการเพิ่มการประชาสัมพันธ์การรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากและการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมารับรักษาให้มากขึ้น บริหารจัดการทรัพยากรที่เกี่ยวกับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล เพื่อลดค่าใช้จ่ายส่วนเกินในการผ่าตัดให้กับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่งเสริมและผลักดันให้ภาครัฐเพิ่มสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลในการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ให้กับประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงทุกกลุ่ม อีกทั้งสนับสนุนการให้ข้อมูลความรู้ คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาที่จะเกิดขึ้น การดูแลรักษาต่อเนื่อง รวมถึงวิธีการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

2. ประสานความร่วมมือกับผู้ป่วย ญาติ ทีมสหสาขาทางการแพทย์ และตัวแทนผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ส่งเสริมความสัมพันธ์เพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสังคม-อารมณ์และด้านให้คำแนะนำปรึกษา โดยการจัดตั้งชมรมผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากและจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างเครือข่ายมะเร็งต่อมลูกหมากทำทั้งภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีกิจกรรมร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นการสานความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมทั้งรณรงค์ให้ความรู้ชายไทยมีความรู้ป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยเผยแพร่ตามสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ Internet เพื่อให้ประชาชนเพศชายได้ตระหนักและเห็นความสำคัญ การป้องกัน การตรวจสุขภาพคัดกรองการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์กับการผ่าตัดโดยส่องกล้อง
2. ศึกษาต้นทุนการผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์
3. ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์แบบ Prospective เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังผ่าตัดในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน 3 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ



QUALITY OF LIFE OF PROSTATE CANCER PATIENTS WITH ROBOTIC ASSISTED LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY IN SIRIRAJ HOSPITAL

PRONRUDEE NARASONG 5136370 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HOSPITAL ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H., WONGDYAN PANDII, Dr.P.H., CHAIYONG NUALYONG, M.D., FRCST

EXTENDED SUMMARY

Background and significance

Medical technology advancements had been increasingly reported in the age of globalization affecting people's living and health condition. Thailand and other countries worldwide altogether realized the importance of health, happiness, well-being, and quality of life in terms of physical, psychological, emotional, social, and spiritual aspect. According to the 10th National Health Development Plan (B.E. 2550-2554), health or well-being development had considered about the integrated development aiming to set up the sufficiency healthcare contributing to healthy condition, good services, good society, and sufficiency life linking to peaceful society creation. Happiness, well-being and peaceful living were the main components of "quality of life" that was the top target of public health services.

Cancer was the main public health problem worldwide due to its physical, psychological, social, and economical impact. Cancer morbidity and mortality rate became rapidly increased. All types of cancer and tumor (C00-D48) ranked first among causes of death (B.E. 2546-2550) per 100,000 populations in Thailand³. Prostate cancer ranked second among male cancer after lung cancer in USA⁵ whereas prostate cancer in Thailand was in top 10 causes of death among men in Thailand⁶.

According to the statistics of Siriraj Cancer Center, prostate cancer ranked second among male cancer and tended to get increased in the future.

Currently treatment had been developed increasingly and more efficiently including brachytherapy, radiation therapy, conventional open surgery, laparoscopic surgery, and robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy. In Siriraj Hospital, there were over 250 prostate cancer cases of laparoscopic surgery in B.E. 2549-2550, and 438 cases of robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in B.E. 2550-2552. Several researchers had explored efficiency of each type of surgery. Surgery possibly affected living condition and quality of life of patients physically, psychologically, emotionally, and socially. Patients might be concerned about symptoms, treatment, medical expenses, and postoperative complications e.g. erectile dysfunction, urinary incontinence, excretory system disorders, loss of image, and more stress affecting their way of life, family relationship, and social relationship. Happy and valuable life could be assessed from quality of life. Thus, quality of life of prostate cancer patients was significant. However, the researcher had not found any studies on quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy, so the purpose of this study was to explore factors related to quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy. The findings of this study would be utilized for improving medical services of the hospital efficiently and promoting quality of life of patients, as well as being informative for treatment selection of patients and doctors, for decision making of the hospital executive on technology investments, and for public health services equally provided for all people by the government sector.

Objectives

General Objective

To assess quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital.

Research Objective

1. To assess quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital.
2. To assess personal characteristics, disease characteristics, and social support of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy.
3. To explore the relationship between personal characteristics, disease characteristics, social support, and quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital.

Scope of Research

This research explored quality of life of prostate cancer patients who had undergone a robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital for at least 6 months and above since B.E. 2550-2552. The data had been collected through self-administered questionnaires sent via postal mail. If patients could not answer the questionnaires themselves due to their visual problems or illiterateness, their relatives were allowed to read for patients and filled in the questionnaires instead.

Research Methods

This study was the descriptive research. The populations were prostate cancer patients undergoing robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital for at least 6 months and above since B.E. 2550-2552 totally 438 persons based on the sample size calculator (Wayne W. Daniel; 2005)¹⁰⁵. Total samples in this study were 160 persons. Tools for data collection included the questionnaire comprising Part 1: personal characteristics e.g. age, marital status, education level, occupation, income, economic status; Part 2: prostate cancer disease characteristics e.g. surgical date, medical expenses, adjuvant treatments, underlying diseases, and continuous care from the hospital; Part 3: Tools for prostate cancer patients' quality of life assessment i.e. Functional Assessment of Prostate Cancer

Therapy (FACT-P) consisting of 4 following aspects: physical well-being, family & social well-being, emotional & psychological well-being, and functional well-being as well as specific questions about prostate cancer; Part 4: Social support assessment tool collected the data via phone call. The researcher would clarify the research objectives and asked for the samples and their relatives' consent. Then, the questionnaires would be distributed via postal mail. 160 completed questionnaires were returned. The data were analyzed by Frequency, Percentage, Mean, Median, Standard Deviation, Quartile Deviation, One-sample t – test One way ANOVA Independent Sample t-test, and Pearson' Product Moment Correlation Coefficient for testing the relationship between social support and quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital.

Results

1. Personal characteristics

As for personal characteristics of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital, most of them aged 70 years and above. 50.0% of them aged 69.4 years averagely. Their current residence was in Bangkok accounting for 50.0%. 93.1% were married. The highest education level was Bachelor Degree or equivalent accounting for 28.8%. 41.3% of them were pensioners. Their monthly income was 10,000-50,000 baht accounting for 60.0%. Their average income was 30,000 baht. 60.6% of them showed a moderate level of economic status with accumulated savings.

2. Average quality of life of prostate cancer patients

Mean scores of physical well-being and emotional & psychological well-being of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital were at a very high level of 24.5 and 19.9. Mean scores of social well-being, functional well-being, specific questions about prostate cancer, and prostate cancer patients' quality of life were at a high level of 19.1, 19.5, and 35.0, and 118.0 respectively. The hypothesis testing revealed that quality of life of

prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital was at a high level with a statistical significance ($p\text{-value}<0.05$).

3. Disease characteristics of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital

As for disease characteristics of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital, most of them had undergone the surgery for one year ago accounting for 43.7%. Their hospital stay was ≤ 7 days accounting for 50.0% with the average period of 8 days; the shortest period was 3 days as patients accepted to retain the urinary catheter at home and to be removed on the follow-up medical appointment day whereas the longest period was 45 days due to their postoperative complications. The period of retained urinary catheter was ≤ 7 days accounting for 50.0% with the average period of 8 days; the shortest period of retained urinary catheter was 3 days whereas the longest period was 45 days because patients might have complications of urinary system. 50.9% were eligible for direct reimbursement. Their medical expenses were worth 200,000-300,000 baht accounting for 43.7% with the average expenses of 300,000 baht. 72.5% of them had undergone only robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy without any other treatments. Congenital disease of 52.5% was hypertension. The hospital that provided continuous care for them was Siriraj Hospital accounting for 92.5%.

4. Social support for prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital

Mean scores of social-emotional support for prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital were at a high level equivalent to 14.4. Mean scores of financial-material support and advice support were at a moderate level equivalent to 12.1 and 11.0 respectively. Overall support was at a high level equivalent to 37.5.

5. Relationship between personal characteristics, disease characteristics, social support, and quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital

Economic status was related to overall quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital with a statistical significance (p -value <0.05). Moderate economic status with accumulated savings earned higher scores of quality of life than moderate economic status without accumulated savings, and poor economic status. 11 persons did not answer the question relating to sexual matter, so there were remaining 149 persons.

Adjuvant treatments and underlying diseases were related to overall quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital with a statistical significance (p -value <0.05). Prostate cancer patients who had undergone only robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy earned higher scores of quality of life than patients with adjuvant treatments. Prostate cancer patients without underlying diseases had higher scores of quality of life than those with underlying diseases. Social-emotional support, financial-material support, advice support, and overall support were related to quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital with a statistical significance (p -value <0.01).

Discussion

This research involved the assessment of quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital aiming to assess factors and find the relationship between personal characteristics, disease characteristics, social support, and quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital. The samples were 160 prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital for at least 6 months and above since B.E. 2550-2552. The findings of the study would be utilized as a guideline for planning treatment for prostate cancer patients and enhancing robotic surgery in order to develop prostate cancer patients' quality of life. The findings of the study could be discussed as below:

Quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital was at a high level with a statistical significance ($p < 0.05$) according to the hypothesis no.1. Scores of physical well-being and emotional & psychological well-being were at a very high level whereas scores of functional well-being and specific questions about prostate cancer were at a high level, so total scores of quality of life of prostate cancer patients were at a high level. However, there were several more factors affecting quality of life of prostate cancer patients as follows:

Based on the findings, scores of quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy were at a high level as robotic surgery would result in small incision wounds, less pain than conventional open surgery, little blood loss during surgery, short period of urinary catheterization for about 7-8 days. As a result, the samples could be quickly recovered; their physical condition returned to normal earlier, they could return home early, their hospital stay became decreased leading to their good quality of life according to the study of Srinualnad, S.⁷³ and Vipul R. Patel Rahul Thaly et al⁹⁰. Physical condition of the samples receiving only robotic surgery would return to normal earlier, not being a burden on their family and society. Physical well-being scores in each item were at a very high level except the item of “Feeling frustrated with treatment side effects” because main and common side effects of prostate surgery were urinary incontinence requiring adult diapers, and erectile dysfunction. These side effects were frequently reported during the first 6 months after the surgery and could still maintain for another 5 years⁸⁰. Besides, 50% of the samples had stayed in the hospital for 7 days, and retained urinary catheter for ≤ 7 days contributing to high quality of life of prostate cancer patients because long-term hospital stay or urinary catheterization would affect them physically and psychologically. Long-term hospital stay would limit their daily routine, they would not be able to socialize with their friends, had only medical food consumption, did not have relaxed activities, so they felt stressed, worried, fearful, distressed among other patients. In addition, long-term urinary catheterization possibly made them lose their image and be at risk of infection leading to reduced quality of life of the samples. As for the relationship between disease characteristics and quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical

prostatectomy, the findings revealed that prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy without underlying diseases had better quality of life than those with underlying diseases with a statistical significance ($p < 0.05$). The study found that the most common disease among prostate cancer patients was hypertension. Underlying disease was the chronic illness that needed long-term or lifetime treatment and badly affected physical conditions, for example, diabetes made incision wound be healed slowly, or diabetes and hypertension was another cause of increasing erectile dysfunction⁹¹. Thus, prostate cancer patients after the surgery reported more erectile dysfunction resulting in their stress and anxiety affecting their postoperative quality of life. Economical impact might be also reported. In addition to prostate cancer treatment expenses, patients needed to pay more expenses for their own underlying diseases. Prostate cancer patients without underlying diseases did not have to perform special self-care, did not have to adjust their way of life, could be quickly recovered after prostate surgery, became early self-dependent, and were not a burden to other people. As a result, prostate cancer patients without underlying diseases had better quality of life than those with underlying diseases. The findings were consistent with the study of Saweerasarit, N.⁵² on the analysis of selected factors and quality of life of the elderly revealing that underlying diseases were related to quality of life of the elderly.

Other disease characteristics affecting quality of life of prostate cancer patients were adjuvant treatments. Based on the findings, prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy without adjuvant treatments had better quality of life than those with adjuvant treatments with a statistical significance ($p < 0.05$). Adjuvant treatments for prostate cancer patients undergoing robotic surgery included chemotherapy, radiation therapy, and hormone therapy. Side effects of radiation therapy were fatigue, loss of appetite, and skin exposed to radiation treatment might be changed; turning dark red, and having a burning pain. Side effects of chemotherapy were hair loss, nausea and vomiting, diarrhea, and fatigue. Side effects of hormone therapy were hot flashes, and erectile dysfunction⁹³. Physical symptoms affected psychological conditions i.e. stress, anxiety, and fear leading to very poor quality of life of prostate cancer patients. Cancer patients' stress came from physical changes; they were fearful of side effects, death, and uncertain treatment. Accordingly,

the study of Indrasomjai, T.⁹⁴ revealed that different adjuvant treatments affected quality of life of patients with pituitary tumor differently.

Scores of social well-being were at a high level resulting in a high level of overall quality of life. The samples were reported to receive a high level of encouragement from their family. The most significant people included their wife, children, grandchildren, and relatives. This was possibly because most samples aged > 70 years accounting for 50%. They were in the old age and were important to their family. Their physical decline had been associated with their old age requiring close caregivers³⁸. 50% of the samples were married, so they received their spouses' love, encouragement, and attention. When they faced problems, they could express and discuss with their reliable, intimate persons. If they had suffered physically and psychologically especially when they realized their symptoms of cancer as well as the side effects of prostate surgery such as urinary incontinence, erectile dysfunction, they would become more stressed possibly leading to reduced quality of life of patients. Therefore, intimate persons like their wife or children were the important persons who would best give encouragement to these samples. Also, to stay close to friends or receive friend support could contribute to high scores of overall quality of life as friends were crucial for prostate cancer patients emotionally, psychologically, and spiritually. Friends could give advices, alleviate burden, be caregivers, and give encouragement. Friends could provide attachment in replacement of missing family members. Patients with single/widow/divorce/separate status might decreasingly solve their problem by joining as members of the elderly club. Thus, social support was a kind of medication or motivation to empower and encourage patients to continue their quality life happily. Accordingly, the study of Klayyam, K.⁹⁵ revealed that social support was related to quality of life of patients with overactive bladder; proper support from their intimate people especially emotional support from their family members and health team members would encourage them to adjust themselves to deal with health problems appropriately. However, it was remarkable that scores of sexual satisfaction of the samples were at a low level possibly because Thai people were intimidated to talk or express about sexual matters when they needed some advices. This was because Thai society and culture considered that sexual matters had to keep confidential and not to be disclosed in the public domain particularly sexual

intercourse of the elderly was an inappropriate behavior in the social point of view³⁸. There were 11 persons not answering the questions about sex. Main complication of prostate surgery was erectile dysfunction or impotence. If prostate cancer patients did not receive advices or solutions to this problem, their quality of life would also be affected. Based on the findings, advice support was at a moderate level because prostate robotic surgery was an innovative treatment in Thailand. There were rather few hospitals with potential to perform robotic surgery, so quite few information, knowledge, suggestions had been publicized, probably available only in the internet, or medical journal. Nevertheless, knowledge about robotic surgery had been rarely provided through television, radio, and newspaper. In addition, Thai people gave less importance to prostate cancer than other chronic diseases such as heart disease, diabetes, cerebrovascular disease, so there were rather few manual or textbook. During their visit to the outpatient department that doctors and nurses had to work hurriedly to serve a large number of patients, so the samples would feel that they received a moderate level of support regarding the disease and postoperative practice. Moreover, a significant complication of prostate surgery was erectile dysfunction. Most nurses were female, and female relatives might be rather intimidated to start a sexual conversation, or the samples might be afraid of telling the truth, or nurses would consider that the samples were too old to talk about sexual performance. Besides, sexual matters were regarded by Thai society as a confidential matter not being disclosed to the public resulting in lack of sexual information for the samples. Moreover, persons who would give relevant advices had to be the real experts like psychiatrist. Kongsuwan, W.⁵¹ stated that the obstacle of giving information & advices and assessing sexual intercourse of prostate cancer patients was that nurses had no time and were not willing to have a sexual conversation. To be able to give advices, nurses needed to have self-esteem and be knowledgeable about sexual matters. Consequently, complication of sexual performance strongly affected male psychological condition in case of lack of treatment leading to poor quality of life.

Scores of emotional & psychological well-being were at a very high level resulting in a high level of overall quality of life. This was because when the samples had undergone prostate cancer surgery, their symptoms and suffer would be relieved such as urinary tract pain, urinary incontinence, dysuria, and metastasis would be

suppressed. As a result, the samples' anxiety, sadness, and fear of death became decreased, and hoped that their cancer would be cured. Their scores of each item regarding emotional & psychological well-being were at a very high level. 72.50% of the samples received only surgical treatment without chemotherapy, radiation therapy, or hormone therapy, so no side effects of adjuvant treatment were reported. Another interesting point was that most samples had been in the 1-year postoperative period accounting for 43.70%. After the surgery for 6 months – 1 year, the samples could accept their illness during the early stage, follow doctor's instructions, take care of their health continuously, expect their quick recovery, as well as their relatives, family members, doctors, nurses, and public health officers also gave importance and were attentive to patients' health status leading to their encouragement without fear of future problems.

Scores of functional well-being were at a high level resulting in a high level of quality of life of prostate cancer patients. This was because small incision wound without pain enabled the samples to quickly recover, perform their work, drive, normally live daily life, and go out for socialization with their friends.

Scores of other well-being (specific questions about prostate cancer) were at a high level resulting in a high level of overall quality of life. This was because there were rather few complications of surgery such as incision wound, pain, blood loss. As a result, the samples were highly satisfied with their current well-being. However, the questions mentioning that the samples could have male potency earned low scores because the neurovascular bundles were injured or cut off⁵¹ affecting their sexual activities. Sexual performance level of prostate cancer patients depended on whether neurovascular bundles remained after the surgery. If yes, patients would have fewer problems. Also, older age of the samples was relevant. Accordingly, the study of Kevin C. Zorn et al⁹⁷ revealed that young prostate cancer patients with robotic surgery could have better recovery of urinary system, excretory system, and sexual performance than old patients. Underlying diseases, diabetes, hypertension, alcohol drinking, and smoking could also affect erectile dysfunction. Besides, main complications of prostate surgery were dysuria, frequency of urine, and urinary incontinence. Based on appendix Table 1, scores of quality of life of the samples were at a high-very high level. This indicated that robotic surgery could substantially reduce

complications of urinary system according to the study of Srinualnad, S.⁹⁸ and Javier Miller et al⁹⁹.

When analyzing the relationship between personal characteristics and quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy, economic status was reportedly related to quality of life of prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy in Siriraj Hospital with a statistical significance ($P < 0.05$). Moderate economic status with accumulated savings reflected better quality of life than moderate economic status without accumulated savings and poor economic status/without debt/with debt. According to appendix Table 3, income of the samples was consistent with economic status i.e. the samples with moderate-high income would earn sufficiently with accumulated savings in compliance with the principles of economic and social security. Thus, economic status was one of factors affecting quality of life. Although medical expenses were subsidized by the government, but the high cost of living e.g. rice, gasoline, gas, commodities forced the samples to spend their savings on their treatment, surgery, and travel expenses. In addition, continuous treatment such as high cost of hormone therapy required the non-privileged samples to spare their savings for healthcare and daily life after retirement. Accordingly, the study of Indrasomjai, T.⁹⁴ and Chaimanee, T.⁴⁸ reported that economic status affected patients' quality of life because economic status influenced adjustment ability and living in response to basic requirements. Sick people with good economic status would more perceive and pay attention to their health than those with poor economic status.

Based on Table 4.4, financial and material support was at a moderate level. The questions about alleviated work and medical service convenience were at a high level, but a low level belonged to appliances, clothing, and food support. Most samples were pensioners who terminated their work and their physical function became slower, so their work was alleviated by their descendants. In addition, postoperative patients needed to be recovered; not working hard, so they needed someone to provide care and alleviate their work. Presently, medical technology / treatment / transportation facilitated prostate cancer patients' hospital visit. Among high competitive environment of healthcare service, each hospital had to adopt some strategies for attracting clients as much as possible such as special clinic, fast track

system (facilitating every treatment process; taking less time), lean system for reducing repeated services. The question regarding “You were financially supported when needed” got a moderate level as the majority earned about 10,000-50,000 baht accounting for 96%. 60.6% had a moderate level of economic status with accumulated savings that possibly caused the samples to have no problem of spending and medical expenses. Also, most of them accounting for 50.9% were eligible for direct reimbursement including room, medicine except surgical instrument, so the samples could save a large amount of medical expenses. Moreover, there were more alternative sources of financial assistance such as health insurance, credit card, so the samples could achieve better liquidity resulting in less financial requirements. Thus, they reported a moderate level of provided financial assistance. Likewise, the question regarding “You were provided with appliances, clothing, and food support” earned low scores as the samples had no economic problem, so this kind of assistance was less required. If the samples faced shortage of appliances, clothing, food, and medicine, they would rather need money for affording these things. The question regarding “You were provided with assistance when getting sick” earned moderate scores as most samples accounting for 50% aged > 70 years. They were mostly pensioners whose children worked during the day; they had no occupation, stayed at home, and rarely went out for socialization with friends. When they were sick, only family members or close friends would provide assistance for them whereas colleagues or other friends would not know about their illness resulting in lack of assistance. Therefore, the samples reported a moderate level of this kind of support.

Suggestions for Research Utilization

1. Hospital administrators and service providers were advised to increasingly broadcast prostate cancer treatment and robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy; to manage relevant resources efficiently and effectively for reducing surgical expenses for the patients; to encourage and push the government to extend robotic surgery reimbursement to all people, as well as giving information and

advices about prostate cancer, possible complications, continuous care, and self-care practices for prostate cancer patients.

2. It was suggested cooperating with patients, relatives, interdisciplinary team, and representatives who had undergone prostate surgery; enhancing relationships for increasing various supports especially social & emotional support and advice support by establishing the prostate cancer patients club and arranging activities continuously; creating prostate cancer networks inside and outside the hospital in order to promote activities among patients and their relatives and strengthening family relationships; educating Thai men about prevention of prostate cancer through several media such as newspaper, television, and internet in order to make them realize the importance of prevention and screening for prostate cancer.

Suggestions for Next Studies

1. Next studies should compare quality of life between prostate cancer patients with robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy and those with laparoscopic surgery.
2. Next studies should explore total cost of robotic assisted laparoscopic radical prostatectomy.
3. Next studies should be the prospective study on quality of life of prostate cancer patients with robotic surgery; comparing their quality of life before and after the surgery during 3 months, 6 months, 3 years, and 5 years respectively.

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข.แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. Bert Spilker. (1996). Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trial.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราตายตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ.2546-2550. 20 สิงหาคม 2552 <http://www.moph.go.th>
4. Daid S. Ettinger. Current Cancer Therapeutics. IPC print services. USA.; 2009.
5. John Wiley Cancer Research United Kingdom; 2004.
6. วชิร ชขการ. มะเร็งต่อมลูกหมาก. วารสารโรงพยาบาลวิชัยยุทธ 2548; 7: 79-83.
7. สถิติจากสถาบันมะเร็ง. โรงพยาบาลศิริราช; 2550. <http://www.si.mahidol.ac.th>
8. The World Health Organization Quality of Life Assessment Geneva; 1995.
9. Zhan L MS. Quality of life. Conceptual and measurement issue. Journal of Advanced Nursing 1997; 17: 795-800.
10. สุปรานี แดงวงษ์. การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวิวัฒนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2545.
11. ไชยงค์ นวลง. การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากโดยใช้กล้อง. หนังสือประชุมวิชาการชมรม พยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย; 2549: 47-54.
12. พิธีวงศิตาฤกษ์ อัครโครงการพัฒนาศิริราชสู่สถาบันการแพทย์ชั้นเลิศในเอเชียอาคเนย์ วันจันทร์ ที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2551. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
13. พรณทิพา ศักดิ์ทอง. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ. Thai Pharm Health Sci 2007; 2(30): 327-337.
14. สุรางค์ จันทวานิช, วิศนี สิลตระกูล. การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย (การพัฒนาแนวคิดและเครื่องชี้วัดสังคมและคุณภาพชีวิตในต่างประเทศ). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว); 2542.
15. Flangan. J. C. A Research Approach to Improve Our Quality of life. American psychologist 1978; 31: 138-147.

16. Peter M. Faylers & David Machin. Quality of life Assessment Analysis and Interpretation. John Wiley & Sons Ltd.; 2000.
17. Bert Spilker. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trial; 1996: 25-31.
18. Rod O'cooner. Measuring. Quality of life in Health. China; 2004.
19. Joseph Lipscomb et al. Outcomes Assessment in Cancer Measure Methods and Applications. The Press syndicate of the University of Cambridge; 2005.
20. Sloan J A, Cella D, Frost M et al. Assessing clinical significance in measuring oncology patient quality of life. Mayo Clinic Proceeding. 2002; 77(4): 367-370.
21. ศิริพร เหลียงกอบกิจ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกโรคติดต่อบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
22. Cynthia R. King & Pamela S. Hinds. Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives Theory, Research, Practice .Jones and Bartlett Publishers, Inc.; 2003.
23. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2525.
24. UNESCO. Evaluating the quality of life in Belgium. Social Indicators Research; 1980.
25. DEAN. Choosing multiple instrument to measure the quality of life. Oncology; 1985.
26. Stefan Priebe. Quality of Life and Mental Health Care. Wrightson Biomedical Publishing Ltd; 1999.
27. ทองหล่อ เดชไทย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต. การประชุมทางวิชาการสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 5; 2534.
28. Schipper, H., Clinch J., Olweny, C. Quality of life studies: Definition and Conceptual issue. In Quality of life and Phamacoconomics in clinical Trial, Ed B. Spilker; 1996.
29. The World Health Organization; 2004.
30. ชุตีวรรณ จันคามิ. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม ดัชนีชีวิภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโครงการพัฒนาการเข้าการบริการยาต้านการบริกรยาต้านไวรัสระดับชาติ; 2550.
31. R D Hay & BB Reeve. Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life Elsevier Inc; 2008.

32. ศลนันทน์ หงษ์สวัสดิ์. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกบริหารสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
33. ปราณี ทองใส. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
34. Ilene Browner. Quality of Life in Cancer Clinical Trial. Current Cancer Therapeutics; 2009.
35. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศิรอนันต์; 2525.
36. ภัทรพล ดันเสถียร. คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
37. Hanlon, K Y & Longman, A S. Quality of life and Person with Melonoma. Cancer Nursing 1987: 338-346.
38. ศรีเรือน แก้วกังวาน. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 2) วัยรุ่น-วัยสูงอายุ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.
39. ญาณนันทน์ รัตนวิเชียร. แรงส่งเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
40. วรณีย์ สัตยวิวัฒน์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
41. มีนา ชูใจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดเต้านมจังหวัดราชบุรี. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
42. ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตการ (สาขาพยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.

43. ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
44. บุญบา ดันตศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
45. Pender, N.J. Health Promotion in Practice. Norwalk: Appleton & Lange; 1987.
46. ปราณี กาญจนวรวงศ์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
47. ชาญชัย อินทรประวัตติ. การพัฒนาคุณภาพชีวิต. สาขาวิชาทั่วไป สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2551.
48. ธิดาวรรณ ไชยมนิ. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นต่อกระดูกระหว่างก่อนกับหลังผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2551. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
49. แสงรุ่ง สุขจิระทวี. ความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยส่วนบุคคลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตการ (พยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
50. อังคณา เรือนก้อน. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
51. วรณวิมล คงสุวรรณ.ประชุมวิชาการครั้งที่ 4 เรื่อง นวัตกรรมใหม่: การดูแลผู้ป่วยคัดกรองระบบปัสสาวะ. ชมรมพยาบาลระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย. บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด; 2552.
52. นวมินทร์ สวีระสถิตย์. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
53. สุทธิดา กาญจนรังษิ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.

54. Marino L.B. & Kooser, J A. The Psychosocial Care of Cancer of Cancer Clients and Their Families: Periods of High Risk. In cancer Nursing. The C.V. Mosby Company; 1981.
55. Shunichi Namiki et al. Recovery of health related quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: A longitudinal study. International Journal of Urology 2004; 11: 742-749.
56. Stromberg. MF. Selecting and Instrument to measure quality of life oncology. Nursing forum (11September/outcome 1984) 1984: 88-91.
57. Spitzer, W. O, Dobson, A & Hall, J. Measuring the Quality of life of cancer Patient. Chronic Disease, June 1981; 34: 585-597.
58. Kimberly Webster et al. The Function Assessment of Chronic illness Therapy (FACIT) Measurement System: Properties, applications, and interpretation. Health and Quality of outcomes; 2003.
59. วรชัย รัตนธรรธร. ตำราการรักษาโรคมะเร็ง 2. กรุงเทพมหานคร: โฮสต์ดิกพับลิชชิ่ง; 2541.
60. Wilson, I. B, Cleary, P.D. Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life: A conceptual model of patient outcomes. Journal of American Medical Association 1995; 273: 59-65.
61. Sheldon cohen and S. Leonard Syme. Social Support and Health. Academic Press, Inc.; 1985.
62. สิริสุดา ชาวคำเขต. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
63. House J S. Work Stress and social support. Reading MA: Addison-Wesley; 1981.
64. รวมพร คงกำเนิด. แบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. ปรินญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
65. นวรัตน์ สุทธิพงษ์. ผลของการพัฒนาความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.

66. เนตรนภา คู่พันธ์วี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อนเขต 12. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
67. Sheldon Cohen, S. Leonard syme. Social support and health. Academic press. INC.; 1985.
68. ธนิญา น้อยเปียง. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
69. Daid S. Ettinger. Current Cancer Therapeutics. IPC print services. USA; 2009.
70. วชิร ชขการ. มะเร็งต่อมลูกหมาก. วารสารโรงพยาบาลวิชัยยุทธ 2548; 7: 79-83.
71. Rodrigo frota et al. Comparison of Radical Prostatectomy Techniques: Open, Laparoscopic and Robotic assisted. International Braz J Uro 2008; 34: 259-269.
72. Garrett S. Matsunaga, Joy G & Paul L. Establishment of A Robotic Urologic Program in the community setting. Torrance Memorial Center; 2007.
73. Sittiporn Srinualnad. Early Experience of Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy. J Med ASSOC Thai 2008; 377-381.
74. Jame A Talcott & Mark S. Litwin. Measuring Quality of life in prostate cancer: progress and challenges. Out come Assessment in Cancer Measure, Methods and Application. The press Syndicate of the University of Cambridge; 2005.
75. Yoichi Arai, Kazutoshi Okubo, Yoshitaka Aoki et al. Patient-reported Quality of life after radical prostatectomy for prostate cancer. International Journal of Urology 1999; 6: 78-86.
76. Jeong Hee Hong et al. The Functional Assessment of cancer Therapy-Prostate (FACT-P) Scale in men with prostate cancer: Reliability and Validity of the Korean Med Sci 2006; 21: 295-299.
77. Bryan A Weber, Beverly L Roberts, Hossein Yarandi et al. Dyadic support and Quality of life after radical prostatectomy. J men's health Gend, June 2007; 4(2): 156-164.
78. Peggy Ward-Smith, Jamie Mehl. Quality of Life Before and After Prostatectomy as Treatment for Localized Cancer Urologic Nursing, December 2007; 60(27).

79. Alex K. Wu et al. Health related Quality of life inpatients treated with Multimodal therapy for Prostate cancer. The Journal of Urology 2008; 180: 2415-2422.
80. David F. Penson et al. 5-year Urinary and sexual outcome after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. The Journal of Urology 2005; 173: 1701-1705.
81. David T. E Ton & Stephen J. Lepore. Prostate cancer and Health-Related Quality of life. NIH Public Access 2008; 11(4): 307-326.
82. Rodrigo frota et al. Comparison of Radical Prostatectomy Techniques: Open, Laparoscopic and Robotic assisted. International Braz J Uro 2008; 34: 259-269.
83. ทิพย์รัตน์ สุทธิพงษ์ และพรสุพรรณ จารุพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียชัยนาท สถาบันบรมราชชนก; 2544.
84. Friedman MM Social support sources and psychological well being in old woman with heart. Research in nursing and health; 1993.
85. Courten AM, Stevens CJ, Crebolder JM, Philipsen R. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. Cancer nursing; 1996.
86. Facit.org. (1999). <http://www.Facit.org.com>
87. Vorachai Ratanatharathorn, Manmana Jirjarur, Jedsada Maneechavakajorn and Suwannee Sirilerttrakul. Quality of Life Functional Assessment of Cancer Therapy – General . J Med Assoc Thai 2001; 84: 1430-1442.
88. สิทธิธีรสรณ์. เทคนิคการเขียนรายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
89. นัทธมน วุทธานนท์, ขนิษฐา รัตนกลีปยา. ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม FACT-BL ฉบับภาษาไทย ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2553; 25(3).
90. Vipul R. Patel, Rahul Thaly and Ketul Shah. Robotic radical prostatectomy: outcome of 500 case. BJU International 2007; 99: 1109-1112.
91. อนุพันธ์ ดันติวงศ์. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (ตอนที่1). <http://www.si.mahidol.ac.th/sidovtor/e-pl/admin/articl /5/4/2011>.

92. วรริศา อิมสุตใจ. คุณภาพชีวิตวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก).กรุงเทพมหานคร:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
93. พวงทอง ไกรพิบูลย์. สมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย <http://thastro.org/page/hormone/10/4/2011>.
94. ทศนีย์ อินทรสมใจ, นุชสรา เพชรบุตร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเนื้องอกต่อมใต้สมอง. โครงการ
ประชุมวิชาการประจำปี 2553 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (เดิมเต็มวิถีความ
เป็นเลิศขององค์กร; 2553.
95. กกกร ขลายแย้ม. คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่มี
กระเพาะปัสสาวะไวเกิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพัฒน
มนุษย์. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
96. Orem, D. E. Nursing: Concept of Pracyice. (3rd ed), New York: McGraw-Hill book company;
1985.
97. Kevin C. et al. Age-stratified outcomes after robotic-assisted laparoscopic radical
prostatectomy. J Robotic Surg 2007; 1: 125-132.
98. Sittiporn Srinualnad. Outcome of Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy after
112 consecutive case. The Thai journal of urology June 2009; 30(1).
99. Javier Miller et al. Prospective Evaluation of short-Term Impact and Recovery of health
related Quality of life in Men Undergoing Robotic Assisted Laparoscopic Radical
Prostatectomy Versus Open Radical Prostatectomy. The journal of Urology; 2007.
100. Wayne W. Daniel. Biostatistics a Foundation for Analysis in the health sciences. John
Wiley & sons, Inc.; 2005.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไชยรงค์ นวลยง
หัวหน้าสาขาวิชาสัตวศาสตร์ยูโรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุวดี ชาติไทย
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสัตวศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.ยุวดี เกตสัมพันธ์
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพงาน โรงพยาบาลศิริราช
4. นางอารีจิตร บัวเอี่ยม
พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 7 เหนือ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช
แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลลักษณะบุคคลทั่วไป
แบบสอบถามด้านการเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามแรงสนับสนุน
ทางสังคม ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่านและ
เติมข้อความที่ตรงกับความจริงลงในช่องว่าง และกรุณาส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี (บริบูรณ์)
2. จังหวัดที่อยู่ปัจจุบัน.....
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ☐ ปริญญาหรือเทียบเท่า
☐ สูงกว่าปริญญาตรี ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พ่อบ้าน ☐ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ค้าขาย ☐ เกษตรกรรม (ทำสวน, ทำไร่, เลี้ยงสัตว์)
☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้ที่ได้รับ (จากทุกแหล่ง) โดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ท่านคิดว่ารายได้
- ☐ พอใช้/มีเก็บสะสม
 - ☐ พอใช้/ไม่มีเก็บสะสม
 - ☐ ไม่พอใช้/แต่ไม่มีหนี้สิน
 - ☐ ไม่พอใช้/มีหนี้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

1. วัน/เดือน/พ.ศ. ที่ผ่าตัดต่อมลูกหมาก (โดยประมาณ).....
- ระยะเวลานอนในโรงพยาบาล ประมาณ.....วัน
- ระยะเวลาในการกายภาพบำบัด ประมาณ.....วัน
2. สิทธิการรักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐ ชำระเองเต็มราคา
 - ☐ เบิกจ่ายตรง
 - ☐ ต้นสังกัด
 - ☐ ประกันสังคม
 - ☐ สิทธิ 30 บาท/สิทธิบัตรทอง
 - ☐ ประกันชีวิต
 - ☐ อื่น ๆ.....
3. ค่ารักษาพยาบาลและค่าผ่าตัด โดยประมาณ.....(บาท)
4. การได้รับการรักษาชนิดอื่นร่วมด้วย
- ☐ ไม่ได้รับ
 - ☐ ได้รับ
 - ☐ ยาเคมีบำบัด
 - ☐ ฉายแสง
 - ☐ ได้รับยาฮอร์โมน
5. โรคประจำตัว
- ☐ ไม่มี
 - ☐ มี (ถ้ามีตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ โรคหัวใจ

- ☐ โรคความดันโลหิตสูง
- ☐ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง
- ☐ โรคเบาหวาน
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

6. สถานพยาบาลที่ท่านรับการรักษาต่อเนื่องหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

- ☐ โรงพยาบาลศิริราช
- ☐ สถานพยาบาลอื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างนี้ เป็นข้อความที่ผู้ป่วยโรคเดียวกับท่านกล่าวว่ามีค่าสำคัญ ขอให้ท่านอ่านแล้วเลือกวงกลมเพียงหนึ่งหมายเลขในแต่ละหัวข้อ ตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน
ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นอย่างไรบ้าง

1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1.1 ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง.....	0	1	2	3	4
1.2 ข้าพเจ้ามีอาการคลื่นไส้.....	0	1	2	3	4
1.3 เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็น ขณะนี้ทำให้ข้าพเจ้ามีปัญหาใน การรับภาระในครอบครัว.....	0	1	2	3	4
1.4 ข้าพเจ้ามีอาการปวด.....	0	1	2	3	4
1.5 ข้าพเจ้ารู้สึกรำคาญผลข้างเคียง ของการรักษา.....	0	1	2	3	4
1.6 ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย.....	0	1	2	3	4
1.7 ข้าพเจ้าต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ นอนบนเตียง.....	0	1	2	3	4

2. ความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
2.1 ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดสนิทกับ เพื่อน ๆ.....	0	1	2	3	4
2.2 ข้าพเจ้าได้กำลังใจจากครอบครัว	0	1	2	3	4

2.3 ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ฯ.....	0	1	2	3	4
2.4 ครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า.....	0	1	2	3	4
2.5 ข้าพเจ้าพึงพอใจกับการสื่อสารความเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น การพูดให้กำลังใจ.....	0	1	2	3	4
2.6 ข้าพเจ้ารู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนที่คอยดูแลช่วยเหลือ)... คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ตามความประสงค์ของท่าน เพียงหนึ่งคำตอบเท่านั้น ☐ ยินดีตอบคำถาม กรุณาทำข้อ 2.7 ☐ ไม่ยินดีตอบคำถาม กรุณาไปทำข้อ 3.1	0	1	2	3	4
2.7 ข้าพเจ้าพึงพอใจกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนเอง	0	1	2	3	4
3. ความผาสุกทางด้านอารมณ์จิตใจ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
3.1 ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ.....	0	1	2	3	4
3.2 ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจกับการปรับตัวกับความเจ็บป่วยของตนเอง.....	0	1	2	3	4
3.3 ข้าพเจ้ารู้สึกหมดหวังกับการต่อสู้ความเจ็บป่วย.....	0	1	2	3	4
3.4 ข้าพเจ้ารู้สึกกระวนกระวายใจ....	0	1	2	3	4
3.5 ข้าพเจ้ากังวลเกี่ยวกับความตาย..	0	1	2	3	4
3.6 ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง...	0	1	2	3	4
4. ความผาสุกทางการปฏิบัติกิจกรรม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
4.1 ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน).....	0	1	2	3	4

4.2	ข้าพเจ้าพึงพอใจในผลสำเร็จของงาน(รวมถึงงานบ้าน).....	0	1	2	3	4
4.3	ข้าพเจ้ายังมีชีวิตที่สนุกสนาน....	0	1	2	3	4
4.4	ข้าพเจ้ายอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้.....	0	1	2	3	4
4.5	ข้าพเจ้านอนหลับสนิทดี.....	0	1	2	3	4
4.6	ข้าพเจ้ายังสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสุข.....	0	1	2	3	4
4.7	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้.....	0	1	2	3	4
5.	สาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
5.1	ข้าพเจ้าน้ำหนักตัวลดลง.....	0	1	2	3	4
5.2	ข้าพเจ้ามีความอยากรับประทานอาหาร.....	0	1	2	3	4
5.3	ข้าพเจ้ามีความเจ็บปวดซึ่งทำให้รำคาญ.....	0	1	2	3	4
5.4	มีบางส่วนของร่างกายข้าพเจ้าที่ได้รับความเจ็บปวด.....	0	1	2	3	4
5.5	ความเจ็บปวดทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้.....	0	1	2	3	4
5.6	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับระดับความสุขสบายที่มีอยู่ในปัจจุบัน.....	0	1	2	3	4
5.7	ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนผู้ชายคนหนึ่งทั่วไป.....	0	1	2	3	4
5.8	ข้าพเจ้ามีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายอุจจาระ.....	0	1	2	3	4
5.9	ข้าพเจ้ามีอาการปัสสาวะลำบาก..	0	1	2	3	4
5.10	ข้าพเจ้ามีอาการปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ.....	0	1	2	3	4

- 5.11 ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะของ 0 1 2 3 4
 ข้าพเจ้ามีผลกระทบต่อกิจวัตร
 ประจำวัน.....
- 5.12 อวัยวะเพศของข้าพเจ้ายังสามารถ 0 1 2 3 4
 แข็งตัวได้ตามปกติ.....

ส่วนที่ 4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ตั้งแต่ท่านได้รับการรักษาผ่าตัดต่อม

ลูกหมากด้วยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และ
 ประคับประคองจากบุคคลต่างๆ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน แพทย์
 พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากน้อยเพียงใดโดยประเมินตามความรู้สึกของท่านแล้วทำ
 เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับท่านมากที่สุดการเลือกคำตอบมีเกณฑ์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่
 เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด

ค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่
 เกิดขึ้นกับท่านค่อนข้างมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่
 เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง

เล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่
 เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย

ไม่เลย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือไม่เคยเกิดขึ้นเลย

ข้อ	คำถาม	ความรู้สึกที่ตรงกับท่าน				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสังคม-อารมณ์						
1.	มีคนที่ท่านไว้วางใจ สามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้					
2.	คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านหมดกำลังใจ					

ข้อ	คำถาม	ความรู้สึกที่ตรงกับท่าน				
		ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
3.	คนใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจ และปลอดภัย					
4.	คนใกล้ชิดทราบปัญหาและความต้องการของท่านดีเมื่อท่านเจ็บป่วย					
5.	มีคนให้ความสนใจ เอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่าน					
การได้รับการตอบสนองด้านเงินและสิ่งของ						
6.	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อมีปัญหาค่ารักษาพยาบาล					
7.	ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านของใช้ เสื้อผ้า อาหาร ยา และสิ่งอื่น ๆ					
8.	ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย					
9.	ท่านได้รับการแบ่งเบาภาระเรื่องการทำงานบ้านและงานประจำ					
10.	ท่านได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจรักษา					
การได้รับการตอบสนองด้านให้คำแนะนำปรึกษา						
11.	ท่านเคยได้รับความรู้ ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่					
12.	ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การรักษาของโรคที่ท่านเป็นอยู่					
13.	ท่านเคยได้รับความช่วยเหลือ แก้ปัญหา หรือตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก					
14.	มีคนคอยเตือนท่านให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษาภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก					

ข้อ	คำถาม	ความรู้สึกที่ตรงกับท่าน				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
15.	มีคนให้คำแนะนำและเสนอแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตเมื่อเจ็บป่วย					



ภาคผนวก ก
การหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม
(IOC หรือ Index of 1congruence)

การหาค่า IOC ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช ของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านเป็นการหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ 3 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาข้อคำถามดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

เกณฑ์

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุงแก้ไข

ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำกว่า 0.50 มาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แต่ละข้อคำถามมีคะแนนดังแสดงในตารางภาคผนวก ก

ตารางภาคผนวก ค ที่ 1 แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์ของ
เครื่องมือข้อความเฉพาะมะเร็งต่อมลูกหมาก (FACT – P)

ข้อความที่	ผู้เชี่ยวชาญ			ΣR	$\Sigma R/N$	IOC
	1	2	3			
1	1	1	1	3	3/3	1
2	1	1	1	3	3/3	1
3	1	-1	1	2	2/3	0.6
4	1	-1	1	2	2/3	0.6
5	1	-1	1	2	2/3	0.6
6	-1	1	1	2	2/3	0.6
7	0	-1	1	0	0/3	0
8	1	1	1	3	3/3	1
9	1	1	1	3	3/3	1
10	1	1	1	3	3/3	1
11	1	-1	1	2	2/3	0.6
12	1	-1	1	2	2/3	0.6

ตารางภาคผนวก ค ที่ 2 แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของ
เครื่องมือข้อคำถามแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อคำถามที่	ผู้เชี่ยวชาญ			ΣR	$\Sigma R/N$	IOC
	1	2	3			
1	1	1	1	3	3/3	1
2	1	1	1	3	3/3	1
3	1	1	1	3	3/3	1
4	1	1	1	3	3/3	1
5	1	1	1	3	3/3	1
6	1	-1	1	2	2/3	0.6
7	1	-1	1	2	2/3	0.6
8	0	1	1	2	2/2	0.6
9	0	-1	1	0	0/3	0
10	0	1	1	2	2/3	0.6
11	1	1	1	3	1/3	1
12	1	-1	1	2	2/3	0.6
13	1	-1	1	2	2/3	0.6
14	1	-1	1	2	2/3	0.6
15	1	1	1	3	3/3	1

ภาคผนวก ง
ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อ

ตารางภาคผนวก ง ที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อม
ลูกหมากที่ผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามรายด้านและ
รายข้อในแต่ละด้าน

ด้าน	n	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	ระดับ QOL
1. ความผาสุกทางด้านร่างกาย						
1.1 รู้สึกหมดเรี่ยวแรง	160	0-4	0-3	3.3	0.8	สูงมาก
1.2 มีอาการคลื่นไส้	160	0-4	0-3	3.8	0.5	สูงมาก
1.3 เนื่องจากสภาพร่างกายที่เป็น ขณะนี้ทำให้มีปัญหาในการ รับภาระในครอบครัว	160	0-4	0-4	3.6	0.7	สูงมาก
1.4 มีอาการปวด	160	0-4	0-4	3.5	0.8	สูงมาก
1.5 รู้สึกรำคาญผลข้างเคียงของการ รักษา	160	0-4	0-4	3.0	1.0	สูง
1.6 รู้สึกไม่สบาย	160	0-4	0-4	3.4	0.8	สูงมาก
1.7 ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนบน เตียง	160	0-4	0-4	3.5	0.8	สูงมาก
2. ความผาสุกทางด้านสังคม/ครอบครัว						
2.1 รู้สึกใกล้ชิดสนิทกับเพื่อน ๆ	160	0-4	0-4	2.4	0.9	สูง
2.2 ได้กำลังใจจากครอบครัว	160	0-4	0-4	3.2	0.7	สูงมาก
2.3 ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ๆ	160	0-4	0-4	2.4	1.0	สูง
2.4 ครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย	160	0-4	0-4	3.2	0.8	สูงมาก
2.5 พึงพอใจกับการสื่อสารความ เจ็บป่วยในครอบครัวเช่นการ พูดให้กำลังใจ	160	0-4	0-4	3.2	0.8	สูง

ด้าน	n	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	ระดับ QOL
2.6 รู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนที่คอยดูแลช่วยเหลือ)	160	0-4	0-4	3.2	0.9	สูงมาก
2.7 พึงพอใจกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนเอง (ยินดีตอบคำถาม)	149	0-4	0-4	1.1	1.0	ต่ำ
3. ความผาสุกทางด้านอารมณ์จิตใจ						
3.1 รู้สึกเศร้าใจ	160	0-4	0-4	3.3	0.8	สูงมาก
3.2 รู้สึกพึงพอใจกับการปรับตัว กับความเจ็บป่วยของตนเอง	160	0-4	0-4	2.4	1.1	สูง
3.3 รู้สึกหมดหวังกับการต่อสู้ความเจ็บป่วย	160	0-4	0-2	3.6	0.6	สูงมาก
3.4 รู้สึกกระวนกระวายใจ	160	0-4	0-3	3.4	0.7	สูงมาก
3.5 กังวลเกี่ยวกับความตาย	160	0-4	0-4	3.5	0.7	สูงมาก
3.6 กังวลว่าอาการจะแย่ลง	160	0-4	0-3	3.4	0.8	สูงมาก
4. ความผาสุกทางการปฏิบัติกิจกรรม						
4.1 สามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)	160	0-4	0-4	2.82	0.8	สูง
4.2 พึงพอใจในผลสำเร็จของงาน (รวมถึงงานบ้าน)	160	0-4	0-4	2.7	0.8	สูง
4.3 ยังมีชีวิตที่สนุกสนาน	160	0-4	0-4	2.8	0.8	สูง
4.4 ขอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้	160	0-4	0-4	2.9	0.9	สูง
4.5 นอนหลับสนิทดี	160	0-4	0-4	2.6	1.0	สูง
4.6 ยังสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสุข	160	0-4	0-4	2.6	0.9	สูง
4.7 พึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้	160	0-4	0-4	2.8	0.9	สูง
5. สาเหตุอื่นที่เกี่ยวข้อง						
5.1 น้ำหนักตัวลดลง	160	0-4	0-3	3.5	0.7	สูงมาก
5.2 มีความอยากรับประทานอาหาร	160	0-4	0-4	2.2	0.8	สูง

ด้าน	n	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	ระดับ QOL
5.3 มีความเจ็บปวดที่ทำให้รำคาญ	160	0-4	0-4	3.4	0.7	สูงมาก
5.4 มีบางส่วนจากร่างกายที่ได้รับ ความเจ็บปวด	160	0-4	0-3	3.4	0.7	สูงมาก
5.5 ความเจ็บปวดของผู้ป่วยทำให้ ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ ได้	160	0-4	0-4	3.4	0.8	สูงมาก
5.6 พึงพอใจกับระดับความสุข สบายที่มีอยู่ในปัจจุบัน	160	0-4	0-4	2.9	0.8	สูง
5.7 รู้สึกเหมือนผู้ชายคนหนึ่ง	160	0-4	0-4	2.7	1.0	สูง
5.8 มีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่าย อุจจาระ	160	0-4	0-4	3.3	0.9	สูงมาก
5.9 มีอาการปัสสาวะลำบาก	160	0-4	0-3	3.5	0.7	สูงมาก
5.10 มีอาการปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ	160	0-4	0-4	2.4	1.1	สูง
5.11 ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะของ ผู้ป่วยทำให้จำกัดกิจกรรมประจำวัน	160	0-4	0-4	3.0	1.0	สูง
5.12 สามารถมีอวัยวะเพศที่ยังแข็งแรง ได้	160	0-4	0-4	0.8	0.9	ต่ำ

ตารางภาคผนวก ง ที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง
ต่อมลูกหมากที่ผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช จำแนกตามรายด้าน
และรายชื่อในแต่ละด้าน

ด้าน	n	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	ระดับ Support
การได้รับการตอบสนองความต้องการ ด้านสังคม-อารมณ์						
1. มีคนที่ท่านไว้วางใจสามารถพูดคุย ปัญหาต่าง ๆ ได้	160	0-4	0-4	2.7	0.9	สูง
2. คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทาง ที่ทำให้ท่านหมดกำลังใจ	160	0-4	0-4	2.4	1.5	สูง
3. คนใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจและปลอดภัย	160	0-4	0-4	3.2	0.8	สูงมาก
4. คนใกล้ชิดทราบปัญหาและความ ต้องการของท่านดี	160	0-4	0-4	3.1	0.9	สูง
5. มีคนให้ความสนใจ เอาใจใส่ใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ ท่าน (งานบ้าน)	160	0-4	0-4	2.8	1.0	สูง
การได้รับการตอบสนองด้านเงิน และ สิ่งของ						
6. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้าน การเงิน เมื่อมีปัญหา	160	0-4	0-4	2.0	1.5	ปานกลาง
7. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านของ ใช้เสื้อผ้า อาหาร	160	0-4	0-4	1.8	1.5	ต่ำ
8. ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อ เจ็บป่วย	160	0-4	0-4	2.0	1.3	ปานกลาง
9. ท่านได้รับการแบ่งเบาภาระเรื่อง การทำงาน	160	0-4	0-4	2.5	1.1	สูง
10. ท่านได้รับความสะดวกในการเข้า รับการตรวจรักษา	160	0-4	0-4	3.0	0.7	สูง

ด้าน	n	Possible range	Actual range	Mean	S.D.	ระดับ Support
การได้รับการตอบสนองด้านให้คำแนะนำปรึกษา						
11. ท่านได้รับความรู้ ข่าวสารต่างเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	160	0-4	0-4	2.1	0.9	ปานกลาง
12. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	160	0-4	0-4	2.2	0.9	ปานกลาง
13. ท่านได้รับความช่วยเหลือ แก้ปัญหา หรือตอบข้อสงสัย	160	0-4	0-4	2.3	0.9	ปานกลาง
14. มีคนคอยเตือนท่านให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา	160	0-4	0-4	2.1	1.0	ปานกลาง
15. มีคนให้คำแนะนำและเสนอแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตเมื่อเจ็บป่วย	160	0-4	0-4	2.1	1.0	ปานกลาง

ตารางภาคผนวก ง ที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ฐานะทางเศรษฐกิจ	ระดับรายได้ (บาท)				รวม
	<5,000	5,000-10,000	10,000-50,000	>50,000	
พอใช้/มีเก็บสะสม	10	6	58	23	97
พอใช้/ไม่มีเก็บสะสม	6	8	33	1	48
ไม่พอใช้/แต่ไม่มีหนี้สิน/มีหนี้สิน	6	1	6	2	15
รวม	22	15	97	26	160

ภาคผนวก จ

คำชี้แจงพิกัดสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม
และการพิกัดสิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรฤดี นราสงค์

สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ หอผู้ป่วย 84/8 ตะวันออก โรงพยาบาลศิริราช

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

ระยะเวลาในการวิจัย 1 กรกฎาคม 2553 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2553

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ ในโรงพยาบาลศิริราช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตที่ได้จากการศึกษา จะเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแล การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้ คำแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่จะได้รับการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม
2. สนับสนุนวิธีการดูแล การรักษา การผ่าตัด โดยวิธีหุ่นยนต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

ข้าพเจ้าได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดวิธีหุ่นยนต์ ในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ พ.ศ.2550-2552

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 160 คน

หากข้าพเจ้าตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับแบบสอบถาม 4 ส่วน ข้อมูลส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจ แบบสอบถามส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามด้านการรักษาและลักษณะของโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก แบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก และแบบสอบถามส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20-30 นาที โดยผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ อันเนื่องมาจากปัญหาสายตาหรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ญาติผู้ป่วยสามารถอ่านให้ผู้ป่วยฟังและบันทึกลงในแบบสอบถาม

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตมีข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ความพึงพอใจทางด้านการครอบครัว ปัญหาเพศสัมพันธ์ ปัญหาระบบขับถ่าย แรงสนับสนุนที่ได้รับทางสังคม ของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ตอบหากข้อมูลถูกเปิดเผย ผู้วิจัยมีมาตรการป้องกันการเข้าถึงข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วใส่ซองปิดผนึกส่งมาทางไปรษณีย์ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ผู้วิจัยลงข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ด้วยตนเอง และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม รวมทั้งมีการตั้งรหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์

หากข้าพเจ้าไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัย และรักษาโรคของข้าพเจ้าตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานคือได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลปกติ

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อ นางสาวพรฤดี นราสงค์ หอผู้ป่วย 84/8 ตะวันออก โรงพยาบาลศิริราช โทร 02-4197257, 086-9005276

ข้าพเจ้าจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาคือนางสาวพรฤดี นราสงค์ หอผู้ป่วย 84/8 ตะวันออก โรงพยาบาลศิริราช โทร 02-4197257, 086-9005276

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย คุณภาพชีวิตที่ได้จากการศึกษา จะเป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแล การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่จะได้รับการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งเป็นการสนับสนุนวิธีการดูแล การรักษา การผ่าตัดโดยวิธีหุ่นยนต์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

ค่าตอบแทนที่ข้าพเจ้าจะได้รับไม่มี

ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบเองไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าหรือระบุเหตุผล และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ข้าพเจ้าสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอศุขเวชวิกรม ชั้น 6 ร.พ.ศิริราช โทร. (02) 419-6405-6 โทรสาร (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้

ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทน โดยชอบธรรม

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก จ

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700		โทร (662) 4196405-6 โทรสาร (662) 4196405
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เอกสารรับรองโครงการวิจัย		
หมายเลข SI 468/2010		
ชื่อโครงการภาษาไทย : คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ โรงพยาบาลศิริราช รหัสโครงการ : 363/2553(EC1) หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวพรฤดี นราสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เอกสารที่รับรอง :		
1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน 2. โครงการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4. แบบสอบถาม 5. บทสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 6. ประวัติผู้ป่วย		
วันที่รับรอง : 16 กันยายน 2553		
วันหมดอายุ : 15 กันยายน 2554		
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines (at the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)).		
ลงนาม (ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรีพร เถียรธรรมณี) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน		21 กันยายน 2553 วันที่
ลงนาม (ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์วิวัฒน์ กูลทนต์) คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล		23 กันยายน 2553 วันที่

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะปฏิบัติตาม
ระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดังต่อไปนี้

1. จะดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยเคร่งครัด
2. จะให้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ประทับตรารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับล่าสุดเท่านั้น
3. จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในทุกกรณี
4. จะรายงานข้อมูลใหม่ที่ได้รับซึ่งจะมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้อาสาเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อย่างรวดเร็วและไม่บิดบัง
5. จะรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามกำหนดและเมื่อได้รับการร้องขอ
6. จะดำเนินกระบวนการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ที่ได้รับข้อมูลแสดงเจตนาที่ยินยอมหรือไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจอย่างแท้จริง โดยปราศจากการข่มขู่หรือคุกคามด้วยวิธีการใดๆ

2 PRANOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



MAHIDOL UNIVERSITY
Since 1888

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

COA no. Si468/2010

Protocol Title : Quality of life of Prostate cancer Patients with Robotic Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy in Siriraj Hospital

Protocol number : 363/2553(EC1)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Pornrudee Narasong
Faculty of Public health, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Informed Consent Form
4. Questionnaires
5. Telephone Script
6. Investigator's curriculum vitae

Approval date : September 16, 2010

Expired date : September 15, 2011

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


 (Prof. Jariya Lertakyamane, M.D.)
 Chairperson

September 21, 2010
 date


 (Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
 Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

September 23, 2010
 date

Page 1 of 2

All Siriraj Institutional Review Board Approved Investigators must comply with the Following :

1. Conduct the research as required by the Protocol ;
2. Use only the Consent Form bearing the Siriraj Institutional Review Board "APPROVED" stamp ;
3. Report to Siriraj Institutional Review Board all of serious illness of any study subject ;
4. Promptly report to Siriraj Institutional Review Board any new information that may adversely affect the safety of the subjects or the conduct of the trial ;
5. Provide reports to Siriraj Institutional Review Board concerning the progress of the research, when requested ;
6. Conduct the informed consent process without coercion or undue influence, and provide the potential subject sufficient opportunity to consider whether or not to participate.

ภาคผนวก ง
เอกสารการอนุญาตขอใช้เครื่องมือ
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT)

LICENSING AGREEMENT

from FACIT.org

April 30, 2010

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to Pornrudee Narasong the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that **Pornrudee Narasong** and all its affiliates (as defined below) ("COMPANY") are granted license to use the **English FACT-P and Thai FACT-G** in one study.

"Affiliate" of (COMPANY) shall mean any corporation or other business entity controlled by, controlling or under common control with (COMPANY). For this purpose, "control" shall mean direct or indirect beneficial ownership of fifty percent (50%) or more of the voting or income interest in such corporation or other business entity.

This current license extends to (COMPANY) subject to the following terms:

- 1) (COMPANY) agrees to complete a FACIT collaborator's form on our website, www.FACIT.org. (COMPANY) is not required to provide any proprietary or confidential

information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.

- 2) (COMPANY) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 3) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (COMPANY) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 4) (COMPANY) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 5) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 6) This license is not extended to electronic data capture vendors of (COMPANY). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 7) This license is only extended for use on the internet on servers internal to (COMPANY). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.
- 8) Licensor reserves the right to withdraw this license if (COMPANY) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 9) In exchange for this license, (COMPANY) agrees to pay a fee of \$1,500 per language, per subscale, per trial for Roman-font languages (e.g. Spanish, French, German) and \$2,000 per

language, per subscale, per trial for non-Roman-font languages (e.g. Japanese, Russian, Arabic). #9 IS NOT APPLICABLE AS THE FEE HAS BEEN WAIVED FOR THIS STUDY ONLY.

FACIT.org

381 S. Cottage Hill Avenue

Elmhurst, IL 60126

USA

www.FACIT.org



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อผู้วิจัย

นางสาวพรฤดี นราสงค์

วัน เดือน ปีที่เกิด

4 กรกฎาคม พ.ศ.2524

สถานที่เกิด

จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547

วิทยาศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2554

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพ

หอผู้ป่วยตึก 84 ปี ชั้น 8 ฟังตะวันออก

โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 4 ซ.ปทุมวิไล 27 ถ.สุขุมวิท 101

แขวง บางจาก เขต พระโขนง กรุงเทพฯ 10260

E-mail: polly101ph@hotmail.com