



บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชมพูนุช ไชยยะ* ศิริพันธ์ สาสัตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แบบแผนงานวิจัย: เชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 94 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตามมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.26, SD = 1.24$) ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.134$) ระยะของโรค กิจกรรมทางกาย การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .757, .323, .608$ และ .222 ตามลำดับ) ส่วนภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

สรุป: ภาวะโรคร่วม ระยะของโรค กิจกรรมทางกาย ความสามารถในการทำกิจวัตร และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ มะเร็งลำไส้ใหญ่/ คุณภาพชีวิต

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: Chompoonutchaiya7@gmail.com



Factors Related to Health-Related Quality of Life in Older People with Colorectal Cancer

Chompoonut Chaiya* Siriphan Sasat**

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the relationship between factors associated with the health-related quality of life of older adults diagnosed with colorectal cancer.

Design: A descriptive correlational research design was employed.

Methods: The sample consisted of 94 older adults receiving treatment at public tertiary hospitals in Bangkok. Participants were selected through a multistage sampling technique. The research instruments included: a personal information questionnaire, Charlson Comorbidity Index (CCI), The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ, Barthel ADL Index, Social support assessment, Functional Assessment of cancer Therapy-Colorectal (FACT-C). All instruments were validated for content validity and reliability according to acceptable standards. Data were analyzed using descriptive statistics—frequency, percentage, mean, and standard deviation—and Pearson's and Spearman's correlation coefficients.

Results: The findings revealed that the overall quality of life was at a moderate level ($\bar{X} = 2.26$, $SD = 1.24$). Comorbidity showed a significant negative correlation with quality of life at the .05 level ($r = -.134$). In contrast, disease stage, physical activity, social support, and ability in daily living activities demonstrated significant positive correlations with quality of life at the .05 level ($r = .757$, $.323$, $.608$, and $.222$, respectively). Anxiety and depression, however, were not correlated with quality of life.

Conclusion: Comorbidity, disease stage, physical activity level, ability to perform daily activities, and social support are key factors significantly influencing the health-related quality of life among older adults with colorectal cancer.

Keywords: older people/ quality of life/ colorectal cancer



บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังคงเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกและในประเทศไทยที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 4 ในเพศหญิง และมีอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุ 60-64 ปี จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พ.ศ. 2566 ระบุว่า มะเร็งชนิดนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมดในประเทศไทย ข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งพบว่า แนวโน้มของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2560-2564 โดยอัตราการอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจาก 21.80 เป็น 27.40 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 14.70 เป็น 15.50 ต่อแสนประชากรซึ่งคิดเป็นผู้เสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึง 15 คนต่อวัน หรือ 5,476 คนต่อปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดและเพิ่มขึ้นถึง 1.9 เท่าในรอบ 10 ปี¹ ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาขนาดใหญ่ที่จำเป็นต้องศึกษาและแก้ไข

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้สูงอายุ มีความซับซ้อนเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะโรคร่วมสูง มีความเปราะบางทางร่างกายและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ด้วยเหตุนี้ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HRQoL) จึงกลายเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดในการประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมภายใต้กรอบแนวคิด คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary² พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายมิติ ได้แก่ 1) ด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา พบว่า เกิดความเปราะบาง การเคลื่อนไหวลดลงและปัญหาทางเพศ 2) ด้านอาการและการแสดง พบว่า ผู้สูงอายุประสบผลกระทบทางจิตใจจากการวินิจฉัยและการรักษา เช่น ความวิตกกังวลและซึมเศร้า รวมถึงผู้ป่วยที่มีทวารเทียม (Colostomy) มีความสุขทางเพศน้อยลง 3) ด้านการทำหน้าที่ พบว่า ความสามารถ

ในการทำหน้าที่ลดลง เช่น การทำงานอดิเรก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมยามว่างหรือกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน ลดลง 4) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน รู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลงและไม่สุขสบายจากปัญหาของถุงรองรับอุจจาระ เช่น แก๊สหรือการรั่วซึม 5) ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคร่วมสูง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มีแนวโน้มที่จะเพิ่มระยะของโรคเป็นระยะลุกลามและกลับมาเป็นซ้ำได้ง่ายขึ้น 6) ด้านลักษณะของสิ่งแวดล้อม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่น้อยลงทำให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ เช่น มีความทุกข์มากขึ้นหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และเป็นเป้าหมายหลักในการดูแลรักษา

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด Wilson & Cleary² และคัดเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อนำมาเป็นตัวแปรหลักในการศึกษา โดยสรุปปัจจัยสำคัญที่คัดเลือกและผลกระทบทบทวนได้ดังนี้ 1) ด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา ได้แก่ ระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบโดยเฉพาะผู้ป่วยที่โรคดำเนินไปในระยะที่ 3 และ 4 ในช่วง 6 เดือนแรกหลังวินิจฉัย (OR 1.63, $p = .04$)³ 2) ปัจจัยด้านอาการและการแสดง ได้แก่ ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญ (OR=3.09, 95%CI= 0.13-6.04)⁴ ผู้ที่มีภาวะนี้ร่วมด้วยจะพบความถี่และความรุนแรงของอาการอื่น ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ปวด หายใจลำบาก เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ ได้แก่ กิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (OR=0.039, 95%CI= 0.002-0.077)⁴ และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ดีจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.18$, $p = .007$)⁵ 4) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (OR=2.30, 95%CI=1.2-4.2)⁶ 5) ปัจจัยด้าน



ลักษณะของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($\beta = 0.083$, $p = .039$)⁷ ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับแบบประเมิน และบางตัวแปรขาดความสัมพันธ์ที่ชัดเจน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นถึงประโยชน์ที่จะช่วยเพิ่มพูนองค์ความรู้ และทำให้ทราบถึงบริบทของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในประเทศไทย เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการประเมินและวางแผนการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Wilson & Cleary² ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยดังนี้ 1) ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา คือ ระยะของโรค ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดง คือ ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า 2) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ คือ ความสามารถของบุคคลใน

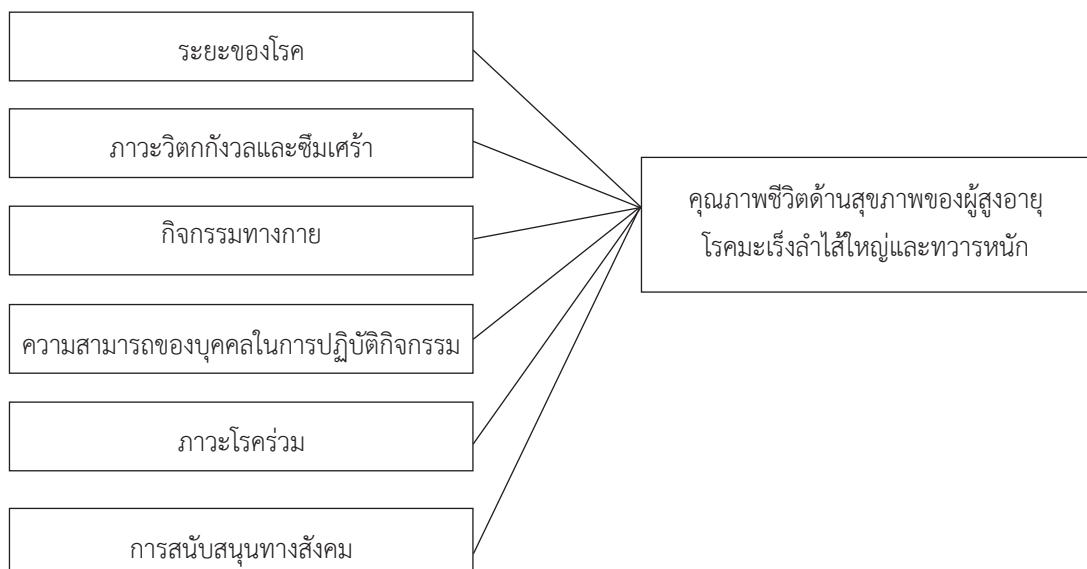
การปฏิบัติกิจกรรม และกิจกรรมทางกาย 4) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล คือ ภาวะโรคร่วม และ 5) ปัจจัยด้านลักษณะของสิ่งแวดล้อม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงในกรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะของโรค ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า กิจกรรมทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอย่างไร



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



2. ระยะของโรค ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า กิจกรรมทางกาย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักหรือไม่อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม ระยะของโรค มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2. ปัจจัยด้านกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วิธีดำเนินการวิจัย: แบบพรรณนาและหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ เขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะ 1-4 ได้รับการผ่าตัดแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน และได้รับยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการักษาที่โรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ เขต จังหวัดกรุงเทพมหานคร ทั้งในหน่วยผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จำนวน 3 แห่ง โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 2) สามารถรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล ได้ตามปกติ ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ประเมินโดย MMSE-T โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

2.1) ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ต้องได้คะแนนมากกว่า 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน 2.2) ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา ต้องได้คะแนนมากกว่า 14 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน 2.3) ผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนนมากกว่า 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน³⁾ 3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท 4) ยินดี และสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) มีอาการผิดปกติและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น ทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจ เช่น หายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือไม่พร้อมในการตอบแบบสอบถาม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอิทธิพล ขนาดกลาง คือ .30³⁾ ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจในการทดสอบ .80 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 84 คน จากนั้นเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 94 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มหลายขั้นตอน จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไปที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้ 3 สังกัด และสุ่มโรงพยาบาล ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ โรงพยาบาล 3 แห่ง การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานี้ในปี พ.ศ. 2566 ดังนี้ โรงพยาบาลแห่งที่ 1 จำนวน 110 คน โรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 300 คน และโรงพยาบาลแห่งที่ 3 จำนวน 550 คน โดยใช้สูตรคำนวณ Proportion to size¹⁰⁾ ได้ดังนี้ โรงพยาบาลแห่งที่ 1 จำนวน 29 คน โรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 54 คน และโรงพยาบาลแห่งที่ 3 จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดได้รับอนุญาต ในการใช้จากเจ้าของเครื่องมือ ประกอบด้วย



1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง และระยะของโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้รักษาโดยแบ่งระดับ 0-4 ตาม American Joint Committee on Cancer (AJCC)¹¹ ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการแยกระยะของโรคที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย รวมถึงโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล

2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก FACT-C version 4 (Functional Assessment of Cancer Therapy-Colon) ฉบับภาษาไทยจาก FACIT.org สำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ version 4 (FACT-C) นำฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย www.FACIT.org¹² ซึ่งมีข้อคำถาม 36 ข้อ 5 ด้าน มาตรฐานส่วนประมาณค่า Likert scale 0-4 เกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย 0-1.33 ระดับต่ำ 1.34-2.67 ระดับปานกลาง และ 2.68-4.00 ระดับสูง แบบสอบถามนี้มีความจำเพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่าง¹³

3) แบบวัดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS)¹⁴ มีข้อคำถาม 14 ข้อ มาตรฐานส่วนประมาณค่า Likert scale 0-3 มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน เกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ คือ 0-7 คะแนน ไม่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าที่ชัดเจน 8-10 คะแนน มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติ และ 11-21 คะแนน มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบสอบถามนี้มีความจำเพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่าง¹⁴

4) แบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ)¹⁵ ประกอบด้วย 16 ข้อ คำถามแบ่งเป็น 4 หมวด มาตรฐานวัดอันดับ Ordinal Scale ลักษณะคำตอบเป็นเวลา/ความถี่ เกณฑ์การประเมินผล 3 ระดับ มาก $\geq 3,000$ MET-นาทิต/สัปดาห์ ปานกลาง ≥ 600 MET-นาทิต/สัปดาห์ และไม่เพียงพอ < 600 MET-นาทิต/สัปดาห์ แบบสอบถามนี้ได้ถูกนำไปใช้ประเมินกิจกรรมทางกายกับผู้สูงอายุ ดังนั้นชุดเครื่องมือนี้จึงเหมาะสมในการวิจัยนี้¹⁶

5) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL index)¹⁷ ข้อคำถามมาตรฐานส่วนประมาณค่า Rating scale ตั้งแต่เรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม 3 ถึง 0 จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การประเมินผล คะแนน 4-0 มีภาวะพึ่งพา 5-11 คะแนนมีระดับการพึ่งพารุนแรงถึงปานกลาง และ 12 คะแนนขึ้นไป ไม่ต้องการการพึ่งพา ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁸ ได้นำแบบประเมินนี้ประเมินผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดในผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมนำมาใช้ในการประเมินกับผู้สูงอายุไทย

6) แบบสอบถามภาวะโรคร่วม Charlson Comorbidity Index (CCI)¹⁹ ประกอบด้วย 21 โรคร่วมมาตรฐานวัดอันดับ Ordinal Scale ซึ่งแต่ละโรคร่วมมีคะแนนตั้งแต่ 1, 2, 3 และ 4 คะแนน โดยมีระดับคะแนน 0-39 คะแนน เกณฑ์การประเมินผล ค่าคะแนนรวม 0 คะแนน ไม่มีโรคร่วม 1-2 คะแนน มีโรคร่วมน้อย 3-4 คะแนน มีโรคร่วมปานกลาง และคะแนนรวมมากกว่า 4 คะแนน ขึ้นไป มี ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁸ ได้นำแบบประเมินนี้ไปประเมินกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด ดังนั้นเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมโรคสำคัญ

7) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม²⁰ ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House²¹ ประกอบด้วย มาตรฐานส่วนประมาณค่า Likert scale 1-4 ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คะแนนรวม 14-56 คะแนน เกณฑ์การประเมินผล 3 ระดับ ต่ำ 14-28 คะแนน ต่ำ 29-42 คะแนน ปานกลาง และ 43-56 คะแนน มาก ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้²² ได้นำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ดังนั้นแบบประเมินนี้จึงเหมาะกับการประเมินของผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: ทำการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก จำนวน 30 คน หาค่า Cronbach's alpha ได้ดังนี้ แบบวัดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า .84 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน .78 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม .83 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก .89



การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การขออนุญาต: ยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล 2) การพิทักษ์สิทธิ์และเก็บข้อมูล: ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์/ขั้นตอนแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย 3) การประเมิน: กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที หากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟัง 4) การตรวจสอบ: เมื่อเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่รับรอง COA 221/66 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2566 โรงพยาบาลแห่งที่ 1 เลขที่รับรอง COA No. 0996/2023 วันที่รับรอง 27 กรกฎาคม 2566 โรงพยาบาลแห่งที่ 2 เลขที่รับรอง 213/2566 วันที่รับรอง 29 พฤศจิกายน 2566 และโรงพยาบาลแห่งที่ 3 เลขที่รับรอง วจ.55/2566 วันที่รับรอง 7 มิถุนายน 2566 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัยและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาในภายหลังทั้งสิ้น การนำเสนอผลงานวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่นำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดให้มีความสำคัญทางสถิติที่ .05

1. ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม กิจกรรมทางกาย ระยะของโรค ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม กิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ระยะของโรค ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 94 คน เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76.6 อายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.03 สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70.3 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.2 และรายได้อยู่ระหว่าง 0-10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.22 มีโรคร่วมร้อยละ 51.10 แบ่งเป็น 3 อันดับโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไต ร้อยละ 40.38, 28.84 และ 8.66 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 (SD=1.24) เมื่อนำมาจำแนกคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพออกเป็นรายด้าน พบว่า มีความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง



ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เรียงลำดับคะแนนจากสูงไปต่ำ ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และด้านอื่น ๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.72, 2.47, 2.36, 2.25 และ 1.97 ตามลำดับ (SD = 1.07, 1.31, 1.41, 1.12 และ 1.32 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_p = .323$) ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_p = -.314$) ยกเว้นภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าที่ไม่มี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาพรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และจำแนกตามองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบในผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n = 94)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (รายด้าน)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	การแปลผล
ความผาสุกด้านร่างกาย (ข้อ 7)	2.72	1.07	สูง
ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (ข้อ 7)	2.47	1.31	ปานกลาง
ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ (ข้อ 6)	2.36	1.41	ปานกลาง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (ข้อ 7)	2.25	1.12	ปานกลาง
ด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม (ข้อ 9)	1.97	1.32	ปานกลาง
โดยภาพรวม	2.26	1.24	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (n = 94)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	r	ค่า p-value
ระยะของโรค	.757 (r_s)*	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.608 (r_s)*	<.001
กิจกรรมทางกาย	.323 (r_p)*	.001
ภาวะโรคร่วม	-.314 (r_p)*	.002
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.222 (r_s)*	.031
ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	-.098 (r_p)	.349

หมายเหตุ r_p = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน, r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน



ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าระยะของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .757$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .608$) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .222$)

อภิปรายผล

1. **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก** ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.26; SD = 1.24) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ความผาสุกด้านร่างกายที่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับสูง ปัจจัยนี้สะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการทางร่างกายดีสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ Barthel ADL Index (= 18.51; SD = 3.85) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน่าจะผ่านพ้นช่วงการรักษาหลักที่มีอาการข้างเคียงรุนแรงไปแล้ว ทำให้อาการทางกายอยู่ในภาวะควบคุมได้ดี ความทุกข์ทรมานจึงลดลง นอกจากนี้โรงพยาบาลมีการรักษาที่ทันสมัย เช่น การรักษาแบบมุ่งเป้า หรือภูมิคุ้มกันบำบัด ซึ่งช่วยลดผลกระทบต่อเซลล์ปกติและลดอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการให้เคมีบำบัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Piringer และคณะ²³ ที่ชี้ว่าการรักษาผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่ได้กระทบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากนักในระยะหลังการรักษา ขณะที่ด้านความผาสุกด้านสังคม/

ครอบครัว อารมณ์/จิตใจ และด้านอื่น ๆ ที่อยู่ในระดับปานกลางนั้น สะท้อนถึงการดูแลแบบองค์รวม รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาหลักที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตไม่ถูกรบกวนมากนัก

การดูแลรักษาผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้แนวทางเฉพาะรายบุคคล โดยมีการตัดสินใจร่วมกัน ผ่านการปรึกษาแผนการรักษาระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการและเป้าหมายส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับ Ozluk และคณะ²⁴ ที่เน้นย้ำความสำคัญของการตัดสินใจรักษาโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต และ Lapinsky และคณะ²⁵ et al. (2019) ที่กล่าวว่ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับรูปแบบการดูแลและวิธีการรักษาที่เลือก ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีความแปรปรวนตามการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Wilson & Cleary² ที่กล่าวว่าความผิดปกติที่เกิดในร่างกายส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย

2. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ** ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะของโรคกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ระยะของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r_s = 0.757, p < .001$) ซึ่งขัดแย้งกับสมมุติฐานข้อที่ 1 การที่ผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงนั้น ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะของโรคนานกว่า อาจมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าซึ่งอาจตีความได้ว่า ความก้าวหน้าของการรักษาผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะก้าวหน้าของโรค เช่น ระยะที่ 3 และ 4 ในปัจจุบันมักได้รับการรักษาที่รุนแรงน้อยลงและมีเป้าหมายที่การควบคุมโรคและเน้นคุณภาพชีวิตมากขึ้น เช่น การใช้ Target/Immunotherapy หรือการผ่าตัด



เพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดมาถึงระยะติดตาม แม้ผลที่ได้จะขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้²⁶ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตลดลงในช่วง 6 เดือนแรกหลังการวินิจฉัย ซึ่งเป็นช่วงวิกฤต แต่ผลการวิจัยนี้อาจสอดคล้องกับผู้ป่วยในระยะยาวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นคุณภาพชีวิต ดังนั้น ระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องตีความภายใต้บริบทของความก้าวหน้าของการรักษาและการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นคุณภาพชีวิต สำหรับผู้สูงอายุ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r_p = 0.323$, $p = .001$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 กิจกรรมทางกาย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีกิจกรรมทางกายไม่สูงมากนัก แต่กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ เช่น การเดิน และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ถือว่ามีความสำคัญต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของกล้ามเนื้อและการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ว่าการมีกิจกรรมทางกายที่ดีขึ้น สัมพันธ์กับการลดอาการข้างเคียงจากการรักษา พบป่วย เช่น ความอ่อนเพลีย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Couwenberg และคณะ²⁷ ที่ระบุว่ามีการมีกิจกรรมทางกายที่ดีส่งเสริมให้ระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังจากการรักษา ดังนั้น กิจกรรมทางกายมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพ ($r_s = 0.222$, $p = .031$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 การที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำกิจวัตรประจำวันที่ดีได้ แสดงถึงภาวะพึ่งพิงต่ำ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเชื่อมโยงกับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ถึงแม้ความสัมพันธ์จะอยู่ในระดับต่ำ แต่การช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจกรรมพื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหารมีส่วนสำคัญในการลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจและสังคม/ครอบครัว ความสัมพันธ์นี้ยังมีความหมายในบริบทของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีทวารเทียม การที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกิจวัตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทวารเทียมได้ดี จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Van der Vlies และคณะ⁶ ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง ดังนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_p = -0.314$, $p = .002$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคร่วมสูง มักต้องรับประทานยาเพิ่มขึ้น ไปพบแพทย์เฉพาะทางบ่อยขึ้น และมีความเสี่ยงสูงต่ออาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มะเร็งควบคู่ไปกับโรคร่วม ซึ่งเชื่อมโยงกับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยการมีโรคร่วมส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านการปฏิบัติกิจกรรมแย่ลง เนื่องจากอาการของโรคร่วมเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความอ่อนเพลีย หรือการทำงานของร่างกายลดลง ซึ่งส่งผลให้การฟื้นตัวจากการรักษาโรคมะเร็งช้าลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Blakely และคณะ²⁸ ที่พบว่า จำนวนภาวะ



โรคร่วมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง นอกจากนี้ Hirschey และคณะ²⁹ ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอัตราการมีภาวะโรคร่วมสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็ง ดังนั้น ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้น การจัดการและควบคุมโรคร่วมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาคุณภาพชีวิต

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (r_p = 0.608, p < .001) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็ง สามารถเผชิญความเครียด และปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลตนเองที่บ้านร่วม ซึ่งเชื่อมโยงกับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านจิตใจ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า และยังช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตและมีส่วนช่วยลดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า⁷ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีน้ำหนักสูงที่สุดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (p = .349) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย การที่ไม่พบความสัมพันธ์อาจเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเพียง 6 คน (ร้อยละ 6.38) (ผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ที่ดูแลรักษาให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแล้ว) ซึ่งเป็นความชุกที่ต่ำกว่างานวิจัยอื่นที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ผ่าน

ช่วงวิกฤตของการวินิจฉัยและการรักษาหลักไปแล้ว ซึ่งเป็นช่วงที่ความวิตกกังวลมักจะสูงที่สุด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการประเมินและช่วยเหลือด้านภาวะจิตใจที่ดีจากระบบการดูแลสุขภาพ ทำให้สามารถปรับตัวต่อโรคได้ ซึ่งแม้ว่าในกลุ่มนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ แต่การประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่งตั้งแต่แรกเริ่มของการวินิจฉัย เนื่องจากเมื่อเกิดปัญหาแล้ว ปัจจัยนี้จะส่งผลกระทบต่อเรื่องต่อปัญหาอื่น ๆ⁷ เช่น ความเปราะบาง การรับรู้อาการทางกายภาพ เป็นต้น ดังนั้นภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ที่มาได้รับการรักษาและติดตามอาการ ซึ่งอาจสะท้อนถึงการปรับตัวที่ดีของผู้สูงอายุและประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เน้นการประเมินและส่งเสริมเช่น กิจกรรมทางกาย และการสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยบวก) พร้อมทั้งจัดการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มี ภาวะโรคร่วม (ปัจจัยลบ)
2. ควรมีการทำการวิจัยต่อยอดในปัจจัยที่ยังไม่ได้รับการศึกษา เช่น โภชนาการ ภาพลักษณ์ร่างกาย และผลกระทบจากการมีทวารเทียม เป็นต้น
3. โรงพยาบาลควรพัฒนานโยบายการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง และข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. ควรเพิ่มเนื้อหาให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ผลการวิจัยจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั่วประเทศได้



2. เครื่องมือการมีกิจกรรมทางกายเป็นเครื่องมือที่มีความซับซ้อนซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางรายมีการสับสนในการตอบแบบสอบถาม

3. ระยะเวลาการเก็บข้อมูลต่อท่านใช้เวลานาน เนื่องแบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามแต่ละแบบสอบถามมีจำนวนมาก และผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อวันน้อย

4. เครื่องมือวัดกิจกรรมทางกายมีความซับซ้อน ทำให้ผู้สูงอายุสับสน

5. แบบสอบถามจำนวนมากต้องอ่านให้ฟังทีละข้อ ทำให้ใช้เวลานานในการเก็บข้อมูล

บทสรุป

ปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ระยะของโรค กิจกรรมทางกาย ความสามารถในการประกอบกิจวัตร และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการประเมินและวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

Reference

1. National Cancer Institute. Cancer in Thailand. Vol. X, 2017-2021. Bangkok: National Cancer Institute, Ministry of Public Health; 2023. [In Thai].
2. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. JAMA. 1995; 273(1): 59-65. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>
3. Kasparian NA, Gessler D, Butow PN, Aranda S, Boyle FM, Goldstein D, et al. A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. Support Care Cancer. 2018; 26(11): 3817-28.
4. Ho M, Ho JWC, Fong DYT, Lee CF, Macfarlane DJ, Cerin E, et al. Effects of dietary and physical activity interventions on generic and cancer-specific health-related quality of life, anxiety, and depression in colorectal cancer survivors: a randomized controlled trial. J Cancer Surviv. 2020; 14(4): 424-33. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00864-0>
5. Al-Obaidi S, Al-Qudimat M, Al-Shami O, Zangbar E, Fadel R. Correlation between self-care ability and quality of life of patients with advanced cancer. Rehabil Nurs. 2021; 46(5): 252-8.
6. Van der Vlies E, et al. Functional status and quality of life in older colorectal cancer patients with stoma. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2022; 49(2): 162-71.
7. Gonzalez-Saenz de Tejada M, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in older patients with colorectal cancer. J Geriatr Oncol. 2017; 8(5): 371-8.



8. Tantirangsee N, Tangkanakul W, Chutha W. MMSE-Thai 2002: Manual for Mini-Mental State Examination-Thai 2002. 2nd ed. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2011. [In Thai].
9. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
10. Worawan S. Statistics for Research. 2nd ed. Chiang Mai: Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2021. [In Thai].
11. Singha P, Pongpaibul A, Wongvilaiwan S, Sukovam P. Impacts of the American Joint Committee on Cancer (AJCC) 8th edition tumor, node, metastasis (TNM) staging system on outcomes of differentiated thyroid cancer in Thai patients. J Cancer Res Clin Oncol. 2021; 147(6): 1753-62.
12. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol. 1993; 11(3): 570-9. <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
13. Sirilertrakul S, Wannakansophon N, Utthiya P, Ckumdee S, Tangteerakoon P, Chansriwong P. Evaluation of adverse events and health-related quality of life in patients with colorectal cancer receiving ambulatory home-based chemotherapy in Thailand. Nurs Open. 2021; 8(6): 3036-44. <https://doi.org/10.1002/nop.2.1016>
14. Nilchaikovit T, Sukying C, Palanu Wongse T. The Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer patients. J Psychiatr Assoc Thai. 1996; 41(1): 28-40. [In Thai].
15. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) Analysis Guide. Geneva: World Health Organization; 2010.
16. Assantachai P. Fundamentals of geriatric medicine. In: Assantachai P, editor. Common Health Problems in the Elderly and Their Prevention. Bangkok: Union Creation; 2009. p. 1-4.
17. Jitapunkul S, Tun T, Kiatmongkolrat S. Reliability and validity of the Barthel Index in Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2001; 84(1): 1-7. [In Thai].
18. Marventano S, Grosso G, Mistretta A, Bogusz-Czerniewicz M, Ferranti R, Nolfo F, et al. Evaluation of four comorbidity indices and Charlson comorbidity index adjustment for colorectal cancer patients. Int J Colorectal Dis. 2014; 29(9): 1159-69. <https://doi.org/10.1007/s00384-014-1972-1>
19. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40(5): 373-83. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
20. Chansaengsi M. Factors related to quality of life of HIV infected patients receiving care in the AIDS clinic at Bamrasnaradura Hospital [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1997. [In Thai].



21. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. *Annu Rev Sociol.* 1988; 14(1): 293-318. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
22. Stagg BC, Choi H, Woodward MA, Ehrlich JR. Association of social support network size with receipt of cataract surgery in older adults. *JAMA Ophthalmol.* 2018; 136(4): 423-7. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2018.0244>
23. Piringer G, Thaler J, Anchisi S, Geffriaud-Ricouard C, Gueldner M, Scholten F, et al. Quality of life, effectiveness, and safety of aflibercept plus FOLFIRI in older patients with metastatic colorectal cancer: an analysis of the prospective QoLiTrap study. *J Geriatr Oncol.* 2023; 14(8): 101638. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2023.101638>
24. Ozluk A, Oner C, Cetin H, Simsek EE. The frequency of psychological symptoms in the elderly: a cross-sectional field study in Istanbul, Turkey. *Elder Health J.* 2023; 9(2): 59-63. <https://doi.org/10.18502/ehj.v9i2.14422>
25. Lapinsky E, Man LC, MacKenzie AR. Health-related quality of life in older adults with colorectal cancer. *Curr Oncol Rep.* 2019; 21(9): 81. <https://doi.org/10.1007/s11912-019-0830-2>
26. Quach C, Sanoff HK, Williams GR, Lyons JC, Reeve BB. Impact of colorectal cancer diagnosis and treatment on health-related quality of life among older Americans: a population-based, case-control study. *Cancer.* 2015; 121(6): 943-50. <https://doi.org/10.1002/cncr.29125>
27. Couwenberg AM, de Beer FS, Intven MP, Burbach JP, Smits AB, Consten EC, et al. The impact of postoperative complications on health-related quality of life in older patients with rectal cancer: a prospective cohort study. *J Geriatr Oncol.* 2018; 9(2): 102-9. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2017.09.005>
28. Blakely AM, Chanson D, Wong FL, Eng OS, Sentovich SM, Melstrom KA, et al. Health-related quality of life and oncologic outcomes after surgery in older adults with colorectal cancer. *Support Care Cancer.* 2020; 28(6): 2857-65. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05087-3>
29. Hirschey R, Tan KR, Petermann VM, Bryant AL. Healthy lifestyle behaviors: nursing considerations for social determinants of health. *Clin J Oncol Nurs.* 2021; 25(5): 42. <https://doi.org/10.1188/21.CJON.S1.42-48>