

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดปรววรรณ วิทย์วานกุล¹ ปร.ด., รัชดาภา สีตาดาช² พย.ม., สิริรัตน์ ด้ญบุตร¹ พย.ม.,
ยศพล เหลืองโสมนา^{3*} ปร.ด.

Received: April 8, 2023

Revised: May 21, 2023

Accepted: May 23, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 จำนวน 166 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและอีต้า และสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 (S.D. = 0.67) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ($r = 0.65$, $p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.59$, $p\text{-value} < 0.001$) การมีผู้ดูแล ($\eta = 0.18$, $p\text{-value} = 0.027$) และอายุ ($r = -0.20$, $p\text{-value} = 0.011$) โดยพบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ($\beta = 0.44$, $p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.36$, $p\text{-value} < 0.001$) และอายุ ($\beta = -0.13$, $p\text{-value} = 0.026$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 52 (Adjusted $R^2 = 0.52$) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โรคมะเร็ง ยาเคมีบำบัด

¹ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร

³ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดจันทบุรี

* ผู้รับผิดชอบบทความ: cardionursing@hotmail.com

Predictors of quality of life in older cancer patients receiving chemotherapy

Porawan Witwanukool¹ Ph.D., Ratchadapa Seedar² M.N.S, Sirirat Tanyabut¹ M.N.S,
Yosapon Leungsomnana^{3,*} Ph.D.

ABSTRACT

This cross-sectional research aimed to predict the factors related to the quality of life among older cancer patients receiving chemotherapy. The study involved a sample of 166 older cancer patients receiving chemotherapy at the National Cancer Institute in Bangkok between January and April 2023. Purposive sampling was used to select participants and data were collected using questionnaires. The analysis encompassed descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, Eta correlation coefficient, and multiple linear regression analyses.

The findings revealed that 64.5% of the participants had a moderate overall quality of life, with a mean score of 3.60 (S.D. = 0.67). Factors were found to be significantly associated with the quality of life including self-care self-efficacy ($r = 0.65$, $p\text{-value} < 0.001$), social support ($r = 0.59$, $p\text{-value} < 0.001$), caregiver ($\eta = 0.18$, $p\text{-value} = 0.027$), and age ($r = 0.20$, $p\text{-value} = 0.011$). Furthermore, the results demonstrated that self-care self-efficacy ($\beta = 0.44$, $p\text{-value} < 0.001$), social support ($\beta = 0.36$, $p\text{-value} < 0.001$), and age ($\beta = -0.13$, $p\text{-value} = 0.026$) together accounted for 52% (Adjusted $R^2 = 0.52$) of the variance in the overall quality of life. Based on these findings, healthcare professionals prioritize enhancing self-care self-efficacy, and social support among older cancer patients undergoing chemotherapy. This can be achieved by developing a tailored program aimed at improving their quality of life.

Keywords: Quality of life, Older, Cancer patients, Chemotherapy

¹ Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok

² Specialized Professional Nurse, National Cancer Institute, Bangkok

³ Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Phrapokklao Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chanthaburi

* Corresponding author: cardionursing@hotmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 19.3 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 60.0 เป็นผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี และในกลุ่มนี้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 16 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มคนที่มีอายุน้อยกว่า (International Agency for Research on Cancer, 2022) ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จากรายงานทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบสูงสุดในช่วงอายุ 55-65 ปี นอกจากนี้ ยังพบว่า ในช่วงปีดังกล่าว ผู้ป่วยในกลุ่มอายุนี้มีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 10.2 ต่อปี และมีอัตราการตายอยู่ในช่วง 450-470 รายต่อประชากรแสนคนต่อปี (National Cancer Institute, 2020) ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในวัยสูงอายุเนื่องมาจากความเสื่อมถอยทางสรีระตามกระบวนการสูงอายุ ทำให้มีการเสื่อมสภาพตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์เนื้อเยื่อและอวัยวะ การกลายพันธุ์ของยีน (Gene) ความสามารถในการจดจำเซลล์ลดลง อีกทั้ง ระบบภูมิคุ้มกันที่คอยเฝ้าระวังเซลล์แปลกปลอมทำหน้าที่กำจัดและทำลายเซลล์มะเร็งลดลง นอกจากนี้ การเกิดมะเร็งยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของผู้สูงอายุเองอีกด้วย (Wangnum, 2016)

ปัจจุบันยาเคมีบำบัดเข้ามามีบทบาทมากในการรักษามะเร็ง โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดถึงร้อยละ 42.0 ในปี พ.ศ. 2563 (National Cancer Institute, 2021) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในวัยสูงอายุจะได้รับผลกระทบมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง เช่น อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ หลังจากบริหารยาเคมีบำบัดเข้าสู่ร่างกาย และจากสภาพร่างกายที่เปราะบาง เช่น ระบบภูมิคุ้มกันต่ำลง และขาดสารอาหาร ทำให้มีความทนต่อยาเคมีบำบัดลดลง นำไปสู่การเกิดพิษของยาเคมีบำบัดได้มากขึ้น

(Wangnum, Thanarojanawanich, Jamprasert, Na Bangxang, & Maneejavakajorn, 2019) อีกทั้ง ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไป ผอมลง แผลในปาก ผิวหนังแห้งคัน อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง แขนขาอ่อนแรง ซาปลายมือปลายเท้า นอนไม่หลับ และท้องผูก (Karomprat, Chaichan, Santawesuk, & Sookprasert, 2017) ซึ่งอาการดังกล่าวรบกวนการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล กระทั่งต่อสภาพลักษณะ ถูกจำกัดบทบาทหน้าที่ มีสัมพันธภาพทางสังคมลดลง จะเห็นได้ว่าโรคและการรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (Bhatt, 2019)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมภายหลังการรักษาโรคมะเร็งครบ (Baik, Oswald, Buitrago, Buscemi, Lacobelli, Perez-Tamayo, et al., 2020) ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับหลังได้ยาเคมีบำบัด (Niller, Srimoragol, Wongkongkam, & Thamtorawat, 2019) และผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Wongketkit, Wirojratana, & Chanruangvanich, 2022) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยและการรักษา คุณลักษณะส่วนบุคคล ภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ (Ramasubbu, Pasricha, Rawat, & Das Biswadeep, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้เช่นกัน เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านมภายหลังการผ่าตัด (Baik, et al., 2020) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต

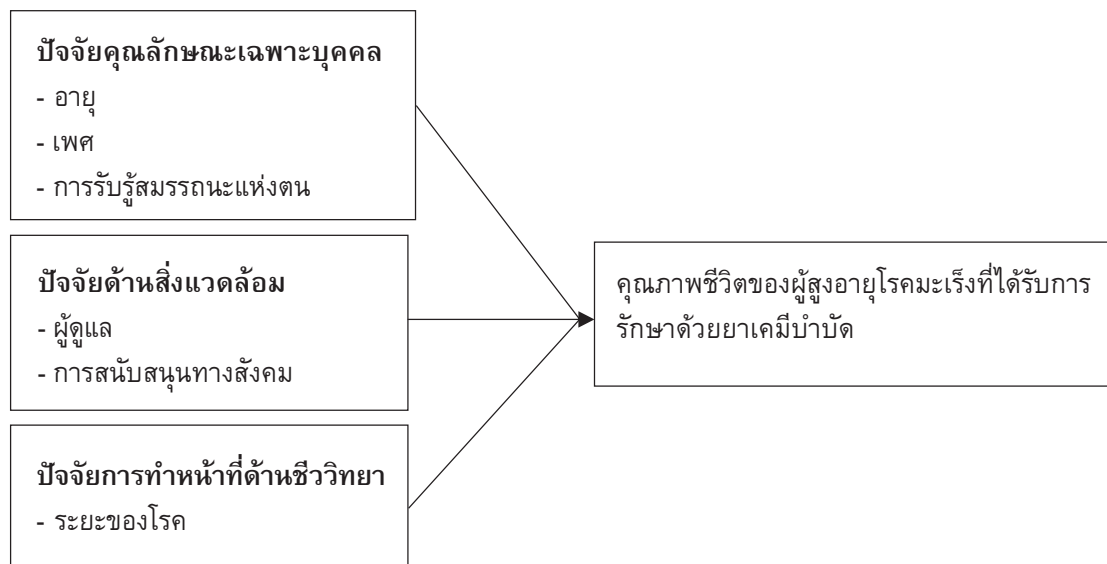
โดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างได้รับรังสีรักษา (Pongthavornkamol, Lekdamrongkul, Wanawarodom, & Ratchawong, 2014) เป็นต้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Chaoayacha, Pothiban and Chintanawat (2019) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความผาสุกด้านจิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการทางด้านร่างกาย และภาวะซึมเศร้า สามารถพยากรณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Arsanok, Wirojratana, & Jitramontree, 2022) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถส่งผลต่อการมีความผาสุกทางจิตใจที่ดี เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งได้

จากการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวนำมาใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มวัยผู้ใหญ่แต่ยังไม่พบการนำปัจจัยดังกล่าวมารวบรวมอธิบายหรือทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งๆ ที่คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถแสดงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Ferrans, Zerwic, Wilburand, & Larson (2005) ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยนี้

จะสามารถนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยตามปัจจัยที่นำมาศึกษาให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมทั้งสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของ Ferrans, et al. (2005) ซึ่งมุ่งเน้นการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านความสามารถในการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้สนใจศึกษาปัจจัยบางประการที่อาจเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ 1) ปัจจัยคุณลักษณะเฉพาะบุคคล คือ อายุ เพศ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Duangchan & Matthews, 2021) 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม คือ ผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยการทำหน้าที่ด้านชีววิทยา คือ ระยะของโรค มาร่วมทำนายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัด

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัด ณ แผนกผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 340 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเมเร็งทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี และมีประสบการณ์การรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัดทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จาก

สูตรของ Green (1991) ดังนี้ $n > 50 + 8m$ ซึ่งกำหนดให้ n คือ ขนาดของตัวอย่าง และ m คือ จำนวนตัวแปรพยากรณ์เท่ากับ 6 ตัว กลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยนี้คือ 98 คน เพื่อเพิ่มอำนาจการทำนายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คนต่อ 1 ตัวแปรพยากรณ์ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำในการศึกษาครั้งนี้ คือ 158 คน เพื่อลดความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ตัวอย่าง 174 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบ้ำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) สามารถสื่อสาร พูดคุยภาษาไทยได้เข้าใจ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันและปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล ชนิดและระยะของ

โรคกระเร้ง จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด และอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด โดยอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Selby, Cascella, Gardiner, Do, Moravan, Myers, et al. 2010) ฉบับภาษาไทย โดยมีค่าคะแนนความรู้สึกตั้งแต่ 0 (ไม่มี) จนถึง 10 (มากที่สุด) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ 9 อาการหลักๆ ได้แก่ ปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และอาการเหนื่อย

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย Luangpitak (2015) จำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ อารมณ์การประเมินค่าข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร คำตอบของระดับการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยเริ่มจาก ไม่เป็นจริง ถึงเป็นจริงมากที่สุด การแปลผลคะแนน ระดับการสนับสนุนทางสังคม คือ 15-30 คะแนน 31-45 คะแนน และ 46-60 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยโรคกระเร้ง (Strategies Used by People to Promote Health: SUPPH) พัฒนาโดย Lev and Owen (1996) ได้รับการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย (Forward-backward translation) และนำมาปรับปรุงโดย Choojai (2009) จำนวน 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การลดความเครียด การตัดสินใจ และทัศนคติด้านบวก คำตอบของระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยเริ่มจาก น้อยมากๆ ถึง มากพอสมควร การแปลผลคะแนนระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ 25-58 คะแนน 59-92 คะแนน และ 93-125 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกฉบับย่อ ได้รับการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยและนำมาปรับปรุงโดย Mahatnirankul, Tuntipiwatanakul, & Pumpisarnchai (2005)

จำนวน 26 ข้อ ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม การแปลผลคะแนนระดับคุณภาพชีวิต คือ 26-60 คะแนน 61-95 คะแนน และ 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ปานกลาง และดี ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือข้อ 2-4 ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางโรคกระเร้ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเร้ง 2 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคกระเร้งที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 0.88 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี เลขที่ COA. MURA2023/10 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 010/2566 ก่อนทำการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งเกี่ยวกับสิทธิของการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยโดยไม่มีการบังคับหรือมีผลต่อการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะลงชื่อในเอกสารแบบแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในและหอผู้ป่วยนอกของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อขออนุญาตและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล จากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจากแฟ้มเวชระเบียนของแผนกและคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างที่รับยาเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน

ตอบแบบสอบถามระหว่างรอพบแพทย์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่นอนค้างคืน ตอบแบบสอบถามวันแรกของการนอนโรงพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด เวลาที่ใช้ตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 10 นาที กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาใช้เพื่อการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของอีตา (Eta correlation coefficient) ใช้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression: Stepwise method) ใช้เพื่อวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต การศึกษานี้กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

หลังเก็บข้อมูลพบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน ที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเหลือตัวอย่างในการรายงานผลวิจัย 166 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.3 มีอายุเฉลี่ย 66.51 ปี (S.D. = 4.76) สถานภาพคู่ ร้อยละ 59.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.2 มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 67.5 สิทธิการรักษา คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70.5 มีญาติหรือลูกหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 70.5 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 34.3 การดำเนินของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 42.8 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด น้อยกว่า 4 รอบการรักษา ร้อยละ 56.6 อาการข้างเคียงหลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 57.2 เหนื่อยล้า ร้อยละ 51.8 และปวด ร้อยละ 32.5 ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูล (n = 166)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
Mean $\pm$ S.D.	66.51 $\pm$ 4.76	
เพศ		
หญิง	115	69.3
ชาย	51	30.7
สถานภาพสมรส		
โสด	29	17.5
คู่	98	59.0
หย่า	9	5.4
ม่าย	30	18.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	3.6
ประถมศึกษา	89	53.6
มัธยมศึกษา	38	22.9
ปริญญาตรี/สูงกว่า	33	19.9

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูล (n = 166) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	100	60.2
ประกอบอาชีพ	66	39.8
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	54	32.5
ไม่เพียงพอ	112	67.5
สิทธิการรักษา		
จ่ายค่ารักษาเอง	4	2.4
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	117	70.5
เบิกได้จ่ายตรง	30	18.1
ประกันสังคม	15	9.0
ผู้ดูแล		
สามี/ภรรยา	32	19.2
ญาติ/ลูกหลาน	117	70.5
ไม่มีผู้ดูแล	17	10.3
ชนิดของโรคมะเร็ง		
ศีรษะและคอ	11	6.6
ปอด	14	8.4
เต้านม	56	33.7
ทางเดินอาหาร	57	34.3
นรีเวช	28	17.0
ระยะของโรคมะเร็ง		
ระยะ 1	8	4.8
ระยะ 2	32	19.3
ระยะ 3	55	33.1
ระยะ 4	71	42.8
จำนวนครั้งของยาเคมีบำบัด		
< 4 รอบการรักษา	94	56.6
4-6 รอบการรักษา	25	15.1
> 6 รอบการรักษา	47	28.3
อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด (3 อันดับแรก)		
เบื่ออาหาร	95	57.2
เหนื่อยล้า	86	51.8
ปวด	54	32.5

คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 3.60 (S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านจิตใจ (Mean = 3.58, S.D. = 0.66) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม (Mean = 3.48, S.D. = 0.73) ด้านสุขภาพกาย (Mean = 3.21, S.D. = 0.49) และ

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Mean = 3.20, S.D. = 0.75) ตามลำดับดังตาราง 2 การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.0 มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 48.12 (S.D. = 9.20) เช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60.2 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.24 (S.D. = 23.11) ดังตาราง 3

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง (n = 166)

คุณภาพชีวิต	Mean	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต					
			ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพกาย	3.21	0.49	7	4.2	141	85.0	18	10.8
จิตใจ	3.58	0.66	6	3.6	92	55.4	68	41.0
สัมพันธภาพทางสังคม	3.20	0.75	30	18.0	104	62.7	32	19.3
สิ่งแวดล้อม	3.48	0.73	13	7.8	74	44.6	79	47.6
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.60	0.67	9	5.4	107	64.5	50	30.1

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง (n = 166)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สนับสนุนทางสังคม		
ระดับต่ำ	10	6.0
ระดับปานกลาง	53	32.0
ระดับสูง	103	62.0
Mean $\pm$ S.D.		48.12 $\pm$ 9.20
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน		
ระดับต่ำ	9	5.4
ระดับปานกลาง	57	34.4
ระดับสูง	100	60.2
Mean $\pm$ S.D.		101.24 $\pm$ 23.11

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.65$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.59$, $p\text{-value} < 0.001$)

ส่วนด้านผู้ดูแล พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = 0.18$, $p\text{-value} = 0.027$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.20$, $p\text{-value} = 0.011$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ($n = 166$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. อายุ	$r = -0.20$	0.011*
2. เพศ	$\eta = 0.03$	0.739
3. ผู้ดูแล	$\eta = 0.18$	0.027*
4. ระยะของโรคมะเร็ง	$\eta = 0.14$	0.590
5. การสนับสนุนทางสังคม	$r = 0.59$	< 0.001*
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$r = 0.65$	< 0.001*

*p-value < 0.05; r: Pearson's correlation coefficient; η : Eta correlation coefficient

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง การสนับสนุนทางสังคมและอายุสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ ร้อยละ 52.0 ($F = 5.04$, $p\text{-value} < 0.001$) จากสมการดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองมีอำนาจ

การทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่น สมการถดถอยแบบคะแนนมาตรฐาน คือ $\text{คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง} = 0.44 (\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง}) + 0.36 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - 0.13 (\text{อายุ})$ ดังตาราง 5

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ($n = 166$)

ตัวแปร	B	S.E.	β	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.31	0.05	0.44	6.69	< 0.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.62	0.11	0.36	5.48	< 0.001
อายุ	-0.43	0.19	-0.13	-2.25	0.026
Constant	54.04	13.92		3.88	< 0.001

$R = 0.73$, $R^2 = 0.53$, adjusted $R^2 = 0.52$, R^2 Change = 0.02, $F = 5.04$, $p\text{-value} < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในระบบทางเดินอาหารระยะ 4 และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดน้อยกว่า 4 รอบการรักษา มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongketkit et al. (2022) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานระยะลุกลาม ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาข้างต้นมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั่วไปที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (Luangphituck, Duangkaew, Jaiyungyuen, & Wandee, 2018) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุทั้งที่รับและไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานมีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในการศึกษานี้มีระดับการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองสูง ทำให้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับต่ำ (Kyriazidou, Alevizopoulos, Dokutsidou, Kavga, Kalemikerakis, Konstantinidis, et al., 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาโมเดลสมการเชิงโครงสร้างของการศึกษาก่อนหน้าที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านอาการเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานปอดระยะสุดท้าย (Chen, Liu, & You, 2018)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การศึกษานี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับยาเคมีบำบัด แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Quinten, Coens, Ghislain, Zikos, Sprangers, Ringash, et al. (2015) ที่พบว่า

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตลดลง การวิจัยนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกช่วงกลุ่มอายุจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าผู้สูงอายุทั่วไป อาจเนื่องจากผลของยาเคมีบำบัดที่มีผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Wangnum, 2016)

ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การที่มีคู่สมรส ลูกหลานและญาติพี่น้องให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีญาติหรือลูกหลานเป็นผู้ดูแล อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ จากอาการเหนื่อยล้าและชาปลายมือและเท้า ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการพึ่งพิงลูกหลาน จากการศึกษาของ Jayani & Hurria (2012) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องการการดูแลจากผู้ดูแล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยใหม่ พบว่าร้อยละ 43.0 ต้องการความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันจากเพื่อนและครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพทางสังคม เช่น การโทรศัพท์ติดต่อสื่อสาร การเดินทางและการทำงานบ้าน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น ผู้ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานควรจะมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ส่งผลต่อการเพิ่มการรับรู้คุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลในสังคมอยู่ในระดับสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการทางด้านจิตใจ (ต้องการ

การระบายความรู้สึกและการมีคนรับฟัง) และมีความต้องการความช่วยเหลือทางกาย (เมื่อรู้สึกเหนื่อยล้า ต้องการคนคอยช่วยเหลือ) ซึ่งพบว่า ความต้องการความช่วยเหลือทั้งสองประเภทจากบุคคลรอบข้างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (Pisu, Azuero, Halilova, Williams, Kenzik, Kvale, et al., 2018)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งมีความเชื่อมั่นในความสามารถเกี่ยวกับการดูแลตัวเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดระดับสูงจะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่อยู่ในระดับสูงของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจและด้านสังคม (Baik, et al., 2020) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ Baik, et al. (2020) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากอาการ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดอาการทางกายอาจช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางกายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้นได้

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และอายุสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 52.0 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลของการรวมทำนายคุณภาพชีวิต โดยมีรายละเอียด ดังนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ในระดับสูงที่สุด กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยในการศึกษานี้ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปรับแก้ปัญหา การลดความเครียด การตัดสินใจสิ่งต่างๆ และการใช้ชีวิตให้มีความสุขได้

ซึ่งสอดคล้องกับ คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่อยู่ในระดับสูง การศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมรายด้านจิตใจและการมีสุขภาวะที่ดีของสตรีสูงอายุโรคมะเร็งเต้านม (Baik, et al., 2020) และผู้สูงอายุโรคมะเร็งชนิดต่างๆ (Miller, Ashing, Modeste, Herring, & Sealy, 2015) บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะพยายามเอาชนะในสิ่งที่ยากและท้าทายเพื่อแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Bandura, 1986) จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่สามารถทำนายว่าบุคคลนั้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติอาจเนื่องจากตัวผู้ป่วยเอง โรคมะเร็งและผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างนี้ที่ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้โดยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งกลุ่มที่มีครอบครัวและมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจะมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่คนเดียวและมีรายได้ไม่เพียงพอ (Kyriazidou et al., 2022) ดังนั้น การเอื้ออำนวยทางสังคมจะเป็นการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ จากคนรอบข้างเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองร่วมกับคนรอบข้างเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 66.51 ปี ซึ่งเป็นช่วงสูงอายุตอนต้น มีความเสื่อมถอยของร่างกายน้อย ร่างกาย

ยังแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุมากกว่า (Wongpanarak & Chaleoykitti, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Quinten, et al. (2015) พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุโรคมะเร็งส่งผลให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตลดลงเนื่องจากผลกระทบทางร่างกาย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่เหมาะสมกับสุขภาพทางกายและช่วงอายุอาจทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และอายุร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด ดังนั้น จึงควรนำผลการศึกษานี้ไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพิจารณาตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ความยืดหยุ่นและความสามารถทางด้านร่างกาย เป็นต้น มาร่วมศึกษาเพื่อเพิ่มอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้ ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ อารมณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Arsanok, P., Wirojratana, V., & Jitramontree, N. (2022). The influence of symptom distress, depression, and social support on spiritual well-being among older patients with advanced cancer during treatment. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 84-98. (in Thai)
- Baik, S. H., Oswald, L. B., Buitrago, D., Buscemi, J., Lacobelli, F., Perez-Tamayo, A., et al. (2020). Cancer-relevant self-efficacy is related to better health-related quality of life and lower cancer-specific distress and symptom burden among Latina breast cancer survivors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(4), 357-365.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bhatt, V. R. (2019). Cancer in older adults: Understanding cause and effects of chemotherapy-related toxicities. *Future Oncology*, 15(22), 2557-2560.
- Chaoayacha, W., Pothiban, L., & Chintanawat, R. (2019). Factors related to psychological well-being in older patients with cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 46, 13-22. (in Thai)
- Chen, H. L, Liu, K., & You, Q. S. (2018). Self-efficacy, cancer-related fatigue, and quality of life in patients with resected lung cancer. *European journal of cancer care*, 27(6), 1-6.

- Choojai, M. (2009). *The relationship between perceived self-care efficacy and quality of life among breast cancer patients after mastectomy, Ratchaburi province*. Thesis of Master of Adult Nursing, Mahidol University, Bangkok. (in Thai)
- Duangchan, C., & Matthews, A. K. (2021). Application of ferrans et al.'s conceptual model of health-related quality of life: A systematic review. *Research Nurse Health, 44*, 490-512.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(4), 336-342.
- Green S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *multivariate behavioral research, 26*(3), 499-510.
- International Agency for Research on Cancer. (2022). *The Global Cancer Observatory: GCO*. Retrieved May 10, 2023, from <https://gco.iarc.fr>.
- Jayani, R., & Hurria, A. (2012). Caregivers of older adults with cancer. *Seminars in oncology nursing, 28*(4), 221-225.
- Karomprat, A., Chaichan, P., Santawesuk, U., & Sookprasert, A. (2017). Symptom management and outcome in cancer patients undergoing chemotherapy. *Srinagarind Medical Journal, 32*(4), 326-331. (in Thai)
- Kyriazidou, E., Alevizopoulos, N., Dokutsidou, E., Kavga, A., Kalemikerakis, I., Konstantinidis, T., et al. (2022). Health-related quality of life and social support of elderly lung and gastrointestinal cancer patients undergoing chemotherapy. *SAGE open nursing, 8*, 1-9.
- Laghousi, D., Jafari, E., Nikbakht, H., Nasiri B., Shamshirgaran, M. & Aminisani, N. (2019). Gender differences in health-related quality of life among patients with colorectal cancer. *Journal of Gastrointestinal Oncology, 10*(3), 453-461.
- Lev, E. L., & Owen, S. V. (1996). A measure of self-care self-efficacy. *Research in nursing & health, 19*(5), 421-429.
- Luangpitak, S. (2015). *Factors influencing self-management among patients with heart failure*. Thesis of Master of Adult Nursing, Burapha University, Chonburi. (in Thai)
- Luangphituck, W., Duangkaew, J., Jaiyungyuen, U., & Wandee, P. (2018). Predicting factors of quality of life among older persons in Suphanburi province. *Journal of Nursing Siam University, 20*(38), 67-81. (in Thai)
- Mahatnirankul, S., Tuntipiwatanakul, V., & Pumpisarnchai, V. (2005). Quality of life questionnaire of the World Health Organization in Thai version. Retrieved March 1, 2023, from <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
- Miller, A. M., Ashing, K. T., Modeste, N. N., Herring, R. P., & Sealy, D. A. (2015). Contextual factors influencing health-related quality of life in African American and Latina breast cancer survivors. *Journal of cancer survivorship: research and practice, 9*(3), 441-449.
- National Cancer Institute. (2020). *Cancer registration at hospital level 2020*. Bangkok: New Ordinary Printing (Thailand) Co., Ltd. (in Thai)
- Niller, A., Srimoragol, P., Wongkongkam, K., & Thamtorawat, S. (2019). Factors predicting quality of life of hepatocellular carcinoma patients undergoing trans arterial chemoembolization. *Thai Journal of Nursing Council, 34*(2), 127-140. (in Thai)

- Pisu, M., Azuero, A., Halilova, K. I., Williams, C. P., Kenzik, K. M., Kvale, E., et al. (2018). Most impactful factors on the health-related quality of life of a geriatric population with cancer. *Cancer*, 124(3), 596–605.
- Pongthavornkamol, K., Lekdamrongkul, P., Wanawarodom, P., & Ratchawong, W. (2014). Relationships between social support, financial status, health-promoting behaviors, and quality of life among women with breast cancer undergoing radiation treatment. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 15-27. (in Thai)
- Quinten, C., Coens, C., Ghislain, I., Zikos, E., Sprangers, M. A. G., Ringash, J., et al. (2015). The effects of age on health-related quality of life in cancer populations: A pooled analysis of randomized controlled trials using the European organization for research and treatment of cancer (EORTC) QLQ-C30 involving 6024 cancer patients. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, 51(18), 2808–2819.
- Ramasubbu, S. K., Pasricha, R. K., Rawat, V. S., & Das Biswadeep. (2020). Quality of life and factors affecting it in adult cancer patients undergoing cancer chemotherapy in a tertiary care hospital. *Cancer Report*, 4(2), 1-11.
- Selby, D., Cascella, A., Gardiner, K., Do, R., Moravan, V., Myers, J., et al. (2010). A single set of numerical cut points to define moderate and severe symptoms for the Edmonton Symptom Assessment System. *Journal of pain and symptom management*, 39(2), 241-249.
- Wangnum, K. (2016). Nursing care of older adults with cancer undergoing chemotherapy. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 3(1), 51–63. (in Thai)
- Wangnum, K., Thanarojanawanich, T., Jamprasert, L., Na Bangxang, J., & Maneejavakajorn J. (2019). Development of a multidisciplinary care system in older adult cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Journal of the Department of Medical Services*, 44(2), 32-41. (in Thai)
- Wongketkit, K., Wirojratana, V., & Chanruangvanich, W. (2022). Factors predicting quality of life among older adults with advanced cancer receiving palliative care. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(1), 117-131. (in Thai)
- Wongpanarak, N., & Chaleoykitti, S. (2014). Depression: A significant mental health problem of elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 24-31. (in Thai)