

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทาง
หลอดเลือดแดง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE WITH HEPATOCELLULAR
CARCINOMA UNDERGOING TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION THERAPY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
โรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือด
แดง

โดย

น.ส.ณัฐกานต์ หงส์มัลย์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนာ ชูวรรณระปกรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนာ ชูวรรณระปกรณ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ภัทรอาชาชัย)

ณัฐกานต์ หงส์มาลัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง. (FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA UNDERGOING TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION THERAPY) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ตึกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 120 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หาความเที่ยงจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96, .78, .95 และ .87 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (Mean = 122.47, S.D. = 18.76)

2. ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.444, -0.540, -0.579, -0.466$ ตามลำดับ)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977161336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: QUALITY OF LIFE, OLDER PEOPLE, HEPATOCELLULAR CARCINOMA,
TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION THERAPY

Nattakarn Hongmalai : FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA UNDERGOING TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION THERAPY. Advisor: Asst. Prof. Tassana Choowattanapakorn, Ph.D.

The purpose of this correlation research was to study quality of life in older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy and to study the relationships between factors fatigue, pain, insomnia, stress and quality of life in older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy. One hundred and twenty inpatient of King chulalongkorn memorial hospital and Ramathibodi hospital who had diagnosis of hepatocellular carcinoma more 60 years old and above. The instruments were composed of Demographic information, Piper fatigue scale-12, Numerical rating scales, Insomnia severity index, Percieved stress scale, functional assessment of cancer therapy–hepatobiliary (FACT-Hep). These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. The reliabilities of these questionnaires were .96, .78, .95 and .87 respectively. Data were analyzed by using mean, standard deviation, Pearson’s production-moment correlation. The major findings were as follows:

1. The mean score of quality of life among older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy was shown at the high level. (Mean = 122.47, S.D. = 18.76).

2. Fatigue, pain, insomnia and stress were negative related to quality of life in older people with hepatocellular carcinoma undergoing transarterial chemoembolization therapy at the medium level of .05 ($r = - 0.444, - 0.540, - 0.579, - 0.466$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่สละเวลาอันมีค่า เพื่อทุ่มเทให้ผู้วิจัยรู้จักคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตามหลักวิชาการ ให้กำลังใจ และให้แนวคิดที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตากรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประพนธ์ รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ภัทรราชาชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์บุญชู ศิริจินดากุล นายแพทย์จริง เจริญวิศาล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ คุณวนิดา รัตนานนท์ และคุณอรทัย จำนงค์ศิลป์ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการศัลยกรรม คือ คุณราตรี แซ่ลู่ หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริ 16B (ปัญจมาราชนิลา) คือ คุณจิรภา รัตนเพ็ญตระกูล หัวหน้าหอผู้ป่วยระยะสั้น (HSU1) คือ คุณอารี แซ่แบ้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาริบัติทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย รวมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา นายประเสริฐ หงส์มาลัย นางบุญร่วม หงส์มาลัย นายภัทรพล โฉ้วจิระศักดิ์ และครอบครัวของผู้วิจัยทุกท่านที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการเรียนและการดำเนินชีวิตที่ดีเสมอมา คอยเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยอยู่เสมอจนผู้วิจัยสามารถดำเนินการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ณัฐกานต์ หงส์มาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง	10
2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง.....	22
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์	31
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
5. กรอบแนวคิดการวิจัย	49

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	56
พหุศาสตร์สหศึกษากลุ่มตัวอย่าง.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	68
สรุปผลการวิจัย.....	69
อภิปรายผลการวิจัย.....	70
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	77
บรรณานุกรม.....	78
ภาคผนวก.....	90
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	91
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย และหนังสือขอ ความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล	93
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพหุศาสตร์สหศึกษากลุ่มตัวอย่าง และหนังสือแสดง ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย	103
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	117
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและตารางวิเคราะห์ข้อมูล	125
ประวัติผู้เขียน.....	134

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวน 120 คน จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว/โรคร่วม และประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง.....	62
ตารางที่ 2	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120).....	64
ตารางที่ 3	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120).....	65
ตารางที่ 4	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120).....	65
ตารางที่ 5	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะเครียดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120).....	66
ตารางที่ 6	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120).....	66
ตารางที่ 7	ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120).....	67

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แบบจำลองทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS).....	32
ภาพที่ 2 การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง.....	35



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งตับเป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2555 มะเร็งตับพบมากเป็นอันดับ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด 1 ใน 3 อยู่ในประเทศแถบเอเชีย เช่น จีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไทย เป็นต้น (Bragazzi et al., 2011) สำหรับในประเทศไทยมะเร็งตับพบได้ทุกภูมิภาค (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ 34.8 และ 11.3 ต่อประชากรแสนคน (World Cancer Research Fund International., 2012) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 พบว่ามะเร็งตับเป็นสาเหตุการตายอันดับ 6 และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงจำนวน 471 ราย เป็นผู้สูงอายุ 296 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2559) และจากสถิติโรงพยาบาลรามธิบดี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงจำนวน 435 ราย เป็นผู้สูงอายุ 260 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลรามธิบดี, 2560)

ปัจจุบันพบว่าปัญหาโรคมะเร็งตับ มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทางร่างกาย พบว่าเซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการตายเกิดขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง ทำให้การกำจัดยาที่เข้าสู่ร่างกายช้าลง ผู้สูงอายุจึงมีความโน้มเอียงในการเกิดพิษจากยาและแอลกอฮอล์ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2548; วิไลวรรณทองเจริญ, 2558) เชื่อว่าการเกิดมะเร็งตับนั้นเป็นขบวนการที่ซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน (multi-step process) และใช้เวลายาวนานกว่าสิบปี พยาธิสภาพมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ แต่อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ และมักพบในระยะสุดท้ายแล้ว (Sherman et al., 2010; Kew et al., 2011) และมีความเสี่ยงในการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ใน พ.ศ. 2559 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ในจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 66.18 ล้านคน มีผู้สูงอายุประมาณ 10.22 ล้านคน

หรือคิดเป็นร้อยละ 15.45 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทย เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ การมีประชากรสูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างเห็นได้ชัดในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จึงเป็นประเด็นที่ทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงอายุ โดยวางนโยบาย กำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุม 4 มิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยศึกษาผู้สูงอายุ 5 จังหวัด จากทุกภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,000 คน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 70.1 (อุทัย สุดสุข, 2552) จากหลายการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทย มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (เจริญชัย หมิ่นห่อ, 2553; จีราพร ทองดี และคณะ, 2555; วิไลพร ขาววงษ์ และคณะ, 2561) เนื่องจากเป็นวัยที่สภาพร่างกายเสื่อมถอย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งความเสื่อมถอยนั้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยได้ง่าย พลังงานสำรองของร่างกายลดลง (reduced body reserve) อีกทั้งเมื่อเจ็บป่วยแล้วยังมีอาการรุนแรงและยาวนานกว่าวัยอื่น ๆ (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2560) จะเห็นได้ว่าการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบัน นำมาซึ่งปัญหาผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อ และหนึ่งในโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคมะเร็งตับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การรักษา มะเร็งตับโดยการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกออก และการผ่าตัดเปลี่ยนตับเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด แต่ร้อยละ 60-70 ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะแพร่กระจาย ไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัด (Cao et al., 2013) การรักษาโดยให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (Transarterial Chemoembolization: TACE) เป็นทางเลือกลำดับแรกในการรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วย มะเร็งตับที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เพื่อชะลอการดำเนินของโรค การควบคุมอาการ และการมีชีวิตรอดนานขึ้น เพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 40-50 นาน 16-20 เดือน (Cabrera et al., 2010)

การรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเป็นการสอดสายสวนเข้าไปในหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบไปที่ก้อนเนื้ออก โดยให้ยาเคมีบำบัดและสารอุดกั้นหลอดเลือด เพื่อไม่ให้เลือดมาเลี้ยงและเกิดการตายของก้อนมะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) อาการที่พบหลังให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เช่น ความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และอาการเบื่ออาหาร (Cao et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบมากที่สุด รองลงมาคือ ความปวด โดยมักพบมากใน 1 สัปดาห์หลังการรักษา นอกจากนี้

ยังพบว่ามีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในทางเสื่อมลง รวมทั้งประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง ส่งผลต่อการเผาผลาญ การกระจายตัว และการขับถ่ายของยาออกจากร่างกายช้าลง ทำให้ฤทธิ์ยาอยู่นานขึ้นจึงเพิ่มความเสี่ยงในการแพ้ยาเคมีบำบัด ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ หรือมีความปวดร่วมด้วย จากปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Shiang et al., 2009; Barsevick et al., 2010; Hinrichs et al., 2017)

อาการไม่พึงประสงค์เป็นอาการที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์อย่างน้อย 1 เหตุการณ์ มีผลกระทบต่อบุคคล ทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งมีหลายมิติ (Multidimension) (Lenz et al., 2009) อาการอาจเกิดขึ้นอาการเดียว หรือพร้อมกันหลายอาการ แต่เมื่อเกิดอาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา ในขณะเดียวกันระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีความเชื่อมโยงกันทำให้อาการแต่ละอาการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interrelated of symptoms) ซึ่งหากบุคคลมีจำนวนของอาการ หรือมีความรุนแรงของอาการมากขึ้น ผลกระทบในด้านต่าง ๆ ที่ตามมาจะมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นหลายเท่าทวีคูณ (Synergistic affect) (Lenz et al., 2009) ดังนั้นอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้สถานะทางสุขภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายว่าเป็นปกติหรือกำลังถูกคุกคามทางสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี (Fox et al., 2006; Lenz et al., 2009)

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบว่าคุณภาพชีวิตลดลงทั้งมิติด้านร่างกายและจิตใจ (Xie et al., 2015) โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical well-being) นั้น พบว่าเมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยจากมะเร็งระดับ และได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (Shun et al., 2012) ซึ่งอาการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด โดยมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Somjaiwong et al., 2011) ส่วนองค์ประกอบด้านอารมณ์ (Emotional well-being) พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงจะมีภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ วิตกกังวลกลัวการเสียชีวิต (Shun et al., 2012) เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (Somjaiwong et al., 2011) แต่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคมครอบครัว (Social well-being) สูงขึ้น เนื่องจากมีบุคคลใกล้ชิดให้การช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เพียงพอก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (สุรชัย มณีเนตร, 2556) สำหรับองค์ประกอบด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Functional well-being) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับในระยะลุกลามมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจึงยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ (Shun et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมค้นพบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลายอย่าง จากการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นผลข้างเคียงจากการรักษาที่พบได้มากที่สุด ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิต (Ryu et al., 2010) Shun et al. (2012) กล่าวว่า ความปวดเป็นความทุกข์ทรมานที่พบได้มากภายใน 1 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ส่วน Xie et al. (2015) พบว่าการที่ผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับ จะทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ อารมณ์ไม่สดชื่น มีความแปรปรวนทางสภาวะจิตใจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และ Cao et al. (2013) พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงในทางลดลงตามกระบวนการสูงอายุ และมีปัจจัยจากโรคเรื้อรังตั้งเช่นมะเร็งระดับเข้ามาระทบอีกด้านหนึ่ง เนื่องจากอาการของโรคมะเร็งระดับและความทุกข์ทรมานของอาการมีหลายอย่างทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จึงส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุมากขึ้น จากวรรณกรรมในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี พบการศึกษาของ สุรัชชัย มณีเนตร (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี เกี่ยวกับองค์ประกอบด้านอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษาทั่ว ๆ ไป ยังไม่มีการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงลงไปในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะมิติความทุกข์ทรมานของอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการแพทย์ของสูงอายุโรคมะเร็งระดับ และการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเผชิญกับโรคที่เป็นและดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเป็นอย่างไร
2. ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms) ของ Lenz et al. (2009) ในการเลือกตัวแปรต้น เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่อธิบายความหมายของอาการได้ชัดเจน ว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อาการอาจเกิดขึ้นอาการเดียว หรือพร้อมกันหลายอาการ Lenz อธิบายว่าองค์ประกอบของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1. อาการ (Symptoms) 2. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) 3. ผลของอาการ (Performance outcomes) ผู้วิจัยใช้องค์ประกอบด้านอาการในการเลือกตัวแปรต้น ดังนี้ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ และใช้องค์ประกอบด้านปัจจัยที่มีผลต่ออาการในการเลือกตัวแปรต้น ตามปัจจัยย่อย ด้านจิตใจ (Psychological factors) คือ ภาวะเครียด ส่วนองค์ประกอบด้านผลของอาการ (Performance outcomes) เป็นมิติที่กล่าวถึงผลลัพธ์ของการมีประสบการณ์อาการ หรือผลกระทบจากอาการ เมื่อเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การปฏิบัติตามบทบาท การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความสามารถในการเรียนรู้และกระบวนการแก้ปัญหา ตลอดจน หากอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงนี้ประเมินได้จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Cella (Cella et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบว่าองค์ประกอบด้านอาการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น และยังพบว่าตัวแปรด้านภาวะเครียด เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการ มีอิทธิพลทำให้อาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรงมากขึ้น จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทั้งสองด้านนี้ ส่งผลต่อองค์ประกอบด้านผลของอาการ (Performance outcomes) ทั้งด้านการทำหน้าที่และการคิดรู้ หากอาการไม่พึงประสงค์มีจำนวนหรือระดับความรุนแรงมากขึ้น จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคลลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปที่ประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการด้วย (Fox et al., 2006; Lenz et al., 2009)

สรุปได้ว่าเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น สิ่งที่มาคือภาวะสุขภาพที่แย่ง การทำบทบาทหน้าที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และความสามารถในการเรียนรู้และกระบวนการแก้ปัญหาลดลง ซึ่งหากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และการปฏิบัติกิจกรรม (Lenz et al., 2009) หรือหากอาการไม่พึงประสงค์มีน้อย ไม่รุนแรง คุณภาพชีวิตก็จะดีกว่า ในการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ได้เลือกใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Cella et al. (1994) ในการอธิบายตัวแปรตาม กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรม จากการทบทวนพบว่า

ด้านอาการ (Symptoms) หมายถึง ประสบการณ์ที่ประกอบด้วยอาการสำคัญของแต่ละภาวะความเจ็บป่วย ในการศึกษาครั้งนี้อาการที่พบบ่อยและไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด และอาการนอนไม่หลับ โดยอาการเหล่านี้แตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาที่เป็น

ความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงต้องเผชิญผลกระทบที่เกิดจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงที่ได้รับ นอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังทำลายเซลล์ปกติของตับบางส่วนไปด้วย มีรายงานว่าผู้ป่วยต้องประสบกับความเหนื่อยล้ามากที่สุด ($r = 0.638, p < .01$) (Cao et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinrichs et al. (2017) พบความเหนื่อยล้ามากที่สุดหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบร้อยละ 30.1 ความเหนื่อยล้าเป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อน ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก พบร้อยละ 90.6 (Ryu et al., 2010)

ความปวด อาการปวดภายหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงพบร้อยละ 80 ซึ่งอาการปวดภายหลังได้รับการรักษาที่มีความรุนแรง (Severity) มากกว่าก่อนได้รับการรักษา (Cao et al., 2013) มีสาเหตุเกิดจากความตึงตัวของกระเปาะที่หุ้มตับ การตายของก้อนเนื้อจากการขาดเลือดไปเลี้ยงของเนื้อตับ หรือผลข้างเคียงของการให้สารอุดกั้นหลอดเลือดตันเข้าไปอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงถุงน้ำดี ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง (Bernadino et al., 1981) ความปวดเกิดขึ้นเฉลี่ย 2.2 วัน (Farinati et al., 1996) และพบว่าความปวดเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.4 (Hinrichs et al., 2017)

อาการนอนไม่หลับ ปัญหาการนอนไม่หลับมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายพบว่าทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ร่างกายขาดพลังงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีปัญหาด้านสมาธิและความจำ การทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer

cell ลดลง ทำให้ความสามารถในการต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยลดลง (Savard et al., 2001) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ คือ ทำให้มีอาการเมแปรปรวน เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล กระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน การปฏิบัติหน้าที่ที่มีความบกพร่อง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Morin et al., 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xie et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง มีปัญหาอนไม่หลับทำให้อารมณ์ไม่สดชื่น มีความแปรปรวนทางสภาวะจิตใจ ความทุกข์ทรมาน (Distress) ที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อการจัดการอาการ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง พบได้มากภายใน 1 สัปดาห์หลังได้รับการรักษา (Shiang et al., 2009)

ด้านปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) หมายถึง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วยปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) คือ ภาวะเครียด

ภาวะเครียด เป็นปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) โดยภาวะเครียดเป็นสภาวะด้านอารมณ์ ความคิดและความรู้สึกที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ความเครียดที่ยาวนานก่อให้เกิดผลเสียทางด้านสรีระ เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ทำให้ร่างกายทำงานบกพร่อง เช่น ทำให้ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย ส่วนผลเสียทางด้านจิตใจ คือ จะส่งผลให้จิตใจหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัวขาดสมาธิ ผลคือความเชื่อมั่นในการจัดการกับชีวิตลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (พนิตตา ศรีหาคกลง, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) พบว่าภาวะเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.5, p < .05$)

สมมุติฐานการวิจัย

ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการอนไม่หลับ ภาวะเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเรื้อรังทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในตึกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความผาสุกของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เกี่ยวกับผลกระทบจากสถานะของโรค หรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และความผาสุกด้านอื่น ๆ (อาการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ) ซึ่งเป็นความรู้สึกหรือความพึงพอใจในความสามารถต่อการทำหน้าที่ของตน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของภาวะสุขภาพ ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ (Functional Assessment of Cancer Therapy–Hepatobiliary: FACT-Hep Thai version) ของ Cella et al. (2002) จำนวน 45 ข้อ

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้าที่มีต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ด้านสติปัญญาและอารมณ์ และด้านการรับรู้ความหมายของความเหนื่อยล้า ใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Piper fatigue scale-12 ของ Piper et al. (2012) ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลและแปลกลับ (backward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ (bilingual person) จำนวน 2 คน จากสถาบันภาษา แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 12 ข้อ

ความปวด หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุบอกระดับความปวดด้วยตนเอง ใช้เครื่องมือประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale) จำนวน 1 ข้อ

อาการนอนไม่หลับ หมายถึง การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงการนอนของผู้สูงอายุในช่วงหลังจากได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ประกอบด้วย การเข้าสู่การนอนหลับยาก การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ใช้เครื่องมือ Insomnia Severity Index ของ Morin (1993) ฉบับภาษาไทยของ พัทธิญา แก้วแพง (2547) ที่ดัดแปลงบางส่วน เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวน 7 ข้อ

ภาวะเครียด หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกกดดันหรือความทุกข์ภายหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ใช้แบบประเมินการรับรู้ความเครียด Percieved Stress Scale (PSS) ของ Cohen et al. (1994) ฉบับภาษาไทยของ Wongpakaran et al. (2010) ที่ดัดแปลงบางส่วน เพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวน 10 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำความรู้ที่ได้มาช่วยในการพัฒนาแนวทางการประเมิน วางแผนการพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข
2. นำผลการวิจัยที่ได้ พัฒนาไปสู่การวิจัยเชิงทำนายทางการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (Older persons หรือ Older people) หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2007) การกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้น มีการจำแนกและแบ่งการให้ความหมายหลายรูปแบบ ความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้นำไปใช้ เช่น องค์การสหประชาชาติกำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก ให้ความหมายว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2552) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี ผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้มีการเรียกแตกต่างกัน ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1) เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (Theaged, Aging, Old man) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้ง ๆ ที่บางคนอาจมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากก็ได้

2) เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Older Persons) ซึ่งเป็นการเรียกที่เป็นสากลมากกว่า

3) เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่น เรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior Citizen) ในองค์การหนึ่ง ๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์การทั้ง ๆ ที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่ ปัจจุบันในการประชุมขององค์การสหประชาชาติตกลงใช้คำว่า Older persons ในการเรียกผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับในประเทศไทยมักใช้คำว่า ผู้สูงอายุ เป็นส่วนมากเพราะดูเป็นกลาง ๆ ไม่บ่งชี้ว่าแก่หรือชราให้ผู้ถูกเรียกเสียความรู้สึก (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา พลังงานสำรองของร่างกายลดลง (reduced body reserve) ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและรุนแรงกว่าวัยผู้ใหญ่ (ปณิตา ลิ้มปะวัตนะ, 2560) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญในผู้สูงอายุมีดังต่อไปนี้

ระบบไหลเวียนเลือด ขนาดของหัวใจอาจเล็กลงหรือโตขึ้นก็ได้ ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ หลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนอาหารและของเสียลดลง ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว หลอดเลือดฝอยไม่สมบูรณ์และเปราะบาง ทำให้เกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง รวมถึงปริมาณเลือดที่ไหลเวียนผ่านตับลด ทำให้การขจัดยาเคมีบำบัดทำได้ช้าลง เสี่ยงต่อการแพ้ยาเคมีบำบัดมากกว่าวัยอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

ระบบผิวหนัง หนึ่งกำพร้ามีความชุ่มชื้นลดลง ต่อมไขมันโตขึ้นแต่หลังน้ำมันออกน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้งแตกง่าย Melanocytes ลดน้อยลง ทำให้สีผิวและขนหงอกขาวหนังแท้มีความหนาลดลง และ collagen ลดลง หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีด เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำได้ไม่ดี ผิวหนังมีความบอบบางลงทำให้เห็นรอยแผลฟกช้ำ รวมทั้งการเกิดอาการตีชานจากโรคมะเร็งตับทำให้เห็นสีเหลืองชัดเจนขึ้น เกิดภาพลักษณะไม่สวยงาม (Eliopoulos, 2010)

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กระดูกเปราะง่าย ถ้าได้รับอันตรายเพียงเล็กน้อยจะทำให้กระดูกหักได้ เนื่องจากมีการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน พบมากในสตรีช่วงวัยหมดประจำเดือน จึงทำให้เกิดกระดูกสันหลังของผู้หญิงโค้งได้เร็ว เป็นสาเหตุให้กระดูกขาอ่อนบนและปลายกระดูกแขนหักได้ง่าย เลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อลดลง เป็นผลให้การขนส่งสารอาหารที่มาตามเลือดลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้กำลังกล้ามเนื้อลดลง เมื่อกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง มีความเสื่อมสมรรถภาพเกิดขึ้นจะมีผลให้ความคล่องตัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องใช้กล้ามเนื้อลดลงไปด้วย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตมีขนาดเล็กกลางและจำนวนหน่วยกรอง (glomerulus) ลดลงร้อยละ 30-50 และมีลักษณะผิดปกติมากขึ้น โดยมีแคลเซียมมาตกสะสมบริเวณเนื้อไตชั้นนอก (cortex) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ในขณะที่บริเวณเนื้อชั้นใน (medulla) มีหลอดเลือดเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้น เลือดที่ไหลผ่านไตจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อัตราการกรองของหน่วยกรองลดลงและมีขนาดเล็กกลาง การขับถ่ายปัสสาวะพบว่า ช่องขับถ่ายปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดของผู้สูงอายุมีสมรรถภาพลดต่ำลง บางคนจึงไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีเท่ากับเมื่อยังเป็นหนุ่มสาว ทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย ในผู้ชายมักมีต่อมลูกหมากโตทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากและถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น (Ayalon, 2006)

ระบบทางเดินอาหาร การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงของกล้ามเนื้อ และการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารบางลงและเสื่อมหน้าที่ เนื่องจากการแบ่งตัวของเซลล์ลดลง เป็นเหตุให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารต่าง ๆ ในลำไส้เล็กไม่ดี จึงเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ร่างกายเคลื่อนไหวน้อย การกระหายน้ำน้อยลงจึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูกมากขึ้น บางรายมีกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักหย่อนตัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ และถ่ายอุจจาระกระปริบกระปรอย เนื้อตับอ่อนมีพังผืดเพิ่มขึ้นและมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้น ท่อนตับอ่อนโตขึ้น น้ำหลั่งจะมีปริมาตรลดลงทั้ง amylase และ trypsin (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

ในผู้สูงอายุตับมีขนาดเล็กลง น้ำหนักของตับจะลดลงถึงร้อยละ 25 ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนผ่านตับจึงลดได้ถึงร้อยละ 35 เซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการตายเกิดขึ้น ทำให้การกำจัดยาที่เข้าสู่ร่างกายช้าลง ผู้สูงอายุจึงมีความโน้มเอียงในการเกิดพิษจากยาและแอลกอฮอล์ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ตับมีการสังเคราะห์โปรตีนได้น้อยลง ระบบท่อต่าง ๆ ในตับมีการแตกแขนงเพิ่มมากขึ้น ท่อน้ำดี (common bile duct) มีขนาดโตขึ้น น้ำดีมีปริมาณของไขมันเข้มข้นขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายพิษของตับลดลง (บรรลุ ศิริพานิช, 2548; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

สรุปได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างจากการดูแลวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา พลังงานสำรองของร่างกายลดลง (reduced body reserve) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายและรุนแรงกว่าวัยอื่น โดยพบว่าผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายโรค ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สังคม และการปฏิบัติกิจกรรม อีกทั้งมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียงจากการรักษามากกว่าวัยผู้ใหญ่อีกด้วย ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2560) และมีความเสี่ยงในการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นถ้าได้มีการเตรียมตัวและให้การดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สังคมและการปฏิบัติกิจกรรม

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สังคมและการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุ ได้แก่

การปลดเกษียณ หรือการออกจากงาน (Retirement) อย่างไรก็ตามการปลดเกษียณ หรือการออกจากงานนี้ ถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการที่ผู้สูงอายุค่อย ๆ ถอยตัวเองออกจากงาน และเป็นไปด้วยความสมัครใจ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมไม่มากนัก ในทางตรงกันข้ามหากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ซึ่งบุคคลยังไม่ต้องการให้เกิดขึ้น จะเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของชีวิต ทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทันและเกิดการความรู้สึกสูญเสียใน 4 ด้าน ดังนี้ (Eliopoulos, 2010; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

1) สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม จากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาทและตำแหน่งต่าง ๆ มากมาย เคยเป็นผู้นำ มีคนเคารพนับถือในสังคม ต้องลดบทบาทของตนเองลง เปลี่ยนเป็นเพียงสมาชิกคนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีบทบาทลดลง ทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม

2) สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อปลดเกษียณหรือออกจากงาน โอกาสที่ผู้สูงอายุจะสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย มีโรคประจำตัวทำให้ช่วยตนเองได้น้อย การเคลื่อนไหวช้าลง ไม่สะดวกในการเดินทาง นอกจากนั้นปัญหาทางด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจยังมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

3) สูญเสียสภาวะทางการเงินที่ดี เนื่องจากขาดรายได้หรือรายได้ลดลงหลังปลดเกษียณหรือออกจากงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านการดำรงชีพ เพราะค่าครองชีพที่สูงขึ้น

4) แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เพราะไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ทำให้ขาดความคุ้นเคยและเกิดความรู้สึกอึดอัดใจการสูญเสีย (Eliopoulos, 2010; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

ทั้ง 4 ด้านดังกล่าวอาจก่อให้เกิดปัญหาและความทุกข์ใจให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก โดยเฉพาะในรายที่ไม่ยอมรับ และไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะการเปลี่ยนแปลงหลังปลดเกษียณ หรือออกจากงานได้ อาจก่อให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรเมื่อโตเป็นหนุ่มสาวจะแต่งงานแยกครอบครัวออกไป หรือไปประกอบอาชีพในต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่ง

โดยเฉพาะในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น นอกจากนั้นการตายจากไปของคู่ครองจะทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง รวมทั้งอาจทำให้ขาดรายได้ ขาดคนปรนนิบัติ หรือขาดการตอบสนองทางเพศ (ทศพร คำผลศิริ, 2561)

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว จากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ซึ่งมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นและมีอัตราค่าครองชีพที่สูงขึ้น รายได้ของผู้สูงอายุลดลงเมื่อเทียบกับรายจ่าย ลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง ขณะเดียวกันสังคมก็ยอมรับและให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุน้อยลง เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้อาชีพและประสบการณ์เหมือนในอดีต ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง ขาดการเรียนรู้จากสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง นำไปสู่การแยกห่างจากสังคมอย่างสิ้นเชิง ผู้สูงอายุมีประโยชน์เพียงเป็นคนเฝ้าบ้าน ช่วยดูแลลูกหลาน การเคารพนับถือและการกตัญญูรู้คุณมีน้อยลง มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่ในสังคมเปลี่ยนแปลง ยึดถือด้านวัตถุนิยมและเศรษฐกิจเป็นสำคัญ วัตถุประสงค์ของคนโดยอาศัยความสามารถในการทำงานหาเงิน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวเองออกจากสังคม กลายเป็นสมาชิกกลุ่มน้อยและมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปตามแบบอย่างของสมาชิกกลุ่มน้อยคือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย คิดถึงแต่ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย พึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจมีน้อยแตกต่างกัน ขึ้นกับสถานะเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมและภาวะวิกฤต ซึ่งแต่ละคนกำลังเผชิญอยู่ ความสามารถในการเผชิญกับปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีของตนเอง ปรัชญาในการดำเนินชีวิต ความเชื่อความหวังและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ในสังคมในรายที่มีแรงกดดันมาก ๆ และผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ บุคลิกภาพจะเสื่อมมากขึ้น กลายเป็นภาระต่อสังคมให้เกิดปัญหาทางจิต อาจทำลายตัวเองและผู้อื่นได้ (Eliopoulos, 2010; แสนคำนิง ตรีฤกษ์ฤทธิ์ และคณะ, 2557)

การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม วัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดเห็นที่คงที่ ยึดมั่นกับคตินิยมของตนเอง ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้และความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง แต่ยังสามารถจำเรื่องราวเก่าซึ่งเป็นสิ่งที่ประทับใจได้ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการต่อต้านความคิดใหม่ ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จู้ขี้บ่น ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตัวเองและเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2548)

สรุปได้ว่า บทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุในสังคมลดลง ร่วมกับมีโรคเรื้อรัง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมี

แนวโน้มลดลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้สูงอายุต้องมีการเรียนรู้ปรับตัว และยอมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับในผู้สูงอายุ

โรคมะเร็งตับเป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2555 มะเร็งตับพบมากเป็นอันดับ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด 1 ใน 3 อยู่ในประเทศแถบเอเชีย เช่น จีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไทย เป็นต้น (Bragzzi et al., 2011) สำหรับในประเทศไทยมะเร็งตับพบได้ทุกภูมิภาค (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ 34.8 และ 11.3 ต่อประชากรแสนคน (World Cancer Research Fund International., 2012) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 พบว่ามะเร็งตับเป็นสาเหตุการตายอันดับ 6 และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งเป็นข้อมูลทางสถิติร่วมกันระหว่างวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ จากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยในและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวน 471 ราย เป็นผู้สูงอายุ 296 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2559) และจากสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยในและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวน 471 ราย เป็นผู้สูงอายุ 296 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ, 2560)

1.4 พยาธิสภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma)

ก้อนมะเร็งที่เกิดขึ้นในตับ แบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ มะเร็งตับที่มีต้นกำเนิดมาจากภายในตับเอง (มะเร็งตับปฐมภูมิ) กับมะเร็งตับที่แพร่กระจายจากที่อื่นมาสู่ตับ (มะเร็งตับชนิดทุติยภูมิ) เช่น ลำไส้ใหญ่ ตับอ่อน ถุงน้ำดี เป็นต้น สำหรับมะเร็งตับปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ มะเร็งจากเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) งานวิจัยนี้จะกล่าวถึงเฉพาะมะเร็งจากเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma) หรือเรียกว่ามะเร็งตับ ซึ่งมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ในปัจจุบันเชื่อว่าการเกิดมะเร็งตับนั้นเป็นขบวนการที่ซับซ้อน มีการเปลี่ยนแปลงหลายขั้นตอน (multi-step process) และใช้เวลายาวนานกว่าสิบปี พยาธิสภาพมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ แต่อาการและอาการแสดงเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ และมักพบในระยะสุดท้ายแล้ว โดยมีปัจจัยร่วมหลายสาเหตุ (multi-factorial process) ทั้งทางชีวภาพ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดมะเร็งตับมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีแบบเรื้อรัง (Sherman et al., 2010; Kew et al., 2011) นอกจากนี้ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นเวลานานก็มีส่วนทำให้เซลล์ตับถูกทำลายอย่างต่อเนื่องและมีการสร้างเซลล์ตับขึ้นมาใหม่ (hepatic regeneration) เพื่อทดแทนเซลล์ที่ถูกทำลาย การอักเสบแบบเรื้อรังทำ

ให้มีการสร้างเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น โดยการทำงานของ hepatic stellate cells (HSC) ที่ถูกกระตุ้นจากไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ (inflammatory cytokines) หรือสารอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้น เมื่อมีการสร้างเนื้อเยื่อพังผืดเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่การเกิดตับแข็งในที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 20–40 ปี มักพบในวัยสูงอายุ (Friedman, 2008; พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553)

ในระหว่างที่มีการสร้างเซลล์ตับขึ้นมาใหม่อาจมีความผิดปกติทางพันธุกรรมของเซลล์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในขณะเข้าสู่วัฏจักรของเซลล์ (cell cycle) เนื่องจากมีอัตราการแบ่งเซลล์เพิ่มมากขึ้น (accelerated rate of cell division) ร่วมกับมีระยะเวลาของการซ่อมแซมความผิดปกติทางพันธุกรรมลดลง การได้รับสารก่อมะเร็งต่าง ๆ เช่น สารอะฟลาทอกซิน หรือไนโตรซามีน มีส่วนทำให้เซลล์ตับมีอัตราการกลายพันธุ์เพิ่มมากขึ้น (Bruix, 2011) นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของสารอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นระหว่างการอักเสบของตับก็มีส่วนกระตุ้นการเหนี่ยวนำสัญญาณเซลล์ (signaling pathways) ต่าง ๆ ที่ควบคุมการเพิ่มจำนวนเซลล์ (cell proliferation) การพัฒนาของเซลล์ (cell differentiation) และโปรแกรมการตายของเซลล์ (apoptosis) รวมทั้งสามารถทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์ได้โดยตรง จึงนำไปสู่การกลายพันธุ์ของเซลล์ในที่สุด เซลล์ตับที่มีการกลายพันธุ์นี้ถ้าสามารถหลีกเลี่ยงโปรแกรมการตายของเซลล์และสามารถแบ่งเซลล์อย่างต่อเนื่อง จนทำให้มีการสะสมของเซลล์ที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดการเปลี่ยนเป็นเซลล์มะเร็งในระยะต่อมา (Cornella et al., 2011)

1.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับ

ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของมะเร็งตับ ประมาณร้อยละ 80-90 ของมะเร็งตับทั้งหมดพบในผู้ที่มีตับแข็งอยู่แล้ว ซึ่งสาเหตุของตับแข็งที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง การดื่มแอลกอฮอล์แบบเรื้อรังและภาวะไขมันสะสมในตับ (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของมะเร็งตับมีความแตกต่างกันตามภูมิภาคของโลก เช่น ในทางประเทศทวีปยุโรปและอเมริกาพบว่ามะเร็งตับส่วนใหญ่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง มะเร็งตับที่พบในประเทศญี่ปุ่นมักเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง ส่วนมะเร็งตับที่พบในประเทศจีนและประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งประเทศไทย ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับมีดังต่อไปนี้

1) ไวรัสตับอักเสบบี พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของมะเร็งตับในคนไทย เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง (พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์, 2553) ปัจจุบันมีผู้ที่ติดเชื้อไวรัสนี้ประมาณร้อยละ 4 ของประชากรไทย แสดงว่ามีคนไทยจำนวนหลายล้านคนที่มีการติดเชื้อไวรัสแบบเรื้อรัง ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ เมื่อมีการอักเสบของตับแบบเรื้อรังเป็นเวลานานหลายปีจะทำให้เซลล์ตับถูกทำลายอย่างต่อเนื่องและถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อพังผืด จนกลายเป็นตับแข็ง

และเกิดมะเร็งตับตามมา ระยะเวลาตั้งแต่มีการติดเชื้อไวรัสจนเป็นมะเร็งตับ เฉลี่ยประมาณ 30-40 ปี (Fransvea et al., 2009)

2) ไวรัสตับอักเสบบี เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของมะเร็งตับในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยมะเร็งตับทั้งหมด มีการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อไวรัสประมาณ 8 เท่า (พิสิฐ ตั้งกิจพานิชย์, 2553) การติดต่อที่สำคัญของไวรัสตับอักเสบบี คือ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด โดยเฉพาะก่อนปี พ.ศ. 2532 ซึ่งขณะนั้นยังไม่มีมาตรการตรวจหาเชื้อไวรัสชนิดนี้ นอกจากนี้การฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด การสักตามตัวหรือการฝังเข็มที่ใช้เครื่องมือที่ไม่สะอาด อาจทำให้มีการติดเชื้อได้เช่นเดียวกัน ส่วนการติดเชื้อไวรัสทางเพศสัมพันธ์หรือจากมารดาสู่ทารกพบได้ค่อนข้างน้อย การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าประมาณร้อยละ 70-85 ของผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสตับ (Friedman et al., 2008) จะไม่สามารถขจัดเชื้อให้หมดไปและมีการติดเชื้อแบบเรื้อรังตามมา ซึ่งอาจมีการดำเนินโรคต่อไปเป็นตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ โดยมีอัตราการเกิดมะเร็งตับประมาณร้อยละ 1-4 ต่อปี ภายหลังจากการได้รับเชื้อเป็นเวลา 25-30 ปี (Sievert et al., 2011) การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรังร่วมกัน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับสูงกว่าการติดเชื้อไวรัสเพียงชนิดเดียว การศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับประมาณ 26 เท่า แสดงว่าการติดเชื้อไวรัสทั้งสองชนิดร่วมกันเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ อุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสทั้งสองชนิดนี้ร่วมกันในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับพบประมาณร้อยละ 10.5 (พิสิฐ ตั้งกิจพานิชย์, 2553)

3) แอลกอฮอล์ เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเปลี่ยนแปลงด้วยเอนไซม์ alcohol dehydrogenase และ cytochrome P450 2E1 (CYP2E1) ในเซลล์ตับได้เป็น acetaldehyde ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งอย่างหนึ่ง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดสารอนุมูลอิสระเพิ่มมากขึ้นในร่างกาย การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดไขมันสะสมในตับและเป็นตับอักเสบบีแบบเรื้อรัง นอกจากนี้ถ้าดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากติดต่อกันหลายหลายปี เช่น ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 50-70 กรัมต่อวัน เป็นเวลาหลายปีจะมีโอกาสเป็นตับแข็งและมะเร็งตับสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม โดยเฉพาะที่ผู้ที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับ จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นตับแข็งและมะเร็งตับมากขึ้น (พิสิฐ ตั้งกิจพานิชย์, 2553; Sievert et al., 2011)

4) ภาวะไขมันสะสมในตับ Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) จัดเป็นโรคที่พบได้บ่อยทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย พบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด พยาธิสภาพเชื่อว่าเกิดขึ้นในรูปแบบ Multiple hit hypothesis (Edmison et al., 2007; Musso et al., 2011) โดยเริ่มต้นจากการที่ฮอร์โมนอินซูลินที่ทำงานในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกาย ทำงานไม่ได้ประสิทธิภาพ เกิดภาวะที่เรียกว่า มีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้มีการปลดปล่อยกรดไขมันอิสระจาก

เนื้อเยื่อไขมันเข้าสู่กระแสเลือด และส่งผลให้การควบคุมเมแทบอลิซึมของไขมันมีความผิดปกติไป คือ ลดการสลายไขมันในเซลล์ตับ และเพิ่มการสร้างไขมันในเซลล์ตับ และผู้ป่วยบางรายมีกระบวนการกระตุ้นการอักเสบของเซลล์ตับอย่างเรื้อรัง จะนำไปสู่ภาวะตับแข็งและมะเร็งตับได้ (สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, 2557)

5) สารอะฟลาทอกซิน (aflatoxin) เป็นสารก่อมะเร็งในคน (human carcinogen) โดยสารอะฟลาทอกซินสร้างจากเชื้อรา *Aspergillus parasiticus* และ *Aspergillus flavus* มักพบปนเปื้อนอาหารจำพวกถั่วลิสง กระเทียม พริกแห้ง และข้าวโพด เนื่องจากเชื้อราเหล่านี้ชอบขึ้นในที่อากาศร้อนชื้น เมื่อเข้าสู่ร่างกายและเกิดการกลายพันธุ์จะนำไปสู่การเกิดตับแข็งและมะเร็งตับ (Liu et al., 2012)

6) ตับแข็งจากสาเหตุอื่น ๆ โรคที่มีการอักเสบของตับแบบเรื้อรัง เช่น ความผิดปกติของเมแทบอลิซึมของสารบางอย่าง ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรม เช่น hemochromatosis โรคคอโตอิมมูน เช่น autoimmune hepatitis และ primary biliary cirrhosis ทำให้เกิดตับแข็งและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับ (Dragani et al., 2010)

1.6 อาการและการตรวจพบทางคลินิก

ผู้ป่วยมักไม่มีอาการผิดปกติ ยกเว้นในรายที่มีก้อนโตมาก หรือมีภาวะตับแข็งขั้นรุนแรง อาจมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ตีขาน มีน้ำในช่องท้อง บางรายอาจมีอาการปวดชายโครงขวา บางรายอาจมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการแตกของก้อน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องมากร่วมกับมีความดันโลหิตต่ำ หรือในบางรายมาด้วยอาการของการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น อาการปวดกระดูก เป็นต้น ส่วนในกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ จะตรวจพบก้อนเมื่อยังมีขนาดเล็ก โดยที่ผู้ป่วยยังมักไม่แสดงอาการผิดปกติ (ปิยาภรณ์ อภิสารธนรักษ์, 2557)

1.7 การวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ

เนื่องจากมะเร็งตับมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อมีการลุกลามของโรคมามากแล้ว ดังนั้นการตรวจคัดกรอง (screening test) ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับ เช่น ผู้ป่วยตับอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อไวรัส หรือผู้ป่วยที่เป็นตับแข็งจากสาเหตุต่าง ๆ รวมทั้งการวินิจฉัยโรคให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก (early diagnosis) เช่น มะเร็งขนาดเล็กกว่า 2 ซม. ด้วยสารบ่งชี้มะเร็ง (tumor markers) ที่มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สูง จึงมีความสำคัญมากต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับให้ได้ผลดียิ่งขึ้น เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้มากขึ้น ในปัจจุบันการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ (ultrasound) ร่วมกับการตรวจเลือด เพื่อหารสารบ่งชี้มะเร็ง เช่น Alpha-fetoprotein (AFP) เป็นระยะ ๆ เป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กันโดยทั่วไป เพราะสะดวกและราคาไม่แพง ในรายที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งตับอาจตรวจ

เพิ่มเติมโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography; CT scan) หรือ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging; MRI) หรือ การตรวจยืนยันทางพยาธิวิทยาโดยการตรวจชิ้นเนื้อจากเนื้องอกที่ตับ (liver biopsy หรือ fine needle aspiration) (พิสิฐ ตั้งกิจพานิชย์, 2553; Sievert et al., 2011)

1.8 การแบ่งระยะของมะเร็งตับ

การจัดแบ่งตามหลักเกณฑ์ของ Barcelona-Clinic Liver Cancer (BCLC) และวิธีการรักษาที่เหมาะสมเป็น 5 ระยะ ดังต่อไปนี้

1) Very early HCC (stage 0) หมายถึง มะเร็งตับที่มีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร พบในผู้ป่วย Child-Pugh Class A หรือ B โดยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคและไม่มี การลุกลามไปที่เส้นเลือด ผู้ป่วยระยะนี้ควรให้การรักษาด้วยการผ่าตัดเอาเนื้องอกออก หรือการทำอะไร ได้ผลใกล้เคียงกัน โดยมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี เท่า ๆ กัน

2) Early HCC (stage A) หมายถึง มะเร็งตับที่มีก้อนเดียวหรือไม่เกิน 3 ก้อน และแต่ละก้อนมีขนาดไม่เกิน 3 cm โดยที่ผู้ป่วยยังมีการทำงานของตับค่อนข้างดี (Child-Pugh Class A หรือ B) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดเอาเนื้องอกออก หรือผ่าตัดเปลี่ยนตับ หรือทำ tumor ablation โดยมีโอกาสหายขาดได้และมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ประมาณร้อยละ 75 การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอก ความรุนแรงของความดันของเส้นเลือดดำที่เข้าสู่ตับ (portal hypertension, PHT) รวมทั้งความเจ็บปวดหรือโรคอื่นของผู้ป่วย

3) Intermediate HCC (stage B) หมายถึง ผู้ป่วยทั้งหมดที่อยู่นอกเหนือเกณฑ์วินิจฉัยของ Very early HCC และ Early HCC วิธีการทำงานของตับค่อนข้างดี (Child-Pugh Class A หรือ B) ไม่มีอาการต่าง ๆ ของมะเร็งตับ และไม่มี การลุกลามไปที่เส้นเลือด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรรักษา ด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยมีอัตราการอยู่รอด 2 ปี มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รักษาประมาณร้อยละ 33

4) Advanced HCC (stage C) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของมะเร็งตับ และ/หรือมีการลุกลามไปที่เส้นเลือด หรือมีการลุกลามออกนอกตับ (extrahepatic metastasis) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ บางคนอาจได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

5) Terminal stage (stage D) หมายถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอัตราการอยู่รอด 1 ปี น้อยกว่าร้อยละ 10 กลุ่มนี้ไม่ได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ข้างต้น ควรให้การรักษาตามอาการ (พิสิฐ ตั้งกิจพานิชย์, 2553)

1.9 การรักษา มะเร็งตับ

วิธีการรักษา มะเร็งตับในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การผ่าตัดเปลี่ยนตับ การทำ tumor ablation เช่น การฉีดแอลกอฮอล์เข้าที่ก้อนเนื้องอก (Percutaneous ethanol instillation: PEI) และ การจี้ด้วยคลื่นความถี่วิทยุ (Radiofrequency ablation: RFA) วิธีเหล่านี้ถือ

ว่าเป็นการรักษาที่มีโอกาสหายขาดได้ ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (Transarterial Chemoembolization: TACE) และ molecular target therapies ถือว่าเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรที่ยืนยาวขึ้น (Sievert et al., 2011)

1.10 การรักษาโรคมะเร็งตับด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

การทำ Transarterial Chemoembolization (TACE) เป็นการรักษาเนื้องอกที่ตับที่มีเลือดไปเลี้ยงมาก ซึ่งส่วนมากได้รับเลือดไปเลี้ยงจาก hepatic artery การรักษาทำโดยการใส่สายสวนหลอดเลือดจากบริเวณขาหนีบหรือรักแร้ เข้าไปในแขนงของ hepatic artery ส่วนที่ไปเลี้ยงก้อนเนื้องอก และให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการอุดหลอดเลือดโดย embolization materials ทั้งนี้เพื่อลดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนเนื้องอก และทำให้ก้อนเนื้องอกตายจากการขาดเลือด (ปิยาภรณ์ อภิสารธนรักษ์, 2557) ข้อบ่งชี้ในการรักษามะเร็งตับด้วยวิธี Transarterial Chemoembolization (TACE) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) มีดังต่อไปนี้

- 1) มะเร็งตับที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้
- 2) เป็นการรักษาก่อนการผ่าตัด หรือเพื่อให้ก้อนยุบลง
- 3) มะเร็งที่เกิดขึ้นใหม่หลังการผ่าตัด
- 4) เพื่อรักษาแบบประคับประคองอาการ เช่น ในกรณีที่ก้อนมะเร็งแตก หรือ มีอาการปวด
- 5) เพื่อรักษาระหว่างรอเปลี่ยนตับ

ข้อห้ามในการทำ Transarterial Chemoembolization (TACE) เช่น ผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งออกนอกตับ ผู้ป่วยที่มี portal vein thrombosis ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งรุนแรง (Child-Pugh Class C) มีผลเลือดแสดงการทำงานของตับผิดปกติชัดเจน หรือมีภาวะดีซ่าน เพราะหลังการอุด hepatic artery อาจมีผลต่อการทำงานของตับทำให้เกิดตับวายตามมาได้ ผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำ หรือมีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2559) การทำ Transarterial Chemoembolization (TACE) มีรายละเอียดปลีกย่อยแตกต่างกันในแต่ละสถาบัน โดยทั่วไปในประเทศไทยมี 2 วิธีหลัก คือ

1) การทำ Transarterial Chemoembolization (TACE) แบบดั้งเดิม โดยการผสม lipiodal (สารทึบรังสีที่ทำจากน้ำมันเมล็ดป๊อป) กับยาเคมีบำบัด เพื่อฉีดเข้าไปในแขนงของ hepatic artery ที่ไปเลี้ยงก้อนเนื้องอก ตามด้วยการอุดหลอดเลือดดังกล่าวด้วย gel foam โดยอาศัยหลักการที่ว่า lipiodal ซึ่งเป็นสารทึบรังสีจะช่วยให้รังสีแพทย์สามารถเห็นขณะทำการฉีดยาเคมีบำบัด และยังช่วยในการประเมินผลการรักษา โดยดูว่ามี lipiodal จับอยู่ที่ก้อนเนื้องอกมากน้อยเพียงใด

2) การใช้ drug-eluting beads ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ใช้เม็ด beads เล็ก ๆ เป็น embolization materials ผสมเข้ากับยาเคมีบำบัด เป็นวิธีใหม่และมีข้อดีกว่าการทำ Transarterial Chemoembolization (TACE) แบบดั้งเดิม เพราะยาเคมีบำบัดที่ผสมอยู่จะค่อย ๆ

ถูกปล่อยออกมาจากเม็ด beads อย่างช้า ๆ โดยทั่วไปวิธีนี้จะมีราคาแพงกว่าการทำ Transarterial Chemoembolization (TACE) แบบดั้งเดิม

ผลข้างเคียงของการทำ Transarterial Chemoembolization (TACE) ที่พบได้บ่อยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย คือ post embolization syndrome ซึ่งประกอบด้วย อาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือมีการเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) ชั่วคราวและหายได้เอง ซึ่งเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) ที่ตับ (ปกติจะพบในระดับน้อย คือ 0 – 48 U/L) เนื่องจากสมรรถภาพการทำงานของตับลดลงชั่วคราว จากการได้รับเคมีบำบัดไปทำลายก้อนมะเร็งตับโดยตรง หากค่า ALT อยู่ในระดับที่สูงมากและไม่ลดลงภายใน 3-5 วัน แสดงได้ว่าตับอาจเสียหายร้ายแรงจากโรคมะเร็งตับและการได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ครั้งนี้ ในภาวะปกติเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) เป็นเอนไซม์ในระดับที่สำคัญต่อการสร้างพลังงาน หากเกิดความผิดปกติดังที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยอายุเกิดความเหนื่อยล้าได้ (Hsin et al., 2011)

ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่พบได้น้อย ได้แก่ การเกิดฝีที่ตับ (liver abscess) การอุดตันของเส้นเลือดที่ปอด (pulmonary embolism) ภาวะน้ำดีอักเสบจากการขาดเลือด (ischemic cholecystitis) และกดการทำงานของไขกระดูก (bone marrow suppression) (Biolato et al., 2010; ปิยาภรณ์ อภิสารธนรักษ์, 2557)

สำหรับการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ (Systemic chemotherapy) ไม่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งตับ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะตับแข็งร่วมด้วย ทำให้เมตาบอลิซึมของยาเคมีบำบัดทำได้ไม่ดี ส่งผลให้มีผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้มาก และเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายขึ้น นอกจากนี้มะเร็งตับส่วนใหญ่ไม่ค่อยตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด มีผลข้างเคียงจากยามากกว่าการทำ Transarterial Chemoembolization (TACE) เช่น เกล็ดเลือดต่ำ เยื่อปูดอักเสบ และท้องเสีย เป็นต้น (เกศรินทร์ ถานะภิรมย์ และคณะ, 2559)

การรักษาด้วย Transarterial Chemoembolization (TACE) สามารถทำลายเซลล์มะเร็งได้ประมาณร้อยละ 30-50 แต่มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 2 ที่มีโอกาสหายขาด พบอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 66, 47, 36.4 ที่ 1, 2, 3 ปี ตามลำดับ การรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเหมาะสำหรับการรักษาแบบประคับประคอง (Paul et al., 2011)

2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ กับชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำคนหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิตให้ความหมายว่า หมายถึง ความเป็นอยู่ตรงข้ามกับความตาย แต่มีได้กล่าวรวมในความหมายของคุณภาพชีวิต

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2535) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่าและชีวิตที่เป่าหมาย

Padilla et al. (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะสุขภาพ โดยประเมินได้จากความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของร่างกาย ทศนคติของตนเองด้านสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าคุณเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลอันเป็นมาจากการดำรงชีวิตและประสบการณ์ในชีวิตรวมทั้งฐานะเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ

Ferran and Powers (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่บุคคลนั้นเห็นว่าสำคัญต่อตนเอง

Cella et al. (1994) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพเป็นขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านสังคม และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม

Wilson and Cleary (1995) มองว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรค และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Ferrell et al. (1998) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ในชีวิต ที่ประกอบไปด้วยความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส (2552) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากโรคและการรักษาเท่านั้น โดยส่วนใหญ่เป็นความหมายของคุณภาพชีวิตที่ใช้ในทางการแพทย์ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะ

สุขภาพและความผาสุกของบุคคล มีองค์ประกอบหลายมิติ ได้แก่ ความเจ็บป่วย สุขภาพทางกาย สุขภาพจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการรับรู้สุขภาพทั่วไป

WHO (2017) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะของชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในที่คนนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความหวังโยของพวกเขา เป็นแนวคิดที่กว้างและซับซ้อน เกี่ยวกับสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมเป็นนามธรรมทั้งทางด้านดีและไม่ดี

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกในชีวิตด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นความรู้สึกหรือความพึงพอใจในความสามารถต่อการทำหน้าที่ของตนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงไปของสุขภาพ

2.2 แนวคิด และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life) โดยทั่วไปมีความหมายกว้าง กล่าวรวมทั้งสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ครอบครัว วัฒนธรรม เพื่อนบ้าน ฐานะการเงิน เป็นต้น ซึ่งต่อมาพบว่า เมื่อคนเรามีสุขภาพแข็งแรง ปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหลักต่อชีวิตความเป็นอยู่ แต่เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังสุขภาพจะมีผลต่อชีวิตของคนๆนั้นเหนือปัจจัยอื่น ๆ (นุจรี ประทีปะวงนิช จอห์นส, 2552)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ไม่ได้เป็นผลจากด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายส่วน ซึ่งเรียกว่า มิติหรือโดเมน (domain) ดังนั้น คนที่ไม่มีโรคหรือยังปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ไม่ได้แปลว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีเสมอไป อีกมุมหนึ่งก็คือ คนพิการหรือคนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังก็ไม่ได้แปลว่าเป็นคนที่คุณภาพชีวิตไม่ดี นิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เป็นที่มาของการแบ่งมิติ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็นด้านต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือ ความเจ็บป่วย (somatic sensation symptom) สุขภาพทางกาย (physical/functional domain) สุขภาพจิตใจ (psychological domain) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) และการรับรู้สภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health perception) คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์ที่ซับซ้อน มิได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียวแต่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งร่วมกัน มีผู้ให้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านให้แนวคิดไว้ ดังนี้

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจของชีวิตของแต่ละบุคคลตามประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งบริบทที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของมนุษย์ มีความเป็นพลวัต และมีความซับซ้อน โดยมีอิทธิพลมาจาก สถานะทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความพึงพอใจของชีวิต (Life Satisfaction) เป็นความต้องการความปรารถนาความสุขรวมถึงประสบการณ์ของความรู้สึกหรือผลกระทบของความรู้สึกนั้น ๆ ต่อความพึงพอใจของชีวิตที่มีผลต่อความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม และการดำเนินชีวิต

2) Self-Concept เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่น และความคิดที่มีผลต่อการรับรู้ความเชื่อมั่น และการเห็นคุณค่าของตนเองรวมทั้ง ภาวลักษณะของตนเองด้วย

3) Health Function เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในภาวะสุขภาพของตนเอง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถทางด้านร่างกาย

4) ปัจจัยด้านสังคม และวัฒนธรรม (Socio-economic factors) เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในด้านสังคมทั่ว ๆ ไปรวมถึง อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา

Ferrans (1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่เป็นองค์รวมขององค์ประกอบ 4 ด้าน

1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning domain) เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลงานที่รับผิดชอบในครอบครัว สุขภาพของตนเอง การที่ตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับความ เป็นอยู่ของตนเอง งานอดิเรก การมีชีวิตรอดเท่าที่ตนเองต้องการ ชีวิตทางเพศและการดูแล สุขภาพของตน

2) ด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic domain) เกี่ยวกับกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว เช่น เพื่อน เป็นการได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการผูกมิตรกับบุคคลอื่น การได้รับการยอมรับ ความสามารถในการบริหารจัดการด้านการเงิน ที่พักอาศัย การศึกษาและการทำงาน

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/spiritual domain) เป็นความเกี่ยวข้องกับความสุข ความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิตที่ตนตั้งไว้ ความสงบสุขในใจ การมีความเป็นตัวของตัวเอง ความศรัทธาในศาสนา การมีความหวังในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมั่นคงหรือวิตกกังวลในการดำเนินชีวิต

4) ด้านครอบครัว (Family domain) เป็นความเกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว คู่รัก/คู่ครอง บุตรหลาน สุขภาพของครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว

Padilla and Grant (1985) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงความผาสุก และความพึงพอใจของบุคคลที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

- 1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well being) ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย ความแข็งแรง ความสามารถในการทำงาน และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้
- 2) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความสุข ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตทั่ว ๆ ไป
- 3) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง (Body image concerns) ได้แก่ การยอมรับสภาพร่างกายของตนเอง ความสามารถในการปรับตัวและความสามารถในการมีชีวิตอยู่กับอาการของโรค
- 4) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา ได้แก่ การรับรู้อาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการรักษาและสามารถปรับตัวรับสภาพอาการที่จะเกิดขึ้นได้
- 5) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่เพียงพอ
- 6) ความคิดคำนึงเกี่ยวกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ปฏิกริยาจากบุคคลในสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

2.3 แนวคิดและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ Cella

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1994) ที่พัฒนาแนวคิดคุณภาพชีวิต จากหลักการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive care) ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการประเมินและจัดการอาการไม่เหมาะสมและครอบคลุม ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี อีกทั้ง Cella ยังพบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับมีความแตกต่างจากคนทั่วไป เพราะมีอาการที่เฉพาะเจาะจงหลายอย่างไม่เหมือนผู้ป่วยโรคอื่น จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตอย่างเป็นรูปธรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเรียกเครื่องมือนี้ว่า Functional Assessment of Cancer Therapy - Hepatobiliary (FACT-Hep) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งอาการที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมะเร็งระดับ หลังจากนั้นได้มีการนำเครื่องมือ FACT-Hep ไปใช้ในการวิจัยกับผู้ป่วยโรคมะเร็งตัวอย่างแพร่หลายในหลายประเทศ (Yount et al., 2002; Steel et al., 2006; วรยา มั่นประเสริฐ และคณะ, 2552; Salem et al., 2013)

Cella (1994) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต ว่าเป็นขอบเขตที่บุคคลมีความคาดหวังถึงความปลอดภัย ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรค หรือการรักษา คุณภาพชีวิตมีความเป็นนามธรรม (Subjective) และมีองค์ประกอบหลายส่วน (Multidimensional)

Cella (1994) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความเป็นนามธรรม (Subjective) การวัดคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของบุคคล และข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตไม่เพียงแต่สะท้อนอาการและภาวะของโรคเท่านั้น ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยภายในบุคคลในเรื่องความคิดและค่านิยมของบุคคล หรือปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อมและสังคม ยังมีผลให้แต่ละคนมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และคุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบหลายส่วน (Multidimensional) ไม่ได้เป็นผลจากด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว Cella (1994) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ ความผาสุกทางด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านสังคม และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม อธิบายได้ดังต่อไปนี้

1) ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical Well-Being) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการรักษาต่อร่างกายและการสังเกตของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการทำหน้าที่ การได้รับผลกระทบต่อร่างกายจากโรค เช่น อาการที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงจากการรักษา รู้สึกหมดเรี่ยวแรง ไม่สบาย อาการคลื่นไส้ อาการปวด รู้สึกรำคาญต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา จึงต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง การรับภาระต่าง ๆ ของครอบครัวที่เป็นผลกระทบจากการรักษาต่อสภาพร่างกาย

2) ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional Well-Being) เป็นการรับรู้ถึงอารมณ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าใจ ความรู้สึกหมดหวังกับการต่อสู้กับการเจ็บป่วย ความรู้สึกกระวนกระวายใจ การปรับตัวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและกังวลเกี่ยวกับความตาย

3) ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม (Social and Family Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับกำลังใจจากครอบครัว และการยอมรับความเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ความพอใจกับการสื่อสารภายในครอบครัว ความรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครองหรือคนสำคัญ ความพึงพอใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ เป็นมิติที่สำคัญกับค่านิยมคุณภาพชีวิตมากที่สุด หากบุคคลได้รับการตอบสนองด้านนี้ดีจะทำให้มีการแก้ไขปัญหาและปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ดียิ่งขึ้น

4) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-Being) การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการทำงานทั่วไป หรือการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป ความพึงพอใจในผลสำเร็จของการทำงาน การพึงพอใจในมีชีวิตร มีความสนุกสนานเหมือนเดิมกับสิ่งที่เคยทำเพื่อความสำเร็จ ความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเอง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองต้องการ เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1994) เนื่องจากสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัด เช่น post embolization syndrome ซึ่งประกอบด้วย อาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือมีการเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) ชั่วคราวและหายได้เอง ซึ่งในภาวะปกติเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) เป็นเอนไซม์ในตับที่สำคัญต่อการสร้างพลังงาน หากเกิดความผิดปกติดังที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยล้า (Hsin et al., 2011) และพบความปวด ถึงร้อยละ 61.7 ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่นน้อยลง อาจทำให้เกิดภาวะเครียด และนอนไม่หลับตามมาได้ (Ryu et al., 2010; Cao et al., 2013) 2) ด้านจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความไม่แน่นอนของการรักษาและกลัวการเสียชีวิต ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตส่งผลให้เกิดภาวะเครียด (เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์, 2559) 3) ด้านสังคม การเจ็บป่วยและการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต หากได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับกำลังใจจากครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) และ 4) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม ผู้สูงอายุภายหลังได้รับการรักษาและความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งระดับมักจะสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย (อัญญา ปลอดเปลื้อง และคณะ, 2560)

จะเห็นได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมการได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงส่งผลให้ความผาสุกตามแนวคิดทฤษฎีของ Cella (1994) ลดลงทั้ง 4 ด้าน หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลและจัดการปัจจัยที่รบกวนได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่กับโรคและการรักษาได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้วัดคุณภาพชีวิต เพื่อให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง มีมาตรฐาน และเชื่อถือได้ จึงเป็นเหมือนไม้บรรทัดที่ใช้เป็นสื่อแสดงข้อมูลคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลนี้ให้ออกมาเป็นข้อมูลในเชิงปริมาณ เพื่อสามารถเข้าใจได้ง่าย แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบบสอบถามทั่วไป (generic/ general instrument) และแบบสอบถามเฉพาะเจาะจง (specific instrument)

2.4.1) แบบสอบถามทั่วไป (generic/ general instrument)

แบบสอบถามชนิดนี้มุ่งเน้นที่การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่ว ๆ ไป วัดคุณภาพชีวิตหลายด้าน ออกแบบมาเพื่อให้ใช้ได้กับทุกกรณี และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้ในผู้ป่วยทุกโรค ที่ระดับความรุนแรงทุกระดับ และสามารถใช้ในคนปกติสุขภาพดี คำถามของแบบประเมินนี้จึงมีลักษณะเป็นการกลางไม่เจาะลึกในแต่ละด้าน เพื่อให้สามารถใช้ได้กับทุกสถานการณ์ ซึ่งข้อดี คือ สามารถนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้มาเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ป่วยในแต่ละโรค หรือเปรียบเทียบกับคนปกติได้ ข้อเสีย คือ แบบสอบถามไม่มีความเฉพาะเจาะจง และไม่มีความไวต่อความแตกต่างในแต่ละโรค นั่นคือ ไม่สามารถวัดความแตกต่างเล็กน้อย ที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยและเป็นผลจากภาวะโรคหรือการรักษาชนิดต่าง ๆ ได้ (Fayers and Machin, 2000; นุจรี ประทีปะวนิช จอห์นส, 2552) แบบสอบถามกลุ่มนี้แบ่งย่อยเป็น health profile และ utility measure ดังนี้

1) Health profile หรือ บางครั้งเรียกว่า multi-item scale ประกอบด้วย กลุ่มคำถามในมิติต่าง ๆ กัน และประเมินในรูปของการให้คะแนน ซึ่งต้องประเมินแยกกันแต่ละด้าน หรือ อาจนำคะแนนมาสรุปรวมกันได้ ตัวอย่างแบบสอบถามชนิดนี้ได้แก่ Sickness Impact Profile (SIP) แบ่งเป็น 3 มิติ จำนวน 136 ข้อ , Short-Form 36 (SF-36) แบ่งเป็น 8 มิติ จำนวน 36 ข้อ, Short-Form 12 (SF-12) แบ่งเป็น 8 มิติ จำนวน 12 ข้อ, Psychological General Well-Being Schedule (PGWB) แบ่งเป็น 6 มิติ จำนวน 22 ข้อ , Nottingham Health Profile (NHP) แบ่งเป็น 6 มิติ จำนวน 38 ข้อ เป็นต้น

2) Utility measure คือ แบบสอบถามที่วัดโดยที่ผู้ป่วยประเมินสถานะทางสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งให้บอกระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการมีชีวิตอยู่ในสภาวะทางสุขภาพแบบนั้น ค่าที่ได้จะเป็นตัวเลขตัวเดียว โดยกำหนดให้ความแข็งแรงสมบูรณ์ของสุขภาพสูงสุดมีค่าเป็น 1 และการตายมีค่าเป็น 0 ถ้าหากว่าสภาวะที่เป็นอยู่มีสภาพที่แย่กว่าการตาย ผู้ป่วยอาจประเมินค่าสุขภาพของตนต่ำกว่า 0 ก็ได้ ตัวอย่างของแบบสอบถามลักษณะนี้ได้แก่ EuroQOL ประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ เป็นต้น

2.4.2) แบบสอบถามแบบเฉพาะเจาะจง (specific instrument)

แบบสอบถามชนิดนี้มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยในแต่ละโรค สภาวะ หรือ การรักษาทำให้แบบสอบถามมีความไวในการวัดความแตกต่าง หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรักษาที่ให้ในแต่ละโรคได้ ตัวอย่างเช่น คำถามเรื่องความปวด ในแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปอาจถามถึงความปวดที่ผู้ป่วยมีโดยไม่ได้ระบุตำแหน่งที่แน่ชัด ในขณะที่แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เฉพาะสำหรับโรคมะเร็งตับ จะถามเจาะลึกเกี่ยวกับอาการปวด ตำแหน่งที่ปวด เป็นต้น แบบสอบถามจึงมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่ศึกษามากกว่า ใช้ง่ายกว่า และมีแนวโน้มที่จะได้รับอัตราการตอบกลับสูงกว่าแบบสอบถามทั่วไป (Fayers and Machin, 2000) ตัวอย่างแบบสอบถาม ได้แก่

Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) แบ่งเป็น 4 มิติ จำนวน 27 ข้อ , Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary (FACT-Hep) แบ่งมี 4 มิติ และ ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการเฉพาะของผู้ป่วยมะเร็งตับ จำนวน 45 ข้อ, European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTCQOL-C30) แบ่งเป็น 5 มิติ จำนวน 30 ข้อ เป็นต้น

แบบประเมิน Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary (FACT-Hep Thai version) ของ Cella et al. (2002) เป็นเครื่องมือวิจัยที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งตับ โดย Cella et al. (2002) พัฒนามาจากแบบประเมิน Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) ปี ค.ศ. 1994 ที่ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการปฏิบัติกิจกรรม จากนั้นได้พัฒนาแบบประเมิน FACT-Hep ในปี ค.ศ. 2002 โดยยังคงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน และเพิ่มองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ที่มีข้อคำถามเฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งตับ (Hepatobiliary cancer subscale: HCS) เป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ เพื่อให้เข้ากับบริบทการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับโดยตรง มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (FACT-G) มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยมะเร็ง ทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being: PWB) ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional well-being: EWB) ความผาสุกด้านสังคมและครอบครัว (Social and family well-being: SWB) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Functional well-being: FWB)

2) แบบประเมินการให้ความสำคัญกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งตับ (Hepatobiliary cancersubscale: HCS) มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เพื่อประเมินเกี่ยวกับอาการที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งตับโดยเฉพาะ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดยแบ่งเป็นคะแนนตั้งแต่ 0 จนถึง 4 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาเลย และ 4 หมายถึง มีปัญหามากที่สุด ใช้การคำนวณคะแนนแต่ละมิติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้คะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี และคะแนนต่ำแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary (FACT-Hep) ได้ผ่านการตรวจสอบด้านความตรง (validity) ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ในช่วง 0.76–0.92 จากการศึกษาของ Steel et al. (2006) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยใช้เครื่องมือวิจัย FACT-Hep ในการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และจากการศึกษาของ Cella et al. (2013) เกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม FACT-Hep สำหรับการประเมินอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนระยะลุกลาม ได้มีการตรวจสอบด้านความตรง (validity) ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ในช่วง 0.80–0.87 และจากการศึกษาของ Heffernan et al. (2002) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยใช้ FACT-Hep ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.94

สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีผู้นำเครื่องมือวิจัย FACT-G มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ แปลเป็นภาษาไทยโดย Ratanatharathorn et al. (2001) และทำการตรวจสอบด้านความตรง (validity) ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) และความเที่ยงของการวัดซ้ำ (test-retest) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ในช่วง 0.75–0.90 และจากการศึกษาของ Somjaivong et al. (2011) พบว่าหลังจากการนำแบบประเมิน FACT-G ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 260 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 ดังนั้นจึงถือได้ว่าแบบประเมิน FACT-G มีคุณภาพอยู่ในระดับดีและเหมาะสำหรับการนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงในครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Functional Assessment of Cancer Therapy-Hepatobiliary (FACT-Hep Thai version) ของ Cella et al. (2002) เพื่อให้เข้ากับบริบทและการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เนื่องจากมีข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับโรคมะเร็งตับ (Hepatobiliary cancersubscale: HCS) และเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุเองเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

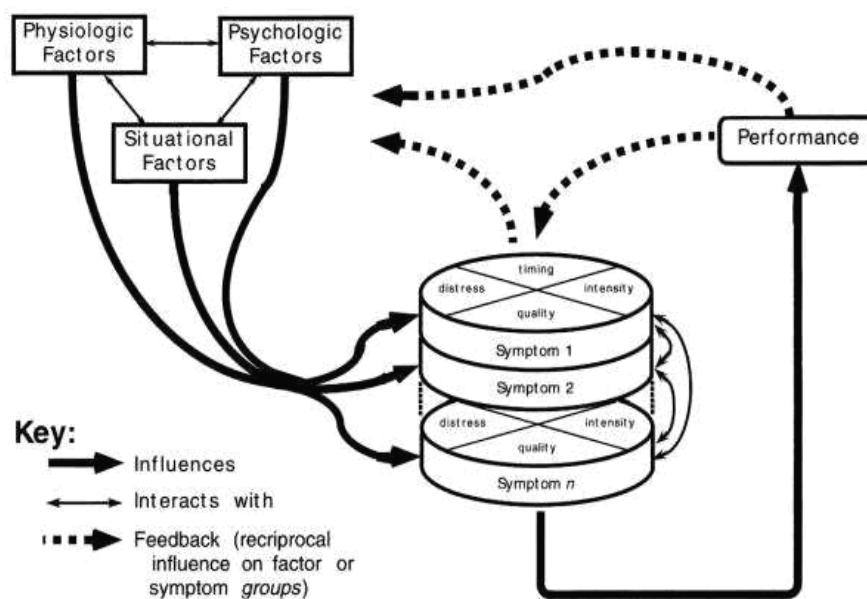
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Cella et al. (1994) ในการอธิบายตัวแปรตาม กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ขอบเขตซึ่งบุคคลได้คาดหวังไว้ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะของโรคหรือการรักษาประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์ ความผาสุกด้านสังคม และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม และเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS) ของ Lenz et al. (2009) ในการเลือกตัวแปรต้น .เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่อธิบายความหมายของอาการได้ชัดเจนว่าเป็น การรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ อาการอาจเกิดขึ้นอาการเดียวหรือพร้อมกันหลายอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบว่าองค์ประกอบด้านอาการ (Symptoms) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น อธิบายได้ว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัด เช่น post embolization syndrome ซึ่งประกอบด้วย อาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือมีการเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) ชั่วคราวและหายได้เอง ซึ่งในภาวะปกติเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) เป็นเอนไซม์ในระดับที่สำคัญต่อการสร้างพลังงาน หากเกิดความผิดปกติดังที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยล้า (Hsin et al., 2011) และพบความปวดถึงร้อยละ 61.7 (Ryu et al., 2010) มีสาเหตุมาจากความตึงตัวของกระเปาะที่หุ้มตับ การตายของก้อนเนื้อออก การขาดเลือดไปเลี้ยงของเนื้อตับ (Bernadino et al., 1981) ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่นน้อยลง อาจทำให้เกิดภาวะเครียด และนอนไม่หลับตามมาได้ (Cao et al., 2013) จะเห็นได้ว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัดเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ แต่เมื่อเกิดอาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา และหากมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันสองอาการหรือมากกว่าก็จะส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ (Lenz et al., 2009) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าตัวแปรด้านภาวะเครียด ที่เกิดจากผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความไม่แน่นอนของการรักษาและกลัวการเสียชีวิต ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต (เอี่ยมเดือน นิลพฤษ, 2559) เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) มีอิทธิพลทำให้ อาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อมีความเครียดสูงก็จะส่งอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้า ความปวด และอาการนอนไม่หลับให้มีความรุนแรงมากขึ้น จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทั้งสองด้านนี้ ส่งผลต่อองค์ประกอบด้านผลของอาการ (Performance outcomes) ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตด้วย ทั้งด้านการทำหน้าที่และการคิดรู้ หากอาการไม่พึงประสงค์มีจำนวนหรือระดับความรุนแรงมากขึ้น

จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของบุคคลลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปที่ ประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการด้วย (Fox et al., 2006; Lenz et al., 2009)

3.1 แนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS)



ภาพที่ 1 แบบจำลองทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS)

(แหล่งที่มา Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997).

The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update.

Advances in nursing science, 19(3), 14-27.)

ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS) พัฒนาขึ้นโดย Lenz et al. (1997) จากการปฏิบัติการพยาบาลและการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล ซึ่ง Lenz ได้ ทำการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง จนต่อมาได้พัฒนาเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle-range theory) เพื่อให้สามารถใช้อธิบายอาการได้หลากหลายอาการและในหลายกลุ่มตัวอย่าง โดยองค์ประกอบของ ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อาการ (Symptoms) ปัจจัยที่มีผลต่อ อาการ (Influencing factors) และผลของอาการ (Performance outcomes) แม้ว่าองค์ประกอบ Performance outcomes จะมีได้อนุมานว่าหมายถึงคุณภาพชีวิต แต่หลังจากได้มีการนำแนวคิดไป ใช้เป็นระยะเวลาหลายปี Lenz ได้อธิบายแนวคิด Theory of Unpleasant Symptoms เพิ่มเติมใน ปี ค.ศ. 2009 (Gift, 2009) และปี ค.ศ. 2014 (Lenz & Pugh, 2014) ว่า Performance outcomes หมายถึงคุณภาพชีวิตด้วย ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ใช้ตัวแปรคุณภาพชีวิต ในการกล่าวถึง Performance outcomes

3.1.1 อาการ (Symptom) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ อาการอาจเกิดขึ้นอาการเดียวหรือพร้อมกันหลายอาการ แต่เมื่อเกิดอาการหนึ่งเกิดขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ ตามมา และหากมีอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันสองอาการหรือมากกว่าก็จะส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน อาการที่เกิดขึ้นแต่ละอาการประกอบด้วย 4 มิติ คือ ความรุนแรง (Intensity: strength or severity) เวลา (Timing: duration and frequency of occurrence) ระดับความทุกข์ทรมาน (Level of distress perceived: degree of discomfort) และคุณภาพ (Quality) (Lenz et al., 2009; Lenz & Pugh, 2014)

1) ความรุนแรง (Intensity: strength or severity) หมายถึง ปริมาณหรือระดับของความรุนแรงในการเกิดอาการ มักใช้ในการประเมินความรุนแรงในคลินิกและงานวิจัย เพื่อบอกถึงปริมาณหรือระดับความรุนแรง เช่น ระดับความรุนแรงความปวด ปริมาณการถูกรบกวนการนอนหลับ หรือระดับความรุนแรงอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

2) เวลา (Timing: duration and frequency of occurrence) หมายถึง ระยะเวลาของการปรากฏอาการ ประกอบด้วยความถี่และระยะเวลาของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือเกิดขึ้นเรื่อยๆแต่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไป

3) ระดับความทุกข์ทรมาน (Level of distress perceived: degree of discomfort) หมายถึง ระดับปฏิกิริยาการตอบสนอง (Level of the perceived reaction) ที่รับรู้ถึงระดับการถูกรบกวน ผู้ป่วยในแต่ละบุคคลจะรับรู้ระดับความทุกข์ทรมานแตกต่างกันได้ ถึงแม้ว่าจะมีระดับความรุนแรงที่เท่ากัน เช่น ผู้ป่วยโรคกระเพาะมีความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่าผู้ป่วยโรคกระเพาะที่ได้รับการฉายแสง เป็นต้น

4) คุณภาพ (Quality) หมายถึง ลักษณะความรู้สึกรู้สึก หรือประสบการณ์ของการเกิดอาการ ที่สามารถบอกตำแหน่งได้ คุณภาพใช้ในการจำแนกความแตกต่างของพยาธิสภาพ หรือบ่งชี้ความรุนแรงของปัญหา คุณภาพของอาการนี้แสดงให้เห็นว่าในแต่ละอาการมีลักษณะเฉพาะการประเมินแต่ละอาการจึงมีลักษณะเฉพาะเช่นกัน การอธิบายคุณภาพของอาการยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการอธิบายอาการให้มีความเฉพาะเจาะจงกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจต้องอาศัยความรู้ ทักษะการใช้ภาษา การรับรู้ความผิดปกติ ซึ่งสะท้อนถึงประสบการณ์ของอาการ

3.1.2 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการ (Influencing factors) ประกอบด้วย 3 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physiologic factors) ด้านจิตใจ (Psychological factors) และด้านสถานการณ์ (Situational factors) ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และปัจจัยในแต่ละด้านยังมีอิทธิพลต่ออาการ (Lenz et al., 2009; Lenz & Pugh, 2014)

1) ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiologic factors) เป็นปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น กายวิภาคศาสตร์และโครงสร้างของร่างกาย พันธุกรรม ความเจ็บป่วย และการรักษาที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างของปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ โครงสร้างของร่างกายที่ผิดปกติ พยาธิสภาพและภาวะของโรค ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาของการเจ็บป่วย กระบวนการอักเสบเนื่องจากการติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน ความเพียงพอของระดับสารน้ำและสารอาหาร อายุ เพศ ตลอดจนรูปแบบและระยะเวลาของการรักษา (Lenz & Pugh, 2014) เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับความเคมิบำบัดทางหลอดเลือดแดง อาจได้รับอิทธิพลจากยาเคมีบำบัด อีกทั้งปัจจัยต่าง ๆ ภายในด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุนี้อาจมีอิทธิพลต่อกันอีกด้วย เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยด้านเพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับความรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง แต่เนื่องจากไม่สามารถจัดกระทำได้ จึงตัดปัจจัยด้านเพศออก

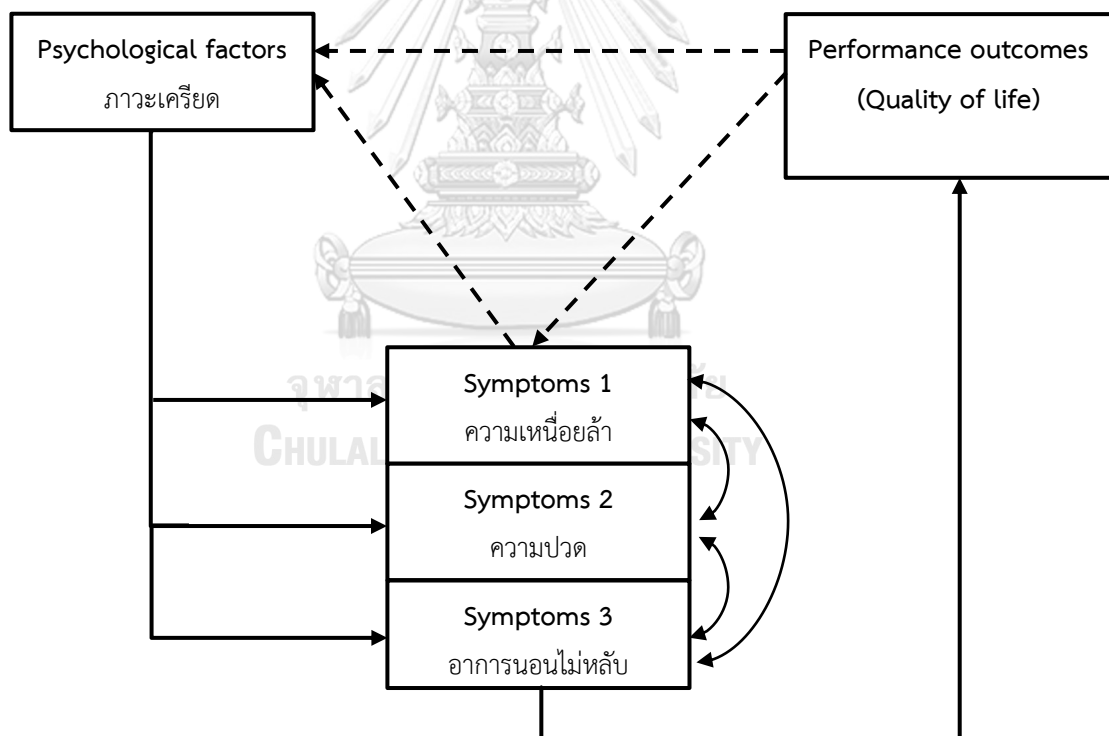
2) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยที่มีความซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์และกระบวนการรู้คิด ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านอารมณ์ของบุคคล ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และภาวะโกรธ ในขณะที่ปัจจัยด้านความรู้คิด ได้แก่ ระดับของความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วย การให้ความหมายของประสบการณ์อาการของแต่ละบุคคล กระบวนเผชิญกับปัญหาตลอดจนการรับรู้ถึงแหล่งที่ช่วยในการเผชิญกับปัญหา (Lenz & Pugh, 2014)

3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) เป็นปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพรอบตัวผู้สูงอายุ ประกอบด้วยปัจจัยด้านการเงิน อารมณ์ และเครื่องมือที่ใช้เหยี่ยวอาการตัวอย่าง เช่น ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส อาชีพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ตลอดจนการได้รับข้อมูล และการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเพียงพอ (Lenz & Pugh, 2014) จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยด้านระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับความรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง แต่เนื่องจากไม่สามารถจัดกระทำได้จึงตัดปัจจัยด้านระดับการศึกษาออก

3.1.3 ผลจากอาการ (Performance outcomes) เป็นผลลัพธ์จากการมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการต่าง ๆ ซึ่ง Lenz et al. (2009) ได้อธิบายถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากอาการ ประกอบด้วย ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ (Functional) และความสามารถในการแสดงความคิดวิเคราะห์ต่าง ๆ (Cognitive activities) โดยความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ (Functional) ได้แก่ กิจกรรมทางร่างกาย (Physical activity) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมทางสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Social activities and

interaction) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในสังคม (Role performance) ซึ่ง Performance outcomes หมายถึงคุณภาพชีวิตด้วย

กล่าวโดยสรุป การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้น สิ่งตามมาคือ ภาวะสุขภาพที่แย่ลง การทำบทบาทหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และความสามารถในการเรียนรู้ และกระบวนการแก้ปัญหาลดลง ซึ่งหากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมาก จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Lenz et al., 2009) ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคมและการปฏิบัติกิจกรรม (Cella et al., 1994) ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปที่ประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการด้วย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์

(Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS)

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS) มาศึกษา แม้ว่าองค์ประกอบ Performance outcomes จะมีได้อนุมานว่าหมายถึงคุณภาพชีวิต แต่หลังจากได้มีการนำแนวคิดไปใช้เป็นระยะเวลาหลายปี Lenz ได้อธิบายแนวคิด Theory of Unpleasant Symptoms เพิ่มเติมในปี ค.ศ. 2009 (Gift, 2009) และปี ค.ศ. 2014 (Lenz & Pugh, 2014) ว่า Performance outcomes หมายถึงคุณภาพชีวิตด้วย ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิต ในการกล่าวถึง Performance outcomes โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ Cella (1994) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการปฏิบัติกิจกรรม อธิบายได้ดังนี้

3.2.1 ความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

1) ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า เป็นคำที่มีต้นกำเนิดมาจากภาษาฝรั่งเศสและภาษาละติน ในภาษาฝรั่งเศสใช้คำว่า Fatiguer มีความหมายว่า เหนื่อย (tire) แต่คำว่า fatigue ใช้ส่วนมากในภาษาอังกฤษ ส่วนในภาษาละตินจะใช้คำว่า fatigare ซึ่งมีความหมายว่า เหน็ดเหนื่อย (exhaust) จากการขบขันและการทำงาน จนถึงเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า (weary) หรือเป็นการรบกวน (harass) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้คำว่า ความเหนื่อยล้า เป็นคำที่ใช้อธิบายถึงสภาพที่ผิดแปลกไปจากสภาพปกติ และมักใช้ในความหมายของความเจ็บป่วย (Shaver, 2000) ความเหนื่อยล้ามีหลายมิติ เกิดจากหลายสาเหตุและหลายลักษณะการแสดงออก ใน โดยมีผู้ให้ความหมายและคำจำกัดความไว้หลากหลายดังนี้

Schaefer & Potylycki (1993) ความเหนื่อยล้า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายในร่างกาย โดยเชื่อว่าร่างกายจะพยายามรักษาสมดุลของร่างกาย ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อพลังงานที่มีไม่เพียงพอต่อความต้องการในภาวะที่เจ็บป่วย ความเหนื่อยล้าเป็นผลมาจากการที่ร่างกายใช้พลังงานในการทำให้หายจากโรค

Piper et al. (1998) ความเหนื่อยล้า เป็นการที่บุคคลรับรู้ภาวะผิดปกติ หรือร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก อาจเกิดความเหนื่อยล้าอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ โดยการพักผ่อนนอนหลับอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ความเหนื่อยล้าหายไปได้ และมีผลต่อคุณภาพชีวิต

The North American Nursing Diagnosis Association, NANDA cited in Barnett (2001) ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ด้วยตนเองถึงประสบการณ์ส่วนบุคคลต่อความรู้สึกที่หมดกำลัง การทำงานของร่างกายและจิตใจที่ลดน้อยลง ไม่สามารถทำให้หายได้ด้วยการพักผ่อน

Aistars (1987) ความเหนื่อยล้า คือ การที่บุคคลรู้สึกอ่อนล้า หมดกำลังและขาดพลังงาน อันเป็นผลมาจากการเผชิญกับความเครียดที่ยาวนาน ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด

2) การจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้า จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าพบว่า มีระบบการจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้าไว้มากมายหลายระบบ แต่สำหรับระบบการจำแนกประเภทของความเหนื่อยล้าที่นิยมกันมากที่สุดทางคลินิกการพยาบาลคือ จำแนกตามระยะเวลาการเกิดอาการ เป็นความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (acute fatigue) และความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (chronic fatigue) ดังนี้

ความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (acute fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดในช่วงเวลาสั้นๆ อาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน อาจเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ (Piper, 1991) เป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง (protective response) และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อนเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานหนักหรือออกแรงมากเกินไป เมื่อถึงระดับหนึ่งบุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้าเพื่อให้ร่างกายหยุดกิจกรรมและพักผ่อน โดยอาจเกิดเฉพาะส่วน เช่น คอ แขน ไหล่ หรือเกิดทั่วร่างกายก็ได้ ถ้าได้รับการจัดการแก้ไขอย่างเหมาะสม เช่น การได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอจะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้

ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (chronic fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน คืออาการคงอยู่มากกว่า 1 เดือน (Piper, 1991) มักเกิดทั่วร่างกาย สาเหตุของความเหนื่อยล้าเรื้อรังมักเกี่ยวข้องกับหลายสาเหตุด้วยกัน และไม่สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการพักผ่อน แต่ต้องใช้วิธีการแก้ไขหลายๆ วิธีร่วมกัน และมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังนี้ถ้าอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือนจะเรียกว่ากลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue syndrome)

3) กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al.'s Integrated Fatigue Model, 1987) เป็นกรอบแนวคิดที่ถูกสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า และเกิดเป็นทฤษฎีการพยาบาลเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าขึ้น กรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้า โดยมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์และรายงานการวิจัยที่ผ่านมา ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวประกอบด้วย 14 ปัจจัย ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยทางกายภาพ (physiological factors) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) และปัจจัยทางจิตสังคม (psychological factors) (Piper et al., 1987) นักวิชาการหลายท่านได้

กล่าวถึงจุดแข็งของกรอบแนวคิดทฤษฎีนี้ว่าสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับนักวิจัยที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้าได้เป็นอย่างดี และกรอบแนวคิดทฤษฎีนี้ได้ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปรากฏการณ์ของความเหนื่อยล้า รวมทั้งสนับสนุนความคิดในปฏิบัติการทางคลินิกที่ว่าความเหนื่อยล้ามีความซับซ้อนในการจัดการและมักจะกลายเป็นอาการแสดงที่เรื้อรังได้ในที่สุด

4) เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้า การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าที่พัฒนาโดยไปเปอร์ และคณะ (1987) ซึ่งมีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) หาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 ต่อมาในปี 2552 Piper และคณะ ได้มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าเพิ่มเติม โดยตัดข้อคำถามให้เหลือ 12 ข้อ (The Piper Fatigue Scale-12; PFS-12) แล้วนำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 799 คน ค่าความค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.92 ลักษณะข้อคำถามเป็นเป็นมาตรวัดตัวเลข 0-10 จำนวน 12 ข้อ ประเมินอาการเหนื่อยล้าครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ดังนี้ 1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า 2. ด้านการรับรู้ความหมายของความเหนื่อยล้า 3. ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้าที่มีต่อตนเองด้านร่างกายและจิตใจ 4. ด้านสติปัญญาและอารมณ์

5) ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ต้องเผชิญผลกระทบที่เกิดจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงที่ได้รับ นอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังทำลายเซลล์ปกติของตับบางส่วนไปด้วย มีรายงานว่าผู้ป่วยต้องประสบกับความเหนื่อยล้ามากที่สุด ($r = 0.638, p < .01$) (Cao et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinrichs et al. (2017) พบความเหนื่อยล้ามากที่สุดหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบร้อยละ 30.1 ความเหนื่อยล้าเป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อน ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก พบร้อยละ 90.6 (Ryu et al., 2010) นอกจากนี้ Shun et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบอาการเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุดภายหลังได้รับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.86, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hammond (2010) พบความเหนื่อยล้าร้อยละ 100 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.62$ ถึง $-0.77, p < .001$)

3.2.2 ความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

1) ความหมายของความปวด

IASP (1979) (The International Association for the Study of Pain) ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่รู้สึกไม่พึงพอใจ และมีประสบการณ์ความไม่สบายทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย

McCaffery & Pasero (1999) ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคม กายภาพ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการรับรู้ การตอบสนอง และความทนต่อความปวดแตกต่างกัน แม้ว่าจะได้รับสิ่งกระตุ้นที่เหมือนกัน

สภาการพยาบาล (2550) ให้ความหมายว่า ความปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่เกิดจากการได้รับการกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นสัญญาณอันตรายหรือมีภาวะที่มีการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย และร่างกายจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบเพื่อป้องกันอันตราย โดยมีปัจจัยทางร่างกาย จิตใจและสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง

2) ทฤษฎีความปวด

ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) คิดค้นโดย Melzack & Wall (1967) เป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากในปัจจุบัน เพราะสามารถอธิบายความปวดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอธิบายกลไกการเกิดความปวดว่ามีการส่งสัญญาณประสาทนำเขาจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยจะถูกปรับสัญญาณในไขสันหลังก่อนส่งขึ้นไปรับรู้ความปวดในระดับสมอง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความปวดและการรับรู้ความปวดขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบ คือ เซลล์โนสับสแตนเตีย เจลาตินโนซา (substantia gelatinosa: SG cell) ซึ่งเป็นเซลล์พิเศษอยู่ในคอร์ซอลฮอร์น (dorsal horn) โยประสาทส่วนที่เป็นแนวยาวในคอร์ซอลซึ่งทอดตรงไปสู่สมองและเซลล์ประสาทส่งต่อ (transmission cell: T cell) ในไขสันหลังซึ่งเป็นสื่อกลางนำไปสู่สมอง โดยสามารถอธิบายกลไกการเกิดความปวดได้ว่า 1. การส่งกระแสประสาทความปวดจากปลายประสาทและใยประสาทนำขึ้นจะถูกควบคุมโดยกลไกประตูในไขสันหลัง 2. ระบบกลไกประตูในไขสันหลังได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ของการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่และเส้นใยประสาทขนาดเล็ก โดยการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ (large fiber: L) จะไปยับยั้งการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูปิด) ส่วนการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดเล็ก (small fiber: S) จะกระตุ้นการส่งกระแสประสาทนำขึ้น (ประตูเปิด) 3. กลไกประตูในไขสันหลังได้รับอิทธิพลมาจากกระแสประสาทนำลงจากสมอง 4. มีเส้นใยขนาดใหญ่ที่มีความสามารถพิเศษในการนำสัญญาณส่งไปยังสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดซึ่งเชื่อมโยงกับกระแสประสาทนำลง มาควบคุมกลไกประตูในไขสันหลังและ 5. เมื่อกระแสประสาทที่ส่งถึงเซลล์ประสาทส่งต่อจุดวิกฤตจะกระตุ้นการทำงานในระบบการตอบสนอง (action system) ซึ่งเป็นการ

กระตุ้นการทำงานของสมองส่วนอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและประสบการณ์ความปวดทั้งหมด (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

3) เครื่องมือประเมินความปวด มาตรฐานวัดความปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale: NRS) เป็นมาตรวัดแบบเปรียบเทียบ วัดเฉพาะมิติของอาการปวด (Uni-dimentional measurement) เช่น ปริมาณ ผลกระทบ อารมณ์ กำหนดตัวเลขต่อเนื่อง จาก 0-10 โดย 0 หมายถึงไม่ปวด และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด เป็นมาตรวัดที่เป็นที่นิยมทางคลินิก เนื่องจากมีความสะดวกในการใช้

4) ความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เป็นความปวดที่เกิดขึ้นในขณะรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยในขณะที่แพทย์ให้เคมีบำบัดผ่านทางสายสวนหลอดเลือดเข้าไปอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนเนื้องอกที่ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดจุกท้องบริเวณใต้ชายโครงขวา สาเหตุของอาการปวดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลายทฤษฎีเชื่อว่าสาเหตุเกิดจากความตึงตัวของกระเปาะที่หุ้มตับ การตายของก้อนเนื้องอก การขาดเลือดไปเลี้ยงของเนื้อตับ หรือผลข้างเคียงของการให้สารอุดกั้นหลอดเลือดทันเข้าไปอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงถุงน้ำดีทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง (Bernadino et al., 1981) ซึ่งหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (TACE) พบอาการปวดท้องร้อยละ 80 และมีระดับความรุนแรงมากกว่าก่อนได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (TACE) (Cao et al., 2013) ระดับความปวด พบได้ตั้งแต่ปวดเล็กน้อยถึงปวดรุนแรง เกิดขึ้นเป็นระยะเวลา 1-10 วัน เฉลี่ย 2.2 วัน (Farinati et al., 1996) ซึ่งจะปวดมากที่สุดในระยะ 12-24 ชั่วโมงหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (TACE) (Patel et al., 2000)

5) ความสัมพันธ์ระหว่างความปวดกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการปวดท้องภายหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงพบร้อยละ 80 ซึ่งอาการปวดภายหลังได้รับการรักษา มีความรุนแรง (Severity) มากกว่าก่อนได้รับการรักษา (Cao et al., 2013) มีสาเหตุเกิดจากความตึงตัวของกระเปาะที่หุ้มตับ การตายของก้อนเนื้องอก การขาดเลือดไปเลี้ยงของเนื้อตับ หรือผลข้างเคียงของการให้สารอุดกั้นหลอดเลือดทันเข้าไปอุดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงถุงน้ำดี ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง (Bernadino et al., 1981) ความปวดเกิดขึ้นเฉลี่ย 2.2 วัน (Farinati et al., 1996) และพบว่าความปวดเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.4 (Hinrichs et al., 2017) ส่วนการศึกษาของ Ryu et al. (2010) พบอาการปวดท้อง ร้อยละ 61.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) พบว่าความปวดที่เกิดขึ้นพบได้มากภายใน 1 สัปดาห์หลังให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

3.2.3 อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

1) ความหมายของอาการนอนไม่หลับ

Mendelson, Gillin and Wyatt (1980) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ไม่สามารถนอนหลับได้และมีการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ลักษณะของการนอนไม่หลับนั้นเป็นอาการ (symptom) ไม่ใช่อาการแสดง (sign)

Lacks and Morin (1992) กล่าวว่าอาการนอนไม่หลับเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ อาการเข้าสู่การนอนหลับยาก ไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้

Montgomery and Denis (2004) ได้ให้ความหมายของ อาการนอนไม่หลับว่าเป็น ความผิดปกติของการเริ่มต้นนอนและการนอนอย่างต่อเนื่อง ตื่นเร็วกว่าปกติ และไม่สามารถหลับต่อได้

2) ทฤษฎีการนอนหลับ

ทฤษฎีสารชีวเคมี (Humor theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าเมื่อร่างกายมีกิจกรรมจะผลิตของเสียออกมา (chemical toxin) ซึ่งของเสียดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิดอาการอ่อนเพลียและนอนหลับในขณะที่นอนหลับร่างกายจะขจัดสารที่เป็นของเสียออกไป

ทฤษฎีการซ่อมบำรุง (Restorative theory) ซึ่งเชื่อว่าการนอนหลับช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟู ภายหลังจากการนอนหลับจึงรู้สึกสดชื่น ในขณะที่มีการนอนหลับแบบ NREM ร่างกาย จิตใจ และระบบประสาทจะได้รับการซ่อมแซมโดยการหลั่ง growth hormone เพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการเผาผลาญและการใช้ออกซิเจนจะลดลงต่ำสุด

สมมติฐานการสงวนพลังงาน (Energy conservation hypothesis) เชื่อว่าการนอนหลับช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้หยุดพักเป็นการประหยัดพลังงานเพื่อใช้ขณะตื่น โดยขณะหลับระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานช้าลง

ทฤษฎีสาเหตุ (Etiology theory) กล่าวว่า การนอนหลับเกิดจากระบบการควบคุมพฤติกรรมของร่างกายให้อยู่ในสภาพที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นการตัดสาเหตุของสิ่งที่จะรบกวนต่อร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ปรับตัวต่อความกดดันและสามารถอยู่รอดได้

อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) เป็นความทุกข์ทรมานอย่างมากในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (Cao et al., 2013) การรับรู้ถึงการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ นอนหลับยาก การตื่นบ่อย มีช่วงการนอนหลับสั้นลง (Buysse, Germain, & Moul, 2005) รวมถึงมีอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนระยะแรก (Difficulty initialing sleep) การตื่นนอนกลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อเนื่องจาก (Difficulty maintaining sleep) การตื่นเร็วกว่าปกติ (Early morning awakening) หรือการตื่นนอนด้วยความรู้สึกที่ไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม (Non-

restorative sleep) อย่างน้อยหนึ่งอาการหรือมากกว่า หรือมีอาการร่วมกัน (Savard & Morin, 2001)

3) เครื่องมือประเมินอาการนอนไม่หลับ

แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ Insomnia Severity Index ของ Morin et al. (1993) ฉบับภาษาไทยของ พัทธิญา แก้วแพง (2547) ประเมินอาการนอนไม่หลับทั้ง 4 ด้าน ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบ Likert scale จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินปัญหาการนอนหลับของพัทธิญา แก้วแพง (2547) เนื่องจากแบบประเมินดังกล่าวใช้ในการประเมินปัญหาการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82 - 0.86 และมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90-0.94 (หนึ่งฤทัย อุดเถิน, 2556) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในระดับดีมาก (Davidson et al., 2002) ผู้วิจัยจึงพิจารณานำมาใช้ในการประเมินปัญหาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

4) ความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายพบว่าทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายขาดพลังงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีปัญหาด้านสมาธิและความจำ การทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cell ลดลง ทำให้ความสามารถในการต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยลดลง (Savard et al., 2001) ส่วนผลกระทบต่อด้านจิตใจ คือ ทำให้มีอาการมึนงง แปรปรวน เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล กระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน การปฏิบัติหน้าที่ที่มีความบกพร่อง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Morin et al., 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xie et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง มีปัญหานอนไม่หลับทำให้อารมณ์ไม่สดชื่น มีความแปรปรวนทางสภาวะจิตใจ ความทุกข์ทรมาน (Distress) ที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อการจัดการอาการ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง พบได้มากภายใน 1 สัปดาห์หลังได้รับการรักษา (Shiang et al., 2009) และการศึกษาของ Cao et al. (2013) ศึกษากลุ่มอาการหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบว่าคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

3.2.4 ภาวะเครียดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

1) ความหมายของภาวะเครียด

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึง แรงกดดันหรือแรงกระตุ้นต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกที่มาสู่เรื้อรัง รุกราม คุกคามหรือทำอันตรายต่อบุคคล มีผลทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งปฏิกิริยาโต้ตอบนี้มีได้หลายลักษณะและความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง

Selye (1956) (cited in Szabo, Tache, & Somogy 2012) ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึง การตอบสนองที่ไม่จำเพาะเจาะจงของร่างกายต่อสิ่งกระตุ้นที่เป็นอันตราย หรือเป็นอาการการปรับตัวโดยทั่วไป

Lazarus & Folkman (1984) ได้แบ่งความหมายของความเครียดออกเป็น 2 ประเภท คือ 1. ความหมายด้านการตอบสนองและการกระตุ้นความเครียดคือ เหตุการณ์หรือตัวก่อความเครียด ความหมายด้านการตอบสนองความเครียด เป็นการตอบสนองหรือตอบโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม หรือเป็นความหมายด้านการเป็นตัวก่อความเครียด ได้แก่ ความเป็นอันตราย คุกคามความต้องการ ถ้ามีการตอบสนองต่อความเครียดขึ้นแสดงถึงเกิดภาวะความไม่สมดุลขึ้น 2. ความหมายด้านความสัมพันธ์เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมคือ ประสบการณ์ที่บุคคลรับรู้ว่าสถานการณ์นั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

2) เครื่องมือประเมินภาวะเครียด แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale-10: PSS-10) ของ Cohen et al. (1983) ฉบับภาษาไทยของ ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ (Wongpakaran et al., 2010) ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

3) ความสัมพันธ์ระหว่างอาการนอนไม่หลับกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะเครียดเป็นสภาวะด้านอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ความเครียดที่ยาวนานก่อให้เกิดผลเสียทางด้านสรีระ เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ทำให้ร่างกายทำงานบกพร่อง เช่น ทำให้ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย ส่วนผลเสียทางด้านจิตใจ คือ ส่งผลให้จิตใจหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัวขาดสมาธิ ผลคือความเชื่อมั่นในการจัดการกับชีวิตลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (พนิตตา ศรีหาค้าง, 2556) สอดคล้องกับ Palmieri et al. (2015) พบว่า ภาวะเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระดับ และการศึกษาของ

Shun et al. (2012) พบว่าภาวะเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.5, p < .05$)

3.3 บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

การรักษามะเร็งเรื้อรังด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการไม่พึงประสงค์หลังให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เช่น ความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และอาการเบื่ออาหาร (Cao et al., 2013) เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน จากปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Shiang et al., 2009; Barsevick et al., 2010; Hinrichs et al., 2017) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสุขสบายมากยิ่งขึ้น ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข โดยอาศัยกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) 5 ขั้นตอน (พรศิริ พันธสี, 2561) ดังนี้

- 1) ประเมินประสบการณ์ผู้สูงอายุหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เป็นการประเมินการรับรู้ความเหนื่อยล้า ความปวด ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ และการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ
- 2) ซักถามเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ทั้งตำแหน่ง ลักษณะ ระดับความทุกข์ทรมาน ความรุนแรง และระยะเวลาของเกิดอาการ
- 3) ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมากขึ้น หรือช่วยให้บรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ ดังนี้

ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiologic factors) เป็นปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น โรคร่วม ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ความเพียงพอของระดับสารน้ำและสารอาหาร อายุ เป็นต้น

ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด ซึมเศร้า ภาวะโกรธ ระดับของความรู้สึกไม่แน่นอน ความรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วย กระบวนการเผชิญกับปัญหาตลอดจนการรับรู้ถึงแหล่งที่ช่วยในการเผชิญปัญหา

ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) เช่น สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส อาชีพ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ระดับการศึกษา ตลอดจนการได้รับข้อมูล และการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเพียงพอ (พรศิริ พันธสี, 2561)

4) จัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ ดังนี้

ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiologic factors) ควรจัดการกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดอาการหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เช่น ผู้สูงอายุต้องนอนราบห้ามงอขาข้างที่มีรอยแทงเข็มจากการสอดใส่สายสวนนาน 6-8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันเลือดออกหรือเลือดคั่งบริเวณบาดแผล ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเกี่ยวกับการจัดท่านอนให้สุขสบาย เพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย และช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุ การแสดงออกด้วยความความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อสร้างความไว้วางใจ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและญาติได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อคลายความเครียดและวิตกกังวล สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเผชิญกับการเจ็บป่วย จนสามารถก้าวผ่านช่วงระยะเวลาที่วิกฤติของชีวิตได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) เช่น การจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดสงบ สุขสบาย รวมไปถึงการช่วยผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล ใกล้บ้าน แหล่งประโยชน์เกี่ยวกับสังคมสงเคราะห์ แหล่งส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น

5) การประเมินผล เป็นการประเมินผลการพยาบาลว่าได้ผลเป็นอย่างไร ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยการสนทนาแบบตัวต่อตัวหรือทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการประเมินและช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (พรศิริ พันธสี, 2561)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

Paul et al. (2011) ศึกษาการได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เพื่อประเมินติดตามผลลัพธ์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และระบุตัวพยากรณ์การรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงปี ค.ศ. 2001–2007 ผู้เข้าร่วมวิจัย 73 ราย (เพศชาย 69 ราย เพศหญิง 4 ราย) อัตราการรอดชีวิตร้อยละ 66, 47, 36.4 ที่ 1, 2, 3 ปี ตามลำดับ ขนาดของก้อนมะเร็งเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญของอัตราการรอดชีวิต และการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเหมาะสมสำหรับการรักษาแบบประคับประคอง

Shun et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ใช้ระยะเวลา มากกว่า 2 เดือน ช่วงก่อนรับการรักษาและภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การวิจัยแบบไปข้างหน้า (Prospective study) บันทึกข้อมูล 3 ครั้ง ดังนี้ 1) วันก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) สัปดาห์ที่ 4 3) สัปดาห์ที่ 8 มีผู้เข้าร่วมวิจัย 89 ราย ผลการวิจัยพบว่าอาการเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุดภายหลังได้รับการรักษา ($r=-0.86$) เพศ ($r=0.54$) และภาวะเครียด ($r = -0.5$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Eltawil et al. (2012) ศึกษาคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับ การรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เป็นการศึกษาแบบ prospective cohort study เก็บข้อมูลตั้งแต่กันยายน 2005 ถึงธันวาคม 2010 จำนวน 48 คน ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอย่างน้อยตั้งแต่ 1 ครั้งเป็นต้นไป โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต การตอบสนองต่อการรักษา ผลเลือด serum alpha fetoprotein (AFP) และอัตราการรอดชีวิต ติดตามทุก 3-4 เดือน พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงไม่ต่ำลงภายใน 12 เดือนหลังได้รับการรักษา คุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลงหลังจากได้รับ TACE ครั้งที่ 3 ร่วมกับการเพิ่มขนาดก้อนมะเร็ง และการเพิ่มขึ้นของระดับ AFP คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมยังคงเท่า ๆ เดิมตลอดการรักษา การวิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่า ก้อนเนื้องอก ระดับ AFP และคะแนน model of end-stage liver disease (MELD) มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตระยะยาวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ($P = 0.001$, $P = 0.01$, $P = 0.02$ ตามลำดับ) อัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ 12, 36 และ 48 เดือน คือ 72%, 28% and 12% ตามลำดับ ดังนั้นการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (TACE) จึงมีเหมาะกับการรักษาแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีผ่าตัดได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แม้จะมีการดำเนินการรักษาซ้ำหลายรอบก็ตาม

Cao et al. (2013) ศึกษาอาการและกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับ ก่อนและหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ผู้เข้าร่วมวิจัย 155 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงมี 5 อาการ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ความเหนื่อยล้า ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับ และอาการเบื่ออาหาร ภายหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอาการที่เกิดขึ้น เรียงตามลำดับ ดังนี้ ความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า อาการเบื่ออาหาร ($r=0.176-0.638$, $p < .01$ or $p < .05$)

Xie et al. (2015) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระดับ ระยะ Intermediate HCC (stage B) ภายหลังได้รับการผ่าตัดตัดตับ หรือหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 102 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Hepatocellular carcinoma (HCC) ระยะ intermediate stage แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตัด 58 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง 44 ราย โดยใช้แบบประเมิน Short Form (SF-36) เก็บข้อมูลช่วงระยะ 1, 3, 6, 12, 24 เดือนภายหลังการรักษา ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 2 กลุ่ม ภายใน 1 เดือนหลังได้รับการรักษา กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดตัดคุณภาพชีวิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) อย่างไรก็ตามความแตกต่างข้างต้นจะหายไปในช่วงระยะ 3 และ 6 เดือน คุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงช่วงระยะเวลา 1, 2 ปี

Hinrichs et al. (2017) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งตับหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงครั้งแรก และระบุปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำลง ผู้เข้าร่วมวิจัย 79 ราย เก็บข้อมูลช่วงก่อนและ 2 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมลดลงร้อยละ 12.1 พบว่ามีมิติด้านการปฏิบัติกิจกรรมลดลงมากที่สุด ร้อยละ 23.4 มิติทางด้านสังคมลดลงร้อยละ 21.5 และมีมิติทางด้านร่างกายลดลงร้อยละ 21.4 อาการที่พบหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ดังนี้ ความเหนื่อยล้า (30.1%) เบื่ออาหาร (25.3%) ความปวด (19.4%)

Hartrumpf et al. (2018) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงซ้ำ ของผู้ป่วยมะเร็งตับ (HCC) ระยะ intermediate stage จำนวนผู้ป่วย 82 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป เก็บข้อมูลก่อนรักษาและหลังการรักษา 14 วัน ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 และ EORTC HCC18 รวมทั้งข้อมูลการตอบสนองของก้อนมะเร็งต่อการรักษา ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมลดลงระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ตรงข้ามกับคะแนนด้านอาการที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงซ้ำไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่สูง ถูกระบุว่าปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนการตอบสนองของก้อนมะเร็งต่อการรักษาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต คะแนนอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงซ้ำ เช่น ความปวด ($p = 0.00$) คลื่นไส้อาเจียน ($p = 0.00$) และมีไข้ ($p < 0.01$) สามารถทำนายความรุนแรงของอาการแสดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความปวดลดลงอย่างมากระหว่างที่ได้รับ TACE สรุปได้ว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงซ้ำไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประเมินคุณภาพชีวิตก่อนการรักษา การประเมินทางห้องปฏิบัติการและทางคลินิก จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ

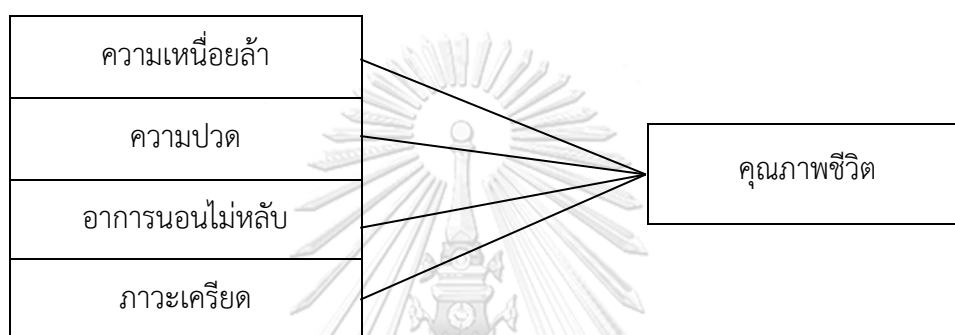
Ryu et al. (2010) ศึกษาถึงอาการ กลุ่มอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีจำนวน 180 คน ในศูนย์การแพทย์ประเทศเกาหลีใต้ พบว่าร้อยละ 83 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะแรกของการดำเนินโรค ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงยังสามารถดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ แต่พบว่าผู้ป่วยมีการรายงานการเกิดอาการตั้งแต่ 3 อาการไปจนถึง 15 อาการ โดยอาการที่มีการรายงานมากที่สุดคือ อาการเหนื่อยล้า (90.6%) ภาวะไร้พลังงาน (82.2%) ปวดท้อง (61.7%) การรับรสเปลี่ยนแปลง (60%) ค้นตามร่างกาย (58.9%) และอื่น ๆ เมื่อทำการวิเคราะห์แยกองค์ประกอบ พบว่าสามารถแบ่งกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ทั้งหมด 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการปวด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร มีไข้ การรับรสเปลี่ยนแปลง 2) กลุ่มอาการเหนื่อยล้า ปวดหลัง ไร้พลังงาน เศร้าโศก 3) กลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหาร ตัวเหลืองตาเหลือง ปวด รู้สึกไม่สบายท้อง บวม กล้ามเนื้อเกร็ง ท้องเสีย 4) กลุ่มอาการค้นตามร่างกาย อาการท้องอืด และพบว่าถ้าผู้ป่วยมีกลุ่มอาการในระดับสูงจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านการทำหน้าที่ที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Hammond (2010) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของอาการเหนื่อยล้าต่อคุณภาพชีวิต ความเครียด อาการปวด และปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในผู้ป่วยจำนวน 101 คน ที่เข้ารับรักษาใน The University of Pittsburgh Medical Center โดยทำการประเมินความถี่ของการเกิดอาการและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่เข้ามาได้รับการรักษาในเดือนที่ 2 และ 4 ที่มาพบแพทย์ตามนัด ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานการเกิดอาการเหนื่อยล้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ระยะที่ทำการประเมิน (อยู่ในช่วง $r = -0.62$ ถึง -0.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีความสัมพันธ์กับทางบวกอาการปวด ($r = 0.403$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาการนอนไม่หลับ ($r = -0.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02

Maninet (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson & Cleary (1995) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ มะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma และมะเร็งทางเดินน้ำดี (Cholangiocarcinoma) ในระยะลุกลามและระยะสุดท้ายของโรค ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลทหารอากาศราชมารดา จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 58.40$, S.D. = 11.61) อาการและระยะของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$

($r = -.306$ และ $-.173$) ความเข้มแข็งในการมองโลกและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($r=.338$ และ $.179$) ความเข้มแข็งในการมองโลก อาการและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ โดยมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 22.4

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระดับทุกระยะและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระดับทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษาระดับผู้ป่วยใน ตึกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- เกณฑ์การคัดเลือก 1) ไม่มีข้อห้ามจากแพทย์ผู้รักษา
2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีอาการที่รุนแรงขึ้นก่อนเริ่มเก็บข้อมูลหรือระหว่างการเก็บข้อมูล ได้แก่ มีอาการปวดรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยหอบ เป็นต้น

3. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในระดับปานกลางเท่ากับ 0.3 ค่าอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) ที่ร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (α) 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 115 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 120 คน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555)

4. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ดังนี้

4.1 คัดเลือกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคลินิกโรคตับสามารถรักษาผู้ป่วยด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง 8 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิระพยาบาล

โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และ
โรงพยาบาลราชวิถี

4.2 สุ่มเลือกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสุ่มมา 2
โรงพยาบาล จากทั้งหมด 8 โรงพยาบาล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่
(บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, 2558) ได้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาริบัติ

4.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติใน
ข้อ 2 ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ
โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

4.4 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของชั้นภูมิเป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากรในชั้นภูมินั้น ๆ
(Proportional to size) (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) จากสูตรดังต่อไปนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรพ.

$$= \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรของแต่ละรพ.}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 64 คน และ
โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 56 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ
สมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว/โรคร่วม และประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมี
บำบัดทางหลอดเลือด มีจำนวน 8 ข้อ

2. แบบประเมินความเหนื่อยล้า ใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า Piper fatigue scale-12
ของ Piper et al. (2012) ผู้วิจัยขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือในการนำเครื่องมือมาแปลและใช้ใน
งานวิจัย (เอกสารดังแสดงในภาคผนวก ข) ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปล
และแปลกลับ (backward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ (bilingual person)
จำนวน 2 คน จากสถาบันภาษา แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า
ครอบคลุม 4 มิติ ดังนี้

1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 3 ข้อ ซึ่งถาม
เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ผลกระทบของความ

เหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงาน และผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลิน อยู่ในข้อคำถามที่ 1-3

2) ด้านการรับรู้ความหมายของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 3 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อความเหนื่อยล้าว่าเป็นอย่างไร ได้แก่ เป็นสิ่งที่น่าพอใจหรือไม่น่าพอใจ เป็นคุณหรือเป็นโทษ เป็นปกติหรือไม่ปกติ อยู่ในข้อที่ 4-6

3) ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้าที่มีต่อตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 4 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองว่ามีความแข็งแรงหรืออ่อนแอ ตื่นตัวหรือง่วงซึม ใจเย็นหรือใจร้อน รู้สึกสดชื่นหรือเหนื่อยหน่าย อยู่ในข้อที่ 7-10

4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ ประกอบด้วย 2 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถในการคิด หรือจำสิ่งต่าง ๆ หรือมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือไม่ อยู่ในข้อที่ 11-12

ข้อคำถามเป็นมาตรวัด ลักษณะตัวเลข 0-10 ให้เลือกตอบจำนวน 12 ข้อ โดย 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย และตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงเลข 10 คะแนน แต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 ดังนั้นคะแนนรวมจึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 120 นำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้เป็นผลคะแนนเฉลี่ยของอาการเหนื่อยล้า

เกณฑ์การแปลผลคะแนน กำหนดจากคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าออกมาเป็น 4 ระดับ คือ 1) ไม่มีความเหนื่อยล้า 2) เหนื่อยล้าเล็กน้อย 3) เหนื่อยล้าปานกลาง 4) เหนื่อยล้ามาก โดยคะแนนเฉลี่ยที่มาก หมายถึง มีความเหนื่อยล้ามาก และคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง มีความเหนื่อย

ล้า (Piper, 2002 อ้างในเพียงใจ ตาโลปการ, 2545) ดังนี้

ช่วงคะแนน 0	หมายถึง ไม่มีความเหนื่อยล้า
ช่วงคะแนน 1-3	หมายถึง มีความเหนื่อยล้าเล็กน้อย
ช่วงคะแนน 4-6	หมายถึง มีความเหนื่อยล้าปานกลาง
ช่วงคะแนน 7-10	หมายถึง มีความเหนื่อยล้ามาก

3. แบบประเมินอาการปวด เป็นแบบวัดความรู้สึกปวดแบบ Numeric rating scale เป็นเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่า ๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2556) มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง ไม่มีอาการปวด
คะแนน 1-3	หมายถึง มีอาการปวดน้อย
คะแนน 4-6	หมายถึง มีอาการปวดปานกลาง

คะแนน 7-9 หมายถึง มีอาการปวดมาก

คะแนน 10 หมายถึง มีระดับอาการปวดมากที่สุด

4. แบบประเมินการรับรู้ความเครียด Percieved Stress Scale (PSS) ของ Cohen et al. (1994) ฉบับภาษาไทยของ Wongpakaran et al. (2010) ผู้วิจัยขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือฉบับภาษาไทยในการนำมาใช้ในงานวิจัย และได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกภายหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง มีจำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งระดับความรู้สึกเป็นระดับ ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
บ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง
บ่อยมาก	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวัน

จัดเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 อันดับ (0-4) ได้แก่ คำถามข้อ 4, 5, 7 และ 8 เป็นคำถามทางบวก ส่วนที่เหลืออีก 6 ข้อ เป็นคำถามทางลบ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ไม่เคย	0 คะแนน	4 คะแนน
เกือบไม่เคย	1 คะแนน	3 คะแนน
บางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
บ่อย	3 คะแนน	1 คะแนน
บ่อยมาก	4 คะแนน	0 คะแนน

การคำนวณและแปลผลคะแนนรวมของแบบประเมินการรับรู้ความเครียดทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0 - 40 คะแนน แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	0-10	หมายถึง	ไม่มีความเครียด
ช่วงคะแนน	11-20	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	21-30	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	31-40	หมายถึง	มีความเครียดระดับสูง

5. แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ของ Morin et al. (1993) ฉบับภาษาไทยของพัชรินา แก้วแพง (2547) ผู้วิจัยขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือฉบับภาษาไทยในการนำเครื่องมือมาใช้ในงานวิจัย และได้ดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับเคมีบำบัดทาง

หลอดเลือดแดง แบบวัดประเมินอาการนอนไม่หลับทั้ง 4 ด้าน โดยข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบ Likert scale จากเส้นตรงซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อ โดยมีลักษณะดังนี้

ข้อที่ 1-3 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่มี” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “ รุนแรงมาก”

ข้อที่ 4 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “พึงพอใจมาก” ปลายด้านขวาสุด คะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “ ไม่พอใจอย่างมาก”

ข้อที่ 5 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่มีผลเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “มีผลมากที่สุด”

ข้อที่ 6 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “สังเกตไม่เห็นเลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “เห็นชัดมาก”

ข้อที่ 7 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่เลย” ปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “ มากที่สุด”

แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 7 ข้อ ดังนี้

- 1) การเข้าสู่การนอนหลับยาก คือ ข้อที่ 1
- 2) การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง คือ ข้อที่ 2
- 3) การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ คือ ข้อที่ 3
- 4) มีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน คือ ข้อที่ 4, 5, 6 และ 7

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบ Likert scale มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน ค่าคะแนนได้จากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0 ไปจนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างกากบาทลงบนเส้นตรง คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ (Morin, 1993) ดังนี้

- | | | |
|-------------|---------|-----------------------------------|
| 0-7 คะแนน | หมายถึง | ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย |
| 8-14 คะแนน | หมายถึง | อยู่ในระยะเริ่มของอาการนอนไม่หลับ |
| 15-21 คะแนน | หมายถึง | มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง |
| 22-28 คะแนน | หมายถึง | มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง |

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับ (FACT-Hep Thai version) ของ Cella (2002) ผู้วิจัยขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือจาก FACIT. Org และได้รับอนุญาตให้นำเครื่องมือมาใช้ได้ (เอกสารดังแสดงในภาคผนวก ข) โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับ (FACT-Hep Thai version) มีจำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย

6.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป 27 ข้อ (FACT-G) ข้อคำถามประกอบด้วย 4 มิติ คือ

- 1) มิติด้านร่างกาย (Physical Well-being; PWB) 7 ข้อ โดยมีความหมายทางลบทั้งหมด
- 2) มิติด้านสังคม (Social/Family Well-being; SWB) 7 ข้อ โดยมีความหมายทางบวกทั้งหมด
- 3) มิติด้านอารมณ์ (Emotional Well-being; EWB) 6 ข้อ โดยมีความหมายทางบวกในข้อคำถามที่ 2 และมีความหมายทางลบในข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 5, และ 6
- 4) มิติด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional Well-being; FWB) 7 ข้อ มีความหมายทางบวกทั้งหมด

6.2 ส่วนของคำถามด้านอาการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยมะเร็งระดับ Hepatobiliary Cancer Subscale (HCS) จำนวน 18 ข้อ มีความหมายทางบวกข้อ 30, 31, 33, 38, และมีความหมายทางลบในข้อ 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 40-45

เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 ดังนั้นคะแนนรวมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับ จึงมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 180 คะแนน โดยแต่ละระดับมีการให้ความหมายและการให้คะแนนดังนี้

- | | |
|---|---|
| การแปลผลคะแนนในข้อที่มีความหมายทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ | |
| มากที่สุด แทนด้วย 4 | หมายถึง ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด |
| ค่อนข้างมาก แทนด้วย 3 | หมายถึง ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมาก |
| ปานกลาง แทนด้วย 2 | หมายถึง ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตปานกลาง |
| เล็กน้อย แทนด้วย 1 | หมายถึง ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตน้อย |
| ไม่เลย แทนด้วย 0 | หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเลย |
| การแปลผลคะแนนในข้อที่มีความหมายทางลบ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ | |
| มากที่สุด แทนด้วย 0 | หมายถึง ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด |
| ค่อนข้างมาก แทนด้วย 1 | หมายถึง ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมาก |
| ปานกลาง แทนด้วย 2 | หมายถึง ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตปานกลาง |
| เล็กน้อย แทนด้วย 3 | หมายถึง ข้อความนั้นมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตน้อย |
| ไม่เลย แทนด้วย 4 | หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตเลย |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คำนวณคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านได้จากการนำคะแนนรวมทั้งหมดในแต่ละด้านมาคูณด้วยจำนวนข้อที่ตอบโดยผู้สูงอายุ จากนั้นหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมดของแต่ละด้าน ซึ่งจะได้คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านมารวมกัน (PWB + SWB + EWB + FWB + HCS) ก็จะได้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม หากมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยโดยรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับคุณภาพชีวิตตามการแบ่งระดับของ Best (1997 อ้างใน รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546) ซึ่งนำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้นที่ต้องการ} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วง}} \\ &= \frac{180 - 0}{3} \\ &= 60 \end{aligned}$$

กำหนดระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้

0 – 60 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ
61 – 120 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
121 – 180 คะแนน	หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้องของเนื้อหา การใช้ภาษาและความเหมาะสมของมาตรวัด จากนั้นนำแบบประเมิน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งตับและการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง 2 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน
- 3) พยาบาลผู้มีส่วนร่วมนการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง 2 คน

โดยคำนวณค่าความตรงในเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Hungler, 2013) คือ

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Hungler, 2013)

$$\text{จากสูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีความเหมาะสมกับค่านิยม หรือ กรอบแนวคิด และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ จากการนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้เท่ากับ 1.0

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินทั้ง 4 ส่วนที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเมเร็งต์ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำลังจะศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronnach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน (reliability) ดังนี้ แบบประเมินความเหนื่อยล้าเท่ากับ 0.962 แบบประเมินการรับรู้ความเครียดเท่ากับ 0.768 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับเท่ากับ 0.952 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเมเร็งต์เท่ากับ 0.886 ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน (reliability) ทุกฉบับพบว่ามีความเที่ยงเกิน 0.70 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, 2558) เหมาะสำหรับการนำเครื่องมือไปใช้

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาธิบดี ในขั้นตอนดำเนินการจริง ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาล คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ในระหว่างตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าการกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัยจะมีเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ และดำเนินการวิจัยต่อไปจนเรียบร้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่มีมติอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์จากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร 2 โรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่ม คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 2 โรงพยาบาล เพื่อเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมในการวิจัย

2. ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว โดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้หนังสือรับรองเลขที่ 372/61 และโรงพยาบาลรามาธิบดีได้หนังสือรับรองเลขที่ ID-06-61-56ย ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน

ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ก่อนการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนที่มีในหอผู้ป่วยนั้น ๆ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) และแจ้งเบอร์โทรศัพท์แก่พยาบาลประจำการเพื่อติดต่อผู้วิจัยโดยตรง หากมีกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละรายตั้งแต่ชั่วโมงที่ 8 ภายหลังจากการได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

2) เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในวันที่เก็บข้อมูลนั้น ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3) หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมิน พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินด้วยตนเองประมาณ 20-30 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาขณะทำแบบประเมิน หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านประเมินได้ด้วยตนเอง เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามและคำตอบให้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อย หรือใช้เวลาในการตอบนาน ผู้วิจัยจะให้หยุดพัก 5-10 นาที หลังจากนั้นสอบถามความต้องการให้ผู้วิจัยอ่านแบบประเมินและคำตอบให้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างระบุคำตอบ และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลในแบบประเมินให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อประหยัดเวลาและไม่รบกวนกลุ่มตัวอย่างมากเกินไป

4) เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อคำถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติมเมื่อสิ้นสุดการตอบแบบประเมิน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

5) ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 1 ถึงข้อ 4 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งหมด 120 คน

6) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทำแบบประเมินมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว/โรคร่วม และประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนของความเหนื่อยล้า ความปวด ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงโดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเหนื่อยล้า ความปวด ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 และเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 1.00	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.70	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าระหว่าง 0.3 – 0.7	หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) น้อยกว่า 0.30	หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0	หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ส่วนเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) จะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็น + แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางเดียวกัน ถ้าเป็น - แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันไปในทิศทางตรงข้ามกัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 120 คน เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในตึกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามธิบดี ช่วงเดือนสิงหาคม - เดือนตุลาคม 2561 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว/โรคร่วม และประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2 - 6

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว/โรคร่วม และประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวน 120 คน จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว/โรคร่วม และประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ Mean=65.07 ปี, S.D.=4.69 ปี, Min=60 ปี, Max=81 ปี		
60-69 ปี	102	85
70-79 ปี	16	13.3
80 ปีขึ้นไป	2	1.7
เพศ		
ชาย	95	79.2
หญิง	25	20.8
สถานภาพสมรส		
โสด	3	2.5
คู่	111	92.5
หม้าย/หย่า	6	5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	41	34.2
รับจ้าง	25	20.8
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	17	14.2
ค้าขาย	21	17.5
ธุรกิจส่วนตัว	16	13.3
ศาสนา		
พุทธ	113	94.2
คริสต์	5	4.2
อิสลาม	2	1.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว/โรคร่วม และประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5	4.2
ประถมศึกษา	78	65
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	6	5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	15	12.5
ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	2	1.7
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	14	11.7
โรคประจำตัว/โรคร่วม		
ไม่มีภาวะโรคร่วม	17	14.2
1 โรค	66	55
2 โรค	29	24.2
3 โรค	7	5.8
4 โรค	1	0.8
โรคประจำตัว/โรคร่วม*		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	9	7.5
ความดันโลหิตสูง	75	62.5
เบาหวาน	41	34.2
โรคไต	2	1.7
โรคกระดูกและข้อ	1	0.8
โรคไวรัสตับอักเสบบี	21	17.5
ประสบการณ์ในการรักษา		
ครั้งที่ 1	9	7.5
มากกว่า 1 ครั้ง	111	92.5

* ผู้สูงอายุ 1 คน มีโรคประจำตัว/โรคร่วมได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีอายุเฉลี่ย 65.07 ปี ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 85 อายุน้อยที่สุด คือ 60 ปี และมากที่สุด คือ อายุ 81 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 79.2 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 92.5 ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง ยังคงประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 65.8 เกือบ 1 ใน 3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 34.2 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.2 โดย 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65 ผู้สูงอายุไม่ได้รับการศึกษามีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 4.2 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว/โรคร่วมตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 85.8 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 62.5 และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 34.2 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 92.5

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 2 – 6

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120)

ความเหนื่อยล้า	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.
ไม่มีความเหนื่อยล้า	0	2	1.7		
มีความเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อย	1-3	41	34.2		
มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง	4-6	55	45.8		
มีความเหนื่อยล้าระดับมาก	7-10	22	18.3		
รวม		120	100	4.73	2.18

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเกือบครึ่งหนึ่งมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมา คือ มีความเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 34.2 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.18

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
 ขั้นที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120)

ความปวด	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.
ไม่มีความปวด	0	15	12.5		
มีความปวดน้อย	1-3	65	54.2		
มีความปวดปานกลาง	4-6	34	28.3		
มีความปวดมาก	7-9	4	3.3		
มีความปวดมากที่สุด	10	2	1.7		
รวม		120	100	2.82	2.147

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งขั้นที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมากกว่าครึ่งมีความปวดระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมา คือ มีความปวดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.3 ไม่มีความปวด คิดเป็นร้อยละ 12.5 มีความปวดระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 3.3 มีความปวดระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.7 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.147

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ
 โรคมะเร็งขั้นที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120)

อาการนอนไม่หลับ	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.
ไม่มีอาการนอนไม่หลับ	0-7	47	39.2		
อยู่ในระยะเริ่มของอาการนอนไม่หลับ	8-14	57	47.5		
มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	15-21	15	12.5		
มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	22-28	1	0.8		
รวม		120	100	9.43	5.47

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งขั้นที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเกือบครึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมา คือ ไม่มีอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 39.2 มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12.5 มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 0.8 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.43 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.47

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะเครียดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120)

ภาวะเครียด	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.
ไม่มีภาวะเครียด	0-10	20	16.7		
มีภาวะเครียดระดับต่ำ	11-20	82	68.3		
มีภาวะเครียดระดับปานกลาง	21-30	18	15		
รวม		120	100	15.50	5.77

จากตารางที่ 5 พบว่าภาวะเครียดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเกือบ 2 ใน 3 มีภาวะเครียดระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 68.3 รองลงมาคือ ไม่มีภาวะเครียด คิดเป็นร้อยละ 16.7 และมีภาวะเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 15 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.50 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120)

คุณภาพชีวิต	คะแนน	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
	เต็ม			ผล
ความผาสุกด้านร่างกาย	28	19	4.48	สูง
ความผาสุกด้านจิตใจ	24	18.61	4.16	สูง
ความผาสุกด้านอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งระดับ)	72	54.68	10.71	สูง
ความผาสุกด้านสังคม	28	16.28	3.18	ปานกลาง
ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	28	13.9	3.06	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	180	122.47	18.76	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 122.47 จากคะแนนรวมทั้งหมด 180 คะแนน เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ความผาสุกด้านร่างกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19 ความผาสุกด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.61 และความผาสุกด้านอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งระดับ) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.68 ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความผาสุกด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.28 และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.9 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (n=120)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	P-value	การแปลผล
ความเหนื่อยล้า	- 0.444	0.000	ปานกลาง
ความปวด	- 0.540	0.000	ปานกลาง
อาการนอนไม่หลับ	- 0.579	0.000	ปานกลาง
ภาวะเครียด	- 0.466	0.000	ปานกลาง

ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - 0.444)

ความปวด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - 0.540)

อาการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - 0.579)

ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - 0.466)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง
 2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง
- มีสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตับทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ตึกศัลยกรรมและอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในระดับปานกลางเท่ากับ 0.3 ค่าอำนาจการทดสอบ (1-β) ที่ร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (α) 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 115 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือการตอบแบบประเมินที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 120 คน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555)

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) คัดเลือกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคตับสามารถรักษาผู้ป่วยด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง 8 โรงพยาบาล สุ่มเลือกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสุ่มมา 2 โรงพยาบาล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2558) ได้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาริบัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรม

และศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลรามาริบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือน สิงหาคม - เดือนตุลาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเหนื่อยล้า 3) แบบประเมินอาการปวด 4) แบบประเมินการรับรู้ความเครียด 5) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับ เท่ากับ .96, .78, .95 และ .87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว/โรคร่วม ประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนของความเหนื่อยล้า ความปวด ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงโดยการหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเหนื่อยล้า ความปวด ภาวะเครียด อาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (66.7%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 122.47 จากคะแนนรวมทั้งหมด 180 คะแนน เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ความผาสุกด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19 จากคะแนนเต็ม 28) ความผาสุกด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.61 จากคะแนนเต็ม 24) และคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งระดับ) อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.68 จากคะแนนเต็ม 72) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (33.3%) คือ ความผาสุกด้านสังคม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.28 จากคะแนนเต็ม 28) และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.9 จากคะแนนเต็ม 28) (\bar{X} = 122.47, S.D. = 18.76)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จากการศึกษาพบว่า

ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.444, -0.540, -0.579, -0.466$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 122.47, S.D. = 18.76$) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 75.5 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 60 2) ความผาสุกด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 75.8 3) ความผาสุกด้านอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งตับ) คิดเป็นร้อยละ 74.2 และคุณภาพชีวิตรายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือ 1) ความผาสุกด้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 78.3 2) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 89.2 เป็นต้น สามารถอภิปรายแยกเป็นรายด้าน ดังนี้

ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19 จากคะแนนความผาสุกด้านร่างกายทั้งหมด 28 คะแนน ($\bar{X} = 19, S.D. = 4.483$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีอายุเฉลี่ย 65.07 ปี (85%) อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น ($\bar{X} = 65.07, S.D. = 18.76$) เป็นวัยที่ส่วนใหญ่ยังมีการเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุก่อนข้าน้อย สภาพร่างกายแข็งแรง (ภารดี นานาศิลป์, 2558) ในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เช่น พบว่ามีความเหนื่อยล้าระดับปานกลางค่อนข้างน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.8 และ 34.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่ได้รับการเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีความทุกข์ทรมานจาก

ผลข้างเคียง คือ ความเหนื่อยล้า จะลดน้อยลงภายใน 1 สัปดาห์ และหายไปภายใน 1 เดือน นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุมีความปวดภายหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.2 และ 28.3 ตามลำดับ และพบว่าอาการนอนไม่หลับอยู่ในระยะเริ่มต้นค่อนข้างไปทางไม่มีอาการนอนไม่หลับ คิดเป็นร้อยละ 47.5 และ 39.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gill et al. (2018) พบว่าคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอยู่ในระดับสูง (37%) เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเป็นวิธีการฉีดยาเคมีบำบัดเข้าก้อนมะเร็งโดยตรง ทำให้ลดอาการข้างเคียงของยาต่อร่างกายได้ อาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรงระดับเล็กน้อย ผู้สูงอายุยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง

ความผาสุกด้านจิตใจ (Emotional well-being) จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 75.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.61 จากคะแนนความผาสุกด้านจิตใจรวมทั้งหมด 24 คะแนน ($\bar{X} = 18.61$, S.D. = 4.16) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทุกคนมีศาสนาที่ตนเองนับถือ ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.2 โดยในพระพุทธศาสนากล่าวว่าหลักไตรลักษณ์ เป็นคำสอนสูงสุด คือ ลักษณะทั่วไปของสิ่งทั้งปวง ได้แก่ อนิจจัง ความไม่คงที่ ไม่เที่ยง ไม่ถาวร ไม่แน่นอน ทุกสิ่ง สภาพที่อยู่ใต้อาการเปลี่ยนแปลง ต้องแปรปรวนไป และอนัตตา ความไม่ใช่ตัวตนแท้จริง ไม่อยู่ในอำนาจบังคับบัญชา ไม่มีใครเป็นเจ้าของ ซึ่งทุกสิ่งในสากลจักรวาลล้วนเป็นอนัตตาทั้งสิ้น เมื่อเกิดมาแล้ว ก็ต้องแก่ เจ็บ และตาย นี่คือความจริงของชีวิตที่ทุกคนต้องประสบไม่ช้าก็เร็ว หากยอมรับความจริงได้ว่าความเจ็บป่วยและความตายเป็นเรื่องธรรมดา และเมื่อรู้ว่าการตายใกล้เข้ามา ใจก็เริ่มปล่อยวาง (พระไพศาล วิสาโล, 2556) เพราะรู้ว่าเมื่อตายแล้วก็ต้องทิ้งสิ่งทั้งปวงเอาอะไรไปไม่ได้สักอย่าง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยก็จะมีเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิตมากขึ้น มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ เช่น การเข้าถึงพระรัตนตรัย การมีเมตตา การทำความดี เหล่านี้ล้วนส่งผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) และการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงจำนวนเกินครึ่งหนึ่งมีภาวะเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 68.3 เนื่องจากผู้สูงอายุมีการครุ่นคิดเรื่องความตายมากกว่าคนวัยอื่น มีความกลัวเกี่ยวกับการตายน้อยลง และสามารถยอมรับความตายได้มากขึ้น ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ตระหนักถึงความเสื่อม ของสภาพร่างกาย ยอมรับว่าปัญหาสุขภาพของตนไม่ดีขึ้น มีความรู้สึกว่าการทำหน้าที่ส่วนใหญ่ในชีวิตได้เสร็จสิ้นแล้ว รวมทั้งได้พบเห็นการตายของสมาชิกของครอบครัวและเพื่อน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะตระหนักถึงสภาวะร่างกายที่เสื่อมถอยยิ่งขึ้น เกิดการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ (มารยาท สุจริตวรกุล และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2561) สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาจิตชีวิตของ Erikson (Erikson, 1998) กล่าวว่ามนุษย์มี

พัฒนาการของชีวิตเป็นขั้นตอน และต้องปรับตัวให้ผ่านไปได้ด้วยดี สำหรับพัฒนาการในวัยสูงอายุคือการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย การสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงและการยอมรับความตาย สอดคล้องกับทฤษฎีของ Peck (Peck, 1993) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความเป็นมนุษย์ที่มีศักดิ์ศรี ควรสร้างความพึงพอใจต่อชีวิตที่ผ่านมา ไม่กังวลกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน

ความผาสุกด้านอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งตับ) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งตับ) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 54.68$, S.D. = 10.71) อธิบายได้ว่า การรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงส่วนมากเป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาแบบประคับประคองโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผลข้างเคียงของการรักษาที่พบได้บ่อยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย คือ post embolization syndrome ประกอบด้วย อาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือมีการเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) ชั่วคราวและหายได้เอง (ปิยาภรณ์ อภิสารธนรักษ์, 2557) ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ettawil et al. (2012) พบว่าหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงจะมีคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจเท่า ๆ เดิม และหลังจากนั้น 12 เดือนจึงจะลดลง เนื่องจากอาจมีการกลับเป็นซ้ำของก้อนมะเร็งทำให้อาการแสบและคุณภาพชีวิตต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Salem et al. (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งตับ) อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 55.1$, S.D. = 1.70) เนื่องจากการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเป็นวิธีการให้ยาเคมีบำบัดเข้าไปที่ก้อนมะเร็งตับโดยตรงร่วมกับการอุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็ง ทำให้ก้อนมะเร็งตายจากการขาดเลือด ซึ่งเป็นการรักษาที่ได้มาตรฐานในปัจจุบัน และลดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้ดีกว่าการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำ (Systemic chemotherapy) ที่ไม่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งตับ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะตับแข็งร่วมด้วย ทำให้เมตาบอลิซึมของยาเคมีบำบัดทำได้ไม่ดี ส่งผลให้มีผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้มาก และเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายขึ้น (เกศรินทร์ ถานะภิรมย์ และคณะ, 2559) ดังนั้นการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) จากการศึกษาพบว่ามิฉะนั้นเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 16.28$, S.D. = 3.18) อธิบายได้ว่า ด้านครอบครัวนั้นส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่ (92.5%) และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน จึงมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจที่ดี เนื่องมาจากวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ปลูกฝังในเรื่องของความกตัญญู กตเวทิต่อบุพการี จึงมีบุตรหลานให้ความเคารพ เอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ส่วนด้านสังคมนั้นผู้สูงอายุมีความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม หรือได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน ๆ น้อย เนื่องจากผู้สูงอายุมี

การเจ็บป่วยเรื้อรัง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพามากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสังคมและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ดั่งสกุล และทัศนาศูววรรณะ ปกรณ์ (2561) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมีการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวสูง คิดเป็นร้อยละ 75.7 การสนับสนุนทางสังคมด้านเพื่อนจะต่ำกว่าด้านอื่น เพราะว่าในสังคมผู้สูงอายุเพื่อนมีบทบาทในการสนับสนุนทางสังคมน้อย จากการที่ผู้สูงอายุมีเพื่อนลดลง และไม่สามารถให้ความช่วยเหลือกันได้มากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา ปลอดเปลื้อง และคณะ (2560) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ได้แก่ อยู่กับคู่ชีวิต อยู่กับครอบครัวของบุตรหลาน เมื่อเจ็บป่วยก็ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุตรหลานเป็นส่วนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรดา อรรถเมธากุล และวรรณิ ศรีวิไลย์ (2556) พบว่าการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุควรเน้นการสนับสนุนที่มาจากรอบครัว สร้างภาวะครอบครัวเป็นสุข จัดกิจกรรมจรรโลงจิตใจโดยมีครอบครัวเป็นแกนนำ เมื่อจิตใจเป็นสุขและเข้มแข็งก็จะสามารถนำสู่การดูแลสุขภาพที่ดีเกิดภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม (Functional well-being) จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.9$, S.D. = 3.06) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน) ในระดับปานกลาง เนื่องจากหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงจะมีอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ไม่รุนแรง เช่น ความเหนื่อยล้า ความปวด เป็นต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมได้บ้าง แต่ความสนุกสนานกับสิ่งที่เคยทำก็ลดลงเล็กน้อย มีความพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมของตนเองในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Toro et al. (2012) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยมะเร็งตับหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.9$, S.D. = 3.0) เนื่องจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเป็นการทำหัตถการที่ไม่มีการเสียเลือดและพลังงานมากเมื่อเทียบกับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ตับ และเป็นการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เฉพาะเจาะจงไปที่ก้อนมะเร็งตับ การฟื้นหายหลังการรักษาจึงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Salem et al (2013) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.7$, S.D. = 1.08) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ เช่น การอาบน้ำ การเดิน การควบคุมการขับถ่าย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ryu et al (2010) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้บ้าง เช่น เดินออกกำลังกาย ทำงานบ้าน การดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล เป็นต้น

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

1) **ความเหนื่อยล้า** มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.444$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ที่ว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง คือ ความเหนื่อยล้ามากมีคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือความเหนื่อยล้าน้อยมีคุณภาพชีวิตดี การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง (45.8%) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ต้องเผชิญผลกระทบที่เกิดจากโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น โดยผลข้างเคียงของการรักษาแบบ Transarterial Chemoembolization (TACE) ที่พบได้บ่อยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย คือ post embolization syndrome ซึ่งประกอบด้วย อาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือมีการเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) ที่ตับ (ปกติจะพบในระดับน้อย คือ 0 – 48 U/L) เนื่องจากสมรรถภาพการทำงานของตับลดลงชั่วคราว จากการได้รับเคมีบำบัดไปทำลายก้อนมะเร็งตับโดยตรง หากค่า ALT อยู่ในระดับที่สูงมากและไม่ลดลงภายใน 3-5 วัน แสดงได้ว่าตับอาจเสียหายร้ายแรง (Liver Failure) จากโรคมะเร็งตับและการได้รับยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงครั้งนี้ (Hsin et al., 2011) ในภาวะปกติเอนไซม์ alanine aminotransferase (ALT) เป็นเอนไซม์ในตับที่สำคัญต่อการสร้างพลังงาน หากเกิดความผิดปกติดังที่กล่าวมาข้างต้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยล้าได้ (Biolato et al., 2010; ปิยาภรณ์ อภิสารธนรักษ์, 2557) เชื่อว่าเคมีบำบัดทำให้เกิดความเหนื่อยล้าผ่านกลไกของเซลล์ จากการที่เซลล์มะเร็งตับถูกทำลายโดยเคมีบำบัดและมีรายงานว่าผู้สูงอายุต้องประสบกับความเหนื่อยล้ามากที่สุดหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ($r = 0.638, p < .01$) (Cao et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinrichs et al. (2017) พบความเหนื่อยล้ามากที่สุดหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (30.1%) ความเหนื่อยล้าเป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อน ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมาก (90.6%) (Ryu et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) พบว่าความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานมากที่สุดภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.86, p < .01$) แต่จะสามารถหายไปได้ภายใน 1 เดือนหลังได้รับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hammond (2010) พบความเหนื่อยล้าร้อยละ 100 และมี

ความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.62$ ถึง -0.77 , $p < .001$)

2) ความปวด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -0.540$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ที่ว่า ความปวดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง คือ ความปวดมากมีคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือความปวดน้อยมีคุณภาพชีวิตดี การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงส่วนใหญ่มีความปวดระดับน้อย (54.2%) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ความปวดหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเป็นความปวดที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน เป็นความปวดของอวัยวะที่อยู่ภายใน (visceral pain) ซึ่งในขณะที่แพทย์ให้เคมีบำบัดเข้าไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งตับ ผู้สูงอายุจะรู้สึกปวดจุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา มีสาเหตุมาจากความตึงตัวของกระเพาะที่หุ้มตับ การตายของก้อนเนื้อออก การขาดเลือดไปเลี้ยงของเนื้อตับ หรือผลข้างเคียงของการให้สารอุดตันหลอดเลือดหันเข้าไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงถุงน้ำดี ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง (Bernadino et al., 1981) นอกจากนี้ภายหลังจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ผู้สูงอายุต้องนอนราบเหยียดขาข้างที่ใช้ในการรักษานาน 6-8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดเลือดคั่ง (Hematoma) หรือเลือดไหล (Bleeding) ในบริเวณที่แทงเข็ม ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนในท่าเดียวนาน ๆ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ประกอบกับการปิดยึดรอยแทงเข็มบริเวณขาหนีบให้แน่นด้วยพลาสติกชนิดเหนียว (tensoplast) เพื่อให้มีแรงกด (pressure) ผิวนิ่งมาก เลือดจะไม่ออก ทำให้เกิดการตึงรั้งของผิวนิ่งบริเวณขาหนีบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย และส่งผลต่ออาการปวดมากยิ่งขึ้น (อรทัย จานงค์ ศิลป์, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cao et al. (2013) พบว่าความปวดภายหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงพบได้มากถึงร้อยละ 80 ซึ่งความปวดภายหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงมีความรุนแรง (Severity) มากกว่าก่อนได้รับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinrichs et al. (2017) พบว่าความปวดภายหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.4 ความปวดเกิดขึ้นเฉลี่ย 2.2 วัน (Farinati et al., 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ryu et al. (2010) พบความปวด ร้อยละ 61.7 ทำให้การปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เกิดการแยกตัว และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่นน้อยลง อีกทั้งทำให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) พบว่าความปวดที่เกิดขึ้นพบได้มากภายใน 1 สัปดาห์หลังให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ความปวดที่เกิดขึ้นยังรบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำงาน และการนอนหลับ

3) อาการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = - 0.579$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ที่ว่า อาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง คือ อาการนอนไม่หลับมากมีคุณภาพชีวิตไม่ดี หรืออาการนอนไม่หลับน้อยมีคุณภาพชีวิตดี การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เกือบครึ่งหนึ่งมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระยะเริ่มต้นของอาการนอนไม่หลับ (47.5%) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า อาการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง สาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็ง และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมถอยของวัยสูงอายุทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับ ซึ่งมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายพบว่าทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายขาดพลังงาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีปัญหาด้านสมาธิและความจำ การทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิด natural killer cell ลดลง ทำให้ความสามารถในการต่อต้านเซลล์มะเร็งของผู้ป่วยลดลง (Savard et al., 2001) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ คือ ทำให้มีอาการมึนงง แปรปรวน เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล กระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน การปฏิบัติหน้าที่ที่มีความบกพร่อง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Morin et al., 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xie et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง มีปัญหานอนไม่หลับ ทำให้อารมณ์ไม่สดชื่น มีความแปรปรวนทางสภาวะจิตใจ ความทุกข์ทรมาน (Distress) ที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อการจัดการอาการของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง พบได้มากภายใน 1 สัปดาห์หลังได้รับการรักษา (Shiang et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cao et al. (2013) ศึกษาในกลุ่มอาการหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง พบว่าคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ คือ พยาธิสภาพของโรค ผลจากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ทำให้หลับได้ยาก หลับไม่สนิท หรือไม่ต่อเนื่อง ทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี

4) ภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = - 0.466$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ที่ว่า ภาวะเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง คือ ภาวะเครียดมากมีคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือภาวะเครียดน้อยมีคุณภาพชีวิตดี การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงส่วนใหญ่มีภาวะเครียดระดับต่ำ (68.3%) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระดับและการ

รักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงถือว่าเป็นสิ่งกระตุ้นที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดสภาวะกดดันหรือความไม่สมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ภายหลังเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตส่งผลให้เกิดภาวะเครียด (เอื้อมเตื่อน นิลพฤกษ์, 2559) ซึ่งภาวะเครียดเป็นสภาวะด้านอารมณ์ ความคิดและความรู้สึกที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ความเครียดที่ยาวนานก่อให้เกิดผลเสียทางด้านสรีระ เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ทำให้ร่างกายทำงานบกพร่อง เช่น ทำให้ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย ส่วนผลเสียทางด้านจิตใจ คือ จะส่งผลให้จิตใจหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัวขาดสมาธิ ผลคือความเชื่อมั่นในการจัดการกับชีวิตลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (พนิตตา ศรีหาคกลง, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Palmieri et al. (2015) พบว่าภาวะเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งตับ จะมีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนที่สำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน ความคิดอ่านสับสน ความจำเสื่อม การรับรู้บกพร่องและบิดเบือน ความเครียดเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shun et al. (2012) พบว่าภาวะเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.5, p < .05$) ผู้สูงอายุสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เองประมาณ 1 เดือน โดยก่อนจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้กลวิธีการจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหา และให้การพยาบาล โดยจัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด เนื่องจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ และภาวะเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต จึงควรป้องกันและลดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวให้มึน้อยที่สุด เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งตับมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้านการวิจัย

- 1) ควรมีการศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง
- 2) ควรมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปของการทำนาย (Multiple regression)

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพมหานคร: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- เกศรินทร์ ถานะภิรมย์, ธนรัตน์ ศุภศิริ, ภัทรมน ก่อเกียรติพิทักษ์, ณ์ัฐพงศ์ วิบูลย์ศิริชัย และสมบัติ ตรีประเสริฐสุข. (2559). การรักษาผู้ป่วยมะเร็งตั้งระยะลุกลามด้วยวิธีที่ไม่ใช้การผ่าตัด. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 59(1), 47-61.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2535). พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. *สารสภาการพยาบาล*, 7(3), 32-37.
- จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*. 22(3) : 88-99.
- เจริญชัย หมั่นห่อ. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม*. การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2 - 4 มิถุนายน 2553.
- ทศพร คำผลศิริ. (2561). *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). *สถิติชวนใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไอคอนพรินติ้ง.
- นุจรี ประทีปะวนิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุไทย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. (2560). กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- ปิยาภรณ์ อภิสารธนรักษ์. (2557). *การแปลผลภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของตับ*. กรุงเทพฯ:

ศิริวัฒนาซีเคียวริตี้พรีนซ์.

บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2558). *วิธีการวิจัยทางสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: นาคิลป์โฆษณา.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 7.

ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.

แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2559). *สถิติของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงทั้งหมดในแผนกผู้ป่วยใน*.

แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลรามธิบดี. (2560). *สถิติของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงทั้งหมดในแผนกผู้ป่วยใน*.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2526). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*.

กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2540). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2539*.

กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.

พรพร ยอดเพชร. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ป่วยก่อนทรม่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พนิตดา ศรีหาค้าง. (2556). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัทรีญา แก้วแพง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรศิริ พันธสี. (2561). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*

(NURSING PROCESS & FUNCTIONAL HEALTH PATTERN). กรุงเทพมหานคร : พิมพ์อักษร.

พระไพศาล วิสาโล. (2556). ความจริงของชีวิตที่ต้องรู้. *วารสารธรรมมาตา*, 7, 5-6.

พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์. (2553). *ไวรัสตับอักเสบบีและมะเร็งตับ*. กรุงเทพมหานคร: การพิมพ์เทียนกวาง.

เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภารตี นานาคิลป์. (2558). ความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุคือใคร อายุหรือปัจจัยใดช่วยกำหนด. *Nursing Journal*, 42, 156-162.

ภารตี จันทรัตน์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรค

ต้อหิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มารยาท สุจริตวรกุล และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัว

เพื่อการตายของผู้สูงอายุไทยพุทธ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(1), 154-169.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*.

นครปฐม: พรินเทอรี จำกัด 999.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :

นามมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์.

รุ่งทิพย์ เบ้าตุน. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับ*

สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อ

หัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา:

ซานเมืองการพิมพ์.

วรยา มั่นประเสริฐ, นุจรี ประทีปะวานิช จอห์นส, เอี่ยมแข สุขประเสริฐ, จตุรัตน์ กันต์พิทยา, ธิติ

วีระปริยากร และปาริชาติ พงษ์ไทย. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี: การศึกษา*

เบื้องต้น. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 5(3), 191-201.

วิศรา ด้วงสกุล และทัศนาศูววรรณะปกรณ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*,

29(1), 29-41. CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิรดา อรรถเมธากุล และวรรณิ ศรีวิไล. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว

จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(2), 18-28.

วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. (5)2 : 32-

40.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อ*

น้ำดี. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สภาการพยาบาล. (2550). *แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.

สมนึก ชีวาเกียรติยิ่งยง, พงษ์ลัดดา พันธุ์สืบ, ทิพวัลย์ ไชยวงศ์ และ สันหวัช ไชยวงศ์. (2553).

ความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของกลุ่ม
อาการอาหารไม่ย่อย ในอำเภอคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารนเรศวรพะเยา*, 4(3):
24-33.

สมบัติ ตรีประเสริฐสุข. (2557). *Nonalcoholic Fatty Liver: โรคตับคั่งไขมันที่ไม่ได้เกิดจาก
แอลกอฮอล์*. กรุงเทพฯ: บริษัทสร้างสื่อ จำกัด.

สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2556). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน*.
กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สรุปสถิติที่สำคัญ 2559*. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข.

สุรัชย์ มณีเนตร. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ การจัดการกับอาการ ความ
เข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แสนคำนิ้ง ตรีฤกษ์ฤทธิ์, ชีพสุมน รังสยาธร และอภิญา หิรัญวงษ์. (2557). *คุณภาพชีวิต และการ
เตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุของข้าราชการครู จังหวัดชลบุรี*. *วารสาร
เกษตรศาสตร์ (สังคม)*, 35, 460 – 471.

หนึ่งฤทัย อุดเถิน. (2556). *ปัจจัยทำนายการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรทัย จำนงค์ศิลป์. (2557). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการกดจุดที่หู่ต่อความปวด
ในผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

อวยพร เรื่องตระกูล. (2553). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

อัญญา ปลอดเปลื้อง, อัญชลี ศรีจันทร์ และสัญญา แก้วประพาฬ. (2560). *การศึกษาวิถีชีวิตของ
ผู้สูงอายุ: การศึกษาแบบเรื่องเล่า*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขา
มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 4(1), 91-104.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติตาม
พยาธิสภาพ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสารจำกัด.

- อุทัย สุตสุข. (2552). รายงานการวิจัย โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- เอื้อมเดือน นิลพฤษ. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Ahmed, S., De Souza, N. N., Qiao, W., Kasai, M., Keem, L. J., & Shelat, V. G. (2016). Quality of life in hepatocellular carcinoma patients treated with transarterial chemoembolization. *HPB Surgery*, 2016.
- Aistars, J. (1987). Fatigue in the cancer patient. *Oncology Nursing Forum* 14(6): 25-30.
- Ayalon, L., Feliciano, L. & Arean, P. A. (2006). Aging changes that affect communication. In K. L. Mauk. (Ed). *Gerontological Nursing Complectencies For Care*. (1sted. pp 87-119). Boston: Jones and Bartlett.
- Barsevick, A. M., Cleeland, C. S., Manning, D. C., O'Mara, A. M., Reeve, B. B., Scott, J. A., & Sloan, et al. (2010). ASCPRO recommendations for the assessment of fatigue as an outcome in clinical trials. *Journal of pain and symptom management*, 39(6), 1086-1099.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education & Behavior*, 1(11), 1-47.
- Bernadino, M., Chuang, V., Wallace, S., Thomas, J., & Soo, C. (1981). Therapeutically infrected tumors: CT finding. *American Journal Review*, 13, 527-530.
- Biolato, M., Marrone, G., Racco, S., Di Stasi, C., Miele, L., Gasbarrini, G., ... & Grieco, A. (2010). Transarterial chemoembolization (TACE) for unresectable HCC: a new life begins. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 14(4), 356-362.
- Bonica, J. J., & Benedetti, C. (1980). Postoperative pain. In R. E. Condon & J. J. Decosse (Eds.), *Surgical care: physiologic approach to clinical management* (pp. 394-414). Philadelphia: Lae & Febiger.
- Bragazzi, M. C., Cardinale, V., Carpino, G., Venere, R., Semeraro, R., Gentile, R., ... & Alvaro, D. (2011). Cholangiocarcinoma: epidemiology and risk factors. *Translational Gastrointestinal Cancer*, 1(1), 21-32.
- Bruix, J., & Sherman, M. (2011). Management of hepatocellular carcinoma:

- an update. *Hepatology*, 53(3), 1020-1022.
- Buysse, D. J., Germain, A., & Moul, D. E. (2005). Diagnosis, epidemiology, and consequences of insomnia. *Primary Psychiatry*, 12(8), 37-44.
- Cabrera, R., & Nelson, D. R. (2010). The management of hepatocellular carcinoma. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 31(4), 461-476.
- Cao, W., Li, J., Hu, C., Shen, J., Liu, X., Xu, Y., & Ye, Z. (2013). Symptom clusters and symptom interference of HCC patients undergoing TACE: a cross-sectional study in China. *Supportive Care in Cancer*, 21(2), 475-483.
- Cella, D. (1994). *Functional Assessment of Cancer Therapy Scales, Version 3*.
- Cella, D. F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*, 9(3), 186-192.
- Cella, D., Butt, Z., Kindler, H. L., Fuchs, C. S., Bray, S., Barlev, A., & Oglesby, A. (2013). Validity of the FACT Hepatobiliary (FACT-Hep) questionnaire for assessing disease-related symptoms and health-related quality of life in patients with metastatic pancreatic cancer. *Quality of Life Research*, 22(5), 1105-1112.
- Cella, D., Heffernan, N., Webster, K., Odom, L., Martone, M., Passik, S., ... & Blumgart, L. (2002). Measuring health-related quality of life in patients with hepatobiliary cancers: the functional assessment of cancer therapy–hepatobiliary questionnaire. *Journal of Clinical Oncology*, 20(9), 2229-2239.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*.
- Cornella, H., Alsinet, C., & Villanueva, A. (2011). Molecular pathogenesis of hepatocellular carcinoma. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(5), 821-825.
- Davidson, J. R., MacLean, A. W., Brundage, M. D., & Schulze, K. (2002). Sleep disturbance in cancer patients. *Social science & medicine*, 54(9), 1309-1321.
- Dragani, T. A. (2010). Risk of HCC: genetic heterogeneity and complex genetics. *Journal of hepatology*, 52(2), 252-257.
- Edmison, J., & McCullough, A. J. (2007). Pathogenesis of non-alcoholic steatohepatitis: human data. *Clinics in liver disease*, 11(1), 75-104.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological Nursing*. (7th ed). Hong Kong: Lippincott

Williams&Wilkins.

- Eltawil, K. M., Berry, R., Abdoell, M., & Molinari, M. (2012). Quality of life and survival analysis of patients undergoing transarterial chemoembolization for primary hepatic malignancies: a prospective cohort study. *HPB*, 14(5), 341-350.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed (extended version)*. WW Norton & Company.
- Fan, S. Y., Eiser, C., & Ho, M. C. (2010). Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(7), 559-564.
- Farinati, F., De Maria, N., Marafin, C., Herszényi, L., Del Prato, S., Rinaldi, M., . . . Naccarato, R. (1996). Unresectable hepatocellular carcinoma in cirrhosis: Survival, prognostic factor, and unexpected side effects after transcatheter arterial chemoembolization. *Digestive Diseases and Sciences* 41(12), 2332-2339.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). Questionnaire development and scoring. *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation*, 135-153.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1985). Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in nursing science*, 8(1), 15-24.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., and Garcia, N. (1998). Quality of life in breast cancer: Part I: Physical and social well-being. *Cancer Nursing* 20: 398-408.
- Fox, S. W., & Lyon, D. E. (2006). Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer.
- Fransvea, E., Paradiso, A., Antonaci, S., & Giannelli, G. (2009). HCC heterogeneity: Molecular pathogenesis and clinical implications. *Analytical Cellular Pathology*, 31(3), 227-233.
- Friedman, S. L. (2008). Mechanisms of hepatic fibrogenesis. *Gastroenterology*, 134(6), 1655-1669. In *Oncology nursing forum* (Vol. 33, No. 5).
- Gift, A. (2009). *Middle range theorirs: Application to nursing research: The theory of unpleasant symtoms*: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Gill, J., Baiceanu, A., Clark, P. J., Langford, A., Latiff, J., Yang, P. M., ... & Kanavos, P.

- (2018). Insights into the hepatocellular carcinoma patient journey: results of the first global quality of life survey. *Future Oncology*, (0).
- Hammond, J. (2010). The consequences of fatigue in patients diagnosed with Hepatobiliary carcinoma. *Oncology Nurse Forum* 4(1): 68–77.
- Hartrumpf, K. J., Marquardt, S., Werncke, T., Murray, T., Kirstein, M. M., Vogel, A., ... & Rodt, T. (2018). Quality of life in patients undergoing repetitive TACE for the treatment of intermediate stage HCC. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 1-9.
- Hinrichs, J. B., Hasdemir, D. B., Nordlohne, M., Schweitzer, N., Wacker, F., Vogel, A., ... & Rodt, T. (2017). Health-Related Quality of Life in Patients with Hepatocellular Carcinoma Treated with Initial Transarterial Chemoembolization. *CardioVascular and Interventional Radiology*, 1-8.
- Hodgson, L. A. (1991). Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 16(12), 1503-1510.
- Hsin, I. F., Hsu, C. Y., Huang, H. C., Huang, Y. H., Lin, H. C., Lee, R. C., ... & Lee, S. D. (2011). Liver failure after transarterial chemoembolization for patients with hepatocellular carcinoma and ascites: incidence, risk factors, and prognostic prediction. *Journal of clinical gastroenterology*, 45(6), 556-562.
- IASP. (1979). Pain terms: A list with definition and notes on usage. *Pain* 6, 249-252.
- Jacox, A. (1992). Pain management: A health policy perspective. *Oncology Nursing Forum* 19(7), 27-28.
- Kew, M. C. (2011). Hepatitis B virus x protein in the pathogenesis of hepatitis B virus induced hepatocellular carcinoma. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 26(s1), 144-152.
- Kirchner, T., Marquardt, S., Werncke, T., Kirstein, M. M., Brunkhorst, T., Wacker, F., ... & Rodt, T. (2018). Comparison of health-related quality of life after transarterial chemoembolization and transarterial radioembolization in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. *Abdominal Radiology*, 1-8.
- Lacks, P., & Morin, C. M. (1992). Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 586.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer.

- Lenz, E. R., & Pugh, L. C. (2009). *Middle range theorirs: Application to nursing research: The theory of unpleasant symtoms*: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Lenz, E. R., & Pugh, L. C. (2014). *Middle Range Theory for Nursing: Third Edition: The theory of unpleasant symtoms*: Springer Publishing Company.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advances in nursing science*, 19(3), 14-27.
- Liu, Y., Chang, C. C. H., Marsh, G. M., & Wu, F. (2012). Population attributable risk of aflatoxin-related liver cancer: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer*, 48(14), 2125-2136.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *PAIN: Clinical manual*. St. Louis: Mosby.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1967). Pain mechanisms: a new theory. *Survey of Anesthesiology*, 11(2), 89-90.
- Mendelson, W.B., Gillin, J.C. and Wyatt, R.J. 1980. *Human Sleep and Its Disorders*. NewYork: Plenum Press.
- Montgomery, P., & Dennis, J. (2004). A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep medicine reviews*, 8(1), 47-62.
- Morin, C. M. (1993). Insomnia: Psychological assessment and management. *Treatment manuals for practitioners*.
- Musso, G., Gambino, R., Cassader, M., & Pagano, G. (2011). Meta-analysis: natural history of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and diagnostic accuracy of non-invasive tests for liver disease severity. *Annals of medicine*, 43(8), 617-649.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concept of practic*. (3rd ed.). New York: McGraw-Hill BookCompany.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as cancer nursing outcome variable. *Advance in Nursing Science*, 8, 45-60.
- Palmieri, V. O., Santovito, D., Margari, F., Lozupone, M., Minerva, F., Di Gennaro, C., ... & Palasciano, G. (2015). Psychopathological profile and health-related quality of life (HRQOL) in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) and cirrhosis. *Clinical and experimental medicine*, 15(1), 65-72.
- Patel, N. H., Hahn, D., Rapp, S., Bergan, K., & Coldwell, D. M. (2000). Hepatic artery

- embolization: factors predisposing to postembolization pain and nausea. *J Vasc Interv Radiol.*, 11(4), 453-460.
- Paul, S. B., Gamanagatti, S., Sreenivas, V., Chandrashekhara, S. H., Mukund, A., Gulati, M. S., ... & Acharya, S. K. (2011). Trans-arterial chemoembolization (TACE) in patients with unresectable Hepatocellular carcinoma: Experience from a tertiary care centre in India. *The Indian journal of radiology & imaging*, 21(2), 113.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: developing nursing theory. In *Oncology nursing forum* (Vol. 14, No. 6, p. 17).
- Piper, B. (1991). Alterations in energy: the sensation of fatigue. *Cancer nursing: A comprehensive textbook*, 894-908.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 25, No. 4, pp. 677-684).
- Polit, D. F., & Hungler. (2013). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization (8th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams and Wilkins.
- Ratanatharathorn, V., Sirilertrakul, S., Jirajarus, M., Silpakit, C., Maneechavakajorn, J., Sailamai, P., & Sirisinha, T. (2001). Quality of life, Functional Assessment of Cancer Therapy-General. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet*, 84(10), 1430-1442.
- Richardson, A., Ream, E., and Winson – Barnett, J. (1998). Fatigue in patients receiving chemotherapy: Pattern of change. *Cancer Nursing* 21(1): 17-30.
- Ryu, E., Kim, K., Cho, M. S., Kwon, I. G., Kim, H. S., & Fu, M. R. (2010). Symptom clusters and quality of life in Korean patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer Nursing*, 33(1), 3-10.
- Salem, R., Gilbertsen, M., Butt, Z., Memon, K., Vouche, M., Hickey, R., ... & Cella, D. (2013). Increased quality of life among hepatocellular carcinoma patients treated with radioembolization, compared with chemoembolization. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(10), 1358-1365.
- Savard, J., & Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of clinical oncology*, 19(3), 895-908.
- Schaefer, K. M., & Potylycki, M. J. S. (1993). Fatigue associated with congestive heart

- failure: use of Levine's Conservation Model. *Journal of advanced nursing*, 18(2), 260-268.
- Shaver, J.F. (2000). Managing sleep and walking behaviors and the symptom of fatigue. In A. S. Hinshaw, S. L. Futham, J. F. Shaver (eds.), *Handbook of nursing research*, pp. 435-456.
- Sherman, M. (2010). Hepatocellular carcinoma: epidemiology, surveillance, and diagnosis. In *Seminars in liver disease* (Vol. 30, No. 01, pp. 003-016). © Thieme Medical Publishers.
- Shiang, W. (2009). *Health-Related Quality of Life of Hepatocellular Carcinoma Patients Underwent Hepatectomy and Trans-arterial Chemo Embolization*. Retrieved November 10, 2017, from Networked Digital Library of Theses & Dissertations.
- Shun, S. C., Chen, C. H., Sheu, J. C., Liang, J. D., Yang, J. C., & Lai, Y. H. (2012). Quality of life and its associated factors in patients with hepatocellular carcinoma receiving one course of transarterial chemoembolization treatment: a longitudinal study. *The oncologist*, 17(5), 732-739.
- Sievert, W., Altraif, I., Razavi, H. A., Abdo, A., Ahmed, E. A., AlOmair, A., ...& Elshazly, M. (2011). A systematic review of hepatitis C virus epidemiology in Asia, Australia and Egypt. *Liver International*, 31(s2), 61-80.
- Somjaivong, B., Thanasilp, S., Preechawong, S., & Sloan, R. (2011). The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer nursing*, 34(6), 434-442.
- Steel, J.L., Eton, D.T., Cella, D., Olek1, M.C. and Carr, B.I. (2006). Clinically meaningful changes in health-related quality of life in patients diagnosed with hepatobiliary carcinoma. *Annals of Oncology* 17(2): 304-312.
- Szabo, S., Tache, Y., & Somogy, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor# of Nature. *Stress*, 15(5), 472-478.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York.
- Toro, A., Pulvirenti, E., Palermo, F., & Di Carlo, I. (2012). Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma after hepatic resection, transcatheter

- arterial chemoembolization, radiofrequency ablation or no treatment. *Surgical oncology*, 21(1), e23-e30.
- Wilson, I. B. and Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life-a conceptual model of patient outcomes. *Journal of american Medical Association*, 273(1): 59-65.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial medicine*, 4(1), 6.
- World Cancer Research Fund International. (2012). *Worldwide data*. Retrieved September 3, 2017, from <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data>.
- World Health Organization, W. (2017). Quality of life. [online]. Retrieved December 1, 2017, from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Switzerland*, WHO Press.
- Xie, Z. R., Luo, Y. L., Xiao, F. M., Liu, Q., & Ma, Y. (2015). Health-related quality of life of patients with intermediate hepatocellular carcinoma after liver resection or transcatheter arterial chemoembolization. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(10), 4451-4456.
- Yount, S., Cella, D., Webster, K., Heffernan, N., Chang, C. H., Odom, L., & Van Gool, R. (2002). Assessment of patient-reported clinical outcome in pancreatic and other hepatobiliary cancers: the FACT Hepatobiliary Symptom Index. *Journal of pain and symptom management*, 24(1), 32-44.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ บุญชู ศิริจินดากุล	อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์นายแพทย์ จริง เจริญวิศาล	อาจารย์ประจำภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ. ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คุณวนิดา รัตนานนท์	หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริ 16C (อาหารล้าง) และ พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (APN) สาขา ศัลยศาสตร์
คุณอรทัย จำนงค์ศิลป์	หัวหน้าหอผู้ป่วยงานการพยาบาลเฉพาะทาง รังสีวิทยาวิวินิจฉัย



ที่ ศธ 0512.11/ ๐๒๖๒



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

|๙ เมษายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณประภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ บุญชู ศิริจินดากุล | อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. นายแพทย์ จริง เจริญวิศาล | อาจารย์ประจำภาควิชารังสีวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. นางสาวนิตา รัตนานนท์ | หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริ 16C (อาหารล้าง) และ
พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง (APN)
สาขาศัลยศาสตร์ |
| 4. นางอรทัย จ่านงค์ศิลป์ | หัวหน้าหอผู้ป่วยงานการพยาบาลเฉพาะทาง
รังสีวิทยาวินิจฉัย |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ บุญชู ศิริจินดากุล, นายแพทย์ จริง เจริญวิศาล,
นางสาวนิตา รัตนานนท์ และนางอรทัย จ่านงค์ศิลป์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณประภรณ์ โทร. 0-2218-1151

ข้อนี้ติด นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย โทร. 08-6392-5407

ที่ ศร 0512.11/ 0๖๖1

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 เมษายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณประภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิลภา คุณทรงเกียรติ
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณประภรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย โทร. 08-6392-5407

ที่ ศธ 0512.11/ 0๖๑5

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

ที่ เมษายน 2561

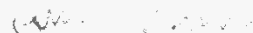
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย นิสิตชั้นปริญญาโทมาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบวัดความรู้สึกเครียด จากรายงานการวิจัย เรื่อง The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties ของศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณัทธ์ วงศ์ปกรันย์ หน่วยจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2553)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์ โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย โทร. 08-6392-5407

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	138
วันที่	5/12/61
เวลา	13.15 น.
ผู้รับ	ดร. วรารักษ์

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย รหัสประจำตัว 5977161336 นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 1873 หอพักพยาบาลรสถิต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10330 โทรศัพท์ 086-3925407 Email: Nat.hong@hotmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาว พัทธิญา แก้วแหง
4. ปีของวิทยานิพนธ์ ปีการศึกษา 2547

ลงนาม ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย)
5 / 12 / 2561

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้ทดลองใช้ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (ดร. วรารักษ์ ชัยวัฒน์) 5 / 12 / 2561</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม (.....) 5 / 12 / 2561</p>
---	---

อนุญาต

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารักษ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

..... / 5/12/61

5/12/61

.....

.....

RE: The Piper Fatigue Scale-12 (PFS-12)

Barbara Piper <bpiiper@nu.edu>

พ. 28/3/2018 7:03

รศ. นฤกานต์ หงษ์มาลัย <nat.hong@hotmail.com>;

ความสำคัญ: สูง

📎 สิ่งใหม่ 5 รายการ (4 เมกะไบต์)

PFS-12 and Scoring Instructions_2.25.16.doc; PFS-12 Clinically Maningful Cut Scores.pdf; PFS-12_3.9.16.docx; PFS-R Item Reduction to PFS-12.pdf; PFS-R_1998.pdf;

Dear Nattakarn,

Thank you very much for your interest and request to use the Piper Fatigue Scale-12 (PFS-12) in your Master's Degree Program thesis. Permission is not really necessary as the scale has been published in its entirety. Thus, it is considered to be "in the public domain." But with that said, I certainly appreciate your request. Of course you have my permission to use the PFS-12 in your thesis.

I am attaching some materials that may be of help to you in your study. If I can be of further help, please let me know.

BFP

Barbara F. Piper, PhD, RN, FAAN
 Professor: Department of Nursing
 Program Leadr: MSN Core Curriculum
 and MSN Graduate Programs in
 Nursing Informatics and Nursing Administration
 School of Health and Human Services
 National University
 3678 Aero Court, Room 226
 San Diego, CA 92123-1788
 Ph: 858-309-3469; Fax: 858-309-3480
 Cell: 480-414-3333; Email: bpiiper@nu.edu



www.nu.edu

This communication (including any attachments) may contain privileged or confidential information intended for a specific individual and purpose, and is protected by law. If you are not the intended recipient, you should delete this communication and/or shred the materials and any attachments and are hereby notified that any disclosure, copying, or distribution of this communication, or the taking of any action based on it, is strictly prohibited. Thank you.



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

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. The terms of this license will grant permission Licensor provides to NATTAKARN HONGMALAI ("Investigator") the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that NATTAKARN HONGMALAI is granted license to use the **Thai** version of the **FACT-Hep** in one not for profit study:

This current license is only extended to NATTAKARN HONGMALAI's research project subject to the following terms:

- 1) (NATTAKARN HONGMALAI) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) 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, NATTAKARN HONGMALAI will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (NATTAKARN HONGMALAI) 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.
- 4) 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.



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. 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
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if NATTAKARN HONGMALAI engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of NATTAKARN HONGMALAI's project.
- 10) NATTAKARN HONGMALAI agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: January 19, 2018

Shannon C Romo
Assistant Business Manager
FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126 USA
www.FACIT.org

ที่ ศธ 0512.11/ 1145

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณชวกร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระดับทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ตึกศัลยกรรมและอายุรกรรม จำนวน 90 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินอาการปวด แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณชวกร โทร. 0-2218-1151
ชื่อนิสิต	นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย โทร. 08-6392-5407

ที่ ศธ 0512.11/ 1114

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

มี.ถ. 2561

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณประภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความ อนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งตับทุกระยะและรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในตึกศัลยกรรม และอายุรกรรม จำนวน 60 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมิน อาการปวด แบบประเมินการรับรู้ความเครียด แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ และแบบประเมินคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณประภรณ์ โทร. 0-2218-1151

ชื่อผลิต นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย โทร. 08-6392-5407



COA No. 759/2018

IRB No. 372/61

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University****1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493****Certificate of Approval**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA UNDERGOING TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION THERAPY.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Nattakarn Hongmalai

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 1.0 Date 25 July 2018
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Date 25 July 2018
3. Information sheet for research participant Version 1.0 Date 25 July 2018
4. Informed consent for participating volunteers Version 1.0 Date 6 June 2018
5. Questionnaire for Research Version 1.0 Date 7 June 2018

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

6. Research Project Budget Version 1.0 Date 6 June 2018
7. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Miss Nattakarn Hongmalai
 - Asst.Prof. Tassana Choowattanapakorn, Ph.D.

Signature		Signature	
	(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)		(Associate Professor Onanong Kulaputana MD, PhD)
	Chairperson		Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
	The Institutional Review Board		The Institutional Review Board

Date of Approval : August 7, 2018
Approval Expire Date : August 6, 2019

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 201-1000

COA. No. MURA2018/457

Title of Project (English)	Factors Related To Quality of Life In Older People with Hepatocellular Carcinoma Undergoing Transarterial Chemoembolization Therapy
Title of Project (Thai)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง
Type of Research	Expedited
Protocol number	06-61-56
Principal Investigator	Miss Nattakarn Hongmalai
Education Institute	Faculty of Nursing Chulalongkorn University
Co-investigator(s)	1. Asst. Prof. Tassana Choowattanapakorn, M.D./Advisors/ Chulalongkorn University 2. Miss Aree Saebae
Approval includes	1. Submission Form Protocol 2. Patient Information Sheet 3. Informed Consent Form 4. Questionnaires 5. Certificate of Attendance "Standard Course in Clinical Trials and GCP Training Program for Nurses 2017"

Institutional Review Boards in Mahidol University are in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval August 6, 2018

Date of Expiration August 5, 2019


Signature of Chair

(Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D.)

Office of The Committee for Research, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University
270 Rama 6 Rd. Phayatai Ratchathewi Bangkok 10400 Tel.(660)2012175, 2011544, 2010388, 2012772

Website. <https://med.mahidol.ac.th/research/ethics>

E-mail. raec.mahidol@gmail.com

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูล คำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-
			04/5.0
			หน้า 1/4

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (FACTORS RELATED TO QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA UNDERGOING TRANSARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION THERAPY)

ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ

นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย

สถานศึกษาของผู้วิจัย

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำงานของผู้วิจัย

อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 16 โซน B โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โทร 02 2564000 ต่อ 81612-3

ที่อยู่ของผู้วิจัย

1873 อาคารพยาบาลรสถิต ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน

กรุงเทพ 10330

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 086 392 5407

E-mail: nat.hong@hotmail.com

สถานที่ติดต่อของสำนักงานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถ.พระราม 1

แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02 218 1130

ผู้วิจัยร่วม

ชื่อ

ผศ.ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์

ที่อยู่ทำงาน


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถ.พระราม 1

แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ทำงาน

โทร. 02 218 1130 E-Mail: Tassana.C@chula.ac.th

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูล คำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-
			04/5.0
			หน้า 1/4

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน มีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ จำนวน 120 คน แบ่งเป็นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 64 คน โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 56 คน ระยะเวลาการวิจัย 30-35 นาที

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งได้แก่ นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย เบอร์โทรศัพท์ 086 392 5407

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมี เวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสาร แสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้


เหตุผลความเป็นมา

โรคมะเร็งระดับเป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2555 มะเร็งระดับพบมากเป็นอันดับ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด สำหรับในประเทศไทยพบได้ทุกภูมิภาค พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 การรักษาโดยให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง (Transarterial Chemoembolization: TACE) เป็นทางเลือกลำดับแรกในการรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระดับ เพื่อชะลอการดำเนินของโรค การควบคุมอาการ และการมีชีวิตรอดนานขึ้น เพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 40-50 นาน 16-20 เดือน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเผชิญกับโรคที่เป็นและดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ 120 คน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูล คำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 1/4

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เมื่อท่านเข้ามารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ท่านจะถูกเชิญเข้าร่วมโครงการ โดยผู้วิจัยจะเข้าพบท่านเพื่อ สร้างสัมพันธภาพและขอให้ตอบแบบประเมิน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป | จำนวน 8 ข้อ |
| 2. แบบประเมินความเหนื่อยล้า | จำนวน 12 ข้อ |
| 3. แบบประเมินอาการปวด | จำนวน 1 ข้อ |
| 4. แบบประเมินการรับรู้ความเครียด | จำนวน 10 ข้อ |
| 5. แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ | จำนวน 7 ข้อ |
| 6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ | จำนวน 45 ข้อ |

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านตอบคำถามจำนวน 6 ชุด หากมีอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย โปรดแจ้งให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงเล็กน้อยที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกท้อเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อาการใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในระหว่างการตอบคำถาม ให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ขอให้ท่านรายงานให้ผู้วิจัยทราบโดยเร็ว เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และแพทย์ที่ดูแลรักษาท่าน เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ


ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อวางแผน และแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพในการวิจัยทางการแพทย์ ช่วยแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน และไม่มีค่าเสียเวลาจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูล คำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า 1/4

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ก็จะไม่มีการรักษาของท่านแต่อย่างใด นอกจากนี้ ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาของท่านเช่นกัน

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย ติดต่อได้ที่ 1873 อาคารพยาบาลรสถิต ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 086 392 5407 E-mail: nat.hong@hotmail.com

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้ จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับคำอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัยและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติขณะปฏิบัติตามโปรแกรมงานวิจัย
6. ท่านมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย และงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวได้โดยไม่ได้ผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่

หรือการลอกวาง


หากท่านไม่ได้รับปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความ ยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-
			05/5.0
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทาง
 หลอดเลือดแดง วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมา และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
 โครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ
 วันที่ พร้อมด้วย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัย
 นี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย
 อาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย
 ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ
 คำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ
 บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
 ยินยอมจาก ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
 วิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้ต้องกระทำเพื่อ
 วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำ
 ยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติมหลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
 โครงการวิจัยและต้องการ ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัว
 ข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถ
 ยกเลิกการให้สิทธิใน การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความ ยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09- 05/5.0
			หน้า 1/2

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน กระบวน การต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การ ตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความ เต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อากาศไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจ เกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตาม นามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



เอกสารประกอบ 4

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย นิสิตสาขาการพยาบาลศาสตร (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย ที่บ้าน : 1873 หอพักพยาบาลรสถิตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10330

เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 086-3925407 E-mail Address : nat.hong@hotmail.com

สถานที่วิจัย หอดูแลผู้ป่วยระยะสั้น (HSU 1) โรงพยาบาลรามาริบัติ

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวอารี แซ่แบ้ (หัวหน้าหอผู้ป่วยระยะสั้น (HSU 1))

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 02-201-0295 Email : asaebae@hotmail.com

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ โรคมะเร็งตับเป็นปัญหาสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2555 มะเร็งตับพบมากเป็นอันดับ 6 ของโรคมะเร็งทั้งหมด การรักษาโดยให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เป็นทางเลือกลำดับแรกในการรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ เพื่อชะลอการดำเนินของโรค เพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 40-50 นาน 16-20 เดือน อาการที่พบหลังให้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เช่น ความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ ภาวะเครียด และอาการเบื่ออาหาร โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในทางเสื่อมลง รวมทั้งประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง ส่งผลต่อการเผาผลาญ การกระจายตัว และการขับถ่ายของยาออกจากร่างกายช้าลง ทำให้ฤทธิ์ยาอยู่นานขึ้นจึงเพิ่มความเสี่ยงในการแพ้ยาเคมีบำบัด ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า เครียด นอนไม่หลับ หรือมีอาการปวดร่วมด้วย จากปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะมิติความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับและการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเผชิญกับโรคที่เป็นและดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ 1. ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง 2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้า ความปวด อากาeronอนไม่หลับ ภาวะเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้ดำเนินการวิจัย คือ นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง จำนวน 54 คน โดยผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระดับทุกระยะและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน ดึกศัลยกรรมและอายุรกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละรายตั้งแต่ชั่วโมงที่ 8 ภายหลังจากการได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง และประเมินความเหนื่อยล้า ความปวด ภาวะเครียด อากาeronอนไม่หลับ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัย จะต้องตอบแบบประเมินด้วยตนเองจำนวน 6 ชุด ดังนี้ 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ 2. แบบประเมินความเหนื่อยล้า จำนวน 12 ข้อ 3. แบบประเมินอาการปวด จำนวน 1 ข้อ 4. แบบประเมินการรับรู้ความเครียด จำนวน 10 ข้อ 5. แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ จำนวน 7 ข้อ 6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับ จำนวน 45 ข้อ ใช้เวลา 20–30 นาที หรือจนกว่าผู้ร่วมวิจัยจะทำได้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาขณะทำแบบประเมิน การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทน

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อวางแผนและแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งระดับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพในการวิจัยทางการแพทย์ ช่วยแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วย ส่วนผลข้างเคียงที่จะเกิดต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ความเบื่อหน่าย ความเหนื่อยล้า โดย ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หรือท่านสามารถหยุดพักและทำแบบประเมินเมื่อมีความพร้อม

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โทรศัพท์ 02-2011544



เอกสารประกอบ 5ก

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทาง
หลอดเลือดแดง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย..... นิสิตสาขาการพยาบาลศาสตร. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
..... คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

***ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย**

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบัง
ซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้า
สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่
ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่
เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณี
จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความ
ยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



แบบประเมินเลขที่.....

สถานที่.....

วันที่.....

แบบประเมินสำหรับการวิจัย

คำชี้แจง แบบประเมินมีทั้งหมด 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการปวด	จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเครียด	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับ	จำนวน 45 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

1. อายุ.....ปี.....เดือน

2. เพศ

() ชาย

() หญิง

3. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย/หย่า

() แยกกันอยู่

() อื่น ๆ ระบุ.....

4. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() รับจ้าง

() ทำนา/ทำไร่/ทำสวน

() ค้าขาย

() ธุรกิจส่วนตัว

() อื่น ๆ ระบุ.....

5. ศาสนา

- () พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ ระบุ.....

6. การศึกษา

- () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.
 () ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร () ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

7. โรคประจำตัว/โรคร่วม ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

- () โรคหัวใจและหลอดเลือด
 () ความดันโลหิตสูง
 () เบาหวาน
 () โรคไต
 () โรคกระดูกและข้อ
 () โรคเอดส์
 () โรคทางระบบประสาท/สมอง
 () อื่น ๆ ระบุ.....



8. ประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

- () ครั้งที่ 1 () มากกว่า 1 ครั้ง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าหลังจากได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้มีจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านในแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือและจุดสุดท้ายทางด้านขวามือแล้วทำเครื่องหมาย X ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเหนื่อยล้าในช่วงหลังจากได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงครั้งนี้ ที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด โดย 0 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย

ตั้งแต่ 1 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงเลข 10

ข้อ 1-3 ภายหลังจากได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ท่านรู้สึกว่าตัวเองเป็นอย่างไร

1. อาการเหนื่อยล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่รบกวนความสามารถของท่านในการทำงานให้เสร็จในระดับใด



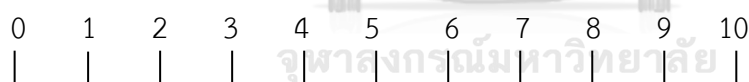
ไม่รบกวนเลย

รบกวนอย่างมาก

.
. .
. . .

ข้อที่ 4-6 ท่านจะบรรยายอาการเหนื่อยล้าที่ท่านกำลังประสบหลังจากได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงว่ามีลักษณะด้านล่างนี้ในระดับใด

4.



น่าพอใจ

ไม่น่าพอใจ

.
. .
. . .

ข้อที่ 7-12 หลังจากท่านได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ท่านมีความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร

7.

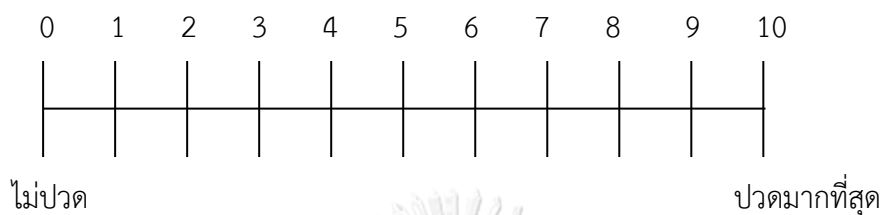


แข็งแรง

อ่อนแอ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการปวดหลังจากได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

คำชี้แจง กรุณาบอกคะแนนความปวดของท่านที่มีในขณะนี้ ว่ามีความรุนแรงระดับใด โดยเริ่มตั้งแต่ 0-10 คะแนน ซึ่ง 0 คะแนน หมายถึง ไม่ปวด คะแนนที่เพิ่ม หมายถึง ระดับความปวดที่เพิ่มขึ้น และ 10 คะแนน หมายถึง ปวดมากที่สุด



ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเครียดหลังจากได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดของคุณในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงครั้งนี้ ในแต่ละข้อคำถามให้คุณเลือกตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว (ให้ \checkmark หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน)

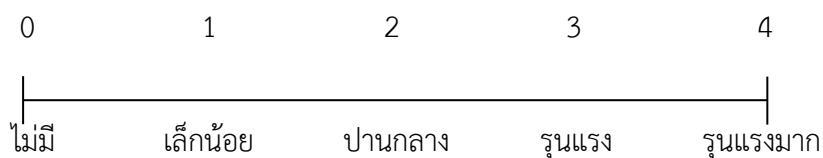
- | | | |
|-----------------|---------|---------------------------------------|
| 0 = ไม่เคย | หมายถึง | ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย |
| 1 = เกือบไม่เคย | หมายถึง | เกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1 ครั้ง |
| 2 = บางครั้ง | หมายถึง | เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง |
| 3 = บ่อย | หมายถึง | เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง |
| 4 = บ่อยมาก | หมายถึง | เกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวัน |

ข้อความ	ไม่เคย (0)	เกือบไม่ เคย (1)	บางครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อย มาก (4)
1. ในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกไม่สบายใจเพราะมีสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด					
10. ในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าปัญหาต่าง ๆ ทับถมมากขึ้นจนท่านไม่สามารถแก้ไขได้หมด					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับหลังจากได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ข้อ เกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่านในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0 – 4 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ



2.

.

.

3. ในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ท่านนอนตื่นนอนเร็วเกินไป



4

.

.

5

.

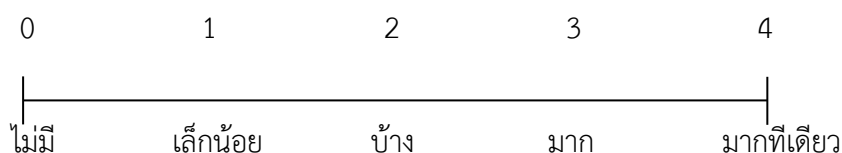
.

6

.

.

7. ในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง ท่านรู้สึกกังวลหรือหุดหู่แค้ไหนดกับการนอนไม่หลับ



ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคมะเร็งตับหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้ต้องการทราบ ความรู้สึก หรือ การรับรู้ ของท่านเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับสถานการณ์ของท่านในช่วงหลังได้รับเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดงหรือไม่ จากนั้นวงกลมหรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลขเพียงตัวเดียวต่อหนึ่งบรรทัด เพื่อระบุคำตอบของท่าน

ข้อ	ความผาสุกด้านร่างกาย	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1	ข้าพเจ้ารู้สึกหมดเรี่ยวแรง	0	1	2	3	4
7	ข้าพเจ้าจำต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง	0	1	2	3	4
ข้อ	ความผาสุกด้านสังคม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
13	ข้าพเจ้ามีความรู้สึกใกล้ชิดกับคู่ครอง (หรือคนสำคัญที่คอยให้กำลังใจ)	0	1	2	3	4
14	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของตน (ไม่ว่าขณะนี้จะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ก็ตาม)	0	1	2	3	4
ข้อ	ความผาสุกด้านจิตใจ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
15	ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าใจ	0	1	2	3	4
20	ข้าพเจ้ากังวลว่าอาการจะแย่ลง	0	1	2	3	4

ข้อ	ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
21	ข้าพเจ้าสามารถทำงานทั่วไปได้ (รวมถึงงานบ้าน)	0	1	2	3	4
27	ข้าพเจ้าพึงพอใจกับคุณภาพชีวิตของตนเองในขณะนี้	0	1	2	3	4
ข้อ	ความผาสุกด้านอื่น ๆ (อาการเฉพาะของโรคมะเร็งตับ)	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
28	ข้าพเจ้ารู้สึกท้องอืดหรือปวดเกร็งบริเวณช่องท้อง	0	1	2	3	4
36	ข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัดรำคาญเนื่องจากอาการท้องผูก	0	1	2	3	4
39	ข้าพเจ้าอึดอัดรำคาญเนื่องจากอาการดีซ่าน หรืออาการที่ผิวเป็นสีเหลือง	0	1	2	3	4
45	ข้าพเจ้ารู้สึกมีอาการผิปกดหรือปวดบริเวณท้อง	0	1	2	3	4



Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
อายุ	120	60	81	65.07	4.685
Valid N (listwise)	120				

กลุ่มอายุ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	อายุ 60-69 ปี	102	85.0	85.0	85.0
	อายุ 70-79 ปี	16	13.3	13.3	98.3
	อายุ 80 ปีขึ้นไป	2	1.7	1.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	



เพศ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ชาย	95	79.2	79.2	79.2
	หญิง	25	20.8	20.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สถานภาพสมรส

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	โสด	3	2.5	2.5	2.5
	คู่	111	92.5	92.5	95.0
	หม้าย/หย่า	6	5.0	5.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

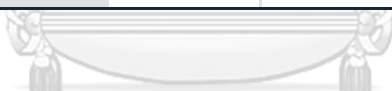
อาชีพ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	41	34.2	34.2	34.2
	รับจ้าง	25	20.8	20.8	52.5
	ทำนา/ทำไร่/ทำสวน	17	14.2	14.2	66.7
	ค้าขาย	21	17.5	17.5	84.2
	ธุรกิจส่วนตัว	16	13.3	13.3	100
	Total	120	100.0	100.0	



ศาสนา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	พุทธ	113	94.2	94.2	94.2
	คริสต์	5	4.2	4.2	98.3
	อิสลาม	2	1.7	1.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	



ระดับการศึกษา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่ได้ศึกษา	5	4.2	4.2	4.2
	ประถมศึกษา	78	65.0	65.0	69.2
	มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	6	5.0	5.0	74.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	15	12.5	12.5	86.7
	ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	2	1.7	1.7	88.3
	ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	14	11.7	11.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

โรคประจำตัว/โรคร่วม

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่มีโรคประจำตัว	16	13.3	13.3	13.3
	มีโรคประจำตัว	104	86.7	86.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

โรคความดันโลหิตสูง

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	45	37.5	37.5	37.5
	yes	75	62.5	62.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

โรคเบาหวาน

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	79	65.8	65.8	65.8
	yes	41	34.2	34.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

ประสบการณ์ในการรักษาด้วยเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ครั้งที่ 1	9	7.5	7.5	7.5
	มากกว่า 1 ครั้ง	111	92.5	92.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

ความเหนียวล้า

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่มีความเหนียวล้า	2	1.7	1.7	1.7
	มีความเหนียวล้าเล็กน้อย	41	34.2	34.2	35.8
	มีความเหนียวล้าปานกลาง	55	45.8	45.8	81.7
	มีความเหนียวล้ามาก	22	18.3	18.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

ความปวด

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่มีความปวด	15	12.5	12.5	12.5
	มีความปวดน้อย	65	54.2	54.2	66.7
	มีความปวดปานกลาง	34	28.3	28.3	95.0
	มีความปวดมาก	4	3.3	3.3	98.3
	มีระดับความปวดมากที่สุด	2	1.7	1.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

ภาวะเครียด

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่มีภาวะเครียด	20	16.7	16.7	16.7
	มีภาวะเครียดระดับต่ำ	82	68.3	68.3	85.0
	มีภาวะเครียดระดับปานกลาง	18	15.0	15.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

อาการนอนไม่หลับ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย	47	39.2	39.2	39.2
อยู่ในระยะเริ่มของอาการนอนไม่หลับ	57	47.5	47.5	86.7
มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	15	12.5	12.5	99.2
มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	1	.8	.8	100.0
Total	120	100.0	100.0	

คุณภาพชีวิตโดยรวม

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง	40	33.3	33.3	33.3
มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง	80	66.7	66.7	100.0
Total	120	100.0	100.0	

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid คุณภาพชีวิตระดับต่ำ	5	4.2	4.2	4.2
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	43	35.8	35.8	40.0
คุณภาพชีวิตระดับสูง	72	60.0	60.0	100.0
Total	120	100.0	100.0	

คุณภาพชีวิตด้านสังคม

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid คุณภาพชีวิตระดับต่ำ	1	.8	.8	.8
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	94	78.3	78.3	79.2
คุณภาพชีวิตระดับสูง	25	20.8	20.8	100.0
Total	120	100.0	100.0	

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid คุณภาพชีวิตระดับต่ำ	2	1.7	1.7	1.7
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	27	22.5	22.5	24.2
คุณภาพชีวิตระดับสูง	91	75.8	75.8	100.0
Total	120	100.0	100.0	

คุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรม

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ	6	5.0	5.0	5.0
มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง	107	89.2	89.2	94.2
มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง	7	5.8	5.8	100.0
Total	120	100.0	100.0	

คุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ (อาการเฉพาะโรคมะเร็งตับ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง	31	25.8	25.8	25.8
มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง	89	74.2	74.2	100.0
Total	120	100.0	100.0	

Correlations

		ความ เหนื่อยล้า	ความปวด	ภาวะ เครียด	อาการนอน ไม่หลับ	คุณภาพ ชีวิตโดยรวม
ความเหนื่อยล้า	Pearson Correlation	1	.509**	.344**	.484**	-.444**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	N	120	120	120	120	120
ความปวด	Pearson Correlation	.509**	1	.195*	.463**	-.540**
	Sig. (2-tailed)	.000		.032	.000	.000
	N	120	120	120	120	120
ภาวะเครียด	Pearson Correlation	.344**	.195*	1	.349**	-.466**
	Sig. (2-tailed)	.000	.032		.000	.000
	N	120	120	120	120	120
อาการนอนไม่หลับ	Pearson Correlation	.484**	.463**	.349**	1	-.579**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	120	120	120	120	120
คุณภาพชีวิต โดยรวม	Pearson Correlation	-.444**	-.540**	-.466**	-.579**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	120	120	120	120	120

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ตารางแสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.962	.961	12

แบบประเมินภาวะเครียด

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.768	.769	10

แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.952	.952	7

แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.886	.883	45

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวณัฐกานต์ หงส์มาลัย
วัน เดือน ปี เกิด	3 มีนาคม 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ที่อยู่ปัจจุบัน	1873 ถนนพระราม4 ปทุมวัน กทม 10330



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY