ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลช่องปาก สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแล และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด[1]

ดารารัตน์ สายธารพระพร พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ)[2,6,7]
สุปรีดา มั่นคง Ph.D. (Gerontological Nursing)[3]
นุชนาฏ สุทธิ ปร.ด. (การพยาบาล)[4]
ศิราณี เก็จกรแก้ว ปร.ด. (การพยาบาล)[5]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขณะได้รับเคมีบำบัด มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากต้องเผชิญกับทั้งภาวะโรคที่ซับซ้อน การรักษาที่ต่อเนื่องบ่อยครั้ง เผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษา และกระบวนการสูงวัย ส่งผลต่อความต้องการของพลังงานเพิ่มขึ้น การมีภาวะโภชนาการที่ดีส่งผลดีต่อการฟื้นหายในช่วงได้รับการรักษา ช่วยให้การรักษาเป็นไปตามที่คาดหวัง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลช่องปากมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ โดยมีบทบาทในการบรรเทาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อีกทั้งยังช่วยลดอุปสรรคของการรับประทานอาหาร ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และการสนับสนุนการดูแลจากญาติผู้ดูแล ทั้งในโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลช่องปาก สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแล และภาวะโภชนาการผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

การออกแบบการวิจัย การศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยกรอบแนวคิดการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 110 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 110 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้

---

[1]วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
[2]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
[3]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th
[4]อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
[5]รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
[6]ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
[7]นำเสนอผลงานปากเปล่า ณ การประชุม 20th Ramathibodi Surgical Forum ระหว่างวันที่ 14-15 พฤศจิกายน 2567 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v40i02.271825

ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Mini–Cog) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .810 และแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .723 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำมาวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลช่องปาก ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Item- level CVI: I-CVI) เท่ากับ .920 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .890 และแบบประเมินภาวะโภชนาการได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .723 2) แบบสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .890 และ 3) แบบประเมินเยื่อบุช่องปากอักเสบขององค์การอนามัยโลก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .706 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.43 ปี (SD = 5.67) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.45) กว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.55) และเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (ร้อยละ 57.27) ประมาณ 1 ใน 3 มีภาวะทุพโภชนาการ (ร้อยละ 33.64) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลช่องปากอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 86.36) พบความรุนแรงของเยื่อบุช่องปากอักเสบรุนแรงสูงสุดระดับ 2 สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลด้านความรักมากที่สุด พฤติกรรมการดูแลช่องปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .240$, $p < .05$) สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่รอบที่ 6 ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .443$, $p < .001$) แต่พฤติกรรมการดูแลช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ

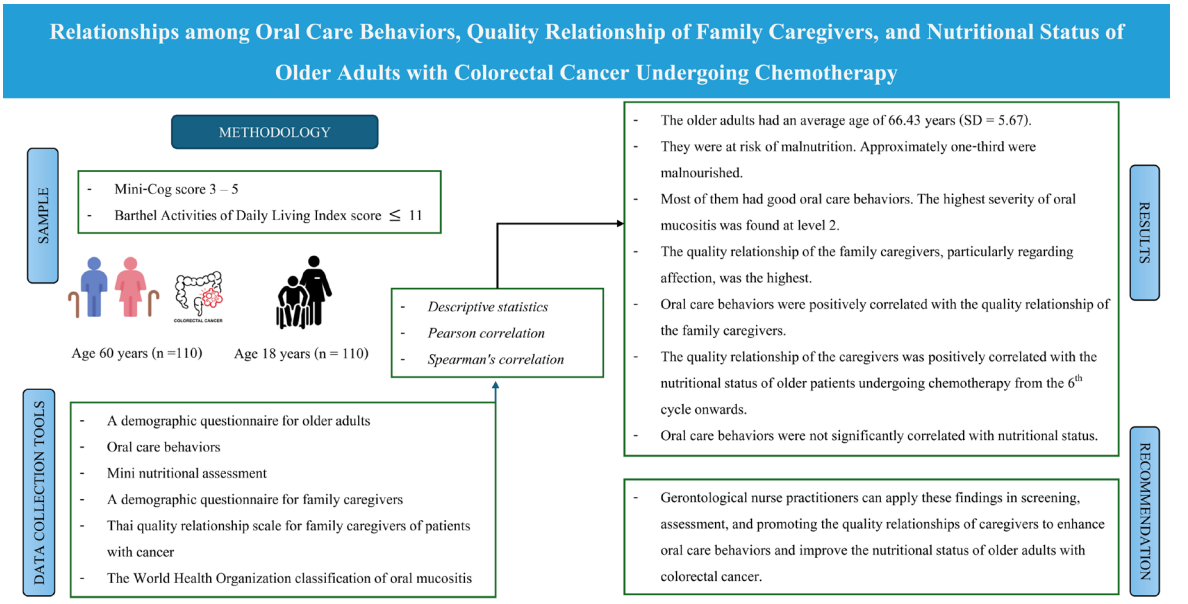
ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการคัดกรอง ประเมิน ส่งเสริมสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลช่องปาก และภาวะโภชนาการที่ดีของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

คำสำคัญ พฤติกรรมการดูแลช่องปาก สัมพันธภาพที่มีคุณภาพ ญาติผู้ดูแล ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด

วันที่ได้รับ 23 ต.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 มี.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 18 มี.ค. 68

Relationships among Oral Care Behaviors, Quality Relationship of Family Caregivers, and Nutritional Status of Older Adults with Colorectal Cancer Undergoing Chemotherapy[1]

Dararat Saitharnpraporn, M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner)[2]
Supreeda Monkong, Ph.D. (Gerontological Nursing)[3]
Nuchanad Sutti, Ph.D. (Nursing)[4]
Siranee Kejkornkaew, Ph.D. (Nursing)[5]



Extended Abstract

Introduction Older adults with colorectal cancer undergoing chemotherapy are at risk of malnutrition due to a combination of complex disease conditions, frequent and ongoing treatments, side effects of treatment, and the aging process, which collectively increase energy requirements. Maintaining good nutritional status plays a crucial role in enhancing recovery during treatment, ensuring treatment proceeds as planned, and reducing the incidence of severe complications. Additionally, oral care behavior is associated with the nutritional status of older adults, contributing to the alleviation and prevention

[1]*Thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*
[2]*Student, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*
[3]*Corresponding Author: Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; E-mail: supreeda.mon@mahidol.ac.th*
[4]*Instructor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand*
[5]*Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok,*

of severe complications, as well as reducing barriers to food consumption. This positively affects overall quality of life. Furthermore, support and care from family caregivers, both in hospital settings and continuing care at home, are of paramount importance.

Objectives This study aimed to 1) describe the nutritional status of older adults with colorectal cancer undergoing chemotherapy, and 2) examine the relationship between oral care behaviors, the quality relationship of family caregivers, and the nutritional status of older adults with colorectal cancer undergoing chemotherapy.

Design This study employed a descriptive correlational design, utilizing literature reviews of factors associated with the nutritional status of older adults with colorectal cancer undergoing chemotherapy.

Methodology The sample consisted of 110 older adults aged 60 years and over and 110 family caregivers who met the inclusion criteria. The research instruments included screening tools, which were the Mini-Cog, with a Cronbach's alpha coefficient of .810, and the Barthel Activities of Daily Living Index, with a Cronbach's alpha coefficient of .723. The researchers conducted content validation test through expert review by three specialists and then analyzed reliability coefficients to ensure the quality of the instruments. Data were collected through structured interviews using 1) a demographic questionnaire for older adults, an oral care behaviors questionnaire yielded an Item-level content validity index (I-CVI) of .920 and Cronbach's alpha coefficient of .890, and a mini nutritional assessment, a Cronbach's alpha coefficient of .723; 2) a demographic questionnaire for family caregivers and the Thai quality relationship scale for family caregivers of patients with cancer, a Cronbach's alpha coefficient of .890; and 3) The World Health Organization classification of oral mucositis, a Cronbach's alpha coefficient of .706. Data were collected through structured interviews. Data were then analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, and Spearman's correlation.

Results The sample had an average age of 66.43 years (SD = 5.67). The majority were married (75.45%), more than half were male (54.55%), and were at risk of malnutrition (57.27%). Approximately one-third were malnourished (33.64%). Most had good oral care behaviors (86.36%). The highest severity of oral mucositis was found at level 2. The quality relationship of the family caregivers, particularly in terms of affection, was the highest. Oral care behaviors were positively correlated with the quality relationship of the family caregivers ($r = .240$, $p < .05$). The quality relationship of the caregivers was positively correlated with the nutritional status of older patients undergoing chemotherapy from the 6th cycle onwards ($r = .443$, $p < .001$). However, oral care behaviors was not significantly correlated with nutritional status.

Recommendation The results of this study provide basic health information and are beneficial for older patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy. Gerontological nurse practitioners can apply these findings in screening, assessment, and promoting the quality relationships of family caregivers to enhance oral care behaviors and improve the nutritional status of older adults with colorectal cancer undergoing chemotherapy.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(2) 210-228

Keywords oral care behaviors/ quality relationship/ family caregivers/ nutritional status / older adults/ colorectal cancer/ chemotherapy

Received 23 October 2024, Revised 16 March 2025, Accepted 18 March 2025

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบ 1 ใน 3 อันดับแรกของผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์เกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 1.09 ล้านราย สัดส่วนสูงขึ้น 2-3 เท่า[1] ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย รวมถึงการได้รับการรักษาที่ตรงแผนการรักษา และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งวัยผู้สูงอายุพบสูงขึ้น สัมพันธ์กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่เซลล์มีการเสื่อมถอยมากกว่าการสร้างใหม่ โรคมะเร็งมีกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นเรื้อรังร่วมกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น[2] โดยสามอันดับแรกของมะเร็งที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ และมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามลำดับ[3] **ความสำคัญของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก** ในผู้สูงอายุประกอบด้วย ด้านร่างกาย มีความเกี่ยวข้องกับระบบย่อยอาหารโดยตรง ผลจากการอุดตันของก้อนเนื้อผู้ป่วยมักจะมีอาการและอาการแสดง ท้องอืด แน่นท้อง เกิดความปวด เหนื่อยล้า น้ำหนักลด แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไป[1, 3] ในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร อาจแสดงอาการไม่ชัดเจน ทำให้ตรวจพบโรคในระยะที่เกิดการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น นับว่าเป็นความท้าทายของการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สัมพันธ์กับกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น การมีภาวะโภชนาการที่ดี เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเผชิญกับโรค และการรักษาได้[4] ลดการเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาและฟื้นฟูร่างกายตลอดช่วงที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งของเครือข่ายมะเร็งครบวงจรแห่งชาติปี 2021 (National Comprehensive Cancer Network) กำหนดให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะ 3 (stage III) รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก และเสริมการรักษาด้วยเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy) เป็นเวลา 6 เดือนหลังผ่าตัด แม้ว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นหนึ่งในการรักษานั้นมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักช่วยให้มีอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้น[5] แต่ผู้ป่วยมักประสบปัญหาและอุปสรรคของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ ปากแห้ง การรับรสชาติและกลิ่นที่เปลี่ยนแปลง เยื่อบุในช่องปากอักเสบ (oral mucositis) น้ำลายแห้ง (xerostomia) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) เกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia)[5] ขนาดของลำไส้ใหญ่และทวารหนักลดลงทำให้การทำงานบางส่วนนั้นหายไป ผู้ป่วยจึงได้รับสารอาหารลดลง เกิดภาวะโภชนาการที่เปลี่ยนแปลงและนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ[4] ดังนั้นภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขณะได้รับเคมีบำบัดจึงมีความสำคัญ ต่อการฟื้นหายในช่วงได้รับการรักษา ช่วยให้การรักษาเป็นไปตามที่คาดหวัง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ป้องกันการติดเชื้อรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักใหญ่และทวารหนักประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านสังคม ซึ่ง *ปัจจัยส่วนบุคคล*เกิดจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เกี่ยวข้องกับการเป็นระบบการย่อยอาหาร ร่างกายถูกกระตุ้นให้กระบวนการเผาผลาญพลังงานเพิ่มสูงขึ้น ร่างกายเกิดกระบวนการตอบสนอง

โปรตีนฉับพลัน โดยกระตุ้น Cytokines เช่น interleukin-1 (IL-1), IL-6 and tumor necrosis factor (TNF) ให้สลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อและไขมัน ใช้พลังงานขณะพักมากขึ้น ความสามารถในการบริโภคอาหารลดลง ร่วมกับผู้สูงอายุมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ทำให้ความต้องการของพลังงานที่เพิ่มมากขึ้นขณะเจ็บป่วย[6] *ปัจจัยด้านการรักษา* มีความสอดคล้องกับผลกระทบที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดผลกระทบส่วนใหญ่พบว่าระบบทางเดินอาหารมักถูกทำลายจากฤทธิ์ของยา เช่น ปากแห้ง น้ำลายแห้ง เยื่อบุช่องปากอักเสบ อุจจาระร่วงซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้จากการทำลายเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดเกิดการอักเสบของช่องปากร้อยละ 20-50 ซึ่งระยะเวลาการเกิดสามารถเกิดขึ้นได้ในวันที่เริ่มการรักษา[7] ทั้งนี้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการรักษามากกว่าวัยอื่น[8] *ปัจจัยด้านสังคม* เป็นการสนับสนุนผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งที่มีระดับการพึ่งพาปานกลางขึ้นไป (ADL 0-11 คะแนน) มีขีดจำกัดในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากญาติผู้ดูแล ในเรื่องการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ให้ข้อมูล กำลังใจ ทั้งนี้ผู้สูงอายุบางรายมีภาวะโภชนาการที่ไม่เพียงพอ จึงต้องอาศัยญาติผู้ดูแลในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมต่อโรค เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวระหว่างที่ได้รับการรักษา ซึ่งเป็นระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน[9] และอาจเกิดปัญหาภาวะโภชนาการได้ซ้ำ ๆ

พฤติกรรมการดูแลช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เป็นการช่วยบรรเทา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง[7] ที่ก่อเกิดอุปสรรคของการรับประทานอาหาร ได้รับพลังงานไม่เพียงพอ ซึ่งอาจนำไปสู่การพร่องโภชนาการ ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอและรับประทานอาหารที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามแม้จะมีแนวทางการดูแลช่องปากที่ชัดเจน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักมีอาการข้างเคียงจากการรักษาเกิดขึ้นที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากระยะเวลาการนอนรักษาและให้เคมีบำบัดในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่สั้น ดังนั้น จึงต้องการการดูแลต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลโดยตรงหรือกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยย่อมมีความต้องการการดูแลทางร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ คือ มีความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ จากการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ญาติผู้ดูแลจึงมีส่วนสนับสนุนอย่างมาก ทั้งด้านอารมณ์และการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นที่ต้องมีทักษะการดูแลที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก[10] ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ภาวะโภชนามีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย เตรียมพร้อมสำหรับการเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่อง สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลของผู้ป่วย หากญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีย่อมมีคุณภาพการดูแลที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย[11] ขณะเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด การดูแลผู้ป่วยไม่เพียงแต่เกิดขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ยังรวมถึงการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่สามารถเกิดขึ้นระหว่างการรักษา หลังการรักษาระยะประคับประคอง จนกระทั่งระยะท้ายของชีวิต[12]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผลข้างเคียงของการรักษาหลากหลายวิธีกับภาวะโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการและการสนับสนุนของครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แต่มิได้มุ่งเน้นศึกษาเรื่องสัมพันธภาพของญาติผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความถี่การเข้าออกโรงพยาบาลที่สูงในช่วงระหว่างการได้รับการรักษา ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลที่สูงเช่นกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลช่องปาก สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางการประเมินคัดกรอง ป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลช่องปาก สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแล และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลช่องปาก สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแล และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กันทางบวก

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด กรอบแนวคิดของการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลช่องปาก สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแล (Figure 1) ภาวะโภชนาการที่ดีระหว่างการรักษาก่อเกิดความสมดุลของร่างกาย เสริมสร้างความแข็งแรงร่างกาย เกิดการฟื้นหาย นำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี

ภาวะโภชนาการระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านสังคม

การดูแลช่องปากเป็นวิธีป้องกัน การเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบจากผลข้างเคียงของการรักษาอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่วันแรกของการได้รับเคมีบำบัดไปจนกระทั่งผู้สูงอายุกลับไปพักรักษาที่บ้าน พฤติกรรมการดูแลช่องปากเป็นสุขวิทยาที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ช่วยป้องกันการเกิดความรุนแรงจากภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ กระตุ้นความอยากอาหาร การบดเคี้ยว สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น[13]

สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะการดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะได้รับการรักษา โดยองค์ประกอบของสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย ความรู้สึกรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และความเอื้ออาทร[13] ช่วยให้

ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม และเพียงพอต่อการฟื้นหาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการรักษา ลักษณะของสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นก่อนเจ็บป่วย หรือสามารถเกิดขึ้นตลอดช่วงการรักษา แสดงออกมาเป็นรูปธรรมของการดูแลด้วยความใส่ใจ สนับสนุนเรื่องของการจัดหาอาหารที่เหมาะสม และเพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

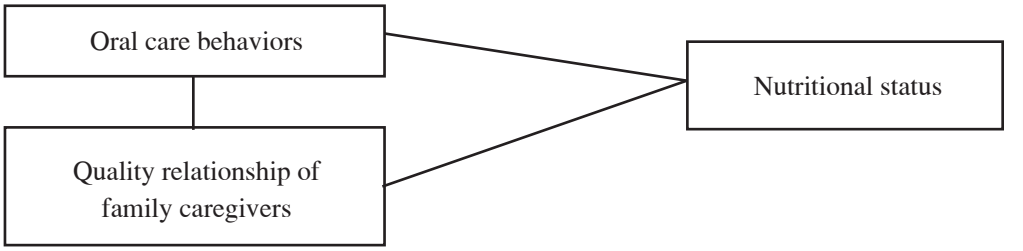


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และญาติผู้ดูแล ที่มารักษา ณ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิในเขต กรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และญาติผู้ดูแล ระยะเวลาเก็บข้อมูล 1 ปี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

การคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้าของผู้ร่วมวิจัย (inclusion criteria) 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาการรู้คิด (คัดกรองโดย mini-cog ฉบับภาษาไทย ได้คะแนน 3-5 คะแนน) และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้ที่มีระดับการพึ่งพา โดยใช้เกณฑ์ Barthel ADL 0-11 คะแนน 4) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะของโรค 3, 4 ที่ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก 1 เดือนขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร FOLFOX อย่างน้อย 2 cycle 5) มีญาติผู้ดูแลหลัก และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดเข้าของของญาติผู้ดูแล 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ให้การดูแลหลัก มีความสัมพันธ์เป็นญาติสายตรง หรือเครือญาติ ให้การดูแลต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือน และให้การดูแลกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 3 กิจกรรม และ 3) สามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.7[14] จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลช่องปากและภาวะโภชนาการ อ้างอิงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยที่ผ่านมาในช่วง .241 - .375[15, 16] ได้ค่าอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ 0.287 (medium effect size) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญ (alpha)

เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณมีจำนวน 93 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายขณะทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างได้เป็นจำนวน 110 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงประกอบด้วยจำนวนผู้สูงอายุ 110 คน และญาติผู้ดูแลจำนวน 110 คน

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Mini-Cog) พัฒนาโดยบอสตันและคณะ[17] แปลภาษาไทยโดยสุภาพร ตรงสกุล และคณะ[18] Mini-Cog ข้อคำถามประกอบด้วย การทดสอบด้านความจำ 3 สิ่ง และวาดหน้าปัดบอกเวลา 11 โมง 10 นาที เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกต้องได้ข้อละ 1 คะแนน ซึ่งคะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) พัฒนาโดย มาโฮนี และบาร์เธล[19] และได้รับการแปลฉบับภาษาไทยต่อมามีการปรับปรุงและพัฒนาแปลเป็นภาษาไทย โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ[20] คะแนนเต็มทั้งหมด 20 คะแนน การแปลผลคะแนนมากหมายถึง มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องมีคะแนน 0-11 คะแนน หมายถึง มีระดับการพึ่งพาปานกลางจนถึงพึ่งพาสมบูรณ์

2. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มสุรา สุขภาพฟัน การดูแลช่องปาก และข้อมูลสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค โรคประจำตัว ยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของกาญจนา สาใจ[21] และนำเครื่องมือมาปรับตามบริบทของการศึกษา แบบประเมินประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ ด้านการประเมินช่องปาก ด้านการเลือกใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่เหมาะสม ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มจำนวน 23 ข้อ (เพิ่มเติมอีก 1 ข้อที่สอบถามการปฏิบัติตัวเรื่องการงดรับประทานอาหารที่มีอุณหภูมิเย็น) เกณฑ์การให้คะแนนจากคำตอบดังนี้ 1 คะแนน คือ ไม่เคยปฏิบัติ 4 คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ / ทุกครั้ง การแปลผลคะแนนคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด ค่าคะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 23-92 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment: MNA®) พัฒนาโดยศูนย์วิจัยเนสท์เล่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และแปลเป็นภาษาไทย[22,23] แบบประเมินภาวะโภชนาการประกอบด้วย การรับประทานอาหาร น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหว ความเครียด ระบบประสาท และดัชนีมวลกาย ความสามารถช่วยเหลือตนเอง การรับประทานยา แผลกดทับ การรับประทานอาหารโปรตีน กากใย ปริมาณน้ำดื่ม ความสามารถช่วยเหลือตนเอง การประเมินโภชนาการตนเอง การประเมินสุขภาพตนเอง เส้นรอบวงแขน และเส้นรอบวงน่อง ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ คะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน แปลผลโดยคะแนนรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ น้อยกว่า 17 คะแนน หมายถึง มีภาวะทุพโภชนาการ 17 - 23.5

คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ มากกว่า 23.5 คะแนน หมายถึง มีภาวะโภชนาการปกติ

3. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุของญาติผู้ดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแลต่อวัน และกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง (Thai Quality Relationship Scale for Family Caregivers of People with Cancers: TQRS-FC) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของศิราณี เก็จกรแก้ว และคณะ (2565)[12] แบบประเมินประกอบด้วย 4 ด้านคือ ความรัก ความห่วงใยเกี่ยวกับโรคและการรักษา ความสงสารในความทรมานจากโรค และความห่วงใยในความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ คะแนนสูงสุด 72 คะแนน แบบสอบถามมีระดับมาตราวัด 5 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-4 คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่เลย 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด การแปลความหมาย คะแนนสูง คือ สัมพันธภาพที่มีคุณภาพสูง

4. แบบประเมินสุขภาพช่องปาก ประเมินโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินเยื่อบุช่องปากอักเสบตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO Classification of oral mucositis) ได้รับการแปลฉบับภาษาไทยโดย ทานตะวัน เนตรทอง และคณะ (2549)[24] บันทึกการอักเสบของช่องปากประเมิน 5 บริเวณ ได้แก่ ริมฝีปาก เพดานอ่อน พื้นปาก ลิ้น และกระพุ้งแก้ม ตรวจประเมินโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจบันทึก แบ่งระดับความรุนแรงทางคลินิกของภาวะเชื่อบุช่องปากอักเสบ 5 ระดับ ระดับ 0 หมายถึง เยื่อบุช่องปากปกติ ไม่มีแผล ระดับ 1 หมายถึง เยื่อบุช่องปากมีรอยแดงหรือมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย ระดับ 2 หมายถึง เยื่อบุช่องปากมีรอยแดง มีแผลและสามารถกลืนอาหารปกติได้ ระดับ 3 หมายถึง เยื่อบุช่องปากมีรอยแผลแดง ไม่สามารถกลืนอาหารได้ ระดับ 4 หมายถึง เยื่อบุช่องปากอักเสบรุนแรงจนไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยางหรือทางหลอดเลือดดำทดแทน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินทั้งหมดได้รับการอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำมาวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างจำนวน 10 ราย และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ 1) แบบประเมินสมรรถภาพสมองเท่ากับ .810 2) แบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล เท่ากับ .723 3) แบบประเมินภาวะโภชนาการเท่ากับ .723 4) แบบประเมินสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเท่ากับ .890 5) แบบประเมินเยื่อบุช่องปากอักเสบตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก เท่ากับ .706 และ 6) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลช่องปากในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Item- level CVI: I-CVI) เท่ากับ .920 ได้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .890

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน **ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล** เลขที่ COA. MURA2023/297 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 028/2566 โดยผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและแจ้งว่าเมื่อเข้าร่วมแล้ว ผู้ร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยตลอดทุกช่วงเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง กรณีพบความผิดปกติจากการคัดกรองและรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการช่วยเหลือ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมใช้เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคนแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกที่เก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ในวันราชการที่โรงพยาบาลรามาธิบดี วัน จันทร์ อังคาร และวันศุกร์ เวลา 7.00-15.00 น. ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ วันพุธ และพฤหัสบดี เวลา 8.00-16.00 น. เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567

3) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง คัดกรองสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุ (Mini-Cog) และแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า เมื่อผู้ร่วมวิจัยผ่านเกณฑ์การคัดกรอง จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

4) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และข้อมูลสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลช่องปาก แบบประเมินภาวะโภชนาการ (MNA®) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5) ผู้วิจัยประเมินสุขภาพช่องปากของผู้ร่วมวิจัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

6) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย (TQRS-FC) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที เนื่องจากแบบสอบถาม มีข้อคำถามที่อ่อนไหวต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงจัดสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลแยกจากผู้สูงอายุ อยู่ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ปลอดภัย ให้ผู้ดูแล มีความวางใจ ในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วจึงนำข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลช่องปาก สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของผู้ดูแล และวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics version 18 วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผู้ดูแล ข้อมูลสุขภาพ โดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแล และภาวะโภชนาการมีการแจกแจงปกติ ส่วนพฤติกรรมการดูแลช่องปากไม่มีการแจกแจงปกติ ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพที่มี

คุณภาพของญาติผู้ดูแลและภาวะโภชนาการ ด้วยสถิติด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลช่องปากและภาวะโภชนาการ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียรแมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด มีอายุระหว่าง 60-85 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.43 ปี (SD = 5.67) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.55) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.45) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 30.91) มีรายได้เฉลี่ยสูงสุดมากกว่า 20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 52.73) มีประวัติไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 60.91) ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 60.00 มีฟันผุ (ร้อยละ 43.64) ใช้ฟันปลอม (ร้อยละ37.27) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลช่องปากเอง (ร้อยละ 82.73)

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 60.00) และโรคมะเร็งทวารหนัก (ร้อยละ 40.00) มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือดสูง โรคเบาหวาน (ร้อยละ 39.09, 26.36, 20.00 ตามลำดับ) ใช้ยาหรืออาหารเสริมทางการแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 69.09) ได้รับการผ่าตัด 3 ลำดับแรก Colostomy, Colectomy, Abdominoperineal resection (ร้อยละ 41.82, 31.82 และ 9.09 ตามลำดับ) อยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัดตามรอบการรักษาที่ 3-12 ครั้ง เฉลี่ยรอบเคมี 6.55 รอบ (S.D.= 3.37) (Table 1)

Table 1 Description of the sample classified by clinical data of older adults (n = 110)

Clinical data	n	%
Surgery		
Colostomy	46	41.82
Colectomy	35	31.82
Abdominoperineal resection	10	9.09
Low anterior resection	8	7.27
Sigmoidectomy	7	6.36
Hyperthermic Intra Peritoneal Chemotherapy (HIPEC)	4	3.64

ผลเลือดทางห้องปฏิบัติการจำนวนของเม็ดเลือดขาวเฉลี่ย 6,515.82 cells/mm^3 (S.D. = 2,236.56) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปริมาณของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรพิเนีย (absolute neutrophil count; ANC) ต่ำสุด 1,500 สูงสุด 12,490 cells/mm^3 เฉลี่ย 4,098.55 cells/mm^3 (S.D. = 2065.47) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) อายุระหว่าง 22 - 75 ปี อายุเฉลี่ย 50.80 ปี (S.D. = 13.98) เป็นวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 67.27) และวัยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 32.73) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 73.63) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 62.73) มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 41.82) รองลงมามีความเกี่ยวข้องเป็นสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 38.18) ระยะเวลาดูแลอยู่ระหว่าง 3-36 เดือน ยาวนานสูงสุดมากกว่า 12 เดือน (ร้อยละ27.27) เฉลี่ย 11.07 เดือน (S.D. = 6.96) จำนวนชั่วโมงสูงสุดในการดูแล 7-12 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 48.18) เฉลี่ย 12.64 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 6.99) กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด 3 ลำดับได้แก่ เตรียมสำรับอาหาร ช่วยเหลือการขึ้นลงบันได 1 ชั้น และการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (ร้อยละ 87.27, 77.27 และ 60.91 ตามลำดับ) (Table 2)

Table 2 Description of the sample classified by the demographic data of family caregivers (n = 110)

Demographic data	n	%
Duration of care (month) (Min -Max = 3 - 36, Mean = 11.10, SD = 6.96)		
3-6	39	35.45
7-12	41	37.28
>12	30	27.27
Hours of care per day (hours) (Min -Max = 2 -24, Mean = 12.64, SD = 6.99)		
2-6	24	22.73
7-12	54	48.18
13-24	32	29.09

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของภาวะโภชนาการ 3 ระดับ พบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (ร้อยละ 57.27) มีภาวะทุพโภชนาการ (ร้อยละ 33.64) และมีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 9.09) ตามลำดับ (Table 3)

Table 3 Nutritional status of older adults (N = 110)

Nutritional status	n	%
Nutritional status (Min-Max= 5-27, Mean 18.49, SD = 4.35)		
At risk of malnutrition	63	57.27
Malnutrition	37	33.64
Normal nutritional status	10	9.09

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 86.36) มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปากระดับดี และมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.64) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีเยื่อบุช่องปากอยู่ในระดับปกติ คือไม่มีแผล (ร้อยละ 71.82) มีความรุนแรงระดับ 1 คือ เยื่อบุช่องปากมีรอยแดงหรือมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย (ร้อยละ 24.54) และมีเยื่อบุช่องปากอักเสบความรุนแรง ระดับ 2 คือ เยื่อบุช่องปากมีรอยแดง มีแผลแต่สามารถกลืนอาหารปกติได้ (ร้อยละ 3.64)

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่มีคุณภาพตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลมีคะแนนรวมสูงสุด 72 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 54.70 คะแนน (S.D. = 10.22) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ด้านความรู้สึกรัก ด้านความรู้สึกสงสารในความทรมานจากโรค ด้านความรู้สึกห่วงใยเกี่ยวกับโรคและการรักษา และด้านความรู้สึกห่วงใยในความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่ของผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ 6 รอบขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .443, p < .001$) สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .240, p < .05$) ส่วนพฤติกรรมการดูแลช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .01, p > .05$) (Table 4)

Table 4 Relationships between oral care behaviors, quality relationship of family caregivers, and nutritional status of the sample (n = 110)

Variables	1	2	3
1. Oral care behaviors	1		
2. Quality relationship of family caregivers	.240*	1	
3. Nutritional status	.010^{ns}	.443**	1

*p-value < .05, ** p-value < .001, ns = not significant

การอภิปรายผล

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รองลงมามีภาวะทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการปกติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตนเองได้มีความสามารถในการรับประทานอาหารได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ภาวะโภชนาการที่ดีสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้านกิจวัตรประจำวันที่ดี[25] เมื่อพิจารณาตามลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างได้รับเคมีบำบัดมากกว่า 2 รอบยา ได้รับผลกระทบจากอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารคือเยื่อบุช่องปากอักเสบพบมีความรุนแรงระดับ 2 ผู้ป่วยมีแผลในช่องปากยังสามารถกลืนอาหารได้แตกต่างกับการศึกษาของโอคุดะ และคณะ พบว่าผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริมมีความรุนแรงเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับ 3 รุนแรงจนไม่สามารถกลืนอาหารได้[26] เมื่อเกิดแผลในช่องปากย่อมเพิ่มอุปสรรคการรับประทานเป็นไปอย่างยากลำบาก

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลช่องปากส่วนใหญ่อยู่ระดับดี พบเยื่อบุช่องปากอักเสบระดับความรุนแรงสูงสุดระดับ 2 เยื่อบุช่องปากมีรอยแดงมีแผลแต่ยังคงกลืนอาหารได้ปกติ กลุ่มตัวอย่างมีฟันผุและใช้ฟันปลอม ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนเริ่มเคมีบำบัด และมีการทบทวนการดูแลตนเองจากบุคลากรด้านการแพทย์ ส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้มีความรู้ ประสบการณ์การดูแลช่องปากของแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลตนเองเพิ่มเติมทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่าอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบจะพบชัดเจนในวันที่ 5 ถึง 10 วันหลังได้เคมีบำบัด[5] ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน พฤติกรรมการดูแลช่องปากที่ดีมีการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลคอยกระตุ้นเตือนให้ดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล กระบวนการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบเริ่มต้นเมื่อได้รับเคมีบำบัด ทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อเกิดการปล่อยออกซิเจน (reactive oxygen species: ROS) DNA เกิดความเสียหายนำไปสู่การตายของเซลล์นำไปสู่กระบวนการอะพอพโทซิส (apoptosis) กระตุ้น p53 เพิ่ม caspase 3 ปล่อยโมเลกุลที่เกี่ยวกับความเสียหาย และเกิดร่วมกับปัจจัยการอักเสบของก้อนมะเร็งเช่น TNF-α, interleukin-6, interleukin-1β ส่งสัญญาณจากตัวรับสัญญาณบนพื้นผิวเซลล์ควบคุมไซโตไคน์ เกิดการอักเสบบริเวณเยื่อเมือกพัฒนาเป็นเยื่อบุช่องปากอักเสบ[13,27] นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลช่องปากมีความแตกต่างกันหลายปัจจัย เช่น ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันความทุกข์ทรมานจาก

อาการเจ็บช่องปากรบกวนการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดูแลช่องปากแม้เป็นสุขวิทยาส่วนบุคคล แต่เมื่อได้รับการสนับสนุนที่ดีจากญาติผู้ดูแลจึงส่งผลให้การเกิดเยื่อบุช่องปากในระดับรุนแรงน้อยจึงไม่ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึก จิตใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นบุตร ระยะเวลาดูแลสูงสุด 7–12 ชั่วโมงต่อวัน ระยะเวลาดูแลมากกว่า 3 เดือน สะท้อนถึงภาระการดูแลที่มาก กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดคือ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน[28] ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลใช้เวลาร่วมกันโดยเฉลี่ยหลายชั่วโมงต่อวันส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลในทิศทางที่ดี จากการที่ญาติผู้ดูแลมีประสบการณ์ด้านการดูแล ส่งผลต่อความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่เพิ่มมากขึ้น และมีผลลัพธ์คุณภาพของการดูแลที่ดี[10, 28] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีความสัมพันธ์ที่ดี สามัคคี มีความยืดหยุ่นของครอบครัว ญาติผู้ดูแลมีความเอื้ออาทร สนับสนุนให้เกิดการดูแลที่ดี และสามารถรับมือกับวิกฤตของโรคมะเร็งได้[29] สอดคล้องกับสัมพันธภาพที่มีคุณภาพที่สูงแสดงถึงคุณภาพการดูแลจากญาติผู้ดูแล

ด้านความรู้สึกรัก เป็นความรู้สึกพื้นฐานที่ญาติผู้ดูแลมีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือ การให้การดูแลใส่ใจผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลมีความรักและเต็มใจเอาใจใส่ในการดูแล เสริมสร้างการตอบแทนซึ่งกันและกัน มุ่งมั่นเอาใจใส่และกตัญญูช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางจิตใจ ผ่านช่วงเวลาที่ทุกข์ยากลำบากของชีวิตได้[12] ด้านความรู้สึกสงสารในความทรมานจากโรค จากระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่บ่อยครั้ง มีความถี่ของการรักษา ผู้สูงอายุต้องเผชิญความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย คุกคามถึงการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกสงสารผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสียชีวิตจากการเป็นมะเร็งมาก ด้านความห่วงใยเกี่ยวกับโรคและการรักษา ญาติผู้ดูแลมีความกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด เกิดความรู้สึกกลัว และมักเกิดความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิต อยู่บ่อยครั้ง[28] เกิดความโศกเศร้า กังวลเกี่ยวกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากโรคมะเร็ง กังวลเรื่องของความเครียดจากการเจ็บป่วยเพียงบางครั้ง อธิบายจากการเลือกเข้ารับบริการ เข้ารับการรักษาสถานบริการเป็นโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิ และโรงเรียนแพทย์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในศักยภาพมาตรฐานของการรักษา คาดว่าการเผชิญเกี่ยวกับการรักษาที่ยาวนานมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น ผ่านพ้นช่วงเวลาการรักษาระยะแรกของการรักษา และมีการปรับบทบาทหน้าที่การดูแลทดแทน ด้านความรู้สึกห่วงใยในความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีห่วงใยด้านการทำกิจวัตรประจำวันที่มาก ในเรื่องของความสามารถการเข้าห้องน้ำด้วยตนเองสอดคล้องกับการมีบทบาทช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันที่ให้การดูแลมากที่สุด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลทุกวัน ผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่มีทวารเทียม มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันต้องการการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น[25, 28, 29] คือ การล้างทำความสะอาดถุง และการเปลี่ยนถุงทวารเทียม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เพิ่มมากกว่าโรคมะเร็งระบบอื่น ๆ

สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่ดี ตั้งแต่ช่วงที่ได้รับเคมีบำบัดตั้งแต่ 6 รอบขึ้นไป สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ซึ่งอธิบายได้ว่าสัมพันธ์ภาพที่มีคุณภาพ

ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มกระบวนการรักษาดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน[9] เป็นเดือนหรือนานนับปี ญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุปรับตัวตลอดเวลาที่เผชิญกับการดำเนินของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลง เข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีความซับซ้อนของการดูแล การดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิผล รวมไปถึงการจัดการอาการข้างเคียง ช่วยให้ผู้ป่วยประคับประคองตลอดช่วงของการดำเนินโรคมะเร็ง สัมพันธภาพที่มีคุณภาพที่ดีมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยก็ได้รับการดูแลที่ดีเพิ่มขึ้น[10, 28]

พฤติกรรมการดูแลช่องปากไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลในระยะเวลาในการรักษาต่อครั้งสั้น คือน้อยกว่า 1 สัปดาห์ ได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์ และการกระตุ้นเตือนบ่อยครั้งเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด[13, 21, 27] นอกจากนี้มีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ ปัจจัยด้านพยาธิสภาพของโรคที่มีการอักเสบที่ก้อนมะเร็งปล่อยออกมาเช่น Tumor necrosis factor-alpha (TNF-α), Interleukin-6 (IL-6) และ Interleukin-1 (IL-1) ส่งผลต่อกระบวนการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้น[6] ความเครียด ความปวด ผลข้างเคียงจากการรักษา ล้วนส่งผลต่อการรับประทานอาหารได้น้อยลง มีความต้องการสนับสนุนในการทำกิจวัตรด้านอื่น ๆ เพิ่มขึ้น[28]

อย่างไรก็ตามพบว่าสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการดูแลเรื่องช่องปากนั้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ รู้สึกว่าสุขภาพช่องปากมีความสำคัญพอ ๆ กับสุขภาพโดยรวม[13, 15, 27] มีความเข้าใจ ให้ความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลช่องปากผู้สูงอายุมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ป้องกันการเกิดอักเสบของช่องปากรุนแรง รวมถึงอาการทางคลินิกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นได้ภายในช่องปากขณะที่ได้รับเคมีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่าสุขภาพช่องปากที่แย่ ส่งผลต่อกิจกรรมดูแลที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[10, 29] ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและญาติผู้ดูแลมีความถี่ของการดูแลสูงกว่ากลุ่มมะเร็งระบบอื่น ๆ และต้องการการสนับสนุนทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล[9, 28] จากการเปลี่ยนแปลงของอาการโรคที่ไม่แน่นอน แสดงให้เห็นว่าทั้งกลุ่มอย่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลต่างให้ความสำคัญต่อการดูแลด้านโภชนาการเมื่อเจ็บป่วยด้วยมะเร็งขณะอยู่ระหว่างการรักษาจนกระทั่งหลังการรักษาเสร็จสิ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะลุกลาม อยู่ในระดับ 3-4 ที่ได้รับเคมีบำบัดเพียงสูตรเดียว และพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ณ ช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดที่บ้าน จึงไม่สามารถนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่นได้ การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ระบุเกณฑ์การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้การอภิปรายชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการมากกว่าครึ่งหนึ่งตั้งแต่เริ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด และสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ

ช่วงที่ได้เคมีบำบัด 6 รอบขึ้นไป พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญ และส่งเสริมส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า สัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพที่มีคุณภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อคุณภาพของการดูแลด้านโภชนาการ และลดความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ

2. ควรมีการศึกษาต่อยอดในการนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อภาวะโภชนาการที่ดีของผู้สูงอายุ และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการศึกษา ตลอดทั้งบุลลากรทีมสุขภาพผู้ประสานงานให้การช่วยเหลือสนับสนุนทุกท่าน และขอขอบคุณทุนสนับสนุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

References

1. World Health Organization. Global Cancer Observatory 2020 A.D. [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 3] Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer
2. Berben L, Floris G, Wildiers H, Hatse S. Cancer and aging: two tightly interconnected biological processes. J Cancers 2021;13(6):1400-20. https://doi.org/10.3390/cancers13061400 PMID: 33808654
3. National Cancer Institute, Ministry of Public Health Thailand [Internet]. Bangkok; 2021 [cited 2022 Dec 7].Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/HOSPITAL-BASED_2021.pdf (in Thai)
4. Lewandowska A, Religioni U, Czerw A, Deptała A, Karakiewicz B, Partyka O, et al. Nutritional treatment of patients with colorectal cancer. Int J Environ Res Public Health2022;19(11):6881-93. https://doi.org/10.3390/ijerph19116881 PMID: 35682464
5. Nguyen TQ, Bui TO, Tran PT, Tran VT, Nguyen VH, Chu QH, et al. Modified folfox6 as adjuvant chemotherapy in Vietnamese patients with colorectal cancer. Cancer Control 2019;26(1):2-6. https://doi.org/10.1177/1073274819864111PMID: 31317770
6. Greten FR, Grivennikov SI. Inflammation and cancer: triggers, mechanisms, and consequences. Immunity 2019;51(1):27-41. https://doi.org/10.1016/j.immuni.2019.06.025PMID: 31315034
7. Ghafouri-Fard S, Abak A, Anamag FT, Shoorei H, Fattahi F, Javadinia SA, et al. 5-fluorouracil: a narrative review on the role of regulatory mechanisms in driving resistance to this chemotherapeutic agent. Front Oncol 2021;11:2-21.https://doi.org/10.3389/fonc.2021.658636 PMID: 33954114
8. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cereda E, Cruz-Jentoft A, Goisser S, et al. Management of malnutrition in older patients-current approaches, evidence and open questions. J Clin Med 2019;8(7):974-90. https://doi.org/10.3390/jcm8070974PMID: 31277488
9. Chiorean EG, Nandakumar G, Fadelu T, Temin S, Alarcon-Rozas AE, Bejarano S, et al. Treatment of patients with late-stage colorectal cancer: ASCO resource-stratified guideline. JCO Global Oncol 2020;6:414-38.https://doi.org/10.1200/JGO.19.00367 PMID: 32150483

10. Litzelman K. Caregiver well-being and the quality of cancer care. Semin Oncol Nurs 2019;35(4):348-53. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.06.006 PMID: 31229346
11. Otto AK, Ketcher D, Heyman RE, Vadaparampil ST, Ellington L, Reblin M. Communication between advanced cancer patients and their family caregivers: relationship with caregiver burden and preparedness for caregiving. Health Commun 2021;36(6):714-21. https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1712039 PMID: 31910681
12. Kejkornkaew S, Monkong S, Chiannilkulchai N, Sirapo-ngam Y. Development and psychometric testing of quality relationship scale for family caregivers of people with cancers. PRIJNR 2022;26(2):282-95.
13. Pulito C, Cristaudo A, Porta CL, Zapperi S, Blandino G, Morrone A, et al. Oral mucositis: the hidden side of cancer therapy. J Exp Clin Cancer Res 2020;39(1): 210-15.https://doi.org/10.1186/s13046-020-01715-7 PMID: 33028357
14. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91. https://doi.org/10.3758/bf03193146 PMID: 17695343
15. Lindmark U, Jansson H, Lannering C, Johansson L. Oral health matters for the nutritional status of older persons-A population-based study. J Clin Nurs 2018;27(5-6):1143-52.https://doi.org/10.1111/jocn.14146 PMID: 29076209
16. Poisson P, Laffond T, Campos S, Dupuis V, Bourdel-Marchasson I. Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. Gerodontology 2016;33(2):161-8. https://doi.org/10.1111/ger.12123PMID:24612262
17. Borson S, Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. The Mini-Cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry 2000;15(11):1021-7. https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::aid-gps234>3.0.co;2-6 PMID: 11113982
18. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. Geriatr Gerontol Int 2015;15(5):594-6.https://doi.org/10.1111/ggi.12318 PMID: 25155468
19. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. Md State Med J. 1965;14:61-5. PMID: 14258950
20. Jitapunkul S, Kamolratanak, P., Ebrahim, S. The meaning of activities of daily living in Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing 1994; 23(2):97-1.https://doi.org/10.1093/ageing/23.2.97 PMID: 8023736
21. Sajai K, Kitsripisarn S, Bannasaan B. The effects of a self-mangement promotion program on the oral care behavior and oral mucositis of cancer patients receiving chemotherapy. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2018;21(8):42-56.
22. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of MNA®- Its history and challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-65. PMID: 17183418
23. Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: Developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56(6):366-72. (in Thai)https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.m366 PMID: 11382797

24. Natethong N, Hanucharurnkul S, Rattanatharathorn V. The effects of ice-chips in the prevention and relife of oral mucositis in cancer patients receiving chemotherapy. [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 1999. (in Thai)
25. Fukuda T, Imai S, Maruo K, Horiguchi H. A prediction model for low functional status after colorectal cancer surgery: aretrospective cohort study using administrative data. Int Surg Open 2023;56:100634-6. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405857223000475
26. Okuda H, Shimomura M, Ikeda S, Nakahara M, Miguchi M, Ishizaki Y, et al. A prospective feasibility study of uracil-tegafur and leucovorin as adjuvant chemotherapy for patients aged ≥ 80 years after curative resection of colorectal cancer, the HiSCO-03 study. Cancer Chemother Pharmacol2023;91(4):317-24. https://doi.org/10.1007/s00280-023-04526-7 PMID: 36947210
27. Brown TJ, Gupta A. Management of cancer therapy-associated oral mucositis. JCO Oncol Pract 2020; 16(3):103-9.https://doi.org/10.1200/JOP.19.00652 PMID: 32048926
28. Semere W, Althouse AD, Rosland A-M, White D, Arnold R, Chu E, et al. Poor patient health is associated with higher caregiver burden for older adults with advanced cancer. J Geriatr Oncol 2021;12(5):771-8. https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.01.002 PMID: 33478890
29. Shao M, Wang X, Zhang M, Ding Y, Ma B, Yang Y, et al. Caregiver burden, mutuality, and family resilience in colorectal cancer caring: a mediating model analysis. Eur J Oncol Nurs 2024;68:102480-7. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102480 PMID: 38101244