

Predictive Model of Quality of Life in Patients with Head and Neck Cancer After Radiotherapy*

Montira Khamho¹, Napaporn Wanitkun, RN, PhD¹,

Suporn Danaidutsadeekul, RN, DNS¹, Kullathorn Thephamongkhol, MD²

Abstract

Purpose: To determine the predictive power of personal factors, weight loss, health literacy, self-management, patient engagement, and perceived person-centered care on quality of life (QOL) among patients with head and neck cancer during 4-8 weeks after radiotherapy.

Design: Predictive study.

Methods: One hundred and ten patients with head neck cancer during 4-8 weeks after radiotherapy were randomly recruited from 3 university/college hospitals specializing in head and neck cancer treatment in the Bangkok metropolitan area. Questionnaires consisted of demographic and health data, quality of life, health literacy, self-management, patient engagement, and perceived person-centered care. Hierarchical regression analysis was applied for the analysis.

Main findings: The result demonstrated that overall quality of life of this group of patients was in a moderate level ($\bar{X} = .67$, $SD = .19$) with having lower psychosocial score than physical score ($\bar{X} = .39$, $SD = .19$ and $\bar{X} = .59$, $SD = .19$, respectively). For the personal characteristic, only fatigue could significantly explain 10.5% of the variance in the quality of life ($p < .01$). Final model demonstrated self-management and health literacy significantly explained 36% of the variance in the quality of life ($p < .001$). Self-management was the factor with the highest predictive power ($\beta = .32$, $p < .01$). Self-management and health literacy explained the variance of quality of life above and beyond fatigue approximately 25.5%.

Conclusion and recommendation: Nurses should find promoting activities to enhance patients' health literacy and self-management ability along with their treatment based on their fatigue levels to help patients having good quality of life after completing the treatment course.

Keywords: head and neck cancer, health literacy, quality of life, radiotherapy, self-management

J Nurs Sci. 2018;36(2):54-66

Corresponding Author: Assistant Professor Napaporn Wanitkun, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: napaporn.wan@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

โมเดลการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ หลังได้รับรังสีรักษา*

มนทิรา คำห่อ¹ นภาพร วาณิชกุล, PhD¹ สุพร นนัยคุณกุล, พย.ด.¹ กุศล เทพมงคล, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของปัจจัยส่วนบุคคล การลดลงของน้ำหนักตัว ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษาครบ 4-8 สัปดาห์

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 รายเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษาครบ 4-8 สัปดาห์ โดยการสุ่มเลือกจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย-วิทยาลัยแพทยศาสตร์ รักษาเฉพาะทางด้านมะเร็ง 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง วิเคราะห์สถิติด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = .67, SD = .19$) โดยมีคุณภาพชีวิตทางจิตสังคมน้อยกว่าทางด้านร่างกาย ($\bar{X} = .39, SD = .19$ และ $\bar{X} = .59, SD = .19$) สำหรับโมเดลของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอาการอ่อนล้าเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 10.5 ($p < .01$) ในโมเดลสุดท้ายพบว่า การจัดการตนเองและความแตกฉานทางสุขภาพสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 36 ($p < .001$) โดยการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายมากที่สุด ($\beta = .32, p < .01$) การจัดการตนเองและความแตกฉานทางสุขภาพสามารถสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้มากกว่าความอ่อนล้าร้อยละ 25.5

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรพัฒนากิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความแตกฉานทางสุขภาพ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองในขณะที่รับการรักษาโดยการพิจารณาระดับความอ่อนล้าร่วมด้วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังครบคอร์สการรักษา

คำสำคัญ: มะเร็งศีรษะและลำคอ ความแตกฉานทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต รังสีรักษา การจัดการตนเอง

J Nurs Sci. 2018;36(2):54-66

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพร วาณิชกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: napaporn.wan@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งศีรษะและลำคอเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์การเกิดเป็นอันดับที่ 5 ของโรคมะเร็งที่พบในประเทศไทย และส่วนใหญ่อยู่อายุ 70 ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในระยะลุกลาม (ระยะที่ 3 และ 4)¹ รังสีรักษาถือเป็นการรักษาหลักสำหรับมะเร็งศีรษะและลำคอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษาด้วยปริมาณรังสี 60-66 grays (Gy) และในรายที่เป็นระยะลุกลามอาจพิจารณาให้เคมีบำบัดควบคู่กัน² หลังการได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยจะเผชิญปัญหาการรับประทานอาหาร เช่น การกลืน การสูญเสียการรับรสชาติอาหาร และการลดลงของน้ำลาย รวมทั้งความไม่สบายจากการระคายเคืองผิวหนัง การบาดเจ็บของเส้นประสาทแขน กล้ามเนื้อฝ่อ ลีบ หรือภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ รวมทั้งภาวะซึมเศร้า และปัญหาการเข้าถึงคมจากผลข้างเคียงของการรักษา⁴ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตถือเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอภายหลังการรักษา⁴ Tribius และคณะ⁵ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ หลังการได้รับรังสีรักษา 6 สัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าก่อนการรักษา⁷ จากการศึกษาพบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาเพียงอย่างเดียวไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด⁸ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยหลังการได้รับรังสีรักษาหรือร่วมกับการรักษาอื่นๆ ในช่วงระยะฟื้นฟูตัวเฉียบพลัน 4-8 สัปดาห์ให้กลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพจึงเป็นรากฐานสำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ในระยะยาวต่อไป⁴ โดยมีพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และลดผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา

การพัฒนาคุณภาพการบริการต้องพิจารณาอย่างเป็นระบบและมุ่งเน้นกระบวนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในฐานะของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (person-centered care)⁹ กรอบแนวคิดเชิงระบบของ Donabedian¹⁰ มองปฏิสัมพันธ์ขององค์

ประกอบด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ปัจจัยด้านโครงสร้างเป็นลักษณะของปัจจัยต่างๆ ที่นำเข้าสู่ระบบบริการ ดังนั้นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะของผู้ป่วยแต่ละบุคคลเป็นปัจจัยด้านโครงสร้างที่มีปฏิสัมพันธ์กับกระบวนการบริการ ให้เกิดผลลัพธ์ในการเสริมสมรรถนะผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกันจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยด้านลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ได้แก่ ผู้สูงอายุ เพศหญิง มีภาวะว่างงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง^{6,11} ในด้านความเจ็บป่วย ตำแหน่งของโรคบริเวณช่องปาก ริมฝีปาก กล้องเสียงและคอหอย การลุกลามของโรคไปยังบริเวณต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น (ระยะที่ 3 และ 4)¹¹ น้ำหนักลดลงร้อยละ 10 จากน้ำหนักปกติ¹² ความอ่อนล้า⁴ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตลดลงเช่นกัน ปัจจัยส่วนบุคคลที่กล่าวข้างต้น เป็นปัจจัยด้านโครงสร้างที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษา

ในด้านกระบวนการดูแล การศึกษาที่มีความจำกัด ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก กิจกรรมต่างๆ ที่อยู่ในกระบวนการดูแลจึงเกิดทั้งจากผู้ป่วยดำเนินการเอง หรือกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพดำเนินการให้ ทั้งในการวินิจฉัยโรค การรักษา หรือการให้คำแนะนำ สิ่งสำคัญผู้ป่วยต้องเฝ้าระวังอาการ การเปลี่ยนแปลงตามความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเองที่บ้าน ดังนั้นกระบวนการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ด้วยการผสมผสานการดูแลบนพื้นฐานความเข้าใจ ความต้องการและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁹ แต่ผลการศึกษาอิทธิพลของการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยังไม่แน่ชัด ผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการวิจัยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้รับการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹³ จากการศึกษาโดยใช้กระบวนการพยาบาลและยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในหน่วยรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางจะพบอาการข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาไม่แตกต่างกัน¹⁴

ในด้านผลลัพธ์ กระบวนการดูแลก่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและยาว¹⁰ ผลลัพธ์การดูแลรักษามะเร็งศีรษะและลำคอทำให้เกิดผลระยะสั้น ให้ผู้ป่วยต้องพัฒนาสมรรถนะของตนเองในการอยู่กับโรคและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งเป็นผลลัพธ์ในระยะยาว ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นสมรรถนะของผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลในการจัดการสุขภาพ เข้าใจและตัดสินใจนำข้อมูลมาใช้ในการจัดการตนเองและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้ การศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ พบว่าความแตกฉานทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ ในด้านสมรรถนะการจัดการตนเองพบว่าสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งหลังการรักษา¹⁶ ภายหลังจากการรักษาผู้ป่วยต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองโดยการเชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์การเจ็บป่วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางสุขภาพที่ต้องการ จากการศึกษาในผู้ป่วยเอชไอวีพบว่า ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ปัจจัยส่วนบุคคลด้านคุณลักษณะพื้นฐานและสถานะสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่มีผลการศึกษาสอดคล้องกันถึงอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ขณะที่ปัจจัยปัจจัยด้านกระบวนการ และปัจจัยของผลลัพธ์ด้านการพัฒนาสมรรถนะจากการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการ เช่น ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีการศึกษาค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจในการทำนายของความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในช่วง 4-8 สัปดาห์หลังได้รับรังสีรักษาที่เหนือกว่าปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการตนเอง ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะการฟื้นตัวเฉียบพลัน หลังได้รับรังสีรักษาครบ 4-8 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับการตรวจติดตามผลการรักษาในช่วง 4-8 สัปดาห์ ภายหลังจากได้รับรังสีรักษาหรือรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดครบ โดยใช้รังสีรักษาไม่น้อยกว่า 60 Gy² ณ หน่วยตรวจรังสีรักษา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย-วิทยาลัยแพทยศาสตร์รักษาเฉพาะทางด้านมะเร็ง 3 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มเลือกแบบง่ายโดยด้วยโปรแกรม Microsoft Excel กำหนดเลขสุ่ม มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สามารถพูดคุยโต้ตอบแสดงความคิดเห็นและตอบแบบสอบถามได้ และไม่ได้รับวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในเรื่องความจำและอาการเสื่อมของสมอง (dementia) กรณีผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการทดสอบจากแบบประเมินพุทธิพิสัย (cognitive function) GP-COG มีคะแนนเท่ากับ 9 คะแนน¹⁸

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.0.10 สำหรับสถิติสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ จากการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยผู้ป่วยมะเร็ง¹⁵ พบว่าขนาดอิทธิพล (effect size) ของอำนาจการทำนายความแตกฉานทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ (R^2) = .14 คำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้จากสูตร $R^2/1-R^2$ เท่ากับ .16 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 และกำหนดปัจจัยที่ใช้ในการทำนาย 8 ตัว คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 102 ราย และเพื่อทดแทน

ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ จึงเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 ราย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ก่อนการเก็บข้อมูล โดยใช้สถิติ Cronbach's alpha Coefficient เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แบบประเมิน The General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG) พัฒนาโดย Brodaty และคณะ¹⁹ ฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลโดย จิรนนท์ กริพพิทส์ สุภาวดี พุฒิน้อย และเมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี¹⁸ มีข้อความทั้งหมด 6 ข้อ ใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความรู้ความเข้าใจออกจากงานวิจัย (มีคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ประวัติการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร และกลุ่มอาการต่าง ๆ ประเมินโดยการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรุนแรงของอาการ: อาการอ่อนล้า โดยแบ่งเป็น 4 ระดับจากอาการน้อยไปมาก (ไม่มีอาการเลย มีอาการเล็กน้อย มีอาการปานกลาง และมีอาการมาก); อาการกลืนลำบาก อาการเยื่อช่องปากอักเสบ และอาการปากแห้ง ประเมินเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วย Grade 0 - 4 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรคและระยะของโรคตามรหัส ICD 10 การรักษาที่ได้รับตามรหัส ICD 9 นำหนักก่อนและหลังได้รับรังสีรักษา เพื่อหาปริมาณน้ำหนักที่เปลี่ยนไปโดยคำนวณจากน้ำหนักหลังให้รังสีรักษา ลบด้วยน้ำหนักก่อนรับรังสีรักษา

2.2 แบบสอบถามความแตกฉานทางสุขภาพ พัฒนาโดย นภาพร วาณิชกุลและคณะ²⁰ แบบสอบถามมี 7 ด้าน ประกอบด้วย ความสามารถในการรับบริการสุขภาพ (5 ข้อ) การรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (4 ข้อ) ทักษะ

การสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ (4 ข้อ) ครอบครัวยุทธศาสตร์ (4 ข้อ) ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อ) และความรับผิดชอบของตนต่อ (4 ข้อ) รวมทั้งทั้งหมด 29 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแต่ละด้านอยู่ในช่วง .76 - .9 ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) มี 11 ระดับ (0-10) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .95

2.3 แบบสอบถามการจัดการตนเอง ที่ประเมินโดยเครื่องมือ Patient Activation Measure (PAM) พัฒนาโดย Hibbard และคณะ²¹ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สิรินนท์ ชูเชิด และคณะ²² มีข้อความทั้งหมด 13 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนค่า มี 4 ระดับ (1-4) และปรับคะแนนแต่ละข้อเป็นคะแนนมาตรฐานตามน้ำหนักคะแนน โดยคะแนนรวมมีค่า 0 ถึง 100 คะแนน แสดงถึงความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของบุคคลในการจัดการภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86

2.4 แบบสอบถามความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Patient Health Engagement Scale: PHE-scale) แสดงถึงความสามารถในการผสมผสานความรู้และประสบการณ์และแสดงให้เห็นความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง พัฒนาโดย Graffigna และคณะ²³ ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการแปลงอย่างเป็นระบบ²⁴ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนี (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .92 แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนค่ามี 4 ระดับ (1-4) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 5-20 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .76

2.5 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Consultation Care Measure (CCM) พัฒนาโดย Little และคณะ²⁵ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สิรินนท์ ชูเชิด และคณะ²² แบบสอบถามประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม ใน 5 ด้าน 1) การติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (11 ข้อ) 2) สัมพันธภาพระหว่าง

บุคคล (3 ข้อ) 3) การส่งเสริมสุขภาพ (2 ข้อ) 4) การมองปัญหาอย่างชัดเจน (3 ข้อ) และ 5) การสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย (2 ข้อ) ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) มี 7 ระดับ (1-7) คะแนนเฉลี่ยรวมมีค่าระหว่าง 1-7 คะแนน ในการศึกษาคั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .95

2.6 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Assessment of Quality of Life (AQoL) - 8D) เป็นพัฒนาโดย Richardson และคณะ²⁶ ได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการแปลอย่างเป็นระบบ²⁴ ประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .99 จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน แบบสอบถามประกอบด้วย 2 มิติหลักจำนวน 35 ข้อ: มิติหลักด้านร่างกาย (10 ข้อ) และมิติหลักด้านจิตใจและสังคม (25 ข้อ) คะแนนในแต่ละข้อจะถูกนำมาคำนวณตาม AQoL-8D algorithm และโปรแกรมแปลงคะแนนที่ได้โดยกำหนดน้ำหนักรายด้านรวมเป็นคะแนนเต็ม 1 คะแนน และคะแนนแต่ละข้อจะถูกปรับตามโปรแกรมของเจ้าของเครื่องมือ ทำให้คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 คะแนน ในการศึกษาคั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 3 แห่งที่เก็บข้อมูล (COA. No. Si285/2016 รหัสโครงการ 196/2559(EC2); COA. No. 414/2016 IRB No. 153/59; และเลขที่ 072/2559) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และผลข้างเคียงในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิทธิ์การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาที่พึงได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และให้เวลากลุ่มตัวอย่างซักถามตอบข้อสงสัยจนหมดข้อสงสัย และตัดสินใจอย่างอิสระ หากยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ภายหลังจากได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาก่อนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเข้า

ถึงข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

2) ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยตรวจรังสีรักษาของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย สอบถามตารางนัดและรายชื่อผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดภายหลังฉายรังสีครบเพื่อทำการกำหนดเลขสุ่มจากรายชื่อของประชากรที่มีนัดตรวจในแต่ละสัปดาห์ด้วยโปรแกรม Microsoft Excel และแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ

3) ผู้วิจัยแจ้งรายชื่อผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าและถูกสุ่มเลือกแก่พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยฯ เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าฟังรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย

4) ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือ พร้อมทั้งตอบคำถามต่างๆ ที่ผู้ป่วยสงสัยจนครบถ้วน

5) หลังจากผู้ป่วยแสดงความยินดีตอบรับเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย และอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยและแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับการคัดกรองระดับพุทพัสัยก่อน ด้วย GP-COG ที่มีระดับคะแนนเท่ากับ 9 ก่อนจึงขอให้ผู้ป่วยลงนาม

6) หลังการนั้น ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ขณะรอพบแพทย์ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านหรือการมองเห็น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้ตอบแบบสอบถามทีละชุด โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบลงในแบบสอบถาม

7) เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ให้ข้อมูลครบถ้วน และนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA 14 ดังนี้

1. วิเคราะห์เชิงบรรยายของข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ และข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ด้วยสถิติเชิงบรรยายด้วยค่าความถี่และ

ร้อยละ หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ความแปร

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะของโรค อาการอ่อนล้า และน้ำหนักตัวที่ลดลง ร่วมกับปัจจัยด้านการบริการ ได้แก่ การรับรู้ การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และปัจจัยด้านสมรรถนะ ส่วนบุคคล ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ หลังได้รับรังสีรักษาด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient, r_s)

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical analysis) เฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$ และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ²⁴ พบว่า 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 2) มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นเชิงเส้นตรง (linearity) โดยประเมินจากแผนภาพการกระจายของข้อมูล (scatter plot) ที่มีลักษณะเป็นเส้นตรง 3) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) 4) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ (multicollinearity) โดยตัวแปรอายุ เพศ สถานภาพ ว่างงาน ตำแหน่งของโรค ระยะของโรค อาการน้ำลายแห้ง อาการกลืนลำบาก อาการอ่อนล้า การลดลงของน้ำหนักตัว การจัดการตนเองของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ความแตกฉานทางสุขภาพ และการรับรู้การดูแลบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีค่า Tolerance มากกว่า 0.2 มีค่า VIF น้อยกว่า 5 และ 5) ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติและเป็นอิสระจากกัน โดย Durbin-Watson = 2.187

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.64 ปี อยู่ในช่วงวัยกลางคน (SD = 10.77 ปี) ส่วนใหญ่ร้อยละ 81 เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.4 มีผู้ดูแล ร้อยละ 31.8 จบการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 62.7 ยังประกอบอาชีพ และร้อยละ 48.2 ใช้สิทธิประกันสุขภาพในการรักษา

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบก้อนมะเร็งมากที่สุดบริเวณ หลังโพรงจมูก (ร้อยละ 32.7) อยู่ในระยะที่ 4 (ร้อยละ 50.9) ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 50.9) ใช้เทคนิครังสีรักษา IMRT (ร้อยละ 71.8) ปริมาณรังสีที่ได้รับมีค่าเฉลี่ย = 6,837.75 (SD = 417.64) อาการข้างเคียงจากการรักษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.8 พบอาการ น้ำลายแห้ง ร้อยละ 90.9 มีอาการกลืนลำบาก ร้อยละ 87.3 มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบ และร้อยละ 80 มีอาการอ่อนล้า โดยร้อยละ 21 มีอาการกลืนลำบากมาก (Grade 3) ร้อยละ 17 มีอาการอ่อนล้ามาก และร้อยละ 11.5 มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบมาก (Grade 3) มีปัญหาการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 83.6) โดยมีปัญหาการกลืน/กลืนลำบาก (ร้อยละ 71.8) ร้อยละ 39.1 ได้รับการใส่สายให้อาหารทางจมูก/หน้าท้อง ดัชนีมวลกายก่อนได้รับรังสีรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 22.20 (SD = 4.58) และหลังได้รับรังสีรักษาเท่ากับ 20.36 (SD = 3.77)

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอใน ระยะพื้นตัวเฉียบพลัน หลังได้รับรังสีรักษาครบ ดังในตารางที่ 1 พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำกว่าบุคคลทั่วไป คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของคนทั่วไปเท่ากับ .799 (SE = .004, 95% CI = .792 - .806)²⁷ คุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจและสังคม (ค่าเฉลี่ย = .39, SD = .19) น้อยกว่ามิติ ด้านร่างกาย(ค่าเฉลี่ย = .59, SD = .19)

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษา (N = 110 ราย)

	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การลดลงน้ำหนักตัว	(-9.46) - 23.97	7.72	6.44
ความแตกฉานทางสุขภาพ	3.52 - 10	8.14	1.32
การจัดการตนเอง	36.8 - 100	57.34	10.55
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	6 - 20	14.16	2.89
การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	4 - 7	5.63	.85
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.19 - 1.00	.67	.19
- มิติด้านร่างกาย	0.17 - 0.95	.59	.19
- มิติด้านจิตใจสังคม	0.07 - 0.97	.39	.19

4. ปัจจัยที่ศึกษา ดังในตารางที่ 1 พบว่าการลดลงของน้ำหนักตัวเฉลี่ยเท่ากับ 7.72 กิโลกรัม (SD = 6.44) มีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (\bar{X} = 5.63, SD = .85) ความแตกฉานทางสุขภาพ (\bar{X} = 8.14, SD = 1.32) การจัดการตนเอง (\bar{X} = 57.34, SD = 10.55) และ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (\bar{X} = 14.16, SD = 2.89)

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล อาการอ่อนล้าเท่านั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.3, p < .01$) ด้วยขนาดอิทธิพลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับมาก ($r_s = .5, p < .001$) ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ($r_s = .4, p < .001$; $r_s = .3, p < .01$ และ $r_s = .3, p < .01$ ตามลำดับ) ขณะที่การลดลงของน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองและความแตกฉานทางสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($r_s = .3, p < .001$; $r_s = .5, p < .001$ และ $r_s = .1,$

$p > .05$ ตามลำดับ)

6. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical analysis) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

โมเดลที่ 1: ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อาการอ่อนล้า สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะพื้นตัวเฉียบพลันหลังได้รับรังสีรักษาครบได้ร้อยละ 10.5 โดย $F_{(3,106)} = 4.15, p < .01$ เมื่อเทียบกับการไม่มีอาการอ่อนล้า อาการอ่อนล้าปานกลางและมากสามารถทำนายคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.15,$ และ $\beta = .17$ ตามลำดับ, $p < .01$)

โมเดลที่ 2: การบริการ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ อาการอ่อนล้า และปัจจัยด้านบริการ ได้แก่ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะพื้นตัวเฉียบพลันหลังได้รับรังสีรักษาได้ร้อยละ 16.6 โดย $F_{(4,105)} = 5.21, p < .001$ โดยเพิ่มจากโมเดลที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 6.1 และอาการอ่อนล้าระดับปานกลางและมาก ($\beta = -.15,$ และ $\beta = .17$ ตามลำดับ, $p < .01$) ทั้งสองระดับเทียบกับไม่มีอาการ) และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ($\beta = .26, p < .01$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โมเดลที่ 3: สมรรถนะส่วนบุคคล

ในตารางที่ 2 เมื่อเพิ่มความแตกฉานทางสุขภาพ การจัดการตนเอง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะฟื้นตัวเฉียบพลันหลังได้รับรังสีรักษาได้ร้อยละ 36 โดย $F_{(7,102)} = 8.20, p < .001$ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 19.5

($p < .001$) และในตารางที่ 3 พบอำนาจในการทำนายของอาการอ่อนล้าปานกลาง ($p < .01$) และอาการอ่อนล้ามาก ($p < .05$) ความแตกฉานทางสุขภาพ ($p < .05$) และการจัดการตนเอง ($p < .01$) ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการจัดการตนเองมีอำนาจในการทำนายสูงสุด ($\beta = .32, p < .01$)

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะฟื้นตัวเฉียบพลันหลังได้รับรังสีรักษา ครบ วิเคราะห์โดยสถิติการถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (hierarchical regression) (n = 110)

ปัจจัย	R ²	Adj R ²	F	p-value	ΔR ²	ΔF	p-value
โมเดลที่ 1: ปัจจัยส่วนบุคคล ¹	.105	.080	4.15	.008	-	-	-
โมเดลที่ 2: การบริการ ²	.166	.134	5.21	.001	.061	1.06	.006
โมเดลที่ 3: สมรรถนะส่วนบุคคล ³	.360	.316	8.20	.000	.195	2.99	.000

1. ตัวแปรต้น: อาการอ่อนล้า - ไม่มีอาการเปรียบเทียบกับมีอาการเล็กน้อย ปานกลาง และมาก
2. ตัวแปรต้น: อาการอ่อนล้า และการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง
3. ตัวแปรต้น: อาการอ่อนล้า และการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการตนเองและความแตกฉานทางสุขภาพ

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในระยะฟื้นตัวเฉียบพลันภายหลังรังสีรักษา โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (hierarchical analysis) (N = 110)

ปัจจัย	B	SEB	β	t-value	p-value	95% CI
อาการอ่อนล้า ¹						
- ไม่มีอาการ	กลุ่มเปรียบเทียบ					
- มีอาการเล็กน้อย	-.043	.046	-.101	-0.94	.348	-.135 .048
- มีอาการปานกลาง	-.129	.042	-.329	-3.06	.003	-.212 -.045
- มีอาการมาก	-.128	.056	-.230	-2.27	.025	-.240 -.016
การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	-.003	.022	-.013	-0.13	.896	-.046 .040
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.007	.006	.099	1.14	.256	-.005 .018
การจัดการตนเอง	.006	.002	.319	3.48	.001	.002 .009
ความแตกฉานทางสุขภาพ	.037	.014	.258	2.61	.010	.009 .065

¹ อาการอ่อนล้า - ไม่มีอาการเปรียบเทียบกับมีอาการเล็กน้อย ปานกลางและมาก

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยกลางคน (40-60 ปี) สอดคล้องกับสถิติอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งศีรษะและลำคอในประเทศไทย

ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคลทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Tribius และคณะ⁵ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สามารถอธิบายได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 81.3 อยู่ใน ระยะลุกลาม (ระยะที่ 3 และ 4) มีการกระจายของโรคไป ยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น และอยู่ในระยะการฟื้นตัว ระยะแรกหลังได้รับรังสีรักษา ทำให้การดำเนินชีวิตได้รับ ผลกระทบจากโรคและการรักษา และพบว่าคุณภาพชีวิต ในมิติด้านจิตใจและสังคมในระดับน้อยกว่ามิติด้านร่างกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suzuki²⁸ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี ความรู้สึกไม่แน่นอนเรื่องอาการและผลการรักษา กังวลต่อ การกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ น้อยกว่าด้านร่างกาย

ผลการศึกษานี้สามารถทำนายพบว่า โมเดลการทำนายด้วยปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ การทำงาน ตำแหน่งของมะเร็ง ระยะของโรค และน้ำหนัก ตัวที่ลดลง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่ม เดียวกันของ Suzuki²⁸ ที่พบว่า อายุและเพศไม่สามารถ ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ So และคณะ¹¹ พบว่าในการศึกษาขนาดเล็ก ระยะของโรคไม่ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ อาจอธิบายได้จากการขาดการกระจายของระดับ ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการ ศึกษาครั้งนี้ที่ร้อยละ 81.3 ระยะของโรคอยู่ในระดับรุนแรง ขณะที่ปัจจัยด้านอาการอ่อนล้าระดับปานกลาง และอาการ อ่อนล้าระดับมากสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการอ่อนล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันของ Sawada และคณะ⁴ อธิบายได้จากอาการอ่อนล้าเป็นปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับการจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมและ ภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะอาการอ่อนล้าระดับ ปานกลางถึงมาก ที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย¹¹ ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสามารถ ทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง กับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม¹³ อธิบายได้จากการ ได้รับการดูแลที่มีความเฉพาะต่อบริบท ความเป็นตัวตน

ของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถนำสิ่งที่ได้รับชมะรับการ รักษาไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ไม่ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เมื่อร่วมทำนายกับกลุ่ม ปัจจัยด้านสมรรถนะของผู้ป่วย อธิบายจากการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Rathert, Wyrwich และ Boren²⁹ พบว่าการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นปัจจัย ที่ทำให้เกิดการจัดการตนเอง ดังนั้นอาจจะอธิบายได้ว่า การ รับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางอาจเป็นปัจจัยที่ต้อง ผ่านตัวกลาง คือ การจัดการตนเองในการทำนายคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วย ทำให้การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็น ศูนย์กลางไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ และผลการศึกษานี้ที่พบว่า การรับรู้การ ดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์ขนาดปาน กลางกับการจัดการตนเองและขนาดใหญ่กับความแตกฉาน ทางสุขภาพ ($r_s = .3$ และ $.5$ ตามลำดับ, $p < .001$) อาจ ทำให้ลดอำนาจในการทำนายของการรับรู้การดูแลแบบ บุคคลเป็นศูนย์กลางได้

ความแตกฉานทางสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกกับ คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยขนาดอิทธิพล ระดับใกล้เคียงขนาดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Husson และคณะ¹⁵ ในผู้ป่วยโรคลำไส้ อธิบายได้จากผู้ป่วย มะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาหรือรังสีรักษาร่วม กับยาเคมีบำบัดต้องดูแลและจัดการอาการที่เกิดขึ้นจากโรค และการรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ มีความเข้าใจและสามารถนำข้อมูลไปปรับ ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีหลังได้รับการรักษา การจัดการตนเองมีอิทธิพลทาง บวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง กับผลการศึกษาของ Shneerson และคณะ¹⁶ สามารถ อธิบายได้จากการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือรังสีรักษาร่วมกับ ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยต้องพบอาการข้างเคียงจากรังสีรักษา ก่อนข้างมาก ทำให้การจัดการอาการเพื่อลดความ ทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของการรักษาเป็นสิ่งที่ สำคัญ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วย ต้องสังเกตอาการและจัดการอาการต่างๆ ด้วยตนเอง ทำให้การ จัดการตนเองเป็นปัจจัยมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

หลังได้รับการรักษา ความรับผิดชอบต่อสุขภาพไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะสามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาหรือรังสีรักษาร่วมกับยาเคมีบำบัด ซึ่งการรักษาดังกล่าวเป็นการรักษาที่เฉพาะและมีผลข้างเคียงจากการรักษารุนแรง นอกจากนี้ช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะพึ่งพาการรักษาเป็นหลัก ได้รับการบอกให้ปฏิบัติตาม ทำให้ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ไม่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

อาการอ่อนล้าเป็นปัจจัยด้านสถานะสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอระยะขั้นต้นตัวเฉียบพลันหลังได้รับรังสีรักษา โดยเฉพาะอาการอ่อนล้าระดับปานกลางถึงระดับมาก เช่นเดียวกับการจัดการตนเองและความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นปัจจัยทางสมรรถนะทางสุขภาพที่มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพควรประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความอ่อนล้าระดับปานกลางขึ้นไป เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับรังสีรักษา ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดการอาการ โดยเฉพาะอาการอ่อนล้า ร่วมกับส่งเสริมการจัดการตนเองและความแตกฉานทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังได้รับการรักษา

2. ควรศึกษาอำนาจในการทำนายทั้งแบบทางตรงและทางอ้อม รวมถึงตัวแปรกลาง (mediator) เนื่องจากการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กันสูง

References

1. Imsamran W, Chaiwerawattana A, Wiangnon S, Pongnikorn D, Suwanrungrung K, Sangrajrang S, et al. Cancer in Thailand. Vol.

VIII, 2010-2012. Bangkok: New Thammada Press (Thailand); 2015.

2. Yeh SA. Radiotherapy for head and neck cancer. *Semin Plast Surg.* 2010;24(2):127-36.
3. Cabrera AR, Yoo DS, Brizel DM. Contemporary radiotherapy in head and neck cancer: balancing chance for cure with risk for complication. *Surg Oncol Clin N Am.* 2013;22(3):579-98.
4. Sawada NO, de Paula JM, Sonobe HM, Zago MM, Guerrero GP, Nicolussi AC. Depression, fatigue, and health-related quality of life in head and neck cancer patients: a prospective pilot study. *Supportive Care Cancer.* 2012;20(11):2705-11.
5. Tribius S, Reemts E, Prosch C, Raguse M, Petersen C, Kruell A, et al. Global quality of life during the acute toxicity phase of multimodality treatment for patients with head and neck cancer: Can we identify patients most at risk of profound quality of life decline? *Oral Oncology.* 2012;48(9):898-904.
6. Youdoun W, Wittayapun Y, Dumnean P, Musikka A, Hankla W, Lagampan S. Quality of life among head- and neck-cancer patients undergoing radiotherapy at Suratthani Cancer Hospital. *Thai Cancer Journal.* 2015;35(1):14-25. (in Thai).
7. Klein J, Livergant J, Ringash J. Health related quality of life in head and neck cancer treated with radiation therapy with or without chemotherapy: a systematic review. *Oral Oncol.* 2014;50(4):254-62.
8. McCormack B, McCance T. Person-centred nursing: theory and practice. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.

9. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
10. Bilal S, Doss JG, Cella D, Rogers SN. Quality of life associated factors in head and neck cancer patients in a developing country using the FACT-H&N. *J Craniomaxillofac Surg*. 2015;43(2):274-80.
11. So WK, Chan RJ, Chan DN, Hughes BG, Chair SY, Choi KC, et al. Quality-of-life among head and neck cancer survivors at one year after treatment--a systematic review. *Eur J Cancer*. 2012;48(15):2391-408.
12. Langius JAE, Dijk AMv, Doornaert P, Kruijenga HM, Langendijk JA, Leemans CR, et al. More than 10% weight loss in head and neck cancer patients during radiotherapy is independently associated with deterioration in quality of life. *Nutr Cancer*. 2013;65(1):76-83.
13. Sjogren K, Lindkvist M, Sandman PO, Zingmark K, Edvardsson D. Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *J Adv Nurs*. 2013;69(10):2196-205.
14. Rose P, Yates P. Patients' outcomes related to person-centred nursing care in radiation oncology: a case study. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(6):731-9.
15. Husson O, Mols F, Fransen MP, van de Poll-Franse LV, Ezendam NP. Low subjective health literacy is associated with adverse health behaviors and worse health-related quality of life among colorectal cancer survivors: results from the profiles registry. *Psychooncology*. 2015;24(4):478-86.
16. Shneerson C, Taskila T, Greenfield S, Gale N. A survey investigating the associations between self-management practices and quality of life in cancer survivors. *Supportive Care Cancer*. 2015;23(9):2655-62.
17. Chen WT, Wantland D, Reid P, Corless IB, Eller LS, Liping S, et al. Engagement with health care providers affects self-efficacy, self-esteem, medication adherence and quality of life in people living with HIV. *J AIDS Clin Res*. 2013;4(11):256.
18. Griffiths J, Putthinoi S, Pongsaksri M. The general practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai version): validity and reliability. Poster session presented at: Rewinding the aging clock. 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum, 21st Annual Congress of Gerontology; 2014 Nov 29-30; Jockey Club Auditorium, the Hong Kong Polytechnic University. Hong Kong, China.
19. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(3):530-4.
20. Wanitkun N, Pattaramongkolrit S, Vichathai C, Bhechrung B, Kloyahem S, Batterham R, et al. Thai health literacy. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2014. (in Thai).
21. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and

- consumers. *Health Serv Res.* 2004;39(4 Pt 1):1005-26.
22. Choocherd S, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Yottasurodom C. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centered care and quality of life in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Nursing Science.* 2016;34 Suppl 1:94-106. (in Thai).
23. Graffigna G, Barello S, Bonanomi A, Lozza E. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. *Front Psychol.* 2015 Mar 27;6:274. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00274. PubMed PMID: 25870566; PubMed Central PMCID: PMC4376060.
24. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research.* 4th ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2010.
25. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001;323(7318):908-11.
26. Richardson J, Sinha K, Lezzi A, Khan MA. Modelling the utility of health states with the Assessment of Quality of Life (AQoL) 8D instrument: overview and utility scoring algorithm. Clayton, Australia: Centre for Health Economics, Faculty of Business and Economics, Monash University; 2011.
27. Maxwell A, Özmen M, Iezzi A, Richardson J. Deriving population norms for the AQoL-6D and AQoL-8D multi-attribute utility instruments from web-based data. *Qual Life Res.* 2016;25(12):3209-19.
28. Suzuki M. Quality of life, uncertainty, and perceived involvement in decision making in patients with head and neck cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2012;39(6):541-8.
29. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2013;70(4):351-79.