

Factors Predicting Health-Related Quality of Life among Colorectal Cancer Survivors during 6 Months to 5 Years after Treatment Completion*

Aphantree Janthathai¹, Kanaungnit Pongthavornkamol, RN, PhD¹,

Doungrut Wattanakitkrilert, RN, DNS¹, Nopadol Soparattanapaisarn, MD²

Abstract

Purpose: To investigate health-related quality of life and the predictive power of symptom distress, stage of cancer, fear of cancer recurrence, and unmet supportive care needs on health-related quality of life in colorectal cancer survivors during 6 months to 5 years after treatment completion.

Design: Correlational predictive research.

Methods: The sample included 108 colorectal cancer survivors meeting the inclusion criteria who came for post-treatment follow up service at one tertiary, university hospital in Bangkok. Questionnaires consisted of demographic data, symptom distress, fear of cancer recurrence, unmet needs, and health-related quality of life. Data were analyzed by descriptive statistics, and predictive power was tested by enter multiple regression analysis.

Mains finding: The findings revealed that colorectal cancer survivors had a quite high health-related quality of life ($\bar{X} = 109.14$, $SD = 10.32$). Together four predicting study variables explained 20.4% of the variance in health-related quality of life in colorectal cancer survivors with statistical significance ($R^2 = .204$, $F_{(4,103)} = 6.586$, $p < .01$). Symptom distress was the factor that best predicted health-related quality of life ($\beta = -.295$, $p < .01$), followed by unmet needs ($\beta = -.261$, $p < .01$). Stage of cancer and fear of cancer recurrence were not able to explain health-related quality of life.

Conclusion and recommendations: Symptom distress and unmet needs have been found as significant predictors of health-related quality of life in colorectal cancer survivors after completion of primary treatment, Nurses should be aware of cancer survivorship care by focusing on managing distressing symptoms and developing individualized cancer survivorship care plan that resolves unmet needs.

Keywords: colorectal cancer, quality of life, survivors, symptom

J Nurs Sci. 2018;36(4):52-65

Corresponding Author: Associate Professor Kanaungnit Pongthavornkamol, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: kanaungnit.pon@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

Received 25 September 2018; Accepted 21 November 2018

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี*

อภินันท์ จันทะไทย¹ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, PhD¹ ทวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ก.¹
 นพดล ไสการธนาไพศาล, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และอำนาจทำนายของการรบกวนจากอาการ ระยะของโรค ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 108 ราย ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรบกวนจากอาการ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุคูณแบบเข้าพร้อมกัน

ผลการวิจัย: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 109.14$, $SD = 10.32$) ปัจจัยที่ศึกษา 4 ตัวร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 20.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .204$, $F_{(4, 103)} = 6.586$, $p < .01$) โดยการรบกวนจากอาการเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ($\beta = -.295$, $p < .01$) รองลงมาคือ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ($\beta = -.261$, $p < .01$) ส่วนระยะของโรคและความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้

สรุปและข้อเสนอแนะ: การรบกวนจากอาการและความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตลดลงของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา พยาบาลควรตระหนักให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเน้นการจัดการการรบกวนจากอาการและวางแผนการดูแลแก้ไขปัญหาความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คุณภาพชีวิต ผู้รอดชีวิต อาการ

J Nurs Sci. 2018;36(4):52-65

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: kanaungnit.pon@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศต่างๆทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย^{1,2} ผลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในด้านการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งทำให้มีการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรกเริ่มเพิ่มขึ้น ผลการรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer survivors) ทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้น¹ รวมทั้งในประเทศไทยพบผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกัน²

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง (cancer survivors) ในแนวคิดปัจจุบัน หมายถึงผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งและยังมีชีวิตอยู่จนกระทั่งในปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่จบการรักษาหลักในโรงพยาบาลไปแล้ว เป็นกลุ่มที่ควรได้รับความสนใจจากระบบบริการสุขภาพมากขึ้น³ เพราะแม้ว่าการรักษาจะสิ้นสุดลง แต่ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเหล่านี้ยังต้องเผชิญกับการรบกวนจากอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเกิดขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประเด็นปัญหาต่างๆเหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่ำลง⁴⁻⁶ ซึ่งในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพที่ดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งยังมีประเด็นปัญหาในการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ค่อนข้างมาก อาทิเช่น ขาดระบบจัดการดูแลปัญหาที่เกิดจากภาวะโรคและการรักษาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจบการรักษา ขาดการประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับระบบบริการสุขภาพใกล้บ้าน เป็นต้น¹

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life: HR-QoL) จัดเป็นผลลัพธ์สำคัญของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งหลังสิ้นสุดการรักษา บ่งบอกถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อชีวิตของตนเองทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และการมีชีวิตที่ดีหลังการรักษา⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในช่วง 6 เดือนแรก⁸ จนถึง 1 ปี⁹ หลังสิ้นสุดการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ผลการศึกษาใน

ประเทศอังกฤษพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในช่วง 1 ปีแรกหลังสิ้นสุดการรักษาอยู่ในระดับค่อนข้างสูง¹⁰ นอกจากนี้ผลการศึกษาในช่วงหลังสิ้นสุดการรักษาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปพบว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีคุณภาพชีวิตในทุกมิติอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ป่วยสามารถปรับตัวโดยเรียนรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งเป็นผลมาจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ และเป็นระยะที่เริ่มเชื่อมั่นว่าตนจะหายขาดจากโรคมะเร็ง และมีโอกาสการกลับเป็นมะเร็งซ้ำน้อย¹¹ อย่างไรก็ดีจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในช่วงระยะหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปียังมีอยู่น้อยมาก ซึ่งควรพิจารณาว่าเป็นช่วงระยะเวลาที่มีความสำคัญ เพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยรู้สึกห่างเหินจากระบบบริการสุขภาพ และเป็นระยะที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูง^{1,3}

การรบกวนจากอาการ (symptom distress) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งหลังสิ้นสุดการรักษาหลักแล้วยังต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น อาการอ่อนล้า อาการปวดท้องเสีย ความอยากอาหารลดลง เป็นต้น^{4,8} อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Tung และคณะ¹² พบว่าการรบกวนจากอาการต่างๆ ดังกล่าวไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา จึงยังไม่อาจหาข้อสรุปชัดเจนเกี่ยวกับการรบกวนจากอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

ระยะของโรคมะเร็ง (stage of diagnosis) โดยทั่วไปใช้เป็นตัวบ่งบอกความรุนแรงของโรคมะเร็ง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระยะของโรคมะเร็งมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ โดยพบว่าผู้ป่วยระยะที่ 4 และระยะที่ 3 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำที่สุดและรองลงมาตามลำดับ เนื่องจากเป็นระยะโรคที่มีการลุกลามของมะเร็งไปอวัยวะ

อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ซับซ้อนและเกิดอาการข้างเคียงที่ไม่สุขสบายเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับระยะโรคอื่นๆ⁸ อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่าในแต่ละระยะของโรคมะเร็งผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากได้รับดูแลอย่างใกล้ชิดและการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจต่อระบบบริการที่ได้รับและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น¹¹ จึงยังไม่อาจหาข้อสรุปเกี่ยวกับระยะของโรคมะเร็งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ (fear of cancer recurrence) มักเกิดในระยะสิ้นสุดการรักษาใหม่ๆจนกระทั่ง 5 ปีแรกหลังสิ้นสุดการรักษา³ และค่อยลดลงเมื่อเวลาผ่านไป โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำของผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง เช่น อาการข้างเคียงที่หลงเหลืออยู่หลังสิ้นสุดการรักษา ซึ่งเป็นเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยและไม่สอดคล้องกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ความรุนแรงของระยะโรคมะเร็ง ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี เป็นต้น⁵ ซึ่งความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำส่งผลกระทบต่อผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านอารมณ์และจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาในปัจจุบันความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษายังมีอยู่น้อยมาก โดยเฉพาะในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน

ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet supportive care need) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภายหลังสิ้นสุดการรักษาหลักแล้ว กลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งจำนวนมากประสบกับปัญหาความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนองในด้านต่างๆ ซึ่งอาจส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เช่น ความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการความช่วยเหลือเพื่อจัดการกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เป็นต้น⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng, Wong และ Koh¹⁴ พบว่าความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหลังสิ้นสุดการรักษาได้ อย่างไรก็ตามความต้องการที่ไม่ได้รับ

การตอบสนองในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษาหลักยังพบการศึกษาน้อย โดยเฉพาะในช่วงหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านสำคัญที่ผู้ป่วยมะเร็งเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง อาจมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างไปจากช่วงเวลาอื่นหลังสิ้นสุดการรักษาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness theory) พัฒนาโดย Mishel และคณะ¹⁵ ซึ่งกล่าวว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ความคลุมเครือ ความซับซ้อน การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอและเหมาะสม และการไม่สามารถคาดเดาการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยอาศัยการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนผ่านวิธีการลงความเห็น (inference) และการสร้างความเชื่อใหม่ (illusion) และตัดสินใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นภาวะคุกคามหรือโอกาสซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์การปรับตัวที่ดี/ไม่ดีของผู้ป่วย ภายหลังสิ้นสุดการรักษาหลักแล้ว ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักรู้สึกท้อแท้จากระบบบริการสุขภาพ ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากโรคและผลการรักษาที่ยังคงเหลืออยู่ ระยะของโรคมะเร็งเป็นตัวบ่งบอกระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมามากมักได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่า ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของอาการข้างเคียงเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและไม่ตอบสนองต่อความต้องการหรือได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแปลความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหรือความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำเพิ่มสูงขึ้น นำไปสู่การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตลดลงได้ ซึ่งคุณภาพชีวิตจัดเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในด้านการปรับตัวของบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีความจำกัดของการศึกษาวิจัยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา โดยเฉพาะในประเทศไทย พบเพียงการศึกษาของ เกศิณี ธีรทองดี และคณะ⁹ ที่ศึกษาอิทธิพลของความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ทวารเทียม ภาวะพึ่งพิง ความวิตกกังวล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้สูงอายุ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิด ทวารเทียมทางหน้าท้อง ซึ่งไม่ครอบคลุมผู้รอดชีวิตจาก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ไม่มีทวารเทียมและผู้ป่วย กลุ่มอายุผู้ใหญ่ รวมทั้งปัจจัยอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพที่ศึกษาแตกต่างกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึง สนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของการรบกวนจากอาการ ระยะ ของโรคมะเร็ง ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี เพื่อเป็น ประโยชน์ในการดูแลในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย กลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และอำนาจ ทำนายของการรบกวนจากอาการ ระยะของโรคมะเร็ง ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และความต้องการที่ไม่ได้ รับการตอบสนอง ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุด การรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี

สมมติฐานการวิจัย

การรบกวนจากอาการ ระยะของโรค ความกลัวการกลับ เป็นมะเร็งซ้ำ และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุด การรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษาทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวม ข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด ได้แก่ 1) ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือรังสีรักษา หรือการได้ รับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษาหลังสิ้นสุดการรักษา ระยะเวลา 6 เดือนถึง 5 ปี 2) ทราบการวินิจฉัยของตนว่า เป็นโรคมะเร็ง 3) สามารถอ่านหนังสือและตอบ แบบสอบถามเป็นภาษาไทยได้ และ 4) ผู้ป่วยมีระดับการ รู้คิดปกติ ส่วนเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการกลับเป็นมะเร็งซ้ำหรือ มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ 2) ผู้ป่วยที่มีอาการ รุนแรงทางคลินิก ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย ไข้สูง อ่อนล้า

การศึกษานี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis สำหรับสถิติ multiple linear regression กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ระดับ .90 ระดับนัยสำคัญ .05 จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษา 4 ตัว จากการทบทวน วรรณกรรม ไม่มีงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ .15¹⁶ ผลการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงพบว่า มีผู้ป่วย ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ 2 ราย เนื่องจากอยู่ในระหว่าง รอคิวรับการตรวจจากแพทย์ โดยมีความกังวลว่าจะได้รับการตรวจล่าช้า และมีผู้ป่วยที่ถูกคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง 2 รายเนื่องจากมีระดับการรู้คิดผิดปกติ สรุปมีผู้ป่วยเข้าร่วม โครงการทั้งสิ้นจำนวน 108 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือคัดกรองระดับการรู้คิด

แบบคัดกรองความรู้ความเข้าใจ GPCOG (The

General Practitioner Assessment of Cognition) ใช้สำหรับประเมินความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พัฒนาโดย Brodaty และคณะ¹⁷ และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย จิรนนท์ กริฟฟิกส์ สุภาวดี พุฒิน้อย และเมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี¹⁸ ใช้ประเมินในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ถ้าคะแนน 9 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัยและคณะ ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการรักษา

2.2 แบบประเมินประสพการณ์การมีอาการแบบย่อ (Memorial Symptom Assessment Scale Short Form: MSAS-SF) โดย Chang และคณะ¹⁹ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยใช้มิติการรบกวนจากอาการ (distress dimension) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76-.87¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยและคณะโดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation process) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 32 ข้อ จำแนกเป็นการรบกวนจากอาการด้านร่างกาย 28 ข้อ และการรบกวนจากอาการด้านจิตใจ 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 หมายถึง ไม่รบกวนเลย จนถึงระดับ 4 หมายถึง การรบกวนมากที่สุด ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0-128 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง การรบกวนจากอาการมาก

2.3 แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (ฉบับย่อ) (Fear of Cancer Recurrence Inventory Short-Form: FCRI-SF) พัฒนาโดย Simard และ Savard²⁰ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89²⁰ และได้รับแปลเป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับโดยผู้วิจัยและคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0-36 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง ความกลัวการกลับเป็นซ้ำอยู่ในระดับสูง

2.4 แบบสอบถามความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของผู้ป่วยมะเร็งรอดชีวิต (The Cancer Survivor' Unmet Needs measure: CASUN) พัฒนาโดย Hodgkinson และคณะ²¹ แปลเป็นภาษาไทยโดย Molassiotis และคณะ²² และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96-.97²¹⁻²² ประกอบด้วย ข้อคำถาม 35 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีความต้องการ/เคยมีความต้องการ แต่ได้รับการตอบสนองแล้ว จนถึงระดับ 3 หมายถึง มีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองระดับมาก ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0-105 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับสูง

2.5 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal: FACT-C) พัฒนาโดย Cella และคณะ⁷ และแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และคณะ²³ โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 36 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0-144 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามทุกชุดได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือวิจัย และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม MSAS-SF, FCRI-SF, CASUN และ FACT-C เท่ากับ .87, .85, .91 และ .84 ตามลำดับ ต่อมาเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงรวมทั้งสิ้น 108 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88, .84, .92 และ .83 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือทั้ง 4 ชุดนี้เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลกในกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เลขที่ COA. No. Si733/2017 และกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามความสมัครใจ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหน่วยงานต่างๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และสอบถามความสนใจเบื้องต้นของผู้ป่วยในเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สนใจเพื่อทำการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง พร้อมทั้งแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยมีสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผล โดยยังคงได้รับการรักษาตามมาตรฐานจากโรงพยาบาล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยผลการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอเป็นภาพรวม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจ ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-35 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/Window Version 18 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์คะแนนการรบกวนจากอาการ ระยะของโรคมะเร็ง ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ซึ่งทำนายของการรบกวนจากอาการ ระยะ

ของโรคมะเร็ง ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) โดยวิธีคัดเข้าตัวแปรแบบเข้าพร้อมกัน (enter method) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณพบว่า 1) ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง 2) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่ และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น

ผลการวิจัย

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอายุ 36-90 ปี อายุเฉลี่ย 63.79 ปี โดยพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 40.74) มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.30) เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่ำนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.20) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.10) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38) โดยพบกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับการศึกษาพื้นฐานมากที่สุด (ร้อยละ 54.60) ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 34.30) กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท (ร้อยละ 50) ซึ่งมีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 52.80) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 41.70) โดยส่วนมากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด ในครอบครัว (ร้อยละ 97.20) และมาติดตามการรักษา 4-6 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 50.90) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอทุกราย (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด (ร้อยละ 61.10) ระยะของโรคมะเร็งได้รับการวินิจฉัยอยู่ในระยะที่ 3 (ร้อยละ 51.90) มากกว่าจำนวนสามในสี่ของผู้ป่วยไม่มีรูทวารเทียม บริเวณหน้าท้อง (ร้อยละ 82.40) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (ร้อยละ 100) ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหลังผ่าตัด (ร้อยละ 80.60) และรังสีรักษา

(ร้อยละ 34.30) ระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษาอยู่ในช่วงมากกว่า 1-2 ปี (ร้อยละ 32.40) รองลงมาคือหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือน-1 ปี (ร้อยละ 23.10) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม (ร้อยละ 51.90)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรบกวนจากอาการโดยรวมในระดับต่ำ ($\bar{X} = 29.76, SD = 3.65$)

จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ (possible score) 0-128 คะแนน ซึ่งการรบกวนจากอาการด้านร่างกายพบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ชาหรือเจ็บแปลบปลายมือ/เท้า ($\bar{X} = 1.80, SD = 1.31$) รองลงมา คือ ท้องผูก ($\bar{X} = 1.57, SD = 1.51$) และอ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ($\bar{X} = 1.44, SD = 1.44$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดของการรบกวนด้านร่างกายที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก

การรบกวนจากอาการ	\bar{X}	SD	ระดับการรบกวนจากอาการ (%)				
			ไม่เลย	เล็กน้อย	พอควร	ค่อนข้างมาก	มาก
- ชาหรือเจ็บแปลบปลายมือ/เท้า	1.80	1.31	3.75	32.50	36.30	11.30	16.15
- ท้องผูก	1.57	1.51	6.10	30.70	15.30	24.60	23.30
- อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง	1.44	1.44	3.20	42.80	14.20	20.60	19.20
- มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม	1.44	1.50	9.60	35.50	11.30	17.70	25.90
- อึดอัดท้อง/มีลมในท้อง	1.38	1.36	6.10	47.60	10.70	21.80	13.80

ส่วนการรบกวนจากอาการด้านจิตใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลหรือกลัวมากที่สุด ($\bar{X} = 1.75, SD = .82$) รองลงมาคือ รู้สึกหงุดหงิด ($\bar{X} = 1.62, SD = .69$) รู้สึกกระวนกระวาย ($\bar{X} = 1.37, SD = .55$) และรู้สึกเศร้า ($\bar{X} = 1.32, SD = .52$) ตามลำดับ

ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในระดับต่ำ ($\bar{X} = 22.16, SD = 19.98$) จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0-105

คะแนน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ดีที่สุดมากเป็นอันดับ 1 ($\bar{X} = 1.61, SD = 1.43$) รองลงมา คือ ต้องการข้อมูลที่ให้ในรูปแบบที่สามารถเข้าใจได้ ($\bar{X} = 1.59, SD = 1.35$) ต้องการที่จอดรถในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นที่สามารถใช้บริการได้ ($\bar{X} = 1.50, SD = 1.45$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยจากสูงสุดไปต่ำสุดและร้อยละของความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง จำแนกตามความต้องการรายชื่อที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก

ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (%)				
			ไม่มีความต้องการ	เคยมีความต้องการแต่ได้รับการดูแลแล้ว	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ต้องการการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ดีที่สุด	1.61	1.43	41.70	.90	1.90	7.40	48.10
2. ต้องการข้อมูลที่ให้ในรูปแบบที่สามารถเข้าใจได้	1.59	1.35	37.00	1.90	2.80	18.50	39.80
3. ต้องการที่จอดรถในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นที่สามารถใช้บริการได้	1.50	1.45	45.40	.90	3.70	3.70	46.30
4. ต้องการข้อมูลที่ทันสมัย	1.48	1.38	40.70	2.80	3.70	13.90	38.90
5. ต้องการให้มีการบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ที่ใช้ประโยชน์ได้เมื่อต้องการ	1.44	1.44	47.20	.90	1.90	7.40	42.60

ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำพบว่าอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 6.74, SD = 5.81$) จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0-36 คะแนน สำหรับรายช้อกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนหายแล้วและมะเร็งจะไม่กลับมาอีก มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 1.58, SD = 1.49$) รองลงมา ได้แก่ มีความคิดเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ($\bar{X} = .92, SD = .90$) เชื่อว่าเป็นเรื่องปกติที่จะมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ($\bar{X} = .88, SD = 1.03$) และกังวลว่า เป็นไปได้ที่จะกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ($\bar{X} = .72, SD = .93$)

ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 109.14, SD = 10.32$) จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0-136 คะแนน คุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านที่อยู่ในระดับสูงที่สุด คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ($\bar{X} = 27.18, SD = 1.63$) และด้านที่คะแนนต่ำที่สุด คือ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($\bar{X} = 16.36, SD = 4.25$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนรวมเฉลี่ยและค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พบโดยรวม และจำแนกตามความผาสุกรายด้าน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด		คะแนนรวมเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าตามจริง				
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-144	83-131	109.14	10.32	3.21	ค่อนข้างสูง
คุณภาพชีวิตรายด้าน						
- ความผาสุกด้านร่างกาย	0-28	21-28	27.18	1.63	3.88	สูง
- ความผาสุกด้านสังคม/ ครอบครัว	0-28	7-28	18.56	4.95	2.65	ค่อนข้างสูง
- ความผาสุกด้านอารมณ์ จิตใจ	0-24	15-24	22.62	1.55	3.77	สูง
- ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม	0-24	6-24	16.36	4.25	2.72	ค่อนข้างสูง
- ความผาสุกด้านอื่นๆ เพิ่มเติม	0-36	15-32	22.70	3.36	2.52	ค่อนข้างสูง

* ค่าเฉลี่ย คำนวณจากค่าเฉลี่ยรวมรายด้านหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดของแบบประเมินรายด้าน

ผลจากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson correlation พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรบกวนจากอาการ ($r = -.368, p < .01$) และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ($r = -.341, p < .01$) ส่วนระยะของโรคมะเร็งและความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า การรบกวนจากอาการ ระยะของโรคมะเร็ง ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และความต้องการที่ไม่ได้รับ

การตอบสนอง ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี ได้ร้อยละ 20.4 ($R^2 = .204, F_{(4, 103)} = 6.586, p < .01$) โดยปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีที่สุด คือ การรบกวนจากอาการ ($\beta = -.295, p < .01$) รองลงมา คือ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ($\beta = -.261, p < .01$) ส่วนระยะของโรคมะเร็งและความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ พบว่าไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาค่าอำนาจการทำนายของการรบกวนจากอาการ ระยะของโรคมะเร็ง ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	137.900	7.644		18.050	<.001
การรบกวนจากอาการ	-.834	.259	-.295	-3.220**	.002
ระยะของโรคมะเร็ง	-1.206	1.846	-.059	-.653	.515
ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ	-.059	.159	-.033	-.371	.711
ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง	-.135	.047	-.261	-2.858**	.005

$R^2 = .204$, adj $R^2 = .173$, $F_{(4, 103)} = 6.586$, $p < .01^{**}$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมจัดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 109.14$, $SD = 10.32$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ (ร้อยละ 75) สิ้นสุดการรักษามากกว่า 1 ปี อาจเนื่องจากกระบวนการดูแลทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาลเป็นระบบที่มีมาตรฐาน มีระบบการตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งมีการประเมินและจัดการดูแลอาการข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดขึ้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างผู้รอดชีวิตจากมะเร็งรู้สึกพึงพอใจต่อระบบบริการที่ได้รับ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ซึ่งค่านี้เท่ากับกับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในการศึกษาของ Batehup และคณะ¹⁰ โดยใช้เครื่องมือเดียวกัน ($\bar{X} = 109.20$, $SD = 17.90$) ซึ่งจัดอยู่ในคุณภาพชีวิตระดับค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน¹⁰ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รับรู้ว่ามีระยะการดำเนินโรคดีและยังไม่มีอาการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ซึ่งมีโอกาสรอดชีวิตจากมะเร็งสูง อย่างไรก็ตามก็ตีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าการศึกษาของ เกศินี ธีรทองดี และคณะ⁹ ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้องในช่วง 1 ปีแรก โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่มีทวารเทียมพบว่ามีความเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ($\bar{X} = 61.70$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.60 เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดในช่วง 6 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเรียนรู้วิถีการใช้ชีวิตอยู่กับการมีรูทวารเทียมทางหน้าท้อง จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตยังไม่ดีเท่าที่ควร

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรบกวนจากอาการ ระยะของโรคมะเร็ง ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปีได้ ร้อยละ 20.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .204$, $F_{(4, 103)} = 6.586$, $p < .01$) โดยพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มากที่สุด คือ การรบกวนจากอาการ ($\bar{X} = -.295$, $p < .01$) ซึ่งอธิบายได้ว่า การรบกวนจากอาการทางด้านร่างกายและจิตใจที่หลงเหลือหลังสิ้นสุดการรักษา ซึ่งเป็นเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยและไม่สอดคล้องกับสิ่งที่คาดหวังไว้ นำไปสู่การปรับตัวที่ไม่ดี ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gray และคณะ⁴ พบว่าการรบกวนจากอาการเป็นปัจจัยที่มีอำนาจสูงสุดที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการด้านร่างกายที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด คือ อาการชาหรือเจ็บแปลบปลาย

มือ/เท้าจัดอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดชนิด Oxaliplatin แสดงให้เห็นว่าอาการชาหรือเจ็บแปลบปลายมือ/เท้ายังคงหลงเหลืออยู่หลังสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากนัก อาจเนื่องจากผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการตรวจติดตามจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นให้ทุเลาลง ส่วนการรบกวนจากอาการด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากที่สุด คือ กังวลหรือกลัวใจ ซึ่งจัดอยู่ในการรบกวนจากอาการต่อชีวิตประจำวันระดับต่ำ อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาคั้งนี้ร้อยละ 74.10 มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งผู้ป่วยรายงานว่าได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคู่สมรสเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เกติณี อธิทองดี และคณะ⁹ ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ⁹ สำหรับปัจจัยด้านความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองในการศึกษาคั้งนี้พบว่า ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี ($\beta = -.261$ $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Santin และคณะ⁶ และ Cheng, Wong และ Koh¹⁴ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองมาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง โดยเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งหลังสิ้นสุดการรักษาได้^{6,14} อาจอธิบายได้ว่าโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิมิระดับมหาวิทยาลัยที่มีความพร้อมในด้านบุคลากรและอุปกรณ์เทคโนโลยีการตรวจรักษา มีระบบการจัดการดูแลที่มาตรฐานสำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งทุกรายอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งได้รับการดูแลรักษาและตรวจติดตามอาการอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการที่ไม่ได้รับการสนองลดลงและคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น จากผลการศึกษาในคั้งนี้ผู้ป่วยมี

ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ดีเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองอยู่ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ต้องการการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ดีที่สุดซึ่งพบมากที่สุด อธิบายว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.40 เป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับการศึกษาพื้นฐาน สามารถค้นคว้าและศึกษาข้อมูลต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตน และคาดหวังกับระบบบริการที่ควรจะได้รับจากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ค่อนข้างมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Molassiotis และคณะ²² ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในประเทศไทยมีความต้องการการรักษาทางการแพทย์ที่ดีที่สุดมากเป็นอันดับหนึ่งเช่นเดียวกัน และกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าต้องการข้อมูลที่ให้ในรูปแบบที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้เป็นอันดับรองลงมา อธิบายว่าอาจเนื่องจากมีผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับบริการการรักษาเป็นจำนวนมาก ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพบแพทย์มีจำกัด การเข้าพบแพทย์ในแต่ละคั้ง ผู้ป่วยมากกว่าคั้ง (ร้อยละ 54.60) มีการศึกษาต่ำกว่าระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานซึ่งอาจไม่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Willems และคณะ²⁴ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากประสบกับปัญหาความต้องการการดูแลที่ไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดจากการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอและไม่ตอบสนองต่อความต้องการหรือแหล่งข้อมูลไม่สอดคล้องตรงกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และขาดวิธีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคได้

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคือ ระยะของโรคมะเร็ง พบว่าระยะของโรคไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษาได้ ซึ่งในแต่ละระยะของโรคมะเร็ง ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน อาจอธิบายได้ว่าจากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะโรคลุกลามจะได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยในระยะโรคไม่ลุกลามรวมทั้งได้รับการตรวจติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด

ส่งผลทำให้รู้สึกพึงพอใจต่อระบบบริการที่ได้รับเป็นอย่างมาก ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ramsey และคณะ¹¹ และ Cho และ Lu¹³ ซึ่งพบว่าระยะของโรคมะเร็งไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งได้อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างกับ Hung และคณะ⁸ ซึ่งพบว่าระยะของโรคมะเร็งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนได้ เนื่องจากเป็นช่วงแรกที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นผลมาจากระยะของโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับที่เพิ่งสิ้นสุดไป จึงส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง⁸ เช่นเดียวกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อาจเนื่องจากผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับต่ำ และจำนวนสองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าตนหายขาดและไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำจากโรคมะเร็งอีก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยผู้สูงอายุ (ประมาณร้อยละ 70) จึงอาจมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ น้อยกว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงวัยที่บุคคลประกอบอาชีพมีหน้าที่การงาน มีภาระต่างๆ ที่ต้องรับผิดชอบดูแล รวมทั้งมีการสร้างฐานะตนเองและครอบครัวให้มั่นคงเพื่อเป็นหลักประกันชีวิตในอนาคตต่อไป การได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งและเข้ารับการรักษาย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย ใจดี สันคมากกว่าผู้ป่วยผู้สูงอายุ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 98.20 นับถือศาสนาพุทธ จากการศึกษาสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวนมารายงานว่า ผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุมักสวดมนต์เป็นประจำทุกวันและนำหลักธรรมคำสั่งสอนของศาสนาพุทธเป็นหลักในการดำเนินชีวิต ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.20 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีโดยเฉพาะจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mellon, Northouse

และ Weiss²⁵ พบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.30) จึงอาจมีส่วนส่งผลให้ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยรวมของการศึกษานี้อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Cho และ Lu¹³ พบว่าความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งได้ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และประมาณสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเพศหญิง ซึ่งมีระดับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำมากกว่าผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเพศชาย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี คือ การรบกวนจากอาการ และความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ดังนั้นผู้ปฏิบัติทางคลินิก/บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้มีการจัดการการรบกวนจากอาการ และลดความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองโดยการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการจัดการการรบกวนจากอาการ และตอบสนองความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ขณะพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งระยะติดตามรักษา

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการอาการที่หลงเหลืออยู่ และลดความต้องการด้านต่างๆ ที่ไม่ได้รับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังสิ้นสุดการรักษา นอกจากนี้ควรศึกษาเชิงลึกในลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพในปัจจุบันความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง เพื่อให้ทราบถึงประเด็นและมุมมองของผู้ป่วยต่อความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

References

1. American Cancer Society. Colorectal cancer facts & figures 2014-2016. Atlanta: American Cancer Society; 2014.
2. National Cancer Institute. National cancer control programmes 2013-2017. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2013. (in Thai).
3. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med.* 1985;313(4):270-3.
4. Gray NM, Hall SJ, Browne S, Macleod U, Mitchell E, Lee AJ, et al. Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer. *Br J Cancer.* 2011;104(11):1697-703.
5. Mehnert A, Koch U, Sundermann C, Dinkel A. Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. *Acta Oncol.* 2013;52(6):1102-9.
6. Santin O, Murray L, Prue G, Gavin A, Gormley G, Donnelly M. Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;19(4):336-42.
7. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol.* 1993;11(3):570-9.
8. Hung HC, Chien TW, Tsay SL, Hang HM, Liang SY. Patient and clinical variables account for changes in health-related quality of life and symptom burden as treatment outcomes in colorectal cancer: a longitudinal study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(3):1905-9.
9. Teerathongdee K, Ronnarithivichai C, Thongchareon V, Pongthavornkamol K. Factors predicting quality of life in older adult patients with colorectal cancer post stomal surgery. *Thai Cancer Journal.* 2014;34(2):68-78. (in Thai).
10. Batehup L, Porter K, Gage H, Williams P, Simmonds P, Lowson, E, et al. Follow-up after curative treatment for colorectal cancer: longitudinal evaluation of patient initiated follow-up in the first 12 months. *Supportive Care Cancer.* 2017;25(7):2063-73.
11. Ramsey SD, Berry K, Moinpour C, Giedzinska A, Andersen MR. Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(5):1228-34.
12. Tung HY, Chao TB, Lin YH, Wu SF, Lee HY, Ching CY, et al. Depression, fatigue, and QoL in colorectal cancer patients during and after treatment. *West J Nurs Res.* 2016;38(7):893-908.
13. Cho D, Lu Q. The association between fear of cancer recurrence and quality of life among Chinese cancer survivors: main effect hypothesis and buffering hypothesis. *Qual Life Res.* 2017;26(9):2375-85.
14. Cheng KKF, Wong WH, Koh C. Unmet needs mediate the relationship between symptoms and quality of life in breast cancer survivors. *Supportive Care Cancer.* 2016;24(5):2025-33.
15. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image J Nurs Sch.* 1990;22(4):256-62.

16. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
17. 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.
18. Griffiths J, Putthioi S, Pongsuksri M. The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (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. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS, Thaler HT. The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF). *Cancer.* 2000;89(5):1162-71.
20. Simard S, Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *J Cancer Surviv.* 2015;9(3):481-91.
21. Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, Pendlebury S, Hobbs KM, Lo SK, et al. The development and evaluation of a measure to assess cancer survivors' unmet supportive care needs: the CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure). *Psychooncology.* 2007;16(9):796-804.
22. Molassiotis A, Yates P, Li Q, So WKW, Pongthavornkamol K, Pittayapan P, et al. Mapping unmet supportive care needs, quality-of-life perceptions and current symptoms in cancer survivors across the Asia-Pacific region: results from the International STEP Study. *Ann Oncol.* 2017;28(10):2552-8.
23. Sirilertrakul S, Jirajarus M, Rattanatharathorn W, Hanucharoenkul S, Sirachaiyanan A, Nilchaigowit T. Reliability of Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Thai version in breast cancer patients, colorectal cancer patients and lung cancer patient. *Thai Journal of Nursing Research.* 2000;4(1):61-77. (in Thai).
24. Willems RA, Bolman CAW, Mesters I, Kanera IM, Beaulen AA, Lechner L. Cancer survivors in the first year after treatment: the prevalence and correlates of unmet needs in different domains. *Psychooncology.* 2016;25(1):51-7.
25. Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nurs.* 2006;29(2):120-31.