

ขอประธาน/กรรมการฯ

Moni

(นางสาวดวงพร โตะนาค)



ผลงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
ในช่วงสถานการณ์โควิด-19

โดยวิธีปกติ

ของ

นางอาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11466)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11466)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ผลงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
ในช่วงสถานการณ์โควิด-19

โดยวิธีปกติ

ของ

นางอาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11466)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11466)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก รศ.ดร. บัณฑิต ลำแสงฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ พว. ชูรินทร์ สีสันตสุติ หัวหน้าตึกมหาวิทยาลัยราชวูธ 6A รวมถึงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานวิจัย และช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมหาวิทยาลัยราชวูธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ คุณพฤษ์ จิรสัตยาภรณ์ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช คุณอนุชา คำส้อม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบพระคุณ กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

อนึ่งผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ให้แก่เหล่าคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชา จนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง และขอมอบความกตัญญูกตเวทิตาคุณแด่บิดา มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

นางอาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์

พฤศจิกายน 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึง 1) ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 และ 2) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพเศรษฐกิจ สถานภาพการทำงาน การพักอาศัยการมาพบแพทย์ตามนัด ชนิดของโรคมะเร็ง และระยะของโรค 2) แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai HADS) 3) แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) และ 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC-QLQ-C 30 (version 3) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 54.60 ± 13.08 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 31.4 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสภาพเศรษฐกิจ (รายได้) ที่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 64.7 และมีสถานภาพการทำงานมีงานทำ ร้อยละ 43.1 มีการพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 30.4 กลุ่มตัวอย่างมีการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด มีค่าคะแนนรวมอาการวิตกกังวล (Total anxiety score) และคะแนนรวมอาการซึมเศร้า (Total depression score) เฉลี่ย 6.80 ± 3.79 และ 5.25 ± 3.66 ตามลำดับ มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลสำคัญที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 6.13$, $SD = 0.93$) กลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 70.34$, $SD = 19.96$) ผลการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 พบว่าอาการซึมเศร้า ($\beta = -2.482$, $p = 0.003$) อาการวิตกกังวล ($\beta = -2.630$, $p < 0.001$) ชนิดของโรคมะเร็ง ($\beta = -14.165$, $p = 0.028$) และระดับการศึกษา ($\beta = 12.348$, $p = 0.047$) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งขณะรับการรักษาและภายหลังการรักษา โดยการส่งเสริมให้พยาบาลตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

โดยใช้กระบวนการพยาบาล และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ ร่วมกับการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต อาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โควิด-19

Abstract

The aims of this study were 1) to investigate anxiety, social support, and the quality of life of cancer patients receiving chemotherapy during the Coronavirus disease (COVID-19) pandemic, and 2) to investigate the factors influencing the quality of life of cancer patients receiving chemotherapy during Coronavirus disease (COVID-19) pandemic by using WHO quality of life concept. The sample was 102 cancer patients who received chemotherapy at the university hospital. The instruments used to collect data were 1) a questionnaire about personal data, including gender, age, educational background, marital status, economic status, work status, residence, doctor appointment, type of cancer, and stage of cancer, 2) a questionnaire about anxiety and depression in Thai version (Thai HADS) 3) revised Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support in Thai version, and 4) measuring of quality - of - life EORTC-QLQ-C 30 (version 3) in Thai version. Data were analyzed by descriptive statistics, and Multiple Linear Regression analyzed predictive factors.

The findings revealed that the sample had an average age of 54.60 ± 13.08 years, and most of them were female, 66.7%. Besides, about 31.4% of the sample finished elementary school, and 60.8% were married. Most samples received earnings at the same amount of expense which was 64.7%, and 43.1% still had work. Approximately 30.4% of the sample lived with their families. Most of the samples had breast cancer and found that they had a total anxiety score and total depression score of about 6.80 ± 3.79 and 5.25 ± 3.66 , respectively. At the highest level, the sample received social support from an important person, not family members and friends ($\bar{X} = 6.13$, SD = 0.93). The sample had a moderate level of overall quality of life (Global health/QOL) ($\bar{X} = 70.34$, SD = 19.96). Regarding the result of studying factors influencing the quality of life of cancer patients receiving chemotherapy during Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic, it showed that all 4 variables including depression ($\beta = -2.482$, $p = 0.003$), anxiety ($\beta = -2.630$, $p < 0.001$), type of cancer ($\beta = -14.165$, $p = 0.028$), and educational background ($\beta = 12.348$, $p = 0.047$) were influence the quality of life. However, the variable which was not influence the quality of life was social support.

The findings would be useful for improving the quality of life of cancer patients before and after receiving chemotherapy. The nurses should be encouraged to provide patients anxiety and depression screening tests using nursing processes. In addition, the nurses should apply nursing evidence-based practice together with a multidisciplinary team leading to improve quality of care.

Keywords : Factor predicting quality of life, anxiety and depression, social support, Cancer patients receiving Chemotherapy during Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของการศึกษา	5
นิยามตัวแปร	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด	7
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง	9
ปัจจัยด้านบุคคล	9
ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย	10
ปัจจัยด้านจิตใจ	11
ปัจจัยด้านสังคม	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
กรอบแนวคิดการวิจัย	15
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	17
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	18
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	20
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	21
การวิเคราะห์ข้อมูล	22

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	23
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	44
อภิปรายผลการวิจัย	46
ข้อเสนอแนะ	50
บรรณานุกรม	51
ภาคผนวก	59
ภาคผนวก ก ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	60
ภาคผนวก ข ใบรับรอง COA 025-2565	71
ภาคผนวก ค แบบสอบถาม	74
ประวัติผู้วิจัย	81

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล	23
ตารางที่ 4.2 อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า	25
ตารางที่ 4.3 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติ เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม	26
ตารางที่ 4.4 คุณภาพชีวิตจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC-QLQ-C 30	27
ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	29
ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์ โควิด-19	36

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดและการวิจัย	16
ภาพที่ 2 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง	18

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 (COVID-19) ได้เริ่มระบาดมาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 และรุนแรงถึงขั้นการระบาดทั่วโลก (pandemic) ถึงปัจจุบันการระบาดยังมีอาจควบคุมได้โดยทั่วไปและมีแนวโน้มความรุนแรงต่อเนื่องเพิ่มขึ้นและยาวนาน สถานการณ์เช่นนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศและทั่วโลก เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับจำเป็นต้องร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวนมาก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่จำกัดก็ยิ่งขาดแคลนมากขึ้น รวมไปถึงยาเวชภัณฑ์ต่าง ๆ จากการหยุดชะงักหรือชะลอตัวของสายการผลิตทั่วโลก ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก จากการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยได้รับคำแนะนำให้อยู่ที่บ้านเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด แต่การอยู่บ้านอาจทำให้มะเร็งลุกลามและมีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากไปโรงพยาบาลเพื่อรักษามะเร็ง อาจเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคมะเร็งหากขาดโอกาสในการรักษา หรือได้รับการเลื่อนนัด เช่น การเลื่อนการผ่าตัด การเลื่อนให้ยาเคมีบำบัด สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้โรคมะเร็งมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (The Lancet, 2020) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสสูงที่โรคมะเร็งจะมีความรุนแรงและเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง (Tian et al., 2020) และพบว่าอัตราการเสียชีวิตจะสูงมากขึ้นหากได้รับยากดภูมิคุ้มกันร่วมด้วย (Clift et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Noha Sharafeldin et al., พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิตหากติดเชื้อโควิด ส่วนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) และการรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยกว่าการได้รับเคมีบำบัด (Sharafeldin et al., 2021) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการเว้นระยะห่างทางสังคมมากกว่าคนทั่วไป (social distancing) เนื่องจากอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะทำให้ได้รับเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และรู้สึกโดดเดี่ยว และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Brooks et al., 2020) โดยพบว่าในช่วงสถานการณ์โควิด-19 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่ำกว่าในช่วงสถานการณ์ปกติ (Ciazynska et al., 2020) คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะในชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยม ที่อาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย มาตรฐานของสังคม และความเกี่ยวข้องในสิ่งนั้น (วิภาดา พิงสุข, พิษณุรักษ์ กันทวี, และภัทรพล มากมี, 2563)

ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายความคาดหวังมาตรฐานและสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้นเป็นโมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (World Health Organization Division of Mental & Prevention of Substance, 1997) มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการ กลุ่มอาการ ความรุนแรงของโรค และการกลับมาเป็นก้อนมะเร็งซ้ำ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอน และแรงสนับสนุนทางสังคม (สุรชัย มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) โดยพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับระดับของคุณภาพชีวิตที่ต่ำของผู้ป่วย (Jeppesen et al., 2021)

ความวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปไม่ว่าจะเกิดจากความเครียด อยู่ในสถานการณ์ที่กดดัน ยิ่งในปัจจุบันเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่แพร่ระบาดไปทั่วโลก ผู้คนต่างก็เกิดความกดดัน ความเครียด ไปจนถึงความวิตกกังวล เช่น การกักตัวอยู่แต่บ้าน เพราะเกิดความกลัวว่าหากออกไปแล้วจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยในกลุ่มเปราะบาง มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (The Lancet, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องถูกกักตัวเนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโควิด-19 มีรายงานพบที่มีความผิดปกติทางอารมณ์บ่อยขึ้น เช่น ภาวะเครียด ซึมเศร้า (Brooks et al., 2020) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เนื่องจากกลัวการติดเชื้อโควิด (Qian et al., 2020) ทำให้ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่จะไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เพราะเชื่อว่าโรงพยาบาลเป็นแหล่งการแพร่กระจายของเชื้อโรค ส่งผลให้ระยะของโรคมะเร็งที่ความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Amador et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโควิดต่อการรักษาและการติดตามผลการรักษา (de Joode et al., 2020)

ส่วนปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ระดับสูงของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงสถานการณ์โควิด ได้แก่ อายุที่มากขึ้น การไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว การมีงานทำทั้ง full time และ part time การไม่มีโรคประจำตัว และการที่ไม่ได้รับเข้ารับการรักษาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา (Jeppesen et al., 2021) จากการศึกษาของ (Arab-Zozani et al., 2020) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ เพศชาย ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่เป็นลูกจ้างหรือมีงานทำ ผู้ที่ทำงานในสถานที่ที่ไม่พลุกพล่าน ผู้ป่วยที่ไม่

มีโรคประจำตัว และผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ระดับต่ำได้แก่ ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ได้แก่ เพศ และลักษณะที่อยู่อาศัย โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นเพศหญิง และอาศัยอยู่ในอพาร์ทเมนต์ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโควิดค่อนข้างสูง ทำให้มีคะแนนระดับคุณภาพชีวิตต่ำ (BAFFERT, K.-A et al., 2021) รวมไปถึงผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และผู้ที่มีระดับปริญญาตรี จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Arab-Zozani et al., 2020) รวมไปถึงสถานภาพการทำงานยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่อยู่ในสถานะว่างงานจากสถานการณ์โควิด มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่มีการทำงาน โดยเฉพาะในเพศชายที่มีหน้าที่หลักในการหารายได้ให้กับครอบครัว จะมีความเครียด ความวิตกกังวลสูง และส่งผลต่อระดับของคุณภาพชีวิต (Algahtani et al., 2021)

สถานการณ์โควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ล่าช้า จากสถิติพบว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ลดลงจากช่วงสถานการณ์ปกติ 20.8% การวินิจฉัยโรค (การตรวจผลชิ้นเนื้อ และการตรวจทางเซลล์วิทยา) ลดลง 57.1% การเข้ารับการรักษานในหน่วยเคมีบำบัดลดลง 14.3 % และการเข้ารับการรักษานแบบรังสีรักษาลดลง 5.3% ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้ได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาที่ล่าช้า ทำให้โรคมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง (Amador et al., 2021) การได้รับการรักษาที่ล่าช้าในช่วงสถานการณ์โควิด อาจจะส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนและยาวนานมากยิ่งขึ้น รวมทั้งส่งผลถึงอัตราการรอดชีวิตในระยะยาวลดลง ส่งผลให้การเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และมีการคาดการณ์ในอีก 10 ปีข้างหน้า จะมีผู้ป่วยมะเร็งเด้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่เสียชีวิตประมาณ 10,000 ราย จากการที่ได้รับการรักษาล่าช้า (Sharpless, 2020)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเป็นแหล่งที่คอยให้ความช่วยเหลือบุคคลให้มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาได้ ซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูล เอาใจใส่ ให้ความรัก ให้เกียรติ ให้ความเคารพ และการเป็นสมาชิกเครือข่ายที่มีบทบาทหน้าที่เกื้อกูลกัน แรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ เหล่านี้ อาจจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถปรับตัวได้ดี และอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นภายหลังการรักษาได้ (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, มณฑา ลิ้มทองกุล, 2557) แรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ญาติ แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล และผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเหมือนกัน มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยจะลดปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Hofman et al., 2021) โดยพบว่าแรงสนับสนุนด้านสังคมจากคนในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลสำคัญ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

(KIM & LEE, 2018) และแรงสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมการปรับตัวให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้มองโลกในแง่ดี ช่วยทำให้สุขภาพทางกาย และทางใจดีขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Applebaum et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันจิตใจในด้านลบ และลดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม รวมไปถึงลดอัตราการเสียชีวิตได้ (Ellis et al., 2020; Huang et al., 2018; Nurhan Dogan & Mehtap Tan, 2019)

นอกจากนี้ภาวะสภาพทางเศรษฐกิจในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการว่างงาน ทำให้ขาดรายได้ อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมักจะมี ความห่วงกังวล หลายด้านทั้งภาวะสุขภาพ ของตนเองและความไม่เพียงพอของภาวะเศรษฐกิจอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหา ของภาวะเศรษฐกิจได้ (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, มณฑา ล้อมทองกุล, 2557) สอดคล้องกับงานวิจัยของต่างประเทศพบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจที่ไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ทั้งในมิติด้านการทำหน้าที่ร่างกาย และมิติด้านอาการต่าง ๆ (Shao et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ในช่วงสถานการณ์โควิดในต่างประเทศ แต่ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานข้อมูลในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด รวมไปถึงการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในด้านการให้การดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น อาจทำให้เกิดผลดีแก่ตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้น้อยลง โดยจะทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัดและยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี อายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศในสาขาศัลยศาสตร์ สาขาอายุรศาสตร์ สาขารังสีรักษา โดยรับเป็นผู้ป่วยนอนพักค้างในโรงพยาบาลจำนวน 25 เตียง และให้ยาเคมีบำบัดวันเดียว 30 รายต่อวัน จากสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดใน หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ปี 2562 – 2563 จำนวน 1259 ครั้งต่อปี และ 1669 ครั้งต่อปี ตามลำดับ แต่ยังไม่พบ การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในช่วงสถานการณ์ โควิด-19

ขอบเขตของการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็ง 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ผู้วิจัยเลือก กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Sample Random Sampling)

นิยามตัวแปร

ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน ที่พักอาศัย โดยวัดได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ทางสภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค และการถูกเลื่อนการรักษาจากสถานการณ์ โควิด-19 โดยวัดได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจัยด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การประเมินการรับรู้ถึงความวิตกกังวลในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต โดยวัดได้จากแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ที่ได้แปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (Nilchaikovit et al., 1996) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อความ 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด

ปัจจัยด้านสังคม หมายถึง ปัจจัยด้านสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุน จากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว และเพื่อน หรือบุคคลที่ได้มี

ปฏิสัมพันธ์ต่อกันในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ข้อมูลข่าวสาร การประเมินพฤติกรรม และอารมณ์ หรือสังคม โดยวัดได้จากแบบสอบถามความรู้สึกละกหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย ศ.นพ.ทินกร วงศ์การันย์ และ ศ.พญ.ณัทธัย วงศ์การันย์ (Wongpakaran et al., 2018) โดยวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติจาก ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน ส่วนการประเมินภาวะทางเศรษฐกิจในช่วงสถานการณ์โควิด -19 โดยประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เกี่ยวกับสถานะในชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่อาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย มาตรฐานของสังคม และความเกี่ยวข้องในสิ่งนั้น โดยวัดได้จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core Questionnaire (EORTC-QLQ-C 30) (version 3) (Aaronson et al., 1993)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ต่ออาสาสมัคร อาสาสมัครอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ แต่บุคลากรทางการแพทย์จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดให้ดียิ่งขึ้น

ประโยชน์ต่อหน่วยงาน หรือสถาบัน ในด้านการบริการ หรือการรักษา หรือการเรียนการสอน เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ทราบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในช่วงสถานการณ์โควิด และนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาการดูแลที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

ประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศ ช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับการดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตในช่วงสถานการณ์โควิดให้ดียิ่งขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ดังนั้นการศึกษาทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีขอบเขตแนวคิดดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
 - 2.1 ปัจจัยด้านบุคคล
 - 2.2 ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย
 - 2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ
 - 2.4 ปัจจัยด้านสังคม
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

คุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้น เป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลใน ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, Division of Mental & Prevention of Substance, 1997)

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมะเร็งยังคงใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกันหรือผสมผสานกันเพื่อเป้าหมายในการควบคุมโรคและป้องกันการกระจายของมะเร็งทั้งการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี การรักษาด้วยฮอร์โมน ยาต้านมะเร็งแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) และวิธีการอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยการรักษามะเร็งที่ได้รับการความนิยมวิธีหนึ่งคือการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เป็นการรักษาด้วยการใช้สารเคมีหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ด้าน หรือทำลายเซลล์มะเร็งด้วยการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งหลายรูปแบบทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปและตายในที่สุด ซึ่งผลของการรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้สามารถรักษามะเร็งให้หายขาด (cure) ได้และไม่กลับมาเป็นซ้ำในโรคมะเร็งบางชนิด แต่มะเร็งบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือมะเร็งในระยะ

แพร่กระจาย การรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมโรค (control) และบรรเทาอาการ (palliation) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะได้ผลคือทำให้อาการของมะเร็งสงบลง แต่ก็ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาเคมีบำบัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้ทั้งผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่กับอาการที่เป็นความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Cherchiglia et al., 2018) จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการดูแลมากมายหลายประการทั้งที่เป็นความต้องการที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด (วารุณี มีเจริญ, จิตกานต์ กาลเทศ, และ กัลยา นุตระกูล, 2560)

จากการศึกษาในประเทศบราซิล ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงระหว่าง cycle ที่ 1 และ cycle ที่ 2 ของการให้ยาเคมีบำบัดจำนวน 230 ราย เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ เต้านม ลำไส้ใหญ่ ปากมดลูก ปอด และศีรษะและลำคอ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C 30 เวอร์ชัน 3 พบว่าภายหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัด คะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นในแต่ละด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านอารมณ์ ($p < 0.001$) ด้านอาการปวด ($p = 0.026$) ท้องเสีย ($p = 0.018$) และคลื่นไส้อาเจียน ($p < 0.001$) (Moreira et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ของไอและคณะ (Ai et al., 2017) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในแต่ละชุดจะมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันโดยในขณะได้รับยาเคมีบำบัดชุดแรกจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าการได้รับเคมีบำบัดชุดอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิงห์ และคณะ (Singh et al., 2014) และงานวิจัยของ Kristensen et al. (2016) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างการได้รับเคมีบำบัด จะลดลง และสูงขึ้นเมื่อสิ้นสุดการให้เคมีบำบัด

ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับอ่อนระยะลุกลาม จำนวน 116 ราย ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรกใน 12 แผนกที่ให้ยาเคมีบำบัด ในประเทศสเปน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม (global health) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) และคุณภาพชีวิตในด้านสภาวะอาการต่าง ได้แก่ อาการปวด ความอยากอาหารลดลง การนอนหลับ คลื่นไส้ และท้องผูก มีค่าคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ดังนั้นเคมีบำบัดไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงเพียงอย่างเดียว แต่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามได้ (Laquente et al., 2020)

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 83 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจลดลงระหว่าง การได้รับเคมีบำบัด และเพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(พรพิมล เลิศพานิช, อาภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2560) และการศึกษาของ (อุไรวรรณ ศุภศิลป์, 2562) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี จำนวน 105 ราย พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีร้อยละ 46.70 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีร้อยละ 53.30 สอดคล้องกับการศึกษาของ (วารุณี มีเจริญ, จิตกานต์ กาลเทศ, และกัลยา นุตรระ, 2560) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและญาติผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 90.38 ($S.D = 8.04$) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีเพียงด้านเดียว ($Mean = 32.24$, $S.D = 5.03$)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

คุณภาพชีวิตนั้นเป็นผลลัพธ์ของการจัดการกับภาวะสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดจากทฤษฎีการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ของ (Dodd et al., 2020) ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ด้านสังคมครอบครัว ด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านการปฏิบัติงานกิจกรรม และด้านเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยแต่ละโรคที่มีการปรับตัวต่างกันการที่ผู้ป่วยมะเร็งภายหลังการรักษาจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับอาการข้างเคียงที่มักเกิดขึ้นภายหลังการรักษาได้ (บัวหลวง ลำแดงฤทธิ์ และมณฑา ล้อมทองกุล, 2557) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม (World Health Organization Division of Mental & Prevention of Substance, 1997)

ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคลของผู้ป่วยซึ่งอาจได้แก่ อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมากอาจใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต ปรับตัวกับความเครียดและภาวะวิกฤตในชีวิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยและยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ นอกจากนี้ผู้ที่มีอายุน้อยอาจมีภาระต่าง ๆ ที่ต้องรับผิดชอบหลายอย่างหรือหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน โดยอาจอยู่ในวัยทำงานที่เป็นหลักของครอบครัว มีบุตรอายุน้อยที่ต้องดูแลหรือต้องปฏิบัติหน้าที่ภรรยา ภาระต่างๆเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยปรับตัวได้ยากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (บัวหลวง ลำแดงฤทธิ์ และมณฑา ล้อมทองกุล, 2557) จึงอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่อายุน้อยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Arab-Zozani et al., 2020)

นอกจากนี้ยังพบว่าด้านการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งด้วยเช่นกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่เรียนหนังสือ (Ramasubbu et al., 2021) การศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแพทย์ หรือพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีการศึกษาที่สูงมักจะมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (Al-Naggar et al., 2016) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศตุรกี ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 352 ราย พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Ustundag & Zencirci, 2015)

ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย

จากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการวินิจฉัยโรค และการรักษาที่ล่าช้า จากสถิติพบว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ลดลงจากช่วงสถานการณ์ปกติ 20.8%, การวินิจฉัยโรค (การตรวจผลชิ้นเนื้อ และการตรวจทางเซลล์วิทยา) ลดลง 57.1% การเข้ารับการรักษาในหน่วยเคมีบำบัดลดลง 14.3 % และการเข้ารับการรักษาแบบรังสีรักษา ลดลง 5.3 % ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยทำให้ได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาที่ล่าช้า ทำให้โรคมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลง (Amador et al., 2021) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีผู้ป่วยไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด คิดเป็นร้อยละ 9 เนื่องจากกลัวได้รับเชื้อโควิดจากโรงพยาบาล และต้องการพบแพทย์แบบออนไลน์ (video-consultation, telephone) มากกว่าไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล (Jeppesen et al., 2021) ซึ่งการได้รับการรักษาที่ล่าช้าในช่วงสถานการณ์โควิด อาจส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนและยาวนานมากยิ่งขึ้น รวมทั้งส่งผลถึงอัตราการรอดชีวิตในระยะยาว ลดลง ส่งผลการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ระยะของโรคหรือความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มักอยู่ในระยะสุดท้ายที่มีการลุกลามของมะเร็งแล้ว ทำให้การดำเนินของโรคเลวลงและเกิดอาการรบกวนหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกในด้านร่างกายจิตใจ สังคมและการปฏิบัติหน้าที่ สำหรับการรายงานคุณภาพชีวิตที่พบทั้งในระดับดี ปานกลาง และต่ำนั้น อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะความรุนแรงของโรคแตกต่างกันไป หากความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีเพราะยังไม่มีอาการลุกลามของโรคไปในอวัยวะ

ข้างเคียง หรือเกิดอาการรบกวนที่ชัดเจนผู้ป่วยจึงยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และไม่ต้องเข้ารับการรักษาย่อยครั้ง ต่างจากผู้ป่วยในกลุ่มที่มีระยะความรุนแรงของโรคในระยะที่ 3 และ 4 ที่จะพบอาการรบกวนอย่างเห็นได้ชัดทั้งด้านความถี่ ความรุนแรงจนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด (สุรัชย์ มณีเนตร และ ชนกพร จิตปัญญา, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Somjaivong et al. 2011) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะความรุนแรงของโรคในระยะที่ 1 และ 2 จึงพบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับสูง (ช่วงคะแนน 42 - 101) โดยมีมิติที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ความผาสุกด้านจิตใจ (คะแนนเฉลี่ย 2.94) รองลงมาคือความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว (คะแนนเฉลี่ย 2.91) ความผาสุกด้านร่างกาย (คะแนนเฉลี่ย 2.73) และความผาสุกด้านการทำกิจกรรม (คะแนนเฉลี่ย 2.38) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านจิตใจ

ความวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปไม่ว่าจะเกิดจากความเครียด อยู่ในสถานการณ์ที่กดดัน ยิ่งในปัจจุบันเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่แพร่ระบาดไปทั่วโลก ผู้คนต่างก็เกิดความกดดัน ความเครียด ไปจนถึงความวิตกกังวล เช่น การกักตัวอยู่แต่บ้าน เพราะเกิดความกลัวว่าหากออกไปแล้วจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยในกลุ่มเปราะบาง มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (The Lancet, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องถูกกักตัวเนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโควิด-19 มีรายงานพบว่ามีความผิดปกติทางอารมณ์บ่อยขึ้น เช่นภาวะเครียด ซึมเศร้า (Brooks et al., 2020) โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า เนื่องจากกลัวการติดเชื้อโควิด (Qian et al., 2020) ทำให้ปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่จะไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เพราะเชื่อว่าโรงพยาบาลเป็นแหล่งการแพร่กระจายของเชื้อโรค ส่งผลให้ระยะของโรคมะเร็งที่ความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Amador et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโควิดต่อการรักษาและการติดตามผลการรักษา (de Joode et al., 2020)

จากการศึกษาในประเทศจีน เกี่ยวกับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย จำนวน 129 รายในช่วงสถานการณ์โควิด-19 โดยใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พบว่ามีความวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 53 มีอาการซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 50 และผู้ป่วยส่วนใหญ่กลัวตนเอง จะติดเชื้อ ร้อยละ 85 กลัวคนในครอบครัวติดเชื้อร้อยละ 91 และกลัวโรคมะเร็งมีความก้าวหน้ามากขึ้น จากการรักษาล่าช้าร้อยละ 91 รายงานว่าได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ร้อยละ 98 และรายงานว่าการความช่วยเหลือด้านจิตใจร้อยละ 70 (Qian et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 5,302 ราย พบว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19

ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 47 และผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงรับการรักษามีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงติดตามการรักษา (follow up) คิดเป็นร้อยละ 54 และ 40ตามลำดับ ($p < 0.05$) (de Joode et al., 2020)

ดังนั้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางจิตใจอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาล่าช้า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความกังวลเกี่ยวกับอาการไอ หายใจลำบาก เหนื่อยล้า และอาการอื่น ๆ นอกจากนี้การแพร่ระบาดยังส่งผลให้รายได้ทางเศรษฐกิจลดลง ครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมลดลง ความไม่สะดวกด้านการเดินทางมาโรงพยาบาล และผลกระทบอื่นๆจากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของ COVID-19 รวมไปถึงอัตราการเสียชีวิตสูงในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงหรือมีโรคร่วม การขาดการรักษาและมาตรการกักตัว ล้วนส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตรวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาของ Sha et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็ง เปรียบเทียบระหว่างก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 และช่วงที่มีการระบาด พบว่าอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงที่มีการระบาดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเป็นแหล่งที่คอยให้ความช่วยเหลือบุคคลให้มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาได้ ซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูล เอาใจใส่ให้ความรัก ให้เกียรติ ให้ความเคารพ และการเป็นสมาชิกเครือข่ายที่มีบทบาทหน้าที่เกื้อกูลกัน แรงสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ เหล่านี้ อาจจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถปรับตัวได้ดี และอาจทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นภายหลังการรักษาได้ (บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, มณฑา ลิ้มทองกุล, 2557)

จากการศึกษาในศูนย์มะเร็งของประเทศเกาหลีหลาย ๆ แห่งพบข้อสรุปที่บ่งชี้ความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ทางสังคมสูง นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น รวมไปถึงสภาวะอาการต่าง ๆ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ปวด หายใจลำบาก รบกวนการนอนหลับ ท้องผูก ท้องร่วง รวมไปถึงปัญหาทางการเงิน และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเมืองมีแนวโน้มที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในระดับที่ต่ำกว่าเมื่อ

เปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท (Eom et al., 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Applebaum et al. (2014) ในประเทศอเมริกา จำนวน 168 ราย พบว่าระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และแรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเจ็บป่วย การตาย ความทุกข์ใจ โรคจิตเภท นอกจากนี้ยังพบว่า สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นประจำทุกวัน อาจเป็นสัญญาณของภาวะสุขภาพที่ลดลง เนื่องจากครอบครัวและเพื่อนฝูงมักจะให้การสนับสนุนตามความผาสุกทางร่างกายของผู้ป่วยมะเร็งลดลง

จากการศึกษาของ Huang et al. (2020) จากผู้เข้าร่วม 103 คน ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม พบว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในระยะลุกลามและ มีความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามควรได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเร็ว เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Raz et al. (2016) ศึกษาเกี่ยวกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขา ในผู้ป่วยจำนวน 71 ราย ภายหลังการผ่าตัดมะเร็งปอด พบว่าระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ตั้งแต่เนิ่น ๆ จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะแพร่กระจาย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน จำนวน 148 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการทางคลินิกของผู้ป่วยมะเร็งปอด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี มีระดับคุณภาพชีวิตทางทางด้านจิตใจและร่างกายที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่า (Gu et al., 2018)

ด้านเศรษฐฐานะเป็นปัจจัยอีกด้านหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง อาจเพราะรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต โดยช่วยตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่าง ๆ ของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง และที่สำคัญคือการรักษาพยาบาล ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต หากผู้ป่วยมีรายได้ที่เพียงพอก็จะช่วยให้ความรู้สึกมั่นคง สามารถจัดการกับความเครียดที่อาจเกิดขึ้นและช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีสถานะทางเศรษฐกิจ ที่ต่ำรายได้น้อยก็อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกวิตกกังวลจนเป็นเหตุให้คุณภาพชีวิตลดลง (สุรัชย์ มณีเนตร และ ชนกพร จิตปัญญา, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Ramasubbu et al, 2021) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะว่างงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตในด้านอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง และในช่วงสถานการณ์โควิดพบว่า พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในสถานะว่างงาน มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ทำงานทำ โดยเฉพาะในเพศชายที่มีหน้าที่หลักในการหา

รายได้ให้กับครอบครัว จะมีความเครียด ความวิตกกังวลสูง และส่งผลต่อระดับของคุณภาพชีวิต (Algahtani et al., 2021)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ และสุริพร ธนศิลป์ (2558) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความต้องการการดูแลความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด อาการซึมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 43

เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (2559) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้สูงที่สุด รองลงมา คือประสบการณ์การมีอาการด้านความรุนแรง และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อ

ชลยา อรรถาภินันท์ และพิรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงดี ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ภาวะวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

วารุณี มีเจริญ, จูติกานต์ กาลเทศ, และกัลยา นุตระกูล (2560) ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับความบำบัดและของญาติผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทุกด้านยกเว้นด้านสิ่งแวดล้อมของทั้งผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับความบำบัดและของญาติผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = .18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตัน (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคองที่มารักษาในคลินิกประคับประคอง

โรงพยาบาลลำพูน ผลการศึกษาพบว่า การมีผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับ palliative performance scale ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำตัวแปรมาวิเคราะห์หอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความวิตกกังวล ความรุนแรงของอาการ การมีผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยประคับประคอง เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทำนายได้ร้อยละ 63 โดยความวิตกกังวลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้สูงที่สุด

เจ็มทอง ตรีนตรไพบูลย์ และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา พิงสุข และคณะ (2563) ที่ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย ที่มีการศึกษามีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่หากสามารถอ่านออกเขียนได้หรือรู้หนังสือ จะช่วยให้ผู้ป่วยหาวิธีในการดูแลตัวเองได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ส่งผลต่อการรับรู้ที่จะดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Division of Mental, 1997) ได้กล่าวไว้ว่ามีปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ 1) ด้านบุคคล (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน รวมถึงปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพการทำงาน ระดับการศึกษา (เจ็มทอง ตรีนตรไพบูลย์ และคณะ, 2565; วิภาดา พิงสุขและคณะ, 2563; สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557; Arab.Zozani, 2020) 2) ด้านสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพร่างกาย ด้านสุขภาพในเรื่องการวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การรักษาที่ล่าช้า (World Health Organization. Division of Mental, 1996) 3) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ในเรื่องความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อคุณภาพผู้ป่วย 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้ที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทางสังคม เช่น การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียดสามารถเผชิญกับสถานการณ์

ได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ และสุริพร ธนศิลป์, 2558; ภัทรริกา ภูทวี, 2561; โสรัจญา สุริยันต์ และคณะ, 2558)

จากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในสถานการณ์โควิด-19 ตามกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพ



ภาพที่ 2.1: กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งราฐ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Sample Random Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก และเกณฑ์การหยุดการวิจัย

- เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 1-4
- 2) ได้รับยาเคมีบำบัด
- 3) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- 4) ผู้เข้าร่วมวิจัย หรือผู้ดูแลใกล้ชิด (พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร พี่สาว พี่ชาย น้องสาว น้องชาย) มี Smart phone และมีความสามารถในการใช้ Smartphone ระบบปฏิบัติการ Android หรือ IOS ได้ดี

- เกณฑ์การคัดออก

- 1) มะเร็งมีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ได้แก่ สมอง
- 2) มีข้อจำกัดในการใช้การ ใช้ Smartphone หรือการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ได้แก่ อินเทอร์เน็ตช้า หรือ ไม่มีอินเทอร์เน็ต

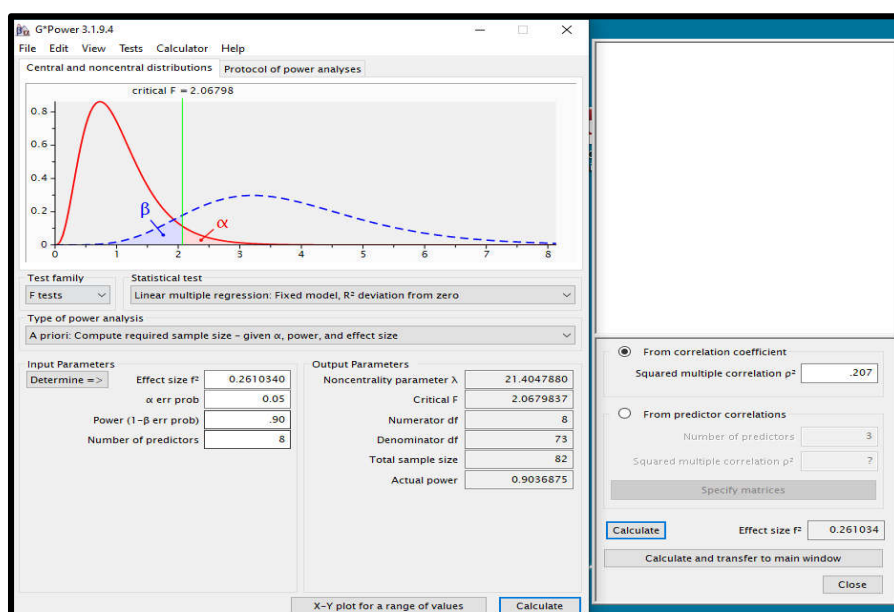
- เกณฑ์การหยุดการผู้เข้าร่วมวิจัย

- 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากวิจัยภายหลัง
- 2) ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ จนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ สัญญาณชีพไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือมีอาการแพ้ยาเคมีบำบัดอย่างรุนแรงทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

จำนวนอาสาสมัคร หรือขนาดตัวอย่าง

โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าอิทธิพล (Effect size) ของงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกันคือ Quality of life in patients with cancer during the COVID-19 pandemic – a Danish cross-sectional study (COPICADS) (Jeppesen et al., 2021) ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power

โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) .26 (คำนวณจากค่า R-Squared ของตัวแปร Concerned about contracting corona-virus เท่ากับ .207) อำนาจการทดสอบ .90 ค่าความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาด 82 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จากสูตร $n_{adj} = n / (1 - R) = 82 / (10.2) = 103$ ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากอาจมีอาการข้างเคียงหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่รุนแรง จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 103 รายดังแสดงรูปภาพ



ภาพที่ 2.2 : การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการศึกษานี้ มีการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) จำนวน 1 ราย ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำไปวิเคราะห์ข้อมูลเท่ากับ 102 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC - QLQ - C 30 (version 3) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพเศรษฐกิจ สถานภาพการทำงาน การพักผ่อน การมาพบแพทย์ตามนัด ชนิดของโรคมะเร็ง

และระยะของโรค ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม (Jeppesen et al., 2021; Arab-Zozani et al., 2020) โดยข้อมูลชนิดของโรค ระยะของโรค ช่วงเวลาที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งล่าสุดผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

2. แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) ที่ได้แปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดย ศ.นพ. ธนา นิลชัยโกวิทช์ และคณะ (Nilchaikovit et al., 1996) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด คะแนนระหว่าง 0 - 7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 8 - 10 คะแนน หมายถึงมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 11 - 21 คะแนน หมายถึงมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าระดับมาก

3. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support) โดยวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ทำการแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย ศ.นพ.ทินกร วงศ์ปลารักษ์ และ ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปลารักษ์ (Wongpakaran et al., 2018) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และ 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อยหมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำและคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC-QLQ-C 30 (version 3) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปที่ใช้กันอย่างกว้างขวางทั่วโลก ได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถาม 30 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินด้านการทำหน้าที่ 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านบทบาท ด้านการรับรู้ด้านอารมณ์และด้านสังคม การประเมินกลุ่มอาการ 3 กลุ่ม ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย อาการปวด และอาการคลื่นไส้อาเจียน และการประเมินอาการเดี่ยว 6 อาการ ได้แก่ อาการเหนื่อย อาการเบื่ออาหาร อาการนอนไม่หลับ อาการท้องผูก และอาการถ่ายเหลว รวมถึงการประเมินสถานะทางการเงินของผู้ป่วยที่เป็นผลจากโรคและการรักษาการประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตในภาพรวม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ตสเกล 4 ระดับตามระดับอาการ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ค่อนข้างมาก มากที่สุด โดยคะแนนคุณภาพชีวิตมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100 การแปลผลในส่วนของการประเมินด้านการทำหน้าที่ค่าคะแนนที่มากบ่งบอกถึงการมี

คุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนแบบประเมินด้านอาการนั้น ค่าคะแนนที่มากบ่งบอกถึงการมีระดับความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย แบบสอบถามความรู้สึกละเลยหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC-QLQ-C 30 (version 3) ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามอาการวิตกกังวล = 0.862 แบบสอบถามอาการซึมเศร้า = 0.812 แบบสอบถามความรู้สึกละเลยหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม = 0.905 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC-QLQ-C 30 = 0.925

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เขียนโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
2. ภายหลังโครงการวิจัยได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนเลขที่โครงการ COA 025-2565
3. ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย มว 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ร่วมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และการรวบรวมข้อมูลการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยให้ประสานงานกับคนไข้ให้ ผู้วิจัยเข้าพบ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
5. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือและขอความยินยอมจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัยประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ในการใช้เก็บข้อมูลของผู้ป่วย เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต สัญญาณอินเทอร์เน็ต รวมถึงความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อเข้าถึงแบบรวบรวมข้อมูล เช่น ความสามารถใช้เทคโนโลยี สายตา การควบคุมมือ
7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ครั้ง ระยะเวลาในการเข้าพบประมาณ 30 นาที เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามใบพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC-QLQ-C 30 (version 3) ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (google form) และถ้าหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตหรือการใช้งานในแบบสอบถามออนไลน์ (google form) ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยจะคอยให้การช่วยเหลือตลอดเวลาในช่วงของการเข้าร่วมวิจัย
8. ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินต่าง ๆ เสร็จสิ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้ดูแลหรือพยาบาลประจำการแล้วว่ารับรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็งและต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และสามารถปรับตัวยอมรับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้ โดยมีพยาบาลประจำการเป็นผู้แนะนำตัวผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับการบริการทางการแพทย์หรือการรักษาทางการแพทย์แต่อย่างใด ในการวิจัยครั้งนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางด้านจิตใจ หรือต้องการความช่วยเหลือและขอคำปรึกษา ผู้วิจัยจะให้การพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุลของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการวิจัยต่อไป

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย หนังสือยินยอม ไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อนามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย (มีผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบความหมาย)

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่เข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้เท่านั้น ยกเว้นการเปิดเผยต่อคณะกรรมการที่มีหน้า
ตรวจสอบความถูกต้องของโครงการฯ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เป็นต้น ผู้วิจัยจะ
จัดเก็บเอกสารต่าง ๆ ของโครงการวิจัย (เช่น หนังสือชี้แจง ใบบินยอมเข้าร่วมวิจัย โครงการวิจัยที่
ได้รับการรับรอง) ไว้ในที่ทำงานของผู้วิจัย โดยจะจัดเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อก เป็นเวลา 5 ปี
หลังจากที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยแล้ว หลังจากนั้นเอกสารต่าง ๆ จะถูกทำลายด้วยตัวผู้วิจัยเองโดยเครื่อง
ทำลายเอกสารหรือการมูลไว้ และเมื่อครบ 5 ปีหลังจากที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัย แล้วผู้วิจัยจะทำลาย
ไฟล์ข้อมูลต่าง ๆ ด้วยตัวของผู้วิจัยเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่
ร้อยละสำหรับข้อมูลมาตรานามบัญญัติ ค่าเฉลี่ยสำหรับข้อมูลมาตราอัตราส่วน
2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้สถิติด้วยการวิเคราะห์
การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ณ หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 102 คน ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 102)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	54.60 $\pm$ 13.08	
<60	64	(62.7)
≥ 60	38	(37.3)
เพศ		
ชาย	34	(33.3)
หญิง	68	(66.7)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	32	(31.4)
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	27	(26.5)
อนุปริญญา	10	(9.8)
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	26	(25.5)
สูงกว่าปริญญาตรี	7	(6.9)
สถานภาพสมรส		
คู่	62	(60.8)
โสด	21	(20.6)
หม้ายแยก/หย่า/	19	(18.6)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 102) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สภาพเศรษฐกิจ (รายได้)		
เพียงพอกับรายจ่าย	66	(64.7)
เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ	19	(18.6)
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	17	(16.7)
สถานภาพการทำงาน		
มีงานทำ	44	(43.2)
ว่างงาน	39	(38.2)
อยู่ในวัยเกษียณ	19	(18.6)
การพักอาศัย		
อยู่กับคู่สมรส	30	(29.4)
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	31	(30.4)
อยู่กับบุตรหลานบิดามารดา/	26	(25.5)
อยู่คนเดียว	15	(14.7)
การมาพบแพทย์ตามนัด		
ใช่	101	(99.0)
ไม่ใช่	1	(1.0)
ชนิดของโรคมะเร็ง		
มะเร็งเต้านม	27	(26.5)
มะเร็งเยื่อหุ้มโพรงมดลูกมะเร็งปากมดลูก/	18	(17.6)
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและทวารหนัก	17	(16.7)
มะเร็งศีรษะและลำคอ	15	(14.7)
มะเร็งปอด	13	(12.7)
มะเร็งตับ	3	(2.9)
มะเร็งอื่นๆ	9	(8.8)
ระยะของโรค		
1	3	(2.9)
2	4	(3.9)

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N = 102) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
3	55	(53.9)
4	40	(39.2)

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีอายุเฉลี่ย 54.60 ± 13.08 ปี และส่วนมากมีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 62.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 31.4 และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสภาพเศรษฐกิจ (รายได้) ที่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 64.7 และมีสถานภาพการทำงานมีงานทำ ร้อยละ 43.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 30.4 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการมาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 99 กลุ่มตัวอย่างมีการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาคือ โรคมะเร็งเยื่อหุ้มสมอง/มะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 26.5, 17.6 และ 16.7 ตามลำดับ และส่วนมากมีระยะของโรคในระยะที่ 3 ร้อยละ 53.9

ตารางที่ 4.2 อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (N=102)

อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
อาการวิตกกังวล		
คะแนนเฉลี่ย / SD	6.80 ± 3.79	
ระดับอาการวิตกกังวล		
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	62	(60.8)
ระดับปานกลาง	20	(19.6)
ระดับมาก	20	(19.6)
อาการซึมเศร้า		
คะแนนเฉลี่ย / SD	5.25 ± 3.66	
ระดับอาการซึมเศร้า		
ไม่มีอาการซึมเศร้า	67	(65.7)
ระดับปานกลาง	27	(26.5)
ระดับมาก	8	(7.8)

จากตารางที่ 4.2 พบว่า อาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนรวมอาการวิตกกังวล (Total anxiety score) และคะแนนรวมอาการซึมเศร้า (Total depression score) เฉลี่ย 6.80 ± 3.79 และ 5.25 ± 3.66 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าร้อยละ 19.6 และ 7.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากแบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (N=102)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน		
คะแนนเฉลี่ย / SD	6.13 ± 0.93	
ระดับการรับรู้		
ระดับต่ำ	27	(26.5)
ระดับปานกลาง	39	(38.2)
ระดับสูง	36	(35.3)
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว		
คะแนนเฉลี่ย / SD	6.26 ± 0.85	
ระดับการรับรู้		
ระดับต่ำ	24	(23.5)
ระดับปานกลาง	35	(34.3)
ระดับสูง	43	(42.2)
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน		
คะแนนเฉลี่ย / SD	5.53 ± 1.06	
ระดับการรับรู้		
ระดับต่ำ	30	(29.4)
ระดับปานกลาง	21	(20.6)
ระดับสูง	51	(50.0)

ตารางที่ 4.3 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับ
ความช่วยเหลือทางสังคม (N=102) (ต่อ)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม		
คะแนนเฉลี่ย / SD	5.97 ± 0.80	
ระดับการรับรู้		
ระดับต่ำ	31	(30.4)
ระดับปานกลาง	42	(41.2)
ระดับสูง	29	(28.4)

จากตารางที่ 4.3 พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 6.13, SD = 0.93) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 6.26, SD = 0.85) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 5.53, SD = 1.06) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 5.97, SD = 0.80)

ตารางที่ 4.4 คุณภาพชีวิตจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC-QLQ-C 30

EORTC-QLQ-C 30	Mean	SD
คุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL)	70.34	19.96
Functional scales		
ด้านร่างกาย (Physical functioning)	75.88	19.25
ด้านบทบาท (Role functioning)	76.31	22.91
ด้านอารมณ์ (Emotional functioning)	74.26	16.42
ด้านความคิด (Cognitive functioning)	75.98	18.99
ด้านสังคม (Social functioning)	70.42	19.61

ตารางที่ 4.4 คุณภาพชีวิตจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC-QLQ-C 30 (ต่อ)

EORTC-QLQ-C 30	Mean	SD
Symptom scales		
อาการอ่อนล้า (Fatigue)	40.74	19.49
อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Nausea and vomiting)	19.77	21.59
อาการปวด (Pain)	29.08	21.71
อาการเหนื่อย (Dyspnea)	23.20	22.39
นอนไม่หลับ (Insomnia)	32.68	24.81
เบื่ออาหาร (Appetite loss)	32.68	25.68
ท้องผูก (Constipation)	26.14	25.53
ถ่ายเหลว (Diarrhea)	8.82	16.20
อาการที่มีผลต่อสถานะทางการเงิน (Financial difficulties)	31.70	27.50

จากตารางที่ 4.4 พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 70.34, SD = 19.96) ในส่วนคุณภาพชีวิต Functional scales กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านร่างกาย (Physical functioning; $\bar{X}$ = 75.88, SD = 19.25) ด้านบทบาท (Role functioning; $\bar{X}$ = 76.31, SD = 22.91) ด้านอารมณ์ (Emotional functioning; $\bar{X}$ = 74.26, SD = 16.42) ด้านความคิด (Cognitive functioning; $\bar{X}$ = 75.98, SD = 18.99) และด้านสังคม (Social functioning; $\bar{X}$ = 70.42, SD = 19.61) และในส่วน Symptom scales กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ทั้งอาการอ่อนล้า (Fatigue; $\bar{X}$ = 40.74, SD = 19.49) อาการคลื่นไส้/อาเจียน (Nausea and vomiting; $\bar{X}$ = 19.77, SD = 21.59) อาการปวด (Pain; $\bar{X}$ = 29.08, SD = 21.71) อาการเหนื่อย (Dyspnea ; $\bar{X}$ = 23.20, SD = 22.39) นอนไม่หลับ (Insomnia; $\bar{X}$ = 32.68, SD = 24.81) เบื่ออาหาร (Appetite loss; $\bar{X}$ = 32.68, SD = 25.68) ท้องผูก (Constipation; $\bar{X}$ = 26.14, SD = 25.53) ถ่ายเหลว (Diarrhea ; $\bar{X}$ = 8.82, SD = 16.20) และอาการที่มีผลต่อสถานะทางการเงิน (Financial difficulties; $\bar{X}$ = 31.70, SD = 27.50)

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=102)

คุณลักษณะ	N	Mean	SD	F/t	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL)					
อายุ					
<60 ปี	64	72.01	19.04	1.093	0.277
≥60 ปี	38	67.54	21.38		
เพศ					
ชาย	34	69.12	21.08	-0.437	0.663
หญิง	68	70.96	19.50		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	32	73.18	20.49	0.651	0.627
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	27	66.36	23.63		
อนุปริญญา	10	72.50	15.24		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	26	68.59	19.19		
สูงกว่าปริญญาตรี	7	76.19	7.50		
สถานภาพสมรส					
คู่	62	71.64	19.76	0.565	0.570
โสด	21	66.27	19.45		
หม้ายแยก/หย่า/	19	70.61	21.58		
สภาพเศรษฐกิจ (รายได้)					
เพียงพอกับรายจ่าย	66	67.93	21.84	1.688	0.190
เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ	19	77.19	13.28		
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	17	72.06	17.17		
สถานภาพการทำงาน					
มีงานทำ	44	69.70	21.12	0.243	0.784
ว่างงาน	39	69.66	20.72		
อยู่ในวัยเกษียณ	19	73.25	15.86		

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=102)
(ต่อ)

คุณลักษณะ	N	Mean	SD	F/t	p-value
การพักอาศัย					
อยู่กับคู่สมรส	30	69.17	20.43	1.023	0.386
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	31	75.27	16.31		
อยู่กับบุตรหลานบิดามารดา	26	66.35	24.55		
อยู่คนเดียว	15	69.44	16.57		
การมาพบแพทย์ตามนัด					
ใช่	101	70.38	20.05	0.184	0.854
ไม่ใช่	1	66.67	.		
ชนิดของโรคมะเร็ง					
มะเร็งเต้านม	27	69.14	22.27	0.315	0.928
เยื่อหุ้มโพรงมดลูกมะเร็งปากมดลูก	18	71.76	18.99		
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	17	68.14	17.24		
มะเร็งศีรษะและลำคอ	15	72.78	22.38		
มะเร็งปอด	13	73.08	19.29		
มะเร็งตับ	3	77.78	9.62		
มะเร็งอื่นๆ	9	64.81	22.35		
ระยะของโรค					
1-2	7	70.24	19.16	0.624	0.989
3-4	95	70.35	20.11		
ระดับอาการวิตกกังวล					
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	62	76.75	16.05	14.252	<0.001*
ระดับปานกลาง	20	68.33	17.85		
ระดับมาก	20	52.50	22.31		
ระดับอาการซึมเศร้า					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	67	76.62	15.51	14.366	<0.001*
ระดับปานกลาง	27	61.73	20.71		
ระดับมาก	8	46.87	24.37		

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=102)
(ต่อ)

คุณลักษณะ	N	Mean	SD	F/t	p-value
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม					
ระดับต่ำ	31	72.31	16.16	0.349	0.706
ระดับปานกลาง	42	68.45	23.32		
ระดับสูง	29	70.98	18.72		
ด้านอารมณ์ (Emotional functioning)					
อายุ					
<60 ปี	64	74.87	16.03	0.481	0.631
≥60 ปี	38	73.25	17.24		
เพศ					
ชาย	34	75.25	15.00	0.425	0.672
หญิง	68	73.77	17.17		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	32	72.66	15.87	1.299	0.276
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	27	74.69	15.24		
อนุปริญญา	10	82.50	7.30		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	26	70.83	20.31		
สูงกว่าปริญญาตรี	7	80.95	14.20		
สถานภาพสมรส					
คู่	62	75.81	15.07	3.038	0.052
โสด	21	66.67	17.28		
หม้ายแยก/หย่า/	19	77.63	18.01		
สภาพเศรษฐกิจ (รายได้)					
เพียงพอกับรายจ่าย	66	72.47	16.28	3.399	0.037*
เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ	19	82.89	15.08		
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	17	71.57	16.15		

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=102)
(ต่อ)

คุณลักษณะ	N	Mean	SD	F/t	p-value
สถานภาพการทำงาน					
มีงานทำ	44	75.95	16.49	0.613	0.544
ว่างงาน	39	72.01	16.39		
อยู่ในวัยเกษียณ	19	75.00	16.67		
การพักอาศัย					
อยู่กับคู่สมรส	30	73.89	17.06	1.052	0.373
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	31	76.88	12.86		
อยู่กับบุตรหลานบิดามารดา/	26	69.87	20.15		
อยู่คนเดียว	15	77.22	14.25		
การมาพบแพทย์ตามนัด					
ใช่	101	74.01	16.30	-1.287	0.116
ไม่ใช่	1	100.00	.		
ชนิดของโรคมะเร็ง					
มะเร็งเต้านม	27	71.30	19.93	0.129	0.269
เยื่อบุโพรงมดลูกมะเร็งปากมดลูก/	18	71.76	15.69		
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	17	77.45	14.06		
มะเร็งศีรษะและลำคอ	15	81.11	14.25		
มะเร็งปอด	13	76.28	16.26		
มะเร็งตับ	3	80.56	17.35		
มะเร็งอื่นๆ	9	65.74	10.58		
ระยะของโรค					
1-2	7	67.86	13.11	-1.070	0.287
3-4	95	74.74	16.60		
ระดับอาการวิตกกังวล					
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	62	82.93	11.63	44.354	<0.001*
ระดับปานกลาง	20	65.83	11.44		
ระดับมาก	20	55.83	13.81		

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=102)
(ต่อ)

คุณลักษณะ	N	Mean	SD	F/t	p-value
ระดับอาการซึมเศร้า					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	67	81.47	14.13	29.535	<0.001*
ระดับปานกลาง	27	61.11	10.34		
ระดับมาก	8	58.33	12.60		
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม					
ระดับต่ำ	31	71.51	14.40	0.627	0.536
ระดับปานกลาง	42	75.60	17.21		
ระดับสูง	29	75.29	17.46		
ด้านสังคม (Social functioning)					
อายุ	64	69.79	19.89	-0.421	0.674
<60 ปี	38	71.49	19.34		
≥60 ปี					
เพศ	34	70.59	17.91	0.059	0.953
ชาย	68	70.34	20.53		
หญิง					
ระดับการศึกษา	32	67.71	19.37	0.828	0.510
ประถมศึกษา	27	73.46	18.06		
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	10	63.33	17.21		
อนุปริญญา	26	73.72	22.20		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	7	73.72	22.20		
สูงกว่าปริญญาตรี	62	69.05	20.25		
สถานภาพสมรส					
คู่	62	69.62	18.24	0.190	0.827
โสด	21	70.63	21.67		
หม้ายแยก/หย่า/	19	72.81	22.37		

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=102)
(ต่อ)

คุณลักษณะ	N	Mean	SD	F/t	p-value
สภาพเศรษฐกิจ (รายได้)					
เพียงพอกับรายจ่าย	66	70.20	17.67	0.074	0.929
เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ	19	71.93	19.29		
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	17	69.61	27.15		
สถานภาพการทำงาน					
มีงานทำ	44	69.70	18.77	0.520	0.596
ว่างงาน	39	69.23	19.70		
อยู่ในวัยเกษียณ	19	74.56	21.78		
การพักอาศัย					
อยู่กับคู่สมรส	30	68.33	20.69	0.455	0.714
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	31	70.43	19.58		
อยู่กับบุตรหลานบิดามารดา/	26	69.87	20.56		
อยู่คนเดียว	15	75.56	16.51		
การมาพบแพทย์ตามนัด					
ใช่	101	70.13	19.48	-1.526	0.130
ไม่ใช่	1	100.00	.		
ชนิดของโรคมะเร็ง					
มะเร็งเต้านม	27	77.16	17.99	0.106	0.394
เยื่อบุโพรงมดลูกมะเร็งปากมดลูก/	18	63.89	22.32		
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	17	66.67	22.82		
มะเร็งศีรษะและลำคอ	15	70.00	18.04		
มะเร็งปอด	13	70.51	18.20		
มะเร็งตับ	3	77.78	19.25		
มะเร็งอื่นๆ	9	68.52	15.47		
ระยะของโรค					
1-2	7	78.57	24.93	1.141	0.257
3-4	95	69.82	19.19		

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (N=102)
(ต่อ)

คุณลักษณะ	N	Mean	SD	F/t	p-value
ระดับอาการวิตกกังวล					
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	62	74.46	19.02	4.176	0.018*
ระดับปานกลาง	20	67.50	12.65		
ระดับมาก	20	60.83	23.74		
ระดับอาการซึมเศร้า					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	67	73.88	18.17	3.335	0.040*
ระดับปานกลาง	27	64.81	20.33		
ระดับมาก	8	60.42	23.47		
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม					
ระดับต่ำ	31	70.43	20.95	0.249	0.780
ระดับปานกลาง	42	69.05	20.68		
ระดับสูง	29	72.41	16.83		

* Significant at p-value <.05

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล และกลุ่มที่มีระดับอาการวิตกกังวลในระดับปานกลาง และระดับมากมีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 76.75 ± 16.05 , 68.33 ± 17.85 และ 52.50 ± 22.31 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง และระดับมากมีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 76.62 ± 15.51 , 61.73 ± 20.71 และ 46.87 ± 24.37 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดที่มีสภาพเศรษฐกิจ (รายได้) เพียงพอกับรายจ่าย เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ และไม่เพียงพอกับรายจ่ายมีคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.037) โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) เฉลี่ย 72.47 ± 16.28 , 82.89 ± 15.08 และ 71.57 ± 16.15 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับการเคมีบำบัดที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล และกลุ่มที่มี

ระดับอาการวิตกกังวลในระดับปานกลาง และระดับมาก มีคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) เฉลี่ย 82.93 ± 11.63 , 65.83 ± 11.44 และ 55.83 ± 13.81 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง และระดับมากมีคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) เฉลี่ย 81.47 ± 14.13 , 61.11 ± 10.34 และ 58.33 ± 12.60 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล และกลุ่มที่มีระดับอาการวิตกกังวลในระดับปานกลาง และระดับมากมีคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.018$) โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) เฉลี่ย 74.46 ± 19.02 , 67.50 ± 12.65 และ 60.83 ± 23.74 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และกลุ่มที่มีระดับอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง และระดับมากมีคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.040$) โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) เฉลี่ย 73.88 ± 18.17 , 64.81 ± 20.33 และ 60.42 ± 23.47 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (N=102)

คุณลักษณะ	B	SE(B)	β	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL)				
อายุ				
<60 ปี	กลุ่มอ้างอิง			
≥ 60 ปี	-8.717	6.017	-0.212	0.152
เพศ				
ชาย	กลุ่มอ้างอิง			
หญิง	0.175	6.136	0.004	0.977

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (N=102 (ต่อ))

คุณลักษณะ	B	SE(B)	β	p-value
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	กลุ่มอ้างอิง			
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	-8.395	5.817	-0.187	0.153
อนุปริญญา	-8.953	7.942	-0.134	0.263
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	-7.071	6.432	-0.155	0.275
สูงกว่าปริญญาตรี	-1.539	9.126	-0.020	0.867
สถานภาพสมรส				
คู่	กลุ่มอ้างอิง			
โสด	3.870	7.019	0.079	0.583
หม้ายแยก/หย่า/	4.330	7.982	0.085	0.589
สภาพเศรษฐกิจ (รายได้)				
เพียงพอกับรายจ่าย	กลุ่มอ้างอิง			
เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ	6.346	5.688	0.124	0.268
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	3.077	5.393	0.058	0.570
สถานภาพการทำงาน				
มีงานทำ	กลุ่มอ้างอิง			
ว่างงาน	4.381	4.764	0.107	0.361
อยู่ในวัยเกษียณ	10.976	7.111	0.215	0.127
การพักอาศัย				
อยู่กับคู่สมรส	กลุ่มอ้างอิง			
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	-4.434	5.508	-0.103	0.423
อยู่กับบุตรหลานบิดามารดา/	-10.091	8.267	-0.221	0.226
อยู่คนเดียว	-6.050	8.354	-0.108	0.471
การมาพบแพทย์ตามนัด				
ใช่	10.984	21.681	0.055	0.614
ไม่ใช่	กลุ่มอ้างอิง			

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (N=102 (ต่อ))

คุณลักษณะ	B	SE(B)	β	p-value
ชนิดของโรคมะเร็ง				
มะเร็งเต้านม	กลุ่มอ้างอิง			
เยื่อหุ้มสมองกระดูกมะเร็งปากมดลูก/	0.893	6.006	0.017	0.882
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-1.101	6.835	-0.021	0.872
มะเร็งศีรษะและลำคอ	-1.743	8.983	-0.031	0.847
มะเร็งปอด	1.411	7.382	0.024	0.849
มะเร็งตับ	-6.632	12.037	-0.056	0.583
มะเร็งอื่นๆ	1.183	8.512	0.017	0.890
ระยะของโรค				
1-2	กลุ่มอ้างอิง			
3-4	3.104	8.381	0.040	0.712
อาการวิตกกังวล	-0.677	0.813	-0.128	0.408
อาการซึมเศร้า	-2.482	0.811	-0.456	0.003*
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	-3.556	2.667	-0.142	0.187
ด้านอารมณ์ (Emotional functioning)				
อายุ				
<60 ปี	กลุ่มอ้างอิง			
≥60 ปี	2.987	3.203	0.088	0.354
เพศ				
ชาย	กลุ่มอ้างอิง			
หญิง	2.274	3.267	0.066	0.489
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	กลุ่มอ้างอิง			
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	2.265	3.097	0.061	0.467
อนุปริญญา	8.306	4.228	0.151	0.053
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4.349	3.424	0.116	0.208

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (N=102 (ต่อ))

คุณลักษณะ	B	SE(B)	β	p-value
สูงกว่าปริญญาตรี	1.870	4.859	0.029	0.701
สถานภาพสมรส				
คู่	กลุ่มอ้างอิง			
โสด	-5.889	3.737	-0.146	0.119
หม้ายแยก/หย่า/	-1.546	4.249	-0.037	0.717
สภาพเศรษฐกิจ (รายได้)				
เพียงพอกับรายจ่าย	กลุ่มอ้างอิง			
เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ	4.656	3.028	0.111	0.128
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	1.341	2.871	0.031	0.642
สถานภาพการทำงาน				
มีงานทำ	กลุ่มอ้างอิง			
ว่างงาน	2.820	2.536	0.084	0.270
อยู่ในวัยเกษียณ	-1.613	3.786	-0.038	0.671
การพักอาศัย				
อยู่กับคู่สมรส	กลุ่มอ้างอิง			
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	-4.998	2.932	-0.141	0.092
อยู่กับบุตรหลานบิดามารดา/	-3.728	4.401	-0.099	0.400
อยู่คนเดียว	2.139	4.447	0.046	0.632
การมาพบแพทย์ตามนัด				
ใช่	-12.084	11.543	-0.073	0.299
ไม่ใช่	กลุ่มอ้างอิง			
ชนิดของโรคมะเร็ง				
มะเร็งเต้านม	กลุ่มอ้างอิง			
เยื่อบุโพรงมดลูกมะเร็งปากมดลูก/	4.159	3.198	0.097	0.197
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	8.556	3.639	0.195	0.021*
มะเร็งศีรษะและลำคอ	11.039	4.782	0.239	0.024*

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (N=102 (ต่อ))

คุณลักษณะ	B	SE(B)	β	p-value
มะเร็งปอด	5.428	3.930	0.111	0.171
มะเร็งตับ	-5.355	6.409	-0.055	0.406
มะเร็งอื่นๆ	0.880	4.532	0.015	0.846
ระยะของโรค				
1-2	กลุ่มอ้างอิง			
3-4	0.126	4.462	0.002	0.977
อาการวิตกกังวล	-2.630	0.433	-0.606	<0.001*
อาการซึมเศร้า	-1.021	0.432	-0.228	0.021*
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	-0.114	1.420	-0.006	0.936
ด้านสังคม (Social functioning)				
อายุ				
<60 ปี	กลุ่มอ้างอิง			
≥60 ปี	2.114	6.322	0.052	0.739
เพศ				
ชาย	กลุ่มอ้างอิง			
หญิง	-0.638	6.447	-0.015	0.921
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	กลุ่มอ้างอิง			
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	12.348	6.112	0.279	0.047*
อนุปริญญา	-0.489	8.345	-0.007	0.953
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10.956	6.759	0.245	0.109
สูงกว่าปริญญาตรี	-5.951	9.589	-0.077	0.537
สถานภาพสมรส				
คู่	กลุ่มอ้างอิง			
โสด	-3.045	7.375	-0.063	0.681
หม้ายแยก/หย่า/	-2.710	8.387	-0.054	0.748

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (N=102 (ต่อ))

คุณลักษณะ	B	SE(B)	β	p-value
สภาพเศรษฐกิจ (รายได้)				
เพียงพอกับรายจ่าย	กลุ่มอ้างอิง			
เพียงพอกับรายจ่ายและเหลือเก็บ	-3.324	5.977	-0.066	0.580
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	0.372	5.667	0.007	0.948
สถานภาพการทำงาน				
มีงานทำ	กลุ่มอ้างอิง			
ว่างงาน	5.332	5.006	0.133	0.290
อยู่ในวัยเกษียณ	8.862	7.472	0.177	0.239
การพักอาศัย				
อยู่กับคู่สมรส	กลุ่มอ้างอิง			
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	1.881	5.788	0.044	0.746
อยู่กับบุตรหลานบิดามารดา/	1.736	8.686	0.039	0.842
อยู่คนเดียว	11.648	8.778	0.211	0.189
การมาพบแพทย์ตามนัด				
ใช่	-34.392	22.781	-0.174	0.135
ไม่ใช่	กลุ่มอ้างอิง			
ชนิดของโรคมะเร็ง				
มะเร็งเต้านม	กลุ่มอ้างอิง			
เยื่อบุโพรงมดลูกมะเร็งปากมดลูก/	-14.165	6.311	-0.277	0.028*
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-9.575	7.182	-0.183	0.187
มะเร็งศีรษะและลำคอ	-8.553	9.439	-0.155	0.368
มะเร็งปอด	-10.303	7.757	-0.176	0.188
มะเร็งตับ	3.744	12.648	0.032	0.768
มะเร็งอื่นๆ	-9.551	8.944	-0.139	0.289

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariable analysis) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (N=102 (ต่อ))

คุณลักษณะ	B	SE(B)	β	p-value
ระยะของโรค				
1-2	กลุ่มอ้างอิง			
3-4	-15.341	8.807	-0.199	0.086
อาการวิตกกังวล	-0.740	0.855	-0.143	0.389
อาการซึมเศร้า	-1.264	0.852	-0.236	0.142
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	-0.671	2.803	-0.027	0.812

Abbreviations: B: Regression coefficient, SE(B): Standard error of B, β : Standardized regression coefficient

Global health/QOL model: Constant = 101.568, R² = 0.391

Emotional functioning: Constant = 102.153, R² = 0.745

Social functioning: Constant = 131.145, R² = 0.303

* Significant at p-value < .05

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพเศรษฐกิจ (รายได้) สถานภาพการทำงาน การพักอาศัย การมาพบแพทย์ตามนัด ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า การรับรู้ หรือการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุน ทางสังคมจากเพื่อน ผลการศึกษาพบว่า

อาการซึมเศร้ามีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) เมื่อควบคุมอิทธิพล ของปัจจัยอื่น โดยที่อาการซึมเศร้ามีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 2.482 คะแนน (B = -2.482, p-value = 0.003) (ตารางที่ 6)

ชนิดของโรคมะเร็ง อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้ามีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น โดยที่ผลของชนิดของโรคมะเร็งต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และมะเร็งศีรษะและลำคอมีระดับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning)

ที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 8.556 คะแนน และ 11.039 คะแนน ตามลำดับ ($B = 8.556$, $p\text{-value} = 0.021$ และ $B = 11.039$, $p\text{-value} = 0.024$ ตามลำดับ) อาการวิตกกังวล มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 2.630 คะแนน ($B = -2.630$, $p\text{-value} < 0.001$) และอาการซึมเศร้ามีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 1.021 คะแนน ($B = -1.021$, $p\text{-value} = 0.021$)

ระดับการศึกษา และชนิดของโรคมะเร็งมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า มีระดับคุณภาพชีวิต ด้านสังคม (Social functioning) ที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา 12.348 คะแนน ($B = 12.348$, $p\text{-value} = 0.047$) ส่วนผลของชนิดของโรคมะเร็งต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเยื่อหุ้มสมอง/มะเร็งปากมดลูก มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) ที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 14.165 คะแนน ($B = -14.165$, $p\text{-value} = 0.028$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งร้าว 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราชิน จำนวน 102 คน ดังนี้

สรุปผลการวิจัย พบว่า

ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนรวมอาการวิตกกังวล (Total anxiety score) และคะแนนรวมอาการซึมเศร้า (Total depression score) เฉลี่ย 6.80 ± 3.79 และ 5.25 ± 3.66 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.6 และ 7.8 ตามลำดับ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ป่วยอาจเกิดความกดดัน ความเครียด ไปจนถึงความวิตกกังวล เช่น การกักตัวอยู่แต่บ้าน เพราะเกิดความกลัวว่าหากออกไปแล้วจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยในกลุ่มเปราะบาง มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (The Lancet, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Aminisani et al. (2017) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 14 และ 17.2 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศเอธิโอเปีย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเท่ากับ 7.9 และ 9.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษาในเอธิโอเปียไม่ได้เรียนหนังสือ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ได้เรียนหนังสือ นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยยังไม่ได้เข้าถึงการรักษาเท่าที่ควรจากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา เช่น การผ่าตัด มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัด (Wondie et al., 2020)

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 6.13, SD = 0.93) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 6.26, SD = 0.85) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 5.53, SD = 1.06) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 5.97, SD = 0.80) สอดคล้องกับงานวิจัยของ บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ลิ้มทองกุล (2557) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมไทยที่เน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันไม่ว่าจะเป็นจากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือคนในสังคม จึงทำให้ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษานี้อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับมาก จากครอบครัว เพื่อน และญาติ (Naseri & Taleghani, 2012) และจากการศึกษาของ Faghani et al. (2014) พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกันซึ่งแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัวเป็นความรู้สึกห่วงใย รักและผูกพัน เห็นอกเห็นใจจากสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในจิตใจ รู้สึกปลอดภัย แต่จากการศึกษาในประเทศตุรกี พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Pinar et al., 2012) อาจเนื่องจากมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และสังคม จึงทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยค่อนข้างน้อย จึงทำให้การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 70.34, SD = 19.96) ในส่วนคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ (Functional scales) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านร่างกาย (Physical functioning; $\bar{X}$ = 75.88, SD = 19.25) ด้านบทบาท (Role functioning; $\bar{X}$ = 76.31, SD = 22.91) ด้านอารมณ์ (Emotional functioning; $\bar{X}$ = 74.26, SD = 16.42) ด้านความคิด (Cognitive functioning; $\bar{X}$ = 75.98, SD = 18.99) และด้านสังคม (Social functioning; $\bar{X}$ = 70.42, SD = 19.61) และในส่วนคุณภาพชีวิต Symptom scales กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ทั้งอาการอ่อนล้า (Fatigue; $\bar{X}$ = 40.74, SD = 19.49) อาการคลื่นไส้/อาเจียน (Nausea and vomiting; $\bar{X}$ = 19.77, SD = 21.59) อาการปวด (Pain; $\bar{X}$ = 29.08, SD = 21.71) อาการเหนื่อย (Dyspnea; $\bar{X}$ = 23.20, SD = 22.39) นอนไม่หลับ (Insomnia; $\bar{X}$ = 32.68, SD = 24.81) เบื่ออาหาร (Appetite loss;

$\bar{X}$ = 32.68, SD = 25.68) ท้องผูก (Constipation; $\bar{X}$ = 26.14, SD = 25.53) ถ่ายเหลว (Diarrhea; $\bar{X}$ = 8.82, SD = 16.20) และอาการที่มีผลต่อสถานะทางการเงิน (Financial difficulties; $\bar{X}$ = 31.70, SD = 27.50) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่ประเทศโปแลนด์ ในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) ด้านการทำหน้าที่ (Functional scales) ด้านร่างกาย (Physical functioning) ด้านบทบาท (Role functioning) ด้านอารมณ์ (Emotional functioning) ด้านความคิด (Cognitive functioning) และด้านสังคม (Social functioning) อาจเนื่องจากช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนเมษายนปี 2020 ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 อย่างค่อนข้างมากในประเทศโปแลนด์ จึงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศโปแลนด์ต่ำกว่าการศึกษานี้ แต่ในส่วนคุณภาพชีวิตด้านกลุ่มอาการ (Symptom scales) ส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าการศึกษาของประเทศโปแลนด์ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากโรคค่อนข้างมาก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านกลุ่มอาการ (Symptom scales) สูงกว่าประเทศโปแลนด์ (Ciazynska et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeppesen et al. (2021) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-C30 เช่นเดียวกับการศึกษานี้ พบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เท่ากับ 71.3 และด้านการทำหน้าที่ (Functional scales) เท่ากับ 82.8 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ จึงทำให้คะแนนของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา พึ่งสุขและคณะ (2563) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในมิติด้านการทำหน้าที่ มิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย มิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ถิมทองกุล (2557) ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก มีกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีการรบกวนจากอาการข้างเคียงเลยจำนวนมากถึงร้อยละ 48.5 และมีช่วงเวลาหลังการรักษามากกว่า 5 ปี จำนวนมาก ถึงร้อยละ 40.9 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ห่างจากช่วงการรักษานาน และมีภาวะการรบกวนจากอาการข้างเคียงน้อยจึงทำให้ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 54.60 ± 13.08 ปี และส่วนมากมีอายุน้อยกว่า 60 ปี

ร้อยละ 62.7 แตกต่างจากงานวิจัยของ Ramasubbu et al. (2021) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าการศึกษาในครั้งนี้ เท่ากับ 49.68 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ramasubbu et al. (2021) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 54.2 และ 45.8 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 31.4 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาที่สูงกว่าระดับประถมศึกษา (Jeppesen et al., 2021; Arab-Zozani et al., 2020) และ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.8 สอดคล้องกับงานวิจัยของประเทศอิหร่าน ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 87.29 (Arab-Zozani et al., 2020) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสภาพเศรษฐกิจ (รายได้) ที่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 64.7 และมีสถานภาพการทำงานมีงานทำ ร้อยละ 43.1 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jeppesen et al. (2021) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีงานทำ ทั้งที่เป็นงานเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา คิดเป็นร้อยละ 32 และ 7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 30.4 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการมาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 99 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jeppesen et al. (2021) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเข้ามาตรวจตามแพทย์นัด และไม่ได้รับการเลื่อนนัดเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 90 กลุ่มตัวอย่างมีการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุดรองลงมาคือ โรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก/มะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 26.5, 17.6 และ 16.7 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jeppesen et al. (2021) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 30 และส่วนมากมีระยะของโรคในระยะที่ 3 ร้อยละ 53.9

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด-19
การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด ด้วยการวิเคราะห์แบบ Multivariable analysis โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) โดยมีปัจจัยวิเคราะห์ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพเศรษฐกิจ (รายได้) สถานภาพการทำงาน การพักอาศัย การมาพบแพทย์ตามนัด ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค อาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ ที่นอกเหนือจากครอบครัว และเพื่อน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผลการศึกษาพบว่า

อาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global health/QOL) ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น โดยที่อาการซึมเศร้ามีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิต

โดยรวม (Global health/QOL) คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 2.482 คะแนน ($B = -2.482$, $p\text{-value} = 0.003$) อาการวิตกกังวลมีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 2.630 คะแนน ($B = -2.630$, $p\text{-value} < 0.001$) และอาการซึมเศร้ามีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 1.021 คะแนน ($B = -1.021$, $p\text{-value} = 0.021$) เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ป่วยอาจเกิดความกดดัน ความเครียด ไปจนถึงความวิตกกังวล เช่น การกักตัวอยู่แต่บ้าน เพราะเกิดความกลัวว่าหากออกไปแล้วจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากเป็นผู้ป่วยในกลุ่มเปราะบาง มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (The Lancet, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Brooks et al. (2020) พบว่าผู้ป่วยที่ให้ออกกักตัวอยู่ที่บ้าน มีความเสี่ยงในการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากขึ้น โดยพบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เนื่องจากความกลัวตนเองจะได้รับเชื้อโควิด-19 (Qian et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Aminisani et al. (2017) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และจากการศึกษาของ Ramasubbu et al. (2021) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศญี่ปุ่นเช่นเดียวกัน ส่วนการศึกษาในประเทศเวียดนาม พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดเช่นเดียวกัน (Khue et al., 2019)

ชนิดของโรคมะเร็ง มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) ของผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนโดยที่ผลของชนิดของโรคมะเร็งต่อคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) พบว่าผู้ป่วยมะเร็ง มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งศีรษะและลำคอ มีระดับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Emotional functioning) ที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 8.556 คะแนน และ 11.039 คะแนน ตามลำดับ ($B = 8.556$, $p\text{-value} = 0.021$ และ $B = 11.039$, $p\text{-value} = 0.024$ ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากผลข้างเคียงจากการรักษามะเร็งเต้านมทำให้ผมร่วง เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ สมรรถภาพทางเพศลดลง และเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าคนปกติ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านอารมณ์ต่ำกว่าด้านอื่นๆ สอดคล้องการศึกษาของ Ustundag & Zencirci (2015) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมดีกว่ามะเร็งอื่นๆ ส่วนผลของชนิดของโรคมะเร็งต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกและมะเร็งปากมดลูก มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social

functioning) ที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 14.165 คะแนน ($B = -14.165$, $p\text{-value} = 0.028$) อาจเกิดจากผู้ป่วยมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกและมะเร็งปากมดลูก ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่แยกจากการดำเนินของโรค และผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชส่งผลต่อการทำหน้าที่ในบทบาทของผู้หญิง จึงทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสังคมต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Ustundag & Zencirci (2015) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตในด้านสังคมต่ำกว่ามะเร็งอื่น ๆ

ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์โควิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social functioning) ที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา 12.348 คะแนน ($B = 12.348$, $p\text{-value} = 0.047$) ทั้งนี้ อาจเกิดจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ การรู้หนังสือ จะช่วยในการอ่านออกเขียนได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากกว่าการไม่ได้เรียนหนังสือ ทำให้การรับรู้ที่จะดูแลตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมมีนัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al. (2020) พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และการศึกษาของ Ramasubbu et al. (2021) พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่สูงมีโอกาสในการเข้าถึงความรู้หรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จึงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (Ustundag & Zencirci, 2015)

ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ อาจเกิดจาก ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีข้อจำกัด ในการให้ญาติ, คนในครอบครัว, เพื่อน เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ จากทีมแพทย์และพยาบาลเท่านั้นขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน (ในที่นี้หมายถึงแพทย์และพยาบาล) อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 6.13$, $SD = 0.93$) จึงอาจทำให้ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ลิ้มทองกุล (2557) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ ($\beta = 0.70$, $p < 0.001$) ส่วนการศึกษาใน

สหรัฐอเมริกาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 168 ราย ทั้งนี้อาจเกิดจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งที่คอยให้ความช่วยเหลือบุคคลให้มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาได้ อาจช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งด้านมสามารถปรับตัวได้ดี และทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นภายหลังการรักษาได้ นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ป้องกันการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเพิ่มความผาสุกทางร่างกายให้กับผู้ป่วยมะเร็งได้ (Applebaum et al., 2014) และการศึกษาของ Zhang et al. (2020) ก็พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำผลการวิจัยครั้งนี้ มาใช้ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งขณะรับการรักษาและภายหลังการรักษาโดยการส่งเสริมให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญ ในการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการพยาบาล และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ ร่วมกับการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้ รวมทั้งดำเนินชีวิตภายหลังการรักษาได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนต่อไป ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ควรมีการประเมินความวิตกกังวล ซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดก่อนเข้ารับการรักษา เพื่อช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นที่
2. จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การลดความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ตลอดจนการวางแผนล่วงหน้าให้ผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม การประเมินและจัดการอาการรบกวนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากโรค ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของครอบครัวอันเป็นที่รัก
3. ควรศึกษาในลักษณะของ Multi-hospital เพื่อเพิ่มจำนวนประชากรที่เข้าร่วมการศึกษา และควรมีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาอื่นๆ เช่น การผ่าตัด การฉายแสง ซึ่งจะทำให้การศึกษาดังกล่าวครอบคลุมมากขึ้น

บรรณานุกรม

- ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ และสุริพร ธนศิลป์. (2558). ปัจจัยขาดสารที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 27(1), 120-132.
- เจียมทอง ตรีนตร ไพบูลย์, และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 31(2), 251-261.
- ชลยา อัดถาภินันท์ และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (2560). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีทวารเทียมใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย. *Chulalongkorn Medical Journal*, 61(3), 387-400.
- ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. (2563). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านเครือข่ายสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน, 25(36).25-35.
- พรพิมล เลิศพานิช, อาภาพร นามวงศ์พรหม,และน้ำอ้อย รักดีวงศ์. (2560). ประสิทธิภาพการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(1), 45-55.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ล้อมทองกุล. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(4). 85-93.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, สุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารกิจการมัย*, 23(2), 199-216.
- วิภาดา พิงสุข, พิษณุรักษ์ กันทวิ, และภัทรพล มากมี. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย. *วารสารสุขภาพ*, 43(1). 143-154.
- วารุณี มีเจริญ, จุติกานต์ กาลเทศ, และกัลยา นุตระกูล. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4). 52-61
- วิภาดา พิงสุข และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายๆจังหวัดเชียงราย. *วารสารสุขภาพ*, 43(1),143-154.

- สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2). 24-35.
- อุไรวรรณ สุกศิลป์. (2562). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(3). 461-468.
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., Haes, J. C. J. M. d., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Roze, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Ai, Z.-P., Gao, X.-L., Li, J.-F., Zhou, J.-R., & Wu, Y.-F. (2017). Changing trends and influencing factors of the quality of life of chemotherapy patients with breast cancer. *Chinese Nursing Research*, 4(1), 18-23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.006>
- Algahtani, F. D., Hassan, S. U., Alsaif, B., & Zrieq, R. (2021). Assessment of the Quality of Life during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey from the Kingdom of Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health*, 18(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph18030847>
- Al-Naggar, R., Osman, M., & Al-Baghdadi, N. (2016). Study of quality of life and characteristic factors in women with breast cancer undergoing different types of therapy. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 6, 147-152. <https://doi.org/10.7324/JAPS.2016.60922>
- Amador, M., Matias-Guiu, X., Sancho-Pardo, G., Contreras Martinez, J., de la Torre-Montero, J. C., Peñuelas Saiz, A., Garrido, P., García-Sanz, R., Rodríguez-Lescure, Á., & Paz-Ares, L. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the care of cancer patients in Spain. *ESMO Open*, 6(3), 100157. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100157>
- Aminisani, N., Nikbakht, H., Asghari Jafarabadi, M., & Shamshirgaran, S. M. (2017). Depression, anxiety, and health related quality of life among colorectal cancer survivors. *J Gastrointest Oncol*, 8(1), 81-88. <https://doi.org/10.21037/jgo.2017.01.12>
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psychooncology*, 23(3), 299-306. <https://doi.org/10.1002/pon.3418>

- Arab-Zozani, M., Hashemi, F., Safari, H., Yousefi, M., & Ameri, H. (2020). Health-Related Quality of Life and its Associated Factors in COVID-19 Patients. *Osong public health and research perspectives*, 11(5), 296-302. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2020.11.5.05>
- BAFFERT, K.-A., DARBAS, T., LEBRUN-LY, V., PESTRE-MUNIER, J., PEYRAMAURE, C., DESCOURS, C., MONDOLY, M., LATROUITE, S., BIGNON, E., NICOULEAU, S., GEYL, S., LEOBON, S., & DELUCHE, E. (2021). Quality of Life of Patients With Cancer During the COVID-19 Pandemic. *In Vivo*, 35(1), 663-670. <https://doi.org/10.21873/invivo.12306>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
- Clift, A. K., Coupland, C. A. C., Keogh, R. H., Diaz-Ordaz, K., Williamson, E., Harrison, E. M., Hayward, A., Hemingway, H., Horby, P., Mehta, N., Benger, J., Khunti, K., Spiegelhalter, D., Sheikh, A., Valabhji, J., Lyons, R. A., Robson, J., Semple, M. G., Kee, F., Johnson, P., Jebb, S., Williams, T., & Hippisley-Cox, J. (2020). Living risk prediction algorithm (QCOVID) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study. *BMJ*, 371, m3731. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3731>
- Cherchiglia, M. L., Moreira, D. P., & Simino, G. P. (2018). Quality Of Life Of Patients With Cancer Undergoing Chemotherapy In Belo Horizonte Hospitals. *Value in Health*, 21, S39. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.04.321>
- Ciazynska, M., Pabianek, M., Szczepaniak, K., Ułańska, M., Skibińska, M., Owczarek, W., Narbutt, J., & Lesiak, A. (2020). Quality of life of cancer patients during coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Psychooncology*, 29(9), 1377-1379. <https://doi.org/10.1002/pon.5434>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. Advancing the science of symptom management. 2001. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-76. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>

- de Joode, K., Dumoulin, D. W., Engelen, V., Bloemendal, H. J., Verheij, M., van Laarhoven, H. W. M., Dingemans, I. H., Dingemans, A. C., & van der Veldt, A. A. M. (2020). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on cancer treatment: the patients' perspective. *Eur J Cancer*, 136, 132-139. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.06.019>
- Ellis, K. R., Black, K. Z., Baker, S., Cothorn, C., Davis, K., Doost, K., Goestch, C., Griesemer, I., Guerrab, F., Lightfoot, A. F., Padilla, N., Samuel, C. A., Schaal, J. C., Yongue, C., & Eng, E. (2020). Racial Differences in the Influence of Health Care System Factors on Informal Support for Cancer Care Among Black and White Breast and Lung Cancer Survivors. *Fam Community Health*, 43(3), 200-212. <https://doi.org/10.1097/fch.0000000000000264>
- Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., Kang, Y. S., Kim, J. H., Cho, B. L., & Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psychooncology*, 22(6), 1283-1290. <https://doi.org/10.1002/pon.3133>
- Faghani, S., Rahmani, A., Parizad, N., Mohajjel-Aghdam, A. R., Hassankhani, H., & Mohammadpoorasl, A. (2014). Social support and its predictors among Iranian cancer survivors. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(22), 9767-9771. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.22.9767>
- Gu, W., Xu, Y. M., & Zhong, B. L. (2018). Health-related quality of life in Chinese inpatients with lung cancer treated in large general hospitals: across-sectional study. *BMJ Open*, 8(4), e019873. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019873>
- Hofman, A., Zajdel, N., Klekowski, J., & Chabowski, M. (2021). Improving Social Support to Increase QoL in Lung Cancer Patients. *Cancer Manag Res*, 13, 2319-2327. <https://doi.org/10.2147/cmar.S278087>
- Huang, F. F., Yang, Q., Zhang, J., Han, X. Y., & Zhang, J. P. (2018). The structural equation model on self-efficacy during post-op rehabilitation among non-small cell lung cancer patients. *PLoS One*, 13(9), e0204213. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204213>

- Jeppesen, S. S., Bentsen, K. K., Jørgensen, T. L., Holm, H. S., Holst-Christensen, L., Tarpgaard, L. S., Dahlrot, R. H., & Eckhoff, L. (2021). Quality of life in patients with cancer during the COVID-19 pandemic - a Danish cross-sectional study (COPICADS). *Acta Oncol*, 60(1), 4-12. <https://doi.org/10.1080/0284186x.2020.1830169>
- Khue, P. M., Thom, V. T., Minh, D. Q., Quang, L. M., & Hoa, N. L. (2019). Depression and Anxiety as Key Factors Associated With Quality of Life Among Lung Cancer Patients in Hai Phong, Vietnam [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00352>
- KIM, J., & LEE, J.-E. (2018). Social Support and Health-Related Quality of Life Among Elderly Individuals Living Alone in South Korea: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Research*, 26(5), 316-323. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000241>
- Kristensen, A., Vagnildhaug, O. M., Gronberg, B. H., Kaasa, S., Laird, B., & Solheim, T. S. (2016). Does chemotherapy improve health-related quality of life in advanced pancreatic cancer? A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol*, 99, 286-298. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2016.01.006>
- Laquente, B., Macarulla, T., Bugés, C., Martín, M., García, C., Pericay, C., Merino, S., Visa, L., Martín, T., Pedraza, M., Carnero, B., Guardeno, R., Verdager, H., Mut, A., Vilanova, D., & García, A. (2020). Quality of life of patients with metastatic pancreatic adenocarcinoma initiating first-line chemotherapy in routine practice. *BMC Palliat Care*, 19(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00610-4>
- Moreira, D. P., Simino, G. P. R., Reis, I. A., Santos, M., & Cherchiglia, M. L. (2021). Quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy in hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: does individual characteristics matter? *Cad Saude Publica*, 37(8), e00002220. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00002220>
- Naseri, N., & Taleghani, F. (2012). Social support in cancer patients referring to Sayed Al-Shohada Hospital. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(4), 279-283. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23833627>
- Nilchaikovit, T., Lotrakul, M., & Phisansuthideth, U. (1996). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *J Psychiatr Assoc Thai*, 41, 18-30.

- Nurhan Dogan, R., & Mehtap Tan, R. (2019). Quality of life and social support in patients with lung cancer. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 263-269.
- Pinar, G., Okdem, S., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2012). The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Cancer Nurs*, 35(3), 229-235.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822c47bd>
- Qian, Y., Wu, K., Xu, H., Bao, D., Ran, F., Wei, W., Cheng, T., Huang, D., Lin, X., Bruera, E., Hu, D., & Wu, Y. (2020). A Survey on Physical and Mental Distress among Cancer Patients during the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Palliat Med*, 23(7), 888-889. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0240>
- Ramasubbu, S. K., Pasricha, R. K., Nath, U. K., Rawat, V. S., & Das, B. (2021). Quality of life and factors affecting it in adult cancer patients undergoing cancer chemotherapy in a tertiary care hospital. *Cancer Reports*, 4(2), e1312.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cnr2.1312>
- Raz, D. J., Sun, V., Kim, J. Y., Williams, A. C., Koczywas, M., Cristea, M., Reckamp, K., Hayter, J., Tiep, B., & Ferrell, B. (2016). Long-Term Effect of an Interdisciplinary Supportive Care Intervention for Lung Cancer Survivors After Surgical Procedures. *The Annals of thoracic surgery*, 101(2), 495-503.
<https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2015.07.031>
- Sha, Z., Chang, K., Mi, J., Liang, Z., Hu, L., Long, F., Shi, H., Lin, Z., Wang, X., & Pei, X. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on lung cancer patients. *Annals of Palliative Medicine*, 9(5), 3373-3378. <https://apm.amegroups.com/article/view/52221>
- Sharafeldin, N., Bates, B., Song, Q., Madhira, V., Yan, Y., Dong, S., Lee, E., Kuhrt, N., Shao, Y. R., Liu, F., Bergquist, T., Guinney, J., Su, J., & Topaloglu, U. (2021). Outcomes of COVID-19 in Patients With Cancer: Report From the National COVID Cohort Collaborative (N3C). *Journal of Clinical Oncology*, 39(20), 2232-2246.
<https://doi.org/10.1200/jco.21.01074>
- Sharpless, N. E. (2020). COVID-19 and cancer. *Science*, 368(6497), 1290-1290.
<https://doi.org/doi:10.1126/science.abd3377>

- Shao, Z., Zhu, T., Zhang, P., Wen, Q., Li, D., & Wang, S. (2017). Association of financial status and the quality of life in Chinese women with recurrent ovarian cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0714-9>
- Singh, H., Kaur, K., Banipal, R. P., Singh, S., & Bala, R. (2014). Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy in a tertiary care center in malwa region of punjab. *Indian J Palliat Care*, 20(2), 116-122. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.132627>
- Somjaivong, B., Thanasilp, S., Preechawong, S., & Sloan, R. (2011). The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer Nurs*, 34(6), 434-442. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31820d0c3f>
- The Lancet, O. (2020). COVID-19: global consequences for oncology. *The Lancet. Oncology*, 21(4), 467-467. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30175-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30175-3)
- Tian, J., Yuan, X., Xiao, J., Zhong, Q., Yang, C., Liu, B., Cai, Y., Lu, Z., Wang, J., Wang, Y., Liu, S., Cheng, B., Wang, J., Zhang, M., Wang, L., Niu, S., Yao, Z., Deng, X., Zhou, F., Wei, W., Li, Q., Chen, X., Chen, W., Yang, Q., Wu, S., Fan, J., Shu, B., Hu, Z., Wang, S., Yang, X. P., Liu, W., Miao, X., & Wang, Z. (2020). Clinical characteristics and risk factors associated with COVID-19 disease severity in patients with cancer in Wuhan, China: a multicentre, retrospective, cohort study. *The Lancet. Oncology*, 21(7), 893-903. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(20\)30309-0](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(20)30309-0)
- Ustundag, S., & Zencirci, A. D. (2015). Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2(1), 17-25. <https://doi.org/https://doi.org/10.4103/2347-5625.152402>
- Wondie, Y., Mehnert, A., & Hinz, A. (2020). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) applied to Ethiopian cancer patients. *PLoS One*, 15(12), e0243357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243357>
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Sirirak, T., Arunpongpaisal, S., & Zimet, G. (2018). Confirmatory factor analysis of the revised version of the Thai multidimensional scale of perceived social support among the elderly with depression. *Aging Ment Health*, 22(9), 1143-1148. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1339778>

World Health Organization. Division of Mental, H., & Prevention of Substance, A. (1997).

WHOQOL : *measuring quality of life*. In. Geneva: World Health Organization.

Zhang, Y., Cui, C., Wang, Y., & Wang, L. (2020). Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 112-112.

<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01353-9>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
โทร. 022011929 โทรสาร 023547299

ที่ อว 78.065/40

วันที่ 17 มกราคม 2565

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

ตามหนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา โดย นางสาวศุภวรรณ ใจบุญ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา แจ้งความประสงค์ขออนุญาตใช้แบบวัด Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale (Thai HADS) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทช์ เพื่อนำมาใช้ในงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกระเพาะที่ได้รับเคมีบำบัด ในช่วงสถานการณ์โควิด-19” ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นประโยชน์ และสมควรสนับสนุนอย่างยิ่ง จึงอนุญาตให้ใช้แบบประเมินดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ



Date: 2022.01.17
23:33:51 +07'00'

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศุภวรรณ พุทธิศรี)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

“มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใส่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิคนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม”

ที่ อว ๘๓๙๓(๘).๗/๗๖

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการดูแล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

อ้างถึง หนังสือเลขที่ นมร.๐๔/๐๐๒๖ ลงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบวัดความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)
พร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ อาจารย์ศุภวรรณ ใจบุญ ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการดูแล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้จัดทำวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙” โดยขอความ
อนุเคราะห์ใช้แบบสอบถามเครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทาง
สังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) จากรายงานการวิจัยเรื่อง A revised Thai Multi-dimensional Scale of
Perceived Social Support (rMSPSS) ที่พัฒนาและแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์
มาใช้ในประกอบการทำโครงการวิทยานิพนธ์ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์ แล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว
ได้ ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุง และ
เอกสารอ้างอิงมาพร้อมนี้แล้ว อนึ่งขอให้อนุญาตใช้เครื่องมือ MSPSS จาก Prof. Zimet ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน คณบดีฯ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☐ เพื่อโปรดพิจารณา
☐ เห็นสมควรมอบ รองคณบดีฝ่ายวิจัย ฯ

ขอแสดงความนับถือ

(ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์)
คณ.ร.น.ร. คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

(Signature)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒

โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖

รองคณบดีฝ่ายวิจัย
 สืบ
 เพื่อทราบและโปรดดำเนินการต่อไป

(Signature)

(รองศาสตราจารย์บุญธิชา สุวิทย์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการดูแล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)

Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support

(r-T-MSPSS)

ผู้รักษายกย่องว่าคุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับข้อความต่าง ๆ เหล่านี้ โปรดอ่านแต่ละข้อความอย่างตั้งใจ และบอกว่าคุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ

[หมายเหตุ: บุคคลพิเศษคือบุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน]

กากบาท X ในช่อง "1" ถ้าคุณ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก กากบาท X ในช่อง "5" ถ้าคุณ ค่อนข้างเห็นด้วย
 กากบาท X ในช่อง "2" ถ้าคุณ ไม่เห็นด้วย กากบาท X ในช่อง "6" ถ้าคุณ เห็นด้วย
 กากบาท X ในช่อง "3" ถ้าคุณ ค่อนข้างไม่เห็นด้วย กากบาท X ในช่อง "7" ถ้าคุณ เห็นด้วยอย่างมาก
 กากบาท X ในช่อง "4" ถ้าคุณ เฉย ๆ

คำถาม	1	2	3	4	5	6	7
1. มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วยเหลือฉันหากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวตามที่ฉันต้องการ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

เฉพาะเจ้าหน้าที่

TO ☐

Fa ☐

Fr ☐

SO ☐

Kunavakorn H. (in preparation). A revised version of the Thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (r-MSPSS). Speech at HSEU in 2012:15/3/1503-9.

ลงนามลิขสิทธิ์

A Revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support

Nahathai Wongpakaran and Tinakon Wongpakaran
Chiang Mai University (Kingdom of Thailand)

In order to ensure the construct validity of the three-factor model of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and based on the assumption that it helps users differentiate between sources of social support, in this study a revised version was created and tested. The aim was to compare the level of model fit of the original version of the MSPSS against the revised version - which contains a minor change from the original. The study was conducted on 486 medical students who completed the original and revised versions of the MSPSS, as well as the Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) and Beck Depression Inventory II (Beck, Steer, & Brown, 1996). Confirmatory factor analysis was performed to compare the results, showing that the revised version of MSPSS demonstrated a good internal consistency - with a Cronbach's alpha of .92 for the MSPSS questionnaire, and a significant correlation with the other scales, as predicted. The revised version provided better internal consistency, increasing the Cronbach's alpha for the Significant Others sub-scale from 0.86 to 0.92. Confirmatory factor analysis revealed an acceptable model fit: χ^2 128.11, *df* 51, $p < .001$; TLI 0.94; CFI 0.95; GFI 0.90; PNFI 0.71; AGFI 0.85; RMSEA 0.093 (0.073-0.113) and SRMR 0.042, which is better than the original version. The tendency of the new version was to display a better level of fit with a larger sample size. The limitations of the study are discussed, as well as recommendations for further study.

Keywords: social support, MSPSS, model fit, confirmatory factor analysis.

En este trabajo se creó y probó una nueva versión de la Escala multidimensional de soporte social percibido (siglas en inglés: MSPSS); con el objetivo de asegurar su validez de constructo. Se comparó el nivel de ajuste del modelo de la versión original del MSPSS con la versión revisada que incluye cambios menores con respecto a aquella. En el estudio participaron 486 estudiantes de medicina que completaron ambas versiones del instrumento en cuestión, así como la Escala de autoestima de Rosenberg y el inventario de depresión de Beck II (Beck, Steer, & Brown, 1996). El análisis factorial confirmatorio realizado para comparar los resultados, mostró que la versión revisada del cuestionario MSPSS presentaba una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .92, y una correlación significativa con otras escalas, tal y como se predijo. La versión revisada mostró una mejor consistencia interna, incrementándose el alfa de Cronbach para la subescala de Otros significantes de .86 a .92. El análisis factorial confirmatorio reveló un aceptable modelo de ajuste: χ^2 128.11, *df* 51, $p < 0.001$; TLI 0.94; CFI 0.95; GFI 0.90; PNFI 0.71; AGFI 0.85; RMSEA 0.093 (0.073-0.113) y SRMR 0.042, mejorándose la versión original. La nueva versión tendía a mostrar un mejor nivel de ajuste con un mayor tamaño muestral. Se discuten las limitaciones del estudio, así como las recomendaciones para estudios futuros.

Palabras clave: apoyo social, MSPSS, modelo de ajuste, análisis factorial confirmatorio.

We would like to thank Professor Dr. Zimet for granting permission to use the MSPSS questionnaire and translate it into Thai, as well as the Faculty of Medicine at Chiang Mai University in Thailand for providing financial support for the research project: 'A comparison of the effects of providing feedback on psychotherapy outcomes', of which this article is a part.

Correspondence concerning this article should be addressed to Nahathai Wongpakaran, MD, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, 110 Intawarot Rd., Tambon Sriphoom, Amphur Muang, Chiang Mai, 50200 (Kingdom of Thailand). Phone: +66-53945422. Fax: +66-53945426. E-mail: nkuntawo@med.cmu.ac.th

The Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), developed by Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley, (1988), is a widely-used social support measure which judges an individual's perception of how much outside social support he or she receives (Dahlem, Zimet, & Walker, 1991; Ege, Timur, Zincir, Geçkil, & Sunar-Reeder, 2008; Frasure-Smith et al., 2000; Zimet et al., 1988; Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990). It is a brief, easy to administer self-reporting tool which contains twelve items rated on a five-point Likert-type scale, plus has been tested on different age groups and across different cultural backgrounds and found to be a reliable and valid measurement instrument (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner, & Seedat, 2008; Clara, Cox, Enns, Murray, & Torgrud, 2003; Ramaswamy, Aroian, & Templin, 2009).

Why was the revised version proposed?

Although most researchers have shown that the MSPSS is a three-factor construct which is able to take into account the latent factors of Family, Friends and Significant Others across a variety of circumstances; for example, different age groups, different cultural backgrounds and different specific disordered samples (Clara et al., 2003; Pedersen, Spinder, Erdman, & Denollet, 2009; Vaingankar, Abidin, & Chong, 2012; Zimet et al., 1988; Zimet et al., 1990), some investigators, such as Stanley, Beck, and Zebb, (1998), Chou (2000), Cheng and Chan (2004) and Wongpakaran et al. (2011), have found that a two-factor model can compete with the original three-factor structure where the sub-scale Significant Others is merged with either the Friends or Family sub-scales. However, this depends upon the characteristics of the sample; for instance: Significant Others can be merged with the Family sub-scale in a clinical sample and with the Friends sub-scale in a non-clinical sample. The characteristics of the groups used for the above-mentioned studies were as follows: for Stanley's study a group of 50 elderly people with generalized anxiety disorder was used, for Cheng and Chan (2004) and Chou (2000)'s studies a large sample of adolescents was used and for Wongpakaran and Wongpakaran's study, a group of 142 patients with major depression was used.

Method

Participants

A total of 486 participants, divided into two sample groups, were recruited for the study. The first group (named 'Group 1'), who volunteered for the study, consisted of 310 medical students studying in years one to five at the Faculty of Medicine, Chiang Mai University. In total 59% of this group was made up of females, aged 18 to 22 years old (M

$= 19.16$ years, $SD = 1.02$ years), and this group used the original version of the MSPSS.

The second group (named 'Group 2') used the revised version of the MSPSS and included 176 participants from the first year of the Faculty of Medicine, aged 18 to 23 years old ($M = 18.76$, $SD = .57$) - with 43.2% of the people in this group being male. This group completed the revised version of the MSPSS, the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Beck Depression Inventory II.

Apparatus

The revised Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (the revised MSPSS)

The MSPSS consists of twelve items rated on a five-point Likert-type scale, with answers ranging from 'strongly disagree' (1) to 'strongly agree' (5). There are three sub-scales used by the scale: Significant Others (SO) (Items 1, 2, 5, and 10), Family (FA) (Items 3, 4, 8, and 11) and Friends (FR) (Items 6, 7, 9, and 12). The MSPSS has been shown to be psychometrically sound when used with diverse samples, revealing good internal reliability and test-retest reliability and robust factorial validity (Cecil, Stanley, Carrion, & Swann, 1995; Zimet et al., 1988). Likewise, the Thai version of the MSPSS has demonstrated good reliability and validity ($\alpha = .92$) (Wongpakaran & Wongpakaran, 2011).

In an attempt to help increase awareness when students responded to the revised questionnaire items, we added the sentence "Note: special person excludes friends and family" to the instructions, in order to warn the respondents to be aware of the existence of the SO sub-scale (see table 4).

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

The Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) was also utilized to examine the convergent validity; a ten-item questionnaire, using a four-point Likert scale with answers ranging from 'strongly agree' to 'strongly disagree', and with higher scores associated with higher levels of self-esteem, one example being "On the whole, I am satisfied with myself." The Thai Self-Esteem Scale has revealed a good internal consistency ($\alpha = .87$) and concurrent validity with the adult attachment scale (Wongpakaran, Wongpakaran, & Wannarit, 2011).

Thai Depression Inventory (TDI)

The TDI, developed by Lotrakul and Sukanich, is an instrument that measures the severity of depression, consisting of twenty items and a four-point scale with answers ranging from 1 (*no symptoms*) to 4 (*mostly severe*). Higher scores are associated with stronger feelings of depression. The internal reliability and concurrent validity of this instrument when compared with other depressive measurements has been found to be satisfactory ($\alpha = .86$; $r = .72$). (Lotrakul & Sukanich, 1999)

Table 1
The revised-MSPSS

We are interested in learning about your feelings toward the following statements. Please read each statement carefully and indicate how you feel about it. (Note: "special" person excludes friends or family)

	Circle No. 1 if you strongly disagree						
	Circle No. 2 if you disagree						
	Circle No. 3 if you disagree only slightly						
	Circle No. 4 if you feel neutral						
	Circle No. 5 if you agree only slightly						
	Circle No. 6 if you agree						
	Circle No. 7 if you strongly agree						
1. Someone special is within reach when I need help.	1	2	3	4	5	6	7
2. Someone special is able to share my overwhelming happiness and grief.	1	2	3	4	5	6	7
3. My family really tries to help me.	1	2	3	4	5	6	7
4. I have received encouragement and moral support from my family when I needed it.	1	2	3	4	5	6	7
5. I have a special person who is the true source of my morale.	1	2	3	4	5	6	7
6. My friend has really tried to help me.	1	2	3	4	5	6	7
7. I can depend on my friend when failures happen.	1	2	3	4	5	6	7
8. I can tell my problems to my family.	1	2	3	4	5	6	7
9. I have a friend who can share my overwhelming happiness and grief.	1	2	3	4	5	6	7
10. There is a special person in my life who cares about my feelings.	1	2	3	4	5	6	7
11. My family is willing to help me make decisions.	1	2	3	4	5	6	7
12. I am able to tell my problems to my friend.	1	2	3	4	5	6	7

Data Analysis

Descriptive statistics were used for data screening and were found to be within acceptable parameters across both sample groups (that is, an acceptable reliability was found ($\alpha > .6$), and all items had a skewness and kurtosis of $< \pm 2$) (Kline, 1998). Any missing values were managed by replacing them with the series mean. Data screening was conducted for exploratory factor analysis (EFA), and the sampling adequacy was found to be good, with a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) value of 0.89 for Group 1 and 0.88 for Group 2. Bartlett's test of sphericity was also significant in both sample groups ($p < .001$) (Kaiser, 1958). The maximum likelihood method, with an oblique rotation, was performed on the items and for confirmatory factor analysis - without error terms correlated. To establish model fit indices, the following criteria were used: a Comparative Fit Index (CFI) of $\geq .95$, Non-Normed Fit Index (NFI) or Tucker-Lewis Index (TLI) values of $\geq .9$, a root-mean-square error of approximation (RMSEA) of $\leq .06$ - with values as high as .08 indicating a reasonable fit, a standardized root-mean-square residual (SRMR) of $\leq .08$ (Hu & Bentler, 1998, 1999, 1995) and the result of equation $\chi^2/df < 3$ (Kline, 1998). Modification indices were added to the model after the initial analysis, and a 'bootstrapping' procedure was applied to estimate how χ^2 would change when using a larger sample (Efron & Tibshirani, 1993). As recommended by Nevitt and Hancock (2000) Bollen-Stine

bootstraps were used. Internal consistency reliability was determined through calculation of Cronbach's alpha coefficient, whereby a reliability of more than .70 is acceptable (Nunnally & Bernstein, 1994). To assess the model fit, descriptive statistics and factor analysis were used to compare the results of Group 1 - using the original version of the MSPSS for a 310 student sample, with those of Group 2- using the revised version of the MSPSS for a 176 student sample. Factor analysis was carried out using the SPSS AMOS package version 18 (Arbuckle, 2009).

Results

Descriptive statistics

The mean total and sub-scale scores for Group 1 were not significantly different to those of Group 2, except for the SO sub-scale ($M \pm SD$ = 5.62 ± 1.04 in Group 1 and 5.15 ± 1.40 in Group 2, $p < .0001$). No significant gender differences were found for the total and sub-scale scores in Group 1, whereas for Group 2 there were significantly higher total, FR and FA scores for females (5.80 ± 0.84 and 5.35 ± 1.01 ; 5.79 ± 0.90 and 5.38 ± 1.07 ; 6.36 ± 0.84 and 5.71 ± 1.13 , all $p < .01$) when using the revised version. No relationship between age and the total or sub-scale scores for the MSPSS used by both groups was found.

Table 1
Comparison of the factor loadings for the original and revised version

Item no.	FR		FA		SO	
	Original	revised	Original	revised	Original	revised
7	.91	.87				
6	.91	.87				
9	.84	.85				
12	.82	.81				
4			.89	.85		
11			.85	.79		
3			.82	.88		
8			.71	.69		
5					.83	.89
10					.81	.90
2					.77	.85
1					.70	.82
Eigenvalues	6.20	6.43	1.80	1.95	1.17	1.01
% variances	51.66	53.56	15.03	16.22	9.07	8.40
Mean ($\pm$ SD)	5.56 $\pm$ 1.07	5.15 $\pm$ 1.40	6.25 $\pm$ 0.91	6.08 $\pm$ 1.03	5.57 $\pm$ 1.06	5.15 $\pm$ 1.40
Cronbach's alpha	.91	.91	.83	.88	.86	.92

Reliability

The internal consistency of the original MSPSS was good, with a Cronbach's alpha of .91; while for the sub-scales it was .91, .83 and .86 for FR, FA and SO respectively. In the revised version, the Cronbach's alpha was .92, and for the sub-scales it was .91, .88 and .92 for FR, FA and SO respectively (see Table 1).

Factor analysis

EFA yielded eigenvalues of 6.20, 1.80 and 1.17 for Group 1 - accounting for 51.66%, 15.03% and 9.71%, of the variance, and eigenvalues of 6.43, 1.95 and 1.01 for Group 2, accounting for 53.56%, 16.22%, and 8.40% of the variance. Factor loadings ranged from .70 to .91 in Group 1, and from .81 to .89 in Group 2. There was a high correlation between SO and FR in Group 1 ($r = .60$, $p < .0001$), whereas the correlation between SO was higher with FA than with FR in Group 2 ($r = .47$, $p < .0001$) (Table 3).

Table 2 shows that both two-factor model was clearly lacking in terms of fit; whereas, with regard to the three-factor model there was a close fit between the original and revised version, with the original version (Group 1) yielding: χ^2 198.66, df 51, $p < .001$; TLI .93; CFI .94; GFI .90; PNFI .71; AGFI .85; RMSEA .097 (.083 - .111); SRMR .046; AIC 252.66 and CAIC 380.52, and Group 2 yielding: χ^2 128.11, df 51, $p < .001$; TLI .94; CFI .95; GFI .90; PNFI .71; AGFI .85; RMSEA .093 (.073-.113); SRMR .042; AIC 182.11 and CAIC 294.72. Overall the level of fit was

acceptable for both versions, though the revised version tended to show a better fit, especially for AIC and CAIC which were smaller in the revised version than in the original. In addition, the Bollen-Stine bootstrap revealed that the model fit was better for the 1967 bootstrap samples. Testing the null hypothesis in order to show that the model was correct, the Bollen-Stine bootstrap $p = .017$.

Concurrent validity

As expected, the total scores for the revised version of the MSPSS, the RSES and TDI correlated significantly ($r = .44$, $p < .001$, and $r = -.31$, $p < .001$ respectively), plus there was a correlation between the sub-scales SO, FR and FA, and RSES which scored .32, .37 and .43 respectively, with $p < .001$ being found for all. In terms of a correlation between the TDI total score and the sub-scales SO, FR and FA, this came out as $-.24$ ($p < .001$), $-.24$ ($p < .001$), $-.21$ ($p < .005$) and $-.16$ ($p < .05$) respectively.

Discussion

Overall, the results show that the original version produced an acceptable fit, while the revised one appeared to be even better. All the fit indices for the revised version passed the relevant criteria when error terms were allowed to be correlated (this exception rule permitted because there was similar wording used among the sub-scales). Both versions provided moderate but acceptable PNFI levels, as long as the value was above 0.5 (Mulaik et al., 1989)

Table 2
Comparison of the fit indices for the two and three-factor confirmatory models used by Group 1^a (the original version) and by Group 2 (the revised version)^b

Model	Version	Goodness of fit indices							Badness of fit indices							
		χ^2	df	χ^2/df	GFI	Absolute p	TLI	CFI	Comparative NFI	Parsimonious PNFI	AGFI	RMSEA (90%CI)	SRMR	AIC	CAIC	
3-factor	Original ^a	198.66	51	3.90	0.90	.001	.001	.93	.94	.93	.71	.85	0.097 (.08-.11)	0.046	252.66	380.55
	(correlated errors allowed)	120.54	44	2.74	0.94				0.96			0.89	0.078 (.061-.094)	0.034		
	Revised ^b	128.11	51	2.51	0.90	.001	.017	.94	.95	.92	.71	.85	0.093 (.07-.11)	0.042	182.11	294.72
	(correlated errors allowed)	65.43	43	1.52	0.95				0.98			0.90	0.055 (.024-.080)	0.023		
	Clara et al ^c	193.54	51	3.79	0.95	-	-	-	0.97	-	-	-	0.07 (.06-.08)	-		
	(correlated errors allowed)													0.048		
2-factor	Cheng and Chan ^d	534.64	50						0.96							
	(correlated errors allowed)															
2-factor	Original	479.08	53	9.04	0.76	.001	.001	.80	.84	.82	.66	.65	0.161 (.15-.18)	0.095	592.08	647.49
	Revised	519.59	54	9.6	0.62	.001	.001	.64	.71	.68	.56	.45	0.222 (.21-.24)	0.314	566.59	666.69

Note. TLI = Tucker-Lewis Index; CFI = comparative fit index; GFI = goodness-of-fit index; AGFI = Adjusted GFI; RMSEA = root mean square error of approximation; SRMR = standardized root-mean-square residual; AIC = Akaike information criterion; CAIC = Consistent AIC; NFI = Normed Fit Index; PNFI = Parsimony Normed Fit Index.

^aN = 310. ^bN = 176. ^cN = 549. ^dN = 2103.

χ^2_p = Bootstrap p-value

Table 3
Correlations between sub-scales when comparing the original and revised version

	Original ^a			Revised ^b		
	FR	FA	SO	FR	FA	SO
FR	1			1		
FA	.42**	1		.68**	1	
SO	.60**	.51**	1	.44**	.47**	1

Notes:

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

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

^a Variables' correlations in student group 1 ($n = 310$)

^b Variables' correlations in student group 2 ($n = 176$)

AIC and CAIC were used for model comparison – with the smaller the values given, the better the model. The revised version of the MSPSS proved to be preferable in this regard, and in terms of the level of fit, using χ^2 we found that the revised version had a better χ^2/df than the original. According to Marsh, Balla, and McDonald (1988), when taking CFI and TLI into account, which are not impacted by sample size, the revised version also gave better values. We conducted a 'bootstrapping' procedure to estimate how the p -value would change if the sample size were to be increased, and after doing this, the revised version yielded a distinctively good fit, whereas there was almost no change for the original version ($p = .017$ vs. $p = .001$). This implies that if the revised version of the questionnaire were to be examined across a larger sample, it would yield a better result than it did in this study. When compared to the results produced by Clara et al. (2003, and Cheng and Chan (2004) - where correlated uniqueness was allowed, the revised version of MSPSS exhibited a better fit here than in those studies.

The reason why the revised version of MSPSS yielded a better model fit may be due to the fact that the revised version succeeds in helping the respondents to distinguish SO items from the rest. Correlation evidence showed that for the revised model there was a reduction in correlation coefficients between SO and the other sub-scales when compared to the original, indicating that SO tended to be treated as a separate entity - leading to increased reliability (an α of .92 in the revised version, as compared to .86 in the original) and providing the intended three-factor solution model. It would be interesting to see whether this phenomenon can be applied to other sample groups that have either similar (for example, a Chinese sample) or different cultural backgrounds.

Apart from the factor structure, the revised version of MSPSS demonstrated concurrent validity with other measures using this study's sample group. As expected, MSPSS was found to be positively correlated with the self-esteem score, but negatively correlated with the depression score. There was no age difference found in the total or

sub-scale scores for the revised version of MSPSS, a result which concurs with other studies (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Cheng & Chan, 2004). However, in the group of medical students using the revised version, female students reported more friend and family support than the male students, and this result is also supported by previous investigations (Canty-Mitchell & Zimet, 2000; Eker, Arkar, & Yaldiz, 2000; Zimet et al., 1988).

Some limitations in this study need to be addressed, including the relatively small size of the study sample, for, as determined by use of the 'bootstrap' method, a larger sample size is likely to more clearly reveal the impacts of the new version. In addition, there was a lack of test-retest reliability, and no measurement invariance test was conducted according to gender. Further investigations should be conducted using a variety of cultural backgrounds in terms of participants, as well as in various clinical environments, in order to test the robustness of the revised version.

Conclusion

In this study, the revised version demonstrated a more robust three-factor model construct- as hypothesized, providing a better level of reliability in terms of the overall scale and sub-scales than the original. Whether this result can be generalized and thus prevent indeterminable factor structure problems for other groups; for example, for clients with severe depression or for another particular clinical sample, or for those from different cultural backgrounds, still needs to be explored.

References

- Arbuckle, J. L. (2009). Amos (Version 18.0) Computer Program. Chicago, IL: SPSS.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 195–201. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002>
- Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28, 391–400.
- Cecil, H., Stanley, M. A., Carrion, P. G., & Swann, A. (1995). Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 593–602. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199509\)51:5<593::AID-JCLP2270510503>3.0.CO;2-W](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199509)51:5<593::AID-JCLP2270510503>3.0.CO;2-W)
- Cheng, S.-T., & Chan, A. C. M. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: Dimensionality and age and gender

- differences in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37, 1359–1369. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.006>
- Chou, K.-L. (2000). Assessing Chinese adolescents' social support: The multidimensional scale of perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 28, 299–307. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00098-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00098-7)
- Clara, I. P., Cox, B. J., Enns, M. W., Murray, L. T., & Torgrude, L. J. (2003). Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student samples. *Journal of Personality Assessment*, 81, 265–270. http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA8103_09
- Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 756–761. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199111\)47:6<756::AID-JCLP2270470605>3.0.CO;2-L](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199111)47:6<756::AID-JCLP2270470605>3.0.CO;2-L)
- Efron, B., & Tibshirani, R. (Eds.). (1993). *An introduction to the bootstrap*. New York, NY: Chapman and Hall.
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geçkil, E., & Sunar-Reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 34, 585–593. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0756.2008.00718.x>
- Eker, D., Arkar, H., & Yaldiz, H. (2000). Generality of support sources and psychometric properties of a scale of perceived social support in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 228–233.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101, 1919–1924. <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.101.16.1919>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to under parameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424–453.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1–55.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (Eds.). (1995). *Evaluating model fit. In Structural Equation Modeling: Concepts, Issues and Applications*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kaiser, H. F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23, 187–200. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02289233>
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (1999). Development of the Thai Depression Inventory. *Journal of Medical Association of Thailand*, 82, 1200–1207.
- Marsh, H. W., Balla, R., & McDonald, R. P. (1988). Goodness-of-fit indices in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103, 391–410. <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.103.3.391>
- Mulaik, S. A., James, L. R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105, 430–445. <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.105.3.430>
- Nevitt, J., & Hancock, G. R. (2001). Performance of bootstrapping approaches to model test statistics and parameter standard error estimation in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 8, 353–377. http://dx.doi.org/10.1207/S15328007SEM0803_2
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. R. (1994). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill Book Company.
- Pedersen, S. S., Spinder, H., Erdman, R. A., & Denollet, J. (2009). Poor perceived social support in implantable cardioverter defibrillator (ICD) patients and their partners: Cross-validation of the multidimensional scale of perceived social support. *Psychosomatics*, 50, 461–467. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.50.5.461>
- Ramaswamy, V., Aroian, K. J., & Templin, T. (2009). Adaptation and psychometric evaluation of the multidimensional scale of perceived social support for Arab American adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 43(1-2), 49–56. <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-008-9220-x>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging & Mental Health*, 2, 186–193. <http://dx.doi.org/10.1080/13607869856669>
- Vaingankar, J. A., Abidin, E., & Chong, S. A. (2012). Exploratory and confirmatory factor analyses of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 286–291. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.04.005>
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 161–166. <http://dx.doi.org/10.2174/1745017901107010161>
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Wannarit, K. (2011). Validity and reliability of the Thai version of the Experiences of Close Relationships-Revised Questionnaire. *Singapore Medical Journal*, 52, 100–106.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610–617. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095>

Received February 9, 2011

Revision received October 7, 2011

Accepted November 2, 2011

ภาคผนวก ข
ใบรับรอง COA 025-2565

681 SAMSEN ROAD, DUSIT, BANGKOK 10300
Tel: 0-2244-3843



COA 025/2565

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL
CERTIFICATE OF APPROVAL

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine Vajira Hospital, is in full compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

PROTOCOL TITLE The Factors Influencing to the Quality of Life of Cancer Patients Receiving Chemotherapy During Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ในช่วง
สถานการณ์โควิด-๑๙

STUDY CODE 275/64 E

PRINCIPAL INVESTIGATOR Miss Supawan Jaiboon

AFFILIATION Kuakarun Faculty of Nursing Navamindradhiraj University

APPROVAL DOCUMENTS

1. Research protocol version 3 date 10 January 2022
2. Informed consent documents version 2 date 21 December 2021
3. Case Record Form version 3 date 10 January 2022
4. Investigator's CV and ICH-GCP Training Certificate and Declaration of conflict of interest
 - 4.1 Investigator's
 - 1) Miss Supawan Jaiboon
 - 4.2 Co-Investigator's
 - 1) Mrs Arueewan Vittayagonnasak

Signature.....

(Professor Siriwan Tangjitgamol, MD)

Chairman

Vajira Institutional Review Board

Date of Approval 21/01/2022

Approval Expire Date 20/01/2023

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

Page | 1/1

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any) veering the Institutional Review Board's seal of approval; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event, any Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction: SUSAR which occur in Faculty of Medicine Vajira Hospital (Follow FERCIT AG Guidance, Published in June 2011)
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested; (12 Months)



ภาคผนวก ค
แบบสอบถาม

แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS)

อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือ และดูแลท่านได้ดียิ่งขึ้น

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

	คะแนน		คะแนน
1. ฉันรู้สึกตึงเครียด		2. ฉันรู้สึกหงุดหงิดกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้	
() เป็นส่วนใหญ่	3	() เหมือนเดิม	0
() บ่อยครั้ง	2	() ไม่มากเท่าแต่ก่อน	1
() เป็นบางครั้ง	1	() มีเพียงเล็กน้อย	2
() ไม่เป็นเลย	0	() เกือบไม่มีเลย	3
3. ฉันไม่มีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีขึ้น		4. ฉันสามารถหัวเราะและมีความสุขในเรื่องต่างๆ ได้	
() มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	3	() เหมือนเดิม	0
() มี แต่ไม่มากนัก	2	() ไม่มากนัก	1
() มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	1	() มีน้อย	2
() ไม่มีเลย	0	() ไม่มีเลย	3
5. ฉันมีความวิตกกังวล		6. ฉันรู้สึกง่วงนอนมากเกินไป	
() เป็นส่วนใหญ่	3	() ไม่มีเลย	3
() บ่อยครั้ง	2	() ไม่บ่อยนัก	2
() เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	1	() เป็นบางครั้ง	1
() นานๆ ครั้ง	0	() เป็นส่วนใหญ่	0
7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย		8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม	
() ได้ดีมาก	0	() เกือบตลอดเวลา	3
() ได้โดยทั่วไป	1	() บ่อยมาก	2
() ไม่บ่อยนัก	2	() เป็นบางครั้ง	1
() ไม่ได้เลย	3	() ไม่เป็นเลย	0
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง		10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง	
() ไม่เป็นเลย	3	() ใช่	3
() เป็นบางครั้ง	2	() ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร	2

สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (สกว.) (ศึกษาต่อที่ 5)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

661 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

โทรศัพท์ 0-2244-3843

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|
| ☐ ค่อนข้างน้อย | 1 | ☐ ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน | 1 |
| ☐ น้อยมาก | 0 | ☐ ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม | 0 |

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ เป็นมากที่สุดเลย | 3 | ☐ มากกว่าที่เคยเป็น | 0 |
| ☐ ค่อนข้างมาก | 2 | ☐ ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น | 1 |
| ☐ ไม่มากนัก | 1 | ☐ น้อยกว่าที่เคยเป็น | 2 |
| ☐ ไม่มีเลย | 0 | ☐ เกือบจะไม่มีเลย | 3 |

12. ฉันมองสิ่งต่างๆ ในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| ☐ น้อยมาก | 3 | ☐ เป็นส่วนใหญ่ | 0 |
| ☐ ค่อนข้างน้อย | 2 | ☐ เป็นบางครั้ง | 1 |
| ☐ ไม่บ่อยนัก | 1 | ☐ ไม่บ่อยนัก | 2 |
| ☐ ไม่มีเลย | 0 | ☐ น้อยมาก | 3 |

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยเพลิดเพลินได้

แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)

Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support

(r-T-MSPSS)

หิมีผู้วิจัยขำกหำร่ำว่าคูนรู้สึกร่ำง่ำร่ำเกี่ยวกับข้อคว่ำมต่ำง ๆ เหล่ำนี้ โปรดอ่านแต่ละข้อคว่ำมร่ำง่ำงต่งใจ และบอกว่ำคูนรู้สึกร่ำง่ำร่ำเกี่ยวกับคร่ำบคร่ำว ฝ่ำน และบุคคลพิเศษ

[หำยเหตุ: บุคคลพิเศษคือบุคคลที่นอกเหนือจ่ำกคร่ำบคร่ำวและฝ่ำน]

ก่ำกบ่ำท X ในข้อ "1" ถ่ำคุณ ไม่เห็นด้วยร่ำง่ำมก ก่ำกบ่ำท X ในข้อ "5" ถ่ำคุณ ค่อนข่ำงเห็นด้วย
ก่ำกบ่ำท X ในข้อ "2" ถ่ำคุณ ไม่เห็นด้วย ก่ำกบ่ำท X ในข้อ "6" ถ่ำคุณ เห็นด้วย
ก่ำกบ่ำท X ในข้อ "3" ถ่ำคุณ ค่อนข่ำงไม่เห็นด้วย ก่ำกบ่ำท X ในข้อ "7" ถ่ำคุณ เห็นด้วยร่ำง่ำมก
ก่ำกบ่ำท X ในข้อ "4" ถ่ำคุณ เฉย ๆ

ค่ำถ่ำม	1	2	3	4	5	6	7
1. มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย ห่ำกฉันต่งการคว่ำมช่วยเหลือขึ้นม่ำ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่ำมทุกข่ำร่ำมสุขกับฉันได้	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. คร่ำบคร่ำวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ฉันได้ร่ำบการสนับสนุนและช่วยเหลือท่ำงด้ำนจิตใจจ่ำกคร่ำบคร่ำว ต่ำมที่ฉันต่งการ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้คว่ำมส่ำยใจจริง ๆ แก่ฉัน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ฝ่ำนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ฉันสามารถฝ่ำงพ่ำอ่ำคัยฝ่ำนได้เมื่อมีปัญหำขึ้นม่ำ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ฉันสามารถเล่ำปัญหำของฉันให้คร่ำบคร่ำวฝ่งได้	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ฉันมีฝ่ำนผู้ซึ่งสามารถร่ำมทุกข่ำร่ำมสุขกับฉันได้	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยคว่ำมรู้สึกร่ำง่ำงฉัน	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. คร่ำบคร่ำวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดลั่นใจ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ฉันสามารถเล่ำปัญหำของฉันให้ฝ่ำนฝ่งได้	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



THAI

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง
The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core (EORTC-QLQ-C 30) version 3

คณะผู้วิจัยมีความสนใจบางสิ่งเกี่ยวกับคุณและสุขภาพของคุณ กรุณาตอบคำถามทุกข้อด้วยตัวคุณเอง โดยทำวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับตัวคุณมากที่สุด คำตอบเหล่านั้นไม่มี " ถูก " หรือ " ผิด " ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ

วันที่เกิดของคุณ :

วัน เดือน ปี

วันที่กรอกข้อความ :

วัน เดือน ปี

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. คุณมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น การหิ้วถุงหรือกระเป๋าที่หนักๆ หรือไม่	1	2	3	4
2. คุณมีความลำบากในการเดินไกลๆ หรือไม่	1	2	3	4
3. คุณมีความลำบากในการเดินระยะใกล้ๆ นอกบ้านหรือไม่	1	2	3	4
4. คุณจำเป็นต้องอยู่บนเตียงหรือเก้าอี้ ในช่วงเวลากลางวันหรือไม่	1	2	3	4
5. คุณมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในเรื่อง การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ หรือการใช้ห้องน้ำ หรือไม่	1	2	3	4
ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
6. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันหรือไม่	1	2	3	4
7. คุณมีข้อจำกัดในการทำงานอดทนหรือกิจกรรมอย่างอื่น ๆ หรือไม่	1	2	3	4
8. คุณมีอาการหายใจไม่เต็มอิ่มหรือไม่	1	2	3	4
9. คุณมีอาการปวดหรือไม่	1	2	3	4
10. คุณจำเป็นต้องพักผ่อนหรือไม่	1	2	3	4
11. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่	1	2	3	4
12. คุณรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่	1	2	3	4
13. คุณรู้สึกเบื่ออาหารบ้างหรือไม่	1	2	3	4
14. คุณมีอาการคลื่นไส้หรือไม่	1	2	3	4
15. คุณขาดใจหรือไม่	1	2	3	4

สำนักแผนคณะกรรมการการวิจัยและวิจัย (ศึกษาศาสตร์ขั้นสูง ชั้น 5)

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

681 ถนนสนามเสน แขวงราชพิพิธ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

โทรศัพท์ 0-2244-3643

THAI

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
16. คุณมีอาการท้องผูกหรือไม่	1	2	3	4
17. คุณมีอาการท้องเสียหรือไม่	1	2	3	4
18. คุณรู้สึกเหนื่อยหรือไม่	1	2	3	4
19. อาการปวดรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของคุณหรือไม่	1	2	3	4
20. คุณมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่างๆ ที่ต้องใช้สมาธิ เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์หรือไม่	1	2	3	4
21. คุณรู้สึกตึงเครียดหรือไม่	1	2	3	4
22. คุณรู้สึกกังวลหรือไม่	1	2	3	4
23. คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่	1	2	3	4
24. คุณรู้สึกซึมเศร้าหรือไม่	1	2	3	4
25. คุณมีปัญหาในการจดจำสิ่งต่างๆ หรือไม่	1	2	3	4
26. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ มีผลกระทบต่องานอดิเรกของคุณหรือไม่	1	2	3	4
27. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ มีผลกระทบต่องานอดิเรกของคุณหรือไม่	1	2	3	4
28. สภาพทางร่างกายของคุณหรือการรักษาทางการแพทย์ ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินหรือไม่	1	2	3	4

สำหรับคำถามต่อไปนี้ กรุณาวางกลิ้งตัวเลขระหว่าง 1 ถึง 7 ที่ตรงกับคุณมากที่สุด

29. คุณประเมินภาพรวมสุขภาพ โดยรวมของคุณในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร

1 2 3 4 5 6 7

แย่มาก

ดีเยี่ยม

30. คุณประเมินคุณภาพชีวิตของคุณโดยรวมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาอย่างไร

1 2 3 4 5 6 7

แย่มาก

ดีเยี่ยม

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (ส.อ.บ.ค.)
ศูนย์พัฒนาศักยภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยมหิดล
681 ถนนสนามกีฬา แขวงจันทริก เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10300
โทรศัพท์ 0-2264-3843

ประวัติผู้วิจัย

1. ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้า	นาง
ชื่อ-สกุล	อาวีวรรณ วิทยากรณศักดิ์
วัน/เดือน/ปีเกิด	9 กุมภาพันธ์ 2510
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่	46/1 ถนน พิบูลสงคราม ตำบล/แขวง ตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000
โทรศัพท์มือถือ	081-448-3844
ที่ทำงาน	หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เลขที่ 681 ถนนขาว แขวง วชิรพยาบาล เขต ดุสิต จังหวัดกรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10300
โทรศัพท์มือถือ	081-448-3844
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

2. ข้อมูลการศึกษา

คุณวุฒิ	ระดับปริญญาตรี
วิชาเอก	พยาบาลศาสตรบัณฑิต
สถานที่ศึกษา	วิทยาลัยพยาบาล เกื้อการุณย์ (สมทบมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ) (ประเทศไทย)

