

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

Relationships between Basic Conditioning Factors, Symptom Severity,
Palliative Self-Care Behaviors and Quality of Life in Older Adults
with Advanced Cancer Receiving Chemotherapy

ชุตินา จันทรสมคอย* วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์** วลัยลดา ฉันทเรืองวนิช***

Chutima Junsomkoy*, Virapan Wirojratana**, Wallada Chanruangvanich***

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkoknoi Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยใช้ทฤษฎีแชร์ (Shared Theory) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และการดูแลแบบประคับประคอง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 111 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square Eta และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 5.09, SD = 1.78) ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ขณะที่ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.632$, $r = .763$, $p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการประเมินความเพียงพอของรายได้ ความรุนแรงของอาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรุนแรงของอาการ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ มะเร็ง การดูแลตนเองแบบประคับประคอง

*นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาศาสตร์บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author: **รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนทุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

The research was funded by the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

Abstract

This study aimed at investigating the relationship between basic conditioning factors, symptom severity, and palliative self-care behaviors and quality of life of older adults with advanced cancer receiving chemotherapy. Shared theory was employed as the conceptual framework of the study. The study sample consisted of 111 older adults aged 60 years old and older who had been diagnosed with advanced cancer, and who received chemotherapy and palliative care. Data were collected by means of questionnaires, and Chi-square test, Eta test, and Spearman correlation coefficient were used to analyze the data.

The study findings showed that quality of life were at a moderate level (Mean = 5.09, SD = 1.78) gender and educational background were not related to quality of life, while sufficiency of income was associated with quality of life with statistical significance at .05. Moreover, symptom severity was negatively related to quality of life and palliative self-care behaviors were positively related to quality of life, with statistical significance ($r = -.632$, $r = .763$, $p < 0.01$, respectively).

The study findings suggested that nurses should assess sufficiency of income, symptom severity, and self-care behaviors of patients so as to more effectively devise a plan to assist older patients with advanced cancer receiving chemotherapy to ensure their quality of life.

Keywords: Symptom severity, Quality of life, Older adults, Cancer, Palliative self-care behaviors

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก สำหรับประเทศไทยพบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งติดต่อกัน 17 ปี ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเสียชีวิต จำนวน 77,566 คน และมีแนวโน้มสูงมากยิ่งขึ้นในอนาคต¹ อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งก็ต่อเมื่อมะเร็งได้มีการลุกลามไปแล้ว² มะเร็งระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาด แนวทางการรักษามุ่งเน้นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) เพื่อให้คุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุด องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวที่เผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง ตลอดจนการป้องกัน การลดความทุกข์ทรมาน เริ่มดูแลตั้งแต่ระยะแรกโดยการประเมินอย่างละเอียด และรักษาอาการปวด และปัญหาอื่นๆ รวมถึงการดูแลจิตสังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลแบบองค์รวมโดยให้การดูแลต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต³

ทฤษฎีแชร์ (Shared Theory) เป็นทฤษฎีระดับปฏิบัติ มีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมุ่งเน้นการ

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามในระยะประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไปในทางเสื่อมถอยทุกระบบ และการมีโรคร่วม ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่⁴ จึงเกิดผลกระทบต่อนคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุโรคมะเร็งจึงต้องจัดการความรุนแรงของอาการให้เหมาะสม⁵ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี⁶

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานบางประการ ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามไม่ระบุชนิด พบว่า เพศ รายได้ และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต^{7,8} อย่างไรก็ตามบางการศึกษาพบว่า เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต^{9,10}

ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมักเกิดกลุ่มอาการ (symptom cluster) ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป โดยเมื่อมีอาการแสดงหนึ่งรุนแรง จะส่งผลให้

อาการแสดงหนึ่งรุนแรงไปด้วย¹¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าสู่
วัยสูงอายุความรุนแรงของอาการจะเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยรู้สึก
ทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จากการศึกษา
คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเมเร็งไม่ระบุชนิดที่ได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคอง พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์
ทางลบกับคุณภาพชีวิต¹² และพบว่าความรุนแรงของอาการปวด
มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต⁸

ผลข้างเคียงอย่างมากจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลตนเอง และต้องมีการเปลี่ยนแปลง
รูปแบบและพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการศึกษาพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมเร็งไม่ระบุชนิดที่ได้รับการรักษา
ด้วยยาเคมีบำบัด พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองมีความ
สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต¹³ และการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทาง
โลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเอง
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม¹⁴

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลการวิจัยในส่วน
ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และ
ความเพียงพอของรายได้ ยังไม่สอดคล้องและไปในทิศทาง
เดียวกัน ส่วนการศึกษา ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรม
ดูแลตนเอง และการนำทฤษฎีแชร์ (Shared Theory) ซึ่งเป็น
ทฤษฎีระดับปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ
การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง¹⁵
มาเป็นกรอบแนวคิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมี
บำบัดเพื่อการดูแลแบบประคับประคองยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัย
จึงสนใจศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ ระดับ
การศึกษา และความเพียงพอของรายได้ ความรุนแรงของ
อาการ พฤติกรรมดูแลตนเองแบบประคับประคองกับ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะลุกลามที่ได้รับ
การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ
วางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลแบบประคับประคองให้
เหมาะสมและ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะลุกลาม
มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความรุนแรงของอาการ
พฤติกรรมดูแลตนเองแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์
กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะลุกลามที่ได้รับ
การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือไม่ และอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

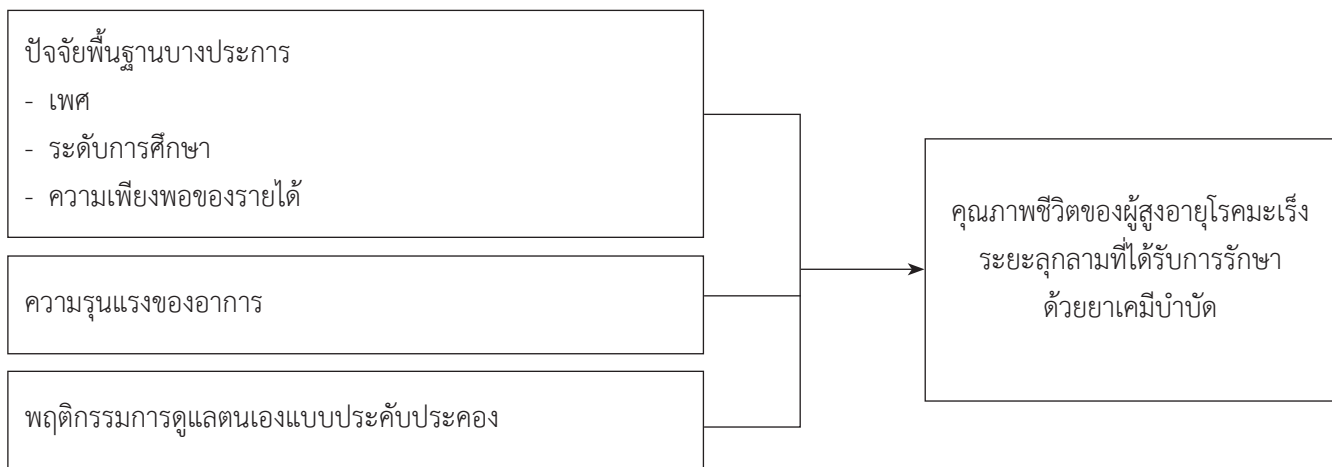
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน
บางประการ ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมดูแลตนเอง
แบบประคับประคอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็ง
ระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะลุกลามที่ได้รับ
การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
2. ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบ
กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะลุกลามที่ได้รับ
การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
3. พฤติกรรมดูแลตนเองแบบประคับประคอง
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเมเร็ง
ระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎี Shared
ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem's self-care)
และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Learning
Theory) เป็นทฤษฎีระดับการปฏิบัติ (Practice theory)
เหมาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทฤษฎีได้
อธิบายถึงการปฏิบัติพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ประกอบไปด้วย
2 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านการพยาบาล พบว่าการปฏิบัติการ
พยาบาลแบบประคับประคอง ขึ้นอยู่กับสมรรถนะทาง
การพยาบาล และความสามารถของพยาบาลในการดูแลแบบ
ประคับประคอง 2) ด้านผู้ป่วย พบว่าการปฏิบัติการพยาบาล
แบบประคับประคองจะมีผลต่ออาการทางด้านร่างกาย
และจิตใจ ขึ้นอยู่กับ พฤติกรรมดูแลตนเองแบบประคับ
ประคอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{15,16} กรอบแนวคิดของ
การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ประกอบด้านผู้ป่วย คือ
ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความรุนแรงของอาการ และ
พฤติกรรมดูแลตนเองแบบประคับประคอง ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 111 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม
- 3) การรักษาดด้วยยาเคมีบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป
- 4) ได้รับการวินิจฉัยและดูแลแบบประคับประคอง
- 5) ไม่มีปัญหาเรื่องความจำ การรู้คิด และการเรียนรู้ ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Version 2002 (MMSE-Thai 2002)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- 1) ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิต และโรคประสาทอยู่ในระยะที่ควบคุมอาการไม่ได้
- การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power of test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ α เท่ากับ .05 อำนาจการทำนาย (power analysis) เท่ากับ .80 ปัจจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ มีความใกล้เคียงกับที่มีผู้ศึกษาไว้ 14 นำค่า R² มาคำนวณค่า effect size การศึกษานี้จึงกำหนดขนาดค่าอิทธิพล (effect size) $f^2 = .122$ โดยมีตัวแปรจำนวน 5 ตัว คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 111 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการคัดกรอง

แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย¹⁷ ประเมินการรับรู้สถานที่ การจดจำ ความตั้งใจ การคำนวณ การใช้ภาษา และการระลึกได้ จำนวน 11 ข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือไม่ต้องทดสอบข้อ 4 9 และ 10 คะแนนเต็ม 23 ต้องได้ ≥ 14 คะแนน 2) ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 ต้องได้ ≥ 17 คะแนน และ 3) ผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 ต้องได้ ≥ 22 คะแนน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานบางประการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยพื้นฐานบางประการ มีข้อความทั้งหมด 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย บุคคลที่ช่วยดูแล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา โดยบันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วย มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย การวินิจฉัยโรค วันที่วินิจฉัยโรค ระยะของโรค วัตถุประสงค์ของการได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และโรคร่วม

2. แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (The Edmonton Symptom Assessment System) พัฒนาโดย Bruera และคณะ และผ่านกระบวนการย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย Chinda และคณะ¹⁸ ประเมินในแบบสอบถาม มีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการทางด้านร่างกาย จำนวน 6 ข้อ และด้านจิตใจจำนวน 3 ข้อ โดยให้ประเมินคะแนน เวลาที่ทำการประเมินเป็นหลักเท่านั้น ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยหมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีความรุนแรงของอาการ และเลข 10 หมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด

3. แบบประเมินพฤติกรรมอาการดูแลตนเองแบบประคับประคอง พัฒนาโดย Prutipinyo และคณะ¹³ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีข้อความจำนวน 19 ข้อ ลักษณะของข้อความถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 3 ระดับ คือ สามารถปฏิบัติได้ ปฏิบัติได้บ้าง และไม่สามารถปฏิบัติได้โดยช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 19-57 คะแนน การแปลผลคะแนน 19-34 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอาการดูแลตนเองต่ำ 35-45 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอาการดูแลตนเองปานกลาง 46-57 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอาการดูแลตนเองแบบประคับประคองสูง

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต MQOL-R (McGill Quality of Life Questionnaire - Revised) พัฒนาโดย Cohen และคณะ¹⁹ และ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (back translation) คำถามทั้งหมดมี 15 ข้อคำถาม ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความรู้สึกและความคิด

ด้านอัตถิภาวนิยม และด้านความสัมพันธ์ ลักษณะของข้อความถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 10 ระดับ การแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ 0 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด 1-3 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำ 4-6 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง 7-9 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง 10 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้แบบสอบถามทุกฉบับ จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมอาการดูแลตนเองแบบประคับประคอง และคุณภาพชีวิต ได้เท่ากับ .96 และ 1 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรุนแรงของอาการ ใช้กันอย่างแพร่หลายจึงไม่นำไปประเมินความตรงตามเนื้อหาอีกครั้ง และตรวจหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการ ประเมินพฤติกรรมอาการดูแลตนเองแบบประคับประคอง และคุณภาพชีวิต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 .89 และ .84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขเอกสารรับรองการวิจัยเลขที่ COA No. IRB-NS-2017/06.102 ลงวันที่ 31 มี.ค. 2559 และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่ 23/60 ลงวันที่ 10 เม.ย. 2559

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติตามสายบังคับบัญชาในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือในการแนะนำโครงการวิจัยกับญาติผู้ดูแล หากมีความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย พยาบาลจึงประสานให้ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยโดยสังเขป วัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ

2. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า
ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไปต้องผ่านเกณฑ์แบบ
ทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และยินยอม
เข้าร่วมวิจัยโดยการบอกกล่าวจึงให้ลงนามในหนังสือแสดง
เจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม
ด้วยตนเอง ระหว่างตอบแบบสอบถามสามารถซักถามข้อสงสัย
ได้ตลอดเวลาใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

3. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัย
จะอ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบ จากนั้น
ผู้วิจัยลงบันทึกให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
สำเร็จรูป ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดย การแจกแจง
ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการดูแล
ตนเองแบบประคับประคองและ คุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดย
การคำนวณหา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ
ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้
กับคุณภาพชีวิตวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Eta และ Chi-square
ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมกา
ดูแลตนเองแบบประคับ ประคอง กับคุณภาพชีวิตวิเคราะห์
โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's
correlation coefficients)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 ราย รับการรักษาด้วยยา
เคมีบำบัดตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ
55.00 อายุอยู่ระหว่าง 60-84 ปี (Mean = 68.93, SD = 6.75)
มากกว่าครึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้นอายุระหว่าง 60-69 ปี
ร้อยละ 57.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 44.10 กลุ่มตัวอย่าง
เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.20 จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 35.10 เป็นข้าราชการ
บำนาญ ร้อยละ 29.70 มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน
20,001-30,000 บาท ร้อยละ 27.00 ด้านความเพียงพอของ
รายได้พบว่า มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บมาก

ที่สุด ร้อยละ 58.60 ใช้สิทธิกรมบัญชีกลางในการรักษาพยาบาล
ร้อยละ 49.50 ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย
ร้อยละ 65.80 และบุคคลที่ดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยโดยส่วน
ใหญ่คือบุตร ร้อยละ 43.90 รองลงมาเป็นคู่สมรส ร้อยละ 34.10
ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา พบว่า ผู้สูง
อายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ร้อยละ
33.30 รองลงมาได้แก่ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ร้อยละ 21.70 การดำเนินโรคอยู่ในระยะที่ 4 เกือบทั้งหมด
ร้อยละ 98.20 และวัตถุประสงค์ของการให้ยาเคมีบำบัดโดย
ส่วนใหญ่คือ เพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง และควบคุมการแพร่
กระจาย ร้อยละ 81.10

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรง
ของอาการในระดับปานกลาง (Mean = 5.01, SD = 0.76)
พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคองในระดับ
ปานกลาง (Mean = 38.33, SD = 4.68) และมีคุณภาพชีวิตใน
ระดับปานกลาง (Mean = 5.09, SD = 1.78) เช่นกัน

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยพื้นฐาน
บางประการ ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง
แบบประคับประคอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง
ระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผลการวิเคราะห์การกระจายของตัวแปรที่ศึกษา
ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และ
ความเพียงพอของรายได้ ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมกา
ดูแลตนเองแบบประคับประคอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
โรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด
โดยใช้สถิติ Komogorov-Smirnov Test ได้ค่า Komogorov-
Smirnov Z = .366, .217, .214, .147, .145 และ .159
ตามลำดับ สรุปว่า ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงใช้สถิติ Chi-square สถิติ Eta และ
สถิติ Spearman's correlation coefficient ในการหา
ความสัมพันธ์ของตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน
บางประการ ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมี
บำบัดไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ความเพียงพอของรายได้มีความ
สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะ
ลุกลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรุนแรง
ของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูง
อายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

($r = -.632, p < .01$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ($r = .763, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม (N = 111)

ตัวแปรที่ศึกษา	คุณภาพชีวิต						Chi-Square (χ^2)	Eta
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ								
ชาย	19	31.50	25	40.98	17	27.87	.422	.273
หญิง	11	22.00	20	40.00	19	38.00		
2. ระดับการศึกษา								
ประถมศึกษา	16	41.03	15	38.46	8	20.51	.203	.609
มัธยมศึกษา/ ปวช.	6	18.75	11	34.38	15	46.87		
อนุปริญญา/ปวส.	3	12.00	13	52.00	9	36.00		
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	5	33.33	6	40.00	4	26.67		
3. ความเพียงพอของ รายได้								
ไม่เพียงพอ	14	66.67	4	19.04	3	14.29		
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	12	18.46	31	47.69	22	33.85	.001**	.421
เพียงพอและเหลือเก็บ	4	16.00	10	40.00	11	44.00		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับ ประคอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (N = 111)

ตัวแปร	1	2	3
1. ความรุนแรงของอาการ	1.000		
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง	-.639**	1.000	
3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม	-.632**	.763**	1.000

** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งไม่สนับสนุนกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ แต่พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งสนับสนุนกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ มีรายละเอียดการอภิปรายดังนี้

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบประคับประคอง ผลการวิจัยไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ระบุชนิดพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต^{9,10} สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามจำนวนไม่แตกต่างกัน เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและมีผู้ดูแลเกือบทั้งหมด จึงอาจทำให้เพศไม่ผลต่อคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ระบุชนิด ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีลักษณะที่แตกต่างกัน⁹ การศึกษาของ Chui และคณะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโรคมะเร็งในทุกระยะที่ได้รับการรักษาแบบไม่เฉพาะเจาะจง จึงอาจทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ระบุชนิดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต^{9,10} อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะที่ 4 ร้อยละ 98.20 อีกทั้งการดำเนินไปของโรคอยู่ในระยะลุกลามมีผลต่อคุณภาพชีวิต จึงทำให้ไม่ว่าการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ระดับใดก็จะมีผลต่อคุณภาพชีวิต ผลของการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Yoon และคณะ ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต²⁰ อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งระยะที่ 1 และ 2 ร้อยละ 51 ไม่มีภาวะกลับเป็นซ้ำร้อยละ 88.8 และยังสามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุส่วนมากยังอยู่ในระยะแรกของการดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีอาการรุนแรงของโรคและยังมีการดูแลตนเองได้ดี จึงทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับสูง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามจะสูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งไม่ระบุชนิดพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต^{7,20,21} ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต โดยช่วยตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานต่างๆของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวก และการรักษาพยาบาล ซึ่งมีความจำเป็นในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ จึงช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.632, p < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือถ้ามีระดับความรุนแรงของอาการมากคุณภาพชีวิตก็จะลดลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ระบุชนิดที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁸ และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไม่ระบุชนิด²² พบว่าความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องมาจากความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นหลายอาการ และอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาที่ได้สนับสนุนแนวคิดของทฤษฎี Shared ที่อธิบายว่าอาการทางด้านร่างกายและจิตใจจะรุนแรงขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยระยะยาว เช่น อาการปวด อาการอ่อนเพลีย ผลกระทบทางด้านอารมณ์ อาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง และอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .763, p < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคองสูง คุณภาพชีวิตก็จะสูงขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาทักษะในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งไม่ระบุชนิดที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด²³ และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด¹⁴ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดทฤษฎี เนื่องจากช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มการรักษากลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัว การบรรเทาอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นหนึ่งในปัจจัยเงื่อนไขของทฤษฎี Shared ที่อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีผลต่อคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสูงสุดในการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ความเพียงพอของรายได้ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานบางประการ และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นพยาบาลควรประเมินถึงความเพียงพอของรายได้ แหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษา เพื่อสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการให้ข้อมูล หรือแหล่งประโยชน์ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา
2. พยาบาลควรประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยทุกครั้งก่อนที่จะได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
3. พยาบาลควรประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามเพื่อช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามชนิดเดียวกัน และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่มเดียวกัน เพื่อให้เกิดความชัดเจน และนำไปใช้ในการพยาบาลได้เฉพาะเจาะจงในกลุ่มเป้าหมาย
2. ควรมีการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อให้ทราบถึงปรากฏการณ์ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

References

1. National Cancer Institute. Hospital Based Cancer Registry 2015. Bangkok: Pornsup Printing; 2017. (in Thai)
2. Petpichetchian W. Best nursing practice in cancer care. Songkla: Chanmuang Printing; 2011. (in Thai)
3. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC. Global atlas of palliative care at the end of life. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
4. Repetto L. Greater risks of chemotherapy toxicity in elderly patients with cancer. J Support Oncol. 2003; 1(4): 18-24.
5. Usta YY. Importance of social support in cancer patients. Asian Pac J Cancer Prev. 2012; 13(8): 3569-72.
6. Barnes M, Taylor D, Ward L. Being well enough in old age. Critical Social Policy. 2013; 33(3): 473-93.
7. Zimmermann C, Burman D, Swami N, Krzyzanowska MK, Leighl N, Rodin G, et al. Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2011; 19(5): 621-9.
8. Chui YY, Kuan HY, Fu IC, Liu RK, Sham MK, Lau KS. Factors associated with lower quality of life among patients receiving palliative care. J Adv Nurs. 2009; 65(9): 1860-71.
9. Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi D. Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy. Oman Med J. 2009; 24(3): 204-7.
10. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Afr Health Sci. 2011; 11(2): 266-70.

11. Nilmanat K, Petpichetchian W, Wiroonpanich W, Kritcharoen S. A Survey of Symptom Experience and Symptom Management in Persons Living with Cancer in Thailand. Songkla: Prince of Songkla University; 2008. (in Thai)
12. Tai SY, Lee CY, Wu CY, Hsieh HY, Huang JJ, Huang CT, Chien CY. Symptom severity of patients with advanced cancer in palliative care unit: longitudinal assessments of symptoms improvement. BMC Palliat Care. 2016; 15(32): 1-7.
13. Prutipinyo C, Maikeow K, Sirichotiratana N. Self-Care Behaviours of Chemotherapy Patients. J Med Assoc Thai. 2012; 95(6): 30-7. (in Thai)
14. Lekdamrongkul P, Pongthavornkamol K, Chompoobubpa Th, Siritanaratkul N. Relationships among Information Needs, Information Received, Self-care Behaviors and Quality of Life in Hematologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy. J Nurs Sci. 2012; 30(3): 64-73. (in Thai)
15. Desbiens JF, Gagnon J, Fillion L. Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. J Adv Nurs. 2012; 68(9): 2113-24.
16. Dobrina R, Tenze M, Palese A. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. Int J Palliat Nurs. 2014; 20(2): 75-81.
17. Medical technology assessment project committee. The Comparison of the Test Performance between the MMSE-Thai 2002 and the TMSE for Dementia Screening in the Elderly. Bangkok: Thai Geriatric Medicine Institute, Ministry of Public Health; 2008.
18. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). J Pain Symptom Manage. 2011; 42(6): 954-60.
19. Cohen SR, Sawatzky R, Russell LB, Shahidi J, Heyland DK, Gadermann AM. Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire-Revised. Palliat Med. 2017; 31(2): 120-129..
20. Yoon H, Kim Y, Lim YO, Lee HJ, Choi K. Factors affecting quality of life of older adults with cancer in Korea. Geriatr Gerontol Int. 2015; 15(8): 983-90.
21. Delgado GM, Ferer J, Reiber AG, Rhondali W, Tayjasanant S, Ochoa J, Bruera E. Financial Distress and Its Associations With Physical and Emotional Symptoms and Quality of Life Among Advanced Cancer Patients. Oncologist. 2015; 20(9): 1092-8.
22. Park SA, Chung SH, Lee Y. Factors influencing the quality of life of patients with advanced cancer. Appl Nurs Res. 2017; 33(17): 108-112.
23. Poonsamer O, Wirojratana V, Jitramontree N, Thosingha O. The Relationships between Knowledge of Chemotherapy Treatment, Skills of Self-Care, Social Support and Well-Being During Transition Among Older Patients with Cancer Receiving Chemotherapy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 368-377. (in Thai)