

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแล แบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย*

วิภาดา พิงสุข¹ พิษณุรักษ์ กันทวี² ภัทรพล มากมี²

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

² อาจารย์สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดเชียงราย จำนวน 110 คน ศึกษาใน เดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2561 การจัดเก็บข้อมูลเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา คุณภาพชีวิต (EORTC QLQ-C30) และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ทดสอบความสัมพันธ์ สมการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ผลการวิจัย ปัจจัยระดับการศึกษา (OR = 12.009; 95% CI: 2.288-63.030) และระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือ PPS Score (OR = 0.057; 95% CI: 0.019-0.167) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังมี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตมิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย คือ ระดับการศึกษา (OR = 5.970; 95% CI: 1.588-22.445) ระดับค่า PPS Score (OR = 0.110; 95% CI: 0.042-0.289) และทักษะการดูแล (OR = 0.086; 95% CI: 0.017-0.447) ปัจจัยคุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่มีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่า การศึกษา PPS Score และด้านการให้การดูแลมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย และควรมุ่งเน้นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ให้มากที่สุด เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว โดยมีการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและทักษะของผู้ดูแลโดยต้องให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยนั้นมีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนถึงวันที่ล่วงลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง/ การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

Corresponding author: พิษณุรักษ์ กันทวี, อีเมล: phitsanuruk.kan@mfu.ac.th, โทร: 053916903

Received: March 29, 2019; Revised: June 10, 2019; Accepted: July 5, 2019

*วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

The Factors Influencing to the Quality of Life of Cancer Patients in the End of Life Care in Chiang Rai Province*

Wipada Puengsook¹, Phitsanuruk Kanthawee², Phataraphon Markmee²

¹ Master degree student of Public Health, School of Health Science, Mae Fah Luang University

² Public Health Instructor, School of Health Science, Mae Fah Luang University

Abstract

A cross-sectional study of 110 registered cancer patients who receive a continuing care service from July to September 2018 in all public hospitals in Chiang Rai, Thailand. This study aimed to explore a factor influencing the quality of life of cancer patient with the end of life care at hospitals in Chiang Rai. Data collected included: personal information, the factor of treatment, quality of life (EORTC QLQ-C30). Data analysis was done using binary logistic regression model to determine the ORs and 95% CIs of factors associated with quality of life. From this study, there were two factors which consist of education and palliative performance scale (PPS Score) significantly related to quality (role) Meanwhile, In the part of symptoms and impact related with three factors which consist of education, PPS Score and handy on care all P values < 0.05. In this study, the most related factor of quality in cancer patients with end of life care is health education, and also the provider has to reckon on the encouraging a self-health care performance as improving practice skills into both a patient and a caregiver to escalate the quality of life of end of life care in cancer patient till the terminated life with the dignity of humanity.

Keywords: The Quality of Life/ Cancer Patient/ Palliative Care

Corresponding author: Phitsanuruk Kanthawee, **Email:** phitsanuruk.kan@mfu.ac.th, **Tel:** 053916903

*Thesis of Master of Public Health, School of Health Science, Mae Fah Luang University

บทนำ

มะเร็ง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับสองของโลก โดยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 8.8 ล้านราย และในปี 2573 คาดการณ์ว่าจำนวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งจะเพิ่มสูงถึง 21.6 ล้านราย¹ ในปี 2555 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 8 เท่า จาก 12.6 ต่อแสนประชากร เป็น 98.5 ต่อแสนประชากรในประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 123,801 ราย และผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 84,981 ราย ซึ่งคิดเป็น 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประชากรในประเทศไทยมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มสูงขึ้น จาก 102,300 ราย เป็น 113,548 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.0² ผู้ป่วยโรคมะเร็งถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย เป็นการบรรเทาอาการความเจ็บป่วยมากกว่าการรักษา ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายหรือโรคเรื้อรังขั้นรุนแรงอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยบรรเทาความทุกข์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยสถิติผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของจังหวัดเชียงราย ในปีงบประมาณ 2560 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายมากที่สุดเป็นอันดับ 1 จำนวน 1,423 ราย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ทั้งหมด

1,737 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.92 และจากการคำนวณหาค่าความชุกของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จังหวัดเชียงราย มีค่าความชุกเท่ากับ 110.95 ต่อแสนประชากร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นถ้าหากคุณภาพชีวิตต่ำลงย่อมส่งผลให้การรับรู้ถึงความพอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง จะส่งผลให้อาการของโรคนั้นมีความรุนแรงขึ้น และทำให้อาการแย่ลงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจากไปก่อนเวลาอันควร^{3,4}

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานะในชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่อาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย มาตรฐานของสังคม และความเกี่ยวข้องในสิ่งนั้น⁴ มีการศึกษาปัจจัยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร คือ อายุ เพศ และรายได้ และยังพบว่าปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการกลุ่มอาการ ความรุนแรงของโรค และการกลับมาเป็นก้อนมะเร็งซ้ำ^{5,6}

จากที่กล่าวมาข้างต้นปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งและได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจังหวัดเชียงราย มีความชุกของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสูงถึง 110.95 ต่อแสนประชากร และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง แต่การศึกษาในเรื่องปัจจัยด้านการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ครอบคลุม ในด้านการดูแล และพัฒนาทักษะของ

ผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนถึงวันที่ถ่วงกลับไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และให้บุคลากรสาธารณสุขได้นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินการด้านการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของจังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลระหว่าง ปัจจัยคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะประชากรมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย
2. ปัจจัยด้านการรักษา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย
3. ปัจจัยด้านทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายที่เป็นโรคมะเร็ง (End of life care) และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของโรงพยาบาล ซึ่งใช้สูตร Krejcie & Morgan⁷ และได้ป้องกันการสูญหายของข้อมูล 20% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 ราย ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) คัดเลือกตัวแทนของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดเชียงราย ทั้งหมดมี 18 แห่ง คัดเลือก 5 แห่ง และได้ใช้สูตรการสุ่มตัวอย่างแบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาด (Sampling with probability proportional to size)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ในระหว่างระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2561 ซึ่งเก็บข้อมูลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายที่เข้ารับการรักษา และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายที่มีประวัติการรักษาโรคมะเร็ง โดยไม่มีความผิดปกติทางการสื่อสาร คือ ไข้ หูหนวก ซึ่งสามารถตอบแบบสอบถามได้ และยินยอมที่จะเข้าร่วมงานวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับ

ผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าดูแล และยินยอมที่เข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามการวิจัย จำนวน 4 ชุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยคุณลักษณะประชากร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรักษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ 0.76 มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ ในครอบครัวมีสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือไม่ ตำแหน่งของการรับการรักษาโรคมะเร็ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย การเกิดผลกตัญ การติดเชื่อของร่างกาย ระดับ PPS Score

ชุดที่ 3 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต The Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) ฉบับภาษาไทย ของ⁸ แปลภาษาไทยโดย⁹ โดยได้ทำการขออนุญาตใช้จากผู้แปล ผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์

ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ 0.70¹⁰ มีข้อคำถามแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความสามารถในการทำบทบาทหน้าที่
2) ด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยจากโรคและการรักษา มีเกณฑ์การให้คะแนนในคำตอบแบบมาตราส่วน 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่มีเลย 2 หมายถึง เล็กน้อย 3 หมายถึง ค่อนข้างมาก 4 หมายถึง มากที่สุด

3) ด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยรวม จำนวน 2 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-7 ซึ่งมีการให้คะแนน คือ ตำแหน่งที่ 1 หรือจุดที่ 1 หมายถึง คุณภาพชีวิต/สภาวะสุขภาพที่แย่มาก ตำแหน่งที่ 7 หรือจุดที่ 7 หมายถึง คุณภาพชีวิต/สภาวะสุขภาพที่ดีเยี่ยม

ชุดที่ 4 แบบสอบถามทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ประกอบด้วย 28 ข้อ 9 ด้าน ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ 0.89¹¹

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม ของสำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (REH-61116) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (CRPPHO 37/2561)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ข้อมูลคุณภาพชีวิต แบบทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย กับปัจจัยคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษา และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้โปรแกรม SPSS v.20 ในการวิเคราะห์สถิติด้วยความถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) นำตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยโลจิสติกด้วยวิธี Enter แสดงผลในแต่ละแบบจำลอง ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% (p=0.05)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.27) มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ

63.64) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 24.55) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 64 ปี (SD=14.13) มีสภาพสมรรถมากที่สุด (ร้อยละ 65.45) รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 24.55) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.91) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.45) รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 25.45) ในด้านอาชีพ พบ ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 50.91) รองลงมา คือ รับจ้าง (ร้อยละ 27.27) ด้านรายได้ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 44.55) รองลงมา คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 40.00) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=110)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	57.27
หญิง	47	42.73
อายุ		
20-29 ปี	2	1.82
30-39 ปี	3	2.73
40-49 ปี	8	7.27
50-59 ปี	27	24.55
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	70	63.64
ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 64 ปี (= 64.08, SD = 14.13, Min = 20, Max = 98)		
สถานภาพสมรส		
คู่	72	65.45
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	27	24.55
โสด	11	10.00
ศาสนา		
พุทธ	100	90.91
คริสต์	10	9.09

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=110) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	28	25.45
ประถมศึกษา	61	55.45
มัธยมศึกษา	14	12.73
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	4	3.64
ปริญญาตรี	3	2.73
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	56	50.91
รับจ้าง	30	27.27
เกษตรกร	18	16.36
ค้าขาย	5	4.55
รับราชการ	1	0.91
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	49	44.55
ต่ำกว่า 5,000 บาท	44	40.00
5,000 – 10,000 บาท	10	9.09
มากกว่า 10,000 บาท ขึ้นไป	7	6.36
ระดับค่า PPS Score		
กลุ่มสีเขียว	43	39.09
กลุ่มสีเหลือง	52	47.27
กลุ่มสีแดง	15	13.64

2. ข้อมูลปัจจัยด้านการรักษา

พบว่า โดยส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็ง (ร้อยละ 78.18) และกลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 8.18) ในส่วนของตำแหน่งของการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 33.61) รองลงมา คือ มะเร็งตับ (ร้อยละ 19.09) ด้านระยะเวลา พบมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 0-12 เดือน (ร้อยละ 75.45) รองลงมา คือ 13-24 เดือน (ร้อยละ 16.36) โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 17 เดือน (SD=34.80) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มี

การเกิดแผลกดทับ (ร้อยละ 96.36) และมีการเชื้อของร่างกาย (ร้อยละ 11.82) ซึ่งส่วนใหญ่พบในระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 7.27) รองลงมา คือ ระบบทางเดินอาหาร และในกระแสเลือด (ร้อยละ 1.82) ส่วนใหญ่มีระดับค่า PPS Score ระยะเปลี่ยนผ่าน มีการลุกลามของโรคมามากขึ้นแต่ไม่รุนแรง (กลุ่มสีเหลือง) ร้อยละ 47.27 รองลงมา คือ ระยะคงที่ไม่มีมีการลุกลามของโรค (กลุ่มสีเขียว) ร้อยละ 39.09 ตามลำดับ

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง และ เมื่อจำแนกตามรายด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ด้านบทบาท การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การทำหน้าที่ด้านสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางทุกด้าน ส่วนด้านการประเมินกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย มีทั้งหมด 9 ด้าน พบว่า 6 ด้าน มีคุณภาพชีวิตด้านอาการระดับปานกลาง ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร และปัญหาด้านการเงิน ส่วน 3 ด้าน มีคุณภาพชีวิตด้านอาการในระดับน้อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการท้องผูก อาการท้องเสีย และการประเมินสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง

4. ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=83.57$, $SD=11.22$) เมื่อวิเคราะห์คะแนนรายด้านทั้ง 9 ด้าน พบว่า 7 ทักษะของผู้ดูแลมีระดับทักษะดี ได้แก่ ทักษะการเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ ทักษะการแปลความหมาย ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปฏิบัติการ ทักษะการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน การให้การดูแล การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ส่วน 2 ทักษะระดับพอใช้ ได้แก่ ทักษะการปรับ

กิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม และการร่วมมือกับผู้ป่วย

5. วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านทักษะการดูแล กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ มิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย และมีมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

จากวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ Chi square พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ค่า PPS Score และทักษะการดูแลของผู้ดูแล เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษา และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย กับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับที่ได้รับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับคุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา 12.009 เท่า ($p=0.003$, 95% CI 2.288-63.030) และ ผู้ป่วยที่มีระดับค่า PPS Score ในกลุ่มสีเหลือง/แดง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตลดลง 0.057 เท่า ($p<0.001$, 95% CI 0.019-0.167) เมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่มีระดับค่า PPS Score ในกลุ่มสีเขียว ซึ่งจากโมเดลจากตารางที่ 2 และเนื่องจากความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างจึงทำให้ค่า Confidence interval กว้าง อย่างไรก็ตามการที่ค่า Confidence interval กว้าง ควรมีความระมัดระวังในการนำไปประยุกต์ใช้

ส่วนมิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา ค่า PPS Score และ

ทักษะการให้การดูแลระดับดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษา มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี 5.970 เท่า ($p=0.008$, 95% CI 1.588-22.445) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีระดับค่า PPS Score ในกลุ่มสีเหลือง/แดง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตลดลง 0.110

เท่า ($p<0.001$, 95% CI 0.042-0.289) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีระดับค่า PPS Score ในกลุ่มสีเขียวและ ส่วนทักษะการให้การดูแลในระดับดี มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตลดลง 0.086 เท่า ($p=0.004$, 95% CI 0.017-0.447) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีทักษะการให้การดูแลในระดับน้อยต้องปรับปรุง/พอใช้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษากับคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

ตัวแปร	OR	p	95% CI	
			Lower	Upper
การศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1			
ได้รับการศึกษา	12.009	0.003*	2.288	63.030
ระดับค่า PPS Score				
กลุ่มสีเขียว	1			
กลุ่มสีเหลือง/แดง	0.057	<0.001*	0.019	0.167

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านการรักษากับคุณภาพชีวิตมิติด้านอาการและปัญหาจากตัวโรคและการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย

ตัวแปร	OR	p	95% CI	
			Lower	Upper
การศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1			
ได้รับการศึกษา	5.970	0.008*	1.588	22.445
ระดับค่า PPS Score				
กลุ่มสีเขียว	1			
กลุ่มสีเหลือง/แดง	0.110	<0.001*	0.042	0.289
การให้การดูแล				
มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง/พอใช้	1			
มีทักษะระดับดี	0.086	0.004*	0.017	0.447

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการทำนายของปัจจัยต่อคุณภาพชีวิตมิติด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองพบว่า มีปัจจัยที่ความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ระดับค่า PPS Score ในกลุ่มสีเหลือง/แดง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ในระดับต่ำ โดยมี OR เท่ากับ 0.057 เมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่มีระดับค่า PPS Score ในกลุ่มสีเขียว ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นลดลงตามไปด้วย และยังพบว่าอีกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่ได้รับการศึกษามีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงเดช ประเสริฐศรี¹² พบว่าผู้ป่วยคะแนนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับสูง โดยแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.301, p=0.002$) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีในการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง และอาจส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹³ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พิจิตรา เล็กดำรงกุล¹⁴ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.257, p<0.05$)

การสนับสนุน การส่งเสริม ความรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยมะเร็ง อย่างมีประสิทธิภาพนั้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและครอบคลุมในทุกมิติของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ ในคุณภาพชีวิตมิติด้านอาการและปัญหาจากตัวโรคและการรักษา พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันกับคุณภาพชีวิตด้านอาการและปัญหาจากตัวโรคและการรักษา ได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับค่า PPS Score และ ทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้าย ซึ่งปัจจัยระดับการศึกษานั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งในด้านการทำหน้าที่ และด้านอาการและปัญหาจากตัวโรคและการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าระดับการศึกษาที่จำกัดไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต เนื่องจากกลุ่มอายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจได้รับการศึกษาบางส่วน และประสบการณ์ในการดำรงชีวิตต่าง ๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ซึ่งสามารถเรียนรู้ ปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยที่มีอยู่ให้เหมาะสม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรัชย์ มณีเนตร⁵ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.179, p=0.01$)

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ไม่ควรมองข้ามเป็นอย่างยิ่ง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษามีโอกาสที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษาและอีกหนึ่งปัจจัยที่น่าสนใจ คือ ทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบ

ระดับประคองในระยะท้าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่มีทักษะอยู่ในระดับไม่ดี และยังพบว่าผู้ดูแลที่มีทักษะการให้การดูแลที่ดীনกลับส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่มีทักษะการให้การดูแลที่ไม่ดี จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและเพื่อลดความทุกข์ทรมานใจ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาสรุปไว้ว่าการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย ที่ต้องปรับปรุงนั้นมีอยู่ 7 ด้าน คือ 1) ทักษะการปรับกิจกรรมและความเหมาะสม 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) ทักษะการแปลความหมาย 4) ทักษะการดูแล 5) การปฏิบัติการ 6) การเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ 7) การร่วมมือกับผู้ป่วย¹¹

สรุปได้ว่าทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยควรมีการเตรียมการเป็นอย่างดี และผ่านการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการดูแลและด้านต่าง ๆ เพื่อลดความทุกข์ทรมานและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงการสร้างความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแล และยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งจากการศึกษานั้นไม่พบปัจจัยใด ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของ

ผู้ป่วยอยู่ในระดับดี¹⁵ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์นั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการเกิดโรค ซึ่งแต่ละตำแหน่งจะมีปัจจัย และความเจ็บป่วยที่ต่างกัน¹⁶ จะเห็นได้ว่าความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจเกิดจากตำแหน่งของการเกิดโรค ในแต่ละตำแหน่งจะมีอาการและความเจ็บปวดที่ต่างกัน

สรุป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ทั้งในมิติด้านการทำหน้าที่ มิติด้านอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย มิติด้านสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม ทั้งยังพบว่า ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งมิติด้านการทำหน้าที่ และมิติด้านกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย ส่วนระดับค่า PPS Score เป็นปัจจัยทางลบที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ทั้งในมิติด้านการทำหน้าที่ และมิติด้านกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย และยังพบว่าทักษะของผู้ดูแลในการให้การดูแล เป็นปัจจัยทางลบกับคุณภาพชีวิตทั้งมิติด้านการทำหน้าที่ และมิติด้านกลุ่มอาการและปัญหาจากการเจ็บป่วย ซึ่งจากการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าการจะพัฒนาปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ควรพัฒนาด้านทักษะของผู้ดูแลให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ในผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ควรพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในด้านการให้การดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นอาจทำให้เกิดผลดีแก่ตัวผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้น้อยลง และมีการประเมินผลหลังจากดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยทุกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Health Observatory: the data repository [internet]. 2016 [10 sep 2015].
2. Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand, Palliative Guideline 2 0 1 4 , Bangkok: Ministry of Public Health, Thailand 2014
3. สุปรีดา มั่งคอง. บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. วารสารสภาการพยาบาล 2560;31(4):104-121.
4. Zebrack BJ, Chesler M. Health-related worries, self-image, and life outlooks of long-term survivors of childhood cancer. *Health & Social Work* 2001;26(4):245-56.
5. สุรัชย์ มณีเนตร, ขนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับแลท่อน้ำดี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2014;6(2).
6. Padilla GV, Grant MM. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*. 1985.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement* 1970;30(3):607-10.
8. Aaronson NK, Cull A, Kaasa S, Sprangers MA. The EORTC modular approach to quality of life assessment in oncology. *International Journal of Mental Health* 1994;23(2):75-96.
9. Silpakit C, Sirilerttrakul S, Jirajarus M, Sirisinha T, Sirachainan E, Ratanatharathorn V. The European Organization for Research and Treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30): validation study of the Thai version. *Quality of life research* 2006;15(1):167-72.
10. Aaronson D, Mazumder B. Intergenerational economic mobility in the United States, 1940 to 2000. *Journal of Human Resources* 2008;43(1):139-72.
11. ขลิยา วามะลุน. ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุข และการศึกษา 2559;19(3):40-51.
12. ทรงเดช ประเสริฐศรี. การศึกษาปัจจัยสนับสนุนความรุนแรงของการเกิดภาวะโซเดียมต่ำในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558;33(1):108-114.
13. Kitjabucha P. Health Promoting Behaviors of Persons with HIV/AIDS. Thesis of Master of Nursing Science in Nursing Management. Graduate School of Rangsit University; 2009.
14. พิจิตรา เล็กดำรงกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับพฤติกรรมดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2012; 30(3):64-73.
15. อรุณรัตน์ พรหมพุท. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รักษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา 2561;1(1):48-57.
16. สุชาติ ธารพร. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอเพศชายภายใต้ขณะได้รับรังสีรักษา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2555.