

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคับประคองที่มารับการรักษา ที่คลินิกประคับประคอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน

Factors affecting the Quality of Life of the Palliative Care Patient at Palliative Care Clinic, Lamphun Hospital

ช่อทิพย์ พรหมมาร์ตน์ พ.บ.,ว.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)

Chortip Prommarat, M.D., Dip. Thai Board
(Family Medicine)

โรงพยาบาลลำพูน Lamphun Hospital

Received: May 13, 2020

Revised: Jun 11, 2020

Accepted: Jun 22, 2020

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้ป่วยระดับประคับประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และมีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคับประคอง การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคับประคอง ที่มารับรักษาในคลินิกประคับประคอง โรงพยาบาลลำพูน ช่วงเดือนกันยายน 2562 – มีนาคม 2563 จำนวน 79 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐาน แบบประเมินความรุนแรงของอาการ แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การมีผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับ palliative performance scale ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำตัวแปรมาวิเคราะห์ถอยหลังแบบขั้นตอนพบว่า ความวิตกกังวล ความรุนแรงของอาการ การมีผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระดับประคับประคอง เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทำนายได้ร้อยละ 63 ($R^2=0.630$) โดยความวิตกกังวลสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้สูงที่สุด

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยระดับประคับประคอง

ABSTRACT

Currently, the number of palliative care patients has increased. In which this group of patients will suffer both physically and mentally. They have complex problems from many factors, patients themselves and their families. This study aimed to determine the factors associated quality of life of palliative care patients. This study was analytical cross-sectional studied in patients who meet palliative care criteria, at Palliative Care Clinic, Lamphun Hospital during September 2019 March 2020. 79 people were collected, interview based on demographic characteristics, severity of symptom, anxiety and depression, health perception, palliative health care behaviors and family support questionnaire, as well as the quality of life questionnaire by Palliative care Outcome Scale for patient. The data were analyzed using Pearson's correlation coefficient. The results of the study revealed that having caregivers, palliative performance scale, severity of symptom, anxiety, depression and palliative health care behavior were statistically significant relationship between the quality of life of palliative care patients. The Stepwise multiple regression analysis revealed that anxiety, severity of symptoms, having caregivers and palliative health care behavior could predict 63% in quality of life of palliative care patient ($R^2 = 0.63$ $p=0.00$), with anxiety was highest predict quality of life.

Key words: Quality of life, Palliative care, Palliative care patient

บทนำ

จากแนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของโลกที่เพิ่มขึ้น และจากอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิตที่ไม่สามารถรักษาได้มีจำนวนสูงขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนเพิ่มขึ้น (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2554) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีคามทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีปัญหาที่ซับซ้อนอันเกิดจากหลากหลายปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยระยะท้ายประมาณ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.5 โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคปอดร้อยละ 10.3 ตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (World Health Organization, 2019)

จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากเป็นอันดับ 1 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 8 เท่า จาก 43.8 ต่อแสนประชากร ในปี 2540 เป็น 98.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจาก 25.3 ต่อแสนประชากร ในปี 2548 เป็น 31.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรคเหล่านี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ดังนั้นจึงมุ่งเน้นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพที่สุด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ผู้ป่วยประคับประคองโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง จากการถูกละเลย

ของโรค ตลอดจนมีความทุกข์ทรมานจากอาการ
รบกวนต่างๆ เช่น อาการปวด อาการหอบเหนื่อย
เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่
ลดลง (กิตติกร นิลมานัต, 2555) เกิดความทุกข์ทรมาน
ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ นอกจากนี้มี
การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่า ผู้ป่วยที่มี
คุณภาพชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 70 จะมีอัตราการ
เสียชีวิตมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่
คุณภาพชีวิตดีกว่า ดังนั้นการดูแลและส่งเสริมให้
ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมีความสำคัญเป็น
อย่างยิ่ง (Movsas *et al.*, 2009) การศึกษานี้มี
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของอาการ สภาวะทาง
จิตใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
แบบประคับประคอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์
(Cross-sectional analytical study) ศึกษาในช่วง
เดือนกันยายน 2562 - มีนาคม 2563 ในคลินิก
ประคับประคอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและ
เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ว่าเข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง
และเข้ารับการรักษาที่คลินิกประคับประคอง แผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำพูน เลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามคุณสมบัติแบบเจาะจง (Purposive sampling)
คือ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง
เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีอายุ 20 ปี
ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเข้าเกณฑ์การ
ดูแลแบบประคับประคองคือ โรคมะเร็ง โรคไตวาย
เรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด โรคทาง
ระบบประสาทและสมอง มีระดับความรู้สึกรู้ตัวปกติ
สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วม
การศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion
criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการลุกลามของโรคจนระดับ

สติสัมปชัญญะลดลง หรือมีอาการเหนื่อยหอบมาก
และผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารได้

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
G*Power 3.1 วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power
of test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05
อำนาจการทำนาย (power analysis) 0.80 ค่า
อิทธิพล (effect size) $f^2=0.15$ โดยมีตัวแปรจำนวน
7 ตัว สามารถคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 103
คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สร้างขึ้นจากการ
ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน
ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน และ
ผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา
โดยดูจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วย การ
วินิจฉัยโรค palliative performance scale (PPS)
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับมาก่อนโรค
ประจำตัวอื่นๆ จำนวนครั้งที่มารับการรักษาที่
โรงพยาบาล

2. แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (The
Edmonton Symptom Assessment System) พัฒนา
โดย Bruera *et al.* (1991) และผ่านกระบวนการแปล
เป็นภาษาไทยโดย Chinda *et al.* (2011) แบบสอบถาม
มีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นการประเมินความรุนแรงของ
อาการทางด้านร่างกายจำนวน 6 ข้อ ด้านจิตใจ
จำนวน 3 ข้อ ปัญหาอื่นๆ 1 ข้อ ระดับการวัดแต่ละ
อาการจะมีคะแนน 0-10 โดย 0 คะแนนหมายถึง
ไม่มีความรุนแรงของอาการ และคะแนน 10 หมายถึง
มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด ทั้งนี้ให้ประเมิน
คะแนน ณ เวลาที่ทำการประเมินเป็นหลักเท่านั้น

3. แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
ของ Zigmond and Smith (1983) ที่พัฒนามาใช้
โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539)
ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ประเมินความวิตกกังวล
7 ข้อ และภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น

แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คือ คะแนนระดับ 0 ถึง 3 โดยคะแนนรวมของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน และตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

4. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงให้มีความเหมาะสม โดยมีคำถามในส่วนของการรับรู้ภาวะสุขภาพจำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

5. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

6. แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ใช้แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ตามแนวคิดของเซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer *et al.*, 1981) ที่พัฒนาโดย อูไร ชลยุนาต (2540) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 10 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านสิ่งของและการได้รับบริการ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เคยเลย

7. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale หรือ POS) ได้รับการพัฒนาขึ้น โดย Julie Hearn และ Irene J. Higginson จาก King's College, London, United Kingdom แปลเป็นภาษาไทยโดยลดารัตน์ สาภินันท์ (2556) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด 10 ข้อ ได้แก่ อาการปวด อาการรบกวนอื่นๆ ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความกังวลของครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การได้ระบาย

ความรู้สึก อาการซึมเศร้า ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การสิ้นเปลืองเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา การได้รับความช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ปัญหาอื่นๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วย อีก 2 ข้อเป็นคำถามปลายเปิดไม่นำมาคิดคะแนน แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 โดยคะแนน 0 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับสูง คะแนน 4 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนนรวม 0-40 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้แก่

1. ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำพูน เลขที่ Ethic LPN 036/2562 ลงวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2562

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยจำนวน 79 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 49.37 เพศหญิง ร้อยละ 50.63 อายุเฉลี่ย 66.59 ปี (S.D.=12.45) สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.76 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.41 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.16 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ

39.24 และ มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 96.20 เป็นคู่สมรสดูแล ร้อยละ 43.42 และ ร้อยละ 74.68 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีผู้ดูแล (care giver) บุตร ร้อยละ 40.79 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=79)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	49.37
หญิง	40	50.63
อายุ Mean (S.D.)	66.59 (S.D.=12.45)	
สถานภาพสมรส		
โสด	10	12.66
สมรส	48	60.76
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	21	26.58
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	3.80
ประถมศึกษา	58	73.41
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	15	18.99
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	3.80
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	42	53.16
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างของรัฐ	6	7.60
เกษตรกรรวม/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจส่วนตัว	31	39.24
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	59	74.68
5,000-10,000	18	22.79
ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป	2	2.53
ผู้ดูแลยามเจ็บป่วย		
ไม่มี	3	3.80
มี	76	96.20
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลยามเจ็บป่วย		
คู่สมรส	33	43.42
บุตร	31	40.79
พี่น้อง	4	5.26
อื่นๆ	8	10.53

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 97.46 รองลงมา เป็นโรคไตวายเรื้อรังและผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม ร้อยละ 1.27 เท่ากัน ระยะเวลาเจ็บป่วย 1.60 ปี (S.D.= 1.87) ผู้ป่วยมีคะแนน palliative performance scale (PPS) มากกว่า 70 ร้อยละ 46.83 PPS อยู่ระหว่าง 40-60 และ ต่ำกว่า 30 คิดเป็นร้อยละ 36.71 และ 16.46 ตามลำดับ เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 43.04 เคมีบำบัด ร้อยละ 39.24 ฉายแสง

ร้อยละ 8.86 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 40.51 มีโรคประจำตัวเดิม ร้อยละ 59.49 เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 1-2 ครั้ง/เดือน คิดเป็นร้อยละ 67.09 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาแบบประคับประคองมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 75.95 และเคยรับการรักษาแบบประคับประคองมาก่อน ร้อยละ 24.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (n=79)	ร้อยละ
โรคที่พบในกลุ่มตัวอย่าง		
มะเร็ง	77	97.46
โรคไตวายเรื้อรัง	1	1.27
โรคสมองเสื่อม	1	1.27
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี) Mean (S.D.)	1.6 (S.D.= 1.87)	
Palliative Performance Scale (PPS)		
0-30	13	16.46
40-60	29	36.71
70 -100	37	46.83
การรักษาที่เคยได้รับ		
ผ่าตัด	34	43.04
เคมีบำบัด	31	39.24
ฉายแสง	7	8.86
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	32	40.51
ความดันโลหิตสูง	24	30.38
ไขมันในเลือดสูง	11	13.92
เบาหวาน	2	2.53
อื่นๆ	10	12.66
จำนวนครั้งที่มารับการรักษาที่ รพ		
1 ครั้ง/2 เดือน	11	13.92
1 ครั้ง/เดือน	29	36.71
2 ครั้ง/เดือน	24	30.38
≥3 ครั้ง/เดือน	15	18.99
เคยรับการรักษาแบบประคับประคองมาก่อน		
เคย	19	24.05
ไม่เคย	60	75.95

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการเฉลี่ย 33.72 (S.D.=21.72) มีคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 7.38 (S.D.=4.17) และ 8.44 (S.D.=4.51) ตามลำดับ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.75) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ย 3.33 (S.D.=0.46) การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.65 (S.D.=0.35) โดยแบ่งเป็นคะแนนด้านอารมณ์ 4.76 (S.D.=0.39) ด้านข้อมูลข่าวสาร 4.44 (S.D.=0.54) ด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ 4.65 (S.D.=0.47) เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตพบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale for patient) เฉลี่ย 12.29 (S.D.=6.96) ดังตารางที่ 3

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง และแรงสนับสนุนจากครอบครัว มาทดสอบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคองพบว่า การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (care giver) และระดับ PPS ของผู้ป่วยระดับประคองที่มาได้รับการรักษาที่คลินิกประคับประคองโรงพยาบาล

ลำพูน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ($r=-0.279$, $r=-0.229$)

ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคหลักที่เข้าเกณฑ์การรักษาแบบประคับประคอง ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่เคยได้รับการได้รับการรักษาแบบประคับประคองมาก่อน โรคประจำตัวอื่นๆ และจำนวนครั้งที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง

นอกจากนี้พบว่า ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.634$, 0.717 และ 0.622) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระดับประคอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=-0.374$)

ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยระดับประคอง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลและซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระดับประคอง (n=79)

ปัจจัย	คะแนนเต็ม	Mean	S.D.
ความรุนแรงของอาการ	100.00	33.72	21.72
ความวิตกกังวล	21.00	7.38	4.17
ภาวะซึมเศร้า	21.00	8.44	4.51
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	5.00	3.70	0.75
พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง	4.00	3.33	0.46
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	5.00	4.65	0.35
ด้านอารมณ์	5.00	4.76	0.39
ด้านข้อมูลข่าวสาร	5.00	4.44	0.54
ด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ	5.00	4.65	0.47
คุณภาพชีวิต	40.00	12.29	6.96

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ความรุนแรงของอาการ ความวิตกกังวลและ ซึมเศร้า การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง และแรงสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง (n=79)

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ r	P-value
ผู้ดูแล (care giver)	-0.279	0.031*
Palliative Performance Scale	-0.229	0.042*
ความรุนแรงของอาการ	0.634	0.000*
ความวิตกกังวล	0.717	0.000*
ภาวะซึมเศร้า	0.622	0.000*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	-0.374	0.001*

*p<0.05

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษามาวิเคราะห์การถดถอย พบคุณสมบัติขั้นตอนพบว่า ความวิตกกังวล ความรุนแรงของอาการ การมีผู้ดูแล (care giver) และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง เป็น ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง ที่มารักษาที่คลินิกประคับประคองโรงพยาบาลลำพูน

ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถ อธิบายการผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 63 ($R^2=0.630$) โดยความวิตกกังวลสามารถทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้มากที่สุด รองลงมา คือ ความรุนแรงของอาการ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง (n=79)

ตัวแปรทำนาย	b	beta	t	P-value
ค่าคงที่	17.438		3.801	0.000*
ความวิตกกังวล	0.834	0.499	5.426	0.000*
ความรุนแรงของอาการ	0.083	0.258	2.726	0.008*
ผู้ดูแล (care giver)	-6.325	-0.175	-2.417	0.018*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	-2.406	-0.159	-2.102	0.039*

*p<0.05

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนผลลัพธ์การดูแล แบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale for patient) ของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ เท่ากับ 12.29 (S.D.=6.96) แสดงถึงผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญจิรา ธนอมจิตต์ และสุริพร ธนศิลป์ (2558) ที่พบว่าปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปอด ที่ พบผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับสูง เช่นเดียวกับการ ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับสูง (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) แต่การศึกษานี้ไม่สัมพันธ์กับการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลูกกลมที่ได้รับการ รักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง (ชุดิมา จันทรสมคอย และคณะ, 2561) อาจเนื่องจากผู้ป่วย

กลุ่มนี้มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (care giver) ถึงร้อยละ 96.2 ซึ่งได้รับการดูแลจากครอบครัว ทั้งทางด้าน อารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและการได้รับ บริการในระดับสูง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงคุณค่า และความหมายของชีวิตทั้งต่อตนเองและครอบครัว นอกจากนี้มีการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง และมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง แบบ ประคับประคองในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความ เข้าใจต่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ทำให้สามารถใช้ ชีวิตประจำวันอยู่ได้ท่ามกลางโรคที่มีการลุกลามมาก ขึ้นเรื่อยๆ และสามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

2. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประคับประคอง ได้แก่

การมีผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) มีความสัมพันธ์ ทางลบกับ คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประคับประคอง ($r=-0.279$) กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยมี ผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการปรับตัวต่อบทบาท และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งที่กล่าวว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีบทบาทหลักในการ ดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการที่ เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของชีวิตผู้ป่วย ตั้งแต่ ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของ ชีวิต โดยผู้ดูแลจะเป็นทั้งผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย เป็น นักสื่อสาร เป็นผู้ให้การดูแล และผู้ให้การสนับสนุน ทางสังคม (วารุณี มีเจริญ, 2557) ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วย แต่ละรายจะมีบทบาทมากเท่าไหร่นั้นขึ้นอยู่กับ สัมพันธภาพระหว่างตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล ซึ่งการทำ หน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวของผู้ดูแลจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Palliative Performance Scale มีความสัมพันธ์ ทางลบกับ คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประคับประคอง ($r=-0.229$) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับ PPS ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในระยะท้ายที่พบว่า PPS มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิต อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยเริ่มมีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ ระดับ PPS ที่ต่ำลง อันเนื่องจากการลุกลามของ โรคมะเร็งขึ้น ส่งผลให้เกิดความถดถอยทางด้าน ร่างกาย กระทบต่อความสามารถในการใช้ ชีวิตประจำวัน เกิดความกังวลและความเครียด ตามมา จะทำให้คุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจแย่งตามลำดับ (วิภาดา พิงสุข และคณะ, 2562)

ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวก กับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง ($r=0.634$) กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีความรุนแรงของ อาการที่มากขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาความรุนแรง ของอาการพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ ประคับประคอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมี บำบัด (ชุตินา จันทรสมคอย และคณะ, 2561) และ การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้าย (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และ สุวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) ที่พบว่าความรุนแรง ของอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประคับประคอง เนื่องจากความรุนแรงของอาการ ทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวด อาการเหนื่อย ความรุนแรงทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า จะ ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและ จิตใจ ส่งผลต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติกิจวัตร และ กระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองและ ครอบครัวในท้ายที่สุด ผลการศึกษานี้สนับสนุน แนวคิด WHO ที่มุ่งเน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานของ ความรุนแรงในทุกด้าน เนื่องจากอาการเหล่านี้จะ สัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วย ระยะท้ายที่มีอาการรุนแรง

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประคับประคอง ($r=0.717$) ดังนั้น หากผู้ป่วยมีภาวะ วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะทำให้มี คุณภาพชีวิตระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพผู้ป่วยมะเร็งปอด ที่พบว่า ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ขวัญจิรา ฅนอมจิตต์ และสุริพร ธนศิลป์, 2558) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ก็จะมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าตามมา เมื่อโรคมีการลุกลามโดยไม่ได้รับการจัดการอาการรบกวนและได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น จนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามลำดับ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง ($r = -0.374$) กล่าวคือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในระดับสูงจะทำให้มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ชุดิมา จันทรสมคอย และคณะ, 2561) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด (พิจิตรา เล็กดำรงกุล และคณะ, 2555) โดยการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงแสดงว่าผู้ป่วยต้องมีการรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น มีการยอมรับและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่าน นอกจากนี้ผลการศึกษานับสนทนากลุ่มของ Shared ที่อธิบายไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสูงสุด ในการดูแลแบบประคับประคอง (Desbiens *et al.*, 2012)

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประคับประคอง คือ ภาวะวิตกกังวล ความรุนแรงของอาการ การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยความรุนแรงของอาการเป็นปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้ป่วย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการที่มากขึ้น จะมีผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้อง

กับการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ประสิทธิภาพการมีอำนาจการตัดสินใจ ความรุนแรง จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ ร้อยละ 40.80 (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และ สุวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปปรับใช้เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาแบบประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การลดความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ตลอดจนการวางแผนล่วงหน้าให้ผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม การประเมินและจัดการอาการรบกวนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากโรค ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของครอบครัวอันเป็นที่รัก นอกจากนี้ควรมีการประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองแบบประคับประคอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรศึกษาในลักษณะของ Multi-hospital เพื่อเพิ่มจำนวนประชากรที่เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งจะทำการศึกษาดังกล่าวครอบคลุมถึงโรคอื่นๆ ที่เข้าเกณฑ์การรักษาแบบประคับประคองด้วย

3. ควรมีการศึกษาโดยเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาแบบประคับประคองในกลุ่มโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (Non cancer) ให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอพระคุณผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลลำพูน พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกประคับประคอง โรงพยาบาลลำพูน ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่าน และ ดร.ภญ.จิตชนก เรือนก้อน ที่ให้คำแนะนำในการศึกษารั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสาร 72 ปี กรมการแพทย์, 1-2.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ขวัญจิรา ถนอมจิตต์ และสุริพร ธนศิลป์. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 27(1), 120-132.
- ชุติมา จันทรสมคอย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และวัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความรุนแรงของอาการ พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 108-117.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety And Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.
- นงลักษณ์ สรรสม. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารเกื้อการุณย์, 23(2), 199-216.
- พิจิตรา เล็กดำรงกุล คณินิจ พงศ์ถาวรกุล ธนิษฐา ชมพูบุบผา และนพดล ศิริธนารัตนกุล. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 30(3), 64-73.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2556). คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 20(1), 10-22.
- วิภาดา พิงสุข พิชณกรักษ์ กันทวิ และภัทรพล มากมี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(2), 116-128.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร. (2554). Palliative care: การดูแลด้วยหัวใจและศรัทธา. ใน: ก่อนจะถึงวันสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 1-7.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). การสาธารณสุขไทย 2554 – 2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อุไร ขลุ่ยนาถ. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmser, P., and Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of palliative care*, 7(2), 6-9.
- Chinda, M., Jaturapatporn, D., Kirshen, A. J., and Udomsubpayakul, U. (2011). Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *Journal of pain and symptom management*, 42(6), 954-960.
- Desbiens, J. F., Gagnon, J., and Fillion, L. (2012). Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2113-2124.
- Movsas, B., Moughan, J., Sarna, L. *et al.* (2009). Quality of life supersedes the classic prognosticators for long-term survival in locally advanced non-small-cell lung cancer: an analysis of RTOG 9801. *Journal of clinical oncology*, 27(34), 5816-5822.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., and Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- World Health Organization. (2019). WHO Definition of Palliative Care; 2019. [cited 2019 July]; Available from: URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>