ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

ขวัญจิรา ถนอมจิตต์
สุรีพร ธนศิลป์

Follow this and additional works at: https://digital.car.chula.ac.th/cuns

Part of the Nursing Commons

Recommended Citation
ถนอมจิตต์, ขวัญจิรา and ธนศิลป์, สุรีพร (2015) "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด," Journal of Nursing Science Chulalongkorn University (วารสารพยาบาลศาสตร์): Vol. 27: Iss. 1, Article 11.
DOI: 10.58837/CHULA.CUNS.27.1.11
Available at: https://digital.car.chula.ac.th/cuns/vol27/iss1/11

This Original article is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Journal of Nursing Science Chulalongkorn University (วารสารพยาบาลศาสตร์) by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.
Selected Factors Related to Quality of Life of Patients with Lung Cancer

Kwanjira Tanomjit, M.N.S.*
Sureeporn Thanasilp, D.N.S.**

背景

背景:

目的: 为了研究肺癌患者的生活质量相关因素，本研究旨在调查肺癌患者的生活质量，并分析影响因素。

方法:

该研究采用问卷调查法，共发放问卷193份，回收185份，有效回收率为96.3%。问卷内容包括患者基本信息、疾病状况、生活质量等方面。

结果:

1. 患者的年龄、性别、婚姻状况、教育程度、职业、收入、家庭经济状况、居住环境、社会支持等对生活质量有显著影响。
2. 患者的疾病状况、治疗情况、心理状况、情绪状态、睡眠质量、疼痛程度、活动能力、自我照顾能力等对生活质量有显著影响。

结论:

肺癌患者的生活质量受多种因素的影响，包括患者的基本信息、疾病状况、心理状态等。因此，应针对不同患者的具体情况，提供个性化的护理干预，以提高患者的生活质量。

* 临牀護理學講座班講師
** 临牀護理學講座班講師
Abstract

**Purpose:** To examine the relationships between pain, fatigue, dyspnea, anxiety, depression, supportive care needs, and quality of life of lung cancer patients, and to identify the predictors of quality of life.

**Design:** Correlational predictive research.

**Method:** Subjects were 193 lung cancer patients from outpatient department of three hospitals in Bangkok. Data were collected using demographic data form, Brief Pain Inventory, Fatigue Appraisal, Cancer Dyspnea Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Supportive Care Needs Survey-Short Form 34 and EORTC QLQ C-30 questionnaire. All instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Their Cronbach’s alpha coefficients were .89, .92, .71, .83, .94, and .92, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson’s Product Moment Correlation coefficient, Eta coefficient, and Stepwise multiple regressions.

**Finding:**
1) Quality of Life of lung cancer patients was at a high level ($\bar{X} = 73.01$, $SD = 15.44$).
2) Fatigue, dyspnea, anxiety, depression and supportive care needs were significantly and negatively related to quality of life. However, pain was not significantly related to quality of life.
3) Depression ($\beta = -.52$), dyspnea ($\beta = -.28$), fatigue ($\beta = -.30$), and supportive care needs ($\beta = -.14$) were significant predictors of quality of life of lung cancer patients ($p < .05$). They accounted for 43 percent of the variance of quality of life ($R^2 = .43$).

**Conclusion:** The results of this study can be used to develop the intervention to improve quality of life of lung cancer patients by focusing on symptom cluster management and care need responses.

**Keyword:** Quality of life / Lung cancer patients / Fatigue
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งบอสทั่วมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย โดยพบ ร้อยละ 23.6 และพบมากเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง โดยพบร้อยละ 7.1 รองจากมะเร็งต่อม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลิ่มตามลำดับ (สถาบันมะเร็ง, 2554) จากการก่อเกิดรวมตลอด พบว่า สาเหตุการตายจากมะเร็งบอสทั่วมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกยี่ ซึ่งในปี 2551 พบว่า มีอัตราการตายถึง 8,565 คน ต่อประชากร 100,000 คน ส่วนใหญ่จะพบเฉพาะเพศชาย เมื่ออยู่ในระยะที่ 4 ดูแลเร็วจะช่วย 53.2 เป็นผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ครบ 90 เดือนของเวลาการรอคอยภายใน 1-2 ปี (Bonomi et al., 1990) ซึ่งจากการศึกษาของ Cooley (2000) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วผู้หญิงจะมีความทุกข์ทรมานในด้านต่าง ๆ ดังเด็ดเดนที่ได้รับการรักษาจะมีการเปลี่ยนชีวิตจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการรักษาที่ทันกำหนดและมีการควบคุมอาการอย่างต่อเนื่องและตถาผลของการรักษาและการรักษาแล้วนี้ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วเป็นอย่างมาก (Fow and Lyon, 2006) ดังนั้น คุณภาพชีวิตที่ดี ลงในผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วยังส่งผลให้การรักษาความฟื้น พอใจในชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยส่งผลในมิติต่าง ๆ ที่เป็นองค์ ประกอบของคุณภาพชีวิต ยอมส่งผลต่อความรู้สึก ไม่แน่นอนในชีวิต ทุกที่ และเร้น (Zebrack, 2001) ในปัจจุบันคุณภาพชีวิตจึงถูกนำมาใช้ในการ พยากรณ์การมีชีวิตอยู่ข้อมูลของผู้ป่วยหลายปีความ ถึงผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วซึ่งจากการศึกษาของ Movass et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วที่มีคุณภาพ ชีวิตดีกว่าร้อยละ 70 มีอัตราการตายมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วได้ท่านผู้ สำหรับเป็นการศึกษาในต่างประเทศ และสำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งพัฒนาอักขระภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งทั่วทั้งหมด โดยไม่สามารถนำ มาอ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วได้ทั้งหมด เนื่องจาก ความแตกต่างของตัวแปรของโรค การรักษา และในหลายการศึกษาของผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วผู้หญิง พบว่า มีความทุกข์ทรมานในด้านต่าง ๆ ดังเด็ดเดนที่ได้รับการวินิจฉัยจากมะเร็งบอสทั่วผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มอื่น ๆ (Cooley, 2000) สำหรับการศึกษาปัจจัย ที่ส่งพัฒนาอักขระภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่ว มี เพียงการศึกษาของ Xioline (2002) ที่เปรียบเทียบ ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง บอสทั่วและการศึกษาของ นังกันทร์ ธรรม และสุริยา พงศ์โตโยต์ (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วจากโรงพยาบาลเพียงเล็กน้อยและไม่ได้แยก ระดับคุณภาพชีวิตตามชนิดของโรคอะไรไว้ จึงไม่ สามารถนำมาอ้างอิงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งบอสทั่วได้ทั้งหมด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงระดับ คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และท้านาย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่ว ในรีบของการ สังคมไทย เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินปัญหา ทางการพยาบาลของผู้ป่วยและการให้การพยาบาล เพื่อดูแลแทนความต้องการของผู้ป่วยโดยตลอด ดำรัส ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิทยาและจิตสัมพันธ์ และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาวัตรการทาง การพยาบาลเพื่่องเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตดี ซึ่ง เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่วสามารถ เลือกใช้โรคที่เป็นและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบอสทั่ว

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการบอสทั่ว ความเหนื่อยล้า อาการบายใจลำบาก ความวิตกก
กังวล ภาวะชีมเศร้า ความต้องการการดูแลแบบสมบูรณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่นำความคิดเห็นของผู้ป่วยมะเร็งผลจากการปัจจัย อาการปวด ความ
เหนื่อยล้า อาการทางจิตเวช ความรู้กังวล ภาวะชีมเศร้า และความต้องการการดูแลแบบสม
บูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทันท้าย
(Correlational predictive research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
แพทย์ว่าเป็นมะเร็งตลอด 20-59 ปี
ที่เข้ารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุภพันธุ์คุรุ willingness โรงพยาบาลสุภพันธุ์
และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณของ
Thurndike (1978) พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 193 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละ
โรงพยาบาลด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ดำเนินการจนครบ 193 คน โดยเก็บ
จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง จำนวน 65, 64 และ 64 คน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล
การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งตลอด ประกอบด้วย
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ
สมรรถ สายพันธุ์ สถานภาพการอยู่อาศัย การวินิจฉัยโรค
ระยะของการวินิจฉัยตามมติวิชาการวิทยาชีวิน
ของการรักษา และระยะเวลาการวินิจฉัย สั่งให้
ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งตลอด ประกอบด้วย
ชนิดของการรักษาในที่ ระยะเวลาด้วยเวลาได้รับการ
วินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาของโรคเรียกร้องตาม
ระบบการแพร่กระจายของ TNM สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง
ผลิตนั้นไม่ใช่ผลลัพธ์ และการแพร่กระจายของ
มะเร็งเคมีหรือผลิตนั้น (ระยะลูกสูงและระยะลูกศีก) 
เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถาม
ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
มะเร็งของ Lopez et al. (2010)

2. แบบประเมินความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
(Brief Pain Inventory; BPI short form) ของ
Cleeland and Ryan (1994) แปลเป็นภาษาไทย
โดย พงศ์ภัทร์มา จิตยากรศิริ (2009) ซึ่งเป็นแบบ
ประเมินความรุนแรง (4 ข้อ) และผลกระทำจาก
ความปวดในการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน (1 ข้อ)
และข้อคำถามอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ (5 ข้อ) ที่มี
ข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะค่าตอบเป็นลักษณะ
เรียงลำดับตัวเลขที่ตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 หมายถึง
ไม่มีอาการปวด/ไม่มีความเสียหาย/ไม่ช่วยประสาทอาการ
เลย ถึง 10 หมายถึง มีความปวดในระดับรุนแรง/
ผลกระทบมากที่สุด/การปวดไม่ช่วยประสาทอาการได้อย่างมี
ประสิทธิภาพมากที่สุด การแปลค่านอน คะแนน
เฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่
ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมาย
ถึง มีความปวดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย
3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีความปวดอยู่ใน
ระดับสูง ค้าความเข้มข้นของแบบสอบถามโดยทั่ว
ค่าสัมประสิทธิ์เฉลี่ยของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยง
ของเครื่องมือเท่ากับ .89

3. แบบประเมินความเหนื่อยล้า Fatigue
Appraisal ของ Lareau, Meek and Roos (1998)
แปลเป็นภาษาไทยโดย ดร.ทรงคุณภูมิ
ประกอบด้วย
ข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินความเหนื่อย
ล่าฝ่าพรุตกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยลักษณะค่าตอบเป็นแบบตัวเลข โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรม (1 คะแนน) คะแนน 1-3 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย (2 คะแนน) คะแนน 4-6 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง (3 คะแนน) และคะแนน 7-10 หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับรุนแรง (4 คะแนน) สำหรับการแปลผลของความเหนื่อยล้า มีคะแนนรวมระหว่าง 10-40 คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีความเหนื่อยล้าในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทำค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ 1 คะแนนได้เท่ากับ.92

4. แบบประเมินอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยมะเร็งปอด Cancer Dyspnea Scale (CDS) ของ Tanaka et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นแบบประเมินประสบการณ์ในส่วนต่างๆ ที่มีความหลากหลายของมิติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ขอ ลักษณะค่าตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทำค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ 1 คะแนนได้เท่ากับ.71

5. แบบประเมินอาการวิตกกังวลและชีมเศร้า ของผู้ป่วยมะเร็งปอด Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snith (1983) ที่นำมาพัฒนาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งโดย ธนาคารไทยโวชิริชีและคณะ (2539) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ขอ ประเมินความวิตกกังวล จำนวน 7 ขอ และประเมินภาวะชิมเศร้า จำนวน 7 ขอ ลักษณะค่าตอบเป็นแบบตีครึ่ง 4 ระดับ (0-3) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน คะแนน 0-7 หมายถึง ปกติ คะแนน 8-10 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะชิมเศร้าสูง คะแนน 11-21 หมายถึง มีความวิตกกังวลและภาวะชิมเศร้าขึ้นขึ้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทำค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ 1 คะแนนได้เท่ากับ.83

6. เบดล้าความต้องการชุดเสื้อแบบสนับสนุน The Supportive Care Needs Survey -Short Form 34: SCNS-SF34 ของ Boyes, Girgis, and Lecathelinais (2009) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินความต้องการทุกแบบสนับสนุน 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านจิตใจ 2) ด้านประสบการณ์สุขภาพและชีวิตประสาท 3) ด้านอาหารและการทำกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการดูแลและช่วยเหลือ และ 5) ด้านผลสัมพันธ์ ประมาณค่าของข้อคำถาม 34 ขอ ลักษณะค่าตอบแบบเป็น 5 ระดับ คันหนึ่ง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์ต่างๆหรือไม่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากพึ่งพอใจแล้ว (1 คะแนน) 3 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับต่ำ (2 คะแนน) 4 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลาง (3 คะแนน) และ 5 หมายถึง ต้องการความช่วยเหลือในระดับมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 34-136 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการความช่วยเหลือ คะแนนเฉลี่ย 1.75-2.50 คะแนน หมายถึง มีความต้องการดูแลแบบสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 คะแนน หมายถึง มีความต้องการเป็นแบบสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.25 คะแนน หมายถึง มีความต้องการเป็นแบบสนับสนุนอยู่ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทำค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ 1 คะแนนได้เท่ากับ.94
7. แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ C-30 ของ Aaronson (1994) แปลเป็นภาษาไทยโดย Silpakit et al. (2006) เป็นการประเมินความ สามารถในการทำหน้าที่ 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านง่ายกาย จำนวน 5 ข้อ การทำหน้าที่ด้านบทบาท จำนวน 2 ข้อ การทำหน้าที่ด้านการรับรู้ จำนวน 2 ข้อ การ ทำหน้าที่ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ และการทำหน้าที่ ด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามนี้เป็นแบบ มาตรฐานส่วนบุคคลแบบประเมินเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1 คือ ไม่เลย 2 คือ เล็กน้อย 3 คือ ปานกลาง และ 4 คือ มาก มีการแปลงคะแนนเป็น 100 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-100 เพื่อการเรียบเทียบ คะแนนของผู้ป่วยจะเรียงที่สุด โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ คะแนน 0.00-33.33 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตใน ระดับต่ำ คะแนน 33.34-66.67 หมายถึง มีคุณภาพ ชีวิตในระดับปานกลาง คะแนน 66.68-100.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามโดยหากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาค่อนมาก เท่ากับ .90

การพิจารณาข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้ทำการพิจารณาข้อมูลจากการ วิจัยในบุคคลจากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลเดช โรงพยาบาลต่าง ๆ และโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดภูเก็ต เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2555

ตารางรวมข้อมูล

การจัดเรียงค่าให้ถูกกับการรวบรวมข้อมูลด้วย ตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง แพทย์- พยาบาล ตามข้อมูล พ.ศ. 2555 โดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่จากการนับข้อมูลและจัดการ ให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลเดช โรงพยาบาลต่าง ๆ และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  сделалการคราดใหญ่ เพื่อขอ อนุภิบัติเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบท่าหน้า แผนกและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูล และขอ ความร่วมมือในการสอบถามความสะดวกของแก่ รวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการสำรวจข้อมูลผู้ป่วย และคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการ ตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยืนยันเข้าร่วมใน การวิจัย ให้เข้าในยิบยับของประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะยูกิจการสอบถามและ ประเมินอาการผู้ป่วยผ่านการเหนียบ ตนเองเพียง หรือบัด เพื่อทำกิจการสร้างขั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบ ความเรียบร้อยเงินได้ข้อมูลครบ 193 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ส้าเริ่ม กำหนดระดับนักสี่ด้านของสถิติระดับ .05 วิเคราะห์ความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เเบ่งแบบมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยหา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพิ่มขึ้น และวิเคราะห์ ทดสอบพื้นฐานเกี่ยวกับ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะเบื้องต้น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.84 หญิงอายุมากกว่า 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.30 สถานภาพสมรสผู้ คิดเป็นร้อยละ 63.21 ไม่ได้ทำการทำหมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 35.23 สถานภาพการอยู่อาศัย อยู่กับคู่ สมรสและลูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.31 ระยะ ของโรคสั่วน้อย คือ Stage IV คิดเป็นร้อยละ 51.30 ชนิดของเซลล์มะเร็งพบส่วนใหญ่ คือ Non Small
Cell Lung Cancer คิดเป็นร้อยละ 95.30 ชนิดของ
การรักษา substantial ได้รับเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 68.91 และระดับการทำงานจิตวิญญาณอยู่ในช่วง
tั้งแต่ 6 เดือน แต่ไม่เกิน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.60

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพ
ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
73.01 (SD = 15.44) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
การทำน้ำที่ด้านบนของและการทำน้ำที่ด้านการ
รับรู้ อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ยังถือไว้ โดยมีค่า
เฉลี่ยเท่ากับ 79.71 และ 79.02 ตามลาดับ ส่วนการ
ทำน้ำที่ด้านอารมณ์ การทำน้ำที่ด้านร่างกายและ
การทำน้ำที่ด้านสังคม อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์
ยังถือไว้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.48, 68.39 และ
62.44 ตามลาดับ

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ได้แก่ ความ
เหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก ความติดกังวล
ภาวะชีวิตการ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
d้วยรวม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้าน
จิตใจ ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้าน
ร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และความ
ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านเพศสัมพันธ์ มี
ความสัมพันธ์ทางอ้อมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
มะเร็งปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
(r = -.51, -.32, -.34, -.52, -.19, -.22, -.37 และ -.24
ตามลาดับ) ส่วนความปลอด ความต้องการการดูแล
แบบสนับสนุนด้านระบบการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับ
สุขภาพ และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน
d้านการดูแลและช่วยเหลือไม่มีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด

จากตารางที่ 3 พบว่า การประเมินผล อาการ
หายใจลำบาก ความเหนื่อยล้า และความต้องการ
ดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล
ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 โดยน้ำหนักได้ร้อยละ 43 (R² = 0.43)

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปอด ผลการ
ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดมีคุณภาพชีวิตโดย
รวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.01
(SD = 15.44) แสดงผลต่อการศึกษาของ นางลักษณ์
สารสกุล (2552) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
มะเร็งปอด (n =193)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต ความปลอด ความเหนื่อยล้า อาการ
หายใจลำบาก ความติดกังวล ภาวะชีวิตการ และความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วย
มะเร็งปอด (n =193)

| ข้อมูล                      | มีค.
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>คุณภาพชีวิต</td>
<td>73.01</td>
</tr>
<tr>
<td>ความปลอด</td>
<td>7.65</td>
</tr>
<tr>
<td>ความเหนื่อยล้า</td>
<td>21.08</td>
</tr>
<tr>
<td>อาการหายใจลำบาก</td>
<td>25.16</td>
</tr>
<tr>
<td>ความติดกังวล</td>
<td>5.12</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาวะชีวิตการ</td>
<td>5.18</td>
</tr>
<tr>
<td>ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน</td>
<td>94.11</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>สูง</td>
<td>73.01</td>
</tr>
<tr>
<td>ต่ำ</td>
<td>7.65</td>
</tr>
<tr>
<td>ปานกลาง</td>
<td>21.08</td>
</tr>
<tr>
<td>ปานกลาง</td>
<td>25.16</td>
</tr>
<tr>
<td>ปกติ</td>
<td>5.12</td>
</tr>
<tr>
<td>ปกติ</td>
<td>5.18</td>
</tr>
<tr>
<td>ปานกลาง</td>
<td>94.11</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัดสินกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท้อง (n=193)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ปัจจัย</th>
<th>ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)</th>
<th>p-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ความบทความ</td>
<td>-0.02</td>
<td>.38</td>
</tr>
<tr>
<td>ความเหนื่อยล้า</td>
<td>-0.51</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>อาการหายใจลำบาก</td>
<td>-0.32</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>อาการริดกังวล</td>
<td>-0.34</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาวะชีพเด็ก</td>
<td>-0.52</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม</td>
<td>-0.19</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ความต้องการด้านจิตใจ</td>
<td>-0.22</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ความต้องการด้านกระบวนการดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ</td>
<td>-0.10</td>
<td>.09</td>
</tr>
<tr>
<td>ความต้องการด้านการจ่ายยาและการที่จังหวะประจำวัน</td>
<td>-0.37</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ความต้องการด้านการดูแลและช่วยเหลือ</td>
<td>-0.01</td>
<td>.43</td>
</tr>
<tr>
<td>ความต้องการด้านเพลสสัมพันธ์</td>
<td>-0.24</td>
<td>.00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่นำมาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท้องในรูปแบบต้นต้น (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) (n=193)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ตัวแปรที่นำมา</th>
<th>b</th>
<th>SEb</th>
<th>β</th>
<th>t</th>
<th>p-value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ค่าคงที่</td>
<td>87.96</td>
<td>2.02</td>
<td>-</td>
<td>43.56</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ภาวะชีพเด็ก</td>
<td>-2.89</td>
<td>.34</td>
<td>-0.52</td>
<td>-8.40</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>อาการหายใจลำบาก</td>
<td>-1.08</td>
<td>.23</td>
<td>-0.28</td>
<td>-4.77</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ความเหนื่อยล้า</td>
<td>-0.90</td>
<td>.21</td>
<td>-0.30</td>
<td>-4.36</td>
<td>.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม</td>
<td>-0.11</td>
<td>.04</td>
<td>-0.14</td>
<td>-2.38</td>
<td>.00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

R = .65, R² = .43, F = 34.72, p = .00

มะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การศึกษาของมาศพงค์ วงศ์พรหมชัย (2548) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับความอนุญญาที่จะทำการบ้านผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง (R = 66.43, SD = 13.94) ผลการศึกษาณ บริบทได้แก่ว่าแม่ผู้ป่วยมะเร็งเปลี่ยนรับผลผลิตด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งจากความสุขและการรักษา ไม่จำพวกเป็นด้านบางกายกรรม อารมณ์ สุขภาพ และจิตใจ แต่ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้ก็ยังมีการรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรรถ คิดเป็นร้อยละ 63.21 และอยู่อาศัยกับคู่สมรสและลูก คิดเป็นร้อยละ 37.31 การที่ผู้ป่วยได้
รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความหวังใน ซึ่งการดูแลด้วยความละเอียดจากบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับนั้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองอย่างต่อเนื่องมีความหมายและมีคุณค่า ถ้าเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดกลั้นใจในการดูแลที่ดีขึ้นในการวิจัยและทำการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุข และจะเรียนรู้ด้วยโรคที่คุณคามต่อชีวิต (นำลักษณ์ สรรสม, 2552) นอกจากนี้ อาจเกิดจากการใช้เทคโนโลยีชั้นสูงในการวิจัยและการรักษาจะเรื่อง รวมทั้งทางเลือกการรักษาที่ช่วยลดความทุกข์สุขภาพเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจะเริ่ม เผื่องเสริมให้มีการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย (ผลการบันทึกแห่งชาติ, 2554)

2. ปัจจัยที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเริ่มต้น ผลการศึกษาพบว่า ความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเริ่มต้นที่เน้นเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ถามถึงการรักษาที่ได้รับเมื่อมีอาการปวดแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการความปวด เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความปวด พบว่า ยังส่วนใหญ่ที่ให้แก่ผู้ป่วย คือ Paracetamol คิดเป็นร้อยละ 65.75 จึงเป็นการบรรลุความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับความเหนื่อยล้า พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเริ่มต้นอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติระดับ .05 (r = -.38) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยจะเริ่มต้นการรักษาได้คืนคืนหรือได้ทำการรักษาที่มีความสุข การที่จะให้ผู้ป่วยเกิดความหนSolo ถ้าผู้ป่วยจะเริ่มต้นมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลคั่นกับการศึกษาของ Fox and Lyon (2006)พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางสถิติระดับ .05 (r = -.38) สำหรับอาการหายใจลืมหาย พบว่า อาการหายใจลืมหายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเริ่มต้นอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติระดับ .05 (r = -.32) อาจส่งผลได้ว่า อาการหายใจลืมหายเป็นการมีการสูญเสียของความรู้สึกไม่สุขสบายในการหายใจส่งผลกระทบต่อการดูแลชีวิตของบุคคล ผลดั่งนั้น โพสต์การศึกษาของ Smith (1992) และ Mohan et al. (2007) พบว่า ภาวะหายใจลืมหายมีความสัมพันธ์ทางสถิติระดับ .05 (r = -.34 และ -.52) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกังวลและกลัวตัวเองได้รับการวิจัยว่าเป็นมะเร็งปลอด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกสิ้นหวัง (Ingle, 2000; Kuo and Ma, 2002) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความก้าวหน้าของโรคมากขึ้นเมื่อไม่ได้รับการช่วยเหลือ ความรู้สึกกังวลและภาวะซึมเศร้าก็จะเพิ่มขึ้นจนถึงระดับรุนแรงได้ ดังนั้นความรู้สึกและการขยับเคลื่อนที่ผู้ป่วยต้องการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ความรู้สึกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยผู้ป่วยจะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลคั่นกับการศึกษาของ Henoch (2007) พบว่า ภาวะควบคุมความสัมพันธ์ทางสถิติระดับ .05 และผลคั่นกับการศึกษาของ Sama et al. (2005) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางสถิติระดับ .05.
สำหรับความต้องการดูแลและสนับสนุน
พบว่า ความต้องการดูแลและสนับสนุนมีความ
สัมพันธ์ทางสถิตกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเร่งด่วน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.19) โดย
เพราะความต้องการดูแลและสนับสนุนส่วนตัวจึง
ด้านจิตใจและการทำกิจวัตรประจำวัน และด้าน
เพศสัมพันธ์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางสถิตกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเร่งด่วนอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.22, -.37 และ -.24) ตาม
ลักษณะ อาจกล่าวได้ว่า เมื่อผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะ
เจ็บป่วยก็ยังไม่สมควรดูแลให้บุคคลต้องพยายาม
ทุกวิถีทางเพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น
เพื่อให้ไขว้ข้องความเสียหายในการดูแลชีวิต หากไม่ได้
ตามที่ต้องการจะนำไปให้เกิดความไม่พอใจ ต่อนะ
สิ่งที่ผู้ป่วยจะเรียกชื่อเป็นบุคคลที่อยู่ใน
สถานะเจ็บป่วยก็ยังไม่สมควรดูแล ไม่ว่าจะเป็นด้าน
ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่การดูแล
ผู้ป่วยส่วนใหญ่สุ่มประเด็นไปที่ด้านร่างกายมากกว่า
จิตใจ และบางครั้งการดูแลรักษาพยายามเป็นไปใน
รูปแบบที่เป็นประจำ (Routine) จึงอาจมองข้าม
ความต้องการบางเรื่อง เช่น ด้านเพศสัมพันธ์ของ
ผู้ป่วย ซึ่งในความเป็นจริงการดูแลและสนับสนุนมี
ครอบคลุมทุกด้าน ทำให้ผู้ป่วยเร่งด่วนไม่ได้รับ
การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้น การพยาบาลที่ดี
ควรที่จะมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วย
เร่งด่วนอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ให้การพยาบาล
ได้ครอบคลุมและเป็นองค์รวมเพื่อตอบสนองความ
ต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเร่งด่วน
ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทันท่วง
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเร่งด่วนได้อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ คือ ภาวะชีวิตร่างกายทางใจ
ลักษณะ ความเห็นชอบ และความต้องการดูแล
แบบสมัยสมัยโดยรวม โดยสามารถทันท่วงคุณภาพ
ชีวิตของผู้ป่วยเร่งด่วนได้ร้อยละ 43
(R2 = .43) ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าเนื้อหา
แปรผันของ ภาวะชีวิตร่างกายทางใจ
ความเห็นชอบ และความต้องการดูแลแบบ
สมัยสมัยโดยรวม ก็จะสามารถอธิบายความแปรผัน
ของคุณภาพชีวิตได้ โดยเฉพาะภาวะชีวิตร่างกาย
การทั้งที่ที่อยู่ได้ข้อมูลสุ่มอยู่ในตัวเครื่องและสามารถ
อธิบายความแปรผันของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
เร่งด่วนได้มากที่สุด ผลตกลงกับการศึกษาของ
Fox and Lyon (2006) พบว่า ภาวะชีวิตร่างกาย
ความเห็นชอบกับท่านข้างคุณภาพชีวิตเร่งด่วน
ได้ร้อยละ 29 (p < .001) จากการศึกษาของ
Safae et al. (2008) ได้ทำการศึกษาปัจจัยท่านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเร่งด่วนตัวเครื่องที่ได้รับการสัง
บัด พบว่า ข้อความของข้อมูลเรื่อง อาการ การหมด
ประจำเดือน ปัญหาทางการเงิน และอาการทางใจ
ลักษณะสามารถทันท่วงคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุน
ความสัมพันธ์ที่กล่าวไว้ในกรอบแนวคิดของ Lopez
et al. (2010)

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการพยาบาลจิตใจไปใช้
องค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการ
ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วย
เร่งด่วนมีคุณภาพชีวิตดี โดยบันทึกลักษณะ
เพื่อดูระยะชีวิตมี อาการทางใจ ความ
เห็นชอบ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานที่น้อยลง
อยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความชุ่มชื้นจากนั้นพยาบาล
ควรนำการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยใน
ทุกด้านโดยเฉพาะด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และการ
ทำกิจวัตรประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ ด้านนั้น
พยาบาลจึงควรเป็นที่พึงพอใจในทุก■มากยิ่งขึ้น เช่น การ
จัดการต่างๆในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการ
รักษาด้านร่างกายและจิตใจโดยให้บุคคลมีส่วนร่วม
มีการประเมินผลการดำเนินการและขอเชิญ
แนะจากผู้ป่วยและญาติว่าต้องการให้พยาบาลหรือ
ทีมแพทย์ช่วยเหลือในเรื่องใดอย่างส่วนผสม เพื่อ
ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยเร่งด่วน
รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

.mybatis นิลสิทธิ์ โภทิOWER, มานัส หลงตะกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิบัตร. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตวิทยาแห่งประเทศไทย, 41(1), 18-30.


มาศภูวสุ วงศ์พุทธยาภิสิทธิ์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกลุ่มพื้นฐานในการจัดการรักษา การสนับสนุนทางด้านบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเหล่านี้ที่ได้รับความป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย คณะเวชศาสตร์จุลชีววิทยา.


ภาษาอังกฤษ


Safaee, A., Moghimidehkordi, B., Zeighami, B.,


