

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด



นางกชชุกร หว่างนุ่ม

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

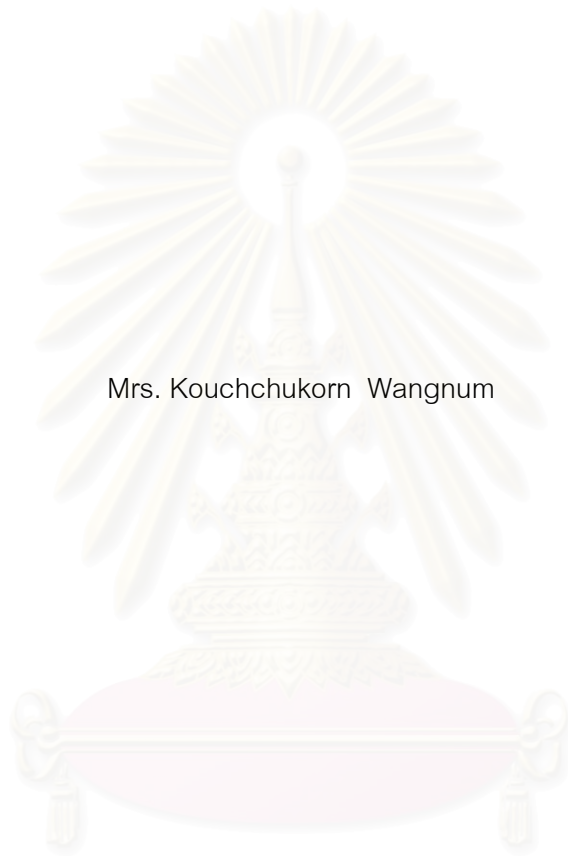
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO SELF-CARE AGENCY OF OLDER PEOPLE WITH CANCER RECEIVING  
CHEMOTHERAPY

Mrs. Kouchchukorn Wangnum



สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University



กชชุกร หว่างนุ่น : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (FACTORS RELATED TO SELF-CARE AGENCY OF OLDER PEOPLE WITH CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 158 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประเภทผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งชนิดก้อนทึบหรือเป็นมะเร็งโรคเลือด ของคลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง จำนวน 120 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81, .89 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ความสัมพันธ์อันดับ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.62$ ,  $SD = .53$ )
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\text{Eta} = .283$ ,  $p < .05$ ,  $\text{Beta} = -.291$ )
3. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\text{Eta} = .262$ ,  $p < .05$ )
4. การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .67$  และ  $.46$ ,  $p < .05$ )
5. เพศ และ ชนิดของยาเคมีบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
6. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และ อายุ สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 53.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด}} = .68 Z_1 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} - .21 Z_2 \text{ อายุ}$$

สาขาวิชา..... การพยาบาลผู้สูงอายุ.....ลายมือชื่อผู้จัดทำ..... กชชุกร หว่างนุ่น  
ปีการศึกษา.....2550.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 4977551136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: CANCER / CHEMOTHERAPY / OLDER PEOPLE

KOUCHCHUKORN WANGNUM : FACTORS RELATED TO SELF-CARE AGENCY OF OLDER PEOPLE WITH CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY. THESIS PRINCIPAL ADVISOR : ASST. PROF. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 158 pp.

The purposes of this descriptive research were to examine the relationships between factors related to sex, age, education level, health status, social support, and type of chemotherapies with self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy. Subject consisted of 120 cancer patients from Rajavithi Hospital, Phramongkutklao Hospital, National Cancer Institute, and Chulalongkorn Hospital, selected by simple random sampling technique. Data were collected using four instruments: demographic data, social support, health status, and self-care agency questionnaires. The instruments were tested for content validity by a panel of experts. The reliability of instruments were .81, .89 and .89 respectively. Data were analyzed using SPSS for Windows including frequency, mean, standard deviation, Eta, Pearson correlation, and Stepwise multiple regression at the significant level of .05.

Major findings were as follows:

1. Self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy was at high level ( $\bar{X} = 3.62$ ,  $SD = 0.53$ ).

2. Age was negatively significant correlated with self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy (Eta = .28,  $p < .05$ , Beta = - .29).

3. Education level was positively significant correlated with self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy (Eta = .26,  $p < .05$ ).

4. Social support and health status were positively significant correlated with self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy ( $r = .67, .46$ ,  $p < .05$ ).

5. Sex and type of chemotherapies were not correlated with self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy.

6. Social support and age variables significantly predicted self-care agency at the level of .05. The predictive power was 53.60 percent of variance.

The equation derived from standardize score as listed:

$$\hat{Z}_{\text{Self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy}} = .68 Z_1 \text{ Social support} - .29 Z_2 \text{ Age}$$

Field of Study: .....Gerontological Nursing..... Student's Signature: .....*Kouchchukorn Wangnum*.....  
Academic Year: .....2007.....Principal Advisor's Signature: .....*Siriphan Sasat*.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์และ รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทุกท่าน และพี่ ๆ น้อง ๆ พยาบาล ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยอย่างดียิ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และที่จะลืมไม่ได้คือ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถีที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และ

ท้ายที่สุดขอกราบระลึกถึงพระคุณบิดา มารดา อันเป็นที่รักยิ่ง ที่เป็นผู้ให้สติปัญญา สิ่งดีงาม รวมถึงสามี บุตร ที่คอยเป็นกำลังใจมาโดยตลอดและ เพื่อน ๆ ร่วมรุ่นที่ไม่เคยทอดทิ้งกัน ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ และถือว่าเป็นเจ้าของงานวิจัยชิ้นนี้ร่วมกับผู้วิจัยด้วยน้ำใจไมตรีจากบุคคลหลายท่าน วิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงได้ด้วยดี

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
<b>บทที่</b>	
<b>1 บทนำ.....</b>	<b>1</b>
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....</b>	<b>15</b>
ผู้สูงอายุกับโรคมะเร็ง (cancer and ageing).....	16
กระบวนการเกิดโรคมะเร็งในวัยสูงอายุ.....	16
อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็ง.....	17
มะเร็งที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ของประเทศไทย.....	19
หลักการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด.....	25
ผู้สูงอายุกับยาเคมีบำบัด (chemotherapy in elderly).....	27
ผลกระทบของยาเคมีบำบัดต่อผู้สูงอายุ.....	29
ชนิดของยาเคมีบำบัด.....	34
<b>2. แนวคิดทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเอง.....</b>	<b>36</b>
ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของ Orem (2001).....	36
ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง.....	37

## หน้า

ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency).....	47
การสนับสนุนทางสังคม.....	51
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	51
การประเมินการสนับสนุนทางสังคม.....	51
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	55
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	57
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย.....</b>	<b>58</b>
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	58
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
<b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....</b>	<b>72</b>
<b>5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....</b>	<b>88</b>
สรุปผลการวิจัย.....	88
อภิปรายผล.....	91
ข้อเสนอแนะ.....	101
รายการอ้างอิง.....	104
<b>ภาคผนวก</b>	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือรับรองจากคณะกรรมการวิจัย.....	125
ภาคผนวก ข ใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง และ ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย.....	131
ภาคผนวก ค การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	145
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	154
<b>ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....</b>	<b>158</b>



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงสัดส่วนประชากรโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล.....	59
2 สรุปค่าความเที่ยงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง.....	69
3 แสดงคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment) สำหรับผู้สูงอายุ.....	70
4 แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.....	73
5 แสดงค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมรายข้อ .....	76
6 แสดงค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพตามรายข้อ .....	77
7 แสดงค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองตามรายข้อ .....	78
8 แสดงค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม .....	80
9 แสดงค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม .....	81
10 แสดงค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม .....	81
11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา และชนิดของยาเคมีที่ได้รับ กับความสามารถในการดูแลตนเอง .....	82
12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ภาวะสุขภาพ โดยรวม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง .....	85
13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือก เข้าสู่สมการถดถอย .....	86
14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคม อายุ ในการพยากรณ์ความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด .....	86
15 แสดง Model Summary.....	147
16 แสดง Residual Statistics.....	147
17 แสดง One – Sample Komogorov – Smirnov Test.....	148
18 แสดงสรุปผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	152

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 แผนภูมิ Scatter plot แสดงค่าความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง.....	146
2 แผนภูมิแสดงกราฟ Histogram ของตัวแปรอายุ.....	149
3 แผนภูมิแสดงกราฟ Histogram ของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม.....	149
4 แผนภูมิแสดงกราฟ Histogram ของตัวแปรภาวะสุขภาพ.....	150
5 แผนภูมิแสดงกราฟ Histogram ของตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเอง.....	150
6 แผนภูมิแสดง ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง อายุ กับ ความสามารถในการดูแลตนเอง.....	151
7 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเอง.....	151
8 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง.....	152

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ในหลายประเทศ พบว่ามีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งประเทศที่พัฒนา และกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในทุก ๆ ปี จะมีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งรายใหม่ประมาณ 9 ล้านคน และคาดว่าแนวโน้มการเกิดโรคมะเร็งจะเพิ่มตามสัดส่วนประชากรสูงอายุ ในปี ค.ศ. 2030 คาดว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดในกลุ่มวัยสูงอายุ (Yanclik and Ries, 2000; Vecchia, Lucchini and Negri, 2001; Lichtman, 2004) มีการประมาณการณ์ว่าร้อยละ 75 ของมะเร็งในวัยสูงอายุพัฒนามาจากวิถีการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง และยังพบว่าวัยสูงอายุมีการสัมผัสกับสารก่อมะเร็งมาเป็นเวลานาน หรือมีระยะแอบแฝงมานานก่อนที่จะตรวจพบ (Stanly, Blair and Beare, 2005) โรคมะเร็งที่พบบ่อยในวัยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับอ่อน มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งปอด มะเร็งทวารหนัก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่ (Yanclik and Ries, 2000) ในเพศชาย 1 ใน 3 ราย จะพบว่าเป็นมะเร็งอย่างใดอย่างหนึ่งดังกล่าว ส่วนเพศหญิง พบ 1 ใน 5 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา มะเร็งที่ตรวจพบรายใหม่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 50 (National Comprehensive Cancer Network, 2007) และยังพบว่ามะเร็งทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตจำนวนมากในช่วงอายุระหว่าง 60 - 79 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศไทย พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติปี พ.ศ. 2544, 2545, 2546 พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งต่อประชากร 100,000 คน คือ 68.4, 73.3, 78.9 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2540 - 2548) และจากสถิติล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2548 พบว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี เป็นมะเร็งตับมากที่สุดร้อยละ 19.90 รองลงคือ มะเร็งปอดร้อยละ 19.40 มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก ร้อยละ 15.50 ตามลำดับ เมื่อดูจากสถิติแล้ว พบว่ามะเร็งที่ติดอันดับของประเทศไทยอยู่ในวัยสูงอายุเกือบทั้งหมด

หลักในการรักษาโรคมะเร็งมี 5 ชนิด ได้แก่ 1) การผ่าตัดจะทำในกรณีที่มะเร็งเป็นเฉพาะที่ยังไม่มีการแพร่กระจาย 2) รังสีรักษาเป็นการรักษาเฉพาะที่ในกรณีที่ผ่าตัดไม่ได้ 3) เคมีบำบัดเป็นการรักษาเมื่อเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง หรือกระจายไปอยู่ตามอวัยวะต่าง ๆ และให้ในกรณีที่ไม่แน่ใจว่าจะผ่าตัดได้หมด 4) Biotherapy เป็นการรักษาด้วยการใช้สารชีวเคมีที่สกัดจากสิ่งมีชีวิตเพื่อผลประโยชน์หลายด้านที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน และเซลล์มะเร็ง และ 5) ฮอริโมนบำบัด ใช้รักษามะเร็งบางชนิดที่เซลล์เนื้อเยื่อตอบสนอง เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก วิธีการรักษาเหล่านี้อาจจะรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง หรืออาจจะรักษาพร้อมกันมากกว่า 1 วิธี (Steele and Steele cited in Meiner and Lueckenotte 2006: 394 - 396) การรักษาด้วยวิธีใดมากที่สุดนั้น ไม่มีหลักฐานที่บอกไว้ชัดเจน เนื่องจากให้เหตุผลว่าขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรคมะเร็ง

วัยสูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในภาวะเสื่อมถอย นอกจากจะมีโรคประจำตัวที่ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงแล้ว ยังต้องเป็นโรคมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่าวัยสูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับใด เนื่องจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในวัยสูงอายุ จะส่งผลกระทบต่อมากกว่าวัยอื่น ๆ จากการทำงานของอวัยวะหลายอย่างทำงานลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลศาสตร์ หลังจากที่ยาถูกบริหารเข้าสู่ร่างกาย เนื่องจากอัตราการกรองของไตจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น (Balducci and Extermann, 2001) และจากสภาพร่างกายที่เปราะบาง จึงมีความทนต่อยาลดน้อยลง จึงนำไปสู่การเกิดเป็นพิษของยาเคมีบำบัดมากขึ้น (Chen et al., 2003) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลมากขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Gaskamp and Meraviglia, 2006) ผลกระทบต่อร่างกายได้แก่ เกิดเยื่อทางเดินอาหารอักเสบ มีแผลในปากและลำคอ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ก่อให้เกิดการขาดสารอาหาร น้ำหนักลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไช้กระดูกถูกกด ภูมิคุ้มกันลดลง จึงติดเชื้อได้ง่าย และพบอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อถึงร้อยละ 5-30 (Sawhney, Sehl and Naeim, 2005; Yarbrow, 2006) จากผลข้างเคียงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องเป็นภาระแก่บุตรหลาน ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น (Balducci and Extermann, 2000) ผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง นอนไม่หลับ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้มีเจตคติต่อโรคและการรักษาเป็นไปในทางลบ (Kathleen et al., 1997) จากผลการวิจัยในกลุ่มประเทศยุโรปในปี ค.ศ. 1999 พบว่าผู้สูงอายุปฏิเสธการรักษามากกว่าร้อยละ 70 ไม่สนใจตัวเองอยากตาย ทำให้ขาดการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ (Repetto et al., 2003) ผลกระทบด้านสังคม จากสภาพร่างกายที่เจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาบุตรหลานเมื่อมาพบ

แพทย์ และผลข้างเคียงของยาจะไปรบกวนความสามารถในการใช้บริการเดินทางระบบสาธารณะ การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น หรือสูญเสียภาพลักษณ์ต้องใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นทำให้มีความจำกัดต่อการเข้าสังคม ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (Steele and Steele, 2006) นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดเป็นยาที่มีราคาสูงทำให้รัฐต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น (Matsuyan, Redd and Smith, 2006; Crighton and Puppione, 2006) พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ซึ่งสูงถึงร้อยละ 22 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด (American Society of Clinical Oncology, 2006) ดังนั้นโรคมะเร็งจึงมีผลกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ครอบครัว และประเทศชาติ (Buchwald et al., 1996) และผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เกิดขึ้นเนื่องจากผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้ไม่ยอมรับความเจ็บป่วย หรือ อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น คิดว่าเป็นการลงโทษจากเคราะห์กรรมหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทำได้ ทำให้ขาดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต (Repetto et al., 2003) จะทำให้ปรับตัวไม่ได้ต่อความเจ็บป่วย จึงส่งผลให้การดูแลตนเองลดลง (Callaghan, 2006)

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เช่น มีความจำกัดทั้งการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ทำให้ขาดการเรียนรู้วิธีการที่จะช่วยดูแลตนเองให้ฟื้นตัวคืนสู่สภาวะปกติได้ช้า ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ดังนั้นจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ช่วยแนะนำส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) 10 ปัจจัยที่ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์

ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลเพื่อตอบสนองการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายในการทำหน้าที่ และพัฒนาตนเองให้เกิดความผาสุก (well - being) ความสามารถในการแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามการพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ และยังคงแตกต่างกันในภาวะสุขภาพ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น ความสามารถในการเรียนรู้ การได้รับประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรมประเพณี และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (Orem, 2001: 254) ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถในการจัดการและควบคุมปัจจัยขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ปัจจัยพื้นฐาน

ที่ทำให้บุคคลมีความสามารถแตกต่างกันประกอบด้วย ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ประสาทรับรู้ การรับรู้ความจำและการนำความรู้ไปปฏิบัติ 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten powder components) เป็นคุณสมบัติของบุคคลที่จะเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ เป็นการกระทำที่เฉพาะเจาะจงและทำอย่างตั้งใจเพื่อการดูแลตนเอง 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) ถูกพัฒนามาจากพื้นฐานในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 เป็นความสามารถที่จำเป็นเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การคาดการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยพื้นฐานบางประการมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองได้แก่ การศึกษาของ นิรนาท วิทโยคิตติคุณ (2534); พุฒเมษา หมิ่นคำแสน (2542); ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547); Isenberg (1989 cited in Gast et al., 1989) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ จากการศึกษาความสามารถในกลุ่มวัยสูงอายุเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมในระดับสูง ส่วน วนิดา รัตนานนท์ (2545) ศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อการพยากรณ์คุณภาพชีวิต จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี และเกิดความผาสุกในการดำรงชีวิต จากการศึกษาในกลุ่มวัยสูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีพยาธิสรีรวิทยาอยู่ในภาวะเสื่อมถอยก่อให้เกิดโรคประจำตัว (comorbid) และยังคงเผชิญกับโรคมะเร็งที่ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้ามากกว่าร้อยละ 75 ประกอบกับเมื่อต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะยิ่งทำให้เพิ่มอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง (Practice Guidelines in Oncology, 2007) จึงส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการได้ด้วยตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือแม้แต่ในต่างประเทศที่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุได้พัฒนาไปมากแล้ว แต่ก็ยังพบการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก (Meiner and Lueckenotte, 2006: 404) ซึ่งรายงานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ถ้าหากไม่ได้รับการศึกษา หรือหาแนวทางแก้ไขในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะส่งผลให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพได้ เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุที่กำลังเผชิญอยู่คืออะไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองในช่วงที่ได้รับการรักษา ซึ่งอาจทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุด และไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโดยแท้จริง และที่สำคัญคือ การดูแลผู้สูงอายุจะไม่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจะต้องได้รับการประเมินในทุกมิติ (Comprehensive Geriatric Assessment) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและครบถ้วน (Repetto and Balducci, 2002) เพื่อลดอัตราการอยู่ในโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตรอดนานขึ้น และมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ซึ่งในขณะนี้ประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจะพบโรคมะเร็งในผู้สูงอายุมากขึ้น ตามกลุ่มประชากรที่เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งในสถิติพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มนำไปสู่การเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น (Balducci and Extermann, 2000; Ries et al., 2000) ซึ่งถือเป็นเรื่องที่น่ากังวลที่ทางด้านสุขภาพทุกคนควรให้ความสนใจ ผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องเผชิญกับโรคมะเร็ง และอาการข้างเคียงของยาเคมีจากการรักษา ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Bourbonniere and Kagan, 2004) ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้ ดังนั้นในระหว่างที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งอาจจะใช้เวลาในการรักษานาน 6 เดือน หรือ 1 ปี ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับยังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาก่อน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาล และปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัด ได้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบ Day care ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยมะเร็งวัยรุ่น จนถึงวัยสูงอายุ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประกอบการพิจารณาในการประเมินวางแผนการดูแลที่เหมาะสม โดยการช่วยเหลือ แนะนำ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้อย่างมีศักยภาพ และมีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

### **ปัญหาการวิจัย**

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อยู่ในระดับใด มากน้อยแค่ไหน

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับใด

3. เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด สามารถร่วมพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้หรือไม่ อย่างไร

### **แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย**

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (2001) คือความสามารถในการดูแลตนเอง (self care agency) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบ Self-care system ของ Orem มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง Orem (2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล เพื่อตอบสนองการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกายในการทำหน้าที่ และพัฒนาตนเองให้เกิดความผาสุก (well-being) ตัวแปรที่เป็นปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของแต่ละบุคคลตามแนวคิดของ Orem (2001) ประกอบด้วย 10 ปัจจัยคือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแปรที่มีรายงานการศึกษาวิจัยในอดีต ที่สนับสนุนว่าปัจจัยที่คัดเลือกนั้นจะต้องมีแนวโน้มสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันเองน้อยที่สุด ผลการคัดสรร พบว่าปัจจัยที่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนคือ 1) ระยะพัฒนาการ 2) ระบบบริการสุขภาพ 3) ระบบครอบครัว 4) แบบแผนการดำเนินชีวิต 5) สภาพสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาเฉพาะวัยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น และยังไม่พบรายงานวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างระยะพัฒนาการกับความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับระบบบริการสุขภาพ และระบบครอบครัว ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมแล้ว ซึ่งจะครอบคลุมถึง



ระบบบริการสุขภาพ และระบบครอบครัวด้วย ส่วนแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยที่ปฏิบัติ เป็นกิจวัตร ซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ถ้าหากนำมา ศึกษาจะเข้าช้อยกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ ส่วนปัจจัยสภาพสิ่งแวดล้อม ไม่ พบรายงานวิจัยสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับความสามารถ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือก ปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา (เป็นตัวแปรที่ได้จากปัจจัย แหล่งประโยชน์) การสนับสนุนจากสังคม (เป็นตัวแปรที่ได้จากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม) และ ภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่ายังมีปัจจัยอื่นที่เข้ามา เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองได้แก่ ชนิดของยาเคมีบำบัด ดังมีรายละเอียดแนว เหตุผลของปัจจัยที่คัดสรรมาศึกษาดังนี้

**อายุ** Orem (2001) กล่าวว่า บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเปลี่ยนไปตามอายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่พยาธิสรีรวิทยาเสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น จึงทำให้ความสามารถในการ ควบคุมดูแลตนเองลดลง ผู้สูงอายุที่อายุยิ่งมาก จะมีความทนต่อยาเคมีบำบัดลดลง (U.S. Bureau of the Census, 1994) ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลงไปด้วย (Dees, Reilly and Goodman, 2000) จาก การศึกษาของ รจนาด ร่วงลือ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีการปฏิบัติ กิจกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กุศล ก็บาง (2546) ที่พบว่า ผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งที่มีอายุน้อยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และกลุ่มผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งที่ประสบปัญหาในการดูแลตนเองคือผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป และจะทวีคูณมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) จาก เหตุผลดังกล่าว อายุ น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดด้วย

**เพศ** ตามแนวคิดของ Orem (2001) เพศ เป็นปัจจัยพื้นฐานโดยตรงที่ส่งผลต่อความ สามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เพราะนอกจากบุคคลจะมีความแตกต่างกันทางด้านสรีระ ของแต่ละบุคคลแล้ว ยังมีความแตกต่างกันทางด้าน บทบาท หน้าที่ และบุคลิกภาพ จากการศึกษาของ ภัทรพร ไพเราะ (2539) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม และการ ตรวจสุขภาพประจำปี ส่วน ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่า เพศชาย มีการดูแลตนเอง และ แบบแผนในการดำเนินชีวิตดีกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dhar (2001); McCullough & Laurenceau (2004) ที่พบว่าเพศหญิงมักประสบปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้น ภายหลังจากร่างกายหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน ปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลให้การดูแลตนเอง แตกต่างกันได้ มีบางรายงานผลการศึกษาดังกล่าว เช่น รายงานการวิจัยของ จุฑารัตน์ กมลศรีจักร

(2540) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านในระดับสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณีย์ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ด้าน พบว่า เพศหญิงดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธร รักษาณวงศ์ (2545) ที่พบว่า เพศหญิง มีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย จะเห็นว่าแม้ผลการวิจัยที่ออกมาต่างกัน แสดงให้เห็นว่าอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ช้องกับเรื่องเพศ ดังนั้น เพศ น่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดด้วย

**ระดับการศึกษา** เป็นตัวแปรหนึ่งที่ได้มาจากปัจจัยแหล่งประโยชน์ ซึ่งเป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคลตามแนวคิดของ Orem (2001) กล่าวคือ ระดับการศึกษาช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ ในการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของ กนกวรรณ เพียงเกต (2541) และ Szinovaccz et al. (1999) พบว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อย จะขาดโอกาสในการเรียนรู้สุขภาพอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรการ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษาของ ศิริมา ลีละวงศ์ (2541) และ Speak, Cowart and Pallet (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

**การสนับสนุนจากสังคม** เป็นตัวแปรหนึ่งที่ได้มาจากปัจจัยสังคมวัฒนธรรม ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ หรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ต่าง ๆ สกุลรัตน์ เตียววานิช (2545) และ Chen and Rill (1985) พบว่าการได้รับการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม ด้านจิตใจ อารมณ์ วัตถุประสงค์ของ รวมถึงการช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงิน ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี และมีความสุขในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Norbeck (1991) พบว่า การได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ ซึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดด้วย

**ภาวะสุขภาพ** Orem (2001) หมายถึงโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ตลอดจนการวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่

ตลอดเวลา (dynamic state) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางพยาธิสรีระที่ลดลงไปตามอายุที่มากขึ้น จึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ (Mophile et al., 2007) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกรณีโรคประจำตัว (comorbid) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) บางรายอาจต้องรับประทานยารักษาโรคประจำตัวมากกว่า 2 ชนิด และพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไปจะมีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 1 อย่าง หรือ มีโรคประจำตัวมากกว่า หรือ เท่ากับ 3 โรค และยังมีอาการที่บ่งบอกถึงการสูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งภาวะสุขภาพเหล่านี้จะมีผลต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และเป็นปัจจัยที่ทำนายการอยู่รอดของชีวิต (Lichtman, 2004) จากการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (2542) พบว่าปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ ซึ่งอาการเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงตามความรุนแรงของโรค ดังนั้นภาวะสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**ชนิดของยาเคมีบำบัด** ยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด มีผลข้างเคียงแตกต่างกัน บางชนิดมีผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวเสีย ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม (Green et al., 2006) ได้มีการทดลองการใช้สูตรยาเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ที่มีอายุระหว่าง 18 - 71 ปี โดยยา 2 สูตร ระหว่างสูตร TAC (doxetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide) และ สูตรยา FAC (5-FU, doxorubicin, cyclophosphamide) ที่ให้ผลการรักษาเท่าเทียมกัน แต่กลับมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่า ระดับความรุนแรงจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีความแตกต่างกัน ในด้านอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปากอักเสบ ซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ (Martin et al., 2006) และยังพบว่า อัตราการเกิดภาวะโลหิตจางจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป เมื่อรักษาด้วยยากลุ่ม Anthracyclines, Taxanes และ Epi-podophyllotoxins (Balducci and Corcoran, 2000) ดังนั้นชนิดของยาเคมีบำบัดที่ผู้สูงอายุได้รับ น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดด้วย

**สมมติฐานการวิจัย** จากแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแตกต่างกัน เพศหญิงน่าจะดีกว่าเพศชาย
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
5. ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
6. ชนิดของยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

### ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive correlation research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง (medical oncology) ของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาเฉพาะผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดก้อนทึบ (solid tumour เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น) ของคลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง (medical oncology) และเป็นผู้สูงอายุที่เคยได้รับยาเคมีบำบัด ตั้งแต่ 1 ครั้งเป็นต้นไป และมีระยะห่างของรอบการได้รับยาเคมีบำบัดไม่เกิน 8 สัปดาห์
2. ตัวแปรที่นำมาศึกษาประกอบด้วย
  - 2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และ ชนิดของยาเคมีบำบัด
  - 2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**เพศ** หมายถึงลักษณะโครงสร้างของร่างกาย ที่บ่งบอกถึงความแตกต่างกันระหว่างชาย และ หญิง ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**อายุ** หมายถึงจำนวนเต็มปีนับจากวันที่เกิด จนถึงวันที่ตอบแบบประเมิน ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเศษของปีน้อยกว่า 6 เดือนตัดทิ้ง ถ้าเท่ากับหรือมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปให้คิดเพิ่มเป็น 1 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลได้จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

**ระดับการศึกษา** หมายถึงการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำแนกตามระดับที่ได้รับการศึกษา แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และ ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึงการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน แพทย์ และพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ครอบคลุมด้านอารมณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือแรงงาน และการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึงการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึงการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การชี้แนะแนวทางในการดูแลสุขภาพ การให้ข้อมูล หรือข้อเท็จจริง การบอกแหล่งข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาขณะที่เจ็บป่วย

3. การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ การเงิน หรือแรงงาน หมายถึงการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของเครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจากบุคคลใกล้ชิด

4. การสนับสนุนทางด้านประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึงการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับการยอมรับ การเห็นคุณค่าในการกระทำที่สนับสนุนเพื่อดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันจากบุคคลในครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคมสามารถวัดได้จากแบบประเมินที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ House (1981)

**ภาวะสุขภาพ** หมายถึงการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รับรู้ หรือ ตัดสินใจในการประเมินสุขภาพของตนเองที่ปรากฏอยู่จริงโดยรวมในทุกมิติ โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ โครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย ตลอดจนความเครียดด้านอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ประเมินได้ในช่วงเวลาปัจจุบัน หรือขณะเก็บข้อมูล ตามแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1. ด้านร่างกาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานทำหน้าที่ลดลง หรืออยู่ในภาวะเสื่อมถอย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย การเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง สายตา หู กระดูก กล้ามเนื้อ ปาก ฟัน ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบหลอดเลือดหัวใจ ระบบหายใจ และระบบขับถ่ายปัสสาวะ

2. ด้านจิตใจ/อารมณ์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีความวิตกกังวลในชีวิตความเป็นอยู่ ความคับข้องใจ ความไม่สบายใจ การไม่ได้รับความดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน การขาดความมั่นคงในรายได้ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้ขาดกำลังใจในการดำเนินชีวิต

3. ด้านสังคม หมายถึงการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงในสถานภาพ บทบาท และหน้าที่ รู้สึกตนเองสูญเสียอำนาจ ความสัมพันธ์กับครอบครัวเปลี่ยนแปลง เนื่องจากบุตรหลานได้แยกครอบครัว หรือการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

4. ด้านจิตวิญญาณ หมายถึงการที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ต้องการความหมายและเป้าหมายในชีวิต จะทำให้เกิดการยอมรับและเข้าใจในความทุกข์ของตน ต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง สิ่งเหนือตน ต้องการให้ความรักและรับความรัก ต้องการความผูกพัน ความศรัทธาในศาสนา ต้องการให้อภัย และต้องการมีความหวังที่จะทำให้ชีวิตดำเนินต่อไปอย่างมีคุณค่า

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของ เกษก่อง สีหะวงษ์ (2539) ที่พัฒนามาจากแนวคิดภาวะสุขภาพ ของ Orem (1991) ซึ่งแบ่งการประเมินเป็น 3 ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม มีข้อคำถาม 30 ข้อ ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามด้านจิตวิญญาณเพิ่มอีก 8 ข้อ เพื่อต้องการวัดภาวะสุขภาพให้เบ็ดเสร็จมากยิ่งขึ้น การแปลผล ถ้าคะแนนมาก แสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี คะแนนน้อย แสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองไม่ดี

**ชนิดของยาเคมีบำบัด** หมายถึง สารเคมีที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง ที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกาย โดยมีความความรุนแรง และผลข้างเคียงแตกต่างกัน ตามสูตรของยาที่ได้รับ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ยาที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะการทำงานของร่างกายแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1.1 กลุ่มยาที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทได้แก่ Paclitaxel, Oxaliplatin, Vincristine, Cisplatin, Carboplatin, Docetaxel และ Vinorelbine

1.2 กลุ่มยาที่เกิดการทำงานของไขกระดูกมาก โดยมีส่วนผสมของ Anthracyclin ได้แก่ Doxorubicin, Daunorubin, Idarubicin, Epirubicin และ Mitoxantrone

1.3 กลุ่มยาที่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ Cisplatin, Cyclophosphamide, VP-16

2. ยาที่ไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกายน้อย ได้แก่ 5-FU, Methotrexate, Capecitabine, Gemcitabine และ Ifosfamide ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนนี้ จากแฟ้มประวัติผู้สูงอายุ

**ความสามารถในการดูแลตนเอง** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิตและคงไว้ หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย และพัฒนาการของบุคคลเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้น เมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็ง และต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้านคือ

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care requisities) หมายถึงความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาสุขภาพ และสวัสดิภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (development self care requisities) หมายถึงความต้องการการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นการดูแลตนเองที่สนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการ ที่ช่วยให้บุคคลเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ และเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด

3. ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisities) หมายถึงความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และ การทำหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ปรับปรุงมาจาก วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่พัฒนามาจากแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001) มี 25 ข้อ การแปรผล ถ้าคะแนนมาก หมายถึง มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรค มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกระทำดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยในระดับที่สูงขึ้น เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนทางนโยบาย และการศึกษาวิจัย เพื่อรองรับประชากรสูงอายุโรคมะเร็งที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า จากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

#### 1. ผู้สูงอายุกับโรคมะเร็ง (cancer and ageing)

- 1.1 กระบวนการเกิดโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ
- 1.2 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็ง
- 1.3 มะเร็งที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ของประเทศไทย
- 1.4 หลักการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด
- 1.5 ผู้สูงอายุกับยาเคมีบำบัด (chemotherapy in elderly)
- 1.6 ชนิดของยาเคมีบำบัด
- 1.7 ผลกระทบของยาเคมีบำบัดต่อผู้สูงอายุ (impact on cancer treatment and toxicity)

#### 2. แนวคิดทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเอง

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของ Orem (2001)
- 2.2 ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง
- 2.3 ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency)

#### 3. การสนับสนุนทางสังคม

- 3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
- 3.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

#### 4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

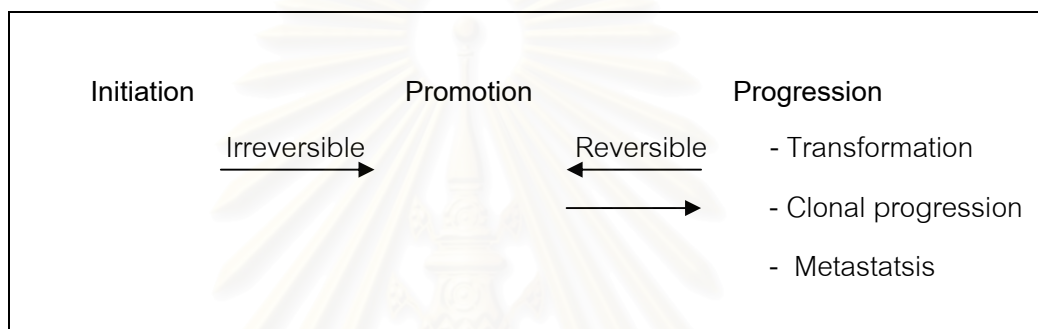
#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. ผู้สูงอายุกับโรคมะเร็ง (cancer and ageing)

### 1.1 กระบวนการเกิดโรคมะเร็งในวัยสูงอายุ

โรคมะเร็งส่วนใหญ่จะพบมากเมื่อมีอายุมากขึ้น (Yanclik, and Ries, 2000; Vecchia et al., 2001) และจะเกิดโรคมะเร็งไปจนถึงอายุ 85 ปี แล้วเริ่มลดลงหลังอายุ 95 ปี (Stanta et al., 1997) ในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็ง จะเกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (Yanclik, and Ries, 2000; Vecchia et al., 2001) การเกิดมะเร็งในวัยสูงอายุ อธิบายด้วยหลักการ 3 ประการคือ



#### Stage of cancer growth

ที่มา: Steele and Steele, 2006: 382 - 386)

1) ระยะเริ่มต้น (initiation) เริ่มจากการสัมผัสกับสารก่อมะเร็งจากภายนอก ร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการผ่าเหล่าของยีนส์ (gene) ขบวนการผ่าเหล่าของยีนส์ไม่ได้ทำให้ร่างกายเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต แต่จะมีผลต่อการจำลองตัวเอง (replication) อย่างไรก็ตาม ขบวนการผ่าเหล่า (mutation) เพียงลำพังไม่สามารถทำให้เกิดมะเร็งได้ การเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้ก็ต่อเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสารก่อมะเร็งจึงเข้าสู่ระยะที่ 2

2) ระยะส่งเสริม (promotion) สารก่อมะเร็งจากภายนอก ร่างกาย หรือสิ่งแวดล้อม ที่มาจากแหล่งต่าง ๆ หลายชนิด เช่น จากอากาศ น้ำ ดิน ปฏิกิริยาทางธรรมชาติ หรือสารเคมี ที่มนุษย์ผลิตขึ้นมา ซึ่งสารก่อมะเร็งเหล่านี้จะไปชักนำทำให้สูญเสียการควบคุมการทำงานของยีนส์ การเปลี่ยนแปลงจากระยะเริ่มต้นไปสู่เซลล์มะเร็งนั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ถ้าความรุนแรงหรือความเข้มข้นของสารก่อมะเร็งที่สัมผัส อยู่ในระดับที่ต่ำ ฉะนั้นระยะนี้จึงขึ้นอยู่กับปริมาณของสารก่อมะเร็ง ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ดังนั้นการได้รับการกระตุ้นบ่อย ๆ จากสารก่อมะเร็งซ้ำแล้วซ้ำอีก จะเกิดการกลายพันธุ์เป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด ตัวอย่างที่เห็นเด่นชัดคือ การสูบบุหรี่ บุหรี่ คือตัวส่งเสริม หรือตัวกระตุ้น ถ้าเคยสูบบุหรี่แล้วเลิก ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งจะลดลง

3) ระยะก้าวหน้า (progression) เป็นระยะที่เซลล์มะเร็งเจริญเติบโต และแบ่งตัวไปเรื่อย ๆ โดยขาดการควบคุมของยีนส์ภายในเซลล์ ดังนั้นเราจึงไม่สามารถค้นหากลุ่มเซลล์ที่ยังคงมีการแบ่งตัวแบบไม่หยุดยั้ง และควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงเกิดการกระจายของเซลล์มะเร็งไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

นอกจากนี้บทบาทของระบบภูมิคุ้มกันมีการพัฒนาไปสู่การเกิดมะเร็งได้เช่นกัน เช่น การเกิดมะเร็งของต่อมไทรอยด์ หรือมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันเป็นตัวกระตุ้น นอกจากนี้ Stanley, Blair and Beare (2005) ได้อธิบายว่าชบวนการสูงอายุจะชักนำทำให้ DNA (สารพันธุกรรม) เกิดการเสียหาย ความสามารถในการซ่อมแซมเซลล์ให้กลับคืนมาเป็นปกติจะน้อยลง หรือเมื่อถูกกระตุ้นแล้วยังไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเกิดมะเร็งได้ง่าย

มีบางทฤษฎีพบว่าชบวนการสูงอายุ ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดมะเร็ง แต่มีกลไกบางอย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาการเกิดมะเร็ง จะใช้เวลาที่ยาวนาน และการที่มีอายุมากขึ้น เนื้อเยื่อจะมีความอ่อนไหวต่อสารก่อมะเร็งจากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น จากหลักฐานทางห้องทดลอง และข้อมูลจากอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในระดับโมเลกุลกับกระบวนการสูงอายุ สิ่งแวดล้อมภายในตัวผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง และการแพร่กระจาย รวมทั้งการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลงไปตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ระบบภูมิคุ้มกันจะสูญเสียความสามารถในการแยกแยะเซลล์ตัวเอง (loss of self-replication ability) จะทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น (Bonafe et al., 2001) ตัวอย่างที่เห็นชัดเจน คือการเกิดมะเร็งผิวหนังในเพศหญิง จะเริ่มเกิดตั้งแต่อายุ 45 ปี ส่วนในเพศชาย จะเริ่มเกิดเมื่ออายุ 60 ปี (Glass and Hoover, 1989) ขณะเดียวกันมะเร็งต่อมลูกหมาก จะเริ่มเกิดตั้งแต่วัยกลางคน และจะเพิ่มสูงมากขึ้นหลังอายุ 80 ปีขึ้นไป (Glass and Hoover, 1989; Balducci et al., 1997)

## 1.2 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งมีอุบัติการณ์การเกิดที่แตกต่างกันตามเชื้อชาติ ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี เศรษฐกิจสังคมและ สภาพทางภูมิศาสตร์ของประเทศ ระหว่างประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว (Hansen, 1998) เช่น คนผิวขาวในประเทศสหรัฐอเมริกาจะเป็นมะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะ มะเร็งในระบบประสาทส่วนกลาง มะเร็งอวัยวะ มะเร็งต่อมไทรอยด์ และมะเร็งเม็ดเลือดขาว สูงกว่ากลุ่มคนชาติอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ในสหรัฐ ขณะเดียวกันหญิงผิวขาวในสหรัฐจะเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าหญิงเชื้อชาติอื่น ๆ ในทำนองเดียวกันชาวแอฟริกันที่อาศัยอยู่

ในสหรัฐ พบว่าเพศชาย จะเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก มะเร็งต่อมลูกหมาก สูงกว่าชนชาติอื่น ๆ (American Cancer Society, 2004a) สำหรับชนชาติในกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิก จะเป็นมะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร ในอัตราส่วนที่เท่าเทียมกันระหว่างเพศชาย และเพศหญิง ในประเทศจีน ฟิลิปปินส์ หมู่เกาะฮาวาย และประเทศญี่ปุ่น จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปอดในเพศชายเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่ประเทศเกาหลี เป็นมะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงสุด หรือในประเทศเวียดนามเพศชายจะเป็นมะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมากสูง ส่วนเพศหญิงเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงสุด (American Cancer Society, 2004a)

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2542 พบว่าเพศชายเป็นมะเร็งสูงสุด 3 อันดับแรกคือ มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก ส่วนเพศหญิงเป็นมะเร็งสูงสุด 3 อันดับแรกคือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม แต่ปัจจุบันแนวโน้มของโรคมะเร็งได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากประเทศไทยได้พัฒนาเป็นเมืองอุตสาหกรรมมากขึ้น จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึง พ.ศ. 2551 พบว่า เพศหญิงเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาเป็นมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งตับ ส่วนเพศชาย ยังคงเป็นมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีมากที่สุด รองลงมาเป็นมะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก เช่นเดิม (Cancer in Thailand, 1998 - 2002: 82 - 132) ส่วนในผู้สูงอายุ ทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติไม่ได้แยกกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง แต่ได้เรียงตามช่วงอายุเพศ กับ ชนิดของโรคมะเร็งไว้ ที่ออกเผยแพร่ (online) ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าผู้สูงอายุชาย ที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี จะเป็นมะเร็งตับมากที่สุด รองลงมาเป็นมะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุหญิงเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด (ร้อยละ 8.50) (แต่กลุ่มที่ยังเป็นสูงที่สุดคือวัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 40 - 59 ปี ร้อยละ 13.20) รองลงมาเป็นมะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปอด ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มในระดับชาติ และเมื่อดูจากสถิติในภาพรวมแล้ว ผู้สูงอายุเป็นโรคมะเร็งที่ติดอันดับของประเทศไทย

ส่วนหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติอยู่นั้นจากการนับย้อนหลัง 3 เดือน พบว่าผู้สูงอายุเป็นมะเร็งปอดมากที่สุด และพบมากในช่วงอายุ 60 - 84 ปี รองลงมาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งตับ เหตุผลที่หน่วยงานของผู้วิจัยไม่ตรงกับสถิติระดับประเทศ เนื่องจากการเกิดมะเร็งในแต่ละภูมิภาค มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ภาคเหนือจะเป็นมะเร็งปอดมากที่สุด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นมะเร็งตับมากที่สุด ภาคกลางเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปอดมากที่สุด ซึ่งแต่ละภาคจะมีโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาอยู่แล้ว ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการจึงไม่ได้เป็นตัวแทนจากสถิติในภาพรวมทั้งหมด ผู้วิจัยจึงขอก้าวในรายละเอียดโรคมะเร็ง

ที่พบบ่อย 3 อันดับแรกในวัยสูงอายุของประเทศไทยคือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และ มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก

### 1.3 มะเร็งที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ของประเทศไทย

1.3.1 มะเร็งตับ (liver cancer) เป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลก สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก Hepatitis B Virus มะเร็งตับที่พบมากในประเทศไทยมี 2 ชนิด คือโรคมะเร็งของเซลล์ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ การรักษาโรคมะเร็งตับยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร มีอัตราการรอดชีวิตต่ำมาก (ศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2550) และมีการดำเนินของโรคเร็วมาก มักจะเสียชีวิตภายใน 3 – 6 เดือน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

**เนื้องอกที่เป็นมะเร็งในตับมี 4 ชนิด** (ศูนย์มะเร็งมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2550)

1) Angiosarcomas or hemangiosarcomas เกิดจากเซลล์หลอดเลือดในตับ พบมากในผู้ป่วยที่สัมผัส vinyl chloride or to thorium dioxide (thorotrast) สาร vinyl chloride เป็นสารเคมีที่ใช้ในงานพลาสติก มะเร็งชนิดนี้พบน้อย แต่แพร่กระจายเร็ว ส่วนใหญ่ผ่าตัดไม่ได้ มักจะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2) Cholangiocarcinoma เป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์ของท่อน้ำดี พบบ่อยในผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อมะเร็งชนิดนี้ได้แก่ ผู้ที่มีพยาธิใบไม้ในตับ นิ่วในท่อน้ำดี มะเร็งชนิดนี้พบได้ร้อยละ 13 ของมะเร็งตับ ผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลืองตาเหลือง ตับโต และปวดท้อง เนื่องจากก้อนมีขนาดใหญ่ทำให้ผ่าตัดได้ไม่หมดมักต้องให้ยาเคมีบำบัดและฉายแสง มักจะมีอายุเพียง 6 เดือนหลังการวินิจฉัย

3) Hepatoblastoma เป็นมะเร็งที่พบในเด็ก ถ้าพบในระยะเริ่มต้น การผ่าตัดจะได้ผลดี

4) Hepatocellular carcinoma เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากเซลล์ของตับ ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับชนิด HCC มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนานปี รวมด้วยร้อยละ 80 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนานปีร้อยละ 10 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยตับแข็งและติดเชื้อไวรัสทั้งสองชนิด

**ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งตับ (risk factors)** ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี พบว่าหากเป็นเรื้อรังจะพบว่ามีอัตราการเกิดมะเร็งตับสูง การได้รับสาร Aflatoxin ซึ่งเป็นสารเคมีที่ผลิตจากเชื้อราที่อยู่ในอาหารพวก ถั่ว แป้ง สาลี ถั่วเหลือง ข้าว โปด ข้าว ตับแข็งจากสุรา ตับอักเสบบีเป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งตับ การได้รับสาร vinyl chloride ยาคุมกำเนิด ยาฮอร์โมนเพศ

ชาย ที่ใช้รักษาโรคโลหิตจาง พบว่ามีการเพิ่มความเสียหายต่อมะเร็งตับ การได้รับสารหนูติดต่อกัน การสูบบุหรี่ บางรายงานกล่าวว่าการสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงเพิ่มมากขึ้น

**อาการและอาการแสดง** อาการของมะเร็งตับมีอาการเหมือนกับมะเร็งที่ระบบอื่น ๆ อาการที่พบคือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร จุกเสียดแน่นท้อง ปวดท้องตลอดเวลา ท้องบวมขึ้น หายใจลำบาก ตัวเหลือง ตาเหลือง คลำได้ก้อนที่บริเวณตับ และอาการของผู้ป่วยจะทรุดลงอย่างรวดเร็ว

**การรักษา** การรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งตับ โดยทั่วไปมีการรักษาดังนี้

- 1) การผ่าตัด จะทำได้ก็ต่อเมื่อมะเร็งนั้นอยู่เฉพาะที่ตับ และขนาดไม่ใหญ่มาก ที่สำคัญคือ ตับต้องไม่มีโรคอื่น เช่น ตับแข็ง
- 2) Embolization คือการฉีดสารบางอย่างให้อุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงก้อนมะเร็งทำให้มะเร็งขาดเลือดเป็นการรักษาในภาวะที่ผู้ป่วยไม่เหมาะในการผ่าตัด
- 3) การให้เคมีบำบัด เนื่องจากโรคมะเร็งตับมักจะติดต่อยาเคมี จึงไม่ค่อยได้ผล
- 4) การฉายรังสี ไม่ค่อยได้ผล เนื่องจากตับที่ดีได้รับผลกระทบจากรังสี

**1.3.2 มะเร็งปอด (lung cancer)** เป็นมะเร็งที่พบบ่อยทั้งเพศชายและเพศหญิง อุบัติการณ์ได้เพิ่มขึ้นทั้งสองเพศในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยที่เพศหญิงจะเสียชีวิตมากกว่ามะเร็งเต้านม และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 เป็นต้นมาอุบัติการณ์ของโรคได้ลดลงทั้งสองเพศ (American Lung Association, 2004)

สำหรับประเทศไทย พบมะเร็งปอดเป็นอันดับ 2 ในภาคเหนือพบเป็นอันดับ 1 เนื่องจากสูบบุหรี่พื้นเมืองซีโย หรือยามวน ซึ่งมีปริมาณทาร์ และสารก่อมะเร็งสูง นอกจากภาคเหนือแล้วยังพบในกรุงเทพมหานครสูง เพราะมะเร็งปอดมาพร้อมกับสังคมเมืองที่มีมลภาวะเป็นพิษ มะเร็งปอดพบในวัยสูงอายุสูงสุดร้อยละ 19.4 ช่วงอายุ 60 - 69 ปี (วัยผู้ใหญ่พบร้อยละ 14.2 ช่วงอายุ 50 - 54 ปี) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ online, 2548)

**ปัจจัยเสี่ยง (risk factors)** ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานาน ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (second - hand smoke) พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่เสียชีวิตมาจากสาเหตุการสูบบุหรี่ และมักจะปรากฏอาการในช่วงอายุ 70 - 80 ปี (Wynder and Stellman, 1979) ปัจจัยอื่นที่เป็นตัวกระตุ้น หรือส่งเสริม เช่น การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีสารพิษ เช่น สาร arsenic, ether, nikel, radon, asbestos และสาร petroleum products oils อากาศเป็นพิษ (air pollution) ซึ่งมีสารหลายชนิดเมื่อได้รับซ้ำ ๆ จะเพิ่มความเสียหายมากยิ่งขึ้น (American Lung Association, 2004)

**อาการและอาการแสดง (signs and symptoms)** ในผู้สูงอายุบางครั้งอาจมีโรคเรื้อรังอย่างอื่นร่วมอยู่ด้วย จึงอาจทำให้ยากต่อการสังเกต แต่ยังมีอาการเฉพาะ เช่น ไขมันเลือดปน เจ็บหน้าอก ปวดบวม หรือหลอดลมอักเสบ อาการที่เป็นทาง systemic ได้แก่ เบื่ออาหาร (anorexia) น้ำหนักลด อ่อนเพลีย อาการเฉพาะที่ที่มะเร็งกระจายไปอยู่ในอวัยวะนั้น ๆ เช่น ถ้าไปที่กล่องเสียงจะทำให้เสียงแหบ ถ้าลุกล้ำไปที่ brachial plexus จะทำให้ปวดไหล่ หายใจลำบาก (dyspnea) ส่วนในผู้สูงอายุอาจมีความเจ็บปวดน้อยกว่า เนื่องจากเคยได้รับประสบการณ์อาการหายใจลำบาก หรือน้ำหนักลดมาบ้างแล้ว (Shell, Bulson and Vanderlugt, 1997)

#### **การค้นหาระยะแรก (early detection)**

1) มะเร็งปอดสามารถเจริญเติบโตได้ภายใน 1 ปี ก่อนที่อาการจะปรากฏให้เห็น ดังนั้นจึงทำให้พบผู้ป่วยในขณะที่ยังอยู่ในระยะลุกลาม หรือกำลังแพร่กระจาย เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดภายใน 1 - 2 ปี

2) การเอกซเรย์ปอด การตรวจหาเซลล์มะเร็งที่ป่นอกมากับเสมหะ American Cancer Society ไม่แนะนำให้ตรวจมะเร็งปอดเมื่อไม่มีอาการ (not recommend routine screening for lung cancer in asymptomatic persons)

**การรักษา (treatment)** การผ่าตัด การฉายแสง และเคมีบำบัด ขึ้นอยู่กับ ชนิดของเซลล์มะเร็งและระยะของโรค มะเร็งปอดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1) Small cell cancer เกิดประมาณร้อยละ 20 - 25 จากสาเหตุการสูบบุหรี่ทั้งหมด เซลล์ชนิดนี้การพยากรณ์โรคไม่ดี (poor prognosis) เนื่องจากเซลล์จากเจริญเติบโตเร็ว และกระจายเร็ว แต่จะตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด และการฉายแสงดี (American Lung Association, 2004)

2) Non Small cell cancer เป็นเซลล์ในกลุ่ม Squamous cell, adenocarcinomas, and large cell เซลล์เหล่านี้จะเจริญเติบโตช้า และเกิดเป็นมะเร็งปอดประมาณร้อยละ 80 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการสูบบุหรี่ในเพศชายถึงร้อยละ 90 ในเพศหญิงร้อยละ 75 - 80 เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเซลล์ชนิดนี้ ส่วนใหญ่โรคจะกระจายไปสู่อวัยวะอื่นแล้ว แม้การผ่าตัดเมื่อเป็นระยะที่ 1 หรือ 2 ก็ยังมีโอกาสที่โรคจะกลับมาใหม่ถึงร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปี จะไม่ได้รับการรักษาเหมือนกับวัยที่อายุน้อยกว่า และอาจได้รับการรักษาที่ไม่ aggressive เพราะอาจมีการเจ็บป่วย (comorbid)

**1.3.3 มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก (colorectal cancer)** พบในผู้ที่มีอายุมาก เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงที่ใช้เวลานาน 40 - 50 ปี มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในสหรัฐอเมริกา อุบัติการณ์ของโรคได้เริ่มลดลงเมื่อนานมาแล้วโดยเฉพาะคนผิวขาว แต่อัตราการเกิดโรคมะเร็งยังเป็นเท่าเดิมในคน African - American อัตรา

การเสียชีวิตของมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนักได้ลดลงร้อยละ 32 ในเพศหญิง และร้อยละ 14 ในเพศชาย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดโรคลดลง อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น (American Cancer Society, 2004a)

สำหรับประเทศไทยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนักพบเป็นลำดับที่ 3 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้ง 2 เพศ ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นกว่า 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 อัตราการเพิ่มขึ้นมีมากที่สุดในภาคกลางโดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร (ธีรวิมล คุณะเปรมะ, 2547)

**ปัจจัยเสี่ยง (risk factors)** ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก มีติ่งเนื้อยื่นออกมาที่ลำไส้ (polyps) หรือเป็นโรคลำไส้อักเสบ ผู้ที่รับประทานอาหารกากใยน้อย และชอบรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง (low fiber and high calories) ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารไขมันสูง จากรายงานการวิจัยพบว่า อาหารที่มีกากใยสูง อาหารไขมันต่ำ จะช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารได้ (American Cancer Society, 2004b) แอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ คนที่บริโภคทั้งสองอย่างนี้รวมกันจะมีความเสี่ยงสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม คนที่ไม่สูบบุหรี่แต่ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์โดยบริโภคอาหารที่อุดมด้วยผัก และผลไม้จะยังมีความเสี่ยงต่ำ

**อาการและอาการแสดง (signs and symptoms)** ในระยะแรก ๆ ที่เป็นจะมีอาการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย อาจมีเลือดปนมากับอุจจาระได้ ถ้าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวาจะทำให้เกิดอาการปวดเกร็ง เหมือนกับไส้ติ่งอักเสบ (appendicitis like symptom) ถ้าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วน Transverse colon อาจมีเลือดปนมากับอุจจาระ และอาจทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ในส่วนนี้ได้ ถ้าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ลำไส้มักจะหดเกร็ง มีเลือดสีแดงสดปนออกมา ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยง่ายขึ้น

**การค้นพบ (early detection)** American Cancer Society แนะนำว่าควรเริ่มตรวจตั้งแต่อายุ 50 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ต้องตรวจอุจจาระทุกปี เพื่อดูเลือดที่ปนมากับอุจจาระส่องกล้องดูลำไส้ทุก ๆ 5 ปี (sigmoidoscope) หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าเอกซเรย์ (barium enema) อาจทำ Colonoscopy ทุก 10 ปี การตรวจอุจจาระเพื่อหาเลือดที่ปนออกมาเป็นวิธีที่ไม่แพง มีความเสี่ยงต่ำ แต่อาจให้ผลผิดพลาดได้ จะต้องตรวจซ้ำด้วยวิธีอื่นต่อ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงอาจปรับเปลี่ยนการตรวจให้เหมาะสมตามสภาพ (American Cancer Society, 2004a)

**การรักษา (treatment)** การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักในระยะที่ยังไม่แพร่กระจาย การให้ยาเคมีบำบัดมักให้หลังผ่าตัด ซึ่งจะได้ผลดีเมื่อมะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง หรือโรคได้ลุกลามไปที่อื่น บางครั้งอาจจะรักษาแบบผสมผสานระหว่างการฉายแสงและการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกัน (American Cancer Society, 2004b)

**การรอดชีวิต (survival)** ถ้าตรวจพบก่อนที่มะเร็งจะกระจาย อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีจะสูงร้อยละ 91 แต่ถ้ามะเร็งกระจายไปยังอวัยวะที่อื่น ๆ หรือไปที่ต่อมน้ำเหลือง



(involve other organs or lymph nodes) มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี จะลดลงเหลือร้อยละ 63 (National Cancer Institute, 2003b)

#### 1.3.4 มะเร็งเต้านม (breast cancer)

ในสหรัฐอเมริกาอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4 และพบอัตราการเสียชีวิตลดลง ในช่วงปี ค.ศ. 1992-2004 โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุน้อย (Steele and Steele cited in Meiner and lueckenott 2006: 386 - 388) เนื่องจากมีการตรวจคัดกรองที่ใช้เทคนิคไม่ยุ่งยาก และมีความก้าวหน้าในการรักษามาก (American Cancer Society, 2004) มะเร็งเต้านมร้อยละ 80 เกิดในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และจะเสียชีวิตในช่วงอายุ 55-74 ปี สิ่งที่น่ากังวลคือ มะเร็งเต้านมที่อยู่ในระยะสุดท้ายมักจะอยู่ในวัยสูงอายุ อาการแรกที่แสดงให้เห็นเด่นชัดคือ มีก้อนที่เต้านม ได้ประมาณการณ์ว่า ร้อยละ 10 จะมีอาการแสดงเมื่อมะเร็งได้กระจายออกไปแล้ว เช่น ไปที่ ปอด ตับ กระดูก และต่อมหมวกไต แล้วจะไปมีอาการแสดงที่อวัยวะนั้น ๆ (American Geriatric Society, 2000)

จากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามะเร็งเต้านม จะเป็นในคนผิวขาวมาก และ มักเป็นเชื้อชาติเดียวกัน หรือมีวัฒนธรรมเดียวกัน แต่จากการเฝ้าระวังอัตราการเกิดของโรค โดยใช้โปรแกรมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute, 2003b) พบว่าชาว Hawaiian, African-American ที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์เป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะแพร่กระจายสูงสุด ชาว Korean, American-Indian และชาว Vietnamese มีอุบัติการณ์เป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะแพร่กระจายต่ำสุด และยังพบว่าชาว African-American มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยเมื่อระยะของโรคอยู่ในระยะท้าย ๆ และช่วงอายุที่เสียชีวิตอยู่ระหว่าง 55 - 69 ปี แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มที่มีอายุ 70 ปี อัตราการเสียชีวิตจะสูงกว่าชาวผิวขาวเช่นกัน (American Cancer Society, 2004a)

#### ปัจจัยเสี่ยง

- 1) จากอิทธิพลของของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ได้รับเป็นเวลานาน หรือการใช้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ๆ จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า เพศหญิงที่มีประจำเดือนก่อนอายุ 12 ปี หรือผู้ที่มีประจำเดือนหมดช้า และมีไปจนถึงอายุ 55 ปี หรือมากกว่า จะมีความเสี่ยงมากขึ้น
- 2) ผู้ที่ไม่เคยมีบุตร หรือมีบุตรคนแรกอายุมากกว่า 35 ปี จะมีความเสี่ยงสูง (Reigle, 2000)
- 3) อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมจะเป็นสูงสุดในช่วงอายุ 50-59 ปี และช่วงที่เป็นสูงช่วงแรก ๆ คืออายุ 45-49 ปี ซึ่งเป็นวัยที่หมดประจำเดือน จึงมีความเกี่ยวข้องกับการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนที่รังไข่ ประเด็นที่น่าสนใจคือช่วงอายุ 65-69 ปี เป็นวัยที่หมดประจำเดือนแล้ว

จะมีความเกี่ยวข้องกับการไม่สมดุลของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ผลิตจากต่อมหมวกไต (Imbalance of adrenal estrogen) ดังนั้นการค้นหามะเร็งทั้งสองกลุ่ม จึงมีความแตกต่างกัน (Bergkvist et al, 1989; Pfeifer, 1997a)

3) มะเร็งเต้านมเชื่อว่าเกิดจากกรรมพันธุ์เพียงร้อยละ 5 - 10 มียีนส์ที่ได้รับการถ่ายทอดคือ BRCA<sub>1</sub>, BRCA<sub>2</sub> ซึ่งเป็นยีนส์ที่ช่วยปกป้องดูแลสารพันธุกรรม (DNA) ไม่ให้เกิดเป็นมะเร็ง แต่ถ้ายีนส์ BRCA<sub>1</sub> เกิดการผ่าเหล่า หรือการกลายพันธุ์ จะทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าร้อยละ 40 และ BRCA<sub>2</sub> ถ้าเกิดการผ่าเหล่าจะทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าร้อยละ 30 (Cummings and Olopade, 1998)

4) อาหารไขมันสูง และความอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ มีการทดลองในสัตว์ พบว่าการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งเต้านมจะเปลี่ยนไปตามระดับของ Hormone estrogen, Pituitary และ Thyroid function ซึ่งมีความไวต่ออาหารที่รับประทานเข้าไป (London and Willett, 1989) ความอ้วน และการหมดประจำเดือน จะเกี่ยวข้องกับขบวนการเผาผลาญของเอสโตรเจน

5) จากสารเคมีที่สัมผัส เช่น ยาฆ่าแมลง หรือสารเคมีอื่น ๆ เช่น ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ และ ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย (Knobf, 1996)

#### อาการและอาการแสดง

1) ถ้าเป็นเนื้องอกธรรมดา จะมีลักษณะเป็นก้อนนิ่ม (lumps are soft) เคลื่อนที่ได้ ขอบเรียบ (mobile masses with regular borders)

2) ถ้าเป็นเนื้อร้าย ก้อนจะแข็ง ขอบไม่เรียบ ก้อนอยู่กับที่ เคลื่อนไหวไม่ได้ (hard and fix with irregular borders) ถ้าหวั่นมถูกดึงรั้งผิวหนังจะบุ๋มลงไป เนื่องจากเซลล์มะเร็งลุกล้ำเข้าไปในเอ็น (ligament) ของผนังทรวงอก ผิวหนังจะแดง อุ่น เนื่องจากมีการอักเสบ ซึ่งมีลักษณะคล้ายผิวส้ม (orange peel) อาจไม่มีอาการเจ็บปวด

#### การป้องกัน

1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-examination) อาจตรวจเดือนละ 1 ครั้ง โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 20 ปี ซึ่งพบว่าร้อยละ 90 ของมะเร็งเต้านมตรวจพบโดยตัวเอง หรือ คู่สมรส ควรตรวจหลังประจำเดือนหมด 7 วัน พยาบาลควรสนับสนุน หรือช่วยสอนให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุยังขาดความรู้ที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเองค่อนข้างสูง

2) การทำ Mammography สามารถค้นหามะเร็งขนาดเล็กที่เล็กมาก ซึ่งยังคลำไม่พบ การตรวจด้วยวิธีนี้ จะให้ความแม่นยำสูง The American Cancer Society แนะนำว่าควรตรวจ Mammogram ทุก 2 ปี เมื่ออายุ 40 - 49 ปี และทุก 1 ปี เมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป (American Cancer Society, 2004b)

อัตราการรอดชีวิตขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง (stage) ภาวะสุขภาพปัจจัยพื้นฐานของชีวิต ระบบภูมิคุ้มกัน ระดับความเครียด การควบคุมโรคมะเร็งให้แพร่กระจาย ซึ่งจะทำให้มีชีวิตรอดอยู่ได้ถึง 5 ปีเกือบ 100 % และมีชีวิตรอดหลัง 20 ปีไปแล้วถึงร้อยละ 53 (National Cancer Institute, 2004a)

#### 1.4 การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด

เป็นวิธีการรักษาที่นำมาใช้ในกรณีเมื่อมะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจาย การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีข้อควรระวังและผลข้างเคียงหลายอย่าง รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการให้ยา ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ใช้ในการรักษามะเร็งระยะแพร่กระจายแล้ว เคมีบำบัดยังใช้เป็นการรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัด และอาจใช้เป็นยานำ (neoadjuvant chemotherapy) ก่อนผ่าตัด หรือฉายแสงด้วย การให้ยาเคมีบำบัดปัจจุบันนิยมนำยาเดี่ยวจากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกัน (combination chemotherapy) ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดการเป็นพิษของยาแต่ละชนิดลง ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น รวมทั้งลดการดื้อยาของโรคมะเร็งด้วย (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536)

ในที่นี้ผู้วิจัยจะขอกล่าวเพียงการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก และมะเร็งเต้านม

##### 1.4.1 การรักษา มะเร็งปอดด้วยยาเคมีบำบัด (วรชัย รัตนธรรพร, 2541: 498 - 511)

1) Stage I การรักษาคือ Lobectomy หรือ Pneumonectomy การใช้ adjuvant chemotherapy ด้วย Cisplatin - based regimen ไม่ช่วยเพิ่ม Survival ผู้ป่วยที่มี Pulmonary function ไม่ดีอาจจะรับการผ่าตัดด้วยวิธี Limited wedge resection และมีโอกาสหายขาดได้

2) Stage II ผู้ป่วยที่มีชนิดของเซลล์เป็นแบบ Adenocarcinoma จะมีการพยากรณ์โรคที่เลวกว่า Squamous cell carcinoma ถ้าระยะนี้ทำผ่าตัดไม่ได้ อาจจะรักษาโดยการฉายรังสี

3) Stage IIIA ระยะนี้มี Micrometastases ดังนั้นการผ่าตัดอย่างเดียวให้ผลในอัตราการอยู่รอดต่ำ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และตรวจพบมี Mediastinal lymph node metastases จะมี Median survival 1 ปี และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 10-20 จะมีอัตราการอยู่รอดถึง 3 ปี สูตรยาเคมีบำบัดในแง่ของ Neoadjuvant chemotherapy คือ CEP (cyclophosphamide, etoposide, cisplatin), MIC (mitomycin-C, ifosfamide, mesna, cisplatin),

ในผู้ป่วย Local advanced disease การใช้ Combined radiation กับ chemotherapy มีผลดี และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาร่วมกันทั้ง 2 อย่างจะมี 1 - year survival ร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับร้อยละ 46 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ฉายรังสีอย่างเดียว

4) Stage IV ปัจจุบันยังไม่มี Standard regimen แต่อาจพิจารณาให้ Paclitaxel กับ Carboplatin ได้ ซึ่งในปัจจุบันได้รับการยอมรับมากขึ้น ผู้ป่วยต้องมี Performance status ที่ดี สูตรยาที่ใช้ในระยะนี้คือ CaT (carboplatin, paclitaxel), PE (cisplatin, etoposide), MVP (mitomycin-C, vinblastin, cisplatin), ICE (ifosfamide, mesna, cisplatin, etoposide), CAP (cyclophosphamide, doxorubicin, cisplatin) หรือ Navelbine ที่ใช้ร่วมกับ Cisplatin และ Paclitaxel หรือ ใช้ Gemcitabin ร่วมกับ Cisplatin เป็นต้น

#### 1.4.2 การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนักด้วยวิธีเคมีบำบัด

การรักษาขึ้นอยู่กับการแพร่กระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองมากกว่าจากการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะใกล้เคียง

1) Adjuvant therapy สูตรยาที่ใช้ เช่น 5-FU-Levamisole, Leucovorin/5-FU

2) Management of stage IV disease การใช้ยามียหลายสูตรเช่น 5-FU-Leucovorin (low dose), Irinotecan, Oxaliplatin ร่วมกับ Leucovorin และ 5-FU

นอกจากนี้ยังมียาเคมีบำบัดชนิดรับประทาน เช่น Capecitabine ที่ให้ผลข้างเคียงน้อย และเหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุ (Lichtman, 2004: 167)

1.4.3 การรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีเคมีบำบัด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทคือ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536: 31- 34; ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544: 142 - 144)

1) ในรูปแบบของการรักษาเสริม (adjuvant chemotherapy) จากรายงานการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างเดียว มีโอกาสมีชีวิตรอดถึง 10 ปี เพียงร้อยละ 50 ส่วนที่เหลือมีการกลับซ้ำ และเสียชีวิตไป การให้เคมีบำบัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถลดอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น

2) การรักษาในระยะที่มีการแพร่กระจาย (chemotherapy for advanced and metastatic disease) ส่วนใหญ่มักใช้รักษาเพื่อบรรเทาอาการ สำหรับการพิจารณาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้ามีอัตราเสี่ยงต่ำ คือ อายุมากกว่า 65 ปี อยู่ในวัยหมดประจำเดือน Hormone receptor positive การรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัดจะได้ผลดี แต่ในกรณีปัจจัยเสี่ยงสูงคือ อายุน้อยกว่า 50 ปี อยู่ในวัยหมดประจำเดือน Hormone receptor negative พิจารณาให้เคมีบำบัด และเคมีบำบัดที่ใช้ในการ

รักษาได้แก่ CMF (cyclophosphamide, methotrexate, 5-FU), CAF (cyclophosphamide, adriamycin, 5-FU), MMM (mitomycin-C, mitoxantrone, methotrexate), MV (mitomycin-C, vinblastin) หรือ Single Paclitaxel, navelbine, Gemitabine (วรชัย รัตนธรร, 2541: 485 - 486) เป็นต้น

3) กรณีของ Local advanced disease หมายถึงก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากไม่สามารถผ่าตัด และฉายรังสีให้ได้ผล กรณีนี้เคมีบำบัดถูกนำมาใช้เพื่อลดขนาดของก้อน และควบคุม Micrometastasis ก่อน โดยทั่วไปจะให้ยาเคมีประมาณ 3 cycle แล้วจึงรักษาด้วยการผ่าตัด และฉายรังสีต่อไป ในบางรายจะพิจารณาให้ยาต่อหลังจากที่ได้รับการรักษาเฉพาะที่แล้ว โดยจะให้ยาอีก 3 cycle

สรุปได้ว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุด คือ การรักษาแบบผสมผสาน กันระหว่าง การผ่าตัด การฉายรังสี ฮอรัโมนบำบัด และเคมีบำบัด

## 1.5 ผู้สูงอายุกับยาเคมีบำบัด (chemotherapy in elderly)

ความชราามีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษา ความปลอดภัย และการเป็นพิษของยา ซึ่งแบ่งได้ 3 ระดับคือ เภสัชจลศาสตร์ (pharmacokinetics) เภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) และความทนได้ต่อเนื้อเยื่อปกติ (tolerance of normal tissues) กล่าวคือ

1.5.1 เภสัชจลศาสตร์ในผู้สูงอายุ (pharmacokinetics in ageing) กระบวนการสูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลศาสตร์ หลังจากยาถูกบริหารเข้าสู่ร่างกาย เนื่องจากอัตราการกรองของไตในผู้สูงอายุจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น (Balducci and Extermann, 2001) จึงทำให้มียาเหลืออยู่ในกระแสเลือดมาก (high plasma concentrations) จึงนำไปสู่การเกิดเป็นพิษของยาในกระแสเลือดมาก

นอกจากนี้การเป็นพิษของยายังขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของระดับ albumin และ hemoglobin ในกระแสเลือด ผู้สูงอายุความเข้มข้นของระดับ albumin และ hemoglobin จะลดลง ดังนั้นยาจึงไปจับกับ albumin และ hemoglobin น้อยลง จึงเหลือปริมาณยาที่อยู่ในกระแสเลือดมาก

มีการศึกษาวิจัยอย่างน้อย 5 ฉบับ ที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง hemoglobin โดยเฉพาะ ที่ชี้ให้เห็นว่ามีสารเคมีหลายชนิดที่เป็นพิษต่อไขกระดูก เช่น ยาในกลุ่ม Antracyclines (doxorubicin, epirubicin), Camptothecins (Schijvers et al., 1999; Extermann et al., 2000) ดังนั้นในผู้สูงอายุน้ำและโปรตีนในร่างกายที่ลดลง ประกอบกับกลไกการขับออกของไตที่ลดลง และความสามารถในการเป็นตัวทำลายยา ที่ช่วยลดความเป็นกรด หรือ ต่าง ลดลง (capable to buffer) จึงเกิดความเข้มข้นของยาในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น (Melton et al., 2000)

เภสัชจลศาสตร์ที่สำคัญอีกกลไกหนึ่งในผู้สูงอายุ คือ การดูดซึมของยา การดูดซึมของยาเริ่มที่ระบบทางเดินอาหาร โดยการรับประทานเข้าทางปาก ยาเคมีบำบัดที่ใช้โดยวิธีรับประทาน เช่น Fluorinated pyrimidines, Temozolamide และอื่น ๆ แต่ยาเหล่านี้จะมีผลต่อการดูดซึมในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป (Balducci and Carrca, 2002)

1.5.2 Pharmacodynamic in ageing (เภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ) เป็นการศึกษาผลของยาที่ Target sites หรือการตอบสนองของยาต่อเนื้อเยื่อที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ในการรักษา กล่าวคือ ยาเคมีบำบัดจะไปทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเซลล์มะเร็ง โดยทำให้เซลล์มะเร็งขาดออกซิเจน และจะหยุดการแบ่งตัว (Balducci and Extermann, 2001)

1.5.3 ความทนได้ต่อเนื้อเยื่อปกติ (tolerance of normal tissues) ยาเคมีบำบัดมีผลต่อเนื้อเยื่อปกติ อายุที่มากขึ้นเนื้อเยื่อจะมีความอ่อนไหวต่อยาเคมีบำบัดมากขึ้น (susceptibility to chemotherapy increases with age) เช่น เซลล์เยื่อเมือก (mucosas) ของระบบการสร้างเม็ดเลือด (hematopoietic system) เซลล์ของหัวใจ เซลล์ของระบบประสาทส่วนกลาง และส่วนปลาย (Balducci and Extermann, 2001)

จากการได้บททวนจากประสบการณ์การทำงานของศูนย์มะเร็งทางภาคเหนือของสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวนมากกว่า 1,400 คน ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป เป็นเยื่อเมือกช่องปากอักเสบจากการได้รับยา Fluorinated pyrimidines (5-FU) (Jacobson et al., 2001) และพบว่าอัตราการเสียชีวิตเกือบทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเยื่อเมือกช่องปากอักเสบ (mucositis) ซึ่งภาวะเยื่อเมือกช่องปากอักเสบพบได้บ่อยเมื่อได้รับการรักษาอย่าง aggressively (Stein et al., 1995)

อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) Dees et al. (2001) ได้อธิบายว่าการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำสุดหลังจากได้รับยา Doxorubicin และ Cyclophosphamide จะรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และการเกิดเป็นพิษต่อไขกระดูกจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ซึ่งจะไม่เหมือนกับผู้มีอายุน้อยกว่า

Kim et al. (2000) ได้บันทึกรายงานไว้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นพิษต่อไขกระดูกจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อพบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งชนิดก้อนทึบ (solid tumors) นอกจากนี้ Crivellari and et al. (2000) พบว่าการเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาสูตร CMF และอีก 8 รายงานพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) ที่รักษาด้วยสูตรยา CHOP จะเกิดเม็ดเลือดขาวต่ำสุดถึงระดับ 4 (กดไขกระดูกสูงที่สุด) ซึ่งเกิดขึ้นเกินร้อยละ 50 และมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 47 อัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 5 - 30 (Bjorkholm et al., 1999; Zinzani et al., 1999; Crivellari et al., 2000)

**1.6 ผลกระทบของยาเคมีบำบัดต่อผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุพยาธิสรีระเป็นไปในทางที่เสื่อมถอย อวัยวะที่สำรองไว้ หรืออวัยวะที่ควรทนอมไว้เกิดความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง จึงมีผลกระทบต่อการรักษา และการเกิดเป็นพิษของยา ซึ่งจะช่วยให้ทำนายผลการรักษาของแต่ละบุคคลได้ (Taffe, 2003) ผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญดังนี้

**1.6.1 ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร (impact on gastrointestinal)** ทำให้เยื่อ mucosa เกิดการอักเสบ (mucositis) (Balducci, 2003) จะทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ควรปรับอาหารให้เหมาะสม มิฉะนั้นจะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า จะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับยาที่มีผลต่อเยื่อช่องปากอักเสบ เช่น 5-fluorouracil ควรอมน้ำแข็ง (oral cryotherapy) เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ (Sawhney, Sehl and Naeim, 2005)

ผู้สูงอายุอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบที่รุนแรง การซ่อมแซมเซลล์ให้ฟื้นคืนสู่สภาวะปกติจะช้ากว่าวัยอื่น ๆ (Baker and Grochow, 1997) ควรให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการรักษาความสะอาดภายในช่องปาก ให้หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์น้ำยาบ้วนปาก ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ซึ่งจะทำให้เยื่อในช่องปากแห้ง ทำให้เกิดการฉีกขาด มีเลือดออก จะนำไปสู่การติดเชื้อได้

**1.6.1.1 อาการคลื่นไส้อาเจียน (nausea and vomiting)** เป็นอาการที่เกิดขึ้นบ่อยจากผลข้างเคียงของยา จะต้องบริหารยาแก้คลื่นไส้อาเจียนก่อนให้ยาเคมีบำบัดเสมอ มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ที่ปฏิเสธการให้ยาจากความกลัวต่ออาการคลื่นไส้อาเจียน (Rhodes, Watson and Johnson, 1985) ดังนั้นควรให้สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน มีส่วนร่วมในการดูแล คอยให้กำลังใจ พยายามควรให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจว่า หลังจบการรักษาอาการจะหายไป

ผู้สูงอายุความทนต่อการขาดน้ำจะน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า การขาดน้ำจะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการสับสนเฉียบพลัน (acute confusion) ควรให้น้ำเกลือทดแทน เพราะการขาดน้ำ จะทำให้การขับออกของไตลดลง จึงส่งผลให้เกิดการเป็นพิษของยามากขึ้น และยังทำให้เกิดความไม่สมดุลของแร่ธาตุในร่างกาย (electrolyte imbalances) ซึ่งจะไม่มีผลต่อการเต้นหัวใจที่ผิดปกติ ดังนั้นอาการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรงนี้ ควรพิจารณาการลดปริมาณยาเคมีบำบัด หรือเลื่อนการให้ยาออกไป ควรบริหารยาแก้คลื่นไส้อาเจียนด้วย Ondansetron (Zofran®) และ Dexamethasone ร่วมกัน ซึ่งจะทำให้ควบคุมอาการได้ดี และเริ่มเป็นมาตรฐานการรักษาในขณะนี้ (Meiner and Lueckenotte, 2006)

**1.6.1.2 การเบื่ออาหาร (anorexia)** ผู้ป่วยมักจะบ่นว่าเบื่ออาหารหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากสูญเสียความอยากอาหาร (loss appetite) และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้ความอยากอาหารลดลงได้แก่ การได้รับยาแก้ปวด (ซึ่งผลข้างเคียงมักจะทำให้เบื่อ

อาหาร) การมีเยื่อช่องปากอักเสบ จึงทำให้ปริมาณแคลอรีที่ได้รับลดลง ส่งผลให้น้ำหนักลดลง ถ้าน้ำหนักลดลงมาก (severe weight loss) จะทำให้มีอุปสรรคต่อการรักษา ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จะทำให้การมีชีวิตรสั้นลง และที่สำคัญคือ การเบื่ออาหารจะนำไปสู่การลดลงของระบบภูมิคุ้มกัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น (Meiner and Lueckenotte, 2006)

#### 1.6.2 ผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (impact on cardiovascular)

การที่ผู้สูงอายุได้รับยาเคมีบำบัด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) หัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmias) และเกิดภาวะเส้นเลือดหดตัว (vasospasm) จะนำไปสู่อาการเจ็บหน้าอก หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย (angina or infarction) (Yeh et al., 2004) มีการศึกษา 1 รายงานพบว่า “อายุ” มีความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวาย หลังจากได้รับยา doxorubicin จำนวน  $400 \text{ mg/m}^2$  ในผู้สูงอายุ 65 ปี เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นควรพิจารณาปริมาณยาเคมีบำบัดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ และต้องดูประวัติโรคหัวใจด้วย

นอกจากนี้ยังมียาตัวอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดหัวใจวายได้ เช่น Cyclophosphamide, Cisplatin (Nieto et al., 2000) วิธีการลดการเป็นพิษของยาต่อหัวใจ (reduce cardiotoxicity) ทำได้โดยการให้ยาอย่างช้า ๆ เช่น การให้ Anthracyclines ควรให้นาน 48 - 96 ชั่วโมง (Legha et al., 1982)

#### 1.6.3 ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ (impact on respiratory) วิทยุสูงอายุการ

ทำงานของปอดลดลง กลุ่มอาการของปอดมีค่อนข้างมาก เช่น การสูญเสียความสนใจ (loss of interest) อาการง่วงเหงาหาวนอน (somnolence) อาการสับสน (confusion) ซึ่งอาการผิดปกติเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้เยื่อเมือกที่คอยโบกพัด (mucociliary) ป้องกันสิ่งแปลกปลอมทำงานลดลง ประกอบกับการที่มีอายุมากขึ้นระบบภูมิคุ้มกันจะลดลง จึงมีแนวโน้มทำให้เกิดการติดเชื้อในปอดได้ง่าย ควรประเมินการเป็นไข้หวัด หรือการติดเชื้อในปอดก่อนให้ยาเคมีบำบัด ควรป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุสูบบุหรี่ และถ้าสูบต้องให้เลิก (smoking cessation) (Ashley et al., 1975)

#### 1.6.4 ผลกระทบต่อไต (impact on renal) ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตจะลดลง

(renal plasmaflow) ร้อยละ 0.2 ต่อปี (DeSasnto et al., 1976) และอัตราการกรองของไตจะลดลง (glomerular filtration rate)  $43 \text{ ml/min/1.73 m}^2$  ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี (Rowe et al., 1976) จากการศึกษาระยะยาวในอาสาสมัครผู้ที่มีสุขภาพดี พบว่าอัตราการกรองของไตจะช้าลงทุก  $1 \text{ ml/min/year}$  (Fehrman-Ekholm and Skeppholm, 2004) ดังนั้นอัตราการขับออกจากพยาธิสรีระของไตวิทยุสูงอายุจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น ประกอบกับปริมาณน้ำที่เป็นส่วนประกอบในร่างกาย (body composition) จะลดลงร้อยละ 10 - 15 (Beaufriere and Morio, 2000) จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดน้ำมากขึ้น ทำให้เกิดการคั่งของไนโตรเจน หรือยูเรียอยู่ในกระแสเลือด (azotemia) จึง



มีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาของยาไปในทางที่รุนแรงยิ่งขึ้น จึงทำให้เกิดการเป็นพิษของยาเคมีบำบัดมากขึ้น

การขับออกของยาทางไตสามารถวัดได้จากการลดลงของค่า Creatinine clearance (Cusack, 2004) แต่อย่างไรก็ตามเภสัชจลศาสตร์การขับออกของยาอาจไม่มีผลต่ออายุได้ในบางกรณี และควรระวังคืออยู่เสมอกว่ากระบวนการสูงอายุ ก่อให้เกิดการขับออกของยาทางไตลดลง ควรปรับขนาดของยาให้เหมาะสมกับการขับออกของไต (Noustainen and et al., 1999)

ยา Cisplatin และ Methotrexate เป็นยาเคมีบำบัดที่มีพิษต่อไตโดยเฉพาะ (nephrotoxic) ควรให้ยาขับปัสสาวะ Amifostine เพื่อป้องกันการเกิดพิษต่อไต ซึ่งได้ผลดีเกินร้อยละ 40 และยานี้ก็ไม่ได้ไปรบกวนการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด ส่วน Methotrexate ผู้สูงอายุต้องได้รับน้ำในปริมาณที่มากพอ และต้องตรวจปัสสาวะเพื่อดูค่า PH ซึ่งจะต้องมีค่า 7.5 หรือมากกว่า ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาพร้อม ๆ กันกับยาที่รักษาโรคอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดการเป็นพิษของยาได้

**1.6.5 ผลกระทบต่อหลอดเลือดในสมองและประสาท (impact on cerebrovascular and neurologic)** ผู้สูงอายุจะเสี่ยงต่อการตอบสนองในการเปลี่ยนท่า หรือการทรงตัว (postural change) เนื่องจากแรงดันในเส้นเลือดแดง และปริมาณเลือดที่ไหลผ่านสมองน้อยลง จึงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดอาการสับสน (confusion) เป็นลมง่าย (syncope) และการหกล้ม (fall) (Sehl, Sawhney and Naeim, 2005) ผู้สูงอายุที่ได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ส่งผลให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง จะยังทำให้เกิดอาการสับสน เป็นลมง่าย และเสี่ยงต่อการหกล้มมากยิ่งขึ้น

ยาเคมีบำบัดจะไปมีพิษต่อเซลล์สมอง ทำให้สูญเสียการดมกลิ่น (loss of smell) การกระตุ้นให้อยากอาหารจะลดลง ปลายประสาททำงานผิดปกติ (มีอาการชา) (Balducci and Mowrey, 1992) และถ้ารักษาอาการปวดร่วมด้วย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นพิษของยามากขึ้น

นอกจากนี้ควรพิจารณาเรื่องอาการสับสน (delirium) ซึ่งอาจจะเป็นช่วงสั้น ๆ ระหว่างที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรืออาจจะพัฒนาไปในระยะยาวได้ และยาเคมีบำบัดจะไปทำให้ความคิด ความจำ หรือ เซอาน์ปัญญาเปลี่ยนไป (Ahles and Saykin, 2002)

**1.6.6 ผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (impact on musculoskeletal system)** ผู้สูงอายุมวลกล้ามเนื้อจะลดลง จะนำไปสู่อาการผอมแห้ง (cachexia) ในระยะแรก ๆ ขึ้นไขมันจะลดลงอาจทำให้น้ำหนักลดลงเล็กน้อย หรือไม่ลด (Roubenoff, 1999) ผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับฮอร์โมน Gonadotropin-releasing agonists จะทำให้ความหนาแน่นของมวลกระดูกและกล้ามเนื้อลดลง และยังทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อมีไขมันเพิ่มมากขึ้น (Stoch et al., 2001; Smith, 2004) หรือผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งเต้านม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

กระดูกพรุนมากขึ้น ทำให้เกิดการหักของกระดูกได้ง่าย เนื่องจากขาด Hormone estrogen ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับอายุ หลังจากหมดประจำเดือนด้วย เนื่องจากการที่รังไข่หยุดทำงาน และเมื่อไม่นานมานี้มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากกว่าร้อยละ 77 มีชีวิตอยู่กับภาวะกระดูกพรุน แม้ว่าจะอยู่ภายใต้การดูแลรักษาในระบบสุขภาพ (Chen, Maricle and Pettinger, 2005)

ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมากควรจะรักษาด้วยการให้แคลเซียม Bisphosphonate (เช่น Zometa®, Aredia®) (Smith, 2004; Hill et al., 2003) ผู้วิจัยได้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับยาแคลเซียมกลุ่มนี้เป็นประจำ ซึ่งยาทั้งสองชนิดนี้มีราคาสูงมาก ใช้เพื่อช่วยยับยั้งการลดของมวลกระดูก รักษาภาวะ Hypercalcemia เนื่องจากมีการสลายของแคลเซียมในกระดูกออกมาอยู่ในกระแสเลือดมาก หรือรักษาในผู้ที่มะเร็งกระจายไปยังกระดูก ซึ่งจะทำให้สูญเสียแคลเซียมในกระดูกมาก ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยการให้แคลเซียมเสริมจะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

**1.6.7 ผลกระทบต่อระบบโลหิต (impact on hematologic system)** ผู้สูงอายุไขกระดูกสำรองจะลดลง จะสูญเสียความสามารถในการตอบสนองต่อการกระตุ้นเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง และการฟื้นกลับคืนของไขกระดูกจากการทำลายของยาเคมีบำบัดจะใช้เวลานานกว่าวัยอื่น ๆ (delaying recovery) จึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง (anemia) ซึ่งการรักษาโดยการบริหารยาฉีดกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด (recombinant erythropoietin) จะทำให้ภาวะโลหิตจางดีขึ้น และยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย (Chatta et al., 1993)

มีรายงานหลายฉบับที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อไขกระดูกถูกกดในระดับที่รุนแรง ถึงปานกลางจากพิษของยาเคมีบำบัดที่เกิดกับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป จะเพิ่มการติดเชื้อเป็นสองเท่า (Zinzani et al., 1997; Gomez, Mas and Casanova, 1998)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพควรตระหนักถึงความเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพราะจะพบปัญหาที่ซับซ้อนจากร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Gaskamp and Meraviglia, 2006) สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น จึงแบ่งผลกระทบได้ 4 มิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) มิติด้านร่างกาย เมื่อเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม มักจะพบความเจ็บปวด จะยิ่งทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้ามากยิ่งขึ้น จึงมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง (Yarbro, 2006) และ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้านี้ ยังเป็นตัวเชื่อมให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น ข้อเสื่อม ข้ออักเสบ โรคหัวใจ หรือ ความดัน จะยิ่งทำให้เกิดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลงมากยิ่งขึ้น (Bennett et al., 2002) เนื่องจากการมีโรคประจำตัวจะเป็นปัจจัยที่ทนายอัตรการอยู่รอดของชีวิต และเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นในการรักษาโรคมะเร็ง พบว่าผู้สูงอายุมีการ

ใช้ยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวมากกว่าวัยหนุ่มสาวถึง 3 เท่า โดยเฉพาะแล้วมีการใช้ยา 4 ชนิด/คน และร้อยละ 90 มีการใช้ยารักษาโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 ชนิด และถ้าสายตามองไม่เห็น การได้ยินของหูลดลง จะมีปัญหาในการใช้ยามากขึ้น จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาได้ (adverse drug events) จึงเพิ่มความรุนแรงต่อการเป็นพิษของยา และจะส่งผลต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น (Vestal, 1997)

2) มิติด้านจิตใจ/อารมณ์ เมื่อรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง เป็นประโยคที่มีความรู้สึกที่ว่า “ต้องตาย” จะเกิดความรู้สึกสูญเสียทุกอย่างในชีวิต รู้สึกกลัว สับสน มึนงง ไม่มั่นใจ ซึ่งอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในเวลาต่อมา (Carbon and Cleary, 1998) พบว่าวัยสูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 20 และจากความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ต้องเป็นภาระและพึ่งพาผู้อื่น จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย สภาวะจิตมีผลต่อผู้ป่วยมะเร็งโดยตรง มีความสำคัญต่อการปรับตัว และมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง (Weber and Navarro, 2005)

3) มิติด้านสังคม จากสภาพร่างกายที่เจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ต้องพึ่งพานุทรหลานเมื่อมาพบแพทย์ หรือการสูญเสียภาพลักษณ์ เช่น ผมหงอก เล็บ หรือ ผิวหนังเปลี่ยนสี หรือต้องใส่ถุงอุจจาระไว้ทางหน้าท้อง (colostomy) ทำให้ขาดความมั่นใจ จึงส่งผลให้เกิดการแยกตัวเองออกจากสังคม (Steele and Steele, 2006) นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และครอบครัว เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งค่อนข้างสูง ถ้าผู้สูงอายุไม่มีเงินออม ไม่มีรายได้ จะทำให้เป็นภาระแก่บุตรหลานมากยิ่งขึ้น (Matsuyan, Redd and Smith, 2006)

4) มิติด้านจิตวิญญาณ มีความสำคัญมากขึ้นในช่วงบั้นปลายของชีวิต เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคมะเร็ง เพราะความตายกำลังจะเกิดขึ้นจริงกับชีวิตในยามเจ็บป่วย การแสดงออกถึงความรัก และการได้รับความรักจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (จอณพะวง พึ่งจาด, 2546 และ สุพิน พริกบุญจันทร์, 2547) และการให้ผู้ที่ผู้ป่วยรักและเคารพมาเยี่ยมให้กำลังใจ จะทำให้รับรู้ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย การได้รับการยอมรับและคุณค่าของตน (วงรัตน์ ไสสุข, 2544 และ เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545) แต่ถ้าจิตวิญญาณที่เป็นทุกข์ จะทำให้ขาดเป้าหมายในการดำเนินชีวิต จนบางคนเหมือนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป จะทำให้ปรับตัวไม่ได้ต่อความเจ็บป่วย จะส่งผลให้การดูแลตนเองลดลงทันที (Callaghan, 2006) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 34 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ได้ให้ความสำคัญกับศาสนาว่า มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตร้อยละ 58.8 (Gall, 2004) สอดคล้องกับ Narayanasamy, 1995; Meraviglia,

2002) พบว่าการสวดมนต์จะทำให้เขารู้สึกมีความมั่นใจ มีความเข้มแข็งช่วยให้อาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในภาวะเสื่อมถอยแทบทุกระบบในร่างกาย การได้รับยาเคมีบำบัดถือว่ามีความเสี่ยงสูง หรือได้รับผลกระทบของยาเคมีบำบัดมากกว่าวัยอื่น ๆ ดังนั้นพยาบาลควรให้การดูแลมากเป็นพิเศษ จะต้องทำการประเมินให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น จะต้องรู้ว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่ หรือ มีภาวะเสื่อมของการสูงอายุ เช่น กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ สมองเสื่อม และต้องช่วยตรวจสอบยาที่รักษาโรคประจำตัวอื่น ๆ ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ จะต้องติดตามผลการตรวจทางห้องทดลอง เพื่อประเมินการทำงานของไขกระดูก ไต ตับ การมีแผลในช่องปาก หรือ เกิดผลกระทบต่ออวัยวะระบบอื่น ๆ เพื่อเตรียมวางแผนให้การพยาบาล โดยการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ และจะต้องประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

### 1.7 ชนิดของยาเคมีบำบัด

ยาเคมีบำบัดแต่ละชนิด มีผลข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น ยา Paclitaxel จะไปมีผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดอาการชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวเสีย ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม (Green and et al., 2006) ซึ่งอาการดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การเลือกใช้ยาเคมีบำบัดขึ้นอยู่กับภาวะการเจ็บป่วย (comorbid) ซึ่งแพทย์อาจจะลดปริมาณยาลง เพื่อปรับให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่มีการทำงานของหัวใจต้นผิดปกติ ถ้าได้รับยา Antracycline ซึ่งมีพิษต่อหัวใจสูง จะทำให้เกิดหัวใจวายได้ หรือการใช้ยาสูตร CMF (cyclophosphamide, methotrexate, 5-FU) จะต้องระวังในผู้สูงอายุที่ไตทำงานลดลง เนื่องจาก methotrexate ทำให้ไตวายได้ (Burdette-Radoux and Muss, 2006)

ปัจจุบันมีการพัฒนาตัวยาที่ใช้ในผู้สูงอายุ เพื่อลดอาการข้างเคียง เช่นในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งลำไส้ เมื่อรักษาด้วย Capecitabine ชนิดรับประทาน จะมีอาการข้างเคียงน้อยกว่าการใช้ 5-FU-based regimens หรือ FOLFOX (5-FU, leucovorin, oxaliplatin) ที่ทำให้เกิดเยื่อช่องปากอักเสบ ไขกระดูกถูกกดในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไปจะทนต่อยา Capecitabine ได้ดี และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า แต่มีข้อเสียเรื่อง hand - foot syndrome คือ มือ เท้า ชา บวมแดง เล็บเปลี่ยนสี (Diaz-Rubio et al., 2004) กลุ่มยาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันโดยตรง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

### 1.7.1 ยาที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะการทำงานของร่างกายแบ่งได้ 3 กลุ่มคือ

1) กลุ่มยาที่มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทโดยตรง โดยจะไปทำให้ประสาทส่วนปลายทำงานผิดปกติ (dysfunction of peripheral) จะทำให้การสัมผัสพื้นเพื่อน ซา หรือ ตายด้าน ทำให้สูญเสียการรับรู้อุณหภูมิ ร้อน เย็น ความเจ็บปวด ชาตกลไกในการตอบสนอง (areflex) ทำให้กระดูกและกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานที่ของร่างกาย (functional impairment) จะทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง ระดับความรุนแรงจากการทำงานผิดปกติของประสาทส่วนปลาย ขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด และการสะสมของยาเมื่อได้รับในปริมาณที่เพิ่มขึ้น (cumulative dose) และจะมีความเสี่ยงสูงมากขึ้นในผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งอาการจะลดลงได้เมื่อลดขนาดของยา หรือหยุดการรักษา (Wilkes, 2007) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Paclitaxel, Oxaliplatin, Vincristine, Cisplatin, Carboplatin, Docetaxel และ Vinorelbine

2) กลุ่มยาที่มีส่วนผสมของ Anthracycline ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Doxorubicin, Daunorubin, Idarubicin, Epirubicin และ Mitoxantrone Anthracycline ยา กลุ่มนี้จะกดการทำงานของไขกระดูกรุนแรงทำให้เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ จึงเกิดภาวะโลหิตจาง ทำให้อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หน้ามืด เป็นลม ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง มีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาสูตรที่มีส่วนผสมของ Anthracycline ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เม็ดเลือดขาวต่ำ การทำงานของหัวใจผิดปกติ มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสูตรที่ไม่มีส่วนผสมของ Anthracycline (Lichtman, 2004) สอดคล้องกับการวิจัยทางคลินิก ของ Martin et al. (2006) ศึกษาผลข้างเคียงของยาสูตร TAC และ FAC ในผู้ป่วย 1,047 คน ในศูนย์มะเร็งของประเทศสเปน ประเทศโปแลนด์ และประเทศเยอรมันนี้ ด้วยการไม่ใช้ยาฉีดกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด (primary prophylactic G-CSF) พบว่าเมื่อรักษาด้วยสูตร TAC (doxetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide) จะทำให้เกิดเม็ดเลือดขาวต่ำ ไขกระดูกถูกกดอยู่ในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง และมีไข้จากการติดเชื้อ เบื่ออาหาร เหนื่อยล้ามากขึ้น เยื่อในปากอักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ และเกิดการเคลื่อนไหวที่เป็นไปไม่พร้อมเพรียงกัน เนื่องจากประสาทพิกการทำให้คุณภาพชีวิตแย่มากกว่าการใช้ยาสูตร FAC (doxetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide) และการใช้ยาฉีดกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด จะช่วยลดการกดของไขกระดูก และช่วยลดอาการข้างเคียงของยาลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นอาการข้างเคียงที่มารบกวน ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้วย แต่รายงานการวิจัยของ เพียงใจ ดาโลปการ (2545) พบว่าสูตรยาเคมีบำบัดใน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่ม Anthracycline

3) กลุ่มยาที่มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้คลื่นไส้อาเจียนมาก ท้องเสีย มีแผลในปาก เจ็บในปากและลำคอ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ น้ำหนักลด จะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Meiner and Lueckenotte, 2006) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Cisplatin, Cyclophosphamide, VP-16

1.7.2 ยาที่ไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกายน้อย ได้แก่ ยา 5 - FU, Methotrexate, Capecitabine, Gemcitabine, Ifosfamide

จะเห็นว่ายาเคมีบำบัดแต่ละชนิด และแต่ละสูตร ที่ผู้สูงอายุได้รับ ทำให้เกิดผลข้างเคียงแตกต่างกัน จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นยาเคมีบำบัดน่าจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกันได้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนนี้จากแฟ้มประวัติผู้สูงอายุ

## 2. แนวคิดทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเอง

### 2.1 ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self - care deficit) ของ Orem (2001)

ปัจจุบันการดูแลตนเองเป็นเรื่องสำคัญมากในทุก ๆ วัย เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพาศิลปิน ในบางขณะบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรง แม้กระบวนการรับรู้ และแปลความหมายเป็นปกติ แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล Orem ได้อธิบายชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากความสามารถของบุคคลไม่เพียงพอ ที่จะกระทำการดูแลที่จำเป็นทั้งหมดของตนเองได้ ระบบการพยาบาลจึงต้องเข้าไปช่วยเหลือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 127)

ทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อม และขนบธรรมเนียมประเพณี ที่บุคคลนั้นได้มีส่วนร่วมในการติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ 2) ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลสามารถถูกกระทบได้จากภาวะสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายใน และภายนอก ซึ่งทำให้บุคคล

ใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถใช้ได้เลย หรือปริมาณความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing system) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการช่วยเหลือของพยาบาลที่สัมพันธ์กับความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Orem, 2001; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 122)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเองของ Orem เหมาะสมกับการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งนำมาสู่การนำแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองมาศึกษาในครั้งนี้

## 2.2 ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองที่จำเป็นนั้นจะต้องเข้าใจปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งประกอบด้วย 10 ประการคือ (Orem, 2001: 245)

2.2.1 อายุ (age)

2.2.2 เพศ (gender)

2.2.3 ระยะเวลาการ (development state)

2.2.4 ภาวะสุขภาพ (health state)

2.2.5 สังคมวัฒนธรรม (socioculture orientation)

2.2.6 ระบบบริการสุขภาพ (health care system factors)

2.2.7 ระบบครอบครัว (family system factors)

2.2.8 แบบแผนการดำเนินชีวิต (pattern of living)

2.2.9 สภาพสิ่งแวดล้อม (environmental factors)

2.2.10 แหล่งประโยชน์ (resource availability and adequacy)

Orem กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ทั้ง 10 ประการ และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความสามารถไว้ดังนี้

**2.2.1 อายุ (age)** Orem (2001: 372-379) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับ อายุ โดยเริ่มมาตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงในวัยสูงอายุ นั่นคือบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเปลี่ยนไปตามอายุ และหากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองดี จะส่งเสริมให้เกิดความผาสุก หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนาด ร่วงลือ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60- 64 ปี มี

การปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และ สัมพันธ์กับการศึกษาของ กุศล กีบาง (2546) ที่พบว่า ผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งที่มีอายุน้อยจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ในขณะที่วัยสูงอายุ จะพบว่ามีความเสื่อมของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ลดลงจึงพบกลุ่มของโรคที่บ่งบอกถึงการสูงอายุ เช่น การกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ การสูญเสียความจำ การสูญเสียการเคลื่อนไหว (Fox and Pxy, 1993) และยังพบว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ ข้อเสื่อม ข้ออักเสบ โรคความดัน โรคหัวใจ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) และที่สำคัญคือจะเกิดโรคมะเร็งไปตามอายุที่มากขึ้นด้วย (Yanclik and Ries, 2000) ซึ่งจะเกิดโรคมะเร็งไปจนถึงอายุ 85 ปี และลดลงหลังอายุ 95 ปี (Stanta et al., 1997)

ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเป็นมะเร็ง และยังคงต้องได้รับยาเคมีบำบัด ย่อมส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานลดลง ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Dees, Reilly and Goodman, 2000) ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงไปด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น อายุ น่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานเพื่อการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า น่าจะมีคะแนนความสามารถสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

**2.2.2 เพศ (sex)** Orem (2001: 245- 247) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชาย และเพศหญิง อีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งลักษณะของสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพต่างกัน ในด้านของสังคม ที่อยู่อาศัย พฤติกรรมการใช้ชีวิต มักจะพบว่าเพศชายมีปัญหาด้านสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนในเพศหญิงจะพบอัตราความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้เพศหญิงสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายมากกว่าเพศชาย จึงทำให้การรับรู้สุขภาพ หรือการดูแลตนเองด้อยกว่าเพศชาย (Clipp and Steinha user, 2003: 54)

มีรายงานการศึกษาเรื่องการดูแลตนเอง ซึ่งได้ทำการศึกษาระหว่าง เพศ อายุ ที่แตกต่างกัน พบว่าเพศหญิงจะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะพบภาวะซึมเศร้ามากกว่า แต่สำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง และ ชายมีภาวะซึมเศร้าพอ ๆ กัน (George, 1996)

จากการศึกษาของ ภัทรพร ไพเราะ (2539) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วน ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าเพศชายมีการดูแล



ตนเองและแบบแผนในการดำเนินชีวิตดีกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dhar (2001) และ McCullough & Laurenceau (2004) ที่พบว่า เพศหญิง จะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมักประสบปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้นภายหลังจากร่างกายหยุดสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีบางรายงานผลการศึกษาดังกล่าว เช่น รายงานการวิจัยของ วรธรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 8 ด้าน พบว่า เพศหญิงดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธร รักษาณรงค์ (2545) ที่พบว่า เพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชายเช่นกัน จะเห็นว่าแม้ผลการวิจัยที่ออกมาต่างกัน แสดงให้เห็นว่าอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องกับเพศ ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปร เพศ มาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**2.2.3 ระยะเวลาการ (development state) Orem (2001: 245-247)** กล่าวว่าบุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ และทักษะตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะพัฒนาการของชีวิต เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนเพื่อการดูแลตนเอง ระยะนี้มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงในวัยสูงอายุ ผู้วิจัยไม่เลือกปัจจัยนี้มาศึกษา เนื่องจากศึกษาเฉพาะวัยสูงอายุเท่านั้น มิได้ศึกษาในวัยอื่นร่วมด้วย เช่น วัยผู้ใหญ่หรือวัยเด็ก

**2.2.4 ภาวะสุขภาพ (health state) Orem (2001: 245-247)** หมายถึงโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยของแพทย์ ตลอดจนการวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (dynamic state) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางพยาธิสรีระลดลงเรื่อย ๆ จึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น บุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ดีก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเอง ในระดับที่เพียงพอ และต่อเนืองกับความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุก (well-being) ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะมีการเจ็บป่วยก็สามารถรับรู้ถึงความผาสุก หรือการรับรู้สุขภาพที่ดีได้ Orem มองภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นองค์รวมในความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เป็นการประเมินการรับรู้ต่อสุขภาพของตนเองที่ปรากฏอยู่จริงโดยมองในภาพรวม

ผู้ที่จะบอกได้ว่าสุขภาพขณะนั้นดี หรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับตัวบุคคลนั้นจะเป็นผู้รับรู้หรือตัดสินใจในสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ภายในของบุคคลนั้น (inner experience) พฤติกรรม และการปฏิบัติ (behaviors and conduct) มีการเปรียบเทียบในคนวัยเดียวกัน หรือสถานการณ์เหมือนกัน (Orem, 2001: 185) จากการศึกษาของ Perry & Wood (1995) ศึกษาการรับรู้สุขภาพของของผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่าให้ความหมายของสุขภาพของตนเองอยู่

ที่ความพึงพอใจ แม้ว่าจะมีโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการก็สามารถมีความสุขได้ เมื่อตนเองสามารถกระทำในสิ่งที่ต้องการได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ ชูติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง และ นพพันธ์ สิงห์ลาว (2547) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดีที่สุด อายุ และ ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (2542) และ Mohile et al. (2007) พบว่าปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ อาการเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ ซึ่งภาวะทุพพลภาพต่าง ๆ นี้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงตามความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ยังมีมุมมองภาวะสุขภาพที่นอกเหนือจากแนวคิดของ Orem ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (World health organization) ได้อธิบายภาวะสุขภาพว่า เป็นความสมบูรณ์ หรือไม่มีความบกพร่องของบุคคล ซึ่งไม่เพียงแต่ปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงความสมบูรณ์ของจิตใจ และจิตวิญญาณด้วย (WHO cited in Orem, 1991)

การสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงในช่วงสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะพบความเสื่อมถอยมากขึ้นในทุกระบบของร่างกายดังนี้ (Ebersole and Hess, 2001: 88 - 100 ; Herbert, 2006: 70-74)

### 1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

1.1 ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดรอยเหี่ยวย่น เนื่องจากมีการสูญเสียไขมันชั้นไขมันใต้ผิวหนัง ความสามารถในการรับรู้อุณหภูมิ ร้อน เย็น หรือความเจ็บปวดลดลงมีการเปลี่ยนแปลงเลือดที่ไหลเวียนผิวหนังลดลง ซึ่งจะมีผลต่อการหายของแผลที่ช้าลง

1.2 สายตา มีการเปลี่ยนแปลงเป็นสายตาวาย การปรับสายตาจะช้า ทำให้เวียนศีรษะง่าย สายตาแยกสีเขี้ยว กับน้ำเงินได้ยาก นอกจากนี้แก้วตาของผู้สูงอายุจะเป็นฝ้าและค่อย ๆ ทึบเข้าซึ่งจะเกิดเป็นต้อกระจก ทำให้มองเห็นภาพไม่ชัด ดังนั้นถ้าสายตาไม่ดีย่อมส่งผลต่อการทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้

1.3 หู การตอบสนองต่อการได้ยินเสียงจะลดลง เนื่องจากความแข็งตัวของเส้นเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังเซลล์ประสาทการได้ยินลดลง จึงทำให้หูตึง ต้องพูดเสียงดัง ๆ แต่ถ้าเสียงโชนต่ำ ๆ จะได้ยินชัดกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง ดังนั้นเวลาพูดกระซิบจึงได้ยินดีกว่าพูดเสียงธรรมชาติ

1.4 กล้ามเนื้อ จากการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อจะทำให้ความแข็งแรงลดลง จึงทำให้สูญเสียการควบคุมของระบบประสาท และกล้ามเนื้อ จะนำไปสู่การเดินที่ผิดปกติ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหัก

1.5 กระดูก มวลของกระดูกจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น การสูญเสียมวล

กระดูกขึ้นอยู่กับ เพศ โดยเฉพาะเพศหญิงหลังจากหมดประจำเดือน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนสูง นอกจากนี้ยังมีการเสื่อมของข้อต่อกระดูก โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง ทำให้โครงร่างเล็กและสั้นลง เกิดหลังโก่ง กระดูกงอกตามข้อใหญ่ ๆ หรือเกิดการอักเสบ ทำให้การเคลื่อนไหวติดขัดไม่คล่องตัว ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้

1.6 ปาก และฟัน ฟันจะมีการเปลี่ยนแปลงและหลุดไปเมื่อฟันไม่ดี เยื่อในปากจะฝ่อลง รวมทั้งต่อมน้ำลายจะผลิตน้ำลายออกมาน้อยลง ทำให้ปากแห้ง และน้ำย่อยลดลง ทำให้ความสามารถในการดูดซึมในปากลดลง

1.7 ระบบทางเดินอาหาร จากการที่มีการหลั่งน้ำลายลดลง จึงทำให้สูญเสียการกลืนไปด้วย นอกจากนี้ยังเกิดการเปลี่ยนแปลงของลำไส้ จากการที่ลำไส้เคลื่อนไหว และดูดซึมลดลง ทำให้ขาดสารอาหารได้ง่าย ประกอบกับการทำกิจกรรมลดลงจึงพบปัญหาการขับถ่ายคือท้องผูก

1.8 ระบบประสาท เมื่ออายุมากขึ้นเนื้อสมองจะลดลง ทำให้การทำงานของประสาทการเคลื่อนไหว การตัดสินใจ การตอบสนองที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจจะลดลง จึงทำให้ขาดการประสานงานในการเคลื่อนไหว จึงเพิ่มการล้มผู้สูงอายุ

1.9 ระบบหลอดเลือดหัวใจ จากการที่กล้ามเนื้อหัวใจมีการเพิ่มปริมาณของคอลลาเจน และไขมัน ซึ่งเป็นเหตุให้หัวใจทำหน้าที่ลดลง ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง รวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขาดความยืดหยุ่น ทำให้ปริมาณการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจลดลง ประกอบกับการทำงานของระบบประสาท sympathetics ที่ไปกระตุ้นการทำงานของหัวใจลดลง จึงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ง่าย

1.10 ระบบหายใจ วัยสูงอายุการทำงานของปอดลดลง เนื่องจากการตอบสนองของศูนย์สั่งการในการรับรู้ต่อการมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในกระแสเลือด (hypercapnia) และการเกิดภาวะฮ็อกซีเจนต่ำ (hypoxia) ลดลง ไม่สามารถปรากฏอาการให้เห็นได้อย่างเด่นชัด เมื่อเกิดการหายใจลำบาก หรือหายใจขัด ในขณะที่ผลของ blood gas มีค่าผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีภาวะติดเชื้อง่าย เช่น ภาวะถุงลมโป่งพอง

1.11 ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุมักจะถ่ายปัสสาวะบ่อย เพราะความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ และกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานมีการเสื่อมสภาพ ผู้สูงอายุบางรายอาจถ่ายปัสสาวะขัด เนื่องจากต่อมลูกหมากโต

## 2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ/อารมณ์

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ มาก ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือการไม่มีงานทำ ต้องอยู่บ้านเฉย ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา และว้าเหว่ บางคนอาจมีความรู้สึกที่ว่าตนเองหมดความสำคัญ ทำให้สภาพจิตใจไม่ดี ประกอบกับการมีสุขภาพร่างกายที่ไม่

ค่อยแข็งแรง ทำให้บางครั้งอยากทำอะไร ก็ทำไม่ได้อย่างใจนึก เหตุผลที่เชื่อมโยงกลุ่มผู้สูงอายุไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต (อลิสซา วัชรสินธุ และคณะ, 2548: 129-130) แบ่งได้ดังนี้

2.1 ปัญหาสุขภาพความเจ็บป่วยทางร่างกาย และการมีโรคประจำตัว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และความคับข้องใจ ก่อให้เกิดเป็นความไม่สุขกาย ไม่สบายใจมากยิ่งขึ้น

2.2 ปัญหาการถูกทอดทิ้ง หรือการไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจทำให้ทุกคนต้องทำงานเพื่อให้ได้เงินมาเพื่อการยังชีพ ทำให้ลูกหลานต้องทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ให้กับการทำงาน จนไม่มีเวลาดูแลหรือเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้าน และบางครั้งเมื่อลูกหลานกลับมาบ้านก็ต้องการเวลาส่วนตัวเพื่อการพักผ่อนจากภารกิจประจำวัน จนขาดการใส่ใจดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในบ้าน หรือบางครั้งต้องย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่นโดยไม่สามารถนำผู้สูงอายุไปอยู่ด้วยได้ สิ่งเหล่านี้ย่อมนำมาซึ่งความน้อยใจ และเสียใจแก่ผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมักคิดว่าตนหมดความสำคัญ หรือหมดบทบาทหน้าที่แล้ว จึงบั่นทอนจิตใจและกำลังใจในการดำเนินชีวิต

2.3 ปัญหาขาดความมั่นคงในรายได้ เนื่องจากผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ส่วนใหญ่มักไม่ได้ทำงานหรือมีรายได้ประจำ ต้องพึ่งพาลูกหลาน เกิดความอึดอัดและคับข้องใจที่ต้องเป็นภาระของคนอื่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนยังมีภาระต้องดูแลหลานที่ยังเล็ก หรือภาระค่าใช้จ่ายในบ้าน จากความไม่แน่นอนของรายได้ที่ได้รับ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

2.4 ปัญหาความกังวลใจเกี่ยวกับลูกหลาน วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความวิตกกังวลสูงกว่าปกติ สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับเหตุการณ์บ้านเมืองรุนแรง ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลกับลูกหลานหรือเด็กรุ่นใหม่ กลัวว่าจะไปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ และการประกอบอาชีพของลูกหลานในอนาคต

จะเห็นได้ว่าภาวะจิตใจเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะจะสัมพันธ์กับสุขภาพกาย ถ้าหากสุขภาพกายไม่ดีมีปัญหาการเจ็บป่วย จะส่งผลต่อสุขภาพจิต และถ้าหากสุขภาพจิตไม่ดี มีภาวะเครียดเกิดขึ้น จะส่งผลต่อร่างกายทันที ดังนั้น กาย และจิตจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างเห็นได้ชัด และยังเป็นปัจจัยที่สนับสนุนและบั่นทอนต่อกันได้ หากตัวใดตัวหนึ่งอยู่ในสภาวะที่ไม่ดี

### 3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ บทบาท และหน้าที่ทางสังคม จากที่เคยได้รับการยอมรับ และยกย่องในสมัยที่เคยทำงาน เมื่อหยุดทำงานจึงรู้สึกที่ตนเองสูญเสียอำนาจ ความสัมพันธ์กับครอบครัวลดน้อยลง เนื่องจากบุตรได้แยกครอบครัวออกไป แม้กระทั่งการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง เพื่อนสนิทได้ลดลง หรือคู่สมรสได้เสียชีวิตทำให้รู้สึกกระทบกระเทือนใจ และจากบทบาทที่เคยเป็นผู้นำ

ครอบครัว มาเป็นสมาชิกผู้อยู่อาศัย ย่อมขาดความเป็นอิสระภาพ อาจส่งผลต่อการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และอาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้

#### 4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการด้านจิตวิญญาณได้เริ่มมีส่วนเกี่ยวข้องมากขึ้นในช่วงบั้นปลายของชีวิต เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ หรือความตายกำลังจะเกิดขึ้นจริงกับชีวิต สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการคือ ความรัก ต้องการการดูแล อยากให้ผู้อื่นรับรู้ความรู้สึกของตน ต้องการความหมาย และเป้าหมายในชีวิต ต้องการการให้อภัย และต้องการขอบคุณกับสิ่งที่ผ่านมา (Eliopoulos, 2005: 176)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ สรุปได้ 3 ด้าน (Highfield, 1992) คือ

4.1 ความต้องการ มีความหมาย และเป้าหมายในชีวิต หมายถึงชีวิตนั้นมี ความหมาย การมีความหมายในชีวิตเป็นความคาดหวัง หรือการประสบความสำเร็จในชีวิต (Hermann, 2001) จะทำให้เกิดการยอมรับ และเข้าใจความทุกข์ของตน (Potter & Perry, 2005)

4.2 ความต้องการ ด้านการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งเหนือตน Highfield (1992) กล่าวว่าความต้องการในด้านนี้ประกอบด้วยความต้องการที่จะมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น หรือสิ่งเหนือตน เช่น พระผู้เป็นเจ้า ซึ่งมีลักษณะการให้ และการรับความรัก ความผูกพัน ความศรัทธา ความไว้วางใจ และการให้อภัย โดยไม่มีเงื่อนไขซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 ความต้องการให้ความรักและรับความรัก ในยามเจ็บป่วยการแสดงออกถึงความรัก และการได้รับความรักจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (จอณณะจง เพ็งจาด, 2546 และ สุพิน พริกบุญจันทร์, 2547) การให้ผู้ที่ผู้ป่วยรัก และเคารพมาเยี่ยมให้กำลังใจ จะทำให้รับรู้ถึงการได้รับความรัก ความห่วงใย การได้รับการยอมรับและคุณค่าของตนเอง (วงรัตน์ ไสสุข, 2544 และเสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545)

4.2.2 ความต้องการให้ และการรับการให้อภัย ต้องการให้อภัยผู้อื่น จะช่วยลดความรู้สึกผิดบาป เช่น การขอขมาและการให้อภัยจากเพื่อน (Highfield and Carson, 1983; Craven and Hirle, 2003 และ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2543)

4.2.3 ความต้องการความไว้วางใจ (the need for trust) ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการผู้ที่มีความจริงใจต่อตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ (Highfield, 1992)

4.2.4 ความศรัทธาในศาสนา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับ

มะเร็ง ทำให้ตนเองมีชีวิตรอดอยู่จนถึงปัจจุบัน (Overcash, 2004; Saleh and Brockopp, 2001) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 34 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกล่าวไว้ว่า ศาสนามีความสำคัญในการดำเนินชีวิตร้อยละ 58.8 (Gall, 2004) สอดคล้องกับ Narayanasamy (1995) และ Meraviglia (2002) ศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการสวดมนต์จะทำให้เขารู้สึกมีความมั่นใจ มีความเข้มแข็งช่วยให้อาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น

4.3. ความต้องการมีความหวัง (the need for hope) เป็นพลังที่ช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า (O' Brien, 1999) ความหวังจะทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (Saleh and Brockopp, 2001) ความหวังจะช่วยให้เผชิญปัญหาต่าง ๆ ในระหว่างการรักษาได้ (Hinds, 2004)

**โดยสรุป** ภาวะสุขภาพ จึงหมายถึงความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้สุขภาพโดยรวมของตนเองที่แสดงออกถึงความพึงพอใจ ความผาสุก แม้ว่าจะมีภาวะเจ็บป่วยร่วมอยู่ด้วย ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปร ภาวะสุขภาพ มาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมี

การประเมินภาวะสุขภาพ ได้มีการพัฒนาเครื่องมือตามแนวคิดของ Orem เพื่อใช้ประเมินตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคชนิดต่าง ๆ เช่น งานวิจัยของ ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ใช้ประเมินผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม มีข้อคำถาม 11 ข้อ หรือ งานวิจัยของ พุฒเมธา หมีนคำแสน (2542) ใช้ประเมินผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงที่มีภาวะสุขภาพดี มีข้อคำถาม 11 ข้อเช่นเดียวกัน ซึ่งจะวัดสุขภาพทางกายเพียงอย่างเดียว ผู้วิจัยจึงเลือกแบบประเมินภาวะสุขภาพของ เกษก่อง สีหะวงษ์ (2539) ซึ่งมีการประเมินภาวะสุขภาพ 3 ด้าน คือด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ สังคม ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Orem (1991) มีข้อคำถาม 30 ข้อ ผู้วิจัยต้องการประเมินด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติม เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในช่วงบั้นปลายของชีวิต เป็นความรู้สึกที่สิ้นหวัง ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวและอาจเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการประเมินด้านจิตวิญญาณเพิ่มเติม จะทำให้มองภาวะสุขภาพเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Orem (2001) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มข้อคำถามด้านจิตวิญญาณอีก 11 ข้อ โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินด้านจิตวิญญาณของ อนุ อิศระพานิช (2549) รวมข้อคำถามของแบบวัดภาวะสุขภาพคือ 41 ข้อ

2.2.5 **สังคมวัฒนธรรม (socioculture orientation)** ตัวแปรที่นำมาศึกษาคือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง Orem (2001: 246) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง และยัง

ส่งเสริมให้บุคคลคงไว้หรือ เพิ่มความพยายามในการดูแลตนเอง ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่าง ๆ

การสนับสนุนทางสังคมที่ดี (having good) จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความ สะดวกสบายในการทำหน้าที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับคืนมาเป็น ปกติได้เร็วขึ้น แหล่งเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส ครอบครัว เพื่อน ผู้ดูแล เพื่อน บ้าน ผู้ป่วยด้วยกัน หรือหน่วยบริการอาสาสมัคร และเป็นที่ประจักษ์แล้วว่าครอบครัวมีส่วนช่วย ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุเสื่อมช้าลง (Naeim, 2004) ถ้าขาดการสนับสนุนทาง สังคม หรือเกิดการแยกตัวออกจากสังคม จะบ่งบอกถึงการมีภาวะพึ่งพา ซึ่งเป็นตัวทำนายอัตรา การตายในผู้สูงอายุได้ (Seeman et al., 1993) การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นเครื่องป้องกัน (buffer against) การเกิดความเครียดที่รุนแรง ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคทางจิตกับผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งได้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่หย่าขาดกับสามี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ (Kornblith et al., 2001) ส่วนในผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง และอยู่ในระหว่างที่รับยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทาง สังคมมีความจำเป็นมาก เนื่องจากผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเองลดลงต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาสูง ประกอบกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ รวมไปถึงการรักษา หรือ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นควรมีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมใน ผู้สูงอายุก่อนที่จะได้รับยาเคมีบำบัด (Hurria et al., 2006) เพราะจะมีผลต่อการทำนายคุณภาพ ชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพ ชีวิตได้ร้อยละ 22 ส่วน สกุลรัตน์ เตียววานิช (2545) และ Chen and Rill (1985) พบว่าการ ได้รับการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม ด้านจิตใจ อารมณ์ วัตถุสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือด้าน แรงงาน การเงิน ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี และมีความสุขในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Norbeck (1991) พบว่าการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ ซึ่งแหล่งประโยชน์จากสังคมเหล่านี้น่าจะมีผลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดด้วย ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปร การ สนับสนุนทางสังคมมาศึกษา

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981, cited in Tilden, 1985) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ 1) การ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านประเมินค่า และ 4) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ซึ่งมีข้อคำถาม 20 ข้อ

**2.2.6 ระบบบริการสุขภาพ (health care system factors)** Orem (2001: 246) กล่าวว่าระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เอื้ออำนวย และเกื้อหนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตัวเองได้ นอกจากนี้ ถ้าระบบส่งต่อที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล และขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น สามารถมารับบริการในโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพที่สูงกว่าทำให้ได้รับบริการที่สะดวกและรวดเร็วขึ้น ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพทุกระดับ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้วิจัยจึงไม่เลือกตัวแปรนี้มาศึกษาเพราะได้เลือกตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมแล้ว ซึ่งจะครอบคลุมถึงระบบบริการสุขภาพด้วย

**2.2.7 ระบบครอบครัว (family system factors)** Orem (2001: 246) กล่าวว่า ระบบครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายและมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งจะคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ครอบครัวมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ผู้วิจัยจึงไม่เลือกตัวแปรนี้มาศึกษา เพราะได้เลือกตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ได้มาจากปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมแล้ว ซึ่งจะครอบคลุมถึงระบบครอบครัวด้วย

**2.2.8 แบบแผนการดำเนินชีวิต (pattern of living)** Orem (2001: 246) กล่าวว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่แบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร เป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หรือ ผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยไม่นำตัวแปรนี้มาศึกษา เพราะเป็นปัจจัยที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตร ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ถ้าหากนำมาศึกษา จะซ้ำซ้อนกับแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองได้

**2.2.9 สภาพสิ่งแวดล้อม (environmental factors)** Orem (2001: 246) กล่าวว่าสภาพสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสได้รับความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม หรือได้ รับบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ปัจจัยนี้ Orem ไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ชัดเจน อีกทั้งยังไม่พบรายงานการวิจัยสนับสนุน และประเด็นที่สำคัญคือกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับยาเคมีบำบัดเป็นประเภทผู้ป่วยนอก ซึ่งสภาพสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างมาจากต่างถิ่นกัน ไม่สามารถติดตามไปในที่ต่าง ๆ ได้ และผู้วิจัยมีความเห็นว่าอยู่นอกเหนือขอบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะเข้าไปดำเนินการปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่นำตัวแปรนี้มาศึกษา

**2.2.10 แหล่งประโยชน์ (resource availability and adequacy)** Orem (2001: 246) กล่าวว่า เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัตถุ สิ่งของ แหล่งข้อมูล การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ จะทำให้นบุคคลดำรงชีวิตเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตน สำหรับปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์นี้ พบว่ามีผู้นำตัวแปรมาศึกษาคือ รายได้ ระดับการศึกษา เพราะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต



ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยพบว่า ระดับการศึกษา จะช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับ การศึกษาค่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ เพียงเกต (2541) และ Szinovaccz et al. (1999) พบว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อย จะขาดโอกาสในการเรียนรู้สุขภาพอนามัย และ สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรากการ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษาของ ศิริมา ลีละวงศ์ (2541) และ Speak, Cowart and Pallet (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่าระดับการ ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเช่นกัน ผู้วิจัยจึงเลือกระดับการศึกษาซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากแหล่งประโยชน์ของบุคคล นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับความสามารถ ในการดูแลตนเอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยพื้นฐานด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ การ สนับสนุนทางสังคม ของ Orem (2001) มาศึกษาหาความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ต่อไป

ส่วนปัจจัยคัดสรรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่นำมาเป็นตัวแปรต้น ได้แก่ ชนิดของยา เคมีบำบัด ซึ่งพบว่าส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจากได้รับยาแล้ว และ อาจกระทบถึงความสามารถในการดูแลตนเองได้เช่นกัน

### 2.3 ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency)

Orem (2001: 254) ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (self care agency) หมายถึงความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลเพื่อตอบสนองการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ในการทำหน้าที่ และพัฒนาตนเองให้เกิดความ ผาสุก (well - being) ความสามารถในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามการพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ และยังคงแตกต่างกันในภาวะสุขภาพ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถใน การดูแลตนเอง เช่น ความสามารถในการเรียนรู้ ความจำ การได้รับประสบการณ์ในชีวิต วัฒนธรรมประเพณี และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (Orem, 2001: 254)

ความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของ Orem (2001) ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับคือ (Orem, 2001: 265)

ระดับที่ 1 ความสามารถในการจัดการและควบคุมปัจจัยขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ และมี

เป้าหมาย ปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้บุคคลมีความสามารถแตกต่างกันประกอบด้วย ปัจจัยทาง พันธุกรรม ประสบการณ์ความรู้สึก (sensation) การรับรู้ ความจำ ความสามารถในการเรียนรู้ ทักษะในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง หรือ วัตถุประสงค์ของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ ที่จะนำไปสู่พลังความสามารถ 10 ประการ หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติ ขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมาย นั่นคือไม่สามารถพัฒนาตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้ แต่ถ้ามีการพัฒนาตนเอง โดยการนำความรู้ไปปฏิบัติ จะนำไปสู่การพัฒนาที่สูงขึ้นโดยอาศัยพลังความสามารถ 10 ประการ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten powder components) เป็นคุณสมบัติ ของบุคคลที่เชื่อมการรับรู้ และการกระทำ เป็นการกระทำที่เฉพาะเจาะจง และทำอย่างตั้งใจเพื่อ การดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ความสนใจเอาใจใส่ตัวเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง
- 2) ความสามารถที่จะควบคุมการใช้พลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ
- 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น
- 4) ความสามารถในการที่จะใช้เหตุผล เพื่อกำหนดขอบเขตตัวเอง
- 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อการดำรงชีวิต และความผาสุก
- 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจไว้
- 7) ความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่มีความเหมาะสม เชื่อถือได้ และนำความรู้เหล่านั้นมาลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง
- 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ สื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการดูแลตนเอง
- 9) มีความสามารถในการจัดระบบ เพื่อการดูแลตนเอง และควบคุมเป้าหมาย
- 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสอดคล้องตามการปฏิบัติ

กิจกรรมเพื่อดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตของตนเอง

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) ที่ถูกพัฒนามาจากพื้นฐานในระดับที่ 1 และในระดับที่ 2 เป็นความสามารถที่จำเป็น สำหรับใช้ในการกระทำเพื่อดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

- 1) การคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ตลอดจนปรับการดูแลตนเอง
- 2) การปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะกระทำ หรือไม่ควรกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น

3) การลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น

### 2.3.1 ความต้องการดูแลตนเอง (self-care requisites)

Orem (2001: 230 - 231) กล่าวถึงความต้องการการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่ตนเองกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อจะตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ประการคือ

2.3.1.1 ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นความต้องการ การดูแลตนเองของทุกคน ในทุก ๆ วัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับตามอายุ ระยะเวลา พัฒนาการสิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ ความต้องการนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิต ในการที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และสวัสดิภาพโดยทั่วไปของบุคคล กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1) การคงไว้ซึ่งอากาศ และน้ำอย่างเพียงพอ
- 2) การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 3) การคงไว้ซึ่งการสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน
- 4) การคงไว้ซึ่งการสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับผู้อื่น

2.3.1.2 ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรรภ์ การสูญเสียบิดามารดา หรือ คู่ชีวิต ความต้องการ การดูแลตนเองในระยะนี้มี 2 ลักษณะคือ

1) การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ

2) การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทา ความเครียด หรือเอาชนะผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การประสบกับการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย จนกระทั่งถึงในคราวที่จะต้องตาย

2.3.1.3 ความต้องการการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ รวมถึงความพิการแต่กำเนิด ซึ่งอาจมีโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ รวมถึงผู้ที่อยู่ในระหว่างรอผลการวินิจฉัยของแพทย์ และการรักษาของแพทย์ (Orem, 2001: 233- 235) ความต้องการ การดูแลตนเองในภาวะนี้มี 6 ประการคือ

1) การแสวงหา หรือคงไว้ ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

- 2) การรับรู้ สุนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาของตนเอง
- 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) การรับรู้และสนใจที่จะปรับปรุง และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษา หรือจากโรค
- 5) การปรับทัศนคติ หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่จะต้องขอความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งบทบาท หน้าที่ และการพึ่งพาผู้อื่น การพัฒนาตนเอง และคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง
- 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษา ในรูปแบบที่จะส่งเสริมพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

### 2.3.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

จากการที่ Orem (2001: 254) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล เพื่อตอบสนองของความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นตัวกำหนดกระบวนการของชีวิต การคงไว้ หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งพัฒนาการของมนุษย์ เพื่อให้เกิดความผาสุก (well-being) ปัจจุบันมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งในประเทศ และต่างประเทศพอสมควร โดยมีการศึกษาทั้งในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น รายงานการวิจัยเชิงสำรวจในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของบัวชร เวชพันธ์ (2548) ที่ศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 360 คน พบว่า รายได้ ความรู้ในการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และวนิดา รัตนานนท์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษาประถมศึกษา รายได้ของครอบครัว สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มวัยสูงอายุ ได้แก่การศึกษาของ ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี และความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ 2539; Denyes, 1988; Isenberg cited in Gast et al., 1989 ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

### 2.3.3 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้น เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ ในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งมีความต้องการ 3 ประการคือ ความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ได้มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินความสามารถไว้หลายเครื่องมือโดยใช้แนวคิดของ Orem เช่น

1) เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of self-care Agency scale) เป็นเครื่องมือที่ Ever (1985) และกลุ่มวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์สร้างขึ้น เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติ ใช้วัดผู้ที่มีภาวะสุขภาพปกติ และเจ็บป่วย ข้อคำถามผสมผสานระหว่างพลังความสามารถ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ที่แปลเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล เคยใช้ในผู้ป่วยมะเร็งรังสีรักษามีค่าอัลฟาครอนบาคเท่ากับ .78

2) เครื่องมือวัดพลังความสามารถ 10 ประการที่สร้างโดย Deny (1981) เป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะการวัดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีสุขภาพปกติ

3) แบบวัดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่จะมีข้อตกลงเบื้องต้นโดยให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเหมือนกัน แต่ในภาวะเจ็บป่วย การดูแลตนเองที่จำเป็นบางอย่างมีความแตกต่างกัน

ผู้วิจัยไม่ได้เลือกเครื่องมือเหล่านี้มาใช้ เพราะส่วนใหญ่จะวัดความสามารถในผู้ที่มีภาวะสุขภาพปกติ และยังมีข้อจำกัดในบางเรื่อง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Orem (2001) เนื่องจากมีการวัดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็ง และวัดครอบคลุมในภาวะการเจ็บป่วย หรือมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความต้องการ การดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ

## 3. การสนับสนุนทางสังคม

### 3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ในมุมมองของ Orem หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือเพื่อการมีสุขภาพดี และความผาสุก จากสมาชิกในสังคมที่ให้การพึ่งพา มีผู้ให้ความหมายการสนับสนุนไว้หลากหลาย เช่น Norbeck (1981: 269) กล่าวถึงสัมพันธภาพกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

- 1) บุคคลต้องการรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเผชิญกับความเครียด จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต
- 2) การรักษาสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการรับและการให้ในระบบเครือข่ายของสังคม
- 3) การสนับสนุนทางสังคม ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงต่อกัน จากความใกล้ชิดกัน หรืออยู่ในระบบขั้นต้นของเครือข่าย
- 4) การรักษาสัมพันธภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นพื้นฐานของบุคคลที่มีอยู่โดยธรรมชาติ
- 5) ชนิด และปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลต้องการ หรือได้รับ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์

House (House, 1981 cited in Tilden, 1985: 200 - 201) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมโดยทั่วไป เช่น สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เพื่อน และสมาชิกในองค์กร แบ่งได้ 4 ด้านคือ

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ได้แก่การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความไว้วางใจ ความหวังใย การได้รับฟังสิ่งต่าง ๆ
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำ หรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย
- 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน เวลา การเงิน หรือสิ่งของ
- 4) การสนับสนุนโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรม (appraisal support) ได้แก่การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feed back) การยอมรับในสิ่งที่บุคคลอื่นแสดงออก รวมถึงแรงสนับสนุนที่ช่วยเหลือโดยตรง หรือโดยอ้อม

**3.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม** มีนักวิจัยหลายคนได้ให้แนวคิด รวมทั้งสร้างแบบประเมินไว้หลากหลาย เช่น

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The Norbeck Social Support Questionnaire ของ Norbeck (1981) มีการประเมินเครือข่าย 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการ

ยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นในช่วง 0.85-0.92

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The Personal Resources Questionnaire ของ Brandt and Weinert (1981) เป็นการวัดเครือข่ายทางสังคม 5 ด้านคือ การได้รับความผูกพัน การได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับขวัญกำลังใจ และการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ มี 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.91-0.93

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเปรียบเทียบพฤติกรรม และด้านวัตถุประสงค์ของการเงินและแรงงาน เนื่องจากจำแนกชนิดของการสนับสนุนได้ชัดเจน และครอบคลุมตามความต้องการทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งมีความสอดคล้อง และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

#### 4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Oncology Nursing Society and Geriatric Oncology Consortium Joint Position on Cancer Care for Older Adults (2007) ได้ให้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัดไว้ 11 ข้อคือ

1) นำผลการวิจัยมาช่วยแก้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ จะต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม อยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะความรู้เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง รวมทั้งเป็นแกนนำร่วมวางแผน และนโยบายอย่างมีเอกสิทธิ์ (autonomy)

2) ศึกษา เรียนรู้ การปฏิบัติงานทางคลินิกร่วมกับวิชาชีพอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีพยาธิสรีระที่พิเศษกว่าวัยอื่น ๆ ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัว

3) ร่วมกันสร้างมาตรฐานให้มีการปฏิบัติในการใช้เครื่องมือประเมินก่อนการรักษา เพราะจะช่วยหาคำตอบได้ในเรื่อง ผู้สูงอายุจะทนต่อยาเคมีบำบัดได้หรือไม่ หรือผู้สูงอายุจะอยู่อย่างทรมานกับภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ โดยทำการประเมินตั้งแต่การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) ได้แก่ Activity of daily living, Instrumental of daily living, Comorbid, Sleep quality, Nutrition status, Polypharmacy, Socioeconomic, Environmental และ Geriatric syndromes (Dementia, Depression, Delirium, Falls, Osteoporosis, Urinary incontinence เป็นต้น)

4) การประเมินภาวะสุขภาพ เมื่อพบปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย จะต้องอธิบายให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวให้เข้าใจ เพื่อให้เกิดการยอมรับกับสภาพความเป็นจริงและเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแล

5) เป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพ ช่วยแก้ปัญหา และต้องให้คำอธิบายอย่างเหมาะสม ว่าจะเป็นเรื่องระยะใด การมีชีวิตอยู่รอด ปัญหาการเจ็บป่วยที่มีอยู่ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีคุณภาพ

6) เติมเต็มและให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน (full and equal) ให้สามารถเข้าถึงบริการการดูแลโรคมะเร็ง (access to cancer care) อย่างครบวงจร ได้แก่ การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูร่างกาย การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง

7) ทำการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในทุกมิติ (Comprehensive Geriatric Assessment) ประสานและให้ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ เพื่อการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุดในการดูแล

8) ผสมผสานการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งให้เป็นระบบและต่อเนื่อง ด้วยการส่งต่อไปตามที่ตั้งต่าง ๆ เช่น Primary care, Acute care and Critical care, Long - term institution, Home care และ Hospice.

9) จัดหาทุน หรือร่วมตั้งมูลนิธิ เพื่อการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรค รวมทั้งทำการวิจัย เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

10) พัฒนาความรู้ และเผยแพร่ เพื่อให้เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง เป็นผู้ให้ความรู้แก่วิชาชีพพยาบาล ผู้ดูแล ครอบครัว รวมทั้งส่งเสริม หรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำวิจัยทางคลินิก

11) เป็นปากเป็นเสียงให้กับผู้สูงอายุ (advocacy) ร่วมออกกฎหมายเพื่อให้ที่ประชุมเห็นความสำคัญของประชากรสูงอายุที่กำลังมากขึ้น จะทำให้มีอำนาจต่อรอง และเห็นความจำเป็น เพราะจะมีผลต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

นอกจากนี้ Nieweg (2000); Foubert (2006) ได้ให้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุว่า

1) บทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งนั้น จะต้องใช้หลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence - based practices) เข้ามาช่วยแก้ปัญหาในทุกมิติของการพยาบาล จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว และลดอัตราการเข้านอนในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ๆ

2) ควรจัดรูปแบบ และระบบการให้บริการให้เหมาะสมกับภาวะเปราะบาง และภาวะทุพพลภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวเกิดความผาสุก

3) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจะต้องมีหลายบทบาทในการปฏิบัติงาน เช่น เป็นผู้จัดการกับปัญหา (management) มีการวางแผนก่อนกลับบ้าน ช่วยส่งต่อเครือข่าย และหาแหล่งประโยชน์ มีบทบาทในการทำวิจัย (researcher) เพื่อพัฒนาตนเอง และค้นหาค้นหาความรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ที่ให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งด้วยตัวเองโดยตรง (direct care provider)



## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Langer et al. (2002) ศึกษาผลของการเปรียบเทียบการใช้ยา Cisplatin-based (เป็นยาที่มีพิษต่อไต ไชกระดูกถูกกดปานกลาง ถึงรุนแรง และคลื่นไส้อาเจียนมาก) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมะเร็งปอดระยะลุกลาม มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป จำนวน 574 คน ที่มีสุขภาพดี เป็นการศึกษาดูตามทางคลินิก พบว่าการใช้ยา cisplatin ร่วมกับ etoposide หรือ paclitaxel พบว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตอบสนองต่อยา และมีอัตราการรอดชีวิตพอ ๆ กัน แต่ในผู้สูงอายุชาย พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ การเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และการเกิดโรคจิตประสาท มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอายุน้อยกว่า ส่วนผู้สูงอายุหญิง จะมีน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีอายุน้อยกว่า และทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพชีวิตลดลงเช่นเดียวกัน แต่ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะมีภาวะการเจ็บป่วย การเกิดเม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดโรคจิตประสาทมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

Gridelli (2003) ศึกษาการใช้ยาเคมีบำบัดที่ผู้สูงอายุได้รับชนิดเดียว (single drug) และให้รวมกันมากกว่า 1 ชนิด (combination) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมะเร็งปอดในระยะลุกลาม ที่อาศัยอยู่ในประเทศอิตาลี จำนวน 698 คน พบว่าการใช้ยา vinorelbine เพียงชนิดเดียวทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เมื่อเทียบกับการใช้ยา 2 ชนิด คือ vinorelbine ร่วมกับ gemcitabine พบว่า ทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องผูกมากกว่าการใช้ vinorelbine เพียงตัวเดียว ซึ่งยาทั้ง 2 สูตรไม่ได้ทำให้โรคสงบ และอัตราการรอดชีวิตใกล้เคียงกัน และยังพบว่าการใช้ยาชนิด combination ทำให้มีคุณภาพชีวิตแย่งลง และเสียชีวิตมากกว่าการใช้ยาแบบ single drug

Youn, Agree and Rebellon (2004) ศึกษาเรื่องเพศกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศ Egypt และประเทศ Tunisia กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุของประเทศ Egypt จำนวน 1,179 คน ประเทศ Tunisia จำนวน 1,236 คน พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีการใช้บริการตรวจสุขภาพบ่อยมากกว่าเพศชาย โดยพบว่าเพศหญิงในช่วงต้นของชีวิตได้รับการดูแลสุขภาพน้อยกว่า และยังแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงมีการใช้ยาหลายชนิดมากกว่าเพศชายเหมือนกันทั้งสองประเทศ ผู้ที่ดูแลสุขภาพดีพบว่าไม่มีการเจ็บป่วย หรือมีการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และเกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่น้อยกว่า งานวิจัยนี้ได้เสนอแนะว่า ควรช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ในยามเจ็บป่วย เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยน้อยลง ควรจัดระบบบริการตรวจสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก สามารถเข้าถึงบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะทางได้ง่าย และควรคำนึงถึงเพศเป็นองค์ประกอบในการให้บริการด้วย

Callaghan (2006) ศึกษาอิทธิพลของจิตวิญญาณกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65 – 98 ปี จำนวน 235 คน จากหลาย

ชุมชนในรัฐ Philadelphia ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .74, p < .30$ )

Pinder et al. (2007) ศึกษาการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดกลุ่ม Antracycline ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ถึง ระยะที่ 3 ระหว่างอายุ 66 – 80 ปี ควบคุมทุกกลุ่มโดยไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ กลุ่มที่ 1 ได้รับยาเคมีในกลุ่ม Antracycline มากกว่า 1 ปีขึ้นไป กลุ่มที่สองไม่ได้รักษาด้วยยาเคมี (ฮอร์โมน และการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน) กลุ่มที่ 3 ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดอื่น ๆ ที่นอกเหนือกลุ่ม Antracycline ศึกษาโดยการเฝ้าติดตามเป็นเวลา 10 ปี พบว่า ผู้ที่ได้รับยากกลุ่ม Antracycline มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคประต้วอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เมื่อได้รับยากกลุ่ม Antracycline ไม่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงด้านอายุพบว่า กลุ่มอายุ 66- 70 ปี ที่ได้รับยากกลุ่ม Antracycline มีอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และจากการติดตามเป็นเวลามากกว่า 10 ปี พบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวต่างกัน ในระดับอายุที่ต่างกัน ดังนั้นการได้รับยากกลุ่ม Antracycline อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูง

**พุทธเมษา หมั่นคำแสน (2542)** ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงอยู่ในระดับสูง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อความสามารถ โดยเฉพาะในเรื่องความเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ไม่ส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์เชิงโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย แม้ว่าจะประเมินความสามารถของตนในระดับที่สูง

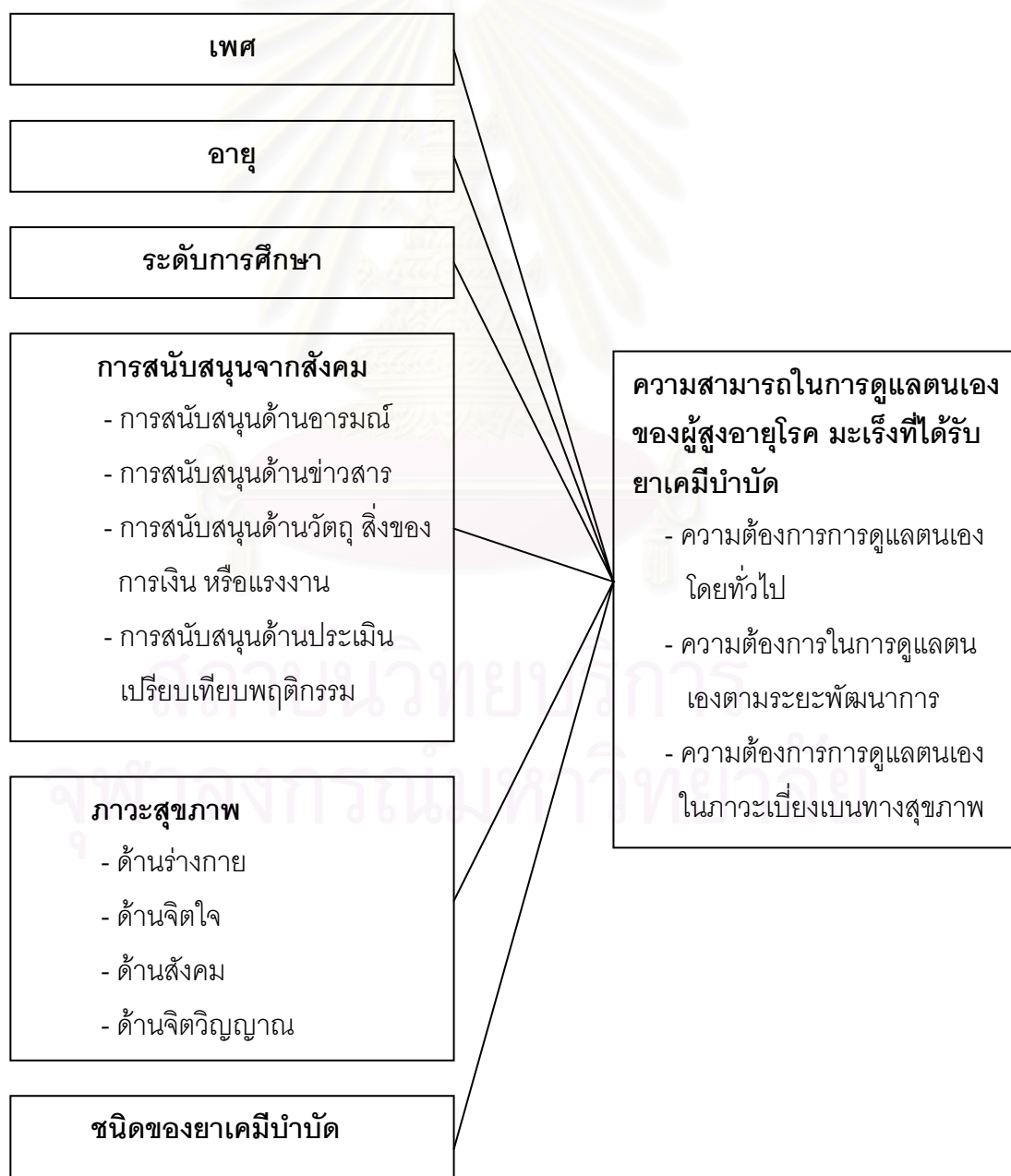
**ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547)** ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต จำนวน 130 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับการรับรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .71, p < .01$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองดี จึงส่งผลให้มีการรับรู้สุขภาพที่ดีตามมา

**บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ และนิสากร เยาวรัตน์ (2548)** ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดราชบุรีจำนวน 395 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาอื่น ๆ ดังนั้นบุคคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสามารถในการดูแลตนเองให้มากที่สุด

**คัทลียา อูคติ และ ณัฐนิช จันทจิรโกวิท (2550)** ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อปอดของห้องต่อเนื่อง จำนวน 57 ราย มีอายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .38, p < .01$ ) ในขณะที่อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ( $r = -.38, p < .01$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรค มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแสดงเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

**ประชากรคือ** ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชาย และ เพศหญิง ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดก้อนทึบ (solid tumour เช่น มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้) หรือเป็นมะเร็งโรคเลือด (เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว) ของคลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง (medical oncology) และจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (day care) โรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่างคือ** ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่เป็นโรคมะเร็งชนิดก้อนทึบ หรือ เป็นมะเร็งโรคเลือด ของคลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง และเป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีจำนวน 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช โดยทำการจับฉลากได้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง 4 แห่ง คือโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เคยผ่านการได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 ครั้ง ในช่วง 2 - 4 สัปดาห์ และรอบ (cycle) ของการได้รับยาเคมีบำบัดจะต้องไม่เกิน 8 สัปดาห์ (ถ้ามากกว่า 8 สัปดาห์ อาการของผู้ป่วยจะเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ หรือไม่พบผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด)
2. มีสติสัมปชัญญะดี ประเมินโดยใช้แบบประเมิน MMSE – Thai (2542) อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (cited in Prescott, 1987: 130) คือ  $N \geq 10k + 50$  (k หมายถึงจำนวนตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด ในที่นี้ K มีค่า = 7 ตัวแปร) จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

$$10 \times 7 + 50 = 120 \text{ ราย}$$

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากผู้สูงอายุที่มารับบริการตามที่แพทย์นัด โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 สํารวจรายชื่อผู้สูงอายุ ที่นัดมารับยาเคมีบำบัด หรือนัดฟังผลเลือด หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่แล้ว และทำการคัดเลือกผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2551

2.2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยในแต่ละวันเป็นจำนวนร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยการจับฉลาก แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามสัดส่วนของประชากรที่มารับบริการในโรงพยาบาลแต่ละแห่งจนครบ 4 แห่ง โดยได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลราชวิถี 30 ราย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 25 ราย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 40 ราย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 25 ราย จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 ราย

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนประชากรโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล

ลำดับ	รายชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ที่มารับบริการเฉลี่ย/เดือน	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง/ราย
1	โรงพยาบาลราชวิถี	120	30
2	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	100	25
3	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	160	40
4	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	100	25

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ จำนวนยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และผลข้างเคียงที่พบ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุดคือ

2.1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ House (1981) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือดัง

2.1.1 ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) พบว่ามีแบบสอบถามของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จึงสามารถนำมาปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

2.1.2 ดำเนินการขอใช้เครื่องมือวิจัยของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .92 มีค่าความเที่ยง (reliability) เมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 130 คน เท่ากับ .91

2.1.3 ลักษณะของแบบสอบถามที่ได้ ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวก 17 ข้อ ด้านลบ จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ มากที่สุด มาก ไม่แน่ใจ/เฉย ๆ เล็กน้อย ไม่เลย

2.1.4 เกณฑ์การให้คะแนน มีเกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามที่เป็นด้านบวก 17 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 และ 19

- 5 มากที่สุด หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ  
(76 % - 100 % ประมาณมากกว่า 3/4)
- 4 มาก หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้มาก  
(51 % - 75 % ประมาณ 3/4) แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย
- 3 ไม่แน่ใจ/เฉย ๆ หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนบ้างไม่ได้รับบ้าง  
(26 % - 50 % ประมาณ 1/2) และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
- 2 เล็กน้อย หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เล็กน้อย  
(51 % - 75 % ประมาณ 1/2)
- 1 ไม่เลย หมายถึง รับรู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย  
(0 %)

ข้อคำถามด้านลบ 3 ข้อคือ ข้อ 2, 5 และ 20 ให้ค่าคะแนนดังนี้

- 1 มากที่สุด หมายถึง รับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ  
(76 % - 100 % ประมาณมากกว่า 3/4)
- 2 มาก หมายถึง รับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้มาก  
(51 % - 75 % ประมาณ 3/4) แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย
- 3 ไม่น่าสนใจ/เฉย ๆ หมายถึง รับรู้ว่าการสนับสนุนบ้างไม่ได้รับบ้าง  
(26 % - 50 % ประมาณ 1/2) และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
- 4 เล็กน้อย หมายถึง รับรู้ว่าการสนับสนุนตามข้อความนี้เล็กน้อย  
(51 % - 75 % ประมาณ 1/2)
- 5 ไม่เลย หมายถึง รับรู้ว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย  
(0 %)

2.1.5 การแปลผลคะแนน ในข้อคำถามแต่ละข้อนั้นมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยรายข้อรายด้าน และโดยรวม ถ้าคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อย จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยกำหนดคะแนนเฉลี่ยตามความหมาย 5 ระดับ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2550) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 - 1.80	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด
1.81 - 2.60	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
2.61 - 3.40	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
3.41 - 4.20	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง
4.21 - 5.00	การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงที่สุด

2.1.6 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และสเกลการวัด หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษา เพื่อสะท้อนกลับในเรื่องความถูกต้องเหมาะสม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เพื่อประเมินข้อคำถามต่าง ๆ ที่ใช้ในเครื่องมือว่ามีเนื้อหาตรงกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการจะวัดหรือไม่ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2550) จาก

ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนคือ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง อาจารย์พยาบาล ด้านสูงอายุ อาจารย์พยาบาลด้านอายุศาสตร์ ผู้ชำนาญการพยาบาลด้านสูงอายุ และ ผู้ชำนาญการพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ระดับการแสดงความคิดเห็นมี 4 ระดับคือ 1, 2, 3, 4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมศัพท์
- 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุง จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์
- 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์

จากนั้นผู้วิจัยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อวิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อใด ได้คะแนนเกินร้อยละ 80 ขึ้นไปถือว่ายอมรับได้ ถ้าข้อใดไม่ถึงร้อยละ 80 ก็ปรับแก้ตามข้อคิดเห็น เพื่อให้ข้อคำถามตรงกับแนวคิดของตัวแปรนั้น ๆ มากที่สุด ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ปรับปรุงสำนวนภาษาที่ใช้ จำนวน 9 ข้อ เช่น คำถามข้อที่ 7 ฉันได้รับคำแนะนำจากแพทย์-พยาบาลในการดูแลสุขภาพหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ทรงคุณวุฒิให้รับเป็น ฉันได้รับคำแนะนำจากแพทย์-พยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด เพราะผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่า การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะต้องทราบข้อมูลเพื่อนำไปปฏิบัติ หรือข้อคำถามข้อที่ 11 เมื่อฉันมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือได้ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำว่าไม่ควรเจาะจงเรื่องเงินเท่านั้น อาจเป็นรูปอื่น ๆ ก็ได้ ผู้วิจัยจึงปรับเป็น เมื่อฉันมีปัญหาการเงิน หรือขาดอุปกรณ์เครื่องใช้ที่จำเป็น (เช่น พัดลม เสื้อผ้า) บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งข้อคำถามอื่น ๆ ที่ปรับปรุงก็มีลักษณะเช่นเดียวกัน โดยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เช่น แบบสอบถามที่ใช้ถามผู้สูงอายุไม่ควรมีเกิน 20 ข้อ เพราะจุดสนใจจริง ๆ จะมีประมาณ 10 นาที หลังจากนั้นไปแล้ว อาจไม่ได้คำตอบที่แท้จริง หรือ บางข้อใช้ภาษาที่เป็นทางการมากเกินไป ผู้สูงอายุอาจเข้าใจยาก ได้เสนอแนะให้ใช้ภาษาที่เป็นธรรมชาติ เช่น คนใกล้ชิดสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของฉัน ให้ปรับ



เป็น คนใกล้ชิดสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพของฉัน เป็นต้น แบบสอบถามนี้ ไม่มีผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดให้ตัดข้อคำถามออก และไม่ได้เพิ่มข้อคำถาม ดังนั้นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม หลังจากปรับแก้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จึงเหลือข้อคำถามเท่าเดิมคือ 20 ข้อ เมื่อนำคะแนนความคิดเห็นก่อนข้างสอดคล้อง และสอดคล้องมากมาคำนวณ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90

2.1.7 การหาความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ตัดข้อคำถามออก 3 ข้อ ได้แก้ข้อที่ 2 เมื่อฉันมีเรื่องเดือดร้อน หรือไม่สบายใจ ฉันไม่สามารถพึ่งพาผู้ใดได้เลย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อเท่ากับ -.18 ข้อที่ 5 สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจเมื่อฉันเจ็บป่วยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อเท่ากับ .22 และ ข้อที่ 20 คนใกล้ชิดไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของฉันมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อเท่ากับ -.02 เนื่องจากข้อคำถามทั้ง 3 ข้อนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อน้อยกว่า 0.3 และมีความสัมพันธ์กับข้ออื่นน้อยกว่าร้อยละ 50 ถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสัมพันธ์ไม่เพียงพอ และอาจเป็นข้อคำถามที่ไม่จำเป็น (Ferketich, 1991: 166; Younger, 1999) ดังนั้น จึงเหลือข้อคำถามแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเพียง 17 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 และเมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 120 ราย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

2.2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ เกษก่อง สีหะวงษ์ (2539) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดภาวะสุขภาพของ Orem (1991) โดยวัด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม โดยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือดังนี้

2.2.1 ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ พบว่ามีแบบสอบถามของ เกษก่อง สีหะวงษ์ (2539) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยสูงอายุเพื่อใช้วัดพฤติกรรมการใช้ยา จึงสามารถนำมาปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

2.2.2 ดำเนินการขอใช้เครื่องมือวิจัยของ เกษก่อง สีหะวงษ์ (2539) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .86

2.2.3 ลักษณะของแบบสอบถามที่ได้ ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวก และ ด้านลบ มีทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วปรับ Scale ให้เป็น 5

ระดับตามแบบของ Likert method เพื่อให้ผู้สูงอายุให้คะแนนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามด้านจิตวิญญาณอีก 11 ข้อ เพื่อต้องการประเมินให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Orem ที่มองภาวะสุขภาพแบบองค์รวม และข้อคำถามทั้ง 11 ข้อนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดด้านจิตวิญญาณของ อนุ อิศระพานิช (2549) ที่เคยนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา แล้วให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ตัดข้อคำถามบางข้อออก เพราะมีความหมายใกล้เคียงกับข้ออื่น ได้แก่ข้อคำถามด้านร่างกาย ข้อที่ 9 เมื่ออากาศเปลี่ยนแปลงฉันรู้สึกร้อน หรือหนาวกว่าปกติ ข้อที่ 10 ฉันมีอาการใจสั่น หรือหัวใจเต้นแรงเมื่ออยู่เฉย ๆ และข้อที่ 11 ฉันมีอาการเหนื่อยหอบเวลาออกกำลังกายจนครบวงจรปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และตัดข้อคำถามด้านจิตวิญญาณอีก 3 ข้อ เพราะมีความหมายใกล้เคียงกัน โดยรวมแล้วหลังจากที่ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถาม มีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย(ของเดิม 14 ข้อ) ตัดออก 3 ข้อ เหลือ	11	ข้อ
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ/อารมณ์ (คงเดิม)	จำนวน	8 ข้อ
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านสังคม (คงเดิม)	จำนวน	8 ข้อ
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (ดัดแปลง เพิ่มเติม)	จำนวน	8 ข้อ

และผู้วิจัยได้ปรับลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale)

ได้แก่ มากที่สุด มาก ไม่แน่ใจ/เฉย ๆ เล็กน้อย ไม่เลย

#### 2.2.4 เกณฑ์การให้คะแนน มีเกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามที่เป็นด้านบวก 22 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1, 4, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 และ 35 โดยให้คะแนนดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นความจริง
- 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงน้อย
- 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจ/เฉย ๆ
- 4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงมาก
- 5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงมากที่สุด

ข้อคำถามด้านลบ 13 ข้อ คือข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16 และ 21 โดยให้ค่าคะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นความจริง
- 4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงน้อย
- 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจ/เฉย ๆ

2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงมาก

1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงมากที่สุด

2.2.5 การแปลผลคะแนน ในข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยรายข้อ รายด้าน และโดยรวม ถ้าคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึงผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับดี ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึงผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับไม่ดี โดยกำหนดคะแนนเฉลี่ยตามความหมาย 5 ระดับ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2550) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 - 1.80	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
1.81 - 2.60	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับน้อย
2.61 - 3.40	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
3.41 - 4.20	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
4.21 - 5.00	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

2.2.6 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่รับประทานเคมีบำบัด หลังจากที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้มีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

ปรับปรุงสำนวนภาษาที่ใช้	จำนวน	34	ข้อ
เพิ่มข้อคำถาม	จำนวน	3	ข้อ
ตัดข้อคำถาม	จำนวน	1	ข้อ

ดังนั้นแบบสอบถามภาวะสุขภาพจากการปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจาก 35 ข้อ เพิ่มเป็น 37 ข้อดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จาก 11 ข้อ เพิ่มเป็น 12 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามข้อที่ 1 - 12

การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ/อารมณ์ (คงเดิม) 8 ข้อ คือข้อคำถามข้อที่ 13 - 20

การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านสังคม (คงเดิม) จำนวน 8 ข้อ คือข้อคำถามข้อที่ 21 - 28

การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (เพิ่มเติม) จำนวน 1 ข้อ ได้แก่อ้อม  
คำถามข้อที่ 29 - 37

2.2.7 การหาค่าความเที่ยงนำแบบสอบถามภาวะสุขภาพไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 ราย ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ตัดข้อคำถามออก 7 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามด้านร่างกาย ข้อที่ 5 ในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ทำให้เดิน ยืน นั่ง ไม่คล่องตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อเท่ากับ  $-.13$  ข้อที่ 9 ในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ไม่มีปัญหาท้องอืด จุกเสียดแน่นท้องเท่ากับ  $.11$  ข้อที่ 10 ช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ขับถ่ายอุจจาระตามปกติ ท้องไม่ผูกเท่ากับ  $.00$  ข้อที่ 11 มีปัญหาอ่อนล้าขาก ตื่นง่ายเท่ากับ  $-.03$  ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ข้อที่ 36 กังวลถึงความตายที่จะเกิดขึ้นเท่ากับ  $-.25$  จึงตัดข้อคำถาม ทั้ง 5 ข้อออกเนื่องจากข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อน้อยกว่า 0.3 และมีความสัมพันธ์กับข้ออื่นน้อยกว่าร้อยละ 50 ถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสัมพันธ์ไม่เพียงพอ และอาจเป็นข้อคำถามที่ไม่จำเป็น (Ferketich, 1991: 166; Younger, 1999) หลังจากตัดข้อคำถาม 5 ข้อออกยังมีค่าแอลฟาโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก คือ  $.90$  ผู้วิจัยได้เลือกตัดข้อคำถามด้านสังคมออกอีก 2 ข้อ คือข้อที่ 22 มีความสุขในการทำงานเท่ากับ  $.50$  และข้อที่ 24 สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน และกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมเท่ากับ  $.56$  ซึ่งทั้ง 2 ข้อ แม้ว่าจะมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับดี แต่ข้อคำถามอาจไม่มีความจำเป็นมาก เพราะผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเจ็บป่วยจึงไม่ได้ทำงาน หรือเป็นช่วงที่อยู่ในวัยพักฟื้น รวมทั้งบทบาทหน้าที่อำนาจในการตัดสินใจภายในครอบครัวเปลี่ยนไป และประเด็นที่สำคัญคือ ข้อคำถามที่มากเกินไป จะเป็นการรบกวนผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น และอาจเกิดความเบื่อหน่ายในการให้คำตอบได้ เมื่อทำการตัดเพิ่มอีก 2 ข้อ ยังมีค่าแอลฟาโดยรวมอยู่ในระดับดีมากเช่นกันคือ  $.89$  ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามแบบสอบถามภาวะสุขภาพ 30 ข้อ และเมื่อนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 120 ราย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ  $.89$  เช่นเดียวกัน

2.3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Orem (2001) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือดังนี้

2.3.1 ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001) พบว่ามีแบบสอบถามของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด จึงสามารถนำมาปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

2.3.2 ดำเนินการขอใช้เครื่องมือวิจัยของ วนิตา รัตนานนท์ (2545) จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความเที่ยง (reliability) เมื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดจำนวน 130 คน เท่ากับ .93

2.3.3 ลักษณะของแบบสอบถามที่ได้ ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวก ทั้ง 25 ข้อ แบ่งความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของ Orem (2001) ออกเป็น 3 ด้านคือ

1) ด้านความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 1 – 9

2) ด้านความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 10 - 14

3) ด้านความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ข้อคำถามที่ 15 – 25

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ได้แก่

5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมาก

3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงบ้าง/ไม่จริงบ้าง

2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงน้อย

1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริงดังกล่าว

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามให้เป็นข้อความด้านลบจำนวน 3 ข้อ เพราะข้อคำถามที่ดีตามวิธี Likert method จะต้องมียังข้อความด้านบวก และด้านลบ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2550: 6) ส่วนการให้คะแนนจะมีความหมายตรงกันข้ามเหมือนกับเครื่องมือดังที่เคยกล่าวมาแล้วคือ

5 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริงดังกล่าว

4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงน้อย

3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นจริงบ้าง/ไม่จริงบ้าง

2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมาก

1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมากที่สุด

2.3.4 การแปลผลคะแนน ในข้อคำถามแต่ละข้อนั้นมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามของกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยรายข้อรายด้าน และโดยรวม ถ้าคะแนนเฉลี่ยมาก แสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ถ้า

คะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยของ อวยพร เรื่องตระกูล (2550) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 - 1.80	ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำมาก
1.81 - 2.60	ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ
2.61 - 3.40	ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
3.41 - 4.20	ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง
4.21 - 5.00	ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงที่สุด

2.3.5 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) หลังจากที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 แบบสอบถามนี้ ได้มีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

ปรับปรุงสำนวนภาษาที่ใช้	จำนวน	22	ข้อ
เพิ่มข้อความเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ	จำนวน	4	ข้อ

ดังนั้นแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองจากการปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจาก 25 ข้อ เป็น 29 ข้อ โดยเพิ่มข้อความด้านความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หรือ เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ เพื่อต้องการวัดให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มข้อความ 4 ข้อ คือ 1) ไม่สามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองจะต้องมีเพื่อนไปด้วยทุกครั้ง 2) สามารถจัดการ หรือ วางแผนประกอบอาหารได้เองทุกมื้อ 3) สามารถทำงานบ้านเบา ๆ ได้ แต่งานหนักต้องมีผู้อื่นช่วย และ 4) สามารถจัดการค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันได้ เช่น การซื้อของร้านค้าใกล้บ้าน หรือ เมื่อต้องเดินทางออกนอกบ้าน หรือ จัดการให้ผู้อื่นทำแทน

2.3.6. การหาค่าความเที่ยง นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดโรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 30 รายที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ตัดข้อความออก 4 ข้อ คือข้อความความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ข้อที่ 10 ไม่สามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองจะต้องมีเพื่อนไปด้วยทุกครั้งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อเท่ากับ .15 ข้อที่ 20 เป็นข้อความด้านความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ คือ สามารถหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงจนทำให้เหนื่อย เช่น การขึ้นลงบันไดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อเท่ากับ -.00 ข้อที่ 23 ฉันสามารถระวังการเกิดอุบัติเหตุ

เสมอ (เช่น ไม่เข้าใกล้เตาไฟ/ต้นไม้ที่มีหนาม หรือการจับสิ่งของ) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อเท่ากับ .20 และข้อที่ 27 ฉันทสามารถซักถามข้อมูลในการดูแลสุขภาพจากทีมสุขภาพเท่ากับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อเท่ากับ .26 เนื่องจากข้อคำถามมีความสัมพันธ์รายข้อน้อยกว่า 0.3 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับข้ออื่นน้อยกว่าร้อยละ 50 ถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสัมพันธ์ไม่เพียงพอ และอาจเป็นข้อคำถามที่ไม่จำเป็น (Ferketich, 1991: 166; Younger, 1999) ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามแบบ สอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง 25 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88 และเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 120 รายมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

**ตารางที่ 2** สรุปค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	
	กลุ่มทดลองใช้ (n = 30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n = 120)
ชุดที่ 1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.90	.81
ชุดที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ	.89	.89
ชุดที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง	.88	.89

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าเครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ชุดนี้มีค่าความเที่ยงระหว่าง .81-90 แสดงถึงค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับดีมาก (DeVellis, 1991: 85) ทั้งในกลุ่มที่นำเครื่องมือไปทดลองใช้ และกลุ่มตัวอย่างจริง จึงเหมาะสมที่จะนำมาศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้เป็นอย่างดี

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขอหนังสือจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. ผู้วิจัยนำหนังสือพร้อมทั้งแนบโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และเครื่องมือในการทำวิจัย โดยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

3. จากนั้นผู้วิจัยรอคำตอบจากคณะกรรมการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรม จากทั้ง 4 โรงพยาบาล ซึ่งทางเลขานุการงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบทางโทรศัพท์

4. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่จะทำการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของงานวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากรายงานประวัติของผู้สูงอายุล่วงหน้า 1 วัน ซึ่งมีเจ้าหน้าที่เตรียมประวัติไว้ล่วงหน้าเพื่อเตรียมตรวจในวันรุ่งขึ้น แล้วทำการสุ่มโดยการจับฉลาก ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในแต่ละวัน เป็นจำนวนร้อยละ 50 ซึ่งในวันหนึ่ง ๆ จะได้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 4 – 10 ราย

6. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุ เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการศึกษา และขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดในใบพิทักษ์สิทธิ โดยให้เวลาคิดในการตัดสินใจ อย่างอิสระและเพียงพอ ไม่มีการบังคับขู่เข็ญใด ๆ เมื่อยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ให้เซ็นชื่อในใบยินยอม แล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุ

7. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบริเวณหน้าห้องตรวจ เพราะผู้สูงอายุต้องนั่งรอเรียกชื่อเพื่อพบแพทย์ หรือรอผลเลือดก่อนพบแพทย์ ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุเข้าใจ โดยเริ่มจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 97 มีสายตายาว ไม่ได้นำแว่นตามา ทำให้มองไม่เห็นตัวหนังสือ ผู้วิจัยจึงอ่านให้ฟังทุกราย แล้วให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ ส่วนอีก 3 ราย นำแว่นตามาและขอทำแบบสอบถามเอง และจากการคัดกรองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) พบว่าไม่มีผู้สูงอายุรายใดมีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีคะแนนเกิน 20 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังตารางที่แสดง

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment) สำหรับผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก - เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุเรียนสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30



นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุพูดภาษาไทยไม่ได้ 2 ราย เป็นชาวจีน และญี่ปุ่น ไม่ได้ยิน 4 ราย ไม่ให้ความร่วมมือ 2 ราย ในระหว่างสอบถามสังเกตว่าผู้สูงอายุมีความสนใจลดลง หรือหยุดตอบในบางช่วง พบประมาณ 7-8 ราย ผู้วิจัยให้พักสักครู่ หรือคุยเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุสบายใจ แล้วจึงถามต่อ และมีผู้สูงอายุประมาณ 15 ราย บอกว่าแบบสอบถามมีค่อนข้างมาก (72 ข้อ) ผู้วิจัยรับปากว่าจะนำเรื่องเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นในคราวต่อไป

8. ผู้วิจัยใช้เวลาเก็บข้อมูล จากโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 มีนาคม 2550 รวมเป็นเวลา 8 สัปดาห์

9. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาลงตารางเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ และการให้กรพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย จะมีเอกสารให้เซ็นยินยอม โดยไม่มีการบังคับ หรือขู่เข็ญใด ๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจ หรือรู้สึกถูกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ทันที

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา และ ชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองด้วยสถิติ Eta ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. วิเคราะห์การพยากรณ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยายจำแนกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5 – 10

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 11

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 12

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์การพยากรณ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 - 14

**ตอนที่ 1** การวิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา และ ชนิดของยาเคมีบำบัด ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัดในการศึกษานี้มีทั้งสิ้น 120 คน จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งที่ ผลข้างเคียงที่พบ โรคประจำตัว และชนิดของยาเคมีที่ได้รับ แสดงผลดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงจำนวน และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
1) ชาย	52	43.30
2) เพศหญิง	68	56.70
<b>อายุ (อายุเฉลี่ย 68.2 ปี)</b>		
1) 60 – 69 ปี	72	60.00
2) 70 – 79 ปี	40	33.30
3) 80 ปี ขึ้นไป	8	6.70
<b>ระดับการศึกษา</b>		
1) ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	9.20
2) ระดับประถมศึกษา	63	52.50
3) ระดับมัธยมศึกษา	22	18.30
4) ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	24	20.00
<b>สถานภาพสมรส</b>		
1) โสด	15	12.50
2) แต่งงาน	78	65.00
3) หม้าย	24	20.00
4) หย่า/แยก	3	2.50
<b>ระยะของโรค</b>		
1) stage 1	7	5.80
2) stage 2	16	13.30
3) stage 3	29	24.20
4) stage 4	68	56.70

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
1) มะเร็งปอด	35	29.20
2) มะเร็งในระบบทางเดินอาหาร	26	21.70
3) มะเร็งเต้านม	28	23.30
4) มะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะ	6	5.00
5) มะเร็งโรคเลือด	12	10.00
6) มะเร็งระบบศีรษะ และลำคอ	7	5.80
7) อื่นๆ	6	5.00
<b>จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (cycle)</b>		
1) 1-3 ครั้ง	45	37.50
2) 4-6 ครั้ง	36	30.00
3) 7-9 ครั้ง	17	14.20
4) 10 ครั้ง ขึ้นไป	22	18.30
<b>จำนวนของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ</b>		
1) 1 ชนิด	44	36.70
2) 2 ชนิด	54	45.00
3) 3 ชนิด	22	18.30
<b>ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่พบ</b>		
1) ไม่มีอาการข้างเคียง	31	25.80
2) คลื่นไส้ อาเจียน (nausea-vomitting)	32	26.70
3) อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า (fatigue)	31	25.80
4) ชาตามปลายมือปลายเท้า (peripheral neuropathy)	13	10.80
5) ท้องผูก - ท้องเสีย (constipation - diarrhea)	1	0.80
6) เยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis)	7	5.80
7) อื่นๆ	5	4.10

**หมายเหตุ** มะเร็งในระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนัก  
 มะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มะเร็งไต มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งองคชาติ  
 มะเร็งโรคเลือด ได้แก่ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว  
 มะเร็งระบบศีรษะ และลำคอ ได้แก่ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งหลังโพรงจมูก มะเร็งหลอดอาหาร  
 อื่นๆ ได้แก่ มะเร็งกล้ามเนื้อ มะเร็งกระดูกอ่อน มะเร็งระบบประสาท มะเร็งในช่องท้อง มะเร็งหลังช่องท้อง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
1) ไม่มีโรคประจำตัว	51	42.50
2) โรคเบาหวาน	10	8.30
3) โรคความดันโลหิตสูง	28	23.30
4) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	13	10.80
5) โรคข้อ	5	4.20
6) อื่น ๆ	13	10.80
<b>ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ</b>		
1) ยาที่ไม่มีผลกระทบหรือมีผลกระทบต่อร่างกาย (non-toxic)	29	24.20
2) ยาที่มีผลกระทบต่อร่างกาย (toxic)	91	75.80

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 120 ราย เป็นเพศหญิงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.70 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 43.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 68.2 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 33.30 และ 80 ปีขึ้นไปพบน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 6.70

ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.50 รองลงมาจบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 20 ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 18.30 และไม่ได้เรียนหนังสือน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.20 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพแต่งงาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งปอดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 29.2 ส่วนมะเร็งเต้านมพบรองลงมาคือร้อยละ 23.3 ระยะของโรคมะเร็งจะอยู่ในระยะสุดท้ายคิดเป็นร้อยละ 56.7 ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วง 1-3 ครั้งมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.5 และได้รับยาเคมีบำบัด 2 ชนิดมากที่สุด อาการที่พบบ่อยที่สุดหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดคือ คลื่นไส้อาเจียน (nausea - vomiting) รองลงมาคือ อาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า (fatigue) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 57.50

**ตอนที่ 2** การวิเคราะห์ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม โดยเรียงค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยในแต่ละข้อดังนี้ (จากคะแนนเต็ม 5)

ลำดับ	การสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยรายข้อ	Mean	SD	ระดับ
17	คนใกล้ชิดชื่นชม และพอใจในการปฏิบัติตัว	4.53	0.62	สูงที่สุด
16	มีคนยอมรับฟังความคิดเห็น หรือรับคำแนะนำ	4.33	0.83	สูงที่สุด
15	เมื่อมีอาการหนักหุดหงิด คนใกล้ชิดคอยเตือนสติ	4.29	0.97	สูงที่สุด
14	คนใกล้ชิดสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ	4.28	0.76	สูงที่สุด
13	มีคนคอยให้ความสนใจ จัดโอกาสให้พักผ่อนหย่อนใจ	4.26	0.85	สูงที่สุด
12	คนใกล้ชิดคอยช่วยเหลือเอื้ออาทรจัดหาสิ่งที่ชอบมาให้	4.22	0.94	สูงที่สุด
11	คนในครอบครัวแบ่งเบาภาระงานบ้านเมื่อเจ็บป่วย	4.21	0.94	สูงที่สุด
10	เมื่อไปพบแพทย์ไม่ได้ บุคคลใกล้ชิดไปพบแพทย์แทน	4.15	0.95	สูง
9	เมื่อมีปัญหาการเงิน บุคคลใกล้ชิดช่วยเหลือได้	4.12	0.83	สูง
8	ได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้ป่วยคนอื่น ๆ	4.10	1.00	สูง
7	ได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.04	0.92	สูง
6	ได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับโรคที่เป็น	3.89	1.13	สูง
5	ได้รับคำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมี	3.89	1.02	สูง
4	ได้รับคำแนะนำจากแพทย์-พยาบาลในการดูแลสุขภาพ	3.88	1.19	สูง
3	คนใกล้ชิดพูดคุยเป็นเพื่อน	3.76	0.98	สูง
2	เมื่อมีปัญหาสามารถปรับทุกข์ ระบายความขบข้องใจได้	3.74	1.01	สูง
1	ได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด	3.01	1.25	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย		4.04	0.48	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมรายข้อสูงที่สุดคือ คนใกล้ชิดชื่นชมและพอใจในการปฏิบัติตัวเท่ากับ 4.53 รองลงมาคือ มีคนยอมรับฟังความคิดเห็น หรือรับคำแนะนำเท่ากับ 4.33 และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิดเท่ากับ 3.01 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และโดยรวมแล้วผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพตามรายชื่อ (จากคะแนนเต็ม 5)

ลำดับ	ภาวะสุขภาพเฉลี่ยรายชื่อ	Mean	SD	ระดับ
<b>ด้านร่างกาย</b>				
1	เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในสภาพดีไม่มีผื่นแพ้หรือเป็นแผล	3.30	1.42	ปานกลาง
2	สายตามองเห็นชัดเจนดี	2.96	1.31	ปานกลาง
3	ช่วงที่ได้ยาเคมีเมื่อเปลี่ยนอริยาบถท่าทางจะมีอาการหน้ามืด	2.73	1.38	ปานกลาง
4	การได้ยินเสียงชัดเจนดี หูไม่ตึง	3.38	1.24	ปานกลาง
5	ช่วงที่ได้ยาเคมีบำบัด กระจกข้อต่อต่าง ๆ เคลื่อนไหวได้ปกติ	3.38	1.17	ปานกลาง
6	ช่วงที่ได้ยาเคมี สุขภาพฟันดี เคี้ยวกลืนอาหารได้ตามปกติ	3.33	1.25	ปานกลาง
7	ช่วงที่ได้รับยาเคมี ไม่มีปัญหาเหงือกอักเสบ ช่องปากอักเสบ	2.88	1.31	ปานกลาง
8	มีปัญหาปัสสาวะลำบาก กระปริดกระปรอย หรือ กลั้นไม่อยู่	2.80	1.46	ปานกลาง
<b>ด้านจิตใจ/อารมณ์</b>				
9	ไม่มีความกังวลในสภาพที่เป็นอยู่	2.53	1.23	น้อย
10	ไม่รู้สึกรำคาญ เบื่อหน่าย หรือหมดหวังในชีวิต	2.54	1.22	น้อย
11	เมื่อรู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี	3.70	.96	ดี
12	มีความสุขและพอใจในชีวิตที่ผ่านมา	4.08	.88	ดี
13	รู้สึกภูมิใจที่ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว	3.49	1.35	ดี
14	รู้สึกตนเองมีคุณค่าที่ทุกคนยังให้ความเคารพเหมือนเดิม	4.20	.75	ดี
15	มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็ง	4.12	.85	ดี
<b>ด้านสังคม</b>				
16	ภูมิใจที่ยังเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ แก่ญาติมิตรได้	3.90	1.00	ดี
17	พอใจในสภาพความเป็นอยู่ของตน	3.97	.89	ดี
18	พอใจที่บุตรหลานคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	4.27	.76	ดีมาก
19	สามารถพูดคุย หรือคบหาสมาคมกับผู้อื่นอย่างปกติ	4.05	.85	ดี
20	รู้สึกตนเองโชคดีที่มีเพื่อนสนิทที่เข้าใจรับรู้ทุกข์สุขของตน	3.91	.90	ดี
21	สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในสังคม	2.84	1.49	ปานกลาง
22	สามารถร่วมกิจกรรมทางสังคม/ศาสนาที่ตนนับถือได้	3.07	1.50	ปานกลาง
<b>ด้านจิตวิญญาณ</b>				
23	รู้สึกว่า มีคุณค่า มีความหมายต่อสมาชิกในครอบครัว	4.09	.82	ดี

ลำดับ	ภาวะสุขภาพเฉลี่ยรายข้อ	Mean	SD	ระดับ
24	มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นในครอบครัวตามสมควร	3.85	.97	ดี
25	ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อทางศาสนาของตน	3.73	1.14	ดี
26	รู้สึกเป็นที่พึงพิง และเป็นเสาหลักให้แก่ครอบครัวได้	3.69	1.19	ดี
27	ให้อภัยในสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านมา	4.00	.85	ดี
28	มีความหวังว่า จะมีชีวิตอยู่ต่อไป และมีความสุขตามสภาพ	3.80	1.14	ดี
29	มีความหวังว่า ชีวิตของฉันจะมีประโยชน์สำหรับผู้อื่น	3.67	1.22	ดี
30	ได้วางแผนจัดการภาระต่าง ๆ ในครอบครัวครบถ้วน	3.58	1.20	ดี
<b>ภาวะสุขภาพเฉลี่ยโดยรวม</b>		3.54	0.46	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดของแบบสอบถามภาวะสุขภาพตามรายข้อคือ พอใจที่บุตรหลานคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 รองลงมาคือ รู้สึกตนเองมีคุณค่าที่ทุกคนยังให้ความเคารพเหมือนเดิมเท่ากับ 4.20 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดใกล้เคียงกันคือ ไม่มีความกังวลในสภาพที่เป็นอยู่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 และไม่รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หรือหมดหวังในชีวิตเท่ากับ 2.54

**ตารางที่ 7** แสดงค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองตามรายข้อ (คะแนนเต็ม 5)

ลำดับ	ความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยรายข้อ	Mean	SD	ระดับ
<b>ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป</b>				
1	สามารถรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ	3.17	1.30	ปานกลาง
2	สามารถดูแลความสะอาดของร่างกายด้วยตนเองได้	4.08	1.00	สูง
3	สามารถดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว	3.56	1.14	สูง
4	ไม่สามารถงีบหลับทั้งกลางวัน และกลางคืนได้อย่างเพียงพอ	3.15	1.34	ปานกลาง
5	สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ให้โทษแก่ร่างกาย	4.03	0.87	สูง
6	สามารถจัดการกับตัวเองได้เมื่อมีอาการท้องผูก หรือท้องเสีย	3.73	1.05	สูง
7	แม้ว่าจะมีอาการอ่อนเพลีย ก็สามารถดูแลตนเองได้ตามต้องการ	3.70	0.96	สูง
8	พึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ก่อนที่จะขอความช่วยเหลือจากคนอื่น	4.13	0.82	สูง
9	สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ - พยาบาล	4.00	0.80	สูง



ลำดับ	ความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยรายข้อ	Mean	SD	ระดับ
<b>ความสามารถตามระยะพัฒนาการ</b>				
10	สามารถจัดการ หรือวางแผนประกอบอาหารได้เองทุกมื้อ	3.21	1.37	ปานกลาง
11	สามารถทำงานบ้านเบา ๆ ได้ แต่งานหนัก ๆ ต้องมีผู้อื่นช่วย	3.53	1.14	สูง
12	สามารถจัดการค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันได้	3.80	1.07	สูง
13	คอยสังเกตร่างกายในระหว่างที่ได้รับยาเคมีอย่างต่อเนื่อง	3.92	0.87	สูง
14	สามารถจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ	3.88	0.98	สูง
15	สามารถจัดการเรื่องการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์	4.02	1.05	สูง
<b>ความสามารถเมื่อมีปัญหาสุขภาพ</b>				
16	สามารถปรับตัว เพื่อการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ได้	3.91	0.89	สูง
17	สามารถหลีกเลี่ยงคนที่เป็นโรคติดต่อ	3.93	0.85	สูง
18	สามารถบริหารร่างกายให้มีสุขภาพดีอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	3.40	1.25	ปานกลาง
19	เมื่อมีอาการไม่สบาย สามารถควบคุมอาการด้วยตัวเองได้	3.83	0.74	สูง
20	สามารถปรับภารกิจต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับตนเอง	3.72	0.89	สูง
21	สามารถจัดการเวลาเพื่อมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	4.34	0.69	สูงที่สุด
22	สามารถดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์-พยาบาล	4.02	0.88	สูง
23	สามารถหาความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด	3.70	1.11	สูง
24	สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น	4.03	0.84	สูง
25	สามารถทบทวนความรู้ที่ได้จากแพทย์-พยาบาลในการปฏิบัติตัว	3.76	0.98	สูง
<b>ความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยโดยรวม</b>		3.62	0.53	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดตามรายชื่อของแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองคือ ความสามารถในการจัดเวลาเพื่อมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเท่ากับ 4.34 รองลงมาคือ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองก่อนที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเท่ากับ 4.13 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ไม่สามารถจัดการรับหลับทั้งกลางวัน และกลางคืนได้อย่างเพียงพอเท่ากับ 3.15 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับในระดับปานกลาง และโดยรวมแล้วมีค่าเฉลี่ยความสามารถเท่ากับ 3.62 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม

ลำดับ	ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1	การสนับสนุนด้านอารมณ์	4.29	0.61	สูงที่สุด
2	การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	3.82	0.64	สูง
3	การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน	4.20	0.68	สูง
4	การสนับสนุนประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม	3.93	0.66	สูง
การสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยโดยรวม		4.04	0.48	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านเท่ากับ 4.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 รองลงมาคือ ด้านการได้รับการสนับสนุนทางวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน ด้านการได้รับการสนับสนุนประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 และ 3.93 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 ถึงแม้ว่าจะมีค่าเฉลี่ยต่ำ แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุ ยังคงได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ - พยาบาล ญาติพี่น้อง บุคคลใกล้ชิด หรือ ผู้ป่วยด้วยกันในระดับที่สูงเช่นกัน

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม

ลำดับ	ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1	ด้านร่างกาย	3.09	0.53	ปานกลาง
2	ด้านจิตใจ/อารมณ์	3.57	0.42	ดี
3	ด้านสังคม	3.68	0.72	ดี
4	ด้านจิตวิญญาณ	3.80	0.72	ดี
ภาวะสุขภาพโดยรวม		3.54	0.46	ดี

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีเท่ากับ 3.54 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านจิตวิญญาณเท่ากับ 3.80 รองลงมาคือ ด้านสังคม ด้านจิตใจ/อารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68

และ 3.57 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านด้านร่างกาย ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

**ตารางที่ 10** แสดงค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองจำแนกตามรายด้าน และโดยรวม

ลำดับ	ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับความสามารถ
1	ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป	3.73	0.60	สูง
2	ความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	3.75	0.72	สูง
3	ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ	3.87	0.62	สูง
	ความสามารถเฉลี่ยโดยรวม	3.62	0.53	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพเท่ากับ 3.87 รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งยังอยู่ในเกณฑ์ระดับสูงเช่นเดียวกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73

**ตอนที่ 3** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีที่ได้รับ จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวนของยาเคมีที่ได้รับ และผลข้างเคียงที่พบ กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ความสามารถในการดูแลตนเอง	ค่าความสัมพันธ์ Eta	p-value
<b>เพศ</b>					
1) ชาย	52	43.30	3.56	.101	.273
2) เพศหญิง	68	56.70	3.66		
<b>อายุ (เฉลี่ย 68.2 ปี)</b>					
1) 60 – 69 ปี	72	60	3.71	.283	.007
2) 70 – 79 ปี	40	33.30	3.55		
3) 80 ปี ขึ้นไป	8	6.70	3.14		
<b>การศึกษาสูงสุด</b>					
1) ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	9.2	3.30	.262	.041
2) ระดับประถมศึกษา	63	52.5	3.57		
3) ระดับมัธยมศึกษา	22	18.3	3.68		
4) ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	24	20.0	3.82		
<b>ชนิดของยาที่ได้รับ</b>					
1) ยาที่ไม่มีผลกระทบทหรือมีผลกระทบน้อย (non - toxic)	29	24.20	3.61	.006	.946
2) ยาที่มีผลกระทบทต่อร่างกาย (toxic)	91	75.80	3.62		
<b>จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด</b>					
1) 1 – 3 ครั้ง	45	37.50	3.64	.113	.680
2) 4 – 6 ครั้ง	36	30.00	3.68		
3) 7 – 9 ครั้ง	17	14.20	3.58		
4) 10 ครั้ง ขึ้นไป	22	18.30	3.50		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ความสา มารถใน การดูแล ตนเอง	ค่าความ สัมพันธ์ Eta	p-value
<b>จำนวนยาเคมีบำบัดที่ได้รับ</b>					
1) 1 ชนิด	44	36.70	3.52	.200	.901
2) 2 ชนิด	54	45.00	3.61		
3) 3 ชนิด	22	18.30			
<b>ผลข้างเคียงของยาเคมีที่พบ</b>					
1) ไม่มีอาการข้างเคียง	31	25.80	3.74	.233	.608
2) คลื่นไส้ อาเจียน	32	26.70	3.55		
3) อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า	31	25.80	3.62		
4) ซาตามปลายมือปลายเท้า	13	10.80	3.45		
5) ท้องผูก - ท้องเสีย	1	0.80	3.73		
6) เยื่อช่องปากอักเสบ	7	5.80	3.74		

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายคือ 3.66 และ 3.56 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยด้านอายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี มีความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอายุ 70 - 79 ปี และ 80 ปี ขึ้นไป โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71, 3.55 และ 3.14 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านการศึกษาพบว่า ผู้ที่เรียนระดับอุดมศึกษาขึ้นไป มีความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยสูงกว่า ผู้ที่เรียนในระดับมัธยมศึกษา ระดับประถมศึกษา และไม่ได้เรียน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.82, 3.68, 3.57 และ 3.30 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยด้านชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะได้รับยาที่มีผลกระทบต่อร่างกาย (toxic) และได้รับยาที่ไม่มีผลกระทบต่อร่างกายน้อย (non-toxic) มีความสามารถในการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน คือ 3.62 และ 3.61 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยจำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 1 – 3 ครั้ง และ 4 – 6 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองใกล้เคียงกันคือ 3.64 และ 3.68 ส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับยาจำนวนครั้งมากขึ้นคือ 7 - 9 ครั้ง และ 10 ครั้งขึ้นไป ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงตามลำดับคือ 3.58 และ 3.50 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของยาที่ได้รับ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยจำนวนของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ พบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ได้รับยาจำนวน 3 ชนิด มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับยาจำนวน 2 ชนิด และจำนวน 1 ชนิดตามลำดับคือ 3.82, 3.61 และ 3.52 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัยผลข้างเคียงของยา พบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ไม่มีอาการข้างเคียงของยา อาการท้องผูก-ท้องเสีย และเย็บช่องปากอักเสบ มีความสามารถในการดูแลตนเองใกล้เคียงกันคือ 3.70 - 3.74 ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า มีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำสุดคือ 3.45 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผลข้างเคียงของยา กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

**ตอนที่ 4** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 10

**ข้อตกลงเบื้องต้น** การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Salkind (2000: 96)

ขนาดความสัมพันธ์	ความหมาย
0.0 - 0.2	มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก
0.2 - 0.4	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.4 - 0.6	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.6 - 0.8	มีความสัมพันธ์กันสูง
0.8 - 1.0	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

**ตารางที่ 12** แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม	ภาวะสุขภาพ	ความสามารถในการดูแลตนเอง
การสนับสนุนทางสังคม	1		
ภาวะสุขภาพ	.457**	1	
ความสามารถ	.672**	.457**	1

จากตารางที่ 12 พบว่าตัวแปรระหว่างการการสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กันสูงที่ระดับ 0.67 หรือมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ตัวแปรระหว่าง สนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันที่ระดับ 0.46 ซึ่งไม่ทำให้เกิดความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity) ทั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ที่มากกว่า 0.65 (Burns and Grove, 1997 : 487)

**ตอนที่ 5** การวิเคราะห์การพยากรณ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 – 14

**ตารางที่ 13** แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Change	F	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.67	.45	.45	96.38	< 0.001
การสนับสนุนทางสังคม, อายุ	.73	.54	.09	21.20	< 0.001

\*p < .05

จากตารางที่ 13 ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมได้รับการคัดเลือกเข้ามาอยู่ในสมการเป็นตัวแรกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.45 นั่นคือการสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 45.2

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรอายุได้รับการคัดเลือกเข้ามาอยู่ในสมการเป็นตัวที่สอง และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 9 (R<sup>2</sup> Change = .09) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R<sup>2</sup>) เพิ่มขึ้นเป็น .54 นั่นคือการสนับสนุนทางสังคม และอายุสามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54

**ตารางที่ 14** แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคม อายุ ในการพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ตัวแปรพยากรณ์	B	SEb	Beta	t	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.79	.07	.68	10.82	< 0.001
อายุ	-.02	.01	-.29	-4.60	< 0.001
Constant	2.48	.44	-	5.69	< 0.001

\*p < .05

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบมาตรฐาน (Beta) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และสามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย เท่ากับ .68 นั่นหมายถึงเมื่อคะแนนการสนับสนุนจากสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน จะมีผลทำให้คะแนนความสามารถเพิ่มขึ้น .68 หน่วยคะแนน



ส่วน อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ  $-0.29$  นั้นหมายถึงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีผลทำให้คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองลดลง  $-0.29$  หน่วยคะแนน

สมการพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีดังนี้

1. สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y}_{\text{ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด}} = 2.48 + .79 X_1 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} - .24 X_2 \text{ อายุ}$$

2. สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z}_{\text{ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด}} = .68 Z_1 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} - .29 Z_2 \text{ อายุ}$$



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และ ชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดก้อนเนื้อ หรือ เป็นมะเร็งโรคเลือดของคลินิกอายุรศาสตร์โรคมะเร็ง (medical oncology) และเป็นผู้ที่อยู่ในระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 120 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เคยผ่านการได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 ครั้ง ในช่วง 2 - 4 สัปดาห์ และรอบ (cycle) ของการได้รับยาเคมีบำบัดจะต้องไม่เกิน 8 สัปดาห์ (ถ้ามากกว่า 8 สัปดาห์ อาการของผู้ป่วยจะเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ หรือไม่พบผลข้างเคียงของยา)
2. มีสติสัมปชัญญะดี ประเมินโดยใช้แบบประเมิน MMSE - Thai (2542) อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากผู้สูงอายุที่มารับบริการตามแพทย์นัด กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978: 184) เก็บข้อมูลตั้งแต่วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2551 จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 120 ราย

### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแตกต่างกัน เพศหญิงน่าจะดีกว่าเพศชาย
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
4. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
5. ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
6. ชนิดของยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
7. เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด สามารถร่วมกันพยากรณ์ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ
2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ House (1981) มีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
3. แบบสอบถามภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Orem (1991 และ 2001) มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
4. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Orem(2001) มีจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

### คุณภาพของเครื่องมือ

ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์เป็นรายข้อ และหาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุน

ทางสังคม แบบสอบถามภาวะสุขภาพ และ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ .90, .89 และ .88 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 120 คน ได้ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81, .89 และ .89 ตามลำดับ

### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน โดยเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2551 โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ และ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองด้วยสถิติ Eta ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพกับความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. วิเคราะห์การพยากรณ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอ (Stepwise Multiple Regression)

### สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพเท่ากับ 3.87 รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการเท่ากับ 3.75 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไปเท่ากับ 3.73
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = 0.28, p-value = .007, ค่า Beta = - 0.291)

3. ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = .262, p-value = .041)

4. การสนับสนุนทางสังคม และ ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .67$  และ  $.46$   $p < .05$ )

5. เพศ และ ชนิดของยาเคมีบำบัด ไม่มีความสัมพันธ์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

6. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และ อายุสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 53.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดังนี้

#### 1. สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} \text{ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด} = 2.48 + .79 X_1 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} - .24 X_2 \text{ อายุ}$$

#### 2. สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} \text{ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด} = .68 Z_1 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} - .29 Z_2 \text{ อายุ}$$

### การอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามปัญหา และสมมติฐานดังนี้

1. **ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด** โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.62 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพเท่ากับ 3.87 รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไปแต่ยังอยู่ในระดับที่สูงเหมือน 2 ด้านแรกดังที่กล่าว ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง เป็นต้นว่า ผลการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผลการศึกษาของ พุฒเมษา หมีนคำแสน (2542) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยง

และผลการศึกษาของ ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ที่ศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุข้อเข้าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต รวมทั้งผลการศึกษาของ บัณฑิต เวชพันธ์ (2548) ที่ศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นต้น

การที่ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดประเมินความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงนั้น อาจมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี และมีอายุเฉลี่ย 68.2 ปี ซึ่งจัดอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (American Nurse Association, McClymont et al., 1991 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พุฒเมษา หมั่นคำแสน (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.12 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับอายุ ของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา จากแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem (2001) พบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง วัยสูงอายุตอนต้นความเสื่อมของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มากนัก เมื่อเทียบกับวัยสูงอายุตอนปลาย จึงเป็นกลุ่มที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ (Miller, 1999) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา ให้ความสำคัญต่อการช่วยเหลือตนเองมาก สืบเนื่องจากผู้สูงอายุให้คะแนนข้อคำถามข้อที่ 8 คือ สามารถพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ก่อนที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงเท่ากับ 4.13 และข้อคำถามข้อที่ 7 คือ แม้ว่าจะมีอาการอ่อนเพลีย ก็ยังสามารถดูแลตนเองได้ตามต้องการซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงเช่นเดียวกันคือ 3.70

จากการที่ผู้สูงอายุประเมินตนเอง ด้านความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพโดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.87 อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กำลังเผชิญกับโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะสุดท้ายถึงร้อยละ 56.70 ยังให้คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่สูงเท่ากับ 3.56 ประกอบกับยังได้รับผลกระทบข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ด้วยอาการคลื่นไส้อาเจียนมากที่สุดร้อยละ 26.70 รองลงมาเป็นอาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้าร้อยละ 25.80 และ ซา ตามปลายมือปลายเท้า ประเด็นที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุยังให้คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่สูง คือ 3.55, 3.62, 3.45 ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยความเจ็บป่วย และความไม่สุขสบายเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่า ความสามารถในการดูแลตนเองนั้น เป็นเรื่องของการปรับตัวให้เหมาะสม เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เพื่อให้ตนเองอยู่รอด ต้องการมีชีวิตที่ปลอดภัย ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีเหตุผลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Orem (2001: 265) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จึงประเมินความสามารถของตนเองในระดับสูง

## 2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของ ยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง

### 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับความสามารถในการดูแลตนเองของตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า เพศ ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 56.70 ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มประชากรสูงอายุ ที่พบเพศหญิง มากกว่าเพศชาย (สถานการณ์ผู้สูงไทย, 2548) และมีความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยสูงกว่า เพศชายเท่ากับ 3.66 ส่วนเพศชายร้อยละ 43.30 มีความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งเพศชาย และ เพศหญิง มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอาหาร กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ บัณฑิต เวชพันธ์ (2548) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัดพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเช่นกัน ทั้งนี้อาจ เนื่องจากจากผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เหมือนกัน จึงมีผลให้การทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยเหล่านี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพร ไพเราะ (2539) ที่พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม และ การตรวจสุขภาพประจำปี และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ที่พบว่า เพศชาย มีการดูแลตนเองและแบบแผนในการดำเนินชีวิตดีกว่าเพศหญิง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นงานวิจัยที่ศึกษานี้ จึงไม่เป็นไปตามแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า เพศ เป็นปัจจัยพื้นฐานโดยตรงที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เพราะบุคคลจะมี

ความแตกต่างกันทางด้านสรีระ บทบาท หน้าที่ เช่น เพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนหวาน มีความละเอียดรอบคอบ จะมีบทบาทในการทำหน้าที่ดูแลบ้าน ดูแลตนเอง และบุคคลในครอบครัวในทุกด้าน ส่วนเพศชายมักเป็นผู้นำครอบครัว จึงเกิดความแตกต่างบทบาทในสังคม ดังนั้นจึงส่งผลให้ เพศชาย และ เพศหญิง เกิดพฤติกรรมและความต้องการการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

2.2 อายุ จากผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หมายความว่า ยิ่งมีอายุสูงขึ้น ความสามารถในการดูแลตนเองจะยิ่งลดลงหรือความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงตามตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่พยาธิสรีรวิทยาเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รจนานถ ร่วงลือ (2536) ที่ศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ใจแก้ว (2537) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Gerald (1996) ที่พบว่า ผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 65 ปี จะมีปัญหาสุขภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติกาญจน์ วัชรรุ่ง และ นพนันท์ สิงห์ลาว (2547) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -0.256$ ) จากการศึกษาในครั้งนี้ แม้ว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่าง และยังไม่อยู่ในภาวะเสื่อมถอยมาก แต่พบว่า มีโรคประจำตัวเกินครึ่งของกลุ่ม (ร้อยละ 57.5) และเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดที่มีพิษต่อร่างกายเพิ่มขึ้นอีก ดังจะเห็นได้จากผู้สูงอายุได้รับยาเคมีจำนวน 7 - 9 ครั้ง และ 10 ครั้งขึ้นไป ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลงตามลำดับคือ 3.58 และ 3.50 จึงอาจส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองลดลง (Dees, Reilly and Goodman, 2000) มากยิ่งขึ้น

แตงงานวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pickard-Holley (1991) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548)



ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทลียา อุกติ และ ญัฐนิช จันทจิรโกวิท (2550) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเหล่านี้ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ที่อาจมีการเสื่อมถอยของการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่าง ของวิจัยนี้ ที่ทำในกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกาย รวมทั้งมีโรคประจำตัวร่วมด้วย จึงทำให้อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองได้

2.3 ระดับการศึกษา จากผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 หมายความว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดถ้ามีความรู้ ทักษะ หรือได้รับการศึกษาที่ดี จะทำให้นุคนคลปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Orem (2001) และสอดคล้องกับการวิจัยของ จิราพร อมรวิบาล (2536) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ใจแก้ว (2537) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ เพียงเกต (2541) และ Szinovaccz et al. (1999) ที่พบว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อย จะขาดโอกาสในการเรียนรู้สุขภาพอนามัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา ลีละวงศ์ (2541) และ Speak, Cowart and Pallet (1989) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ และ นิสากร เขารัตน์ (2548) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทลียา อุกติ และ ญัฐนิช จันทจิรโกวิท (2550) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สำหรับการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.50 และยังพบว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยยังอยู่ในเกณฑ์ที่สูง (3.57 จากคะแนนเต็ม 5) เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ที่จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาขึ้นไป (3.82) ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุโรคมะเร็งแม้จะจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา แต่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้วยการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง หรือได้รับข้อมูลข่าวสารจากญาติพี่น้อง ที่เป็นแหล่งประโยชน์ ที่คอยแนะนำสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพมากขึ้นในยามที่เจ็บป่วย และอาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุทุกคนไม่ว่าจะมีการศึกษาในระดับใด จะต้องได้รับความรู้ คำแนะนำ จากแพทย์ และพยาบาลในการปฏิบัติตัว ก่อนที่จะได้รับการรักษา เพื่อเตรียมความพร้อมให้ทุกคนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง โดยสังเกตได้จากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้คะแนนข้อที่ 22 คือ ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ -พยาบาลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.02 และยังให้คะแนนข้อที่ 23 คือ สามารถหาความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดเท่ากับ 3.70 รวมทั้งข้อที่ 25 มีการทบทวนความรู้ที่ได้รับจากแพทย์ -พยาบาลเพื่อการดูแลตนเองเป็นประจำเท่ากับ 3.76 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับสูงเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุพยายามปรับตัวเพื่อการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองของความต้องการที่จำเป็นในยามเจ็บป่วย หรือเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

2.4. การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.67, p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 หมายความว่า ถ้าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ หรือ เพิ่มความพยายามในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Orem (2001) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับสูงที่สุดเท่ากับ 4.29 รองลงมาเป็นด้านการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน เท่ากับ 4.20 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อบุคคลอื่นเป็นที่รักยิ่งในครอบครัวเป็นมะเร็ง นั้นหมายถึง ความตาย ความเจ็บปวด ความสูญเสีย กำลังจะเกิดขึ้น จึงทำให้บุคคลรอบข้างสนใจในตัวของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจพร้อมที่จะต่อสู้กับโรค ซึ่งจะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร อมราภิบาล (2536) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .47$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัปสร รังสิปการ (2539) ที่พบว่า การ

สนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งงานวิจัยของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่าการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 22

2.5. ภาวะสุขภาพ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.46$   $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อ 5 หมายความว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพในเกณฑ์ดี จะมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองสูง ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี จะมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่โรคอยู่ในระยะสุดท้าย และได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลกระทบต่อร่างกายเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ด้วยการอาการคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 26.70) อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า (ร้อยละ 25.80) และยังมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 57.50 นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องนั่งรถเข็น หรือมาเปลนอน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ถึงแม้ว่าจะมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูงก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาคือ ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น การศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชติภคิตติคุณ (2534); ดวงพร รัตนอมรชัย (2535); Isenberg cited in Gast et al., (1989); พุฒเมษา หมิ่นคำแสน (2542); ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) ซึ่งสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง ดังที่ Orem (2001) กล่าวไว้ว่า แม้บุคคลจะมีการเจ็บป่วย หรือไม่ก็ตาม บุคคลนั้นก็ยังสามารถรับรู้ถึงความผาสุก หรือการรับรู้สุขภาพที่ดีได้ ซึ่งขึ้นกับตัวบุคคลนั้นจะเป็นผู้ตัดสินใจทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ภายในของบุคคลนั้น (Orem, 2001: 185)

เป็นที่สังเกตว่าผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณในระดับที่สูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80) จาก 4 ด้าน อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และการดำเนินของโรคอยู่ในระยะสุดท้ายเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้คิดถึงความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น จึงต้องการความรัก ต้องการการดูแล อยากให้ผู้อื่นรับรู้ความรู้สึกของตน ต้องการขอบคุณ และให้อภัยในสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านมา จากการประเมินรายข้อด้านจิตวิญญาณพบว่า ผู้สูงอายุยังรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมายต่อสมาชิกในครอบครัว (4.09) สูงที่สุด และต้องการให้อภัยในสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านมา (4.00) เป็นลำดับที่ 2 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังหวังว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป และมีความสุขตามสภาพ

อยู่ในระดับสูง (3.80) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อที่ 30 คือได้วางแผนจัดการภาวะต่าง ๆ ในครอบครัวครบถ้วน (3.58) อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุบางรายบอกว่าไม่มีสมบัติ หรือ ทรัพย์สินเงินทองที่จะให้ใครได้ และพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ ต้องพึ่งพาบุตรหลาน จึงไม่ต้องการวางแผนจัดการภาวะต่าง ๆ ในครอบครัวก่อนเสียชีวิต

2.6 ชนิดของยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าชนิดของยาเคมีบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็นนี้ว่า แต่เดิมผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับสูตรยาที่มีส่วนผสมของ Antracycline หรือ ยาที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารก็ตาม มักจะเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย โลหิตจาง ทำให้ผู้สูงอายุกลัวการรักษา บางรายทนไม่ได้จึงปฏิเสธการรักษา ซึ่งต่างกับผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีที่มีผลข้างเคียงน้อยหรือแทบไม่มีผลกระทบต่อร่างกาย จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 75.80 ได้รับยาที่มีผลกระทบต่อร่างกายเป็นส่วนใหญ่ และร้อยละ 37.50 ได้รับยาเคมีมาแล้ว 1 – 3 ครั้งมากที่สุด ซึ่งอาจยังไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกายมากนัก หรือยังไม่เกิดการสะสมของยา นอกจากนี้โรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาแล้ว จึงมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาเป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้สูงอายุ และญาติได้รับข้อมูลที่ชัดเจน ทำให้มีความวิตกกังวลน้อยลง สามารถป้องกันและบรรเทาอาการด้วยตัวเองได้ ประกอบกับปัจจุบันมียาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่มีประสิทธิภาพสูง เช่น ยากลุ่ม Serotonin antagonist ได้แก่ Kytril, Zofran, Onsia หรือ Dexamethasone ที่ให้ร่วมกัน ซึ่งเป็นยาที่ป้องกันและควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ดี ซึ่งเริ่มเป็นมาตรฐานในการรักษาในขณะนี้ (Meiner and Lueckenotte, 2006) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง ทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น เกิดความเหนื่อยล้า น้อยลง และประการที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับยาในกลุ่มที่กดการทำงานของไขกระดูกมาก แพทย์มักจะฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด จึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจางดีขึ้น (Chatta et al., 1993) จึงทำให้ผลการศึกษานี้พบว่ายาเคมีบำบัดที่ได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ ดาโลปการ (2545) ที่พบว่าสูตรยาเคมีบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin et al. (2006); Green et al. (2006); Burdette – Radoux และ Muss (2006) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาของ Martin et al. (2006) ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,047 คน มีอายุตั้งแต่ 18 – 71 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุค่อนข้างกว้าง และมีการควบคุมด้วยการใช้ยาฉีดและไม่ใช้ยาฉีดกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด ในขณะที่งานวิจัยนี้ใช้กลุ่ม

ตัวอย่างเพียง 120 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ประกอบกับระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัยแตกต่างกัน ทำให้มีวิวัฒนาการของยาต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาเคมีบำบัดที่ผลิตออกมาใหม่ ๆ มักจะมีผลกระทบท่อร่างกายน้อย หรือไม่มีผลกระทบท่อร่างกาย รวมถึงสถานการณ์ปัจจุบัน สถานพยาบาลต่าง ๆ จะเน้นให้การรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผลการศึกษาคัดแย้งกันได้

### 3. วิเคราะห์การพยากรณ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัดการสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise Multiple Regression)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อนในการพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่า ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม และ อายุ โดยการสนับสนุนทางสังคมได้รับเลือกให้เข้าสู่สมการเป็นอันดับแรก และสามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 45.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .68 ส่วนอายุได้รับเลือกให้เข้าสู่สมการเป็นอันดับที่ 2 และเพิ่มความสามารถในการพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 8.50 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคม และ อายุ สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 53.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ -.291 ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ที่เข้าสู่สมการได้ดังนี้

3.1 การสนับสนุนทางสังคมพบว่าถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการทำนายเป็นอันดับแรก ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 45.20 ( $R^2 = 0.452$ ) เมื่อพิจารณาน้ำหนัก และทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก (Beta = .684) แสดงว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลง จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการชื่นชมเมื่อปฏิบัติตัวดี (4.53) หรือคนใกล้ชิดคอยช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ (4.28) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์สูงที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของสังคมไทยมีความผูกพัน รักใคร่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนับสนุนมากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบายความทุกข์ ความคับข้องใจ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ย่อม

ส่งผลต่อความสามารถได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.04) จึงทำให้ความสามารถเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.62

ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง และอยู่ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด การสนับสนุนทางสังคมมีความจำเป็นมาก เนื่องจากการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาสูง จึงควรมีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุก่อนที่จะได้รับยาเคมีบำบัด (Hurria et al., 2006) เพราะจะมีผลต่อการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถรวมพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 22 ส่วน สกุรัตน์ เตียววานิช (2545) และ Chen and Rill (1985) พบว่าการได้รับการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม ด้านจิตใจ อารมณ์ วัตถุประสงค์ของ รวมถึงการช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงิน ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี มีความผาสุกในชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Norbeck (1991) พบว่าการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ ซึ่งจะเป็นตัวร่วมในการพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองได้

อายุ พบว่าถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนายเป็นอันดับสอง ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย อายุ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 8.50 ( $R^2$  Change = .085) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ ( $R^2$ ) เพิ่มขึ้นเป็น 0.54 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคม และ อายุ สามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54 เมื่อพิจารณาน้ำหนัก และทิศทางพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบ ( $Beta = - .29$ ) แสดงว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่อายุเพิ่มขึ้น 1 ปี จะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง  $-.29$  หน่วยคะแนน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001: 372 - 379) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับ อายุ โดยเริ่มมาตั้งแต่วัยเด็ก จะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงในวัยสูงอายุ นั่นคือบุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองเปลี่ยนไปตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รจนาถ ร่วงลือ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเป็นมะเร็ง และยังคงต้องได้รับยาเคมีบำบัด ย่อมส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานลดน้อยลงอยู่แล้ว จึงส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดมากขึ้น และจะส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Dees, Reilly and Goodman, 2000) ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงไปด้วย

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรค มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้คือ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า ตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด เป็น ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมี บำบัด อยู่ในระดับที่ต่ำ ทำให้ไม่สามารถนำมาพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองได้ คือ เพศ มีความสัมพันธ์  $Eta = .10$  ระดับการศึกษา  $Eta = .26$  ชนิดของยาเคมีบำบัด  $Eta = .01$  ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปรเป็นค่าที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ส่วนภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับ ปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) = .46 จึงมีความสัมพันธ์ไม่เพียงพอที่จะนำมาทำนายได้ ดังนั้นจึงไม่ได้รับให้เข้าสู่สมการพยากรณ์

### อภิปรายผลเพิ่มเติม ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคล

จากผลการวิจัยนี้พบผู้สูงอายุเป็นมะเร็งปอดมากที่สุด ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวโน้มโรคมะเร็ง ในระดับชาติที่พบมะเร็งมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตับ พบมากที่สุด ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือของประเทศไทยมากที่สุด (Cancer in Thailand, 1998 - 2000) ซึ่งมีโรงพยาบาลที่มีศักยภาพทั้ง 2 ภาค รองรับอยู่แล้ว ผู้ป่วยจึงไม่จำเป็นต้องเข้ามารักษา ในกรุงเทพมหานคร ประเด็นที่สำคัญคือ มะเร็งปอดจะพบในภาคกลางสูง โดยเฉพาะใน กรุงเทพมหานคร (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ Online, 2548) ดังนั้นจึงพบมะเร็งปอดมากกว่ามะเร็ง ชนิดอื่น ๆ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด เนื่องจาก ประชากรเพศหญิงมีอายุยืนมากกว่าเพศชาย จึงพบมะเร็งเต้านมตามแนวโน้มประชากรสูงอายุ เพศหญิงด้วย และประเด็นที่สำคัญคือมะเร็งเต้านมร้อยละ 80 เกิดในเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และโรคมักจะอยู่ในระยะสุดท้ายในวัยสูงอายุ (American Cancer Society, 2004) ซึ่ง สอดคล้องกับงานของผู้วิจัยที่พบโรคมะเร็งส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 56.70 และสอดคล้อง กับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และข้อมูลสถิติการเกิดโรคมะเร็งในเพศหญิงในภาพรวมของ ประเทศไทยที่พบมะเร็งเต้านมมากที่สุด (Cancer in Thailand, 1998 - 2000)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้นับว่าเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนให้การพยาบาล ผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในที่นี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะต้องประเมินว่าได้รับการสนับสนุนจากญาติ พี่น้อง บุคคลใกล้ชิด เพียงพอหรือไม่ เพราะถ้าผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง หากเกิดอาการแทรกซ้อนในระหว่างการรักษา เช่น มีไข้สูงหนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ใครจะเป็นผู้ดูแล หรือได้รับยาเคมีไปแล้ว มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ไม่สามารถประกอบอาหารได้เอง จะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ช้า ซึ่งอาจมีผลต่อการรักษา ไม่สามารถให้ยาต่อไปได้ เนื่องจากร่างกายไม่พร้อมที่จะรับยา ทำให้โรคกลับเป็นซ้ำ มีชีวิตสั้นลง ดังนั้น

1.1 พยาบาลควรให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เช่น ขณะให้ยาควรให้ญาติ หรือ บุคคลใกล้ชิดเข้ามาอยู่ใกล้ ๆ เพื่อเป็นกำลังใจ เป็นการให้ความรัก ความอบอุ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจพร้อมที่จะต่อสู้กับโรค เพราะจะส่งผลให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองด้วย

1.2 ผู้สูงอายุ ควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร หรือ ด้านแรงงาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะต้องมาโรงพยาบาลบ่อย เพื่อตรวจเช็คผลเลือดเป็นระยะ ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อาจก่อให้เกิดความเครียด และจะส่งผลให้การดูแลตนเองลดลงได้

1.3 พยาบาลควรให้ความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด โดยให้ญาติรับทราบแนวทางการดูแล เพราะผู้สูงอายุอาจจะจำในสิ่งที่พยาบาลสอน หรือ คำแนะนำไม่ได้หมดทุกเรื่อง ควรทบทวนการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองเป็นระยะ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในทุกขณะ เพราะผู้สูงอายุมีความอ่อนไหวต่อการเกิดเป็นพิษของยา ซึ่งในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัด หากประคับประคองให้ร่างกาย และจิตใจดี จะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองยังคงดีต่อไป

1.4 พยาบาลควรเป็นที่ปรึกษาในด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวล เช่น เป็นผู้หาแหล่งประโยชน์ เป็นผู้ส่งต่อในทีมสุขภาพ หรือเป็นผู้ประสานงานให้ผู้ป่วยมะเร็งได้มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นการส่งเสริมให้ได้รับประสบการณ์ที่ดี เพื่อนำไปเป็นแบบอย่างในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง

2. อายุ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่พยาบาลควรให้ความสนใจ เนื่องจากวัยสูงอายุ ถ้าอายุยิ่งมาก หากได้รับยาเคมีบำบัดถือว่ามีความเสี่ยงสูง จะต้องดูแลมากเป็นพิเศษ หากได้รับยาเคมีที่มีพิษต่อไขกระดูก หรือ ระบบทางเดินอาหาร หรือ ยาที่ส่งผลต่อระบบประสาท จะต้องติดตามการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงการดูดซึมของยา การขับออก อาจทำให้มีผลข้างเคียงมาก และใช้เวลานานขึ้น ซึ่งจะกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ดังนั้น



- 2.1 ควรสอบถามอาการเป็นระยะ เพื่อประเมินความเจ็บป่วยที่อาจเพิ่มขึ้น
  - 2.2 ควรค้นหาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้ครอบคลุมในทุกด้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างดีเลิศ
  - 2.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตัวเองให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้เช่นกัน
3. ควรประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนทุกครั้ง เพื่อให้ทราบถึงจุดบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเลือกวิธีที่เหมาะสมในการช่วยเหลือ โดยจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจากผลการวิจัยนี้พบว่า ระดับการศึกษา และ ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ จึงควรนำมาประเมินกับผู้สูงอายุที่ได้รับยาเคมีบำบัดดังนี้
- 3.1 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา การทำกิจกรรมใด ๆ ที่ส่งเสริมความสามารถ ควรคำนึงถึงระดับการศึกษาที่ต่างกัน เพราะผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับรู้ในระดับที่ต่างกัน
  - 3.2 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ควรมีการประเมินสุขภาพก่อนได้รับยาเคมี การมีโรคประจำตัว และการรับประทานยาหลายชนิดอาจเกิดปฏิกิริยาซึ่งกันและกันได้ รวมทั้งจะมีผลต่อยาเคมีบำบัดที่ได้รับ เพราะจะมีผลต่อสุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกาย

### ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ยังมีการศึกษากันน้อย เช่น ระบบบริการสุขภาพ สภาพสิ่งแวดล้อม ความเชื่อและทัศนคติ เป็นต้น
2. ควรศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อให้ผู้มีส่วนรับผิดชอบนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบาย ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวม
3. ควรขยายผลการวิจัยเพื่อต่อยอดสู่การพัฒนา เช่น การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน หรือการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยพยาบาล
4. หากต้องการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ควรศึกษาโรคมะเร็งเพียงชนิดเดียว เพื่อให้เกิดความชัดเจน ต่อการนำผลการศึกษาไปใช้ และมีความเฉพาะเจาะจงต่อโรคมายิ่งขึ้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกวรรณ เพียงเกต. (2541). **บทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอสันป่าตอง จ. เชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยภาคศึกษาสงเคราะห์ศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กนกพร ใจแก้ว. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิชาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤติกาพร ไยโนตาต. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุศล กีบาง. (2546). **ปัจจัยคัดสรรที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่พึ่งในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งธัญบุรี จังหวัดประทุมธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกษก่อง สีหะวงษ์. (2539). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวง. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2548). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548**. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

- คัทลียา อุกติ และ ณัฐนิช จันทจิรโกวิท. (2550). ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อปouching ต่อเนื่อง. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 25 (3): 171 – 177.
- จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2546). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วารสารพยาบาล** 52(1): 11 - 15.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุม กับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีพร เตชะรัตนมณี. (2547). **ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธีรวุฒิ คูหะเปรมะ. (2547). สถานการณ์โรคมะเร็งของประเทศไทย. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ [online]. Available from: [http://www. nci. statistics](http://www.nci. statistics) [2007, June 10]
- นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). **ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.

บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ และนิสากร เยาวรัตน์. (2548). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมืองจังหวัดราชบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี** 17(1): 1 - 13.

บัวพร เวชพันธ์. (2548). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามคำแหง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย. (2544). Breast cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา (บรรณาธิการ). **Manual of Radiation Oncology**. หน้า 133 – 164. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัทรพร ไพเราะ. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพียงใจ ดาโลการ. (2545). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พุดเมษา หมั่นคำแสน. (2542). **ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รจนาถ ร่วงลือ. (2536). **การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง และ นพนนท์ สิงห์ลาว. (2547). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี**. **วารสารการพยาบาลและการสาธารณสุข** 1(1): 1 - 10.

ชลธร รักษานวงศ์. (2545). **การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนสะพานพระรามหก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร**. **สารนิพนธ์ สส.ม. สาขาการจัดการโครงการสวัสดิการสังคมสมุทรปราการ** มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

- วนิดา รัตนานนท์. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). **ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และการปฏิบัติเพื่อการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรชัย รัตนธรร (บรรณาธิการ). (2541). **ตำราการรักษาโรคมะเร็ง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เฮลท์ ออทอริตี้ส์.
- วรรณิ์ ชัชวาลทิพากร, มาลินี ชลานันท์, อรพิน ฐานกุลศักดิ์ และ ดารุณี ภูษณสุวรรณศิริ. (2543). **พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัด ชัยนาท**. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3(กรกฎาคม - กันยายน): 4 – 13.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). **สวัสดิการผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริมา ลีละวงศ์. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ** ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภย์มะเร็ง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2550). **มะเร็งตับ**. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.[online].Available from:<http://www.medinfo2.psu.ac.th/cancer/livercancer.php> [2007, July 23]
- สกุลรัตน์ เตียววานิช. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. (2540 – 2548). สาเหตุอัตราการตายของประชากรทั้งประเทศ. [online]. Available from: [http://www.spko.moph.go.th/dataCenter/cause\\_death.xls](http://www.spko.moph.go.th/dataCenter/cause_death.xls)[2007, November 10]
- สาธารณสุข, กระทรวง. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). **การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมิตรา ทองประเสริฐ. (2536). **การรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด**. หน่วยมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2550). มะเร็งตับ. [online]. Available from: <http://www.nci.statistic> [2007, July 20]
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). **ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพิน พิภพบุญจันทร์. (2547). **ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวลักษณ์ มณีรักษ์. (2545). **ประสบการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2550). **เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. (เอกสารอัดสำเนา 6 มิถุนายน 2550) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุ อิศระพานิช. (2549). **ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและการได้รับการตอบสนองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อลิสรา วัชรสินธุ และคณะ. (2548). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต แนวทางการเสริมสร้างพัฒนาป้องกัน และแก้ไขสุขภาพจิตของคนไทย**. คณะทำงานการสาธารณสุขและการพัฒนาคุณภาพชีวิต สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

- อินทราพร พรหมปรการ. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2550). **เอกสารประกอบการสอนวิชาสถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์.** ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

- American Society of Clinical Oncology. (2006). Why do patients choose chemotherapy near the end of life? : A review of the perspective of those facing death from cancer. *Journal of Clinical Oncology* 24 (21): 3490 - 3496.
- American Cancer Society. (2004). **Cancer facts and figures:** Atlanta The Society.
- American Cancer Society. (2004a). **Cancer facts and figures:** Atlanta The Society.
- American Cancer Society. (2004b). **What are the side effects of chemotherapy:** Atlanta The Society.
- American Geriatric Society. (2000). Clinical Practice Committee: Breast screening in older women. *Am J Geriatr Soc* 48: 842.
- American Lung Association Epidemiology and statistic (2004). **Unit research and scientific Affairs: Trens in lung cancer morbidity and mortality.** New York : The Association.
- Ashley, F., Kannel, W.B., Sorlie, P.D., and et al. (1975). Pulmonary function relation to aging, cigarette habit and mortality. *Ann Intern Med* 82: 739 - 745.
- Ahles, T.A., Saykin, A.J. (2002). Breast cancer chemotherapy - related cognitive dysfunction. *Clin Breast Cancer* 3: 584 - 590.

- Baker, S.D., Grochow, L.B. (1997). Pharmacology of cancer chemotherapy in the older person. *Clin Geriatr Med* 13(1): 169.
- Balducci, L. (2003). Myelosuppression its consequences in elderly patients with cancer. *Oncology* 11: 27 - 32.
- Balducci, L., Mowrey, K. (1992). Pharmacology and organ toxicity of chemotherapy in older patients. *Oncology* 6: 62 - 68.
- Balducci, L., Mowrey, K., Parker, M. (1992). Pharmacology of antineoplastic agents. In Balducci, L., Lyman, G.H., and Ershler, W.B. (eds), *Geriatric Oncology*. Philadelphia: JB Lipincott.
- Balducci, L. (2003). Geriatric oncology. *Crit Rev Oncol Hematol* 46: 211 - 220.
- Balducci, L., and Extermann, M. (2000). Management of cancer in the older person: A practical approach. [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?itool=abstracplus&db=pubmed> [2007, January 16]
- Balducci, L., and Corcoran, M.B. (2000). **Antineoplastic chemotherapy of older cancer patient**. *Hematol Oncol Clin North Am* 14: 193 - 212.
- Balducci, L., and Extermann, M. (2001). A practical approach to the older patient with cancer. *Curr. Prob. Cancer* 25: 1 - 76.
- Balducci, L., and Carra, I. (2002). Oral chemotherapy of cancer in the elderly. *Am. J. Cancer* 1: 101 - 108.
- Balducci, L., Pow-Sang, J., Friedland, J., and Diaz, J.I. (1997). *Cli. Ger. Med.* 13: 283 – 307.
- Balducci, L., and Yates, G. (2000). General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncol. NCCN* 14: 221 - 227.
- Beaufreere, B., and Morio, B. (2000). Fat and protein redistribution with aging: metabolic considerations. *Eur J Clin Nutr* 3: S48 - 53. [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/escan.fcgi?db=pubmed&uid=1104> [2007, July 21]
- Bergkvist, L., and et al. (1989). The risk of breast cancer after estrogen and Estrogen - progestin replacement. *N Engl J Med* 321: 293.
- Bennett, J.A., Stewart, A.L., Kayser-Jones, J., and et al. (2002). The mediating effect of pain and fatigue on level of functioning in older adult. *Nursing Research*. 51: 254 - 265.
- Bergkvist, L., and et al. (1989). The risk of breast cancer after estrogen and estrogen-progestin replacement. *N Engl J Med* 321: 293.



- Bertini, M., Freilone, R., Vitolo, U., and et al. (1996). The treatment of elderly patients with aggressive non - Hodgkin's lymphomas: feasibility and efficacy of an intensive multidrug regimen. **Leuk Lymph** 22: 483 - 493.
- Bjorkholm, M., Osby, E., Hagberg, H., and et al. (1999). Randomized trial of R- methu granulocyte colony stimulating factors as adjunct to CHOP or CNOP treatment of elderly patients with aggressive non - Hodgkin,s lymphoma. **Proc ASH, Blood** 94: 599a.
- Bonafe, M., Valesin, S., Gianni, W., Marigliano, W., and Franceschi, C. (2001). The unexpected contribution of immunosenescence to the levelling off of cancer incidence and mortality in the oldest old. **Crit. Rev. Oncol. Hematol** 39: 227- 233.
- Borg, C., Hallberg, I. R., and Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self - care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. **Journal of Clinical Nursing** 15: 607 - 616.
- Bourbonniere, M. and Kagan, SH. (2004). **Nursing intervention and older adults who have cancer: specific science and evidence based practice.**[online]. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed>[2007, March 31]
- Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Mo, M., and Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. **Psycho - Oncology** 8: 417 - 428.
- Buchwald, D., and et al. (1996). Functional status in patient' s with chronic fatigue syndrome, other fatiguing illness, and healthy individual. **American Journal of Medicine** 101(April): 364 - 370.
- Burdette - Radoux, S., and Muss, H. B. (2006). Adjuvant Chemotherapy in the Elderly: Whom to Treat, What Regimen? [online]. Available from [http:// www. The Oncology gist.com/cgi/content/full/11/3/234](http://www.TheOncology.com/cgi/content/full/11/3/234)
- Burn, N., and Grove, S.K. (1997). **The practice of nursing research: Conduct, Critique &Utilization.** 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Callaghan, D.M. (2003). Health - promoting self-care behavior, self - care, self- efficacy, and self - care agency. **Nursing Science Quarterly** 16: 247 - 254.
- Callaghan, D.M. (2006). The Influence of Spiritual Growth on Self - Care Agency in an Older Adult Population. **Gerontological Nursing** 32(9): 43 - 50.

- Khuhaprema, T., Srivatanakul, P., Sriplung, H. and et al. **Cancer in Thailand**. Vol.4, 1998 – 2000. (Bangkok, 2007)
- Carbon, P.P., and Cleary, J.F. (1998). Oncologic disorders. Cited in Duthie, E., and Katz, P: **Practice of Geriatrics**. WP Saunder Philadelphia.
- Chatta, G.S., Andrews, R.G., Rodger, E., and et al. (1993). Hematopoietin progenitors and aging: alterations in granulocytic precursors and responsiveness to recombinant human G - CSF, GM - CSF and IL - 3 **Gerontol** 48: M207 - M212.
- Chen, H., Cantor, A., Meyer, J., Corcoran, M. B., Grendys, E., Cavanaugh, D., and et al. (2003). Can older Cancer Patients Tolerate Chemotherapy. **American Cancer Society** 15(February): 1107 - 1108.
- Chen, S., and Rill, T.A. (1985). Stress social support and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin** 98: 310 - 357.
- Chen, Z., Maricle, M., Pettinger, M., and et al. (2005). Osteoporosis and rate of bone loss among postmenopausal survivors of breast cancer. **Cancer** 104: 1520- 1530.
- Chrishilles, E., Delgado, D.J., and Stolsbeck, B.S. (2002). Impact of age and colony-stimulating factor use on hospital length of stay for febrile neutropenia in CHOP treated non-Hodgkin's lymphoma. **Cancer Contr. JMCC** 9: 203 - 211.
- Clipp, E.C., and Steinhauser, K.E. (2003). Psychosocial influences on health in later life. In Cassel, C.K. eds. **Geriatric Medicine: an evidence - based approach**. 4<sup>th</sup> ed. New York: Springer - Verlag.
- Craven, R.F., and Hirnle, C.J. (2003). **Fundamentals of nursing: Human health and function** 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Crighton, M.H., and Puppione, A.A. (2006). Geriatric Neutrophils for older adults. **Seminars in Oncology Nursing** 22 (1): 3.
- Crivellari, M., Bontti, M., Castiglione - Gertsch., and et al. (2000). Burdens and benefits of adjuvant cyclophosphamide, methotrexate and fluorouracil and tamoxifen for elderly patients with breast cancer: The International Breast Cancer Study Group Trial Vii. **J Clin Oncol** 187: 1412 - 1422.

- Connolly, M.J., Crowley, J.J., Charan, N.B., and et al. (1992). Reduced subjective awareness of bronchoconstriction provoked by methacholine in elderly asthmatic and normal subjects as measured on a simple awareness scale. *Thorax* 47: 410 - 413.
- Cummings, S., and Olopade, O. (1998). Predisposition testing for inherited breast cancer. *Oncology* 12(8): 1227 - 1241.
- Cusack, B.J. (2004). Pharmacokinetics in older person. *Am J Geriatr Pharmacother* 2: 274 - 302.
- Dees, E.C., Reilly, S.O., Goodman, S.N., and et al. (2000). A prospective pharmacologic evaluation of age - related toxicity chemotherapy in women with breast cancer. *Cancer Invest* 18: 521 - 529.
- Denyes, M.J. (1988). Orem's model used for health promotion: Direction from research. *Advances of Nursing Science* 11(1): 13 - 21.
- DeSanto, N.G., Anastasio, P., Coppola, S., and et al. (1976). Age - related changes in renal reserve and renal tubular function in healthy humans. *Child Nephrol Urol* 11: 33 - 40.
- Diaz-Rubio, F., Burris, H., Douillard, J.Y., and et al. (2004). Safety of capecitabine compared to fluorouracil/leucovorin for the adjuvant treatment of elderly colon cancer patients. *J Clin Oncol* 22(14): 258s.
- Dhar, H.L. (2001). *Gender, Ageing , Health and Society*. [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed>[2007, April 19]
- Ebersole, P., and Hess, P. (2001). *Geriatric Nursing and Healthy Aging*. St.Louis :Mosby.
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Evers, G.C.M. (1985). *Appraisal of self-care agency A.S.A. Scale: Reliability and validity testing of Dutch version of A.S.A. Scale measuring Orem's concept "self-care agency"*. The Netherlands: Van Gorcum, Assen.
- Extermann, M., Chen, A., and Cantor, A. B., and et al. (2000). Predictors of toxicity from chemotherapy in older patients. *Proc. Am. Soc. Clin.* 19: 617a.
- Fehrman-Ekholm, I., Skeppholm, L. (2004). Renal function in the elderly (>70 years old) measured by means of clearance, serum creatinine, serum urea and estimated clearance. *Scand J Urol Nephrol* 38: 73 - 77.

- Ferketich, S. (1991). Aspects of item analysis. **Research in Nursing and Health** 14: 165 – 168.
- Foubert, J. (2006). The future role of geriatric oncology Nursing: Educational aspects. **European Journal of Oncology Nursing** 10: 218 - 220.
- Fox, R.A., and Pxy, J. (1993). Geriatric and the problem solving approach. *Medicine in the frail elderly: A Problem Oriented Approach*. **Arnold, London** 1 - 3.
- Futcher, R.A., and Hyland, C.M. (1981). Effectiveness of once daily oral iron in the elderly. **Age Ageing** 10: 44 - 46.
- Gall, T.L. (2004). The role of religious coping in adjustment to prostate cancer. **Cancer Nursing** 27(6): 454 - 460.
- Gaskamp, C., and Meraviglia, M. (2006). Evidence - based guideline: promoting spirituality in the older adult. **Gerontological Nursing** 32(11): 8.
- Gast, H. L., Denyes, M.J., Cammpbell, J.C., Hartweg, D.L., Schott-Baer, D., and Isenberg, M. (1989). Conceptualizations operationalizations. **Advances in Nursing Science** 12(1): 26 - 38.
- Geden, E., and Taylor, S. (1991). Construct and empirical validity of the self- as - carer inventory. **Nursing Research** 40: 47 - 50.
- Gerald, D. (1996). **Homeless**. New York: International Thomson publishing Co.
- George, L. (1996). Social factors and illness. In Binstock, R., George, L. eds. **Handbook of Aging and the Social Sciences**. San Diego: Academic Press. 229 - 252.
- Glass, A.G., and Hoover, R.N. (1989). The emerging epidemics of melanoma and squamous cell skin cancer. **J. Am. Med. Ass** 262: 2097 - 2100.
- Gomez, H., Mas, L., Casanova, L., and et al. (1998). Elderly patients with aggressive non-Hodgkin's lymphoma treated with CHOP chemotherapy plus granulocyte – macrophage colony-stimulating factor identification of two age subgroup with differing hematology toxicity. **J Clin Oncol** 16: 2352 - 2358.
- Goodwin, J. and Burns, E. (1998). Immunological change of aging. Cited in Balducci, L., Lyman, G.H., and Ershler (eds), **Comprehensive geriatric oncology**. London: Harwood Academic.

- Green, M.R., Manikhas, G.M., Orlov, S., Afanasyev, B., Makhson, A.M., Bhar, P., Hawkins, M.J. (2006). Abraxane, a novel Cremophor - free, albumin-bound particlc form of paclitaxel for the treatment of advanced non - small - cell lung cancer. **Annals of Oncology** 17: 1263 - 1268.
- Gobel, B.H., and Schulmeister, L. (2007). Clinical Dilemmas: Evidence - Based Interventions. **Oncology Nursing** 23: 162-163.
- Gridelli, C., Perrone, F., Gallo, C., Cigolari, S. (2003). **Chemotherapy for elderly patients with advanced non-small-cell lung cancer: The Multicenter Italian Lung Cancer in the Elderly Study (MILES) phase III randomized trial.**[online]. Available from:<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=3&did>. [2007, October 7]
- Hansen, J. (1998). Common cancers in the elderly. **Drug & Aging** 13: 467.
- Herbert, R.A. (2006). The biology of human ageing. cited in Redfern, S.A., and Ross, F.M. eds. **Nursing Older people**. 4<sup>th</sup> Edinburgh: Elsevier.
- Hermann, C.P. (2001). Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. **Oncology Nursing Forum** 28(9): 67 - 80.
- Highfield, M.F. (1992). Spiritual health of oncology patient: Nurse and patient perspectives. **Cancer Nursing** 15(1): 1 - 8.
- Highfield, M.F., and Carson, V.B. (1983). Spiritual need of patient: Are they recognized. **Cancer Nursing** 5(5): 187 - 192.
- Hilleras, P.K., Jorm, A.F., Herlitz, A., and Winblad, B. (2001). Life satisfaction among the very old: A servey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. **International Journal of Aging and Human Development** 52: 71 - 90.
- Hill, B.E., Ingle, J.N., Chlebowski, R.T., and et al. (2003). American Society of Clinical Oncology update on the role of bisphosphonates and bone health issues in women with breast cancer. **J Clin Oncol** 4042 - 4057.
- Hinds, P.S. (2004). The hope and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. **Oncology Nursing Forum** 31(5): 927 - 933.
- Hurria, A., Lachs, M.S., Cohen, H.J., Muss, H.B., Kornblith, A.B. (2006). Geriatric assessment for oncologists: Rationale and future directions. **Critical Reviews in Oncology/Hematology** 59: 211 - 217.
- Vestal, R.E. (1997). Aging and pharmacology. **Cancer** 80: 1302-1310.

- Isenberg, M. (1989). cited in Gast, H.L., Denyes, M.J., Campbell, J.C., Hartweg, D.L., Scohott, B.D., and Isenberg, M. Self care agency: Conceptualizations and operationalization. **Advances in Nursing science** 12 (1): 26 - 38.
- Jacobson, S.D., Cha, S., Sargent, D.J., and et al. (2001). Tolerability, dose intensity and benefit of 5FU based chemotherapy for advanced colorectal cancer (CRC) in the elderly. A North Central Cancer Treatment Group Study. **Proc Am Soc Clin Oncol** 20: 384a.
- Kathleen et al. (1997). **Effect of attitudes and subjective norms on intention to provide oral care to patients receiving antineoplastic chemotherapy.** [online]. Available from:<http://www.cancernursingonline.com/pt/re/nca/abstract.00002820-19970200> [2007, June 19]
- Kim, Y.J., Rubenstein, E.B., Rolston, K.V., and et al. (2000). Colony - stimulating factors (CSFs) may reduce complication and death in solid tumor patient with fever and neutropenia. **Proc ASCO** 19: 612a.
- Koenig, H.G. (2002). **Spirituality in patient care: Why, how, when, and what.** Philadelphia: Templeton Press.
- Knobf, M.T. (1996). Breast cancer. In McCorkle, R. and et al. (eds), **Cancer nursing: a comprehensive textbook.** Philadelphia: WB Saunders.
- Kornblith, A.B., Herndon, J.E., Zuckerman, E., and et al. (2001). Cancer and Leukemia Group B. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. **Cancer** 91(2): 443 - 445.
- Langer, C. J., Manola, J., Bernardo, P., Kugler, J. W., and et al. (2002). **Cisplatin – Based Therapy for Elderly Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: Implications of Eastern Cooperative Oncology Group 5592, a Randomized Trial.**[online]. Available from:<http://www.proquest.umi.com/pqdweb?index>. [2007, October 5]
- Legha, S.S., Benjamin, R.S., Mackay, B., and et al. (1982). Reduction of doxorubicin cardiotoxicity by prolonged continuous intravenous infusion. **Ann Intern Med** 96: 133 - 139.

- Lichtman S.M. (2004). Chemotherapy in the elderly. **Seminars in oncology** 31(2): 160 - 174.
- London, S., and Willett, W. (1989). Diet and the risk of breast cancer. **Hematol Oncol Clin North Am** 3(4): 559.
- Lyman, G.H., Kuderer, N., Agboola, O., and et al. (2003). Evidence - based use of colony-stimulating factors in elderly cancer patients. **Cancer Control** 10: 487 – 490.
- Martin, M., Lluch, A., Segui, M.A., Ruiz, A., Ramos, M., Adrover, E., and et al. (2006). Toxicity and health-related quality of life in breast cancer patients receiving adjuvant docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide (TAC) or 5-fluorouracil, doxorubicin and cyclophosphamide (FAC): impact of adding primary prophylactic granulocyte-colony stimulating factor to the TAC regimen. **Annals of Oncology** 17: 1205 - 1212.
- Matsuyan, R., Redd, S., and Smith, T.J. (2006). Why do patient choose chemotherapy near the end of life? : A review of the perspective of those facing death from cancer. **Journal of Clinical Oncology** 24(21): 3490 - 3496.
- Mc Cullough, M.E., and Laurenceau, J.P. (2004). **Gender and the natural history of self-rated health: a 59-year longitudinal study**[online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/querf.cgi?db=pumped&cmd=Retrieve>[2007, April 30]
- Melton, L.J., Khosia, S., Crowson, C.S., and et al, (2000). Epidemiology of sarcopenia. **J. Am. Ger. Soc.** 48: 625 - 630.
- Meiner, S.E., and Lueckenotte, A.G. (2006). **Gerontologic Nursing**. 3<sup>rd</sup> ed. St.Louis: Mosby Elsevier.
- Meraviglia, (2002). Prayer in people with cancer. **Cancer Nursing** 25(4): 326 - 331.
- Miller, C.A. (1999). **Nursing care of older adults: Theory and practice**. Philadelphia: Lippincott.
- Mohile, S., and et al. (2007). A pilot study of vulnerable elders survey-13 compared with the comprehensive geriatric Assessment for identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation. **American Cancer Society** 15: 802 - 803.

- Molzahn, A.E. (2007). Spirituality in later life on quality of life. **Journal of Gerontological Nursing** 33(1): 32 - 39.
- Naeim, A. (2004). **Cancer and Aging**. [online]. Available from: [http:// www. Cancer Resources@ mednet.UCLa.edu](http://www.CancerResources@mednet.UCLa.edu). [2007, March 30]
- Narayanasamy, A. (1995). Spiritual care of chronically ill patients. **Journal of Clinical Nursing** 4(6): 397 - 400.
- National Cancer Institute. (2003). **Cancer health disparities**. Washington, DC, 2003a US National Institutes of Health.
- National Cancer Institute. (2003b). **Surveillance epidemiology and end-results program 1975 - 2000**. Washington, DC, Division of Cancer Control and Population Sciences. US National Institutes of Health.
- National Cancer Institute. (2004a). **Breast cancer treatment**. US National Institutes of Health: Washington DC.
- National Comprehensive Cancer Network: NCCN Version 2. (2005). **Practice Guidelines in Oncology**. USA.
- National Comprehensive Cancer Network: NCCN Version 1. (2007). **Practice Guidelines in Senior Adult Oncology**. USA.
- Nieto, Y., Cagnoni, P.J., Beaman, S.I., and et al. (2000). Cardiac toxicity following high - dose cyclophosphamide, cisplatin and BCNU (STAMP - 1) for breast cancer. **Biol Blood Marrow Transplant** 6: 198 - 203.
- Nieweg, M.B. (2000). Cancer Nursing practice: state of art. **European Journal of Cancer** 31: 274.
- Norbeck, J. (1991). Social support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age group. **Nursing Research** 40 (July-August): 203 - 213.
- Noustainen, T., Jantunen, E., Vanninen, E., and et al. (1999). Natriuretic peptides as markers of cardiotoxicity during doxorubicin treatment for non-Hodgkin's lymphoma. **Eur J Haematol** 62: 135 - 141.
- O'Brien, M.E. (1999). **Spirituality in nursing: Standing on holy ground**. Boston: Jones and Bartlett Publishers.



- Oncology Nursing Society and Geriatric Oncology Consortium Joint Position on Cancer Care for Older Adults. (2004). Approved by the ONS Board of Directors and The Geriatric Oncology Consortium Board of Directors, Baltimore , February. [online]. Available from:[http://www.thegoc.org/nursing\\_goc.html](http://www.thegoc.org/nursing_goc.html) [2007, October 5]
- Orem, D.E. (1991). **Nursing Concepts of Practice**. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing Concepts of Practice**. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Overcash, J.A. (2004). Using Narrative research to understand the quality of life of older women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 31(6): 1153 - 1159.
- Practice Guidelines in Oncology – V.2. (2007). Cancer – Related Fatigue. National Comprehensive Cancer Network. USA.
- Perry, I. and Wood, N. (1995). Older women and their images of health : A replication study. **Advances In Nursing Science** (18): 51 - 61.
- Pfeifer, K.A. (1997a). Pathophysiology. Cited in Otto, S., ed. **Oncology Nursing**. St Louis: Mosby.
- Pickard-Holley, S. (1991). Fatigue in Cancer Patients. **Cancer Nursing** 14 (1): 13 – 19.
- Pinder,M.C., Duan, Z., Goodwin, J.S., Hortobagyi, G.N., and Giordano, S.H. (2007). Congestive heart Failure in Older Women Treated With Adjuvant Anthracycline Chemotherapy for Breast Cancer. **Journal of Clinical Oncology** (25): 3808 – 3813.
- Potter, P.A., and Perry, A.G. (2005). **Fundamentals of nursing**. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Polit, D.F., and Hungler, J.B. (1999). **Nursing Research: Principles and Methods**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Potter, M.L., and Zauszniewski, J.A. (2000). Spirituality, resourcefulness, and arthritis impact on health perception of elders with rheumatoid arthritis. **Journal of Holistic Nursing** 18: 311 - 331.
- Prescott, P.A. (1978). Multiple Regression Analysis with Sample: Caution and Suggestion. **Nursing Research** 36(March/April): 130 - 134.
- Reigle, B.S. (2000). **Breast Cancer in elderly women**. Cited in Luggen A.S., Meiner, S.E. editors: Handbook for the care of older adult with cancer Pittsburgh, Pa, Oncology Nursing Press.

- Repetto, L., Carreca, I., Maraninchi, D., Apro, M., Calabresi, P., and Balducci, L. (2003). Use of growth factors in the elderly patient with cancer: a report from the second international society for geriatric oncology (SIOG) meeting. [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed> [2007, March 31]
- Repetto, L., and Balducci, L. (2002). A case for geriatric oncology. [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed> [2007, March 31]
- Rhodes, V.A., Watson, P.M., and Johnson, M.H. (1985). Patterns of nausea and vomiting in chemotherapy patients: a preliminary study. *Oncol Nurs Forum* 12: 42.
- Ries, L.A.G., Eisner, M.P., Kosary, C.L., Hankey, B.F., Miller, B.A., Clegg, L., and et al. eds. (2000). **SEE Cancer Statistics Review 1973-1997**: National Cancer Institute.
- Roubenoff, R. (1999). The pathophysiology of wasting in the elderly. *J Nutr* 129: 2565 - 2595.
- Rowe, J.W., Andres, R., Tobin, J.D., and et al. (1976). The effect of age on creatinine clearance in men: a cross-sectional and longitudinal study. *J Gerontol* 31: 155 - 163.
- Saleh, U.S., and Brockopp, D.Y. (2001). Hope among patient with cancer hospitalized for bone marrow transplantation. *Cancer Nursing* 24(4): 308 - 313.
- Salkind, N.J. (2000). **Statistics for people who (think they) hate statistics**. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sawhney, R., Sehl, M., and Naeim, A. (2005). Physiologic aspects of aging: impact on cancer management and decision making, part I. [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed> [2007, March 31]
- Schijvers, D., Highley, M., Dubruyn, E., and et al. (1999). Role of red blood cell in pharmacokinetics of chemotherapy agents. *Anticancer Drugs* 10: 147 - 153.
- Sehl, M., Sawhney, R., and Naeim, A. (2005). Physiologic aspects of aging: impact on cancer management and decision making, part II. [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed> [2007, March 31]
- Seeman, T.E., Berkman, L.F., Kohout, F., and et al. (1993). Intercommunity Variation in the Association between Social Ties and Mortality in the Elderly. A Comparative Analysis of Three Communities. *Ann Epidemiol* 3: 325 - 350.

- Shell, J.A., Bulson, B.K., and Vanderlugt, L.F. (1997). Lung cancers. In Otto, S. ed. **Cancer nursing**. St Louis: Mosby.
- Smith, D. (2001). Spiritual perspectives in end of life care. In Poor, B., and Poirrier, G.P. eds. **End of life nursing care**. London: Jones and Bartlett publishers.
- Smith, M.R. (2004). Osteoporosis and obesity in men receiving hormone therapy for prostate cancer. **J Urol** 172: s52 - s56.
- Speak, D.L., Cowart, M.E., and Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyle of the elderly. **Research in Nursing and Health** 12: 93 - 100.
- Stanta, G., Campagner, L., Cavallieri, F., and et al. (1997). Cancer of the oldest old : What we have learned from autopsy studies. **Cli. Ger. Med** 13: 55 - 68.
- Stanly, M., Blair, K.A., and Beare, P.G. (2005). **Gerontological Nursing: Promoting Successful Aging with older Adults**. 3<sup>rd</sup> Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Stein, B.N., Petrelli, N.J., Douglass, H.O., and et al. (1995). Age and sex are independent predictors of 5-fluorouracil toxicity. **Cancer** 75: 11 - 17.
- Steele, L.L. and Steele, J.R. cited in Meiner, S.E., and Lueckotte, A.G. (2006). **Gerontologic Nursing**. 3<sup>rd</sup> ed. St.Louis: Mosby Elsevier.
- Stoch, S.A., Parker, R.A., Chen, L., and et al. (2001). Bone loss in men with prostate cancer treated with gonadotropin - releasing hormone agonists. **J Clin Endocrinol Metab** 86: 2787 - 2791.
- Sonneveld, P., Ridder, M., Van der Lelie, H., and et al. (1995). Comparison of doxorubicin and mitoxantrone in the treatment of elderly patients with advanced diffuse non - Hodgkin's lymphoma using CHOP vs CNOP chemotherapy. **J. Clin. Oncol** 13:2530 - 2539.
- Sousa, V.D. (2002). Conceptual analysis of self care agency. online Brazilian Journal of Nursing (OBJN-ISSN 1676 - 4285), 1(3) [online]. Available from: <http://www.uff.br/nepae/objn103sousa.htm> [2007, April 1]
- Szinovaccz, M., and et al. (1999). Effects of surrogate parenting on grandparents, well - being. **Journal of Gerontology: Psychological sciences** 54B: S376-S388.
- Taffe, G. (2003). Physiology of aging. In Cassell, C.K., Leipzig, R.M., Cohen, H.J., and et al. eds. **Geriatric Medicine: An Evidence Based Approach** 4<sup>th</sup> ed. New York: Springer. 27 - 35.

- Tilden, V.P. (1985). Issue of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in Nursing and Health* 8: 199 - 206.
- U.S. Bureau of the census. (1994). **Marital status and living arrangement:** March 1993 (Current population report). Washington, DC: Government printing office.
- Vecchia, C.L., Lucchini, F., Negri, E., and et al. (2001). Cancer mortality in elderly 1986 -1998: a worldwide approach. *Oncology Spectrums* 2: 386 - 394.
- Vestal, J., and Gurwitz, J.H. (1997). Aging and Pharmacology. *Cancer* 80(7): 1302–1310.
- Wang, H.H., and Laffrey, S.C. (2001). A predictive model of well - being and self-care for rural elderly women in Taiwan. *Research in Nursing and Health* 24: 122 – 132.
- Weber, B. A., and Navarro, P.S. (2005). Psychosocial Consequences of Prostate Cancer: 30 years of research. *Geriatric Nursing* 26(3) (May/June).
- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society* 25: 585.
- Wilkes, G. (2007). Peripheral Neuropathy Related to Chemotherapy. Cited in *Oncology Nursing*. Yarbro, C.H., ed. **CONTENTS** 23(3): 162-163.
- World Health Organization. (2001). **Mental Health Context**. Geneva: World Health Organization.
- Wynder, E.L., and Stellman, S.D. (1979). Impact of long term filter cigarette use on lung and laryngeal cancer risk. *J Natl Cancer Institute* 62: 471.
- Yanclik, R., and Ries, L.A. (2000). Aging and Cancer in America: Demographics and Epidemiologic Perspectives. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 14 :17 - 24.
- Yarbro, C. H., ed. (2006). Neutropenia and Infection, Hospitalization, and Mortality. **Gero - Oncology Nursing** 22(1) (February): 5.
- Yeh, E.T., Tong, A.T., Lenihan, D.J., and et al. (2004). Cardiovascular complications of cancer therapy: diagnosis, pathogenesis, and management. *Circulation* 109: 3122 - 3131.
- Younger, J.B. (1999). **Instrument development**. Handout for a class of Instrument development. Unpublished paper.

- Yount, K. M., Agree, E. M., and Rebellon, C. (2004). Gender and use of health care among older adults in Egypt and Tunisia. 59(12): 2479 - 2497.[online]. Available from:[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_)
- Zinzani, P.G., Storti, S., Zaccaria, A., and et al. (1999). Elderly aggressive histology non-Hodgkin's lymphoma : first line VNCOP - B regimen : experience on 350 patients. **Blood** 94: 33 - 38.
- Zinzani, P.L., Pavone, F., Storti, S., and et al. (1997). Randomized trial with or without granulocyte colony-stimulating factor as adjunct to induction VNCOP-B treatment of elderly high - grade non - Hodgkin's lymphoma. **Blood** 89: 3974 – 3979.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และ  
หนังสือรับรองโครงการวิจัยในคน  
จากคณะกรรมการวิจัยของสถานพยาบาล  
ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน

ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์เจษฎา มณีโชษจร	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ โรคมะเร็ง โรงพยาบาลราชวิถี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม	อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
4. คุณสุณี สุวรรณพสุ	พยาบาลผู้ชำนาญการ ว.7 ตึก ภปร. ชั้น 16 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. คุณแม่นมมา จิระจรัส	ผู้ชำนาญการพยาบาลสาขาโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน**  
**โรงพยาบาลราชวิถี**

เอกสารเลขที่ 009 / 2551

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ  
โรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ”

(ภาษาอังกฤษ) \* Factors related to self-care agency of older people with cancer receiving  
Chemotherapy\*

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางชชุกร หว่างน่วม  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.  
สังกัดหน่วยงาน กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี และนิสิตปริญญาโท  
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2551 และรับรองโครงการวิจัยระยะเวลา 2 ปี จนถึง  
วันที่ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 2553

ลงนาม

(นายสิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายสมปอง ธนไพศาลกิจ)

นายแพทย์ 9 วช. ตำแหน่งเวชกรรรม สาขาเวชกรรรมทั่วไป

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี



คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

317 ถนน ราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662)354-7600-28 ต่อ 94270 โทรสาร (662)354-9011

ที่ 231 /2551

วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางกชชุกร ห่วงนุ่ม นศ.ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด" [FACTORS RELATED TO SELF - CARE AGENCY OF OLDER PEOPLE WITH CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรมจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณา สนับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก อนุมัติเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2551 เมื่อท่านได้ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์ของท่านและแบบรายงานสรุปผลการวิจัย มายังคณะอนุกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(เสาวนา ธนะทัตถ์)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

D:\Consider\RLC\appQ005q\51.doc

รายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัยโครงการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF14, รายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัยใช้แบบฟอร์ม RF06, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใช้แบบฟอร์ม RF19, รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรงใช้แบบฟอร์ม RF20, รายงานสรุปผลการวิจัย ใช้แบบฟอร์ม RF16





COA No. 163/2008  
IRB No. 044/51

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**  
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**  
1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

**Certificate of Approval**


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

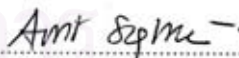
**Study Title** : FACTORS RELATED TO SELF-CARE AGENCY OF OLDER PEOPLE WITH CANCER RECEIVING CHEMOTHERAPY

**Study Code** : -

**Study Center** : Chulalongkorn University

**Principal Investigator** : Kouchchukorn Wangnum

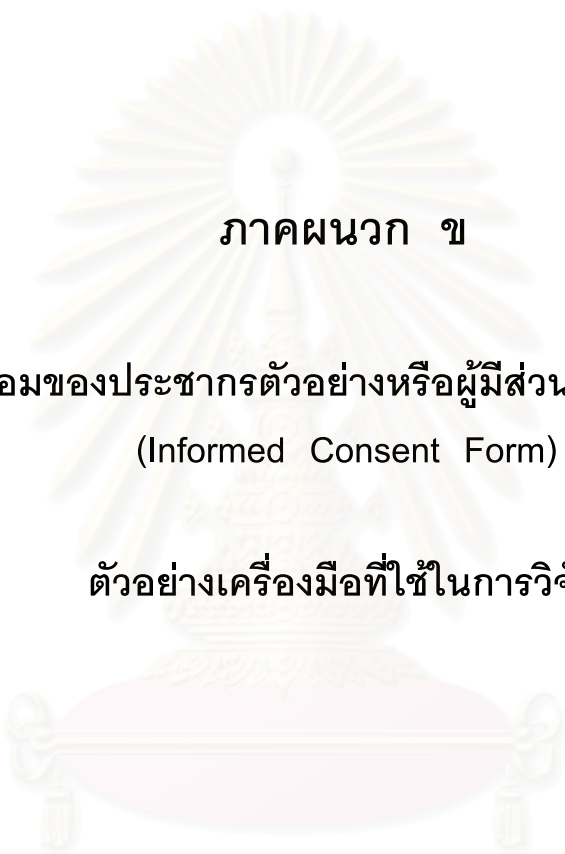
Signature:   
(Emeritus Professor Anek Aribarg, M.D.)  
Chairman of  
The Institutional Review Board

Signature:   
(Professor Areerat Suputtitada, M.D.)  
Committee and Secretary of  
The Institutional Review Board

**Date of Approval** : March 11, 2008

**Approval Expire Date** : March 11, 2009

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



ภาคผนวก ข

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
(Informed Consent Form)

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information sheet)

**ชื่อโครงการ** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

**วันที่ชี้แจง** 2551

**ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย** นางกชชุกร ห่วงนุ่น **สถานที่ทำงาน** หน่วยเคมีบำบัด ตึกเจริญ พูลวรลักษณ์ ชั้น 4 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ต. พุ่มพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02 - 6447000 ต่อ 2542 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089 - 5193419

(ที่บ้าน) 77/181 หมู่ 3 หมู่บ้านปัญญา 1 ต.บางสีทอง อ. บางกรวย จ. นนทบุรี 11130  
โทรศัพท์ 02 - 4491353

E - mail: yuiw2@hotmail.com

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และโครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดี และข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัย เพื่ออธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุดกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมโครงการนี้ จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับ หรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วม หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรค มะเร็งและกำลังอยู่ในช่วงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สาเหตุที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุมาจากการแพทย์และการสาธารณสุข ได้เจริญมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวขึ้น ดังนั้นจึงพบโรคมะเร็งมากขึ้นตาม

แนวโน้มประชากรสูงอายุด้วย การเป็นมะเร็งและต้องรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในวัยสูงอายุถือว่าเป็นความเสี่ยงสูง เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทำงานลดลง และถ้าหากมีโรคประจำตัวร่วมด้วย จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงมากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

### ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 ครั้ง
2. มีสติสัมปชัญญะดี ประเมินโดยใช้แบบประเมิน MMSE – Thai (2542) อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

### ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สมองเสื่อม
2. พูดภาษาไทยไม่ได้
3. หูไม่ได้ยิน

โครงการวิจัยนี้ทำในประเทศไทย ณ คลินิกโรคมะเร็งชนิดก้อนทึบ แผนกผู้ป่วยนอกที่ให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบไป - กลับ โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 120 คน เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บจากกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 25 - 40 คน หรือตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ



### ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัย และจำนวนครั้งที่นัด

เริ่มต้นด้วยการประเมินสภาพสมองจะใช้เวลาประมาณ 7 – 8 นาที หลังจากนั้นจะทำการสอบถามโดยใช้เครื่องมือ 3 ชุด ๆ ละประมาณ 7-8 นาที โดยรวมแล้วจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที และไม่มีนัดหมายในครั้งต่อไป

### หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

การเข้าร่วมวิจัยนี้ไม่มีการแบ่งกลุ่ม ไม่มีการใช้ยา หรือทดลองใด ๆ ท่านที่เข้าร่วมโครงการได้คือ ท่านเป็นผู้ที่ถูกจับฉลากได้

### ความไม่สบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับ/วิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบ หรือ ทำให้เกิดความซึมเศร้าใด ๆ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ จะไม่ทำให้ผู้สูงอายุเสียเวลาเมื่อถึงเวลาที่ต้องพบแพทย์ เพราะเป็นการสอบถามในช่วงรอผลเลือดก่อนพบแพทย์ หรือถ้าถูกเรียกให้พบแพทย์ ผู้วิจัยจะหยุดสอบถามทันที แล้วมาสอบถามใหม่อีกครั้งในช่วงรอการให้ยาเคมีบำบัด หรือ ในช่วงที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัด

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะมีประโยชน์โดยตรงต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาปรับใช้ให้ตรงกับปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้น และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะทำการวิจัยในระดับที่สูงขึ้น

### ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้

### หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

การเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการรักษาของท่าน ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา

### หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ และไม่

มีคำถามล้วงล้ำจนทำให้ท่านไม่สบายใจ หรือท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามนั้น ถ้าท่านไม่ต้องการที่จะตอบ เพียงแต่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเสียสละเวลาเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในการตอบแบบสอบถาม และสามารถติดต่อได้ตลอดเวลาที่ 77/181 หมู่ 3 หมู่บ้านปัญญา 1 ต.บางสีทอง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี 11130 โทรศัพท์ 02-4491353 มือถือ 089-519-3419

**หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร**

ผู้รับผิดชอบโดยตรง นางกชชุกร หว่างนุ้ม

**ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้**

ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีชื่อของท่าน และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

**ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่**

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้น และผู้เข้าร่วมวิจัยอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยในกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น หน้ามืด เป็นลม มีไข้หนาวสั่น หรือ ชัก เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตัวอย่าง**  
**แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยคนที่ ..... H.N ..... โรง

พยาบาล.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงบน ( ) และเติม

ข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

( ) 0 ชาย

( ) 1 เพศหญิง

2. อายุ ..... ปี

3. การศึกษาสูงสุด

( ) 0 ไม่ได้เรียนหนังสือ

( ) 1 ระดับประถมศึกษา

( ) 2 ระดับมัธยมศึกษา

( ) 3 ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป

.

.

12. โรคประจำตัว .....

**ส่วนที่ 2 ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ**

1. ยาที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะการทำงานของร่างกาย

.

.

.

2. ยาที่ไม่ส่งผลกระทบต่อ หรือส่งผลกระทบต่อร่างกายน้อย

.

.

.

## ตัวอย่าง

### แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มี 17 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมต่าง ๆ อยู่ในระดับใด ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของทางการเงินหรือแรงงาน และด้านการประเมินเปรียบเทียบจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ในยามที่เจ็บป่วย เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

- 5 สูงที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ (76 % - 100 % ประมาณมากกว่า 3/4)
- 4 สูง หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เป็นส่วนมาก (51 % - 75 % ประมาณ 3/4) แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย
- 3 ไม่แน่ใจ/เฉย ๆ หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนบ้างไม่ได้รับบ้าง (26 % - 50 % ประมาณ 1/2) และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
- 2 ต่ำ หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เล็กน้อย และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก (51 % - 75 % ประมาณ 1/2)
- 1 ไม่เลย หมายถึงท่านรับรู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย (0 %)

ข้อความ		สูงที่สุด 5	สูง 4	ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ 3	ต่ำ 2	ไม่ได้ รับ 1
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>						
1	ฉันได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด					
2	เมื่อฉันมีปัญหา ฉันสามารถปรึกษาหรือระบายความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิดได้					
3	บุคคลใกล้ชิดพูดคุยเป็นเพื่อนฉัน					
.	.					
.	.					
.	.					
17	คนใกล้ชิดชื่นชมและพอใจในการปฏิบัติตัวของฉัน					

## ตัวอย่าง

### แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามภาวะสุขภาพมี 30 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ข้อความที่ท่านเลือกตอบมีความหมายดังนี้

- 1 หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นความจริง
- 2 หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงน้อย
- 3 หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจ/เฉย ๆ
- 4 หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงมาก
- 5 หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นความจริงมากที่สุด

		5	4	3	2	1
	ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ	จริงน้อย	ไม่จริง
1	เมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ผิวหนังอยู่ในสภาพที่ดี ไม่มีผื่นแพ้ หรือเป็นแผล					
2	สายตามองเห็นชัดเจนดี					
3	ในช่วงที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัด เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ ท่าทาง จะมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ					
4	การได้ยินเสียงชัดเจนดี หูไม่ตึง					
.	.					
.	.					
.	.					
.	.					
30	ได้วางแผนจัดการภาวะต่าง ๆ ในครอบครัวครบถ้วน					

## ตัวอย่าง

## แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองมี 25 ข้อ โปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะของตัวท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบด้านขวามือ ที่คิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด ข้อความที่ท่านเลือกตอบมีความหมายดังนี้

- 5 มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมากที่สุด
- 4 มาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงมาก
- 3 ไม่แน่ใจว่าเป็นจริง หรือไม่จริง หมายถึงท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นจริงบ้าง/ไม่จริงบ้าง
- 2 จริงน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นเป็นจริงน้อย
- 1 ไม่จริง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริงดังกล่าว

ข้อความ		จริง มาก ที่สุด 5	จริง มาก 4	จริงบ้าง ไม่จริง บ้าง 3	จริง น้อย 2	ไม่ จริง 1
1	ฉันสามารถรับประทานอาหารอย่างเพียงพอครั้งละน้อย ๆ 4 - 5 มื้อทุกวัน					
2	ฉันสามารถดูแลความสะอาดของร่างกายด้วยตนเองได้					
3	ฉันสามารถดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว					
.	.					
.	.					
25	สามารถทบทวนความรู้ที่ได้รับจากแพทย์ - พยาบาลในการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยวิธีการต่าง ๆ (เช่น อ่านคู่มือ/เอกสารแผ่นพับ หรือ ชักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจจากแพทย์ และพยาบาลเป็นต้น)					

## แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ( MMSE-Thai 2002 )

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้  
ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

### 1. Orientation for time ( 5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร \_\_\_\_\_
- 1.2 วันนี้วันอะไร \_\_\_\_\_
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร \_\_\_\_\_
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร \_\_\_\_\_
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร \_\_\_\_\_

### 2. Orientation for place ( 5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

#### 2.1 กรณีที่อยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าจะไร \_\_\_\_\_
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นอะไรของตัวอาคาร \_\_\_\_\_
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร-เขตอะไร \_\_\_\_\_
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร \_\_\_\_\_
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร \_\_\_\_\_

#### 2.2 กรณีที่อยู่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร \_\_\_\_\_
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร \_\_\_\_\_
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร \_\_\_\_\_
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร \_\_\_\_\_
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร \_\_\_\_\_

### 3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย....)  
ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบให้คุณ (ตา,  
ยาย....) พูดทบทวน ตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีทีเดียวดิฉันจะถาม

การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้      ○ แม่น้ำ      ○ รถไฟ \_\_\_\_\_

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้      ○ ทะเล      ○ รถยนต์ \_\_\_\_\_

#### 4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ? ถ้าตอบว่าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

\_\_\_\_\_

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาวสะกดว่า มอม้า – สระอา - นอหนู-สระอา - วอเหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ”

\_\_\_\_\_

ว อ เหน น อ ะ ม

#### 5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้      ○ แม่น้ำ      ○ รถไฟ \_\_\_\_\_

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้      ○ ทะเล      ○ รถยนต์ \_\_\_\_\_

#### 6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดู และถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” \_\_\_\_\_

6.2 ชี้ที่นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดู และถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” \_\_\_\_\_

#### 7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)



“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีวเดียว”

“ใครใครขายไก่ไข่” \_\_\_\_\_

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) รับผิดชอบพับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” ( พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ - 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับผิดชอบพับครึ่ง ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง) \_\_\_\_\_

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน แล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนคำว่า “หลับตา” ○ หลับตาได้ \_\_\_\_\_

# หลับตา

10. Written (1 คะแนน)

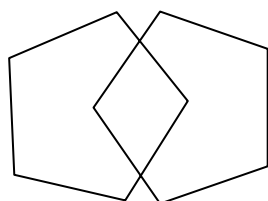
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

\_\_\_\_\_

○ ประโยคมีความหมาย

11. Visuconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”



คะแนนรวม \_\_\_\_\_

ผู้ถูกประเมิน (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
 ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	$\leq 14$	23 (ไม่ทำข้อ 4, 9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	$\leq 17$	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	$\leq 22$	30

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณมีรายละเอียดดังนี้

### วิธีตรวจสอบข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพหุคูณ งานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) รวมด้วย ดังนั้นข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์จะต้องมีลักษณะตรงตามเงื่อนไขของการใช้สถิติ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลดังนี้

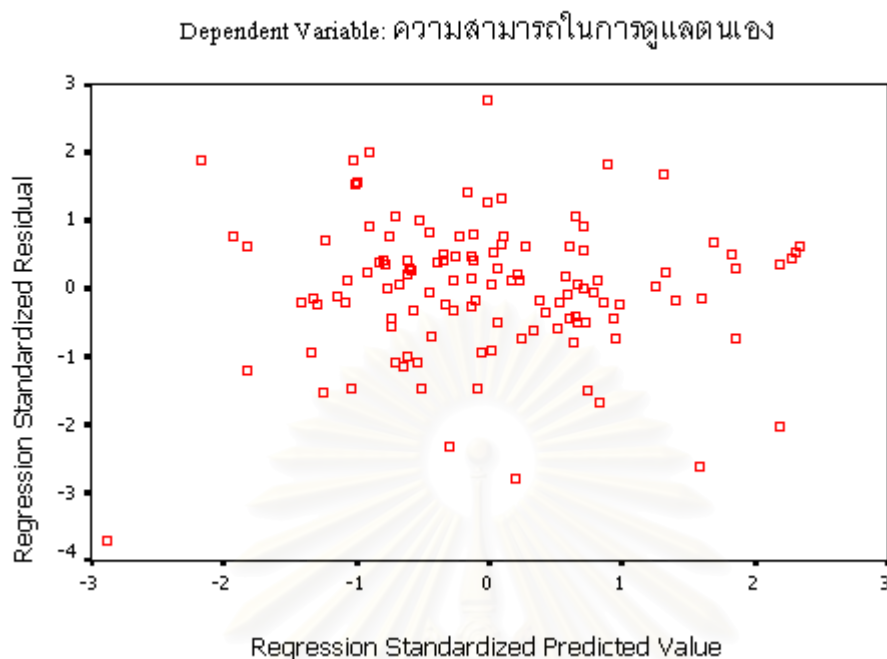
### ตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต้องไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น ซึ่งหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าสูง สำหรับการตรวจสอบค่าความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น ตรวจสอบจากตาราง (Correlation matrix) พบว่าตัวแปรพยากรณ์มีความสัมพันธ์กันคือ การสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะสุขภาพ ( $r = .457$ ) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .65 (Burns and Grove, 1997 : 487) จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรพยากรณ์ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง หรือไม่มี ความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น

### ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัว แปรพยากรณ์ (Homoscedasticity)

ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวแปร ต้องมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) สำหรับการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ ทุกตัวว่ามีค่าคงที่หรือไม่ โดยพิจารณาลักษณะการกระจายของค่าความแปรปรวน ของ ความคลาดเคลื่อนจากภาพการกระจาย (Scatter plot)

## Scatterplot



**แผนภูมิที่ 1** แสดงค่าความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง

โดยพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value (ค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน) กับ Regression Standardized Residual Value (ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน) หากพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวได้ว่า ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ ทุกตัวแปรมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ซึ่งจากภาพ Scatter plot ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ ดังนั้น ความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวจึงมีค่าคงที่

**ตรวจสอบความเป็นอิสระจากกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation)**

ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ จะต้องเป็นอิสระจากกัน ตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin - Watson

### ตารางที่ 15 แสดง Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	0.672(a)	0.452	0.447	0.39352	
2	0.726(b)	0.536	0.528	0.36344	1.988

a Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม

b Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม, อายุ

c Dependent Variable: ค่าเฉลี่ยความสามารถ 3 ด้าน

จากตาราง ค่า Durbin – Watson ในตาราง Model Summary = 1.988 ซึ่งค่า Durbin – Watson ที่คำนวณได้มีค่าเข้าใกล้ 2 หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระจากกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

### ตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

ค่าของความคลาดเคลื่อนต้องเท่ากับศูนย์ โดยตรวจสอบจากผลลัพธ์ในตาราง

Residual Statistics

### ตารางที่ 16 แสดง Residuals Statistics

Residuals Statistics(a)

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2.5085	4.5150	3.6178	0.38438	120
Residual	-1.3603	1.0197	0.0000	0.36386	120
Std. Predicted Value	-2.886	2.334	0.000	1.000	120
Std. Residual	-3.707	2.779	0.000	0.992	120

a Dependent Variable: ค่าเฉลี่ยความสามารถ 3 ด้าน

จากตาราง Residuals Statistics พบว่า Standardized Predicted Value = .000 และค่า Standardized Residual = .000 ดังนั้น ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนจึงเท่ากับศูนย์

### ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล (data distributions)

ข้อมูลต้องมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov โดยการพิจารณาการแจกแจงของข้อมูลของผลลัพธ์จากการใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov ใน One Sample Kolmogorov-Smirnov Test

ตารางที่ 17 One Sample Kolmogorov-Smirnov Test

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		อายุ	การ สนับสนุน ทางสังคม	ภาวะสุขภาพ	ความสามารถ ในการดูแล ตนเอง
N		120	120	120	120
Normal Parameters(a,b)	Mean	68.15	4.0407	3.5371	3.6178
	Std. Deviation	6.374	0.48042	.45912	0.52929
Most Extreme Differences	Absolute	0.117	0.041	0.055	0.067
	Positive	0.117	0.035	0.005	0.067
	Negative	-0.101	-0.041	-0.047	-0.061
Kolmogorov-Smirnov Z		1.287	0.452	0.602	0.733
Asymp. Sig. (2-tailed)		0.073	0.987	0.861	0.656

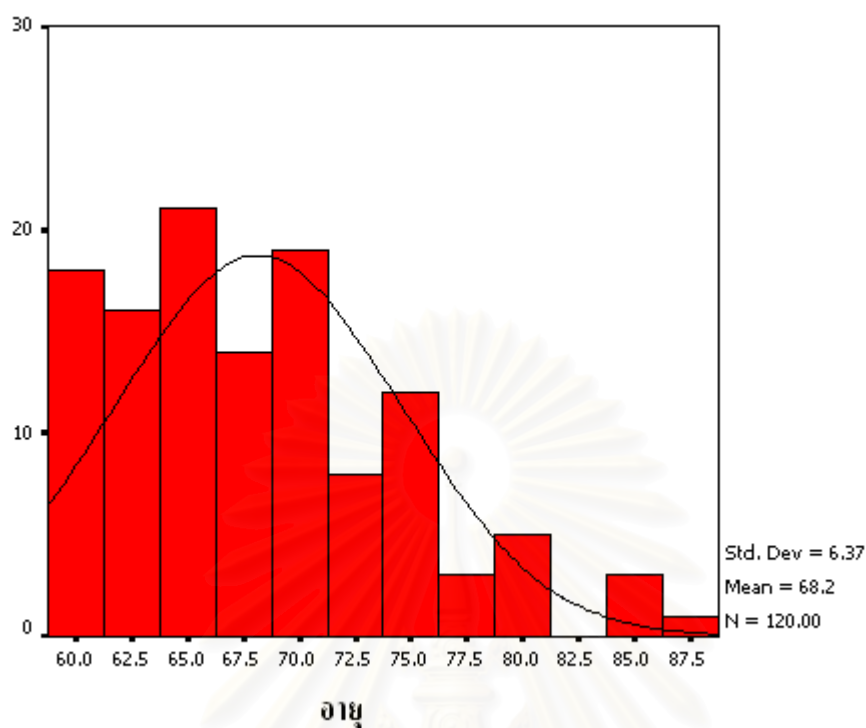
a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

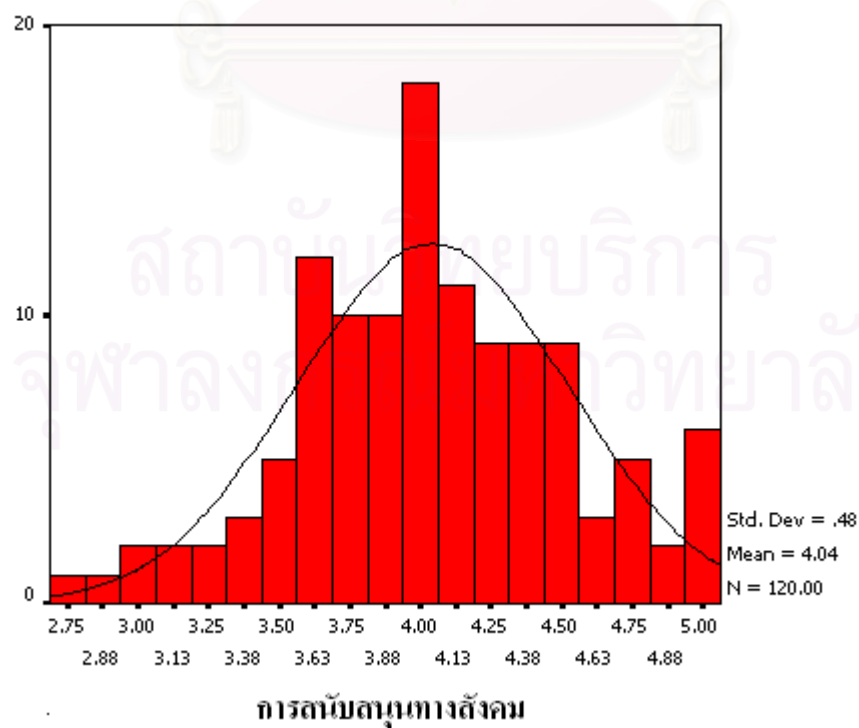
จากตาราง One Sample Kolmogorov-Smirnov ค่า Asymp.Sig. (2-tailed) มีค่ามากกว่าค่า  $\alpha$  ที่ระบุไว้คือ อายุ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบโค้งปกติทุกตัว ดังรูป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 2 แสดงกราฟ Histogram ของตัวแปร อายุ ลักษณะการแจกแจงค่อนข้างเบ้ขวา

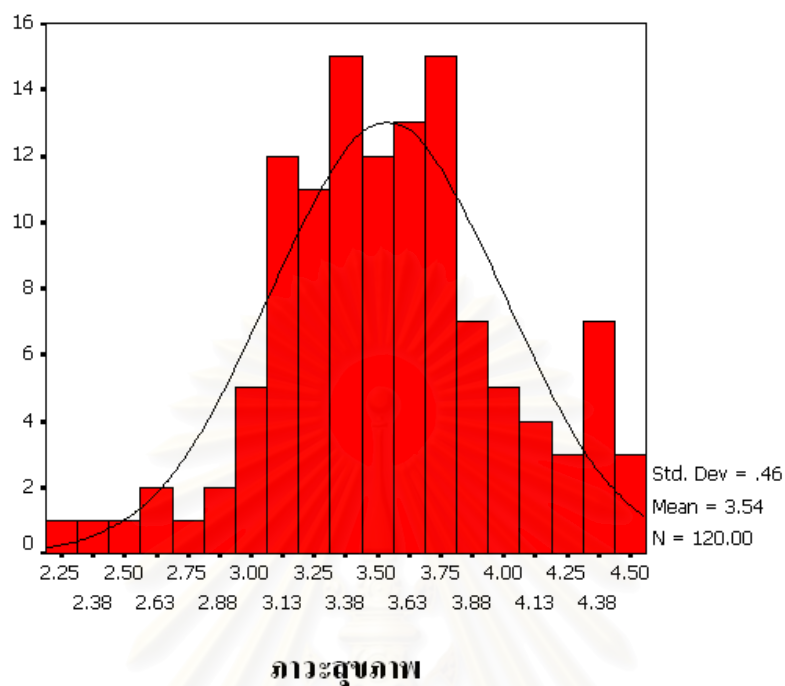


แผนภูมิที่ 3 แสดงกราฟ Histogram ของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

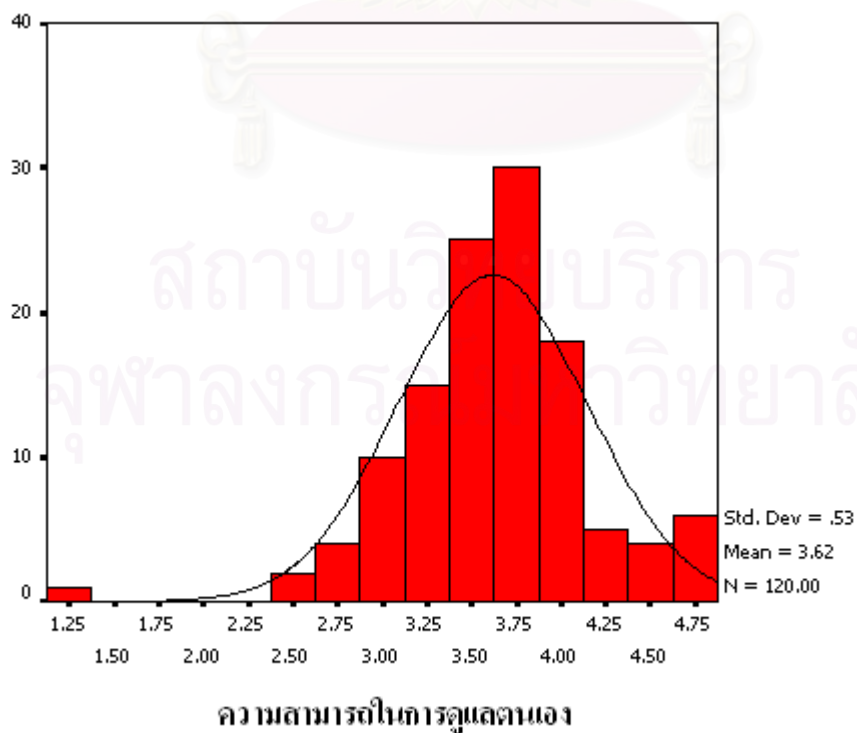




แผนภูมิที่ 4 แสดงกราฟ Histogram ของตัวแปร ภาวะสุขภาพ ลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

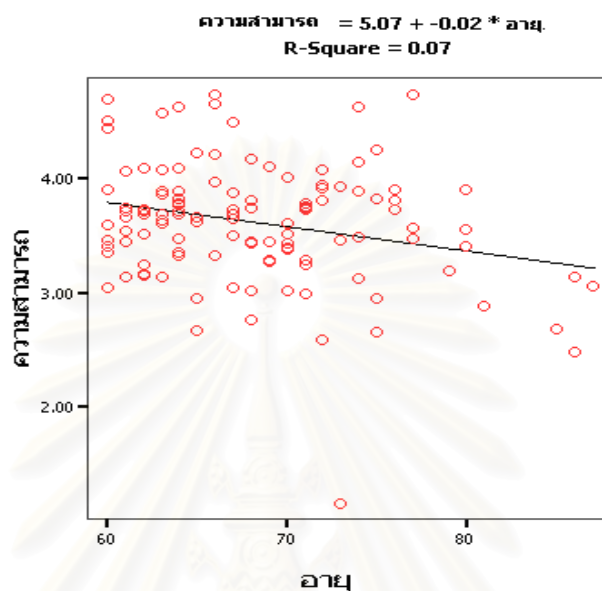


แผนภูมิที่ 5 แสดงกราฟ Histogram ของตัวแปร ความสามารถในการดูแลตนเอง ลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

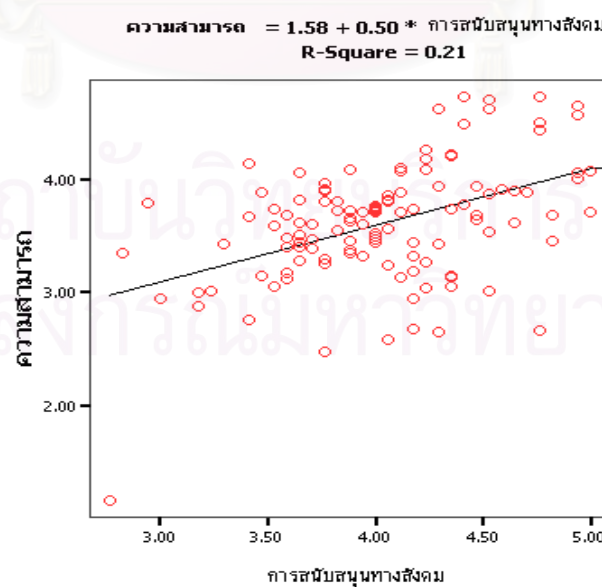


## ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Regression)

แผนภูมิที่ 6 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้น พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางลบ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

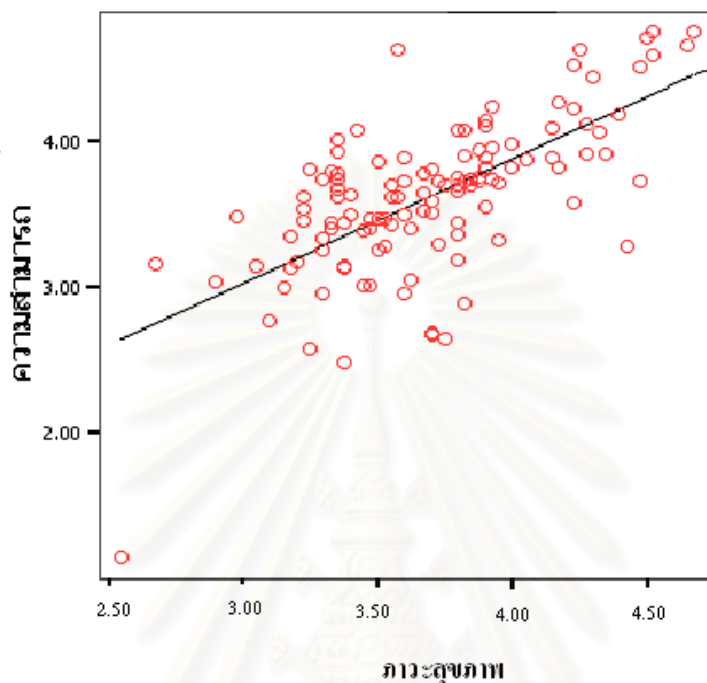


แผนภูมิที่ 7 แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้น พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด



**แผนภูมิที่ 8** แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้น พบว่า ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

$$\text{ความสามารถในการดูแลตนเอง} = 0.88 + 0.77 * \text{ภาวะสุขภาพ} \quad R\text{-Square} = 0.45$$



**ตารางที่ 18** แสดงสรุปผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ข้อตกลงเบื้องต้น	วิธีทดสอบ	ผลการทดสอบ
1. ไม่มีความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้น	Correlation matrix	เป็นไปตามข้อตกลง
2. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนต้องคงที่	Scatter plot	เป็นไปตามข้อตกลง
3. ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน	Dubin - Watson	เป็นไปตามข้อตกลง
4. ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์	Residual Statistics	เป็นไปตามข้อตกลง
5. การแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ	Kolmogorov - Smirnov Histogram	เป็นไปตามข้อตกลง
6. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น	Scatter plot	เป็นไปตามข้อตกลง

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$  = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$  = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

n = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสหสัมพันธ์ของเพียร์สันดังนี้ (อวยพร เรืองตระกูล, 2550)

$$r_{xy} = \sqrt{\frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร x และ y

x = คะแนนของตัวแปรที่ 1

y = คะแนนของตัวแปรที่ 2

N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

5. หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของยาเคมีบำบัด กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรอีต้า (Eta) ดังนี้

$$\eta^2 = \frac{[\sum (\sum x_{\eta})^2 / n_j - (\sum \sum x_{\eta})^2 / n]}{[\sum \sum x_{\eta}^2 - (\sum \sum x_{\eta})^2 / n]}$$

เมื่อ  $\eta$  = ค่าอัตราส่วนของความสัมพันธ์ของอีต้า

x = ค่าของข้อมูลชุดที่ 1 กลุ่มที่ j

$n_j$  = จำนวนข้อมูลของกลุ่มที่ 1

n = จำนวนข้อมูลรวมของทุกกลุ่ม

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางกชชุกร หว่างนุ่น เกิดเมื่อวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2506 ที่ ต. รังนก อ. สามง่าม จ. พิจิตร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2531 เข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 งานการพยาบาล อายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถีเป็นเวลา 1 ปี ต่อมาได้ย้ายแผนกเพื่อมาปฏิบัติงานที่ตึกพิเศษรวม นรีเวช 7 ข. ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 4 ถึงระดับ 7 ข. รวม 14 ปี และได้รับการอบรม การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคมะเร็ง จากคณะพยาบาลศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2541 หลังจากนั้นได้มาปฏิบัติงานที่หน่วยเคมีบำบัดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี จนถึงปัจจุบัน และได้ลาศึกษาต่อในปี พ.ศ. 2549 ในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขากการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย