



# ความต้องการความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ที่ได้รับเคมีบำบัดแบบประคับประคอง: บทบาทของพยาบาล

## Knowledge and Supportive Care Needs of Advanced Cancer Patients

### Receiving Palliative Chemotherapy: Nurse's Roles

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์<sup>1</sup> มณฑิรา เหมือนจันทร์<sup>2</sup> จุลาลักษณ์ อินทะนิล<sup>2</sup> วราภรณ์ แก้วสุข<sup>2</sup>  
Nam-Oy Pakdevong<sup>1</sup> Montira Muanjan<sup>2</sup> Julaluck Intanin<sup>2</sup> Waraporn Kaewsuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Assistant Professor, Dr., School of Nursing, Rangsit University

<sup>2</sup>อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Instructor, School of Nursing, Rangsit University

Corresponding author, Nam-Oy Pakdevong, Email: nam-oy.p@rsu.ac.th

#### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อจัดการกับอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตมากกว่าการยืดชีวิต ซึ่งอาการทางร่างกายและจิตใจที่พบบ่อย ได้แก่ หายใจลำบาก ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เหนื่อยล้า ไม่มีแรง ปวดนอนไม่หลับ ร่วมกับวิตกกังวลและไม่สบายกายและใจ ผู้ป่วยและญาติจึงต้องการความรู้ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค การรักษาด้วยเคมีบำบัด การดูแลตนเอง และการจัดการอาการ รวมทั้งการปรับตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ยังต้องการการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน สังคม และทีมสุขภาพ

พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนตามทฤษฎีของโอเรียม ดังนี้ 1) การสอนหรือให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัว 2) ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนให้การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น ตลอดจนการฝึกทักษะและการดูแลตนเอง

**คำสำคัญ** ความต้องการความรู้และการสนับสนุน ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดแบบประคับประคอง บทบาทของพยาบาล

#### Abstract

Patients with advanced cancer require palliative care focusing on symptom management to relieve suffering and improve quality of life rather than prolong survival. The most common physical and psychological symptoms are dyspnea, gastrointestinal disturbance, fatigue, pain, insomnia, anxiety, and not well-being. Knowledge about the disease and prognosis, treatment with chemotherapy, self-care, and symptom management

including adaptation are required for patients and relatives. In addition, support and help from family, peers, society, and healthcare personnels are also needed.

Nurses play a critical role in patient education and support according to Orem's theory as following; 1) educate basic knowledge in consistent with patients' and relatives' needs to develop skills, self-care abilities, and adaptation, and 2) provide physical and psychological support including essential instrument provision during training skills and practicing self-care.

**Keywords** knowledge and supportive care needs, advanced cancer patients receiving palliative chemotherapy, nurse's roles

## บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แนวทางการรักษามีการพัฒนาก้าวหน้า ทั้งโดยวิธีการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ภูมิคุ้มกันบำบัด และการให้ยาแบบพุ่งเป้า (targeted therapy) ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (advanced cancer) ซึ่งเป็นมะเร็งระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (American Cancer Society, 2017; Sung, et al., 2021) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบประคับประคอง (palliative chemotherapy) ซึ่งเป้าหมายของการรักษา คือ เพื่อบรรเทาอาการของโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Nickolich, El-Jawahri, Temel & LeBlanc, 2016; Roeland & LeBlanc, 2016) สูตรเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งระยะลุกลามโดยทั่วไปมีความแตกต่างจากสูตรเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งระยะแรก คือ ส่วนใหญ่เป็น combination, second line, third line chemotherapy ซึ่งใช้เมื่อโรคไม่ตอบสนอง

ต่อเคมีบำบัดสูตรแรกหรือสูตรก่อนหน้านั้น รวมทั้งพิจารณาตามความรุนแรง ชนิดของโรคมะเร็ง และความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการปรับขนาดและชนิดของเคมีบำบัดนี้ ถึงแม้จะให้ผลการรักษาที่ดีแต่อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงต่อผู้ป่วยมากขึ้น (Grigorescu, 2022) เช่น อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง นอนไม่หลับ/หลับยาก ปวด (Reilly et al., 2013) นอกจากนี้การเข้ารับเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเข้ารับเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง สังเกตอาการ ประเมินความรุนแรง ติดตามอาการ ป้องกันการเกิดอาการ รวมทั้งจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถผ่านกระบวนการของการรักษาแบบประคับประคองด้วยเคมีบำบัดไปได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีระหว่างการรักษาและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประสิทธิผลของการรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ผู้ป่วยต้องการความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยโดย

การสอน ซึ่งแนะ สนับสนุน ให้กำลังใจและจัด  
สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Orem, 2001)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ  
อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมี  
บำบัดแบบประคับประคอง ความต้องการข้อมูล/  
ความรู้ และ คำแนะนำ (information educational  
needs and guidance) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ลุกลาม และบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้  
และให้การสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีของโอ  
เร็ม

### อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยา เคมีบำบัดแบบประคับประคอง

สูตรเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็ง  
ระยะลุกลามโดยทั่วไปมีความแตกต่างจากสูตร  
เคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งระยะแรก ซึ่ง  
พิจารณาตามการตอบสนองของสูตรเคมีบำบัด  
ก่อนหน้านั้น รวมทั้งพิจารณาตามความรุนแรง  
ชนิดของโรคมะเร็ง และความเหมาะสมกับผู้ป่วย  
แต่ละราย โดยชนิดของยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ คือ  
Mayo regimen, AC regimen และ carboplatin &  
gemcitabine regimen ตามลำดับ (พรพิมล เลิศ  
พานิช, อภิพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัคดี  
วงศ์, 2560)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับ  
ประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม  
ทั้งที่ศึกษาในประเทศและต่างประเทศ ส่วนใหญ่  
พบว่า เครื่องมือที่ใช้บ่อยคือ MSAS (The  
Memorial Symptom Assessment Scale) ซึ่ง  
ประกอบด้วย 32 อาการ และ ESAS (Edmonton  
Symptom Assessment Scale) ประกอบด้วย 9

อาการ ที่ใช้ในการประเมินอาการที่บ่งบอกของ  
ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในคลินิกเพื่อให้สามารถ  
จัดการกับอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม  
คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

อาการที่บ่งบอกในผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ลุกลามโดยรวมในรายงานการวิจัยจะขึ้นกับชนิด  
และระยะของโรค (รวมถึงกลุ่มที่ได้รับการรักษา  
แบบประคับประคองด้วย palliative และ  
supportive treatment/care) ดังนั้นอาการที่พบ  
บ่อยจึงมีความแตกต่างหลากหลาย อย่างไรก็ตาม  
พบว่าอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน คือ  
ปวด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หายใจลำบาก สับสน  
คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยอ่อนเพลีย ท้องผูก ท้องอืด  
ปากแห้ง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ (เบญจมาศ  
ปรีชาคุณ และคณะ, 2562; Azizollahi &  
Tahmasebi, 2022; Jespersen, Minet & Nissen,  
2022) ส่วนอาการทางด้านอารมณ์และจิตใจที่พบ  
บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่ วิตกกังวล  
มองตนเองไม่เหมือนเดิม นอนไม่หลับ ไม่สบาย  
กายและใจ (He et al., 2022) ซึ่งสอดคล้องกับการ  
ทบทวนวรรณกรรมของ Harris et al. (2022) ที่  
พบว่ากลุ่มอาการที่พบทุกระยะของโรค คือ กลุ่ม  
อาการทางระบบทางเดินอาหารและด้านจิตใจ  
ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการ  
อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการ  
รักษาแบบประคับประคอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน  
กรณีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบ  
ประคับประคอง ทั้งที่เป็นแนวปฏิบัติในการ  
จัดการอาการโดยรวมและเป็นรายอาการใน  
ต่างประเทศ เช่น American Cancer Society  
(ACS), National Comprehensive Cancer  
Network (NCCN) เป็นต้น ซึ่งแนวปฏิบัติเหล่านี้

พยาบาลสามารถนำมาใช้ในการดูแล รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการสอน/ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยนำเนื้อหาและวิธีการที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในทางปฏิบัติได้ ภายใต้การให้คำแนะนำและการสนับสนุนของพยาบาล

ในทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ บรรเทาความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นจากโรค ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดแบบประคับประคอง (palliative chemotherapy) นี้ พยาบาลที่ดูแลควรประเมินประสบการณ์อาการ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินบ่อยทางคลินิก คือ ESAS ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความรุนแรงของ 9 อาการ คือ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ

งานวิจัยของพรพิมล เลิศพานิช และคณะ (2560) เกี่ยวกับประสบการณ์อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มตัวอย่าง 83 ราย โดยใช้เครื่องมือ MSAS พบว่าผู้ป่วยรับรู้อาการที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง กังวล/กลัว/ไม่นอนหลับ/หลับยาก ไม่อยากอาหาร/เบื่ออาหาร และปากแห้ง ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้วัดการรับรู้อาการของผู้ป่วย 3 ระยะ คือ ก่อนได้รับเคมีบำบัด ระหว่างการรับเคมีบำบัด (4 – 6 สัปดาห์หลังได้รับเคมีบำบัด) และหลังได้รับเคมีบำบัด (4 – 12 เดือนหลังเริ่มเคมีบำบัด) พบว่า อาการ 5 อันดับแรกยังคงเป็นอาการกลุ่มเดิมเพียงแต่ลำดับอาจแตกต่างกันไป คือ อ่อนเพลีย/เปลี้ย/ไม่มีแรง ไม่

อยากอาหาร/เบื่ออาหาร ปากแห้ง นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก และกังวลใจ/กลัว/ไม่สบายใจ ตามลำดับ โดยสรุปแล้ว พบว่า ก่อนรับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการจำนวนน้อย ในขณะที่ระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดมีการรับรู้อาการเพิ่มขึ้น แต่หลังการได้รับเคมีบำบัดจะรับรู้อาการลดลงกว่าระหว่างการรักษา อย่างไรก็ตามหลังการได้รับเคมีบำบัดยังรับรู้อาการมากกว่าก่อนได้รับเคมีบำบัด จะเห็นได้ว่าระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องมีความรู้และต้องการการสนับสนุนในการจัดการอาการระหว่างการได้รับเคมีบำบัดที่เกิดขึ้นในขณะที่อยู่ที่บ้าน เพื่อให้การรักษาสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจนครบตามกระบวนการของการรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงให้ความสำคัญในการสอนหรือให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง และการปรับตัวของผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยให้มากที่สุด

**ความต้องการข้อมูล/ความรู้และคำแนะนำ (information educational needs and guidance) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม**

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการความรู้ในระดับสูง และต้องการข้อมูลความรู้มากเท่ากับที่จะมากได้ ความรู้ที่ต้องการ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการพยากรณ์โรค การรักษาด้วยเคมี

บำบัด การดูแลตนเอง และการจัดการอาการ รวมทั้งการปรับตัว (Cardoso, Harbeck, Mertz, & Fenech, 2016; Fletcher, Flight, Chapman, Fennell, & Wilson, 2017) โดยสรุปแล้วความต้องการข้อมูล ความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความต้องการความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในภาวะที่มีปัญหาสุขภาพ (Orem, 2001)

1. ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care requisite) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ซึ่งครอบคลุมถึงความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองและวินิจฉัยโรคแต่แรกเริ่ม การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ และโภชนาการที่ดี (Fletcher et al., 2017) ในภาวะสุขภาพปกติ บุคคลจะมีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ อย่างไรก็ตามในภาวะที่มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งต้องเพิ่มความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไปให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ของร่างกายและจิตใจ สังคมและพัฒนาการที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพนั้นๆ ด้วย ทั้งนี้เพื่อกองไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น (health deviation self-care requisite) การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพเป็นการดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย หรือส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของ

บุคคล ซึ่งประกอบด้วย การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รับรู้ สนใจ ความผิดปกติและผลกระทบที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การดูแลและป้องกันความไม่สบายจากอาการข้างเคียงของโรคและการรักษา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาการคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ของตนเอง การพึ่งพามุคคลอื่นและตนเองอย่างเหมาะสม เรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตกับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น เพื่อกองไว้ซึ่งพัฒนาการของตนเองอย่างต่อเนื่องในแต่ละช่วงวัย จะเห็นได้ว่าโรคหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งเป็นระยะของโรคที่ผู้ที่เป็นส่วนใหญ่ ระบุว่ารุนแรงและคุกคามต่อร่างกายและจิตใจ บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และการสนับสนุนจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ไม่เพียงแต่ให้ความรู้/ข้อมูลเท่านั้น ยังจำเป็นที่จะต้องให้การสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อประคับประคองให้ผ่านวิกฤตในช่วงชีวิตนี้ไปได้ และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามต้องการความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรค ผลข้างเคียงของการรักษา การป้องกันและการจัดการอาการข้างเคียงของเคมีบำบัดและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมทั้งทางด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย การสังเกตอาการ ข้อห้ามในการปฏิบัติตัว การรักษา (ทางเลือก ข้อดีข้อเสีย ความสำเร็จของการรักษา อัตราการรอดชีวิต การเตรียมความพร้อมในการรักษา การหยุดการรักษา และผลที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา) ผลกระทบของโรคอื่น ๆ ต่อการรักษา

ข้อมูลจากการวิจัย/หลักฐานทางการแพทย์ รวมทั้งแหล่งบริการข้อมูล เป็นต้น (Cardoso et al., 2016; Fletcher et al., 2017) งานวิจัยของ ชาญัญญา ยอดยิ่ง, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วย มะเร็ง ระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดในผู้ป่วย จำนวน 91 ราย พบว่า ความต้องการความรู้และการสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความต้องการความรู้ที่อยู่ในระดับสูง ความต้องการคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่โดยรวมผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำในระดับน้อย ทำให้ความพึงพอใจต่อความรู้ที่ได้รับอยู่ในระดับน้อยด้วย นอกจากนี้ พบว่า แหล่งข้อมูลและแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยต้องการมากตามลำดับ คือ แพทย์ พยาบาล และครอบครัว ส่วนวิธีการให้ข้อมูลความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการมากตามลำดับ คือ การพูดคุยเป็นรายบุคคล เอกสาร/หนังสือ และทางอินเทอร์เน็ต จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล ความรู้ และให้การสนับสนุนทางกายและให้กำลังใจ ทั้งที่เป็นการให้ความรู้และการสนับสนุนในขณะที่ให้การพยาบาลโดยตรง (direct care) และขณะอยู่รับการรักษาผ่านทางระบบบริการที่พัฒนาขึ้น เช่น ระบบให้ความรู้และการสนับสนุน การเยี่ยมบ้าน และ Tele-nursing เป็นต้น เพื่อสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งที่บ้านและแผนกผู้ป่วยนอก

ความต้องการการสนับสนุน (supportive care needs) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ความต้องการการสนับสนุนเป็นความต้องการความ

ช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน สังคม และทีมสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือนี้จะรวมถึงการช่วยเหลือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

จากการทบทวนงานวิจัย การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Maguire, Kotronoulas, Simpson, & Paterson, 2015; Paterson, Robertson, Smith, & Nabi, 2015) พบว่า ความต้องการการสนับสนุนซึ่งรวมถึงความต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ชุมชน หรือสังคม และทีมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม พบว่า ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์มากที่สุดเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ ด้านร่างกาย ด้านระบบสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ การศึกษาในประเทศไทยของชาญัญญา ยอดยิ่ง และคณะ (2562) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด 91 คน พบว่า ความต้องการการสนับสนุน (การช่วยเหลือทางด้านร่างกาย และการให้กำลังใจ) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านร่างกายอยู่ในระดับน้อย ส่วนทางด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนที่ได้รับในระดับน้อย ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างนี้เป็นผู้ป่วยนอกทั้งหมด สามารถช่วยเหลือตนเองได้ที่บ้าน จึงต้องการความช่วยเหลือทางด้านร่างกายน้อย ส่วนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับจากครอบครัวและญาติ ผู้ดูแลในระดับที่มาก จึงต้องการจากทีมสุขภาพในระดับปานกลาง



โดยสรุปผลจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ และด้านสังคม มีดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกาย เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่เป็นทั้งอาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่ลุกลาม และอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา ซึ่งอาการเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านร่างกายในระหว่างการรักษา ซึ่งรวมถึงการช่วยเหลือทางด้านกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ รวมทั้งการดูแลแผล และการใช้อุปกรณ์อื่น ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวที่บ้าน หรือมีความจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง พยาบาลจะมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันดังกล่าว (Dong et al., 2021)

2. ความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจ/อารมณ์และสังคม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ส่วนใหญ่มีความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยที่มีสภาวะโรคอื่น ๆ (Maguire et al., 2015) โดยความต้องการด้านนี้มักขึ้นกับชนิดของโรค การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาภายหลังการได้รับการวินิจฉัย จากการศึกษา พบว่า ระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยโรคนาน ผู้ป่วยจะกังวลเกี่ยวกับโรค การแพร่กระจาย และการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น (Cardoso et al., 2016; Maguire et al., 2015) จะเห็นได้ว่า ความต้องการความรู้และการสนับสนุน

ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยังไม่มีข้อสรุปได้ อย่างชัดเจน แต่พบว่าแตกต่างหลากหลายขึ้นกับโรค ระยะโรค การรักษาที่ได้รับ ซึ่งจำเป็นที่พยาบาลควรต้องมีระบบการประเมินความต้องการความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วยในทางคลินิกเพื่อให้การตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้ป่วยต่อไป

### บทบาทของพยาบาล

ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ได้กำหนดวิธีช่วยเหลือของพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นไว้ 5 วิธี คือ การกระทำให้หรือกระทำแทน การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) โดยพยาบาลจะพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งมี 3 ระบบ คือ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบการให้ความรู้และการสนับสนุน (Educative – Supportive Nursing System) ซึ่งระบบนี้บุคคลหรือผู้ป่วยมีความสามารถในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้เอง (Orem, 2001) ในกรณีนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด

บทความนี้จะมุ่งเน้นบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และให้การสนับสนุน โดยใช้วิธี 1) การให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาทักษะความสามารถของตนเองและการปรับตัว และ 2) การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นทางด้านร่างกาย และการให้กำลังใจในการฝึกทักษะและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ดังนี้

## 1. การสอนและ/หรือการให้ความรู้

จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสอนหรือให้ความรู้ส่วนใหญ่จะถูกออกแบบให้อยู่ในรูปของโปรแกรม โดยมีเนื้อหาสาระของความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับโรค อาการข้างเคียงของเคมีบำบัด การป้องกัน การดูแลตนเองระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด และการจัดการอาการข้างเคียง (Mollaoglu & Erdogan, 2014) ซึ่งวิธีการให้ความรู้ในแต่ละโปรแกรมจะประกอบด้วย การสอนอย่างมีแบบแผนและสาธิต การสอนทั้งที่เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม การใช้สื่อการสอน การให้ผู้ป่วยบันทึกอาการ/การดูแลตนเองที่บ้าน และการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ โดยใช้ข้อมูลที่บ้านเป็นหลักในการให้ความรู้ (Mollaoglu & Erdogan, 2014)

ส่วนโปรแกรมการสนับสนุนประกอบด้วยวิธีการและกิจกรรมหลากหลาย เช่น การโทรศัพท์ติดตาม (ปณิดา คุณสาระ, พรรณวดี พุทวิธนะ และชิราภรณ์ จันทร์ดา, 2556; Pourfallahi, Gholami, Tarrahi, Toulabi, & Moghadam, 2020) การเยี่ยมชมเพื่อทบทวนความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสาธิตซ้ำ การแจกคู่มือ/เอกสารความรู้ การเปิดโอกาสให้โทรศัพท์สอบถามเมื่อมีปัญหาและข้อสงสัย (Pourfallahi et al., 2020) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีทางเลือกหลากหลายในการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ทดสอบผลของโปรแกรมและวัดผลลัพธ์จากการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียง/อาการที่เกิดขึ้น พบว่า ส่วนใหญ่ได้ผลดี โปรแกรมการให้

ความรู้และการสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศไทยส่วนใหญ่จะใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งโปรแกรมให้ความรู้และการสนับสนุนส่วนใหญ่จะใช้ 3-4 วิธี คือ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และ/หรือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เนื่องจากโปรแกรมส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้เอง ซึ่งเป็นระบบหนึ่งของพยาบาล (Educative – Supportive Nursing System) ตามแนวคิดของทฤษฎีนี้

การวิจัยของสุชาดา พุฒิเพ็ญ, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2561) ซึ่งออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยโปรแกรมดังกล่าวถูกออกแบบอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม ในการสอนจะเริ่มจากการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินความรู้ที่มีอยู่เดิมและความต้องการความรู้ในการดูแลตนเอง จากนั้นจึงสอนสาธิตสิ่งที่ต้องปฏิบัติ โดยการสอนนี้จะใช้เวลาประมาณ 3 ครั้ง ในการชี้แนะหรือให้คำแนะนำประกอบด้วย การเปิดโอกาสให้สอบถาม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และความต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม ซึ่งการแนะนำมีประมาณ 6 ครั้ง ในระยะเวลา 9 สัปดาห์ ส่วนด้านการสนับสนุนประกอบด้วย การให้เอกสารคู่มือเพื่อศึกษา การให้เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ รวมทั้งให้



กำลังใจในการปฏิบัติและข้อมูลอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ ในด้านสิ่งแวดล้อมมุ่งเน้นที่การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ และให้อบอุ่นผ่อนคลายเพื่อการสนทนา ผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษากระบวนการของการนำโปรแกรมไปใช้ ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อการนำโปรแกรมจากงานวิจัยต่าง ๆ ไปใช้ในทางปฏิบัติ ดังนี้

1.1 การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้อบอุ่น เป็นมิตร เป็นกันเอง ในขณะเดียวกันมีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและหรือครอบครัวได้แสดงความคิดเห็น ความต้องการ หรืออารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

1.2 การสอน หรือการให้ข้อมูลความรู้ ควรเน้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าการสอนตามที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยต้องการเริ่มการสนทนาจากสิ่งที่เป็นปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลควรประเมินพื้นฐานความรู้เดิมในเรื่องนั้น ๆ ของผู้ป่วยทุกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปัญหาที่แตกต่างกัน พยาบาลต้องมีความรู้ที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย เพื่อสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งที่ปัญหาและไม่เข้าใจได้ ระยะเวลาในการสอนควรกระชับ และมีความต่อเนื่องไปตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ

1.3 การชี้แนะหรือการให้คำแนะนำควรมีลำดับของกระบวนการคล้ายกับการสอนคือ เริ่มจากคำถาม/ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก ไม่ใช่เริ่มจากสิ่งที่พยาบาลรู้หรือต้องการพูดให้ฟัง ในการชี้แนะนี้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวจะต้องมีความไว้วางใจพยาบาล ผู้ป่วยจึงจะเล่าปัญหาหรือสอบถามในบางเรื่อง ดังนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบำบัดที่เป็นไปอย่างมีเป้าหมาย รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือของพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้พยาบาลเกิดความเข้าใจผู้ป่วยและผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความเข้าใจของพยาบาล เกิดความไว้วางใจ และรู้สึกเป็นที่พึ่งพาได้

1.4 การสนับสนุน เป็นการเอื้ออำนวยผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ถึงการสนับสนุน แหล่งประโยชน์ อุปกรณ์เครื่องมือทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ พยาบาลจะเป็นทั้งแหล่งข้อมูลและสามารถแนะนำแหล่งข้อมูล ทรัพยากรที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโดยเฉพาะทางด้านร่างกาย งานวิจัยพบว่าแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจที่ดีที่สุดของผู้ป่วยจะเป็นบุคคลในครอบครัว แต่พยาบาลก็เป็นแหล่งข้อมูลความรู้ที่สำคัญของผู้ป่วยได้ไม่แตกต่างจากแพทย์ (ธนัญญา ยอดยิ่ง และคณะ, 2562)

2. ความต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจ

ความต้องการการสนับสนุน (supportive care needs) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจากการทบทวนงานวิจัยซึ่งมีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Maguire et al., 2015; Paterson et al., 2015) พบว่า ความต้องการการสนับสนุนซึ่งรวมถึงความต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ชุมชนหรือสังคม และทีมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผลการวิจัยโดยรวมพบว่า ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจ/อารมณ์มากที่สุดเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ด้านระบบ

สุขภาพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ โดยรวมผลจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ / อารมณ์ และด้านสังคม เป็นต้น

2.1 การสนับสนุนทางด้านร่างกาย พยาบาลให้การสนับสนุน โดยให้ข้อมูลความรู้ และแหล่งประโยชน์ รวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย งานวิจัยส่วนใหญ่จะออกแบบวิธีการให้การสนับสนุน โดยการแจกคู่มือและเอกสารเพื่อศึกษาในเรื่องที่สนใจด้วยตนเอง รวมทั้งการให้เวลาติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โลกออนไลน์ และอื่น ๆ รวมทั้งแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน แหล่งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น (Pourfallahi, et al., 2020)

2.2 การสนับสนุนทางด้านจิตใจ พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา สร้างความมั่นใจในสิ่งที่ไม่แน่ใจ และให้กำลังใจเมื่อปฏิบัติได้ การติดตามสอบถามอย่างสม่ำเสมอของพยาบาล การใช้เวลาเมื่อมีปัญหาและข้อสงสัย จะทำให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจพยาบาลเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าในการศึกษาของ ธนัญญา ยอดยิ่ง และคณะ (2562) จะพบว่าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด/คนในครอบครัวในการรับฟังปัญหาถึงร้อยละ 91.2 แต่พบว่าผู้ป่วยเองได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจจากพยาบาลถึงร้อยละ 84.62 แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งในงานวิจัยนี้ พบว่า แหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ แพทย์ พยาบาลร้อยละ

100 รวมทั้งพบว่าวิธีการให้ความรู้การสนับสนุนที่ผู้ป่วยต้องการ คือ การพูดคุยสนทนาส่วนตัวร้อยละ 78.02 ในขณะที่ต้องการผ่านทางอินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชันเพียงร้อยละ 53.85 ซึ่งทำให้เห็นความจำเป็นในการจัดระบบการให้ความรู้และการสนับสนุนโดยพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างตรงกรณี ซึ่งวิธีการให้ความรู้และการสนับสนุนอาจใช้วิธีการที่แตกต่างหลากหลาย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และเป็นทางเลือกของผู้ป่วยในกรณีที่จะเรียนรู้วิธีการในการจัดการตนเอง ซึ่งการใช้อินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชันเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลความรู้ และจัดการใช้ทรัพยากรด้านกำลังคนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของสถานบริการสุขภาพ (Pourfallahi et al. 2020)

### สรุป

โดยสรุป ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากพยาธิสภาพและการรักษาที่ได้รับ อาการที่พบบ่อยและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ ปวด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หายใจลำบาก สับสน คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยอ่อนเพลีย ท้องผูก ท้องอืด ปากแห้ง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ วิดกกังวล และซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ซึ่งรวมถึงการจัดการอาการ และการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ และด้านสังคม พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้และให้การสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม โดยใช้วิธี 1) การสอนหรือให้

ความรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ เพื่อให้มีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาทักษะความสามารถของตนเอง 2) การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นทางด้านร่างกาย และการให้กำลังใจในการฝึกทักษะและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

ชนัญญา ยอดยิ่ง, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2562). ความต้องการความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(4), 10-19.

เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์, ศิริกร กิ่งวัฒนะกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช, และชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2562). ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*. 1(1), 50-66.

ปณิดา คุณสาระ, พรณวดี พุทธิวัฒนะ, และชिरาภรณ์ จันทร์ดา. (2556). ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากต่ออาการเยื่อหูช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 19(1), 73-86.

พรพิมล เลิศพานิช, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 6(1), 45-55.

สุชาดา พุฒิเพ็ญ, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2561). ความสามารถในการดูแล

ตนเอง และการรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงของเคมีบำบัด ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้. ใน การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 ปีการศึกษา 2561 มหาวิทยาลัยรังสิต (หน้า 3204-3215). ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บ.ก.). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. (น. 115-136). กรุงเทพฯ: หจก. วี.เจ. ฟรินดิง.

American Cancer Society. (2017). *Advanced cancer*. Retrieved Aug 12, 2022, from <https://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003082-pdf.pdf>

Azizollahi, A., & Tahmasebi, M. (2022). Symptom frequency in patients with advanced cancer admitted to a palliative care unit in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 28(8), 584-592.

Cardoso, F., Harbeck, N., Mertz, S., & Fenech, D. (2016). Evolving psychosocial, emotional, functional, and support needs of women with advanced breast cancer: Results from the Count Us, Know Us, Join Us and Here & Now surveys. *Breast*, 28(1), 5-12.

Dong, Q., Kang, L., Zhu, S., Luo, W., Qing, J., Zhong, S., ... Dong, H. (2021). Effects of nursing based on Orem's self-care model on self-care efficacy, quality of life and adverse emotions in patients with advanced lung cancer. *American Journal of Translational Research*, 13(4), 2983-2989.

Fletcher, C., Flight, I., Chapman, J., Fennell, K., & Wilson, C. (2017). The information needs of

- adult cancer survivors across the cancer continuum: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 383–410.
- Grigorescu, A. C. (2022). Symptoms control in patients with advanced lung cancer. *Gynecologic Oncology*, 58(1), 22-31.
- He, Y., Pang, Y., Su, Z., Zhou, Y., Wang, Y., Lu, Y., & Tang, T. (2022). Symptom burden, psychological distress, and symptom management status in hospitalized patients with advanced cancer: A multicenter study in China. *ESMO Science for Optimal Cancer Care*, 7(6), 1-8.
- Harris, C. S., Kober, K. M., Conley, Y. P., Dhruva, A. A., Hammer, M. J., & Miaskowski, C. A. (2022). Symptom clusters in patients receiving chemotherapy: A systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12, 10–21.
- Jespersen, E., Minet, L. R., & Nissen, N. (2022). Symptoms of total pain experienced by older people with advanced gastrointestinal cancer receiving palliative chemotherapy. *European journal of cancer care*, 31(6), e13674.
- Maguire, R., Kotronoulas, G., Simpson, M., & Paterson, C. (2015). A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 136(3), 478–490.
- Mollaoglu, M., & Erdogan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European journal of oncology nursing*, 18(1), 78–84.
- Nickolich, M. S., El-Jawahri, A., Temel, J. S. and LeBlanc, T. W. (2016). Discussing the evidence for upstream palliative care in improving outcomes in advanced cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 35(1), 534-538.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concept of practice* (6<sup>th</sup> ed.). Missouri: Mosby, Inc.
- Paterson, C., Robertson, A., Smith, A., & Nabi, G. (2015). Identifying the unmet supportive care needs of men living with and beyond prostate cancer: A systematic review. *European journal of oncology nursing*, 19(4), 405–418.
- Pourfallahi, M., Gholami, M., Tarrahi, M. J., Toulabi, T., & Moghadam, P. K. (2020). The effect of informational-emotional support program on illness perceptions and emotional coping of cancer patients undergoing chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 28(4). doi 10.1007/s00520-019-04842-w
- Reilly, C. M., Bruner, D. W., Mitchell, S. A., Minasian, L. M., Basch, E., Dueck, A. C., ... Reeve, B. B. (2013). A literature synthesis of symptom prevalence and severity in persons receiving active cancer treatment. *Support Care Cancer*, 21(6), 1525–50.
- Roeland, E. J., & LeBlanc, T. W. (2016). Palliative chemotherapy: Oxymoron or misunderstanding?. *BMC palliative care*, 15 (1), 33-36.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249.