



ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่ส่งต่อการรับรู้การตายสงบ
ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

โดย

นางสาววารภรณ์ อ่อนนงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบ
ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

โดย

นางสาววารภรณ์ อ่อนอนงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE EFFECTS OF A PEACEFUL END-OF-LIFE CARE PROGRAM
ON PEACEFUL DEATH AS PERCEIVED BY END-STAGE
CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

BY

MS. WARAPORN ONANONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF NURSING SCIENCE
ADULT NURSING
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2018
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสาววราภรณ์ อ่อนอนงค์


เรื่อง

ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบ
ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


เมื่อ วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2562

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัถิต์คัย)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



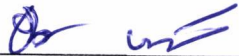
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)

คณบดี



(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัถิต์คัย)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ชื่อผู้เขียน	นางสาววราภรณ์ อ่อนอนงค์
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ 2 ครั้ง คือ หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็งก่อนทรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2562 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ซึ่งสร้างขึ้นตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล โปรแกรมมีระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมที่สาคัญประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินและการจัดการอาการ การพูดคุยสื่อสารเพื่อลดความวิตกกังวล การดูแลตอบสนองตามความเชื่อและความศรัทธา การจัดการสิ่งที่ค้างคาในใจ และสนับสนุนให้เลือกสถานที่สำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองได้แก่ แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ และ 2) คู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ

ในระยะท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) และ 3) แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบภายหลังการทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบของกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบภายหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบสามารถเพิ่มการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้ และผลดังกล่าวยังคงอยู่หลังโปรแกรมสิ้นสุดแล้ว 1 เดือน ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยระยะท้ายกลุ่มอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การตายสงบ ลดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้มีความสุขชีวิตที่ดีในระยะท้าย และเกิดการตายสงบ

ค ส คัญ: การตายสงบ, การตายดี, โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ, ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Thesis Title	THE EFFECTS OF A PEACEFUL END-OF-LIFE CARE PROGRAM ON PEACEFUL DEATH AS PERCEIVED BY END-STAGE CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY
Author	Miss Waraporn Onanong
Degree	Master of Nursing Science
Major Field/Faculty/University	Department of Adult Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Professor Yaowarat Matchim, Ph.D.
Thesis Co-AdvisorAssistant	Associate Professor Phornlert Chatrkaw, M.D.
Academic Year	2018

ABSTRACT

This is an experimental study with a two-group, pre-test/ post-test design. The post-tests were measured at the intervention completion and at one month follow-up. The study aimed to examine the effect of a peaceful end-of-life care program on peaceful death as perceived by end-stage cancer patients receiving chemotherapy. The participants included 60 end-stage cancer patients receiving chemotherapy in the oncological ward at King Chulalongkorn Memorial Hospital in Thailand from July, 2018 to January, 2019. The participants were recruited based on the inclusion criteria. The first 30 patients that met the inclusion criteria were arranged into the control group and received usual care. After the control group completion, the other 30 patients that met the inclusion criteria were arranged into the intervention group and received the peaceful end-of-life care program, which was constructed based on the theory of a peaceful end-of-life and evidence-based practice. The program lasted 4 weeks, encompassing establishing relationships, assessment and symptom management, communication for reducing anxiety, assessing and helping to achieve the patient's last wishes, encouraging the participant to select a place for his or her death, and inviting loved ones to be involved throughout the program.

The palliative performance scale (PPS) was used for screening the patients. The instruments used for implementing the program included the peaceful end-of-life care program and a palliative care manual for the patients. The instruments used for collecting the data included: 1) a demographic data form; 2) the Edmonton Symptom Assessment System form; and 3) a questionnaire for assessing peaceful death as perceived by end-stage cancer patients. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-squared test, and repeated measures ANOVA.

The results showed that the intervention group's mean scores for perceived peaceful death after the intervention completion and at one month follow-up were higher than those at baseline ($p < .001$). However, the mean scores for perceived peaceful death after the intervention completion and at one month follow-up were not significantly different ($p > .05$). Regarding the between-group comparison, the intervention group's mean scores for perceived peaceful death after the intervention completion and at one month follow-up were significantly higher than those of the comparison group ($p < .001$).

The results reflect that the peaceful end-of-life care program can enhance peaceful death as perceived by end-stage cancer patients receiving chemotherapy and the effects can be maintained one month after the intervention completion. Thus, healthcare providers might implement the peaceful end-of-life care program with other groups of end-stage patients in order to reduce their suffering, enhance the quality of their-life, and promote the perception of a peaceful death.

Keywords: peaceful death, good death, peaceful end-of-life care program, end-stage cancer patients receiving chemotherapy

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสำเร็จและความเมตตา และได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ.ดร.เอวารัตน์ มัชฌิม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ผศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ให้คำปรึกษา สละเวลาส่วนตัว แม้ในวันหยุด ช่วงพักกลางวัน เพื่อให้คำปรึกษา และแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนแก้ไขในส่วนที่บกพร่อง อีกทั้งยังดูแลเอาใจใส่ติดตามงาน สร้างกำลังใจ เป็นแรงกระตุ้น ทำให้วิทยานิพนธ์นี้เสร็จสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอก กรรมการสอบทุกท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำ วิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทุกท่านที่ให้ความรู้ ตลอดจนคำแนะนำต่าง ๆ ด้วยความหวังดีและความรัก ตลอดที่เข้ามาศึกษาที่สถานที่แห่งนี้ อีกทั้งเจ้าหน้าที่บัณฑิตที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือตลอดเวลาที่ทำ วิทยานิพนธ์ และกำลังใจสำคัญที่คอยกระตุ้น เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน คือ เพื่อนร่วมรุ่นปริญญาโทรหัส 59 ทั้ง 3 สาขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อน ๆ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และรุ่นพี่ที่คอยช่วยเหลือจนสำเร็จ

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตาม สัญญา เลขที่ ทน 73/2561

ขอขอบพระคุณทุนทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หัวหน้าพยาบาล และนางสาวปิยฉัตร เจนอักษร หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริ 20 โซนเอ รวมทั้งพยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกระดับที่ช่วยในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และช่วยในการขึ้นเวรแทนทำให้สามารถลาศึกษาได้อย่างหมดกังวล รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มารดา พี่สาว และคนรู้จักที่คอยอยู่เคียงข้าง ผลักดัน และสนับสนุนอย่างดีในทุก ๆ เรื่อง รวมถึงบิดา และคุณย่าแม้จะล่วงลับไปแล้วก็ยังมีส่วนช่วยให้มีแรงในการเรียนจนสำเร็จ และท้ายสุดขอบคุณเพื่อน ๆ ทุกคนที่มีส่วนในการเพิ่มกำลังใจ คอยให้กำลังใจช่วยเหลือจนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จ

นางสาววราภรณ์ อ่อนอนงค์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(12)
บทที่ 1 บทน า	1
1.1 ความเป็นมาและความส าคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 ค าถามการวิจัย	7
1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	8
1.5 ขอบเขตการศึกษา	8
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	8
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
1.8 สมมติฐานการวิจัย	12
1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2	วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1	แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด	15
2.1.1	ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด	15
2.1.1.1	ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	16
2.1.1.2	การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	16
2.1.1.3	ลักษณะในการให้ยาเคมีบำบัด	16
2.1.1.4	กลุ่มยาเคมีบำบัดที่ใช้บ่อย	17
2.1.2	ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด	18
2.2.1.1	ด้านร่างกาย	18
2.2.1.2	ด้านจิตใจ	21
2.2.1.3	ด้านจิตสังคม	22
2.2.1.4	ด้านจิตวิญญาณ	22
2.1.3	ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด	22
2.2	แนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (peaceful end of life care)	24
2.2.1	ความเป็นมาหรือการพัฒนาแนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ	24
2.2.2	องค์ประกอบของแนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ	24
2.2.3	การดูแลตามองค์ประกอบของหลักฐานเชิงประจักษ์	26
2.2.4	การประเมินระยะท้ายของชีวิตที่สงบ	35
2.2.5	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	38
2.3	แนวคิดการตายอย่างสงบ (Peaceful death)	39
2.3.1	ความหมายของการตายสงบ	40
2.3.2	คุณลักษณะการตายอย่างสงบตามการรับรู้	41
2.3.3	องค์ประกอบของการตายสงบ	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตายสงบ	45
2.3.5 ผลลัพธ์ของการตายสงบ และเครื่องมือประเมินการรับรู้การตายสงบ	47
2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรม	51
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	52
3.1 รูปแบบการวิจัย	52
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
3.2.1 ประชากร	54
3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง	54
3.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	54
3.2.4 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	56
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
3.5 การด ำเนินการศีกษาและทดลอง	64
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	72
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	73
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	74
4.1 ผลการวิจัย	74
4.2 อภิปรายผลการวิจัย	89

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	101
5.1 สรุปผลการวิจัย	101
5.2 จุดเด่นในงานวิจัย	102
5.3 ข้อจำกัดในงานวิจัย	103
5.4 ข้อเสนอแนะ	103
รายการอ้างอิง	105
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	120
ภาคผนวก ข เอกสารพินัยกรรมที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	142
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย	162
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	166
ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นและผลของการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ	167
ประวัติผู้วิจัย	196

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่	
4.1 จ นวน ร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	77
4.2 จ นวน ร้อยละด้านการเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบ าด	80
4.3 จ นวน ร้อยละระดับความสามารถในการท ากิจกรรมระยะท้าย	82
4.4 จ นวน ร้อยละข้อมูลทั่วไป ส ำหรับญาติ	83
4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ ได้รับยาเคมีบ าดตามช่วงเวลา	88
4.6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการ ดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบ าด ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม เสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผล และการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni	88
4.7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใน ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบ าดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์	89

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่	
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
4.1 การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้การตายสงบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง	85
4.2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้การตายสงบ ก่อนการ ทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม	85

บทที่ 1

บทน ๑

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลกโดยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 และยังเป็นโรคมะเร็งที่ติดต่อกันเป็นสาเหตุการตายของประชากรมากกว่าร้อยละ 50 ต่อปี ปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากถึง 8.2 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13 ของสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก โดยใน ปี พ.ศ. 2575 คาดว่าผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มสูงกว่าเดิมมากขึ้นถึง 22 ล้านคน (WHO, 2014) สถิติผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2015 มากถึง 15.2 ล้านคน (American Association for Cancer Research, 2016) ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา ดังจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 25,376 ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ถึงร้อยละ 13.55 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และในปี พ.ศ.2559 อัตราผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตมีจำนวนถึง 119.3 รายต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากสถิติรายงานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง (Tumor Register) ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2556 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่มีจำนวน 2,610 ราย, 3,199 ราย, 3,793 ราย และ 4,059 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคมะเร็งครบวงจรแห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ, 2557) ซึ่งท ำให้เห็นถึงแนวโน้มที่สอดคล้องกับการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นเป็นผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเข้ารับการร ักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นด้วย อีกทั้งเมื่อเกิดอาการ หรือมีอาการกาเริบซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวดทั้งร่างกายและจิตใจ (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิลป์, ประไพ อริยประยูร, และ แม้นมนา จิระจรัส, 2555) ด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ทันสมัยและมีความหลากหลายเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้นานขึ้นทั้งเพื่อการร ักษา หรือบรรเทาอาการที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับซึ่งก็อาจท ำให้เกิดความทุกข์ทรมานตามมาด้วยเช่นกัน

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง มีการดำเนินของโรคที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งให้หายขาดด้วยวิธีการอื่นได้ (อภิชัย ลีละสิริ, 2554) ตลอดจนไม่สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้น มีการลุกลามของโรคเพิ่มขึ้น อาการทรุดลงเรื่อย ๆ ความสามารถในการท ำกิจวัตรประจำวันลดลงต้องการคนคอยช่วยเหลือดูแล และระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงมีอาการร ่วงซึมสับสนได้ (Victoria Hospice Society, 1996) ซึ่งผู้ป่วย

มะเร็งระยะท้ายการพยากรณ์โรคถึงชีวิตที่เหลืออยู่ไม่เกิน 6 เดือน (สุวคนธ์ กุรัตน, พัทรี ภาระโช, และ สุวีริยา สุวรรณโคตร, 2556) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกายมากมาย ทั้งด้านระบบทางเดินอาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกลไกในสมองในส่วนของ Cerebral cortex และ Limbic system (Suzuki, Asakawa, Amitani, Nakamura, & Inui, 2013) และระบบประสาทส่วนกลาง รวมถึงการได้รับยาบรรเทาอาการปวดในกลุ่ม opioids (กิติพล นาควิโรจน์, 2559) เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะอ่อนล้า เหนื่อยล้า รบกวนแบบแผนการนอนหลับ และยังมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายจากอาการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เท่านั้นไม่พอการเปลี่ยนแปลงทางด้านโลหิตวิทยาหรือเมตาบอลิกในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เช่น ภาวะซีด เลือดออกง่าย และติดเชื้อ ก็ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเช่นกันเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การรับประทานอาหารหรือความอยากอาหารลดลงทำให้กระบวนการสร้างความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดในร่างกายก็ลดลงด้วยเป็นผลให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของเม็ดเลือดที่จะสามารถนำมาใช้ได้ อีกทั้งการรักษาในระยะท้ายไม่ว่าจะเป็นการได้รับยาเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษาก็มีส่วนในการยับยั้งกระบวนการสร้างเม็ดเลือดให้ลดลง และส่วนประกอบของเม็ดเลือดต่างถูกทำลาย (American Cancer Society, 2017) มีผลทำให้ร่างกายผู้ป่วยนั้นอ่อนล้า ไม่มีแรงเหนื่อยง่าย รู้สึกหายใจไม่อิ่มเกิดจากการขนส่งออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงที่ไม่เพียงพอ และจากการสร้างเม็ดเลือดที่น้อยและไม่สมบูรณ์ เม็ดเลือดขาวที่เป็นตัวช่วยในการดักจับเชื้อโรคเพื่อป้องกันการติดเชื้อก็ลดลง ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป (Nagy-Agren & Haley, 2002) และเมื่อถึงช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนการเสียชีวิตอาการทางด้านระบบประสาทจะมีมากขึ้น คือ อาการสับสน ความจำลดลง ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ได้ (อาทิศย์ ชัยธนสาร, 2559) อาการเหล่านี้ไม่เพียงแต่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดอีกมากมาย จากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทำให้เห็นถึงความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบายทางด้านต่าง ๆ ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งในระยะท้ายก็มีการรักษาหลายวิธี เช่น การฉายรังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัด และการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ โดยการเลือกใช้วิธีการใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง การแพร่กระจาย และผลกระทบหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดกับผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรักษา ซึ่งแพทย์ต้องประเมินและพิจารณาถึงผลดี ผลเสียและเลือกวิธีการรักษาตามความเหมาะสม การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดถือว่าเป็นวิธีหนึ่งที่น่าพอใจและมีประสิทธิภาพสามารถใช้ได้กับมะเร็งทุกระยะตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะสุดท้าย (จุไรรัตน์ วัชรอาสน์, 2552) การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หมายถึง การรักษาโรคมะเร็งด้วยสารเคมีหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ ต้านหรือทำลายเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปได้และตายในที่สุด การรักษาด้วยยาเคมี

บำบัดสามารถใช้ร่วมกับการรักษาอื่นร่วมด้วยได้เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดกับผู้ป่วย (วิกิรรม เจนเนตีสัน, 2012) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาก็มีมากด้วยเช่นกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่ต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง เพราะการให้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่ต้องมีการติดตามในการรักษาโดยใช้ระยะเวลาที่นาน

จากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตึกอายุรกรรมมะเร็ง ปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนมากขึ้นที่เข้ามารับการรักษาโดยการรับยาเคมีบำบัดหรือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาทางรังสีจำนวน 2,170, 2,475, 3,472 ครั้งต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แม้ผู้ป่วยมะเร็งจะอยู่ในระยะท้ายก็ยังได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อประคับประคองบรรเทาอาการ และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายให้ดีขึ้นโดยการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยส่วนใหญ่จะให้ชนิดที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลและเป็นการให้ยาที่ต่อเนื่องชนิดของยาเคมีบำบัดที่ใช้ก็จะแตกต่างกันออกไปตามชนิดของโรคมะเร็งและตำแหน่งของรอยโรค ยาเคมีบำบัดที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายจะเป็นชนิดที่ใช้ยาหลายตัวร่วมกันเพื่อลดอาการข้างเคียงจากยาให้น้อยที่สุดสูตรยาที่ใช้บ่อยได้แก่ FOLFOX₄, mFOLFOX₆, FOLFIRI, mFOLFIRI, Platinum 5FU และบางรายรักษาด้วยวิธีที่ใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาควบคู่ไป ซึ่งในการรักษาแต่ละครั้งผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อรับยาเคมีบำบัดเป็นจ นวน 3 - 5 วัน ให้ทุก 2 - 4 สัปดาห์ต่อครั้ง และต้องให้ติดต่อกันจนครบ 6 - 12 ครั้งซึ่งเป็นระยะเวลานานถึง 6 เดือน จากการได้รับยาเคมีบำบัดเป็นเวลานานและต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงในการรักษาหรือจากโรคมะเร็งที่มีผลอยู่เดิมทั้งทางร่างกายต่าง ๆ เกิดขึ้นได้ไม่ว่าจะเป็น อาการปวด คลื่นไส้ อาเจียน แผลในช่องปาก อาการชาปลายมือ ปลายเท้า ท้องผูก ท้องเสีย อ่อนเพลีย หรือ เบื่ออาหาร (ศรีรัตน์ มากมาย, 2556) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ย่อมมีความรู้สึกหรือความต้องการในการดูแลที่แตกต่างกันออกไป (มะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, 2552) เท่านั้นยังไม่พอ ทางด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องทำให้ต้องจากบ้าน หรือห่างจากบุคคลที่รัก (Tsai, Wu, Chiu, Hu, & Chen, 2005) รู้สึกโดดเดี่ยว อีกทั้งกิจกรรมบางกิจกรรมที่เคยท ายู่ประจำก็ไม่สามารถทำได้ ถูกจำกัดการติดต่อ การพบเจอกับบุคคลหรือทำในสิ่งที่ตนเองชอบอีกทั้งยังไม่สามารถหาหรือจัดการในสิ่งที่ค้างคาในจิตใจตนเองได้เนื่องจากต้องมาทำการรักษาอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งการดำเนินของโรคก็มีอย่างต่อเนื่องและมีระยะเวลาที่นานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งระยะเวลาช่วงนี้อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีอาการที่ทรุดลงต้องมีการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยการแพทย์สมัยใหม่มีการพัฒนามากมายมุ่งเน้นไปที่การยืดชีวิตผู้ป่วย โดยคาดหวังจะยืดชีวิตผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรืออนาคตเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ จากสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ มักส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับความทุกข์ทรมาน (Kuzmicz, 2017) และได้รับการยืดชีวิตที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ อีกทั้งยังเป็นการได้รับการดูแลในระยะ

ท้ายที่ไม่เหมาะสม ไม่ครอบคลุมและไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมถึงการบอกข่าวร้าย การให้ข้อมูลในการรักษาและมีแนวโน้มว่าอาการจะทรุดลงเรื่อย ๆ จนถึงระยะสุดท้ายและต่อเนื่องถึงภายหลังการสูญเสียและการดูแลครอบครัว (WHO, 2014) เพื่อบรรเทาอาการความเจ็บปวดไม่สบายทางกาย ทางจิตใจ และความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ซึ่งอาจใช้การรักษา Curative ร่วมด้วย เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสีรักษา (จุไรรัตน์ วัชรอาสน์, 2552) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยให้ดีขึ้น พร้อมทั้งช่วยให้ครอบครัวสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวได้ ตระหนักถึงการตายโดยไม่ยึดชีวิต หรือเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ครอบคลุมทั้งระหว่างการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยลดความทรมาน ความทุกข์ ได้รับการยอมรับตามความเชื่อ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ศาสนา และความเป็นมนุษย์ (Bernstein & Santina, 2011) รวมทั้งความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงการดูแลญาติภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (WHO, 2014) ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานต่าง ๆ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลสภาพจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ สุดท้ายคือผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลรักษา (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) การดูแลแบบประคับประคองอาจยังไม่เฉพาะเพียงพอในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่อาจมีชีวิตเหลืออยู่เพียงไม่เกิน 6 เดือน เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยยังมีชีวิตที่เหลืออยู่เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในทุก ๆ ด้านที่เฉพาะมากขึ้น ซึ่งการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (peaceful end of life care) นั้นเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลแบบประคับประคองแต่เน้นการดูแลทุกมิติที่เฉพาะเจาะจงในระยะท้ายและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในระยะท้าย สามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายนี้ได้เป็นอย่างดีและเป็นองค์รวมและเน้นการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเพื่อให้มีความสงบในระยะท้ายของชีวิต มีศักดิ์ศรี รวมทั้งได้รับการเคารพและให้คุณค่าอย่างคนมีชีวิตปกติ การดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ หมายถึง การดูแลที่มุ่งเน้นการทำให้มีชีวิตที่สงบ สุขสบายลดความทุกข์ทรมาน หรือความเจ็บปวด และอยู่อย่างมีความหมายในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่สำหรับทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคคลที่สำคัญอันเป็นที่รัก โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเฉพาะช่วงที่ใกล้ตายเพียงอย่างเดียว (วารภรณ์ คงสุวรรณ, 2558) อีกทั้งยังได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์และได้รับการจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างคาในใจโดยเป้าหมายของการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ คือ การตายที่ดี ตายสงบ สง่างามและมีความหมาย สืบเนื่องตั้งแต่ยังมีชีวิตจวบจนวาระสุดท้ายของการตาย

การตายหรือการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดการสูญเสียความไม่สมดุลในครอบครัว ทั้งความวิตกกังวล เศร้าโศก ไม่อยู่ในความสงบ โดดเดี่ยว ไม่ได้ได้รับความเคารพในบุคคล ส่วนของครอบครัวผู้ป่วยจะมีอาการโศกเศร้าก่อนการสูญเสีย มีความยากลำบากในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของการดูแล ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างมากเพื่อตอบสนองความต้องการที่จะรักษาหรือได้รับการดูแลจาก สหสาขาหลากหลายวิชาชีพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและจนถึงวินาทีสุดท้ายของชีวิต (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ด้วยวิธีการต่าง ๆ และยังต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย เสริมสร้างกำลังใจในช่วงเวลาที่เหลืออยู่และได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิต เพื่อที่จะสามารถเผชิญกับกระบวนการตายได้อย่างสงบ และพบกับการตายดี (The National Council for Palliative Care, 2015) ซึ่งการตายดีเป็นสิทธิของมนุษย์ที่ ส ักดิ์ที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ (Hartley, 2008)

การตายสงบ (peaceful death) หรือการตายดี (good death) เป็นคำที่สามารถใช้แทนกันได้ (วรารณ คงสุวรรณ, 2558) หมายถึง ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างคา สามารถแสดงเจตนาารมณ์ของตนเองได้ว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (สายสิริ อิศรชาวนาณชัย, 2559) พระไพศาล วิสาโล ได้กล่าวว่าการตายดี หรือการตายอย่างสงบ เป็นเรื่องที่ฝึกได้ เตรียมได้ และสามารถจัดการได้ ทุกคนต้องเผชิญกับความตายมนุษย์เราตายเพียงครั้งเดียว จะตายอย่างไรก็สามารถจัดการได้ ในปัจจุบันผู้ป่วยเกินร้อยละ 90 ต้องเสียชีวิตด้วยการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่ได้เสียชีวิตแบบทันที ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีเวลาและสามารถที่จะเตรียมตัวเผชิญกับความตายได้ (พระไพศาล วิสาโล, นภดล ศรีเกียรติขจร, เกศินี คุณทรัพย์, และสุมิตรา ศรีศุภรัตน์, 2552) และการศึกษาของวัลภา คุณทรงเกียรติ ที่ศึกษาการรับรู้การตายดีของผู้ป่วยพบว่า การตายดี คือ การตายอย่างสงบ ไม่มีทั้งความเจ็บปวดและปราศจากความกังวล และได้ทำสิ่งที่ค้างในใจ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554) การรับรู้การตายสงบของแต่ละบุคคลนั้นย่อมแตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์เดิม เพศ (Balein, 2009; Kehl, 2006) สังคม ศาสนาและวัฒนธรรม (Granda-Cameron, 2012) รวมทั้งระบบการดูแลรักษาที่ล่าช้า และการรักษาที่รุนแรงหรือมากเกินไป (aggressive treatment) และอายุก็มีผลต่อการรับรู้การตายดีโดยช่วงอายุที่สามารถรับรู้ถึงการตายดีได้ดีที่สุดคือช่วง 40-65 ปี (Shao-Yi Cheng, 2012)

จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง ตีกอายุกรรมมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2557, 2558, 2559 มีจำนวน 82 ราย ,106 ราย, 120 ราย และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 8 รายเสียชีวิตที่โรงพยาบาล และเสียชีวิตที่บ้าน 4 ราย โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตเกินกว่า

ครั้งหนึ่งที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดมีการเข้าออกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องแต่ก็ยังไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม หรือส่งเสริมให้ได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย ได้ทำตามความต้องการในการรักษาตนเองซึ่งเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ควรได้รับ รวมไปถึงการเสียชีวิตอย่างสง่างามและสมศักดิ์ศรี แต่ความเป็นจริงผู้ป่วยได้รับการดูแลตามภาวะอาการเจ็บป่วยและให้ยาตามแผนการรักษา จนบางรายเมื่อถึงเวลาใกล้เสียชีวิต ผู้ป่วยต้องจากไปด้วยความโดดเดี่ยว เดียวดาย รวมถึงมีความกังวลเพราะไม่สามารถที่จะไปจัดสรรทรัพย์สินได้ รวมถึงไม่สามารถท่างานบางอย่างได้จนเสียชีวิตไป จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการตายดีมีเพียงการประเมินการตายดีจากสมาชิกของครอบครัวภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว และพบการศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวยังไม่ได้อบสนองถึงการดูแลที่ผู้ป่วยมีเรื่องระยะท้ายต้องการและครอบคลุมเหมาะสมในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่หรือเพื่อดูแลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนที่จะเสียชีวิตและใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมายโดยไม่รอถึงเวลาที่ใกล้ความตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความต้องการในระยะท้าย คือ ไม่มีผลข้างเคียงจากการรักษา การไม่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ คือความห่วงกังวล จากการศึกษาของมูรากา และไนเกอร์ (Yasuko Murakawa & Nihei, 2009) พบว่านอกจากความห่วงกังวลจากการเจ็บป่วยแล้วนั้น ความเจ็บปวดและครอบครัวยังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยคำนึงถึงตลอดการได้อยู่กับครอบครัวทั้งขณะที่ยังมีชีวิตและก่อนตาย เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน หรือโรงพยาบาล เพราะการได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่รักและผูกพัน จะช่วยให้เกิดความอบอุ่นใจไม่รู้สึกลัวอย่างโดดเดี่ยว ช่วยให้ส่งเสริมการจากไปอย่างสงบ (Higginson IJ, 2008) ครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวได้ให้ความหมายไม่แตกต่างจากผู้ป่วย คือ เป็นการตายโดยไม่เจ็บปวดทรมาน ได้อยู่กับญาติพี่น้องไม่โดดเดี่ยว (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2015) ดังนั้นหากต้องการให้ผู้ป่วยเกิดการตายดีทั้งขณะที่มีชีวิตอยู่และระยะท้ายก่อนการเผชิญการตาย การได้รับการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้เกิดการตายดี หรือตายสงบในผู้ป่วย

การดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบนั้นเป็นการนำเอาทฤษฎีการดูแลระยะท้ายที่สงบ (Peaceful end of life care) มาเป็นแนวทางในการดูแลซึ่งทฤษฎีนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เก็บข้อมูลและวิเคราะห์โดยทา factor analysis พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จะมีชีวิตที่สงบได้ ต้องได้รับการดูแลครอบคลุม 5 องค์ประกอบ คือ 1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด 2) การมีประสบการณ์ความสุขสบาย 3) การมีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี 4) การได้อยู่ในความสงบ และ 5) การได้อยู่กับบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งทั้ง 5 องค์ประกอบนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในระยะท้ายที่สงบ กล่าวคือ สามารถรู้สึก มี

ความพึงพอใจในการดูแลในระยะท้ายเพื่อให้มีชีวิตในระยะท้ายที่สงบ ไม่ทุกข์ทรมาน มีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ และทำให้เกิดการรับรู้การตายที่ดีได้ จากที่กล่าวมาทำให้ผู้วิจัยสนใจและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการตายอย่างสงบ และนำไปสู่การตายที่ดี ให้มีการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย ซึ่งถ้ามีแนวทางหรือการดูแลที่ดีจะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมก่อนการตายได้ เนื่องจากการตายดีสามารถเตรียมได้ทั้งกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่ในขณะที่ยังอยู่โรงพยาบาลหรือเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมครบถ้วนเป็นองค์รวม ได้รับศักดิ์ศรี และมีคุณค่าอย่างบุคคลปกติ และสุดท้ายสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออย่างสงบอยู่อย่างมีความหมาย พร้อมทั้งสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสง่างาม

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน

1.2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.3 ขอบเขตการวิจัย

1.3.1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

1.3.2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

1.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ การรับรู้การตายสงบ

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบวัดซ้ำ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน อายุรกรรมมะเร็ง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2562

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

1.6.1 โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ หมายถึง ชุดกิจกรรมการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบโดยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของรูแลนด์และมอร์ (Ruland & Moore, 1998) โดยทฤษฎีนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เก็บข้อมูลและวิเคราะห์โดยท factor analysis พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จะมีชีวิตที่สงบได้ต้องได้รับการดูแลครอบคลุม 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การดูแลไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย (experience of comfort) 3) ดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (experience of dignity) และได้รับการตอบสนองต่อเจตนาารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ 4) ดูแลอยู่ในความสงบ (being at peace) และ 5) ดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) ยอมรับและเตรียมความพร้อมสู่การตายและได้ทำ สิ่งที่สำคัญในใจ (D'Ambruso et al., 2016) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยผลสุดท้ายคือ การนำไปสู่การตายที่ดีหรือตายอย่างสงบและสง่างาม โดยสามารถวัดการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบได้โดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient : PEOLCS-P) และแบบประเมินการดูแล

ระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Care giver : PEOLCS-C) เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการดูแลและออกแบบกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมและครบถ้วนตามองค์ประกอบของทฤษฎีที่ใช้ในการทำโปรแกรมโดยผ่านมุมมองของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นแบบประเมินของ พัชรีรัตน์ อ้นสีแก้ว (2561) และ แบบประเมินการรับรู้การตายสงบของ เนตรนภา มณีรัศยากร (เนตรนภา มณีรัศยากร, 2559)

1.6.2 การรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อมั่นของตนเองในช่วงเวลาที่จะจากไปในสภาพความสงบ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ และสถานที่ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินการรับรู้การตายสงบของ เนตรนภา มณีรัศยากร (เนตรนภา มณีรัศยากร, 2559)

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็ง ที่มารับยาเคมีบำบัด โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของ คอร์เนเลีย รูแลนด์ และเชอร์เลย์ มอร์ (Cornelia M. Ruland and Shirley M. Moore, 1998) โดยทฤษฎีนี้พัฒนามาจากมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วย ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการทบทวนเอกสารและจากความรู้ส่วนบุคคล ร่วมกับประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เก็บข้อมูลและวิเคราะห์โดยท factor analysis ท าให้เกิดโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลของการดูแล (outcomes) จากนั้นก็นำมาพัฒนาเป็นทฤษฎีที่ประกอบไปด้วยแนวคิดหลักต่าง ๆ ที่สามารถใช้อธิบายได้อย่างกว้างขวาง และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ถูกเสนอร่างขึ้นมาในปี ค.ศ. 1998 พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีชีวิตที่สงบได้ ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ซึ่งตามทฤษฎีนี้อธิบายว่าการดูแลให้บุคคลมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีหลักการดูแลที่สำคัญ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) คือ การดูแลให้ปราศจากอาการปวด หรือบรรเทาอาการปวดทั้งจากการได้รับยาบรรเทาอาการ หรือทางเลือกอื่นที่ไม่ใช่ยาในการบรรเทาอาการปวด 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย (experience of comfort) คือ การดูแลเพื่อจัดการกับอาการที่ไม่สุขสบายต่าง ๆทางด้านร่างกาย หรือจากผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การเกิดแผลในเยื่อช่องปาก เป็นต้น 3) ดูแลให้สัมผัสศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (experience of dignity) และได้รับการตอบสนองต่อเจตนาารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการสิ่งที่ค้างค้ำในใจ ได้ทำในสิ่งที่ตนเองนั้นปรารถนา มีส่วน

ร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และยังสามารถแสดงเจตนาในระยะท้ายของชีวิตได้ว่าต้องการ
สิ่งใด 4) ดูแลอยู่ในความสงบ (being at peace) เป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยนั้นหมดความวิตกกังวล มี
จิตที่สงบ ได้ทำตามความเชื่อ ความศรัทธา หรือตามสิ่งที่ตนเองนั้นนับถือ และ 5) ดูแลให้ใกล้ชิดกับ
ญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) เป็นการดูแลโดยเน้นให้
ครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการให้มาอยู่ใกล้ชิดในวาระสุดท้ายของชีวิต และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย
และญาติได้พูดคุยและมีส่วนร่วมในการจัดการตามความปรารถนาของผู้ป่วย โดยทฤษฎีนี้จะมีจุดเน้นที่
การท ให้ชีวิตสงบและอยู่อย่างมีความหมายในเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่สำหรับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว
หรือบุคคลรอบข้าง โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเฉพาะช่วงเวลาใกล้ตายเพียงอย่างเดียว

การน ทรอบแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life)
มาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระยะท้าย โดยให้การดูแลจัดโปรแกรมกิจกรรม
ที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิด นอกจากจะสามารถช่วยบรรเทา
ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ยังช่วยส่งเสริมให้สุขสบาย สามารถดูแลและตอบสนองต่อความ
ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ผลสุดท้ายคือผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีความหมาย มี
ความสงบ และมีประสบการณ์ของการรับรู้การตายอย่างสงบ (peaceful death) ดังแสดงใน
แผนภาพที่ 1

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ทากิจกรรมให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย สอบถาม ปัญหาความต้องการ ประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมครั้งหน้าและ นัดหมายครั้งต่อไป พร้อมทั้งประเมินข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยอธิบายถึงแนวทางการดูแลตามโปรแกรมและให้การดูแลและ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามหลักทฤษฎีการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ คือ

1.ด้านการดูแลไม่ให้อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) ได้แก่ประเมิน อาการปวด

และจัดการบรรเทาอาการปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา

2.ด้านการดูแลให้มีประสบการณ์ของการสบาย (experience of comfort) ประเมินอาการไม่สบายต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัด จัดการและบรรเทา อาการไม่สบายที่เกิดขึ้น และดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการ ได้รับยาเคมี บัด

3.ด้านการดูแลให้มีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity) โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา มีการวางแผนในระยะท้ายต้องการ การรักษาแบบใด ช่วยในการจัดการสิ่งที่ค้างค้างในใจ และได้ทำในสิ่งที่ตนเองปรารถนา

4.ด้านการดูแลอยู่ในความสงบ (being at peace) จัดการลดความวิตกกังวล โดยการให้ยาและไม่ใช้ยา และดูแลให้ได้รับการตอบสนองตามความเชื่อ/ศรัทธา หรือสิ่งที่ต้องการหรือปรารถนาที่ต้องการจะท พร้อมทั้งสร้างความไว้วางใจและ ให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ

5.ด้านดูแลให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและเตรียมบุคคลที่รักและผูกพันเมื่อ ใกล้เสียชีวิต (closeness to significant others and death timing) โดย เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิด เลือกบุคคลที่ต้องการให้ และส่งเสริมให้ ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

การรับรู้การตาย

สงบ

(peaceful death)

- ด้านร่างกาย
- ด้านจิตใจ
- ด้านจิตสังคม
- ด้านจิตวิญญาณ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

1.8.2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.9.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.9.1.1 สามารถนํางานวิจัยมาเป็นแนวทางในการพัฒนาจัดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1.9.1.2 เพื่อนำมาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ครอบคลุมและมีความต่อเนื่องในการดูแล และเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตตั้งแต่ก่อนระยะสุดท้าย

1.9.2 ด้านการศึกษาวิจัย

1.9.2.1 เพื่อนำงานวิจัยมาหาการศึกษาต่อยอดในเรื่องของการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งในระดับที่กว้างขึ้น

1.9.2.2 เพื่อพัฒนางานวิจัยให้เป็นแนวทางที่สามารถใช้ได้ในปัจจุบันและเป็นมาตรฐานที่สามารถปฏิบัติได้จริงแบบองค์รวมด้านการดูแลผู้ป่วยในทุกกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้การตายสงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากหนังสือ บทความวารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เสนอตามล าดับดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมี บัด

- 2.1.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมี บัด
 - 2.1.1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
 - 2.1.1.2 การให้ยาเคมี บัดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
 - 2.1.1.3 ลักษณะในการให้ยาเคมี บัด
 - 2.1.1.4 กลุ่มยาเคมี บัดที่ใช้บ่อย
- 2.1.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมี บัด
 - 2.1.2.1 ด้านร่างกาย
 - 2.1.2.2 ด้านจิตใจ
 - 2.1.2.3 ด้านจิตสังคม
 - 2.1.2.4 ด้านจิตวิญญาณ
- 2.1.3 ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมี บัด

2.2 แนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (peaceful end of life care)

- 2.2.1 ความเป็นมาหรือการพัฒนาแนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ
- 2.2.2 องค์ประกอบของแนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ
 - 2.2.2.1 การไม่อยู่ในความเจ็บป่วย (not being in pain)
 - 2.2.2.2 การอยู่ในความสุขสบาย (experience of comfort)
 - 2.2.2.3 การได้รับศักดิ์และศรีพร้อมทั้งแสดงเจตนารมณ์และความต้องการ (experience of dignity and intention)
 - 2.2.2.4 การดูแลอยู่ในความสงบ (being at peace)

- 2.2.2.5 ดูแลให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others)
- 2.2.3 การดูแลตามองค์ประกอบของหลักฐานเชิงประจักษ์
- 2.2.4 การประเมินระยะท้ายของชีวิตที่สงบ
- 2.2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

2.3 แนวคิดการตายอย่างสงบ (Peaceful death)

- 2.3.1 ความหมายของการตายสงบ
- 2.3.2 คุณลักษณะการตายอย่างสงบตามการรับรู้
 - 2.3.2.1 คุณลักษณะการตายอย่างสงบตามการรับรู้จากผู้ป่วย
 - 2.3.2.2 คุณลักษณะการตายอย่างสงบตามการรับรู้จากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิด
 - 2.3.2.3 คุณลักษณะการตายอย่างสงบตามการรับรู้จากทีมสุขภาพ
- 2.3.3 องค์ประกอบของการตายสงบ
- 2.3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตายสงบ
- 2.3.5 ผลลัพธ์ของการตายสงบ และเครื่องมือประเมินการรับรู้การตายสงบ

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.1.1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยและมีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ต้องการการดูแลที่ละเอียดซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้นจะมีระยะเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่นั้นไม่มากนัก มีการให้ค่าจากกตเวทิตาของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไว้มากมาย ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกัน คือ

สถาพร สีสานันทกิจ (2552) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายว่า หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยในระยะ ลุกลามเรื้อรัง และเข้าสู่ระยะท้ายๆของโรค หรือเป็นการรักษาหรือบำบัดด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่ก็ไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีแนวโน้มสุดท้ายคือการเสียชีวิต

สุวคนธ์ กุรัตน และคณะ (2556) ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายไว้ว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีการดเนินของโรคที่เพิ่มมากขึ้นจนถึงเสียชีวิต ซึ่งสามารถพยากรณ์โรคได้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้นานไม่เกิน 6 เดือนหรือน้อยกว่านั้น

ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ (2560) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้น คือ ผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่รักษาไม่หาย และมีโอกาสจะเสียชีวิตสูงมากภายในเวลา 6 หรือ 12 เดือน

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (วีรวุฒิ อิมส ราชู 2558) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นระยะที่ 4 โรคมะเร็งมีการลุกลามไปยังอวัยวะที่สำคัญ การรักษามุ่งเน้น ไปเพื่อการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานเป็นหลัก โดยสามารถประเมิน $PPS \leq 40$

National Institute cancer (2017) ได้ให้ค่าจากกตเวทิตาของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตไม่เกิน 6 เดือน

กล่าวโดยสรุป คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีการลุกลามไปยังอวัยวะที่สคัญ โดยการรักษาจะมุ่งเน้นไปที่การรักษาและบรรเทาอาการ ซึ่งสามารถพยากรณ์โรคได้ว่าจะมีชีวิตอยู่ได้นานไม่เกิน 6 - 12 เดือน

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจะมีเป้าหมายหลักในการรักษา คือการควบคุมไม่ให้มีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นเพิ่มเติม รวมทั้งบรรเทาอาการของโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการปวด เหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น โดยวิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้นจะขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย และอาการที่เกิดขึ้นจากการดำเนินของโรค หลักการรักษาส่วนใหญ่จะประกอบด้วย การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง การผ่าตัด หรือหลายๆ วิธีร่วมกัน วิธีการหนึ่งที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเพื่อการประคับประคองบรรเทาอาการนั้นก็คือ การให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยระยะท้ายไม่มีจุดประสงค์เพื่อการหายขาด (มะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, 2552) แต่ให้เพื่อควบคุมการลุกลามหรือบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากโรคให้ทุเลาลง และเพิ่มคุณภาพชีวิตในเวลาที่เหลืออยู่ให้ดีขึ้น (วิกรม เจนเนตสิน, 2012)

2.1.1.2 การให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หมายถึง การใช้ยาต้านมะเร็งซึ่งโดยทั่วไป คือ สารเคมีที่เป็นพิษต่อเซลล์มะเร็ง ทาหน้าที่ต้านหรือทำลายเซลล์มะเร็งในร่างกายในลักษณะการรักษาตามระบบหรือทั่วร่างกาย (Systemic therapy) ทำให้ไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปได้และตายในที่สุด ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากในการรักษามุ่งหมายในการรักษาที่แตกต่างกันออกไป

2.1.1.3 ลักษณะในการให้ยาเคมีบำบัด

- 1) การรักษามุ่งในการหายขาด (Curative therapy) เป็นการรักษาเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการหายจากโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น คือเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษาครบถ้วนแล้วโอกาสที่จะสามารถหายขาดจากโรคมะเร็งนั้นมีสูง
- 2) การรักษาเสริมร่วมหรือหลังการรักษาเฉพาะที่ (Adjuvant treatment) เป็นการรักษาเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งซึ่งอาจแพร่กระจายออกไปแล้วในระดับที่ยังตรวจไม่พบ (micro-metastasis) และส่งเสริมการควบคุมมะเร็งเฉพาะที่หลังการรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา
- 3) การรักษาก่อนการผ่าตัด (Upfront therapy หรือ neoadjuvant treatment) เป็นการรักษาที่มีจุดมุ่งหมายคือ ลดขนาดของก้อน ลดหลอดเลือดที่มาเลี้ยง เพิ่มโอกาสในการผ่าตัดเอาก้อนออกอย่างปลอดภัย เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งไส้ตรง เป็นต้น
- 4) การรักษาเพื่อป้องกันมะเร็ง (Chemoprevention) เป็นการรักษาเพื่อป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้น เช่น การให้ยาในกลุ่ม Non-steroid Anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ซึ่งการรักษาแบบนี้เป็นการรักษาในเชิงที่มุ่งหรือชะลอกลไกการเกิดมะเร็งหรือชะลอการเกิดการแพร่กระจายของมะเร็ง

5) การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative) เป็นการรักษาที่มุ่งเน้นไปที่บรรเทาอาการของผู้ป่วยลดการเกิดการแพร่กระจายที่เพิ่มมากขึ้น และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโดยไม่ได้หวังผลในการรักษาเพื่อการหายขาด

สรุปได้ว่า ลักษณะการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีหลายวิธี แต่การจะเลือกวิธีการแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบและปัจจัยหลายอย่าง เพื่อให้เหมาะสมกับอาการทางคลินิก และระยะของโรผู้ป่วยมะเร็ง

2.1.1.4 กลุ่มยาเคมีบำบัดที่ใช้บ่อย

1) กลุ่มอัลคาเลทิง (Alkylating agent) เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ในการจับเข้ากับประจุลบบนสารพันธุกรรม ก่อให้เกิด DNA cross-linking และการแตกหักของ DNA สายคู่ ได้แก่ Cyclophosphamide, Ifosfamide เป็นต้น

2) กลุ่มแอนทราไซคลิน (Anthracycline) เป็นกลุ่มยาที่ก่อให้เกิดอนุมูลอิสระซึ่งส่งผลให้เกิดการแตกหักของ DNA และยับยั้ง Topoisomerase II ได้แก่ Doxorubicin, Epirubicin เป็นต้น

3) กลุ่มแพลททินัม (Platinum) เป็นกลุ่มยาที่ก่อให้เกิด DNA acting cross-linking ยับยั้งการสร้าง DNA สายใหม่และการแสดงออกของยีน ได้แก่ Cisplatin, Carboplatin, Oxaliplatin เป็นต้น

4) กลุ่มแอนติเมทาบอลไลท์ (Antimetabolites) เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการสร้างสารพันธุกรรม จ เพาะต่อเซลล์ในระยะ S ได้แก่ 5-Fluorouracil, Gemcitabine, Metrotrexate เป็นต้น

5) กลุ่มวินคา อัลคาลอยด์ (Vinca alkaloids) เป็นกลุ่มที่จับกับโปรตีน microtubule ในขณะที่อยู่ในรูป dimetric และก่อให้เกิด depolymerization จึงจาเพาะต่อเซลล์ในระยะ M ได้แก่ Vincristine, Vinblastine เป็นต้น

ในปัจจุบันได้มีการคิดค้นพัฒนา ยาเคมีบำบัดชนิดใหม่ออกมามากมายที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงเพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยมากขึ้น และมีการเลือกใช้ยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายโดยการนำยาเคมีบำบัดหลายชนิดในกลุ่มต่าง ๆ มาใช้ร่วมกันจัดเป็นสูตรยาเพื่อลดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดให้เกิดน้อยที่สุด สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้แก่

- สูตร FOLFOX₄ และ mFOLFOX₆ ประกอบด้วยยาเคมีบำบัด คือ Oxaliplatin/Eloxatin + Leucovorin + 5-Fluorouracil ให้ต่อเนื่องทั้งสิ้น 2 วัน

อาการข้างเคียง คือ อาการชาปลายมือปลายเท้าปวดหรือเจ็บบริเวณแขนที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาจมีท้องผูก หรือท้องเสียเกิดขึ้นได้และอาการอ่อนล้า เบื่ออาหาร และในบางรายอาจมีแผลในช่องปากเกิดขึ้นได้ด้วย

- สูตร FOLFIRI และ mFOLFIRI ประกอบด้วยยาเคมีบำบัด คือ Irinotel/Campto + Leucovorin + 5-Fluorouracil ให้ต่อเนื่องทั้งสิ้น 2 วัน

อาการข้างเคียง คือ อาการท้องเสียถ่ายอุจจาระเหลว ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หรือ อาจเกิดแผลในช่องปากได้

- สูตร Platinum/5FU ประกอบด้วยยาเคมีบำบัด คือ Cisplatin/Carboplatin + 5-Fluorouracil ให้ต่อเนื่องทั้งสิ้น 4 วัน

อาการข้างเคียง คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนมาก เกิดแผลในช่องปาก น้ สายเหนียว อาจมีหรือไม่มีปัสสาวะแสบขัดได้ เนื่องจากสูตรยาี้ต้องให้ต่อเนื่องนานถึง 4 วันทำให้เกิดอาการอ่อน ล้ามากกว่ายาสูตรอื่นที่ใช้ในการรักษา

การให้ยาเคมีบำบัดในสูตรยาดังกล่าวจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ รับยาเคมีบ ำบอย่างต่อเนื่องทุก 2 หรือ ทุก 4 อาทิตย์อย่างสม่ำเสมอจนครบ 6 - 12 ครั้งเพื่อช่วยลด อาการไม่พึงประสงค์ หรือเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วยมะเร็งให้ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยบางรายซึ่งอยู่ในระยะท้ายแล้วได้รับการให้ยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะ 2 อาทิตย์สุดท้ายของชีวิตสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เลยก็คือ ผลกระทบที่ได้รับจากยาเคมีบำบัดไม่ว่า จะทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และ จิตวิญญาณที่เกิดขึ้นตามมาล้วนส่งผลต่อผู้ป่วยในระยะยาว จนถึงก่อนที่จะเสียชีวิตได้

2.1.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมี บัด

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดแม้จะได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการ ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ก็ยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงผลกระทบหรืออาการข้างเคียงจากยา เคมีบำบัดได้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่ต่างจากคนทั่วไปที่ได้รับยาเคมี บ ำบ ัด

2.1.2.1 ด้านร่างกาย

ในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้นทำให้ความสามารถในการทากิจวัตร ประจําวันลดลงหรือทำไม่ได้ (Berry, 2002) สิ่งทีพวกเขาจำเป็นต้องเผชิญและมีปัญหาเนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในระบบต่าง ๆ ทีเสื่อมโทรมลงเรื่อย ๆ ร่วมกับการมารับยาเคมีบำบัดที เด่นชัดนั้นก็คือ อาการข้างเคียงต่าง ๆ ทีเกิดจากยาเคมีบำบัด รวมถึงอาการเดิมทีมีอยู่แล้วไม่ว่าจะเป็น อาการปวด เหนื่อยหอบ เป็นต้น โดยอาการทีพบบ่อยทางด้านร่างกายได้แก่

1) อาการเจ็บปวด หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยมีความรู้สึก หรือรับรู้ได้ถึงความรู้สึกไม่สบาย มีอาการเจ็บหรือปวดบริเวณใดบริเวณหนึ่งในบางรายอาจจะมีอาการปวดทั่วร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเกือบทุกรายต้องพบเจอไม่ว่าจากตัวโรคที่ได้มีการลุกลามไปยังกระดูกท ให้มีอาการปวด (WHO, 2014) หรือแม้แต่อาการปวดที่เกิดจากตัวโรคของมะเร็งเอง เช่น มะเร็งกระเพาะอาหารก็อาจมีอาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง มะเร็งลำไส้ก็อาจมีอาการปวดบริเวณท้องน้อย หรือบริเวณรูทวารหนัก เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการอันดับต้นๆที่มีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วยเป็นอย่างมากและไปรบกวนการดำเนินชีวิต รวมทั้งลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายอีกด้วยหากไม่มีการจัดการดูแลอย่างดี ในผู้ป่วยระยะท้ายนั้น กลไกการปวดแบ่งเป็น 2 สาเหตุ คือ (วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, 2554) ความปวดที่เกิดจากทางร่างกาย และ ความปวดทางระบบประสาท

- ความปวดที่เกิดจากทางร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแบบเสียดแทง ปวดตื้อ หรือปวดแบบโดนกด ซึ่งเป็นการรับความปวดจากการกระตุ้นตัวรับที่พื้นผิวของร่างกาย (somatic structure)

- ความปวดที่เกิดจากทางระบบประสาท ส่วนมากจะเกิดจากการปวดภายใน หรือ ถูกกดทับ ลักษณะอาการปวดจะปวดบิด ปวดจุกเหมือนถูกบิด บางครั้ง อาจมีลักษณะเหมือนมีดบาด ซึ่งเป็นการรับความปวดจากการกระตุ้นความปวดในส่วนลึกของร่างกาย (visceral structure)

2) หายใจลำบาก หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ความรู้สึกไม่สบายในขณะที่หายใจ รู้สึกถึงภาวะที่หายใจแล้วได้รับอากาศไม่เพียงพอทำให้ต้องหายใจแรง และเร็วมากกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายส่วนใหญ่โรคจะมีการลุกลามไปยังปอดท ให้สาหัสหลังในทางเดินหายใจ มีปริมาณมากและมีอาการเหนื่อย โดยผู้ป่วยจะมีอาการหายใจไม่สะดวก อาการหายใจเร็วหรือนอนราบไม่ได้ บางครั้งอาการเหนื่อยอาจเกิดจากภาวะวิตกกังวล (รัตนพล อ้ออาไพ, 2011) ซึ่งอาจจะไม่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำก็ได้ และในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกือบทุกรายจะมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังปอดทำให้พื้นที่ของปอดในการแลกเปลี่ยนก๊าซนั้นลดลง ยิ่งส่งผลให้เกิดการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น

3) คลื่นไส้ อาเจียน มีความหมายที่สอดคล้องและเป็นการดำเนินอาการที่ต่อเนื่องกัน อาการคลื่นไส้ หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายท้อง วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ฝะอืดฝะอม อยากจะอาเจียน มีความรู้สึกเหมือนกลืนล าบท แต่อาการอาเจียนนั้น หมายถึง ความรู้สึกถึงการหดตัวของกระเพาะอาหารท ให้อาหารและน้ำ าย่อยในกระเพาะไหลย้อนขึ้นมาที่ปาก ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีอาหารออกมาก็ได้ ซึ่งอาการคลื่นไส้อาจไม่มีอาการอาเจียนเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่าร้อยละ 50 (รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2016) อย่างไรก็ตามแต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการคลื่นไส้ได้

ห้องผูกโดยปล่อยให้เกิดอาการเป็นระยะเวลาสั้นจะมีผลกระทบหรือเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของทางเดินอาหารจากอุจจาระกั้นได้ (Librach, 2011)

2.1.2.2 ด้านจิตใจ

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือไม่ได้รับยาเคมีบำบัดล้วนมีผลกระทบทางด้านจิตใจคล้ายคลึงกันโดยเฉพาะความผิดปกติทางด้านจิตใจหลัก 3 อย่าง (ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะสับสน นอกจากนี้ยังมีอาการกลัวความตาย และกลัวการพลัดพรากจากคนที่รัก (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) ได้แก่

1) ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีอาการความรู้สึกแย่ เบื่อหน่ายหรือท้อแท้อยู่ตลอดเวลาเกือบทั้งวัน หรือนานเป็นสัปดาห์ สิ้นหวังในการสู้กับโรคร้าย ไร้คุณค่า ไม่ตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวท่าทางเศร้า หรือร้องไห้บ่อยครั้ง ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยระยะท้ายจึงควรให้ความสำคัญและหมั่นประเมินอยู่ตลอดเวลา (อาทิตย์ ชัยธนาสาร, 2559)

2) ภาวะวิตกกังวล เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในความคิดของผู้ป่วย เช่น คิดถึงเรื่องราวต่าง ๆ รอบตัว รู้สึกตึงเครียด ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ รู้สึกกระวนกระวาย รู้สึกไม่สงบ เช่น กังวลเรื่องการรักษา กลัวเจ็บ กลัวตายทั้งที่ไม่ได้เตรียมตัว หรือบางครั้งความกังวลเกิดจากความไม่รู้ทำให้เกิดความกลัวและความกังวลเพิ่มมากขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่จะรู้สึกกังวลว่าหากไม่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้นจะกังวลว่าตนเองจะมีรักษาไม่หายหรือมีการดำเนินของโรคที่มากขึ้น (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธุ์, 2556)

3) ภาวะสับสน เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และต้องการมีส่วนร่วมกับการแพทย์ในการเลือกแนวทางการรักษาโรคของตนเอง ผู้ป่วยมะเร็งต้องการการสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัว ต้องการผู้รับฟังปัญหาพร้อมทั้งระบายความรู้สึก (ศรีรัตน์ มากมาย, 2556) ระยะนี้ผู้ป่วยจะท้อแท้เป็นที่สุด บางครั้งมีความรู้สึกอยากตาย บางครั้งรู้สึกไม่อยากตาย ซึ่งเป็นอาการที่ยังสับสนในใจบางครั้งรู้สึกยังมีสิ่งที่ยังไม่ได้จัดการอีกมาก (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หน่วยสารสนเทศมะเร็ง, 2552)

4) กลัวความตาย ผู้ป่วยมักกลัวในสิ่งที่ยังมาไม่ถึง เกิดมาจากจิตของผู้ป่วยเองที่คิดไปเองต่าง ๆ นานา โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยถูกกีดกันจากการรับรู้ หรือเข้าใจในความตาย ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายนั้นจะมีความรู้สึกกลัวกับความตายที่จะเกิดขึ้น

5) กลัวการพลัดพรากจากคนที่รัก ผู้ป่วยระยะท้ายนั้นความเจ็บปวด ไม่สบาย จะทำให้ผู้ป่วยนั้นรู้สึกถูกกีดกัน ต้องพลัดพรากจากคนที่รักเพื่อมารับการรักษา ไม่มีเวลาเพื่ออยู่กับครอบครัว หรืออยู่กับบุคคลที่ต้องการในระยะท้ายเนื่องจากต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้บางครั้ง

2.1.2.3 ด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้นจะมีความกังวลเกี่ยวกับเรื่องสัมพันธ์ภาพและการไม่เป็นที่ต้องการของสังคม ความรู้สึกโดดเดี่ยวถูกแบ่งแยกออกจากสังคมจากการที่เป็นโรคต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการรับยาเคมีบำบัด หากเป็นหัวหน้าครอบครัวแล้วนั้นปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวก็จะตามมา อีกทั้งผู้ป่วยระยะท้ายยังต้องการความรักและต้องการแรงสนับสนุนจากครอบครัว (วีรมลล์ จันทรดี, 2556) แต่ก็รู้สึกไม่อยากเป็นภาระ อยากช่วยตนเองได้และสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

2.1.2.4 ด้านจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้นจะมีผลกระทบทางด้านความสัมพันธ์กับศาสนา (กิตติกร นิลมานัต, 2555) ความเชื่อ ความหวัง ความรัก ความศรัทธา เป้าหมายของชีวิต และการแสดงออกของพฤติกรรมต่อความรู้สึกที่อยู่ส่วนลึกของบุคคล ซึ่งจะถูกจำกัดด้วยความเจ็บป่วย หรือ การรักษาต่อภาวะโรคนั้น

ผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีมากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ แต่หากได้รับการจัดการ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยก็สามารถทำให้ผู้ป่วยจากไปได้อย่างสงบ

2.1.3 ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้นมีความต้องการมากมายเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งต้องการข้อมูลข่าวสาร ต้องการหายจากโรค ความปลอดภัย ลดอาการข้างเคียงของยา ลดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน มีความหวังในการรักษา ลดภาระครอบครัว ลดค่าใช้จ่าย และต้องการกลับไปอยู่บ้านเมื่อการรักษาไม่เป็นผล (Hamilton IJ, 2016) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1.3.1 ความปลอดภัย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้นความปลอดภัย คือ สิ่งแรก que ผู้ป่วยคาดหวังและต้องการได้รับ โดยเฉพาะการได้รับยาในครั้งหลังๆ หรือในระยะท้ายสิ่ง que ผู้ป่วยเลือกรับการ

รักษาด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากความเข้าใจว่าการได้รับยานี้จะช่วยให้ผู้ปวยนั้นปลอดภัยและหายจากโรค สามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้อย่างคนปกติหรือไม่แตกต่างจากก่อนเจ็บป่วย (E. Pace., 2009)

2.1.3.2 บรรเทาความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมานจากยาเคมีบำบัด (Matsuyama, Reddy, & Smith, 2006)

ผู้ปวยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด สิ่งที่ต้องการ คือ บรรเทาอาการปวด เพราะคาดหวังว่ายาเคมีบำบัดจะไปยับยั้งเซลล์มะเร็ง ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดในร่างกายจากโรคที่มีอยู่ และต้องการที่จะไม่ได้รับความทรมานจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ทุกข์ทรมานสำหรับผู้ปวยระยะท้ายที่ต้องเผชิญเพิ่มขึ้นนอกจากโรคที่ติด หนึบอยู่ก่อนแล้ว

2.1.3.3 การได้รับข้อมูลในการรักษาอย่างเพียงพอ

การได้รับข้อมูลในการรักษาอย่างเพียงพอ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร สำหรับการรักษา และการตัดสินใจจากแพทย์ที่ทำการรักษาอย่างครบถ้วน เพียงพอ ต้องการคำแนะนำและการปฏิบัติตนแม้จะอยู่ในระยะท้าย ข้อมูลก็ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ปวยและครอบครัวต้องการ เพื่อที่จะตัดสินใจในการรักษาและเป็นข้อมูลเพื่อที่ใช้ในการดูแลในอนาคตเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Braga, 2011)

2.1.3.4 ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ผู้ปวยระยะท้ายที่มารับยาเคมีบำบัด แม้จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับการให้ยาเคมีบำบัด แต่ก็เพื่อที่จะเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายจากโรคมะเร็งให้ดีขึ้น และมีความเข้าใจและต้องการที่จะไปลดค่าใช้จ่ายในการดูแล (Rabow, 2014) ในระยะยาวนั้นคือการลดค่าใช้จ่ายในช่วงท้ายของชีวิตที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตที่มีค่าใช้จ่ายที่สูง เนื่องจากผู้ปวยระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะช่วยลดจำนวนวันที่ใช้ในการนอนรักษาในโรงพยาบาลในระยะท้ายนั้นน้อยลง (Saito, Landrum, Neville, Ayanian, & Earle, 2011)

2.1.3.5 ต้องการการดูแลอย่างเช่นคนปกติ

ผู้ปวยที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะอยู่ระยะท้ายแล้วนั้น ความต้องการการดูแลเอาใจใส่ ไม่ละเลยการปฏิบัติการดูแลพื้นฐานอย่างเช่นคนปกติทั่วไปก็ยังมีความต้องการดังเดิม ยิ่งผู้ปวยที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้นต้องเผชิญกับความทุกข์จากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่มากกว่าคนทั่วไปการดูแลเอาใจใส่อย่างคนปกติเพื่อตอบสนองความต้องการ รวมถึงการให้เกียรติและเคารพความเป็นบุคคลก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ผู้ปวยระยะท้ายต้องการเช่นกัน (Braga, 2011)

2.1.3.6 ความเชื่อ ศาสนาและสิ่งที่ตนเองนับถือ

ผู้ปวยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกรายจะทราบว่าตนเองอยู่ในระยะท้ายสิ่งที่ต้องการทางด้านจิตใจ คือ ต้องการท านูขอพรสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ช่วยคุ้มครองให้ไม่ทุกข์ทรมานสามารถท าดำรงสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่ตนเองนับถือ ได้ท าดำรงประเพณีศาสนาที่นับถือ เช่น การสวดมนต์

นั่งสมาธิ หรือใส่บาตร รวมถึงได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างคาในใจแม้ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลที่ต้องมารับยาเคมีบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายนั้นยังมีสติ สัมปชัญญะและสามารถที่จะรับรู้ว่าจะต้องการอะไร สิ่งใดที่สามารถทําแล้วเกิดความสุขและเกิดความสงบ รวมถึงมีอะไรค้างคาใจเพื่อที่จะใช้เวลาในการจัดการ แตกต่างจากผู้ป่วยระยะท้ายในภาวะวิกฤตที่การรับรู้เปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถบอกหรือทําตามความเชื่อของตนเองได้เมื่อถึงในวาระสุดท้าย (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ, 2556)

2.2 แนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (peaceful end of life care)

การดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นไปที่ระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะจากไปได้อย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน โดยแนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีการพัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้เกิดทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ได้จริง

2.2.1 ความเป็นมาหรือการพัฒนาแนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

แนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของคอร์เนเลีย รูแลนด์ และเชอร์เลย์ มอร์ (Cornelia M. Ruland and Shirley M. Moore, 1998) โดยทฤษฎีนี้พัฒนามากจากมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วย ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการทบทวนเอกสารและจากความรู้ส่วนบุคคล ร่วมกับประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เก็บข้อมูลและวิเคราะห์โดยทํา factor analysis ทําให้เกิดโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลของการดูแล (outcomes) จากนั้นก็นำมาพัฒนาเป็นทฤษฎีที่ประกอบไปด้วยแนวคิดหลักต่าง ๆ ที่สามารถใช้อธิบายได้อย่างกว้างขวาง และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ถูกเสนอร่างขึ้นมาในปี ค.ศ. 1998 พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีชีวิตที่สงบได้ ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ซึ่งตามทฤษฎีนี้อธิบายว่าการดูแลให้บุคคลมีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีหลักการดูแลที่สำคัญ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยมีจุดเน้นที่การทําให้ชีวิตที่สงบและอยู่อย่างมีความหมายในเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่สำหรับตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเฉพาะช่วงเวลาใกล้ตายเพียงอย่างเดียว

2.2.2 องค์ประกอบของแนวคิดการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

แนวคิดการดูแลและระยะท้ายของชีวิตที่สงบ มีหลักการดูแลที่สำคัญ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

2.2.2.1 ไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain)

หมายถึง ไม่มีประสบการณ์ของความเจ็บปวด หรือประสบการณ์ทางด้านที่ไม่เป็นที่น่าพอใจ (unpleasant) รวมถึงความรู้สึก (sensory) และอารมณ์ (emotional) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ การติดตามและบรรเทาอาการเจ็บปวด และ การประยุกต์กิจกรรมทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาในการบรรเทาอาการเจ็บปวด

2.2.2.2 มีประสบการณ์ของการสุขสบาย (experience of comfort)

หมายถึง การบรรเทาจากความไม่สุขสบายให้อยู่ในภาวะของความสุขและความสงบ มีชีวิตที่เรียบง่ายและเป็นที่น่าพอใจ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การป้องกัน ติดตาม และบรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกาย การจัดให้มีการพักผ่อน และ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.2.2.3 มีประสบการณ์ของความมีศักดิ์ศรี (experience of dignity)

หมายถึง การได้รับความเคารพ ให้คุณค่าอย่างคนที่มีชีวิตปกติไม่ละเมิดความเป็นตัวตน และได้แสดงเจตนารมณ์ที่ต้องการตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การให้ผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นอกเห็นใจและเคารพ และการให้ความสนใจและตอบสนองต่อเจตนารมณ์ ความต้องการ ความปรารถนาของผู้ป่วย

2.2.2.4 อยู่ในความสงบ (being at peace)

หมายถึง ความรู้สึกสงบ สมดุล และ ความสุขรวมถึงไม่มีความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย หรือความกลัว ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้การดูแลและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การติดตามและการให้ยาคลายกังวลตามที่ต้องการ 3) การสร้างความไว้วางใจ 4) การให้คำแนะนำในการปฏิบัติกรต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย/คนที่มีความสำคัญทั้งหลาย 5) การให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่ดูแลหากต้องการ

2.2.2.5 มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others)

หมายถึง การมีความรู้สึกของความผูกพัน หรือเกี่ยวข้องกับญาติมิตรและบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่ดูแล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติมิตร

และบุคคลที่รักและผูกพันในการดูแล 2) การใส่ใจดูแลภาวะเศร้าโศก รวมถึงความกังวล และ 3) การเปิดโอกาส รับผิดชอบต่อครัวได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตามต้องการ

2.2.3 การดูแลตามองค์ประกอบของหลักฐานเชิงประจักษ์

การดูแลตามองค์ประกอบของหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการดูแลโดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพกับผู้ป่วยมากที่สุดในการดูแล และสามารถนำไปใช้ในการดูแลต่อเนื่องได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยผลลัพธ์สุดท้ายเพื่อให้เกิดความสงบสุขสบายและเกิดการตายอย่างสงบ (peaceful death) สามารถแบ่งตามองค์ประกอบ ได้ดังนี้

2.2.3.1) การไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain)

1) การบรรเทาอาการปวด (pain)

1.1) ดูแลผ่อนคลายร่างกายโดยการทา body relaxation scan (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยให้ผู้ป่วยนอนหรือนั่งผ่อนคลายปลายเท้าแยกจากกันเล็กน้อย วางแขนไว้ข้างลำตัวอย่างสบาย ๆ หายใจเข้าลึก ๆ แล้วหายใจเข้า-ออก ให้ระลึกถึงร่างกายทั้งหมดที่นอนราบลง รู้สึกถึงร่างกายทุกส่วนที่สัมผัสพื้นหรือเตียง ปล่อยวางความเครียด ความกังวลทั้งหลายทิ้งไป ไม่นึกถึงสิ่งใดไว้ แล้วให้ระลึกถึงลมหายใจเข้าและออกอยู่กับปัจจุบัน 2 - 3 นาที แล้วค่อย ๆ เคลื่อนความรู้สึกจากหัวไปจรดปลายเท้าคะ ผ่อนคลายเท้าทั้งสองให้รู้สึกเบาสบาย หายใจเข้า ออกลึก ๆ แล้วระลึกสติรับรู้อยู่ที่ลมหายใจเข้า-ออก พร้อมกับผ่อนคลาย ตรงไหนตึงไป เกร็งไปก็ค่อย ๆ ปล่อยวาง ผ่อนคลาย หากใจพลอยคิดถึงสิ่งอื่น ใจพลอยไปอยู่ที่อื่นก็ให้ดึงกลับมาอยู่กับลมหายใจ รับรู้ถึงสติ ณ ขณะนั้น สุดท้ายเมื่อผ่อนคลายแล้ว ให้ระลึกสติไปอยู่ที่เปลือกตา แล้วค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า (โรงเรียนนอกกะลา: Lamplimat Pattana School, 2016) เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายของร่างกายและช่วยลดอาการปวด

1.2) บรรเทาอาการปวดที่เกิดแบบการรักษาแบบการใช้ยา (Pharmacological treatment)

- การดูแลแบบใช้ยาระงับปวด โดยการให้ยาระงับหรือบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง แพทย์จะเป็นผู้สั่งแผนการรักษาเพื่อจัดการอาการปวดตามหลักบันได 3 ขั้นตอน (three step ladder) (WHO, 2014) และตามหลักการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง (National Cancer

Institute, 2017) โดยพิจารณา 5 หลัก ความสำคัญของผู้ป่วยต่อยาแก้ปวด ตามหลักการให้ยาตามชั้นบันได 3 ขั้นตอนประกอบด้วย

บันไดขั้นที่ 1 ในรายที่มีความเจ็บปวดระดับเล็กน้อย (คะแนนอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน) ใช้ยาระงับปวดชนิดไม่เสพติด (non-opioid drugs) ได้แก่ paracetamol, aspirin และ NSAIDs ร่วมกับยาเสริม (Adjuvant) ได้แก่ tricyclic antidepressant (TCA) หรือ Anti-convulsant เช่น amitriptyline, carbamazepine เป็นต้น

บันไดขั้นที่ 2 ในรายที่มีระดับความเจ็บปวดปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 4-6 คะแนน) จะใช้ยาระงับความปวดชนิดเสพติดน้อย (weak opioid drugs) ได้แก่ codeine และ Tramadol

บันไดขั้นที่ 3 ในรายที่มีระดับความเจ็บปวดมาก (คะแนนอยู่ในช่วง 7-10) คะแนน จะใช้ยาระงับปวดชนิดรุนแรง (opioids drug) ได้แก่ Fentanyl, morphine หรือ methadone

ซึ่งการใช้ในการบรรเทาอาการปวดในแต่ละรายจะไม่เหมือนกัน หากไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ก็จะท การปรึกษาแพทย์เพื่อปรับและเพิ่มยาตามความเหมาะสมเพื่อให้รู้สึกสุขสบายและอาการปวดลดลง

1.3) การบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) เป็นรูปแบบในการบรรเทาอาการปวดนอกเหนือจากการให้ยาเพื่อบรรเทา เป็นวิธีการที่พยาบาลสามารถทำได้ อย่างอิสระและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับการจัดการอาการปวดมากกว่า 1 วิธี (ศศิกันต์ นิยมมาร์ชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชษเชียร, และ ชัชชัย ปรีชาไว, 2552) ได้แก่

- การใช้ความร้อน (Heat therapy) โดยการใช้ความร้อนมาช่วยในการลดอาการปวด และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนเลือด และยังช่วยลดอาการปวดจากการได้รับยาเคมีบำบัดและการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือดอีกด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดในสูตร FOLFOX4 หรือ mFOLFOX6 ดูแลโดยการใช้ถุงความร้อนไฟฟ้า หรือลูกประคบสมุนไพรในการนำไปเพิ่มความร้อนระหว่าง 37 - 37.5 องศาเซลเซียส นามาประคบหรือวางบริเวณที่ปวดนานครั้งละ 20 - 30 นาที และพักประมาณ 10 นาทีหรือทุก 2 ชั่วโมง (Petchalalai C, 2015) เพื่อบรรเทาอาการและสามารถสลับตำแหน่งบริเวณที่ใกล้เคียงที่ปวดได้

- การใช้ความเย็น (cold therapy) เป็นการใช้ความเย็นในการบรรเทาอาการปวดและบวมได้ใน ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดหรือผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิดที่ทาลายเนื้อเยื่อสูง ได้แก่ ยาเคมีบำบัดในกลุ่ม vesicant เพื่อช่วยในการลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ โดยการทาให้หลอดเลือดหดตัวลดการหลั่งของสารเคมีที่ออกฤทธิ์ในการทำให้ปวด โดยการใช้แผ่นประคบเย็น

ด้วยผ้าประคบบริเวณที่มีอาการปวดครั้งละ 20 - 30 นาที แล้วพัก 10 นาทีทุกชั่วโมงหรือตามที่ผู้ป่วยต้องการ (พัสมนต์ คุ่มทวีพร, 2553)

- การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) เป็นการใช้ดนตรีเพื่อลดอาการปวดเป็นดนตรีประเภทผ่อนคลาย เพลงคลาสสิก เพลงบรรเลง ลักษณะดนตรีไม่มีเนื้อร้อง เพื่อผู้ฟังไม่ต้องคิดเกี่ยวกับเนื้อเพลงเป็นเพลงที่มีใช้ความถี่จังหวะต่ำ 60 - 90 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยอารมณ์ให้คล้อยตาม รู้สึกผ่อนคลายโดยใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาทีฟังเพลงวันละ 2 ครั้ง จะช่วยให้ผ่อนคลายทำให้ลดปวด และยังช่วยคลายวิตกกังวลได้ด้วย ดนตรีบำบัดจะไปปรับเปลี่ยนความรู้สึกและความคิด อารมณ์ความจำ และประสบการณ์ที่สมองส่วน thalamus ซึ่งจะทำงานประสานกับ cortex และ limbic ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนจากความปวด รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น ทำให้หลังสารเอนดอร์ฟิน ช่วยให้ความวิตกกังวลและ ความปวดลดลงได้ (อุบล จัวงพานิช, จุรีพร อุณบุญเรือน, ทิพวรรณ ขนนคร, จันทราพร ลุนลุด, และภัทรวิภา วัฒนทรัพย์, 2555)

- การสร้างจินตภาพ (Imagination) เป็นการใช้จินตภาพบำบัดอาการปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดได้ โดยให้ผู้ป่วยนึกถึงเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานที่ที่มีความสุขเพลิดเพลิน และผ่อนคลายร่วมกับใช้การผสมผสานของเสียงดนตรีบรรเลงเสียงธรรมชาติการผ่อนคลายและการสร้างจินตภาพ ใช้เวลา 10 - 15 นาที แล้วพักการสร้าง จินตภาพทำให้เกิดการผ่อนคลายซึ่งมีผลต่อการตอบสนองทางสรีระวิทยา โดยกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติในไฮโปธาลามัส ทำให้ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกมีผลทำให้ อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตลดลง และลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้เส้นเลือดขยายตัวช่วยลดอาการปวดได้ (ศิริพร อุตสาหพานิช และโสภิตา ทัดพิณิจ, 2554)

- การทำสมาธิ (meditation) เป็นการนั่งสมาธิร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย หรืออาการปวดการกำหนดจิตให้จดจ่ออยู่กับ ลมหายใจ การเคลื่อนไหว การขยับขึ้นลงของผนังหน้าท้องขณะหายใจเข้าออก เมื่อเริ่มคุ้นชินกับการฝึกให้อยู่กับปัจจุบัน จิตก็จะไม่ไปหมกมุ่นอยู่กับอดีต อนาคต และไม่ไปหมกมุ่นอยู่กับปัญหา หรือ เรื่องราวที่ทำให้เกิด ความทุกข์ ความปวดรวมทั้งความวิตกกังวลก็จะค่อย ๆ ลดลงไป (เยาวรัตน์ มัชฌิม, 2015) โดยการนั่งสมาธินั้น จะใช้เวลาเริ่มแรกช่วงเวลาสั้น ๆ ครั้งละ 15 นาที แล้วเพิ่มเวลาขึ้นเป็น ครั้งละ 20-30 นาที ในท่านั่งหรือท่านอนก็ได้ในกรณีที่ผู้ปฏิบัติไม่เคยฝึกสมาธิมาก่อน การฝึกครั้งแรก ๆ เป็นภาวะปกติที่จะมีอาการ เผลอใจลอย หรือเกิดภาวะที่จิตไม่จดจ่ออยู่กับจุดที่ยึดเหนี่ยวบ่อย ๆ แนวทางแก้ไข ทันทันที่รู้ตัวว่าใจลอยก็ให้รับรู้ว่าใจลอยแล้วกลับมาจดจ่ออยู่ที่การหายใจ หรือการพองยุบท เช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ อาการ เผลอใจลอยก็จะค่อย ๆ ลดลงจะอยู่กับปัจจุบันมากขึ้น สมาธิจะเกิดมากขึ้น และความเครียดความวิตกกังวล และอาการปวดจะค่อย ๆ ลดลง (Lengacher et al., 2014)

- การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) เป็นวิธีช่วยเสริมในการบรรเทาอาการปวดโดยการยืดเหยียดและเกร็งกล้ามเนื้อ ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Tension relaxation) และการบริหารการหายใจ (relaxation with breathing) โดยจัดให้อยู่ในสถานที่ที่สงบ และอยู่ในท่าที่สุขสบาย กำหนดการหายใจเข้าให้ลึกแล้วผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ (Shahriari, Dehghan, Pahlavanzadeh, & Hazini, 2017) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับอารมณ์ และช่วยในการเบี่ยงเบนความสนใจได้จากความปวด ทำให้ปวดลดลง (Timothy Moynihan, 2017)

- การใช้กลิ่นหอมบำบัด (Aromatherapy) เป็นการนำกลิ่นหอมจากน้ำมันหอมระเหยที่ได้จากธรรมชาติจะช่วยให้อารมณ์ และร่างกายนั้นผ่อนคลาย โดยกลิ่นหอมนั้นจะไปกระตุ้นการหลั่งสารเอ็นโดฟินในร่างกาย ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย โดยเฉพาะน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (Ali et al., 2015) จะช่วยในการคลายเครียด และลดอาการปวดและการอักเสบได้ โดยการสูดดมในผู้ป่วยมะเร็งนั้นการใช้น้ำมันหอมระเหยคู่กับการนั่งสมาธิ หรือการนวดจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดได้เพิ่มมากขึ้น (Lakhan, Sheaffer, & Tepper, 2016)

2.2.3.2 การอยู่ในความสบาย (experience of comfort)

1) การบรรเทาอาการคลื่นไส้-อาเจียน (nausea - vomiting)

1.1) ดูแลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ร่วมกับการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนแบบไม่ใช้ยา

1.2) การบรรเทาอาการแบบไม่ใช้ยา เช่น การใช้ดนตรีบรรเลงในการบรรเทาอาการคลื่นอาเจียนโดยเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีในการฟังเพลง (อาริยา สอนบุญ, บ าเพ็ญจิต แสงชาติ, และพรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2543)

1.3) การดื่มน้ำขิง เพื่อช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยไม่มีข้อห้ามในการดื่มเช่น แพ้ขิง มีแผลในช่องปากมาก เกล็ดเลือดต่ำ หรือภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากขิงเป็นพืชที่มีน้ำมันหอมระเหย คือ zingerone ออกฤทธิ์ยับยั้งการปล่อยสารเคมีซีโรโทนินที่ทำให้คลื่นไส้ อาเจียนได้ (กนกกัญญา สุทธิสาร, อุบล จวงพานิช, สุภาพร สุดสังข์, สุธาร จันทวงค์, และบั้งอร เพชรศรี, 2555)

1.4) ดูแลแนะนำ ให้รับประทานอาหารที่มีรสชาติเปรี้ยว หวาน หลีกเลียงอาหารที่มีรสจัดหรือมีกลิ่นฉุน หลังจากที่ได้รับประทานอาหารแล้วไม่ควรรีบนอน ควรนั่งพักอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (มะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย, 2552)

2) อาการแผลในช่องปากอักเสบ

2.1) ดูแลประเมินแผลในช่องปากผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้การดูแลและป้องกันอาการแผลในปาก ด้วยวิธีการที่เหมาะสมในผู้ป่วยในแต่ละราย

2.2) การอมบ้วนปากด้วยน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ (นงนภัส เต็กหลี และชนกพร จิตปัญญา, 2559) โดยน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์มีกรดไขมันลอริกที่มีสารโมโนลอรีนที่สามารถต้านจุลินทรีย์ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลช่องปากโดยมีผลต่อหน้าที่การทำงานของเยื่อหุ้มเซลล์ ทำให้จุลินทรีย์อ่อนแอลงและตายในที่สุดและวิตามินอีในน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์จะช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระ ส่งเสริมการหายของแผลในช่องปากและยังช่วยป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2.3) การอมน้ำแข็งระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยก่อนให้ยาเคมีบำบัด 5 นาที ให้อมน้ำแข็งให้ทั่วในช่องปากโดยไม่ให้น้ำแข็งอยู่กับที่ อมน้ำแข็ง ต่อเนื่องจนถึงยาหมด หรือนาน 20 นาที (พัสมนต์ คุ่มทวีพร, 2553) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในการสัมผัสหรือรับประทานและดื่มอาหารที่เย็น โดยความเย็นจากน้ำแข็งจะทำให้หลอดเลือดนั้นหดตัวทำให้ยาเคมีบำบัดที่ผ่านทางเส้นเลือดมาเลี้ยงบริเวณเยื่อช่องปากนั้นลดลงทำให้ลดการเกิดอาการได้ ร่วมกับน้ำแข็งจะช่วยให้ปากนั้นชุ่มชื้น และเพิ่มความสุขสบายในช่องปากขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดอีก

2.4) การจัดการตนเองในท่าความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหารภายใน 30 นาที การแปรงฟันให้ถูกวิธีและแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอน การเลือกใช้แปรงสีฟันขนอ่อน การเลือกใช้ยาสีฟันที่ไม่มีสารระคายเคือง และควรใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ รวมทั้งการบ้วนปากหลังการแปรงฟันโดยการใช้ยาบ้วนปากที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และการใช้สารหล่อลื่นริมฝีปากกรณีปากแห้งควรใช้วาสาลินเคลือบริมฝีปาก (หนูไกรเพื่อนพิมาย, น้าอ้อย ภักดีวงศ์, และอาภาพร นามวงศ์พรหม, 2559) และอาจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยในการปฏิบัติเพื่อลดอาการดังกล่าว

3) อาการอ่อนล้า

3.1) การออกกำลังกาย และการบริหารร่างกาย เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้า โดยการให้ผู้ป่วยยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขน ขา ได้ทั้งทำนั่งและทำนอนครั้งละ 15 - 20 นาที (บุษยามาส ชิวสกุลยง, 2559) ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น มีกระดูกหัก หรือมีการลุกลามของโรคมะเร็งไปยังกระดูก

3.2) จัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอเหมาะสม 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน และนอนพักกลางวันอีกวันละ 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดอาการอ่อนล้าและสามารถน าเอาพลังงานไปใช้ในเวลาที่เหมาะสม (National Institutes of Health, 2010)

3.3) ดื่มน้ำและควรทยอยดื่มหรือจิบน้ำทั้งวัน อย่างน้อย 1 - 2 ลิตร เนื่องจากน้ำจะช่วยขับของเสีย เช่น กรดยูริก และควรได้รับน้ำในรูปของเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ เช่น น้ำ ส้ม น้ำ นมถั่วเหลือง หรือ น้ำผลไม้ชนิดต่าง ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการจ กัดน้ำ ดื่มน้ำ

3.4) ดูแลพูดคุยและให้กำลังใจ ประสานกับครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดให้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยบรรเทาอาการวิตกกังวลซึ่งมีส่วนช่วยให้อาการเหนื่อยล้าลดลงได้ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

3.5) จัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ โดยให้ครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแลหรือท ิจกรรม เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง เป็นต้น (บุษยามาส ชิวสกุลยง, 2559)

4) อาการชาปลายมือ ปลายเท้า

4.1) ดูแลให้ผู้ป่วยมีการบริหารมือ และเท้าโดยการกำบีบลูกบอล เพื่อบริหารมือและปลายมือ โดยการกำลูกบอลโดยใช้บริเวณปลายนิ้วในการกดลงบนลูกบอลแล้วค้างไว้ นับ 1 - 5 หลังจากนั้นคลายออกทำ 15 ครั้งติดต่อกัน จำนวน 4 ชุด แล้วพักท้าวั้นละ 3 ครั้ง เข้ากลางวัน และเย็น (Hershman, Lacchetti, & Loprinzi, 2014)

4.2) ดูแลรักษาอุณหภูมิให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายโดยเฉพาะปลายมือ ปลายเท้า โดยการใส่ถุงเท้า ถุงมือ เพื่อป้องกันอากาศเย็นที่จะส่งผลต่ออาการชาปลายมือปลายเท้า เพิ่มมากขึ้น (จุไรรัตน์ วัชรอาสน์, 2552)

4.3) แนะนำและอธิบายให้ผู้ป่วยญาติเข้าใจในการหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือรับประทานอาหารที่เย็น เพื่อลดการเกิดอาการชาปลายมือ ปลายเท้า เพิ่มมากขึ้น

5) อาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก

5.1) ดูแลและแนะนำผู้ป่วยและญาติที่ใกล้ชิดในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบและหายใจลำบาก โดยการจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อเพิ่มความจุของปอด และให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ คือ การหายใจแบบเป่าปาก โดยการหายใจเข้าทางจมูก นาน 2 วินาที นับ 1 - 2 ในใจแล้วหายใจออกทางปากแบบเป่าปาก ระยะเวลาที่หายใจออกทางปาก นาน 4 วินาที (Jantarakupt P, 2005) ในกรณีที่ท แล้วมีอาการเวียนศีรษะ มึนงง ให้หยุดการหายใจดังกล่าวเมื่ออาการดีขึ้นค่อยเริ่มใหม่อีกครั้งจนกว่าอาการหายใจลำบากจะลดลง (กิติพล นาควิโรจน์, 2559)

5.2) เปิดพัดลมไปที่หน้าของผู้ป่วย เพื่อให้ลมไปกระตุ้นตัวรับบนใบหน้า ซึ่งมีเส้นประสาทไตรเจมินัล ทาให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายกังวลจากการหายใจลำบาก และการรู้สึกหายใจไม่ออก (Kuebler KK, 2007; กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

5.3) เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากผู้ป่วยมักจะเหงื่อออกทำให้ไม่สบาย ดังนั้นจึงแนะนำให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแล มีการเช็ดตัวให้ผู้ป่วยสบาย

และอยู่เคียงข้างเพื่อให้กำลังใจ (บุษยมาส ชิวสกุลยง และคณะ, 2556) และหากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หอบ หรือหายใจลำบากมากขึ้น จะติดต่อประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาอาการต่อไป

6) เบื่ออาหาร/การรับรสเปลี่ยนแปลง

6.1) แนะนำและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติในการรับประทาน อาหารของผู้ป่วยว่าไม่ควรกังวลและคาดหวังในการรับประทานอาหารให้ได้มาก ๆ เนื่องจากผู้ป่วยนั้น มีการรับรสที่เปลี่ยนแปลงจากการรับรสที่เสียไป ดังนั้นจึงควรจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทานโดยไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์

6.2) แนะนำญาติให้ความสำคัญในการรับประทานอาหารกับผู้ป่วย ในช่วงรับประทานอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเครียด หรือเกิดการเพ่งเล็งที่อาหารจนมากเกิดไป จนทำให้ไม่อยากรับประทานอาหาร

6.3) แนะนำให้ญาติป้อนอาหารหลักจาก 3 มื้อให้แบ่งเป็นมื้อย่อยเพิ่ม ระหว่างมื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกต้องรับประทานอาหารหนักจนเกินไป (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

6.4) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยากรับประทานอาหาร แนะนำให้ญาติหา อาหารเสริมเพื่อทดแทนมื้ออาหารที่จําเป็นแก่ผู้ป่วยได้ เช่น การดื่มนมเสริมได้ เป็นต้น

6.5) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน หรือมัน

6.6) แนะนำให้วางอาหารหรือ ขนมขบเคี้ยวที่ผู้ป่วยชื่นชอบไว้ให้ใกล้มือ เพื่อว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยอยากรับประทานอาหารจะได้สามารถหยิบทานได้ทันที

6.7) ก่อนรับประทานอาหารให้บ้วนปาก หรือแปรงฟัน เพื่อทำความสะอาดช่องปากและต่อมรับรสที่ลิ้นก่อนเริ่มรับประทานอาหาร (นงนภัส เด็กหลี และชนกพร จิตปัญญา, 2559)

6.8) จิบน้ำมะนาวหรือ เคี้ยวหมากฝรั่งจะช่วยให้การกระตุ้นต่อมรับรสที่ ลิ้นมากขึ้น

7) น้ำลายเหนียว/ปากแห้ง

7.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีรักษา หรือ การให้ยาเคมีบำบัดสามารถก่อให้เกิดอาการนี้ได้จากการขาดน้ำและจากการทำลายเซลล์เยื่อบุจากรังสี และยาเคมีบำบัดที่ได้รับ ควรดูแลโดยการให้จิบน้ำบ่อย ๆ และอมน้ำแข็งเพื่อให้ช่องปากและริมฝีปากไม่แห้ง หรืออาจใช้วาสลีนทาบริเวณริมฝีปากบ่อย ๆ ให้ชุ่มชื้นขึ้น (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

7.2) แนะนำให้ดื่มน้ำ และบ้วนปากด้วยน้ำ านเกลือบ่อย ๆ ครั้ง

7.3) แนะนำให้ออมลูกกวาด อมผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เช่น สับปะรด มะนาว ฝาน บาง ๆ แข็งแข็ง หรือกระตุ้นโดยการเคี้ยวหมากฝรั่งจะช่วยให้การทำงานของต่อมน้ำลายที่ยังสามารถทำงานได้อยู่ (ปิยวดี ชัดทะเสมา, พรรณวดี พุชวัฒน์นะ, และดร.ณิ ชุณหะวัต, 2010)

8) อาการท้องผูก

8.1) แนะนำ ผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิด ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 1500 ml ต่อวัน โดยสามารถรวมทั้งน้ำแกง หรือเครื่องดื่มต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ เพื่อบรรเทาอาการท้องผูก (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

8.2) แนะนำและดูแลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนท่า หรือทากิจกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อในการขับถ่าย (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

8.3) หากผู้ป่วยได้รับยาที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ เช่น ยา morphine ควรดูแลให้ได้รับยาระบายควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการด้วย โดยท าตามคำสั่งของแพทย์ในการรักษาเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก

8.4) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ขับถ่ายใน 3 วันควรพิจารณาและประสานงานกับแพทย์เพื่อปรับยาระบาย หรือให้ยาระบายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก (วีรมลล์ จันทรดี, 2556)

9) อาการนอนไม่หลับ

9.1) ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้สงบ เหมาะแก่การพักผ่อน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการนอนหลับ

9.2) แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดสอบถามถึงความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวลและสามารถหลับได้ รวมทั้งดูแลช่วยในการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสดชื่นมีการใช้พลังงานทำให้สามารถหลับได้ง่ายขึ้น (รัชนิกร ใจ คาสีบุ 2552)

9.3) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ที่มีส่วนท ำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ยากขึ้น

9.4) ดูแลให้ยานอนหลับตามแผนการรักษาเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ดีขึ้น

2.2.3.3 การได้รับศักดิ์และศรีพร้อมทั้งแสดงเจตนารมณ์และความต้องการ (experience of dignity and intention)

1) ดูแลปฏิบัติโดยให้ความเคารพในผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจและให้ความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย (วรารณ คงสุวรรณ, 2558)

2) ให้เกียรติผู้ป่วยในการตัดสินใจในการเลือกการดูแลและจัดการตามความต้องการของผู้ป่วย

3) พุดคุยและให้ข้อมูลที่เหมาะสมโดยได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลอย่างครอบคลุมและครบถ้วนเป็นประโยชน์ในการเลือกและตัดสินใจในการวางแผนการรักษา (Cornelia M. Ruland and Shirley M. Moore, 1998) โดยมีครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดมาเป็นส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4) สอบถามถึงความต้องการในการดูแลและสิ่ง que ผู้ป่วยปรารถนาหรือต้องการเมื่อถึงระยะท้ายของชีวิตพร้อมทั้งช่วยค้นหาถึงความต้องการและสิ่งที่ปรารถนาในครั้งสุดท้ายของชีวิต พร้อมทั้งให้ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยจัดการในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือปรารถนาให้สำเร็จ (สันต์ หัตถิรัตน์, 2552)

5) ดูแลแนะนำ การเขียนแสดงเจตนาธรรม์เมื่อถึง ระยะท้ายของชีวิตโดยมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในเขียนหนังสือแสดงเจตนาธรรม์ เป็นการแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าผู้ป่วยต้องการอย่างไรเมื่อถึงระยะท้ายของชีวิต โดยเป็นการต้องการที่ไม่ต้องการยืดชีวิตโดยการใช้เครื่องมือ (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2559) แต่จะได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามสิทธิที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ โดยผู้ป่วยและญาติมีความเห็นพ้องต้องกันในการตัดสินใจ (พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, 2559)

2.2.3.4 การดูแลอยู่ในความสงบ (being at peace)

1) ดูแลพุดคุยและสร้างความไว้วางใจให้ผู้ป่วยและญาติ (Ruland & Moore, 1998; วรารณ คงสุวรรณ, 2558) เพื่อให้พยาบาลรู้จักผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งจะพัฒนาทำให้เกิดเป็นความไว้วางใจหรือความศรัทธาให้เกิดขึ้นซึ่งมีความสำคัญมากในการดูแลเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง (Mok & Chiu, 2004) ร่วมกับประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยระยะท้ายมาใช้ในการดูแล ซึ่งการสื่อสารถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักการเบื้องต้น 3 ประการ คือ ทักษะการใส่ใจ ทักษะการตั้งใจฟัง และทักษะความเข้าใจและความเห็นใจ (กิตติกร นิลมานัต, 2555) นอกเหนือจากหลักการข้างต้นแล้วการตระหนักรู้ในตนเองก่อนที่จะไปสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายก็มีความสำคัญไม่ต่างกัน เช่น การตระหนักรู้แบบปิด (closed awareness) คือ สถานการณ์ที่ทีมสุขภาพทราบการพยากรณ์ของโรคทั้งหมดแต่ผู้ป่วยนั้นไม่ทราบการวินิจฉัย ทำให้การสนทนาต้องมีการหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้ป่วยรับทราบการดำเนินของโรคอย่างชัดเจน การตระหนักรู้แบบเปิดเผย (open awareness) ก็สามารถนำมาใช้ได้โดยการพุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการรักษารวมถึงการพุดคุยเกี่ยวกับการเตรียมความตายได้อย่าง

เปิดเผย เป็นต้น การสื่อสารเพื่อช่วยเหลือในผู้ป่วยระยะท้ายนั้น คือ การให้คำแนะนําในการปฏิบัติตน แก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจนทั้งกับญาติและผู้ป่วยเอง การดูแลสื่อสารเพื่อช่วยเหลือจัดการอาการที่เกิดขึ้น ของผู้ป่วยในแต่ละคนตามความต้องการ ควรให้ความเคารพ และให้เกียรติผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการ ล่วงเกินด้วยวาจา และการกระทำ มีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบเปิดเผย อย่างตรงไปตรงมา หลีกเลี่ยงการโต้แย้งใช้เวลาพูดคุยที่เพียงพอไม่มากเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยนั้นรู้สึกถึงความอึด อัด และควรใช้คำพูดที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยนั้นรู้สึกดี หรือภูมิใจในตนเอง ต้องมีความอดทน กิริยา วาจา คําพูดที่ไพเราะพร้อมทั้งให้เกียรติและให้เวลาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553)

2) ประเมินเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยที่แสดงออกทั้งภาวะเศร้าใจ วิตกกังวล หดหู่ เป็นต้น เพื่อจัดการด้านอารมณ์เหล่านั้นแก่ผู้ป่วยโดยการจัดสภาพแวดล้อมให้สงบร่วมกับ ญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิด โดยการจัดการตามความเชื่อ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ (เขาวรัตน์ มัชฌิม, 2015) หรือ การทำ body scan (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เป็นผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ โดยการส่งจิตไปยังร่างกายเพื่อผ่อนคลายความกังวลกลัว หรือความเครียดจากหลากหลายสาเหตุ ให้คลื่นคลายทั้งกายและใจเท่ากับการได้พักผ่อนในระดับลึก จิตใจก็จะสงบสบายขึ้น

3) พุดคุยกับญาติเพื่อจัดสถานที่ให้สงบ หรือสถานที่ที่คุ้นเคยผูกพัน (รจนา ทองด ว วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานันต์, 2015) ไม่มีการพูดคุยรบกวนหรือการถกเถียงกัน ต่อหน้าผู้ป่วยหรือระหว่างญาติ

2.2.3.5 มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others)

1) สอบถามและประเมินถึงบุคคล สิ่งของ หรือสัตว์เลี้ยงที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (Cornelia M. Ruland and Shirley M. Moore, 1998; วราภรณ์ คงสุวรรณ, 2558) เพื่อช่วยจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่กับสิ่งหรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในช่วงระยะท้ายของชีวิต

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดให้มีส่วนร่วมในการดูแล (Greer et al., 2012) เช่น การจัดการบรรเทาอาการปวด อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดได้อยู่กับผู้ป่วยให้มากขึ้น

4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดสอบถามคำถามหรือข้อสงสัยในการดูแลและการรักษา โดยใส่ใจในคำถาม หรือในบางคำถามไม่สามารถตอบได้ก็ติดต่อประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือญาติที่ใกล้ชิดได้รับข้อมูลที่เพียงพอต่อความต้องการ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553)

2.2.4 การประเมินผลลัพธ์ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

การประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเข้าใจความรู้สึกความคิดเห็นและสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้จากอาการการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งมีประโยชน์ในการติดตามอาการ และความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ และสามารถติดตามคุณภาพการดูแลได้ในระยะท้าย มีการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ดังต่อไปนี้

2.2.4.1 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale หรือ POS ฉบับภาษาไทย) เป็นแบบประเมินที่ได้รับการพัฒนาขึ้นจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในประเทศแถบยุโรป ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกาและเอเชีย ซึ่งฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยเริ่มทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี จากนั้นจึงขยายผลไปใช้ในการประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในหน่วยงาน ต่าง ๆ มี 3 แบบ (สตาร์ตัน สาภินันท์, 2556) คือ 1) ฉบับใช้ถามผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Patient: POS-P) 2) ฉบับใช้ถามเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ (Palliative care Outcome Scale for Staff: POS-S) 3) ฉบับใช้ถามผู้ดูแลผู้ป่วย (Palliative care Outcome Scale for Carers: POS-C) โดยเป็นข้อคำถามปลายปิด 10 ข้อ คำถามปลายเปิด 2 ข้อ เป็นข้อคำถามที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย ใช้ประเมินในครั้งแรกที่รับนอนโรงพยาบาลและประเมินซ้ำทุก 1 - 3 วันอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อนำคะแนนมาเปรียบเทียบผลลัพธ์ในการดูแล ข้อคำถามจะครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม จิตวิญญาณ การคิดคะแนนของแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale หรือ POS) สามารถคิดคะแนนเป็นคะแนนโดยรวมและคะแนนรายข้อ ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมด คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อจากคำถามที่นำมาคิดคะแนนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน ส่วนคำถามปลายเปิดจะนำเสนอเป็นข้อมูลในเชิงคุณภาพ สำหรับการแปลผลคะแนนแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale หรือ POS) จะถือว่าสิ่งที่ผู้ป่วยตอบนั้นมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและทีมสุขภาพต้องให้ความสนใจและบันทึกในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าอย่างละเอียดเพื่อนำมาจัดการและดูแลผู้ป่วย โดยทั่วไปในคะแนน POS รายข้อ จะมีคะแนน 0-4 คะแนน ถ้ารายข้อใดที่ตอบ 0 หรือ 1 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยต้องการความสนใจในการจัดการทางคลินิกน้อยกว่าการตอบที่คะแนน 3 หรือ 4 การคิดคะแนนโดยรวมถ้าคะแนน POS โดยรวมเท่ากับ 40 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและมีอาการรบกวนมาก

แต่ถ้าคะแนนโดยรวมเท่ากับ 0 แสดงว่าผู้ป่วยไม่มีการรบกวนใด ๆ โดยสังเกตระดับคะแนนเปรียบเทียบกับในครั้งที่ 1 และ 2 ในการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale หรือ POS) จะเน้นไปที่อาการทางคลินิก จิตใจ และจิตสังคม ซึ่งต้องมีการประเมินเพื่อเปรียบเทียบและประเมินบ่อยครั้งเพื่อให้การดูแลตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย แบบประเมินนี้ถูกสร้างมาให้ใช้ได้ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ เพื่อที่จะนำมาใช้ปรับปรุงการดูแลได้อย่างเหมาะสม แต่แบบประเมินอาจยังไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องประเมินถึงผลลัพธ์ทางด้านอื่นที่เฉพาะในช่วงท้ายเพื่อให้เกิดความสงบในชีวิตจากการได้รับการตอบสนองจากการดูแล

2.2.4.2 เครื่องมือวัดการตายอย่างสงบ (White Peaceful Death Measure: WPDM) เป็นเครื่องมือของไวท์ (White, 2008) ชาวอเมริกันที่สร้างจากกรอบแนวคิดการตายอย่างสงบ (concept of peaceful death) เป็นการศึกษาในเชิงคุณภาพโดยสอบถามจากประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายประกอบด้วย 4 หมวด คือ 1) การสนับสนุนจากบุคคลอื่น 2) การตัดสินใจเกี่ยวกับความตาย 3) การได้รับความสุขสบาย และ 4) การควบคุมความเจ็บปวด แต่เครื่องมือนี้ยังไม่ครอบคลุมการตายในมิติจิตใจ จิตวิญญาณ ซึ่งแตกต่างจากชาวเอเชียที่ให้ความสำคัญและมีความละเอียดอ่อนทางด้านจิตใจ รวมถึงศาสนาที่นับถือไม่เหมือนกันซึ่งมีผลต่อการรับรู้การตายอย่างสงบย่อมมีความแตกต่างกัน

2.2.4.3 แบบประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Peaceful End of Life Care Scale หรือ PEOLCS) เป็นแบบประเมินของพัชรีพร อันสีแก้ว (2560) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ (Theory of Peaceful End of Life) ของรูแลนด์และมอร์ (Ruland & Moore, 1998) ที่ได้สร้างทฤษฎีนี้ขึ้นมาจากการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจะมีชีวิตที่สงบได้ต้องได้รับการดูแลครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ 1) การดูแลไม่ให้มีอาการเจ็บปวด (not being in pain) 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย (experience of comfort) 3) ดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (experience of dignity) และได้รับการตอบสนองต่อเจตนาที่ตนต้องการและตามความหวังที่ตั้งไว้ 4) ดูแลให้อยู่ในความสงบ (being at peace) และ 5) ดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) ซึ่งได้สร้างมี 2 แบบ คือ ฉบับที่ใช้ในผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ที่ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้วประกอบด้วย 32 ข้อคำถามประมาณค่า 5 ระดับคะแนน และมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย หรือญาติต้องการบอกกับทีมสุขภาพเพื่อนำประเมินหรือจัดการดูแล โดยผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินนี้จะครอบคลุมและเฉพาะมากขึ้นในระยะท้าย

โดยไม่เน้นเพียงแค่อำนาจหรือความไม่สุขสบาย แต่ยังเน้นและให้ความสำคัญไปถึงการดูแลที่นำไปสู่ความสงบในระยะท้ายของชีวิต

ข้อคำถามของแบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่ตรงกับความจริงของผู้ดูแล โดยกำหนดความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 80-100%

มาก หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 60-80%

ปานกลาง หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 40-60%

น้อย หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 20-40%

น้อยที่สุด หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 0-20%

นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งเป็นปัญหาอื่น ๆ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยอยากบอกกับทีมสุขภาพซึ่งค ทอบนี้ไม่ได้นำมาคิดคะแนนโดยรวม แต่่น ำไปใช้ประกอบในการออกแบบการดูแล

เครื่องมือที่สามารถใช้ในงานวิจัยเพื่อวัดผลลัพธ์การตายสงบมีหลากหลาย เครื่องมือ การเลือกใช้เครื่องมือได้นั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยนั้น ๆ

2.2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

คริส ลอ และคณะ (2015) ได้ศึกษาถึงโปรแกรมการดูแลและจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งและการใช้ชีวิตอย่างมีความหมายในผู้ป่วยมะเร็งท้ายจนวน 242 ราย ด้วยการวิจัยทดลองแบบมีการสุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกันโดยใช้การพูดคุยปรึกษาด้านการจัดการอาการรายบุคคลหรือจัดกลุ่มเล็ก 3 - 6 คน เพื่อตอบสนองแก้ปัญหาตามความต้องการรายบุคคล ร่วมกับการพูดคุยให้คำปรึกษาเรื่องเกี่ยวกับอนาคตและความตายในอนาคตโดยมีสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล พบว่า ในกลุ่มที่มีการจัดกระทำนั้นมีผลลัพธ์ทางด้านการดูแลในระยะท้ายและการจัดการอาการที่ดี สามารถตอบสนองต่อความต้องการและช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณภาพการตายที่ดีและสามารถตายสงบในระยะท้ายได้

ฮัวมิน เชียว, อีนิด กวง และคณะ (2013) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองโดยการไข่มุมมองใหม่ในการใช้ชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จนวน 80 ราย แบบมีการสุ่ม ผลพบว่า การไข่มุมมองใหม่ในการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการประคับประคองจะสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ ความผาสุกในบั้นปลาย รวมถึงความไม่ทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และการดูแลโดยเน้นที่การพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องของการใช้ชีวิต ความเชื่อเรื่อง

สวรรค์และความตาย เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นหลักในการดูแลและช่วยในการส่งผลต่อการตายที่ดี ตายสงบได้

พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนา โดยใช้กรณีศึกษาในการทำการศึกษาค้นคว้า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิตนั้น อาจมีความแตกต่างกันตามความเชื่อตามศาสนาของแต่ละบุคคลที่นับถือ การดูแลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยนั้นจากไปอย่างสงบ หรือเกิดการตายดีนั้น ทีมสุขภาพและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้เกิดความสำเร็จในการดูแล และการดูแลนั้นต้องครอบคลุมในทุกด้านของผู้ป่วยตามความต้องการครั้งสุดท้ายอาจจะมีการทำหนังสือยินยอมในการแสดงเจตนาในการรักษาหรือไม่ก็ได้

วอลเลซ ชาน และ เอปสเทิน (2012) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะเรื้อรังในประเทศฮ่องกงต่อการตายดีและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ทางด้านจิตใจและพื้นที่หลังที่แตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อการตายดีและผู้ที่ไม่สามารถเกิดการตายดีได้ ผลพบว่า ได้พบนิยามของการตายดีจากการดูแลแบบประคับประคองนี้ทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายคือ การไม่เจ็บปวด ด้านจิตใจคือ ไม่วิตกกังวล และด้านสังคม คือสามารถพูดคุยกับครอบครัวได้อย่างเปิดเผย ซึ่งการตายดี ตายสงบนั้นถือเป็นเป้าหมายสุดท้ายในการดูแลแบบประคับประคองที่มีความสำคัญอย่างมากแต่ก็มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการตายดีทั้งอายุ เพศ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว และระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีผลต่อการตายดีทั้งสิ้น

สิริลักษณ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาการดูแลญาติผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามวิถีพุทธ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพของสมาชิกในครอบครัวจำนวน 16 คน พบว่าการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายตายอย่างสงบมี 3 ระยะ คือ การดูแลระยะสุดท้ายแบบทั่วไป การดูแลในช่วงที่ใกล้ตายและในขณะตาย และการดูแลหลังการตาย โดยการใช้บุญกุศลที่สะสมมาชกน ไปสู่การตายที่ดี หรือการตายอย่างสงบ สู่สุคติ การดูแลให้ยอมรับความตาย และการดูแลโดยมีญาติเป็นส่วนร่วมในการดูแล

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย สามารถยอมรับความตาย และจากไปได้อย่างสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน

)

2.3 แนวคิดการตายสงบ (peaceful death)

การตายสงบ (peaceful death) หรือ การตายดี (good death) เป็นค ที่สามารถใช้แทนกัน ได้มีความหมายใกล้เคียงกัน (Kongsuwan & Locsin, 2009; กิตติกร นิลมานันต์, 2555; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552) ได้มีการให้ความหมายของการตายดี หรือการตายสงบกันอย่างหลากหลาย แต่ก็มีลักษณะ ที่คล้ายคลึงกัน ดังจะกล่าวคือ

2.3.1 ความหมายของการตายสงบ

การตายสงบ (peaceful death) หรือการตายดี (good death) ถือเป็นสิ่งสำคัญและ เป้าหมายที่สูงสุดในการดูแลแบบประคับประคอง (Meier et al., 2016) ดังนั้นการที่จะให้การดูแลแบบ ประคับประคองในระยะท้ายให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องมีความเข้าใจและรับรู้ถึงความหมายของการตาย สงบอย่างถ่องแท้ รวมถึงรับรู้ถึงอุปสรรค ปัจจัยที่มีผลต่อการยับยั้งการเกิดการตายสงบ อีกทั้งมุมมองของ การตายสงบตามความเชื่อ และวัฒนธรรม ดังรายละเอียด ดังนี้

การตายอย่างสงบ หมายถึง การตายของบุคคลที่ยอมรับว่าจะเกิดความตายขึ้นเมื่อใดมี ความเข้าใจและยอมรับกับการเกิดขึ้นสามารถยอมรับความตายได้ ปราศจากความเจ็บปวดและทรมานจาก อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยสามารถตัดสินใจ เลือกได้เองว่าต้องการการรักษาอย่างไรในช่วงท้ายของชีวิต (Smith, 2000) และสามารถควบคุมการตายได้ (Kehl, 2006)

ลดาร์ตัน สาภินันท์ (ลดาร์ตัน สาภินันท์, 2548) กล่าวว่า การตายสงบ คือ การรับรู้ เกี่ยวกับความตายของแต่ละบุคคลในมุมมองที่ต่างกันโดยมีเกณฑ์หลักคือ ผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวด ไม่ เกิดอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ท่ามกลาง ครอบครัว หรือเพื่อนของผู้ป่วย และยังสามารถมีเวลาที่มีมากพอในการจัดการเรื่องสำคัญ หรือธุระให้ เรียบร้อย รวมถึงยังสามารถจัดการให้มีเวลาที่มีมากพอในการอยู่เพื่อเห็นเหตุการณ์ที่มีความสำคัญกับตนเอง และครอบครัวก่อนถึงวาระสุดท้าย

เอมมานูเอล (Emanuel, 2000) กล่าวว่า การตายสงบ คือ การตายอย่างมีศักดิ์ศรี ไม่ ทุกข์ทรมาน สามารถกำหนดหรือควบคุมการตายของตนให้เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้ หรือได้ตกลงร่วมกันไว้ กับ สมาชิกในครอบครัว เพื่อไม่ใช่เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อการยืดชีวิต ซึ่งปัจจุบันได้มีกฎหมายที่อนุญาตให้ผู้ป่วย เลือกตายตามที่ปรารถนา (Euthanasia) ไว้ได้

พระไพศาล วิสาโล กล่าวถึง การตายสงบ หรือ การตายที่ปราศจากความเจ็บปวดไม่ทนทุกข์ทรมาน มีอวัยวะครบถ้วน สามารถตายท่ามกลางคนรัก มีคนรักอยู่ข้างๆ ไม่เป็นภาระให้กับครอบครัว ไม่เศร้าโศก เสียใจ เป็นการตายที่มีสติ และสามารถปล่อยวางได้ (พระไพศาล วิสาโล et al., 2552)

ปทานุกรมความตายเครือข่ายพุทธิกา (ชัญวลี ศรีสุโข และ ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, 2558) ได้ให้ความหมายของ การตายสงบ คือ เป็นความตายที่ผู้ตายเข้าใจและยอมรับอย่างมีสติ ได้รับการดูแลและปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์แม้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการปวดและอาการทางกายอื่น ๆ ได้รับการดูแลทางอารมณ์และจิตวิญญาณตามความต้องการ สามารถเลือกได้ว่า วาระสุดท้ายต้องการผู้ใดมาอยู่เคียงข้าง สามารถแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าต้องการรักษาอย่างไร อีกทั้งไม่ยึดชีวิตโดยไม่จำเป็น ได้อยู่กับบุคคลที่ตนเองรักและสามารถท ในสิ่งที่ค้างคาในใจ

กล่าวโดยสรุป คือ การตายสงบ หมายถึง การตายที่ผู้ป่วยปราศจากความปวด ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา ได้ท สิ่ง ที่ค้างคาในใจ สามารถแสดงความปรารถนาและเจตนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลรักษาอย่างไร ในระยะท้าย มีการเตรียมความพร้อมของตนเองและครอบครัวเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และได้อยู่ท่ามกลางครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคคลที่รักในช่วงชีวิตสุดท้าย

อย่างไรก็ตามคำว่า การตายอย่างสงบ หรือการตายดีเป็นคำที่สื่อความหมายคล้ายคลึงกันสามารถใช้แทนกันได้ (Kongsuwan & Locsin, 2009) จากการนิยามความหมายของการตายสงบนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไปดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นซึ่งความแตกต่างนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะทางวัฒนธรรม ประสบการณ์เดิม (Iranmanesh, Hosseini, & Esmaili, 2011) ความเชื่อ ศาสนา และสังคม (Granda-Cameron, 2012) แต่ในด้านคุณลักษณะของการตายสงบนั้นยังมีส่วนที่คล้ายคลึงกันสามารถแบ่งได้ดังนี้

2.3.2 คุณลักษณะการตายอย่างสงบตามการรับรู้

การรับรู้การตายสงบของแต่ละบุคคลมีความเหมือน และมีความแตกต่างกัน โดยผ่านทางมุมมองของผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งให้ความหมายไว้ ดังนี้

2.3.2.1 คุณลักษณะการตายสงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย

จากการศึกษาการตายอย่างสงบในมุมมองของผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งในประเทศไทย ญี่ปุ่นของอาเคชิ และคณะ (Akechi et al., 2012) ได้ศึกษาถึงแนวคิดการตายอย่างสงบในผู้สูงอายุพบว่าในมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุการตายสงบ คือ การตายที่มีความสุขสงบทางกาย และทางใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและทีมสุขภาพ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น มีความเป็นส่วนตัว ในประเทศไทยมีการศึกษาของจินต์

จู่ทรา รอดพาล ที่ศึกษาการตายดีในมุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ ได้ให้ความหมายของการตายอย่างสงบไว้ 3 หลัก (จินต์จู่ทรา รอดพาล, 2549) คือ

1) เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ จิตไม่ฟุ้งซ่าน มีการท จิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่ได้สะสมมา

2) เป็นการตายตามธรรมชาติตามอายุขัย ไม่เป็นภาระให้ลูกหลานต้องดูแล ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการยึดรั้งชีวิต ในยามที่จะจากไปได้อยู่ท่ามกลางลูกหลานและเกิดการยอมรับต่อการจากไป

3) เป็นการตายที่หมดห่วง เตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และการเตรียมหาบุญสะสมบุญสะสมความดี การศึกษาของวิไลภา คุณทรงเกียรติ ที่ศึกษาการรับรู้การตายดีในผู้ป่วยพบว่า การรับรู้การตายดีของผู้ป่วย ได้แสดงคุณลักษณะการตายดี เป็น 3 ด้านหลัก คือ

1) ด้านความหมายของการตายดีหรือตายสงบ เป็นการตายที่เป็นการหลับโดยปราศจากความเจ็บปวดไม่ทุกข์ทรมาน และไม่มีกังวล เป็นการตายอย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแพททริก (Patrick, Engelberg, & Curtis, 2001) ที่พบว่าการตายดีนั้นขึ้นอยู่กับ การดูแลประกอบไปด้วย 6 ด้าน คือ การดูแลผู้ป่วยก่อนตาย การเตรียมพร้อมผู้ป่วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ดูแลจัดการอาหารและกิจวัตรประจ วัณ อีกทั้งยังครอบคลุมถึงการดูแลแบบองค์รวม และได้ทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

2) ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนการตายดีตายสงบ เป็นการเตรียมพร้อมในผู้ป่วยเพื่อการยอมรับให้พร้อมก่อนเพื่อการตายดี โดยมีการเตรียมความพร้อมทั้งตนเองและครอบครัว โดยทางด้านการเตรียมความพร้อมในตัวผู้ป่วยเองนั้น เป็นการเตรียมความพร้อมในการยอมรับในการตายว่าเป็นธรรมชาติที่ทุกคนพึงต้องเจอไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงหนีความตายได้ แต่สามารถที่จะเลือกการตายได้ว่าต้องการตายอย่างไร การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะสามารถช่วยในการเตรียมพร้อมและการตัดสินใจได้ สำหรับการเตรียมความพร้อมด้านครอบครัว เป็นการเตรียมครอบครัวของผู้ป่วยให้เกิดการยอมรับในการตายที่จะเกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ครอบครัวนั้นเกิดความเศร้าโศก หรือทุกข์ทรมานใจจากการจากไปของผู้ป่วย และมีการเตรียมความพร้อมหากสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องมีการเตรียมพร้อมทางด้านเศรษฐกิจเพื่อไม่ให้เป็นการภาระของครอบครัวในภายหลัง (Griggs C., 2010; วิไลภา คุณทรงเกียรติ, 2554)

3) ด้านความปรารถนาเพื่อการตายดีหรือตายสงบ คือ ความต้องการในการตายสงบเพื่อน ไปสู่การตายที่ดีในช่วงท้ายของชีวิตเป็นการได้อยู่กับครอบครัวได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านเป็นที่ที่มีความผูกพันตั้งแต่เด็กอยู่แล้วรู้สึกอบอุ่นหัวใจ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้ายศพ อีกทั้งความ

ปรารถนาในช่วงท้ายคือการไม่ถูกยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่เพียงเพื่อยืดระยะเวลาแต่ไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านอื่น (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554)

2.3.2.2 คุณลักษณะการตายอย่างสงบตามการรับรู้จากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิด

จากการศึกษาของสิริลักษณ์ และคณะ (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร หัตถกิจ และ กิตติกร นิลมานัต, 2554) ได้ศึกษาการดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามวิถีไทย พุทธ พบว่าการตายอย่างสงบต้องได้รับการดูแลแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ การดูแลระยะสุดท้ายแบบทั่วไป การดูแลในช่วงที่ใกล้ตายและในขณะตาย และการดูแลหลังความตาย โดยการช่วยให้ผู้ป่วยนั้นมีสติและยอมรับกับการตายโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล การศึกษาการตายดีตามการรับรู้จากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิดเป็นการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวว่าความตายก สักจะมาถึงเกิดการยอมรับในความตาย เตรียมใจให้พร้อมต่อการจากไปของสมาชิกในครอบครัว และปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักก่อนที่จะเสียชีวิต (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2557)

2.3.2.3 คุณลักษณะการตายสงบตามการรับรู้จากทีมสุขภาพ

การศึกษากการตายสงบตามการรับรู้จากทีมสุขภาพยังมีไม่ชัดเจนแต่มีการศึกษาถึงคุณลักษณะการตายดีตามการรับรู้จากทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ได้ระบุว่าความตายดี คือ การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด มีการดูแลบรรเทาและจัดการอาการที่ไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Jompaeng, 2014) ได้รับการดูแลตามความต้องการมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์มีการยอมรับกับความตายในทุกฝ่าย รวมทั้งครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ มีการเคารพและให้เกียรติผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาและผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่โดดเดี่ยวและมีจิตที่สงบก่อนตาย (Kongsuwan, Chaipetch, & Matchim, 2012)

กล่าวโดยสรุป คือ คุณลักษณะการตายสงบ หรือการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว และ ทีมสุขภาพนั้นจะให้ความส าคัญที่การปราศจากความทุกข์ทรมาน ได้รับการบรรเทาอาการที่ไม่สุขสบาย เกิดการยอมรับในความตายทั้งญาติ ครอบครัวและทีมสุขภาพ มีการตกลงร่วมกันในการรักษามีการเตรียมตัวก่อนตาย มีสัมพันธภาพอันดีให้เกียรติในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการยื้อชีวิตโดยเทคโนโลยีโดยไม่จำเป็น ให้ผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก และไม่เป็นการละเลยในการดูแล และเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ

2.3.3 องค์ประกอบของการตายสงบ

การตายสงบนั้นจะเกิดขึ้นได้ย่อมขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคนที่แตกต่างกันไป (อังคณา สิริยาภรณ์, 2548) แต่สามารถสรุปเป็นองค์ประกอบได้ 10 ข้อ ดังนี้ (Chan & Epstein, 2012)

2.3.3.1 การไม่ประสบอาการปวดและจัดการความไม่สุขสบายของร่างกาย

การไม่ประสบอาการปวดและจัดการความไม่สุขสบายของร่างกาย ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญ (Charles Garfield, 2014)ที่จะนำไปสู่การตายสงบ (peaceful death) นั่นคือ ก่อนที่บุคคลหนึ่งจะเสียชีวิตการจัดการอาการปวด หรือความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายต่าง ๆ ได้รับการบรรเทาลง สามารถควบคุมอาการปวดและมีความสุขสบายเกิดขึ้น (รจนา ทองตาและคณะ, 2015)

2.3.3.2 การรับรู้ภาวะใกล้ตายเป็นการตายที่มีสติ และมีจิตใจที่สงบก่อนตาย

การรับรู้ภาวะใกล้ตาย หมายถึง การรับรู้เมื่อถึงในขณะใกล้เสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยยังมีสติ สัมผัสัญญะ สามารถรับรู้ทุกการกระทำ รู้รู้ว่าต้องจากไป และพร้อมที่จะจากไป ((จันทจุฑา รอดพาล, 2549) ได้จัดการตามสิ่งที่วางไว้และจากไปอย่างสงบ ไม่ทรมาน พร้อมทั้งยอมรับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติสามารถยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญกับความตายได้อย่างกล้าหาญและสามารถใช้ชีวิตในช่วงที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข

2.3.3.3 การให้เกียรติและเคารพความเป็นบุคคล

การให้เกียรติและเคารพความเป็นบุคคล หมายถึง การดูแลและทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง สามารถดูแลจัดการหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่สามารถทำได้อยู่เดิมได้ด้วยตนเองแม้จะอยู่ในระยะท้าย รวมถึงการให้ความเคารพความเป็นบุคคลในการทำ กิจกรรมต่างโดยการแจ้งหรือ สอบถามถึงความพร้อมและความต้องการโดยสมัครใจไม่บังคับคำนึงถึงความรู้สึกในศักดิ์ศรีของความเป็นบุคคลอยู่ตลอดเวลา และสามารถได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนเองเคารพนับถือ ซึ่งจะส่งผลต่อความสุขทางจิตวิญญาณต่อเนื่องไป (กิตติกร นิลมานัต, 2555)

2.3.3.4 มีการยอมรับความตายและได้เตรียมความพร้อมก่อนตาย

การเตรียมความพร้อมก่อนตาย เป็นการเตรียมตัวทั้งตนเองและครอบครัว เพื่อเกิดการยอมรับในความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติต้องเกิดขึ้นกับทุกคน และต้องเข้าใจพร้อมกันยอมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น การเตรียมพร้อมก่อนตายจะทำให้เกิดการปล่อยวางและจากไปอย่างสงบไม่มีสิ่งที่ยึดค้างใจ (พระไพศาล วิสาโล, 2553)

2.3.3.5 การตายตามธรรมชาติไม่มีการยื้อชีวิต

การตายตามธรรมชาติไม่มีการยื้อชีวิต หมายถึง การตายอย่างสงบตามการตัดสินใจของโรคที่เป็นอยู่มากกว่าการยื้อชีวิตในช่วงท้ายไม่ว่าจะเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการใส่สายระบายต่างๆ เพื่อยื้อชีวิตให้นานขึ้นโดยปราศจากผลประโยชน์ใด ๆ และเกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย (นิการีหม๊ะ นิจินิการี, 2547; รจนา ทองด าและคณะ, 2015)

2.3.3.6 การเตรียมบุคคลเมื่อใกล้เสียชีวิต หรือได้อยู่กับบุคคลที่รัก ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว

การเตรียมบุคคลเมื่อใกล้เสียชีวิต หรือได้อยู่กับบุคคลที่รัก หมายถึง การเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยระยะท้ายว่ามีความต้องการที่จะอยู่กับใคร อยากท ะไร สามารถมีเวลาที่มากพอที่จะให้ครอบครัวหรือบุคคลที่ผู้ป่วยนั้นเลือกมาอยู่ในระยะท้ายเพื่อช่วยในการดูแลและจัดการถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือยังกังวลเพื่อไม่ให้เกิดความห่วง เหง การปล่อยวางที่ได้รับการจัดการตามสิ่งที่ต้องการ และได้รับการตอบสนองจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจนกระทั่งผู้ป่วยนั้นจากไปอย่างสงบ อบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว (รจนา ทองด าและคณะ, 2015)

2.3.3.7 ได้พูด สากับบุคคลที่รัก หรือใกล้ขีด

ก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไปได้กล่าวอ สาทหรือบอกกล่าวในสิ่งที่ค้างคาในใจ หรือในสิ่งที่ยังไม่ได้จัดการเพื่อให้บุคคลที่รักหรือที่ไว้วางใจช่วยจัดการแทนให้ ทาให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันและไม่เหลือสิ่งที่ค้างคาในใจเป็นผลให้เกิดการตายที่สงบขึ้นได้ (วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554, 2557)

2.3.3.8 เป็นการตายที่ได้ท บุญ หรือได้สะสมบุญไว้ก่อนตาย

ก่อนการเสียชีวิตได้นึกถึงบุญกุศล และสิ่งต่าง ๆ ที่ดีที่เคยกระทำไว้จะส่งผลให้ผู้ป่วยนั้นตายอย่างสงบ โดยศาสนาพุทธมีความเชื่อว่าการนึกถึงสิ่งที่ดี สิ่งที่เป็นกุศลก่อนตายจะช่วยช้กน ำให้เกิดการตายอย่างสงบและน ำไปสู่สุคติหรือภพภูมิที่ดีต่อไป (จินต์จุฑา รอดพาล, 2549)

2.3.3.9 เป็นการจากไปเสมือนคนนอนหลับ

การตายอย่างสงบเป็นการจากไปอย่างรวดเร็วแต่ยังคงมีสติรับรู้ได้ ไม่มีความเจ็บปวด หมดห่วงและกังวล ไม่กลัวความตายที่ใกล้เข้ามา (พระไพศาล วิสาโล, 2547) เสมือนคนนอนหลับไปโดยไม่กลัวความตาย (รจนา ทองด aet al., 2015)

2.3.3.10 เป็นการตายที่บ้านของตนเอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตการอยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย หรือที่ผูกพันกับผู้ป่วยก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วยนั้นเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย อบอุ่น โดยเฉพาะที่บ้าน ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รักและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย (Jompaeng, 2014; วัลภา คุณทรงเกียรติ, 2554) เป็นไปตามความเชื่อทางศาสนาซึ่งแตกต่างออกไปไม่เหมือนกันในแต่ละครอบครัว (ยุวนิดา อารมรมย์, 2550)

2.3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตายสงบ

การตายสงบนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่ก็มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการตายสงบหรือเป็นสิ่งที่ทำให้การรับรู้มันแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตายสงบสามารถสรุปได้ ดังนี้

2.3.4.1 ประสบการณ์เดิม กล่าวคือ การรับรู้การตายสงบของแต่ละบุคคล ประสบการณ์เดิมหรือสิ่งที่บุคคลพบเจอมาก่อนจะเป็นเสมือนภูมิหลังในการจัดการหรือตอบสนองในสิ่งที่จะทำ เช่น ในครอบครัวที่มีบุคคลที่จากไปด้วยโรคมะเร็งและมีความทุกข์ทรมานจากอาการปวดมาก่อนที่จะเสียชีวิต ทำให้บุคคลเมื่อถึงในระยยะท้ายก็就会有ความกลัวว่าจะมีอาการทุกข์ทรมานเช่นเดียวกับที่เคยพบเป็นผลให้การตอบสนองหรือการรับรู้ที่จะมีการตายที่สงบการตายที่ลดลง แต่ในขณะที่อีกคนหนึ่งได้อยู่ในแวดล้อมและพบเจอผู้ป่วยระยะท้ายที่สามารถจัดการกับอาการทุกข์ทรมานได้และมีการจากไปที่สงบ บุคคลเหล่านั้นก็จะไม่กลัวต่อการอาการทุกข์ทรมานในระยะท้าย และสามารถที่จะยอมรับและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมเป็นผลให้ สามารถมีระยะท้ายที่สงบและมีการตายที่ดีได้ (Balein, 2009; Karen A Kehl, 2006) และหากบุคคลใดที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายได้พบเจอเห็นถึงกระบวนการตายมาก่อนย่อมมีการยอมรับและสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ (ศรีเรือนแก้วกั้วาล, 2549)

2.3.4.2 เพศ จะพบว่าในเพศหญิง และเพศชาย จะมีการรับรู้ในการตายที่แตกต่างกัน (Shao-Yi Cheng, 2012) เพศหญิงจะรับรู้และมีการยอมรับในความตายได้มากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากพื้นฐานจิตใจ การเข้าสังคมหรือการปฏิบัติตนตามสิ่งแวดล้อมที่อาศัย และการท ามความเชื่อหรือสิ่งที่นับถือการเข้าทางศาสนาย่อมมีการหล่อหลอมจิตใจให้ยอมรับและเข้าใจในความตายได้ดีกว่าเพศชายที่มีสังคมอีกลักษณะหนึ่งที่ไม่เหมือนกับเพศหญิง

2.3.4.3 ช่วงอายุ การรับรู้การตายสงบ หรือการตายดี โดยช่วงอายุก็มีผลนั้น คือ ช่วงอายุที่สามารถรับรู้ ถึงการตายสงบได้ดีที่สุด คือ ช่วง 40 - 65 ปี (Shao-Yi Cheng, 2012) ซึ่งมีความแตกต่างกันในกลุ่มอายุช่วง 19 - 39 ปีที่มีการรับรู้การตายดีได้น้อยกว่ากลุ่มช่วงอายุ 40 - 69 ปี และ 70 - 79 ปี ที่มีการรับรู้การตายดีที่ไม่แตกต่างกัน (Akechi et al., 2012) เนื่องมาจากในวัยผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์ของการสูญเสียมาก่อนเป็นผลให้สามารถยอมรับกับกระบวนการตายและสามารถเผชิญความตายได้ดีกว่าในวัยรุ่นหรือบุคคลที่อายุน้อย

2.3.4.4 สังคม ศาสนาและ วัฒนธรรม ในสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อในสังคมที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อการตายสงบ หรือการตายดีที่ไม่เหมือนกัน (Granda-Cameron, 2012) เพราะแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อทางศาสนาที่แตกต่างกันแต่การปฏิบัติตามความเชื่อทาง

ศาสนาหรือวัฒนธรรมและสังคมที่ตนนั้นนับถือหรือยึดเหนี่ยว ถือเป็นการตอบสนองทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยหรือบุคคลนั้นๆ ทำให้รู้สึกถึงการปล่อยวาง สงบ และมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่การตายที่สงบได้ เช่น การนับถือศาสนาพุทธมีความเชื่อว่าผู้ป่วยหรือบุคคลที่จากไปโดยปราศจากความเจ็บปวด ทรมานและตายอย่างสงบไม่มีเรื่องค้างคาใจให้กังวล ไม่กลัวความตายย่อม่น ไปสู่สุคติ หรือภพภูมิที่ดี (พระไพศาล วิสาโล, 2547)

2.3.4.5 ระบบการดูแลรักษาที่ล่าช้า และการรักษาที่รุนแรงหรือมากเกินไป (aggressive treatment) เช่น การรักษาโดยการรับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องแม้จะไม่มีผลที่มากพอในการรักษา (Kuzmicz, 2017) หรือ การรักษาเพียงเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้นด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ ที่ให้เกิดความทรมานจากการรักษาเพิ่มขึ้นก็ล้วนส่งผลต่อการตายสงบหรือการตายที่ดี

2.3.4.6 การสนับสนุนทางสังคม คือ การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือในการสนับสนุนการดูแลในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้เป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง (สารภี รังสีโกศัย, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, และรวีวรรณ เผ่ากัณหา, 2556) รวมถึงการได้รับข้อมูลทางสุขภาพจากทีมสุขภาพในการช่วยเหลือเพื่อดูแลในระยะท้ายอย่างเพียงพอ และตรงตามความเป็นจริง เพื่อที่จะสามารถวางแผนในการใช้ชีวิตหรือ เตรียมตัวเพื่อที่จะเข้าสู่การตายได้อย่างสงบและสง่างาม (Miyashita et al., 2008)

2.3.4.7 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย คือ การที่ผู้ป่วยหรือบุคคลเกิดความกังวลใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการเผชิญกับความตาย ก็จะหลั่งสารอิพิเนฟริน (epinephrin) ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้การรับรู้หรือการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายนั้นน้อยลง (ทัศนีย์ทองประทีป, 2553)

จากที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตายสงบ ไม่เพียงเท่านั้นยังมีผลต่อการรับรู้การตายอย่างสงบอีกด้วย เนื่องจากสถานการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นนั้นถือเป็นสิ่งเร้า กระตุ้นการรับรู้ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นหากต้องการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีให้เกิดการรับรู้การตายสงบ หรือการตายที่ดีที่สงบก็ต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมและสามารถจัดการดูแลให้ตรงตามปัจจัยข้างต้น ก็สามารถที่จะนำไปสู่การตายอย่างสงบ (peaceful death)

2.3.5 ผลลัพธ์ของการตายสงบ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ที่มีการศึกษาวิจัยกันมาแล้วนั้นจะวัดประเมินผลที่ความพึงพอใจในผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลจนถึงหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสิ่งที่ต้องการมากที่สุด คือการตายอย่างสงบ ยอมรับความตาย ไม่เกิดความทุกข์ทรมานก่อนตาย (Waraporn Kongsuwan et al., 2012) ประเมินได้จากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ รวมถึงทีมสุขภาพที่ทำการดูแล และสถานพยาบาล (Granda-

Cameron, 2012) นอกจากนี้ยังมีการวัดผลลัพธ์ที่คุณภาพการตายและภาวะใกล้ตายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในมุมมองของญาติ (Patrick et al., 2001) และยังมีการประเมินการดูแลโดยวัดจากสมาชิกของครอบครัวเกี่ยวกับความเศร้าโศกและการตายภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วที่ประเมินในประเทศญี่ปุ่น (Miyashita et al., 2008b) และมีการนำเครื่องมือต่าง ๆ มาใช้ในการประเมินเกี่ยวกับการตายดี ตายสงบดังต่อไปนี้

1. Good death Scale (GDS) เป็นเครื่องมือที่ประเมินการรับรู้การตายดีโดยผู้ป่วยเป็นคนตอบคำถามด้วยตนเองโดยตรง โดยงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือนี้เป็นครั้งแรกได้ใช้ในการเปรียบเทียบการตายดีและการกลัวความตายในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุและผู้ป่วยมะเร็งที่อายุน้อย จากงานวิจัยได้บอกถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้การตายดีและการกลัวตายได้ผลพบว่าผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุมีความกลัวตายน้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อายุน้อย และมีการรับรู้การตายดีที่สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อายุน้อย แบบประเมินชนิดนี้จะมีทั้งหมด 6 ข้อ คำนวณ แบ่งเป็นการประเมินการตายดี 5 ข้อ คำนวณและประเมินความกลัวตายนี้อีก 1 ข้อคำถาม แบบประเมินการตายดี 5 ข้อคำถาม จะแบ่งระดับคะแนนเท่ากับ 0-3 คะแนน และรวมคะแนนได้เท่ากับ 0-15 คะแนน โดยงานวิจัยที่ผ่านมาตรวจสอบหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.71 สำหรับการแปลผลนั้นไม่ได้เขียนไว้เพียงแต่ระบุไว้ว่าถ้าระดับคะแนนมากแสดงว่าการรับรู้การตายดีสูง แต่ถ้าได้คะแนนน้อยจะแสดงว่าการรับรู้การตายดีนั้นต่ำ สำหรับเครื่องมือประเมินความกลัวตายนี้อีก 1 ข้อคำถาม ระดับคะแนน 1-5 ถ้าให้ค่า 1 คะแนน แปลว่ากลัวความตายน้อย แต่ถ้าให้คะแนนสูง คือ 5 คะแนน แปลว่า กลัวความตายสูง จากแบบประเมินการรับรู้การตายดีนี้มีลักษณะและแนวคิดในการสร้างเครื่องมือมาประเมินค่อนข้างกว้างแต่การประเมินนั้นตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษาคือการตายสงบ/ตายดี แต่ด้วยเครื่องมือที่ใช้นั้นไม่ได้ระบุถึงคุณสมบัติของการวัดไว้และการสร้างเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาจากการประเมินเพื่อที่จะวัดเปรียบเทียบความกลัวตายจึงทำให้มีข้อคำถามหรือองค์ประกอบของข้อคำถามที่จะใช้ไม่เหมาะสมในบริบทหรืองานที่จะศึกษา

2. Quality of Dying and Death (QODD) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพของการตายและภาวะใกล้ตาย โดยการสังเกตจากคนอื่น หรือผู้ที่ใกล้ชิด ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ นำมาสร้างเป็นเครื่องมือ มีมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ ตั้งแต่ 0-10 จำนวนทั้งหมด 27 ข้อ (Patrick et al., 2001) โดยงานวิจัยที่ผ่านมาตรวจสอบหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.89 สำหรับเครื่องมือนี้เหมาะในการนำไปใช้ประเมินคุณภาพการตาย ก่อนที่จะเสียชีวิตมากกว่าซึ่งไม่ตรงกับสิ่งที่ศึกษาคือการรับรู้การตายสงบ

3. Good death inventory (GDI) หรือ แบบประเมินการการตายดี จากงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า มีถึง 3 เรื่องที่ใช้เครื่องมือชนิดนี้ ซึ่งมีการใช้ค่อนข้างแพร่หลายโดนพัฒนาครั้งแรกมาจากประเทศญี่ปุ่น มีการนำไปแปลและใช้ในประเทศเกาหลีใต้เป็นฉบับย่อ และ ประเทศไทยก็ได้มีการ

นำมาใช้เช่นเดียวกันแต่แตกต่างกันที่ประชากรที่ศึกษาในประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีใต้นั้นทางการศึกษาในสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่เสียชีวิต แต่ในประเทศไทยได้ศึกษาในสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เสียชีวิตโดย แบบประเมินที่ใช้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-6 จำนวนทั้งหมด 53 ข้อ (Miyashita et al., 2008) ประกอบด้วยคุณลักษณะการตายดีในประเทศญี่ปุ่น ต่อมาประเทศเกาหลีใต้ได้นำมาใช้เป็นฉบับสั้นเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 จำนวนทั้งหมด 18 ข้อ (Shin et al., 2011) ประเทศไทยได้นำมาแปลและปรับใช้ให้เหมาะสมในบริบทของคนไทยเหลือจำนวน 52 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 โดยงานวิจัยที่ผ่านมา คำนวณหาสัมประสิทธิ์ครอนบาค-อัลฟา 0.74 – 0.95 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับ 0.44 – 0.72 ซึ่งยอมรับได้ ส สำหรับการแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ (เพ็ญภัสสร มาพงษ์, 2556) ดังนี้

คะแนน 1.00-1.49 รับรู้การตายดีในระดับน้อยที่สุด

คะแนน 1.50-2.49 รับรู้การตายดีในระดับน้อย

คะแนน 2.50-3.49 รับรู้การตายดีในระดับปานกลาง

คะแนน 3.50-4.49 รับรู้การตายดีในระดับมาก

คะแนน 4.50-5.00 รับรู้การตายดีในระดับมากที่สุด

โดยดูจากวัตถุประสงค์ของเครื่องมือและการนำไปใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมาแล้วนั้นจะเห็นว่าเครื่องมือชนิดนี้จะใช้เพื่อประเมินการตายดีจากมุมมองของสมาชิกในครอบครัวในผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้วทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยวิกฤต แต่ไม่ได้วัดผลโดยตรงในการรับรู้การตายดีในผู้ป่วย แต่จากข้อคำถามและการสร้างเครื่องมือที่มาจากคุณลักษณะการตายดีไม่ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโดยตรง แต่ใช้กับสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้ว อีกทั้งบริบท วัฒนธรรม และศาสนาคความเชื่อที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อการรับรู้การตายอย่างสงบ ทำให้เห็นว่าความเที่ยงของข้อคำถามที่จะนำมาใช้ในบริบทของสังคมไทยนั้นไม่เหมาะสมเพียงพอ

4. แบบประเมินการรับรู้การตายอย่างสงบ เป็นแบบประเมินของเนตรนภามณีรัชยากร (เนตรนภามณีรัชยากร, 2559) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามบริบทของประเทศไทย โดยเครื่องมือเป็นแบบสอบถามการรับรู้การตายอย่างสงบครอบคลุมการรับรู้การตายอย่างสงบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านสถานที่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยแต่ละด้านประกอบด้วย 5 มิติ มีจ นวนข้อที่แตกต่างกัน คือ

1) มิติด้านร่างกาย มี 7 ข้อ แบ่งเป็น 3 ข้อย่อย คือ การไม่มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การตายที่เป็นธรรมชาติไม่มีการยื้อชีวิต มีสภาพร่างกายและมีการแต่งกายที่สะอาดเหมาะสม

2) มิติด้านจิตใจ มี 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ข้อย่อย คือ การยอมรับความตาย และการเตรียมจิตใจให้สงบไม่กังวลก่อนตาย

3) มิติด้านสังคม มี 5 ข้อ แบ่งเป็น 2 ข้อย่อย คือ การตายท่ามกลางสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักไม่โดดเดี่ยว และเป็นการตายที่สมาชิกในครอบครัวเศร้าโศกเสียใจอย่างเหมาะสม

4) มิติด้านจิตวิญญาณ มี 5 ข้อ แบ่งเป็น 2 ข้อย่อย คือ การตายที่ได้ทำบุญหรือสะสมบุญ และการตายที่ได้รับการปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา

5) มิติด้านสถานที่ มี 4 ข้อ แบ่งเป็น 2 ข้อ คือ การตายในสภาพแวดล้อมที่สะอาดสงบ เป็นส่วนตัว โดยการตายที่สงบสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล

โดยแบบประเมินเป็นข้อคำถามปลายปิด มีระดับคะแนน 1 ถึง 5 ตามล ำดับ โดยข้อ ค ทามีการแปลผล ดังนี้คือ

- | | | |
|---|---------|------------------------------|
| 1 | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความน้อยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความน้อย |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความปานกลาง |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความมาก |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด |

กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย แบ่งการรับรู้การตายอย่างสงบ ออกเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

คะแนน 4.21 – 5.00	หมายถึง	มีระดับความเห็นด้วยต่อข้อความการตายอย่างสงบมากที่สุด
คะแนน 3.41 – 4.20	หมายถึง	มีระดับความเห็นด้วยต่อข้อความการตายอย่างสงบมาก
คะแนน 2.61 – 3.40	หมายถึง	มีระดับความเห็นด้วยต่อข้อความการตายอย่างสงบปานกลาง
คะแนน 1.81 – 2.60	หมายถึง	มีระดับความเห็นด้วยต่อข้อความการตายอย่างสงบน้อย
คะแนน 1.00 – 1.80	หมายถึง	มีระดับความเห็นด้วยต่อข้อความการตายอย่างสงบน้อยที่สุด

โดยงานวิจัยที่ผ่านมาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาข้อมูลเท่ากับ 0.67 – 1.00 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.86

จากเครื่องมือทั้ง 4 ชนิดสรุปได้ว่า Quality of Dying and Death (QODD) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพของการตายและภาวะใกล้ตาย โดยการสังเกตจากคนอื่น หรือผู้ที่ใกล้ชิดใช้ประเมินในระยะก่อนที่จะเสียชีวิต ส สำหรับ Good death scale เป็นเครื่องมือที่ประเมินการรับรู้การตายดีตายสงบโดยผู้ป่วยเป็นคนตอบคำถามด้วยตนเอง แต่ด้วยข้อ ข ทามที่ไม่ชัดเจนและเครื่องมือที่สร้างขึ้นสร้างมาจากการประเมินเพื่อที่จะวัดเปรียบเทียบความกลัวตายจึงทำให้มีข้อคำถามและองค์ประกอบของข้อคำถามที่จะใช้ไม่เหมาะสมในบริบทหรืองานที่จะศึกษา สำหรับ Good death inventory (GDI) หรือแบบประเมินการตายสงบ ใช้ในการประเมินการตายสงบในมุมมองของสมาชิกในครอบครัวภายหลังที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว อีกทั้งบริบทที่แตกต่างกันจึงไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา แต่สำหรับแบบประเมินการรับรู้การตายอย่างสงบเป็นเครื่องมือที่สร้างมาจากทบทวนวรรณกรรมในบริบทสังคมประเทศไทย ตรงตามวัตถุประสงค์แต่เพื่อความเหมาะสมในการนำมาใช้ควรนำไปประยุกต์และปรับข้อ ข ทามให้ตรงกับบริบทที่ศึกษาก่อนการน มาใช้จริง

2.4 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระยะท้ายการดูแลที่สำคัญและเหมาะสมกับผู้ป่วยไม่ใช่การรักษาให้หายแต่เป็นเพื่อการบรรเทาอาการ ความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยมีความปรารถนาสุดท้ายที่ผู้ป่วยต้องการคือ การตายอย่างสงบตายดี ไม่มีความเจ็บปวด ได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการ หมั่นห่วงและได้จัดการสิ่งที่ค้างคาในใจ สุดท้ายคือได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่รัก แต่การตายอย่างสงบนั้นก็มีความหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการรับรู้ การตายอย่างสงบมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ทั้งประสบการณ์ พื้นฐานสังคม วัฒนธรรม ศาสนา อายุ เพศ รวมถึงการรักษาที่รุนแรงในระยะท้าย แต่ถึงอย่างนั้นการตายสงบในมุมมองของผู้ป่วย ญาติใกล้ชิด หรือ ทีมสุขภาพก็มีคุณลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายจึงต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยนั้นต้องการให้เฉพาะมากขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดแม่จะเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายแต่ก็หลีกเลี่ยงไม่ได้กับผลข้างเคียงจากการรับยาเคมีบำบัด ดังนั้นการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุมในระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงมีความสำคัญ ไม่เพียงทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคมก็มีส คัญไม่ต่างกัน การดูแลเอาใจใส่และให้การดูแลที่ไม่เน้นเพียงเพื่อยืดชีวิตให้นานขึ้นแต่มุ่งเน้นไปที่มีความสุขในระยะท้ายของชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าการดูแลในระยะท้ายของชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดหากได้รับการดูแลที่มีกิจกรรมที่เฉพาะเหมาะสมร่วมกับครอบครัว หรือบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยยังมีความห่วงหรือความกังวล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสำหรับครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่ได้รับ คือ ความไม่กังวล และสามารถยอมรับกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างมีสติ แต่สำหรับผู้ป่วยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก็คือ ความหวังสูงสุดในระยะท้ายนั้นคือ ตายอย่างสงบ และเกิดการตายที่ดี

บทที่ 3

วิธีด ทนินงานวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ มีการวัด 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะหลังการทดลอง 1 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็งก้อนทุมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบ ำบัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ภายในระยะเวลาประมาณ 6 เดือนตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2561ถึง เดือน มกราคม 2562 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ และ ตัวแปรตาม คือ การรับรู้การตายสงบ โดยมีรายละเอียดการวิจัยดังนี้

			สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8 (1 เดือน)
กลุ่มทดลอง	O ₁₁	X	O ₁₂	O ₁₃
กลุ่มควบคุม	O ₂₁	—————	O ₂₂	O ₂₃

O₁₁ หมายถึง การประเมินการรับรู้การตายสงบในอาสาสมัครกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบระยะก่อนการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบจำนวน 4 ครั้ง เวลา 4 สัปดาห์

สัปดาห์

O₁₂ หมายถึง การประเมินการรับรู้การตายสงบในอาสาสมัครกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมทันที

O₁₃ หมายถึง การประเมินการรับรู้การตายสงบในอาสาสมัครกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ 4 สัปดาห์ ในระยะติดตามผล 1 เดือน

O₂₁ หมายถึง การประเมินการรับรู้การตายสงบในอาสาสมัครกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติระยะก่อนการทดลอง

O₂₂ หมายถึง การประเมินการรับรู้การตายสงบในอาสาสมัครกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติภายหลัง 4 สัปดาห์

O₂₃ หมายถึง การประเมินการรับรู้การตายสงบในอาสาสมัครกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล 1 เดือน

3.1.1 สถานที่ท ากวิจัย

ผู้วิจัยเลือกสถานที่ในการศึกษาวิจัยที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็ง แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษา ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะท้ายต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษา

3.1.2 แนวทางการปฏิบัติดูแลตามปกติในบริบทที่ศึกษา

สถานที่ที่ทำการศึกษาวิจัยมีการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย คือ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัด หรือ ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษานั้นจะได้รับการประเมินอาการ และสภาพทางคลินิกก่อนเข้านอนโรงพยาบาลทุกครั้ง โดยการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ได้พบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ข้อมูลและให้การรักษาตามแผนการรักษาที่วางไว้ พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อนอนรักษาอยู่โรงพยาบาล และหากมีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลรับทราบทันที เพื่อติดต่อประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ให้การดูแลและรักษาอย่าง

ทันที รวมถึงดูแลวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการปวด และอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ จากการได้รับยาเคมีบำบัดและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ณ ช่วงเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และเตรียมน้ำเกลือไว้สำหรับบัวปากในผู้ป่วยทุกรายเพื่อป้องกันการเกิดแผลในช่องปาก ซึ่งในหอผู้ป่วยนี้สามารถให้ญาติเข้าเยี่ยมเข้าเยี่ยมได้ในเวลา 10.00 – 20.00 น. แต่ไม่สามารถให้อนเนื้อค้ำคินได้ โดยหอผู้ป่วยจะมีพยาบาลชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ให้การดูแลและจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยยึดตามแนวปฏิบัติของ CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) และ NCCN (The National Comprehensive Cancer Network) practice guidelines oncology มีพยาบาลเป็นเจ้าของไข้ในการให้การดูแลเป็นรายบุคคล และในทุกเช้าแพทย์เจ้าของไข้จะมาเยี่ยมและสอบถามอาการในทุกวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อได้รับยาเคมีบำบัดจนครบตามแผนการรักษาแล้วแพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้และจะนัดมารับยาเคมีบำบัดต่อเนื่องอีกครั้งใน 2 หรือ 4 อาทิตย์ถัดไป ซึ่งก่อนกลับบ้านผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านจากพยาบาล ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดพร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ โดยสามารถโทรศัพท์มาสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และจะมีการนัดหมายครั้งหน้าเพื่อทำการเจาะเลือดประเมินก่อนเข้านอนโรงพยาบาล

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและญาติที่ใกล้ชิดหรือบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปมารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะท้าย ได้รับการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการรักษาโดยการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการประคับประคอง หรือเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาเพื่อประคับประคองและมีผู้ดูแลใกล้ชิด หรือญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิดเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยแผนกผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรมมะเร็งก่อนหุ้ม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือน

กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2562 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 รายและ กลุ่มควบคุม 30 ราย

3.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้

ด้านผู้ป่วย

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย หรือ ใช้เกณฑ์ surprise questions ซึ่งใช้ในกรณีที่แพทย์ไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย แต่ทางคลินิกแล้วมีการดำเนินของโรคที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะส ทัญ สามารถเสียชีวิตได้ภายใน 1 ปี และต้องได้รับการรักษาโดยการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการแบบประคับประคอง หรือเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาเพื่อประคับประคอง

2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3) ประเมิน PPS (Palliative performance scale) อยู่ในช่วง 40-70% เป็นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการท ากิจกรรมได้ลดลงจนถึงระยะสุดท้าย

4) มีญาติผู้ดูแลใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือสมาชิกในครอบครัว และให้ความร่วมมือโดยการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย

5) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ สามารถพูดและฟังเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

6) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบครบตามจ นวน 4 ครั้ง

7) แพทย์เจ้าของไข้ยินดีให้เข้าร่วมการวิจัย

ด้านญาติที่ใกล้ชิดหรือผู้ดูแล หรือบุคคลที่ใกล้ชิด

1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2) เป็นผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลรอง หรือญาติที่ใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นคนเลือกเอง

3) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ สามารถพูดและฟังเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

4) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบจนครบ 4 ครั้งหรือมากกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- 1) แพทย์ยุติการให้ยาเคมีบำบัดหรือการให้รังสีรักษา
- 2) ผู้ป่วยย้ายสถานที่ในการรักษาขณะเข้าร่วมวิจัย
- 3) ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วย หรือญาติใกล้ชิด เพื่อเข้าร่วมการวิจัยจนครบได้
- 4) ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย (Discontinuation criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะอยู่ระหว่างการเข้าร่วมวิจัย
- 2) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้และแพทย์ลงความเห็นให้ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกันและ เพื่อลดตัวแปรภายนอกที่อาจมีผลต่อตัวแปรตามที่อาจเกิดขึ้น จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันด้วยวิธีจับคู่ (matched pair) โดยใช้ลักษณะของตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษา และ คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมาเป็นเงื่อนไขหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการจับคู่ ได้แก่ ช่วงอายุ เพศ และชนิดของมะเร็ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผลที่เกิดขึ้นมาจากตัวแปรต้นเพียงอย่างเดียวเท่านั้น (อรพินทร์ ชูชม, 2552)

3.2.4 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งคำนวณ Power analysis โดยใช้โปรแกรม G*Power (พิศมัย ורתัย, 2556) อ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมาและมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยที่กำลังศึกษาโดยใช้ของมิชิโย แอนโด และคณะ (Ando, 2010) ที่ท การศึกษาในเรื่อง Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients โดยมีข้อมูลจากงานวิจัยคือคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม เท่ากับ $n_1 = 34$, $(X_1 \pm SD) = (25.5 \pm 4.9)$, $n_2 = 34$, $(X_2 \pm SD) = (13.8 \pm 7.5)$ มา
คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$\begin{aligned}
 \text{จาก} \quad d &= \frac{M_{\text{group1}} - M_{\text{group2}}}{SD_{\text{pooled}}} \\
 &= \frac{25.5 - 13.8}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)SD_1^2 + (n_2 - 1)SD_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}}} \\
 &= \frac{25.5 - 13.8}{\sqrt{\frac{(34 - 1)(4.9)(4.9) + (34 - 1)(7.5)(7.5)}{(34 + 34) - 2}}} \\
 &= \frac{11.7}{6.33} \\
 &= 1.848
 \end{aligned}$$

ดังนั้น $d = 1.848$

โดยที่

d คือ ขนาดอิทธิพล

M_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

M_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_{pooled} คือ ค่าความแปรปรวนร่วม

จากการคำนวณ ประเมินค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในงานวิจัยที่ผ่านมาได้
ค่าเท่ากับ 1.848 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในบริบทที่แตกต่างกับ
กับการศึกษานี้ ดังนั้นในการศึกษางานวิจัยกึ่งทดลองนี้ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาใช้ค่ากลางในการศึกษาโดย
กำหนดอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .80 และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อใช้
ในการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตาราง (Cohen, 1988) ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทางการทดลองของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น
ร่วมกับเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวให้เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ
20 (Polit & Beck, 2012) ดังนั้นจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 60 ราย กลุ่ม
ทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1) แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) ของประเทศ แคนาดา (Victoria Hospice Society, 2006) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ฉบับสวนดอก (Palliative performance scale for adult Suandok : PPS adult Suandok) (โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2551) ซึ่งเป็นการประเมินอาการเริ่มแรกของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในด้านความสามารถในการทากิจกรรม (functional status) ของผู้ป่วย และความต้องการการช่วยเหลือในการทากิจวัตรประจำวัน มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค 3) การทากิจวัตรประจำวัน 4) การรับประทานอาหาร และ 5) ระดับความรู้สึกตัว มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 และแต่ละระดับมีช่วงคะแนนต่างกัน ร้อยละ 10 วิธีการในการประเมินเริ่มต้นที่แถวด้านซ้าย คือ แถวด้านการเคลื่อนไหว (ambulation) โดยให้ดูจากข้างบนลง มาข้างล่าง (downwards) จนพบระดับของการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน จากนั้นให้ประเมินในแถวต่อไป จนครบทั้งหมด 5 แถว โดยแถวที่อยู่ด้านซ้าย จะเป็นแถวหลักที่กำหนดระดับในแถวต่อไป โดยไม่มีการประเมินปรับระดับคะแนนที่มากกว่าแถวแรกที่เป็นเกณฑ์ไว้ในครั้งแรก เมื่อประเมินครบทั้ง 5 แถวแล้ว ให้ดูในแนวราบ (reading horizontally) เพื่อตัดสินว่าคะแนนระดับของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (PPS) อยู่ในระดับร้อยละเท่าไรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น ๆ มากที่สุด (best fit) โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับ ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (PPS >70%) ผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS 40-70%) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (PPS < 40%)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการท วิจัยประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ในครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ/ตำแหน่งก่อนการเจ็บป่วย สิทธิการรักษา แบบบันทึกข้อมูลด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคที่เป็น ระยะของโรค โรคร่วม การรักษาที่ผ่านมา รวมถึง primary palliative และสิ่งที่คุณป่วยเป็นห่วงหรือยังกังวล อยู่ในใจรวมถึงความปรารถนาครั้งสุดท้ายที่ต้องการ

2) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) (บุษยมาศ ชิวสกุลยง และคณะ, 2556) ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เป็นผู้ประเมินอาการต่าง ๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมิน ประกอบไปด้วย 9 อาการ ได้แก่ 1) อาการปวด 2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 3) อาการคลื่นไส้ 4) อาการซึมเศร้า 5) อาการวิตกกังวล 6) อาการรบกวนรบกวน 7) อาการเบื่ออาหาร 8) ความสบายดีทั้งกายและใจ 9) อาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็น หมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด (Richardson LA, 2009 ; กิติพล นาควิโรจน์ และดาริน จตุรภัทรพร, 2556) นานี้แบบประเมินนี้มาเป็นแนวทางในการประเมินปัญหาเบื้องต้นเพื่อใช้ในการบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และช่วยจัดการอาการเหล่านั้นที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

3) แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) สร้างขึ้นโดยเนตรนภามณีนริศยากร ได้จากการทบทวนวรรณกรรมตามบริบทของประเทศไทย ซึ่งหัวข้อในแบบประเมินจะครอบคลุมการรับรู้การตายสงบทั้ง 5 มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านสถานที่เป็นข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ (เนตรนภามณีนริศยากร, 2559) และเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่ศึกษาผู้วิจัยจึงได้ปรับข้อคำถามในบางส่วนเพื่อให้สอดคล้อง โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

1 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยน้อยที่สุด
2 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยน้อย
3 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
4 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
5 คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบโดยรวม แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

4.21 – 5.00	คะแนน	หมายถึง การรับรู้การตายสงบอยู่ในระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20	คะแนน	หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับมาก
2.61 – 3.40	คะแนน	หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับปานกลาง
1.81 – 2.60	คะแนน	หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับน้อย
1.00 – 1.80	คะแนน	หมายถึง การรับรู้การตายสงบในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการด นินการทดลอง ประกอบด้วย

1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมนี้ขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์และมอร์ (Ruland & Moore, 1998) ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 5 องค์ประกอบตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ คือ

1.1) ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด ประกอบไปด้วย การประเมินอาการ การติดตามอาการปวดและการบรรเทาอาการปวดอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งประยุกต์วิธีจัดการอาการปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา มีการประเมินและประสานงานกับแพทย์เพื่อบรรเทาอาการ โดยช่วงที่อยู่โรงพยาบาลจะมีการประเมินอาการปวดทุก 4-8 ชั่วโมง ตามเวลาการวัดสัญญาณชีพ ยกเว้นเวลาที่ผู้ป่วยหลับ การประเมินอาการปวดและให้การจัดการตามหลักการให้ยาตามขั้นบันได 3 ขั้นของ WHO โดยกรณีที่มีอาการปวด ≤ 3 คะแนน จะให้การดูแลโดยเน้นการใช้การบรรเทาอาการโดยไม่ใช้ยาเป็นหลักโดยให้ผู้ป่วยเลือก 1-2 เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation), การทำสมาธิ (meditation), การใช้กลิ่นหอมบำบัด (Aromatherapy) ฯลฯ เป็นต้น ถ้ามีคะแนนการปวดอยู่ระหว่าง 4-6 คะแนน จะเริ่มจะใช้ยาระงับความปวดชนิดเสพติดน้อย (weak opioid drugs) ได้แก่ codeine และ Tramadol ร่วมกับการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา 1-2 กิจกรรมตามที่ผู้ป่วยพึงพอใจ ถ้าคะแนนปวดอยู่ในระดับ ≥ 7 จะเริ่มใช้ยาระงับปวดชนิดรุนแรง (opioids drug) ได้แก่ Fentanyl, morphine หรือ methadone ซึ่งในแต่ละรายยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวดจะแตกต่างกันเพื่อบรรเทาอาการปวดให้ลดลงหรือควบคุมความปวดได้ก่อน แล้วจึงจะคงไว้ซึ่งแผนการรักษาเดิม โดยมีการติดต่อประสานงานกับแพทย์เพื่อช่วยในการปรับยาเพื่อบรรเทาอาการปวด

1.2) ด้านประสบการณ์การสุขสบาย ประกอบไปด้วย การประเมินอาการ การป้องกันติดตามและบรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกาย จัดให้มีความผ่อนคลายสุขสบายและมีความสุขรวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะที่อยู่โรงพยาบาล อาการไม่สุขสบายที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดขณะที่อยู่โรงพยาบาล อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเหนื่อยหอบ อาการอ่อนล้า เป็นต้น โดยอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ก็จะมีการปรับกิจกรรมตามระดับคะแนนที่ประเมินได้ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีกิจกรรมการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ้าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน ≤ 3 คะแนน) จะให้การดูแลบรรเทาอาการแบบไม่ใช้ยาเป็นหลัก ได้แก่ การเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบเพื่อบรรเทาอาการ เช่น การฟังดนตรีบรรเลง, การให้ดื่มน้ำจืด รวมถึงการแนะนำการรับประทานอาหารเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ถ้าระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเท่ากับ 4-6 คะแนน) จะดูแลประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนเพิ่มเติม ร่วมกับการจัดกิจกรรมแบบไม่ใช้ยาร่วมด้วย และหากมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (คะแนนปวดอยู่ในระดับ ≥ 7) จะมีติดต่อประสานงานกับแพทย์เพื่อจัดการอาการคลื่นไส้

อาเซียนโดยการใช้จ่ายเป็นหลักเพื่อบรรเทาอาการให้คงที่หรือลดลงก่อนจึงค่อยเริ่มปรับกิจกรรมการบรรเทาอาการแบบไม่ใช้จ่ายเข้าร่วมด้วย หรือ อาการไม่สุขสบายด้านการเหนื่อยหอบ ถ้าหากประเมินแล้วพบว่าระดับคะแนนอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน ≤ 3 คะแนน) จะให้การดูแลโดยการแนะนำให้มีการพักผ่อน การจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อเพิ่มความจุของปอด และให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเท่ากับ 4-6 คะแนน) ดูแลจัดกิจกรรมจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเพิ่มความจุปอด รวมทั้งเพิ่มการเปิดพัดลมไปที่หน้าของผู้ป่วย เพื่อให้ลมไปกระตุ้นตัวรับบนใบหน้าให้ผู้ป่วยมีการหายใจที่สะดวกเพิ่มขึ้น และหากมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในระดับ ≥ 7) ดูแลโดยการติดต่อประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ยาลดอาการเหนื่อยหอบเพื่อลดการใช้ออกซิเจน รวมถึงการให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งอาการไม่สุขสบายแต่ละอาการจะมีการประเมินระดับเพื่อให้งิจกรรมที่แตกต่างและเหมาะสมในแต่ละบุคคล

1.3) ด้านการมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรี ประกอบด้วย เริ่มตั้งแต่การใช้สรรพนามในการเรียกชื่อผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ตัดสินใจเองในการเลือกใช้คำพูด รวมทั้งให้ผู้ป่วยและญาติที่มีความสำคัญและใกล้ชิดผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา มีสิทธิที่จะเลือกทำกิจกรรมอะไรก่อนหลังตาม que ผู้ป่วยต้องการ ดูแลผู้ป่วยอย่างเห็นอกเห็นใจให้ความเคารพความเป็นมนุษย์และการมีศักดิ์ศรีแม้เมื่อมีการเจ็บป่วย ได้แสดงเจตนาารมณ์ที่ต้องการตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งให้ความสนใจ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย

1.4) ด้านการอยู่ในความสงบ ประกอบด้วย ผู้วิจัยทำการประเมินผู้ป่วยเพื่อศึกษาว่าการที่จะทำให้ผู้ป่วยนั้นเกิดความสงบต้องจัดกิจกรรม หรือทาวีธีใดจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยนั้นเกิดความสงบในชีวิตขึ้นได้ เช่น การสวดมนต์, การทำ body scan หรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยปรารถนาเมื่อทำแล้วสามารถทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความสงบลงได้ ซึ่งผู้ป่วยในแต่ละรายจะมีวิธีการจัดการที่ต่างกันไป อีกทั้งผู้วิจัยต้องสร้างความไว้วางใจ ให้การดูแลลดความวิตกกังวลทั้งการใช้จ่ายและไม่ใช้จ่าย ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยและญาติต้องการ หากในกรณี que ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายมาก หรือมีอาการสับสน จะต้องดูแลติดต่อประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ยาบรรเทาอาการดังกล่าวก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมอื่นที่ไม่ใช้จ่ายได้

1.5) ด้านมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน ประกอบด้วย ดูแลส่งเสริมให้ญาติหรือบุคคลที่รักและผูกพันของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้อยู่ใกล้ชิดกัน พูดคุยและช่วยค้นหาถึงความต้องการและสิ่งที่ปรารถนาในครั้งสุดท้ายของชีวิต พร้อมทั้งให้ญาติหรือบุคคลที่ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยจัดการในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือ

ปรารถนาให้สำเร็จ สอบถามและประเมินถึงบุคคล สิ่งของ หรือสัตว์เลี้ยงที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เพื่อช่วยจัดการให้ผู้ป่วยได้อยู่กับสิ่ง หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในช่วงระยะท้ายของชีวิต

2) คู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เป็นคู่มือที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลตามองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพกับผู้ป่วยมากที่สุดในการดูแล และสามารถนำไปใช้ในการดูแลต่อเนื่องได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยผลลัพธ์สุดท้ายเพื่อให้เกิดความสุขสบายและเกิดการตายอย่างสงบ (peaceful death)

3) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับโปรแกรมให้มีการดำเนินงานกิจกรรมไปตามทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบ และสามารถประเมินการดูแลควบคู่ไปกับการลงโปรแกรม ซึ่งแบ่งตามการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

3.1) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient : PEOLCS-P) ซึ่งเป็นแบบประเมินของพัชรีรัตน์ อ้นสีแก้ว (2560) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด จำนวน 6 ข้อ ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบายจำนวน 7 ข้อ ด้านการมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรีจำนวน 7 ข้อ ด้านการอยู่ในความสงบ 6 ข้อ และด้านมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน จำนวน 6 ข้อ รวมทั้งสิ้นมีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่ตรงกับความจริงของผู้ป่วย โดยกำหนดความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 81-100%
มาก	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 61-80%
ปานกลาง	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 41-60%
น้อย	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 21-40%
น้อยที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 0- 20%

นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งเป็นปัญหาอื่น ๆ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยอยากบอกกับทีมสุขภาพซึ่งคำตอบของข้อนี้ไม่น่ามาคิดคะแนนโดยรวม แต่นำมาใช้เป็นแนวทางในการวัดโปรแกรมการดูแล

3.2) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Care giver : PEOLCS-C) ซึ่งเป็นแบบประเมินของพัชรีรัตน์ อ้นสีแก้ว (2560) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวดจำนวน 6 ข้อ ด้านการมีประสบการณ์ของความสุขสบายจำนวน 7 ข้อ ด้านการมีประสบการณ์การมีศักดิ์ศรีจำนวน 7 ข้อ ด้านการอยู่ในความสงบ 6 ข้อ และด้านมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่

รักและผูกพันจำนวน 6 ข้อ รวมทั้งสิ้นมีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ที่ตรงกับความจริงของผู้ดูแล โดยกำหนดความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 80-100%

มาก หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 60-80%

ปานกลาง หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 40-60%

น้อย หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 20-40%

น้อยที่สุด หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 0-20%

นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งเป็นปัญหาอื่น ๆ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยอยากบอกกับทีมสุขภาพซึ่งคำตอบนี้ไม่ได้นำมาคิดคะแนนโดยรวม แต่นำไปใช้ประกอบในการออกแบบการดูแล

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 การตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวัด การวินิจฉัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ และคู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่

1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน

2) พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 2 ท่าน

3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ทางด้านผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมี

บำบัด ยา และ การดูแลแบบประคับประคอง 2 ท่าน

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ความถูกต้อง ความชัดเจนของเนื้อหา ครอบคลุมตามและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และตรงตามกรอบทฤษฎีที่ใช้ รวมทั้งภาษาและรูปแบบการเขียน ภายหลังจากตรวจสอบได้นำมาปรับแก้เนื้อหาให้เหมาะสมและชัดเจนยิ่งขึ้น หลังจากนั้นนำโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบไปทดลองใช้ใน

ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการลงกิจกรรมตามโปรแกรมและระยะเวลาที่กำหนดไว้ พบว่า แผนการดำเนินงานกิจกรรมของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เท่ากับ 0.81 และคู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเท่ากับ 1

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยใน จำนวน 5 ราย โดยทดสอบความเข้าใจในภาษา เนื้อหา และความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

3.4.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย และแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ดูแล ที่ผ่านการตรวจสอบและปรับแก้เครื่องมือเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา - ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.96, 0.95 และ 0.96 ตามลำดับ เมื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 60 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97, 0.98 และ 0.97ตามลำดับ

3.5 การดำเนินการศึกษาและทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2562 ดังนี้

3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการนำทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาใช้ในการออกแบบโปรแกรม และได้ติดต่อประสานงานกับแพทย์เพื่อการส่งยาบรรเทาอาการปวดในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดต้องได้รับยา

2) ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตเข้าพบเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วย (เข้าพบประมาณ 30 - 60 นาทีก่อนที่จะลงโปรแกรม) เพื่อให้ข้อมูลในการดำเนินงานวิจัย ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายถึงวิธีการลงโปรแกรมอย่างละเอียดทุกครั้งตอน เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถดูแล และติดตามกลุ่มตัวอย่างได้ต่อเนื่องในกระบวนการของการประเมิน หรือการติดตามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้วิจัยไม่อยู่ หรือในเวรปฏิบัติการณ์อื่นๆ เช่น การบันทึกอาการปวดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร จัดการบรรเทาอาการปวด การรับประทานยาทั้ง background pain และ breakthrough pain พร้อมทั้งการประเมินผล อาการไม่สบายต่าง เช่น คลื่นไส้ - อาเจียน อาการเหนื่อยหอบ ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงความจริงและครบถ้วน สามารถนำมาแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยได้เหมาะสมเฉพาะรายบุคคล และช่วยให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างนั้นต่อเนื่องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และหากมีปัญหาในการดูแลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หรือจดบันทึกปัญหาไว้เพื่อให้ผู้วิจัยรับทราบและแก้ไขในภายหลัง

3) เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คนซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบประคับประคอง หรือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามและทาแบบประเมิน พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดในการลงโปรแกรมเพื่อลดความล อียงในการประเมินจากการให้กิจกรรม ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ชี้แจงถึงวิธีการจัดโปรแกรมและการใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งฝึกการใช้เครื่องมือในการประเมิน โดยที่ขณะทาการเก็บข้อมูลผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทาแบบประเมินอยู่ในกลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง

3.5.2 ขั้นตอนิเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมทั้งโครงงานวิจัย ตัวอย่างเครื่องมือ ผ่านคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตามกระบวนการเรียบร้อยแล้ว กิด ขั้นตอนการต่อถึงผู้นอ นวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธิต ขั้นตอนการและการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากแหล่งเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ สภากาชาดไทย หลังจากได้รับการอนุมัติผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ สภากาชาดไทยกิด ขั้นตอนการทา การศึกษาได้ โดยการติดต่อเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย

เพื่อแนะนำตัว นัดหมายวัน เวลาที่จะเข้าหาการศึกษาและเก็บข้อมูลในการทาวิจัย ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 - เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยเป็นคนจัดลงโปรแกรมเพียงคนเดียว แต่มีผู้ช่วยวิจัยในการติดต่อประสานงานและช่วยในการเก็บข้อมูลจากแบบประเมินให้เรียบร้อยครบถ้วน โดยผู้วิจัยจะอธิบายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับทราบถึงหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์วิธีการดำเนินงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด รวมถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ตอบรับ หรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆทั้งสิ้น

3.5.2.1) กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ พุดคุยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การเข้าร่วมในงานวิจัย ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างนี้จะได้รับการดูแลจากพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยตามวิธีการตามปกติในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ

1) ตั้งแต่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัด หรือ ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษานั้นจะได้รับการประเมินอาการ และสภาพทางคลินิกก่อนเข้านอนโรงพยาบาลทุกครั้งโดยการประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

2) ผู้ป่วยได้พบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ข้อมูลและให้การรักษาตามแผนการรักษาที่วางไว้

3) ผู้ป่วยได้รับค ณะน ในการปฏิบัติตนเหมือนนอนรักษาอยู่โรงพยาบาล และหากมีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลรับทราบทันที

4) ดูแลวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการปวด และอาการไม่สุขสบายต่างๆจากการได้รับยาเคมีบำบัดและบรรเทาอาการ โดยเตรียมช ักไอ้ไวรัส หรือบ้วนปากในผู้ป่วยทุกรายเพื่อป้องกันการเกิดแผลในช่องปาก

5) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก หรือมีอาการปวดไม่สามารถควบคุมได้ จะท การปรึกษาแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยขณะนั้นเพื่อให้ยาบรรเทาอาการตามความเหมาะสม

6) ในหอผู้ป่วยนี้ไม่สามารถให้ญาติเข้าเยี่ยมหรือเฝ้าได้ตลอดเวลา แต่สามารถเข้าเยี่ยมได้ในเวลา 10.00 – 20.00 น. และสามารถเข้าเยี่ยมได้หากมีเหตุฉุกเฉินแก่ผู้ป่วย

7) เมื่อผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด หรือยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษานั้นจะปฏิบัติตามแผนการรักษาที่วางไว้ แพทย์ก็จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ และท การนัดหมายครั้งหน้าเพื่อมารับยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องอีกครั้งใน 2 หรือ 4 อาทิตย์ถัดไป

8) หากเมื่อกลับบ้านผู้ป่วยมีข้อสงสัย หรือมีความผิดปกติก็สามารถโทรศัพท์มาสอบถามกับพยาบาลได้ตลอดเวลา โดยพยาบาลจะแนะนำการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดพร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ และแจ้งเบอร์โทรศัพท์แก่ผู้ป่วยก่อนจ หน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจนครบ 30 ราย โดยมีการประเมินการรับรู้การตายดีในครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 8 (1 เดือน) พร้อมทั้งมอบของที่ระลึกและสมุดคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งบอกช่องทางในการติดต่อหากต้องการความช่วยเหลือ หลังจากดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมจนครบ 30 ราย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองต่อ จ านวม 30 ราย

3.5.2.2 กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้โดยกลุ่มทดลองมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม ตามคุณลักษณะที่จับคู่ (matching) ไว้คือ เพศ ช่วงอายุ และ ชนิดของโรคมะเร็ง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วก็พูดคุยแนะนำ ทวี ซีแจ้งวัตถุประสงค์การเข้าร่วมในงานวิจัย ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายที่สงบ ดังรายละเอียดขั้นตอนในการด ทินการวิจัย ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1) ใช้เวลา 45-60 นาที

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วย
- 2) สร้างสัมพันธภาพ ดูแลพูดคุยโดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยระยะท้ายมาใช้ในการดูแล เพื่อพัฒนาให้เกิดเป็นความไว้วางใจหรือความศรัทธาให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลใกล้ชิด
- 3) ผู้วิจัยประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) และจดบันทึกอย่างชัดเจนก่อนการเริ่มกิจกรรม
- 4) ผู้ช่วยวิจัยทาแบบประเมินการรับรู้การตายอย่างสงบ และประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient : PEOLCS-P)
- 5) ประเมินผู้ดูแลที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Care giver : PEOLCS-C)

- 6) สร้างความผ่อนคลายโดยใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (body scan)
- 7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใกล้ชิดระบายและพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย และการวางแผนการจัดการในระยะท้ายของชีวิต
- 8) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและนัดหมายในการพบครั้งต่อไป
- 9) ภายหลังทาแบบประเมินการรับรู้การตายอย่างสงบ และประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient : PEOLCS-P) แล้ว นำผลที่ได้มาคัดกรองเบื้องต้น เพื่อจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เฉพาะกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ หรือพร้อมไปมากที่สุด โดยหากผู้ป่วยรายใดมีการรับรู้การตายอย่างสงบที่อยู่ในระดับมาก หรือมากที่สุดแล้วนั้นก็ยังคงกิจกรรมตามโปรแกรมที่ตั้งไว้ แต่หากผู้ป่วยรายใดมีการรับรู้การตายสงบที่อยู่ในระดับที่ปานกลาง น้อย หรือน้อยที่สุด ก็จะดูรายด้านของแบบประเมินการดูแลระยะท้ายว่ามีส่วนใดที่พร้อมไปหรือผู้ป่วยขาดไปมากที่สุดเพื่อจัดการวางแผนและปรับกิจกรรมเพื่อแก้ไข ณ ส่วนที่พร้อมไปให้มากที่สุดก่อนที่จะลงกิจกรรมตามโปรแกรม

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ 1 วันที่ 2) ใช้เวลา 30-45 นาที

- 1) ผู้วิจัยอธิบายถึงแนวทางการดูแลตามโปรแกรมและให้การดูแลและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามหลักทฤษฎีการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ประกอบไปด้วย
 - 1.1) ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด
 - สอบถามประเมินอาการเจ็บปวด และสอบถามวิธีการจัดการเพื่อลดอาการปวดตามประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย
 - ดูแลวางแผนการบรรเทาอาการปวดให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายโดยคงไว้ซึ่งการรักษาอาการปวดด้วยยาที่สามารถควบคุมอาการได้แต่หากไม่สามารถควบคุมได้ก็ติดต่อประสานงานกับแพทย์เพื่อดูแลและปรับยาเพื่อบรรเทาอาการ ร่วมกับใช้วิธีทางเลือกเพื่อจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด การใช้กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมการเบี่ยงเบนความสนใจตามที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เป็นต้น
 - ติดตามประเมินและบันทึกอาการปวดเป็นระยะ เพื่อช่วยเป็นข้อมูลให้แพทย์สามารถบริหารยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้
 - หากผู้ป่วยรายใดที่ไม่มีอาการปวด หรือคะแนนปวดเท่ากับ 0 คะแนน ก็สามารถผ่านกิจกรรมนี้ และไปเริ่มกิจกรรมที่ผู้ป่วยรายนั้นมีปัญหา
 - 1.2) การดูแลให้มีประสบการณ์ของความสงบสบาย

- ประเมินอาการไม่สุขสบายต่างๆทางด้านร่างกายจากการได้รับยาเคมีบำบัด และความไม่สุขสบายจากสิ่งผู้ป่วยเป็นผู้บอกแก่ผู้วิจัย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อาการอ่อนล้า อาการเยื่อช่องปากอักเสบ อาการชาปลายมือปลายเท้า อาการนอนไม่หลับ น้ำลายเหนียว ท้องผูก เป็นต้น

- จัดการและบรรเทาอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความสุขสบาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

- ดูแลจัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายและจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย สงบ เพื่อให้มีการพักผ่อนที่เพียงพอ

1.3) ด้านการดูแลให้มีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีหรือแผนการรักษาด้วยตนเอง ร่วมกับการติดต่อประสานงานกับแพทย์เพื่อพูดคุยและให้ข้อมูลที่เหมาะสมโดยได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลอย่างครอบคลุมและครบถ้วนเป็นประโยชน์ในการเลือกและตัดสินใจในการวางแผนการรักษาโดยมีครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดมาเป็นส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา รวมถึงให้ตัดสินใจในการท ำกิจกรรมต่างๆ

- ดูแลพูดคุยอย่างให้เกียรติและให้ความสนใจต่อความต้องการ โดยซักถามเกี่ยวกับความปรารถนา ค้นหาความต้องการครั้งสุดท้าย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยต้องการ

- ดูแลจัดการพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสอบถามถึงสิ่งที่ค้างค้ำใจและความปรารถนาในวาระสุดท้ายและแนะนำการเขียนสมุดเบาใจ โดยให้ครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิดมีส่วนช่วยในการจัดการและท ำตามสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

1.4) ด้านการดูแลอยู่ในความสงบ

- ดูแลพูดคุยและสร้างความไว้วางใจให้ผู้ป่วยและญาติ (Cornelia M. Ruland and Shirley M. Moore, 1998; วราภรณ์ คงสุวรรณ, 2558) เพื่อให้พยาบาลรู้จักผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งจะพัฒนาทำให้เกิดเป็นความไว้วางใจหรือความศรัทธาให้เกิดขึ้นเพื่อที่จะสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง (Mok & Chiu, 2004) ร่วมกับประยุกต์ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยระยะท้ายมาใช้ในการดูแล โดยใช้หลักการเบื้องต้น 3 ประการ คือ ทักษะการใส่ใจ ทักษะการตั้งใจฟัง และทักษะความเข้าใจและความเห็นใจ เพื่อสร้างความไว้วางใจและให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆตามที่ผู้ป่วยต้องการหรือร้องขอ

- ให้การดูแลประเมินเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยที่แสดงออกทั้ง ภาวะเศร้าใจ วิตกกังวล หดหู่ เป็นต้น เพื่อจัดการด้านอารมณ์เหล่านั้นแก่ผู้ป่วยโดยการ จัดสภาพแวดล้อมให้สงบร่วมกับญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิด

- จัดการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยด้วยการใช้ยาตามแผนการ รักษาของแพทย์และการจัดการลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา อาทิ การใช้กิจกรรมทางศาสนาตาม ความเชื่อของผู้ป่วย เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น

- ดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้ท ามความเชื่อ ความศรัทธาและได้ท ามสิ่งที่ตนเองปรารถนา

1.5) ด้านการดูแลให้มีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและเตรียมบุคคลที่รัก และผูกพันเมื่อใกล้เสียชีวิต

- เปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือญาติที่ใกล้ชิดได้อยู่กับผู้ป่วยและให้ ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกบุคคลที่ต้องการให้อยู่ด้วยในระยะท้ายของชีวิต

- เปิดโอกาสให้ญาติหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วย เช่น การอยู่เคียงข้างให้กำลังใจ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือในการบรรเทาอาการไม่ สุขสบายต่างๆ

- ส่งเสริมให้ญาติ หรือบุคคลที่มีความส าคัญับผู้ป่วยสามารถเข้ามา เยี่ยมได้อย่างสม่ำเสมอ และประสานงานกับทางหอผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ญาติหรือบุคคลที่สาคัญ ของผู้ป่วยสามารถเข้ามาเยี่ยมได้ตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

2) หากภายหลังการประเมินผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ผู้วิจัยจะผ่านกิจกรรมใน การดูแลในส่วนที่บรรเทาอาการปวดนั้นไป แต่หากเมื่อประเมินแล้วผู้ป่วยมีอาการปวด ก็จะคง กิจกรรมในการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดรวมทั้งวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งกิจกรรมที่บรรเทา อาการปวดแบบไม่ใช้ยานั้นจะให้ผู้ป่วยเป็นคนเลือกกิจกรรมเองประมาณ 1-2 กิจกรรมควบคู่ไปกับการดูแลแบบใช้ยา

3) กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย จะเลือกจาก อาการหรือปัญหาที่ผู้ป่วยเลือกเองเป็นอันดับแรก โดยจัดการอาการ 1-2 อาการต่อครั้ง เพื่อให้เกิด ผลลัพธ์มากที่สุดกับผู้ป่วย

4) ประเมินผลภายหลังการดูแลผู้ป่วยโดยญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และท าม การนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ 2 วันที่ 1) ใช้เวลา 20-30 นาที ติดตามเยี่ยมทาง โทรศัพท

1) สอบถามปัญหาตามแนวทางการปฏิบัติในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งสอบถามความต้องการและความช่วยเหลือเพิ่มเติมให้แก่ผู้ป่วย

2) พุดคุยและช่วยในการค้นหาความร่วมมือส่วนช่วยในการจัดการสิ่งที่ค้างค้ำ

3) ดูแลพุดคุยให้กำลังใจในกรเข้าร่วมโปรแกรมและการดูแลให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิด

4) ท าการนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 1) ใช้เวลา 45-60 นาที

1) ผู้วิจัยประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) และจัดบันทึกอย่างชัดเจน ครั้งที่ 2

2) ทบทวนและติดตามเยี่ยมผลของการดูแลตามแนวทางครั้งที่ 2

3) ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดประเมินผลการรับรู้การตายอย่างสงบและประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P) และประเมินผู้ดูแลที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Care giver: PEOLCS-C)

4) ประเมินผลพร้อมทั้งสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรม

5) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลรับทราบถึงการยุติโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

6) ภายหลังกยุติโปรแกรมแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและแจ้งช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล หรือบุคคลใกล้ชิด และเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะหลังจากจบโปรแกรมแล้ว 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะติดตามให้การดูแลตามโปรแกรมและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดตามที่ต้องการและในประเด็นหรือปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที ผู้วิจัยจะจัดบันทึกถึงสิ่งที่ปัญหาต้องมีการติดตามและสิ่งที่ได้ดูแลแก้ไขต่ออย่างละเอียดเพื่อการประเมินผลต่อไป

7) ในระหว่างการดูแลติดตามต่อเนื่องหลังยุติโปรแกรม หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามรอบการรักษาจะดการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ แต่จะมาประเมินผู้ป่วยและเยี่ยมผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที

ระยะติดตามผล 1 เดือน ใช้เวลา 30 นาที

- 1) ผู้วิจัยประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) และจัดบันทึกอย่างชัดเจน ครั้งที่ 3
- 2) ผู้ช่วยวิจัยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดท ระบบประเมินการรับรู้การตายอย่างสงบ และประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient : PEOLCS - P) และประเมินผู้ดูแลที่ใกล้ชิดหรือบุคคลที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Care giver : PEOLCS - C) เมื่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใกล้ชิด หรือบุคคลใกล้ชิดมาตามการนัดหมายของแพทย์ที่เพื่อมารับยาเคมีบำบัด
- 3) กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและแจ้งช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเมื่อต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม พร้อมทั้งมอบของที่ระลึกและสมุดคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ

3.5.3 ชั้นสรุปผล

- 3.5.3.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบประเมิน
- 3.5.3.2 ผู้วิจัยนำ ข้อมูลจากแบบประเมินที่ได้ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3.6.1 ด้านผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างภายหลังผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และผ่านจริยธรรมตามขั้นตอนของแหล่งเก็บข้อมูล และได้รับเอกสารรับรองทางจริยธรรมในการทาวิจัย ให้สามารถเก็บข้อมูลได้ โดยผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice: ICH-GCP) หลังจากนั้น ดเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการด ทนินงานวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสในการซักถามทำความเข้าใจก่อนการเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธเพื่อที่จะทำการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการดูแลของแพทย์และ

พยาบาลแต่อย่างใด และข้อมูลที่ได้รับมาจะเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลจากการวิจัยเป็นเพียงภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล รายละเอียดส่วนบุคคลต่าง ๆ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดเอกสารในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีในการเข้าร่วมงานวิจัย ขอให้ยืนยันโดยการลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ติดต่อประสานงานกับแพทย์ล่วงหน้าในการขอความช่วยเหลือหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยมีอาการทรุดหนักลง หรือมีเหตุต้องได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลจากแพทย์อย่างเร่งด่วน เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที และการเตรียมศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยเพื่อให้ข้อมูลที่ตรงกันกับแพทย์ที่รักษา ไม่ให้เกิดการเข้าใจผิด หรือการให้ข้อมูลที่ต่างกัน

3.6.2 ด้านญาติผู้ดูแล หรือบุคคลใกล้ชิด

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างซึ่งได้แก่ญาติผู้ดูแล หรือบุคคลใกล้ชิด โดยเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการและเลือกเอง โดยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสในการซักถามทำความเข้าใจก่อนการเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธเพื่อที่จะทำการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการดูแลของแพทย์และพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยแต่อย่างใด และข้อมูลที่ได้รับมาจะเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลจากการวิจัยเป็นเพียงภาพรวมเท่านั้น โดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล รายละเอียดส่วนบุคคลต่าง ๆ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดเอกสารในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีในการเข้าร่วมงานวิจัย ขอให้ยืนยันโดยการลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดทั้งก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล สร้างคู่มือลงรหัส และลงรหัสข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ส ซรีจรูปทางสถิติ ก หนดระดับนัยส ศัญที่ .05 มาวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านการเจ็บป่วย โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคสแควร์ เพื่อทดสอบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายอย่างสงบ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดและได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบภายในกลุ่มทดลองโดยวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนด้วย สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA)

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อน โดยข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) มีดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาต้องเป็นอิสระต่อกัน
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normality distribution)
- 3) ระดับความสัมพันธ์ของการวัดแต่ละครั้งมีขนาดเท่ากัน ความแปรปรวนของตัวแปรตามในการวัดไม่แตกต่างกัน (compound symmetry)

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) โดยการทดสอบด้วยสถิติ Mauchly's test of Sphericity พบว่า ตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ คือ แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ มีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ (Normality distribution) แต่ค่า Mauchly's test of sphericity significant ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงรายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser แทน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็งก่อนทรมานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย 6 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้น แล้วจึงเริ่มดำเนินการสำหรับกลุ่มทดลอง และในระยะติดตามผล มีอาสาสมัครวิจัยในกลุ่มทดลองเสียชีวิต 1 ราย เหลือเพียง 29 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติหรือคนใกล้ชิด ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคสแควร์, fisher's exact และ likelihood ratio

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายอย่างสงบ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดและได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบภายในกลุ่มทดลองโดยวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนด้วยสถิติ One-way repeated measure ANOVA

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด บั้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ One-way repeated measure ANOVA

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ท ทารทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้

1) ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) คือ

1.1) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาต้องเป็นอิสระต่อกัน

1.2) ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ (Normality distribution)

1.3) ระดับความสัมพันธ์ของการวัดแต่ละครั้งมีขนาดเท่ากัน และความแปรปรวนของ

ตัวแปรในการวัดไม่แตกต่างกัน (compound symmetry)

ส่วนการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) โดยการทดสอบด้วยสถิติ Mauchly's test of Sphericity พบว่า ตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ าคือ การรับรู้การตายสงบ ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (Normality) ซึ่งพบว่าข้อมูลมีคุณลักษณะเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ One-way repeated measure ANOVA

วิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ด้วยการเปรียบเทียบพหุ (Multiple Comparison) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างคู่ด้วยวิธี Bonferroni ซึ่งใช้ในกรณีที่ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากันหรือไม่เท่ากันและสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างคู่ที่ทดสอบมีค่าเป็นเลขจำนวนเต็ม (Pairwise) เป็นวิธีที่ทาให้ความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (Type I Error) ลดลง

4.1 ผลการวิจัย

ผลของการวิจัยได้นำเสนอข้อมูลและผลของการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ส่วนตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและด้านการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้การตายสงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบการรับรู้การตายสงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ตึกอายุรกรรมมะเร็งก้อนทุม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย โดยมีการจับคู่ทางด้าน เพศ อายุ และชนิดของโรคมะเร็ง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง คือเพศชาย ช่วงอายุอยู่ในช่วง 51 – 60 ปี และโรคที่พบคือ มะเร็งลำไส้และไส้ตรง ร้อยละ 56.7 ดังตารางที่ 4.1, 4.2 เมื่อแจกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยตามกลุ่มได้ดังนี้

กลุ่มควบคุม อายุอยู่ในช่วง 51 – 60 ปี อายุเฉลี่ย 58.93 ปี (SD = 8.765) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีธยมศึกษา (ร้อยละ 23.3) สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.7) ประกอบอาชีพรับจ้าง และข้าราชการ (ร้อยละ 26.7) รายได้อยู่ในช่วง 10001 – 29999 บาท ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ใช้สิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 60) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ สามี-ภรรยา (ร้อยละ 60) และ ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 90) ด้านการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมะเร็งลำไส้และไส้ตรง (ร้อยละ 56.7) ระยะของโรคส่วนใหญ่ระยะที่ 5 (ร้อยละ 53.3) ระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ที่ 1 – 5 ปี (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่ผ่านการรักษาด้วยการผ่าตัด และการให้ยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 30)

กลุ่มทดลอง อายุอยู่ในช่วง 61 – 70 ปี อายุเฉลี่ย 59.93 ปี (SD = 11.070) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40) สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 80) ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานบริษัท/ค้าขาย (ร้อยละ 23.3) รายได้น้อยกว่า 10000 บาท เพียงพอค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 43.3) ผู้ดูแลคือ สามี-ภรรยา

(ร้อยละ 56.71) และครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ร้อยละ 90) ด้านการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งลำไส้และไส้ตรง (ร้อยละ 56.7) ระยะของโรคคือ ระยะที่ 4 (ร้อยละ 86.7) ระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 36.7) และผ่านการรักษาด้วยการผ่าตัดและการให้ยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 39.3)

เมื่อนามาทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและด้านการเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของตัวแปร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ข้อมูลด้าน เพศ ช่วงอายุ และชนิดของโรคมะเร็งที่มีการจับคู่ของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลด้านความพอเพียงของรายได้ต่อค่าใช้จ่าย ระยะของโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย ที่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4.1 และ 4.2

ตารางที่ 4.1

จ นวน ร้อยละของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Statistic	
	จ นวน	ร้อยละ	จ นวน	ร้อยละ	values	p-value
เพศ					.267 ^a	.606
ชาย	16	53.3	16	53.3		
หญิง	14	46.7	14	46.7		

31 - 40 ปี	1	3.3	1	3.3		
41 - 50 ปี	5	16.7	4	13.3		
51 - 60 ปี	9	30.0	13	43.3		
61 - 70 ปี	10	33.3	9	30.0		
71 - 80 ปี	5	16.7	3	10.0		
ศาสนา					2.069 ^a	.355
พุทธ	28	93.3	30	100.0		
อิสลาม	1	3.3	-	-		
คริสต์	1	3.3	-	-		
ระดับการศึกษา					4.701 ^c	.453
ไม่ได้ศึกษา	2	6.7	4	13.3		
ประถมศึกษา	12	40.0	7	23.3		
มัธยมศึกษา	8	26.7	7	23.3		
อนุปริญญา	3	10.0	5	16.7		
ปริญญาตรี	5	16.7	6	20.0		
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	1	3.4		
สถานภาพสมรส					4.608 ^c	.203
โสด	2	6.7	5	16.7		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	24	80.0	20	66.7		

หมายเหตุ a= Pearson Chi-Square, b= Continuity Correction, c= Likelihood ratio

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		Statistic	
	จ	นวน	จ	นวน	values	p-value
สถานภาพสมรส						
หม้าย	4	13.3	3	10.0		
หย่า	-	-	2	6.7		
อาชีพ/ตำแหน่งก่อน การเจ็บป่วย					4.323 ^c	.504

ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	10.0	5	16.7		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	23.3	8	26.7		
พนักงานบริษัท	7	23.3	2	6.7		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	23.3	8	26.7		
อื่น ๆ	2	6.7	1	3.3		
รายได้ในครอบครัวต่อเดือน (บาท)					2.291 ^c	.682
ไม่มีรายได้	2	6.7	1	3.3		
น้อยกว่า 10,000	17	56.7	3	10.0		
รายได้ในครอบครัวต่อเดือน (บาท)					2.291 ^c	.682
10,001 – 29,999	5	16.7	13	43.3		
30,000 – 49,999	6	20.0	6	20.0		
มากกว่า 50,000	2	6.7	7	23.3		
รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย					8.403 ^b	0.004
เพียงพอ	24	80.0	12	40.0		
ไม่เพียงพอ	6	20.0	18	60.0		
สิทธิการรักษา					3.864 ^c	.276
30 บาท	13	43.3	18	60.0		
ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		Statistic	
	จ นวน	ร้อยละ	จ นวน	ร้อยละ	values	p-value
สิทธิการรักษา						
เบิกจ่ายตรง/เงินเชื่อ	8	26.7	8	26.7		
ประกันสังคม	4	13.3	3	10.0		
เงินสด	5	16.7	1	3.3		

ความสัมพันธ์ของ ผู้ดูแล					4.049 ^c	.542
สามี - ภรรยา	17	56.7	18	60.0		
บุตร	7	23.3	7	23.3		
พี่ - น้อง	3	10.0	2	6.7		
เพื่อนสนิท	3	10.0	1	3.3		
ญาติ	17	56.7	2	6.7		
แหล่งสนับสนุนทาง สังคม					3.819 ^c	.282
ครอบครัว	27	90.0	27	90.0		
พี่ - น้อง	3	10.0	1	3.3		
เพื่อน	-	-	2	6.7		

หมายเหตุ a= Pearson Chi-Square, b= Continuity Correction, c= Likelihood ratio

ตารางที่ 4.2

จำนวนร้อยละด้านการเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N= 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		Statistic	
	จ นวน	ร้อยละ	values	ร้อยละ	values	p-value
ชนิดของโรค					.000 ^c	1.000

มะเร็งล ำไส้และไส้ตรง	17	56.7	17	56.7		
มะเร็งกระเพาะอาหาร	2	6.7	2	6.7		
มะเร็งหลังโพรงจมูก	3	10.0	3	10.0		
มะเร็งถุงน้ำดีท่อน้ำดี	1	3.3	1	3.3		
มะเร็งปอด	1	3.3	1	3.3		
มะเร็งโคนลิ้น	2	6.7	2	6.7		
มะเร็งตับ	3	10.0	3	10.0		
มะเร็งรูกทวารหนัก	1	3.3	1	3.3		
ระยะของโรค					23.258 ^c	.000
ระยะที่ 3	-	-	5	16.7		
ระยะที่ 4	26	86.7	9	30.0		
ระยะที่ 5	4	13.3	16	53.3		
ระยะเวลาเจ็บป่วย					3.212a	.360
น้อยกว่า 6 เดือน	11	36.7	5	16.7		
6 เดือน – 1 ปี	9	30.0	11	36.7		
มากกว่า 1 ปี – 5 ปี	9	30.0	12	40.0		
ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป	1	3.3	2	6.7		
การรักษาที่ผ่านมา					11.854c	.222
การผ่าตัด	5	16.7	1	3.3		
การให้ยาเคมีบำบัด	10	33.3	3	10.0		
การผ่าตัด และเคมีบำบัด	1	3.3	9	30.0		

หมายเหตุ a= Pearson Chi-Square, c= Likelihood ratio

ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านการเจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		Statistic	
	จ นวน	ร้อยละ	จ นวน	ร้อยละ	values	p-value
การรักษาที่ผ่านมา						
เคมีบำบัด และรังสีรักษา	2	6.7	5	16.7		
เคมีบำบัด และแพทย์ ทางเลือก	6	20.0	1	3.3		

การผ่าตัด,เคมีบำบัด,รังสีรักษา	2	6.7	8	26.7
การผ่าตัด,เคมีบำบัด,รังสีรักษา,กลืนแร่	2	6.7	2	6.7
การผ่าตัด,เคมีบำบัด,รังสีรักษา และแพทย์ทางเลือก	2	6.7	1	3.3

หมายเหตุ a= Pearson Chi-Square, c= Likelihood ratio

4.1.2 ข้อมูลด้านการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย Palliative Performance Scale (PPS) ตามช่วงเวลา

ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามช่วงเวลา พบว่าระดับ PPS ก่อนเริ่มการทดลองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับคะแนนเท่ากับ 70 รองลงมา คือระดับคะแนนเท่ากับ 60 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3

ตารางแสดงจำนวนร้อยละระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในระยะท้าย (Palliative Performance Scale: PPS) ตามช่วงเวลา (N = 60)

ระดับ PPS	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)

ระดับ 40	1 (3.3)	7 (23.33)	3 (10)	7 (23.33)	4 (13.33)	8 (26.67)
ระดับ 50	2 (6.7)	3 (10)	1 (3.3)	4 (13.33)	2 (6.7)	4 (13.33)
ระดับ 60	10 (33.3)	8 (26.67)	12 (40)	10 (33.3)	9 (30)	1 (3.3)
ระดับ 70	17 (56.7)	12 (40)	14(46.67)	9 (30)	14(46.67)	8 (26.67)

ครั้งที่ 1= ก่อนการให้โปรแกรม, ครั้งที่ 2 = หลังให้โปรแกรมเสร็จทันที, ครั้งที่ 3 = ระยะติดตาม 1 เดือน

* ครั้งที่ 3 n= 59 ราย

4.1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/บุคคลใกล้ชิด

กลุ่มตัวอย่างในด้านของญาติ/บุคคลใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัย ทาวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างในส่วนของญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 60 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 54.37 (SD = 13.515) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 49.73 (SD = 14.015) ระดับการศึกษาที่พบมากในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 36.7 และ 43.3 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มควบคุม คือ สามเณรยา เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.7 และ ร้อยละ 53.3 ตามลำดับ ส่วนศาสนาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ในกลุ่มควบคุมและ ร้อยละ 96.7 ในกลุ่มทดลอง และญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 90 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 93.3 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแลใกล้ชิด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันด้านข้อมูลส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ร้อยละจ นวนข้อมูลทั่วไปส าหรับญาติ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		Statistic	
	จ นวน	ร้อยละ	จ นวน	ร้อยละ	values	p-value

เพศ					2.857 ^a	.091
ชาย	6	20.0	12	40.0		
หญิง	24	80.0	18	60.0		
อายุ	M=49.73	SD=14.015	M=54.37	SD=13.515	10.400	.065
20 - 30 ปี	3	10.0	2	6.7		
31 - 40 ปี	5	16.7	4	13.3		
41 - 50 ปี	7	23.3	4	13.3		
51 - 60 ปี	7	23.3	9	30.0		
61 - 70 ปี	6	20.0	8	26.7		
71 - 80 ปี	2	6.7	3	10.0		
ระดับการศึกษา					6.143 ^c	.293
ไม่ได้ศึกษา	1	3.3	-	-		
ประถมศึกษา	6	20.0	5	16.7		
มัธยมศึกษา	9	30.0	9	30.0		
อนุปริญญา	1	3.3	2	6.7		
ปริญญาตรี	13	43.3	11	36.7		
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	3	10.0		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					4.440 ^c	.488
สามี - ภรรยา	16	53.3	17	56.7		
บุตร	9	30.0	7	23.3		

หมายเหตุ a= Pearson Chi-Square, b= Continuity Correction, c= Likelihood ratio

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		Statistic	
	จ นวน	ร้อยละ	จ นวน	ร้อยละ	values	p-value
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
พี่ - น้อง	4	13.3	4	13.3		
เพื่อนสนิท	1	3.3	1	3.3		
ญาติ	-	-	1	3.3		
ศาสนา					.000 ^b	1.000

พุทธ	29	96.7	30	100.0		
อิสลาม	1	3.3	-	-		
เคยดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย					.000 ^b	1.000
เคย	2	6.7	3	10.0		
ไม่เคย	28	93.3	27	90.0		

หมายเหตุ a= Pearson Chi-Square, b= Continuity Correction, c= Likelihood ratio

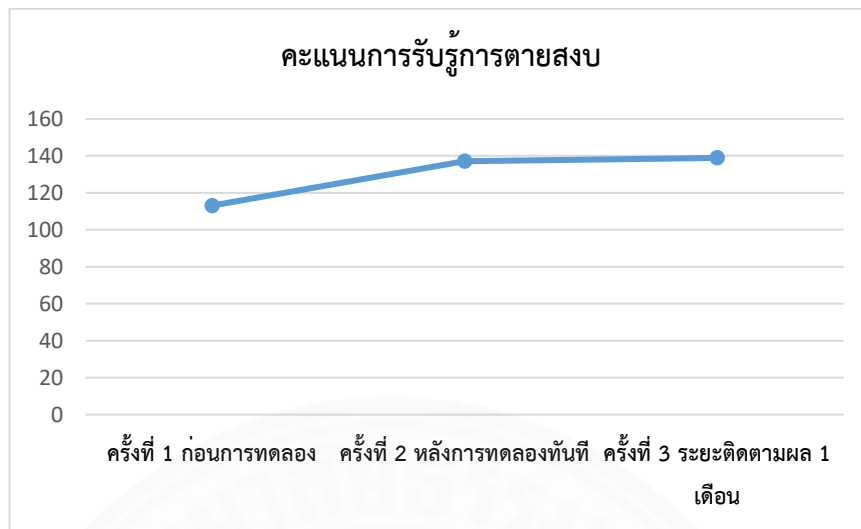
4.1.4 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

4.1.4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาทดสอบสมมติฐานตามช่วงเวลามีจำนวนที่เท่ากันทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง คือ 30 ราย ยกเว้นในครั้งที่ 3 ของกลุ่มทดลองที่จำนวนเหลือเพียง 29 ราย เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต 1 รายในระหว่างที่เก็บข้อมูล ผลการศึกษาแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบที่เป็นผลลัพธ์ตามช่วงเวลา ดังแสดงในแผนภาพที่ 4.1 และ 4.2 โดยอธิบายได้ดังนี้

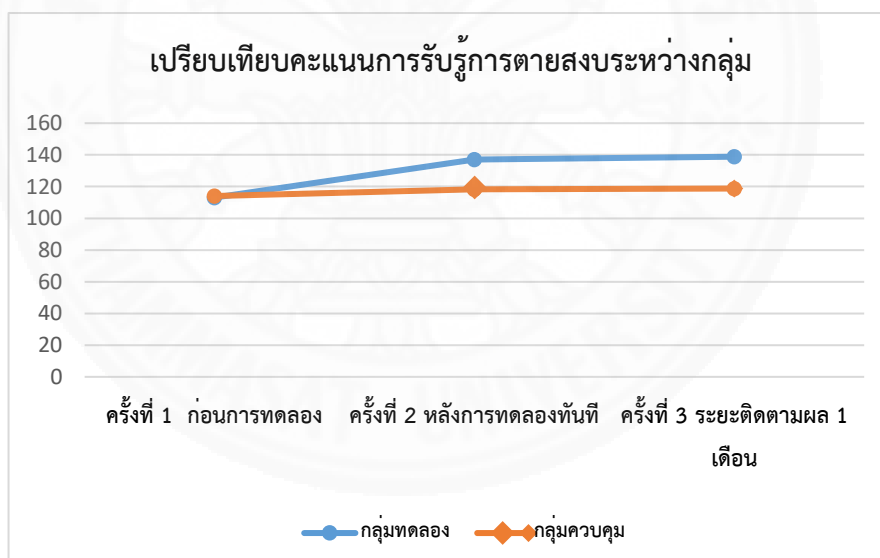
1) กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 113.10, 137.10 และ 138.86 ตามลำดับ

2) กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 114.07, 118.23 และ 118.77 ตามลำดับ

3) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบที่ (Independent Sample t-test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.7



แผนภาพที่ 4.1 แสดงการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน



แผนภาพที่ 4.2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้การตายสงบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.1.4.2 สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่ได้รับยาเคมีบำบัดภายในกลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง

1) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่รับประทานยาเคมีบำบัดภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4.6

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีผลต่อการเพิ่มของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบ อย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ ($F = 11.530$, $df = 1$, $p < .001$)

ระยะเวลาในการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบ อย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ ($F = 22.411$, $df = 1.478$, $p < .001$)

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่รับประทานยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) โดยใช้สถิติ Bonferroni สรุปผลการศึกษาได้ดังตารางที่ 4.7

กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบทุกช่วงเวลา อย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$) แต่ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ ($p = 1.00$)

4.1.4.3 สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่รับประทานยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

1) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่รับประทานยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 4.6

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ อย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ ($F = 11.530$, $df = 1$, $p < .001$)

ระยะเวลาในการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ อย่างมีนัยส าคัญทางสถิติ ($F = 22.411$, $df = 1.478$, $p < .001$)

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ และระยะเวลาในการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในการเพิ่มขึ้นของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 10.553, df = 1.478, p < .001$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มทดลองต่างจากกลุ่มควบคุมขึ้นอยู่กับเวลาที่ต่างกัน และจากข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบระหว่างกลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันที่ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบที (Independent Sample t-test) แสดงดังตารางที่ 4.7 ดังนี้

กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบทุกช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, p < .001$) แต่ก่อนเริ่มการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($p = .857$)

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบไม่แตกต่างกันในทุกช่วงเวลา ($p = 1.00$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีผลต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในทุกช่วงเวลา ยกเว้นในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แต่ในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในทุกช่วงเวลา

ตารางที่ 4.5

ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ($n = 60$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	p-value
ภายในกลุ่ม					
เวลา	7926.231	1.478	5361.891	22.411	.000**
เวลา กลุ่ม	3732.491	1.478	2524.934	10.553	.000**
ความคลาดเคลื่อน	20159.679	84.260	293.254		
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	7358.466	1	7358.466	11.530	.001**
ความคลาดเคลื่อน	36379.059	57	638.229		

** $p < .001$, F = repeated measure ANOVA test

ตาราง 4.6

เปรียบเทียบความต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยเปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni (n = 60)

การรับรู้การตายสงบ	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าความต่างของค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	113.10	19.961	13.373	
หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที	137.10	12.513		.000***
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	113.10	19.961	14.610	
ระยะติดตามผล 1 เดือน	138.86	12.772		.000***
หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที	137.10	12.513	-1.237	
ระยะติดตามผล 1 เดือน	138.86	12.772		1.000

*** $p < .001$

ตารางที่ 4.7

ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 60)

การรับรู้การตายสงบ	กลุ่มทดลอง (n = 29)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		T	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนการทดลอง	113.10	19.961	114.07	21.286	.181	.857
หลังการทดลองทันที	137.10	12.513	118.23	20.633	-4.282	.000**
ระยะติดตามผล 1 เดือน	138.861	12.772	118.77	19.592	-4.650	.000**

** p<.001, T = Independent T-Test

4.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และการเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือรับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันจากการจับคู่ (matching) ที่มีความใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ ช่วงอายุ และชนิดของโรค เมื่อมาคุณสมบัติทั่วไปทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) สถิติคอนติเนนตีตี้ คอเรกชัน (Continuity correction) และสถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood Ratio) พบว่าทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 ซึ่งสถิติการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทยส่วนใหญ่พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และจากงานของวอลเลท เอปทิน (Wallace C.H. CHAN and I. Epstein, 2012) ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในประเทศฮ่องกง พบว่าผู้ป่วยเพศชายเข้ารับการรักษาดีกว่าเพศหญิง ซึ่งเพศชาย

และเพศหญิงจะมีการรับรู้การตายสงบที่แตกต่างกันจากพื้นฐานจิตใจ และการเข้าสังคมและสิ่งแวดล้อม (Balein, 2009) สำหรับช่วงอายุที่พบในกลุ่มทดลอง คือ 61 – 70 ปี และกลุ่มควบคุม คือ 51 – 60 ปี โดยอายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันเท่ากับ 59.93 และ 58.93 ปี ซึ่งตรงกับงานวิจัยของเซียวและคณะ (Xiao, 2013) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.78 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของยูพิน คะนิงวณิชย์ (ยูพิน ถนัดวิณิชย์ และนนทกร ดานนท์, 2017) พบว่าช่วงอายุผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีการลุกลาม คือ ช่วง 60 – 69 ปี เป็นช่วงวัยสูงอายุที่ผ่านการใช้ชีวิตต่าง ๆ มากมายทั้งทางด้านารับประทานอาหาร การใช้ชีวิตประจำวันที่มีความเสี่ยงจากมลพิษ สารพิษ หรือสารเคมี และอาจเกิดการสะสมของโรค ท ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อพบโรคจะอยู่ในช่วงอายุดังกล่าว และระยะของโรคอยู่ที่ระยะที่ 4 ระยะที่ 5 ที่มีการลุกลามเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่พบในการศึกษาเป็นเพศชาย มีร่างกายที่แข็งแรง หากไม่มีอาการเจ็บป่วยก็ไม่เข้ารับการรักษ หรือการตรวจเพิ่มเติม ท ารยะของโรคมีการค ดนินมากขึ้นก่อนพบเจอและเข้ารับการรักษ แต่จากการรักษา ระยะของโรคในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่างกัน ด้วยเงื่อนไขในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ Surprise Questions ทำให้ข้อมูลที่แสดงมีความแตกต่างกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกจึงมีคุณสมบัติในเรื่อง เพศ ช่วงอายุ และชนิดของโรคมะเร็งที่ใกล้เคียงกัน เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวนที่มีผลต่อการรับรู้การตายสงบ

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.9, 100 ตามลำดับ ซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติที่คนส่วนใหญ่นับถือ และจากการศึกษาของกัญญ์ฐิตา ศรีภา (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในเชิงปรากฏการณ์วิทยาพบว่าศาสนาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการตายสงบ เนื่องจากทุกศาสนาต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบไม่มีความทุกข์ทรมาน เช่นเดียวกับการศึกษาของเบคสแตน (Beckstrand, 2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยระยะท้ายพบว่าทุกศาสนามีการรับรู้เกี่ยวกับความตายในระยะท้ายไม่แตกต่างกัน ด้านรายได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายมีความแตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาของการเจ็บป่วยในกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ยาวนานทำให้ผ่านการรักษา หรือมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากกว่ากลุ่มทดลองที่ระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่น้อยกว่าทำให้ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายในสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ คือ ครอบครัว ร้อยละ 90 โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นเครือข่ายที่สาคัญในการให้ความช่วยเหลือ การดูแลเบื้องต้นที่ผู้ป่วยได้รับทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ซึ่งตรงกับการศึกษาของสารภี รังสีโกศัย (สารภี รังสีโกศัย, 2556) ที่พบว่าครอบครัวมีความสาคัญในการดูแล และช่วยผู้ป่วยได้ดีในทุก ๆ เรื่องทั้งในระยะเวลาปกติและเมื่อถึงในระยะท้าย เช่นเดียวกับการศึกษาของชาน (Chan CK, 2009) ที่ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อการรับรู้การตายและ

การเตรียมตัวตายมากที่สุด ดังนั้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นการควบคุมปัจจัยรบกวนของการรับรู้การตายสงบได้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ในการศึกษาครั้งนี้ญาติ หรือบุคคลที่ใกล้ชิดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน คือ เพศหญิงร้อยละ 80 และ ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน เป็นส่วนใหญ่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และสมรสแล้ว ทำให้บุคคลใกล้ชิดหรือญาติที่ผู้ป่วยเลือกจึงเป็นบุคคลใกล้ชิดได้แก่ ภรรยา หรือบุตรซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีความละเอียดอ่อนละมีความใส่ใจในการดูแลถึงส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (แสงจันทร์ ทองมาก , 2551) และบุคคลในครอบครัว มีความผูกพันใกล้ชิด และสามารถพูดคุยได้อย่างสะดวกใจ และสามารถเข้าใจกันได้มากขึ้น (ช่อผกา ปุยขาว, 2557) สำหรับการศึกษาลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี มีรายได้ สามารถดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างดี

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบหลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุม สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์ และมอร์ (Ruland and Moore, 1998) ที่ระบุว่า หากบุคคลได้รับการดูแลตามองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ คือ 1) การดูแลไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) 2) การดูแลให้มีความสุขสบาย (experience of comfort) 3) ดูแลให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (experience of dignity) และได้รับการตอบสนองต่อเจตนาที่ความต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ 4) ดูแลอยู่ในความ

สงบ (being at peace) และ 5) ดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน (closeness to significant others) จะส่งผลให้เกิดการตายที่สงบได้ในระยะท้ายของชีวิต ดังนั้นอาจเนื่องมาจาก โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดการรับรู้การตายสงบในระยะท้าย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระยะท้ายของชีวิตที่สงบของรูแลนด์ และมอร์ (Ruland and Moore, 1998) และมีปัจจัยส่งเสริมหลายอย่างในโปรแกรมที่ช่วยให้เกิดการรับรู้การตายสงบ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรม และในโปรแกรมได้มีการประเมินการดูแลแบบประคับประคองเบื้องต้น (primary palliative care) เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการสื่อสารและพูดคุยกับผู้ป่วยให้ทราบถึงข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงความต้องการในระยะท้ายว่าต้องการการรักษาแบบใดและทำให้ทราบถึงความต้องการเบื้องต้นเพื่อที่จะสามารถพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในระยะท้าย อีกทั้งในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) ทำให้ทราบว่า ณ ขณะนั้นผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการใดมากที่สุดมาเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการดูแลเพื่อจัดการอาการ

นอกจากนี้โปรแกรมยังเน้นการสื่อสารเพื่อการพยาบาลแบบประคับประคอง (Communication for palliative care nursing) เน้นการพูดคุยเป็นหลัก โดยเชื่อว่าการสื่อสารที่ดีที่สุด คือการให้เวลาและเปิดโอกาสในการรับฟังทั้งผู้ป่วยและญาติ ไม่เพียงแต่เน้นการให้ข้อมูลหรือจัดกิจกรรมตามความต้องการของผู้วิจัยเพื่อที่จะทำตามกิจกรรมที่ได้วางไว้จนเกินไป ดังนั้นในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งในงานวิจัยนี้จะยืดหยุ่นเวลาตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวเป็นหลัก เนื่องจากการสื่อสารเพื่อการพยาบาลแบบประคับประคองที่ดีต้องมีบรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีความเร่งรีบและมีความพร้อมของผู้สื่อสารทั้งสองฝ่าย (Riley, 2008) เนื่องจากผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายมีความละเอียดอ่อนมีความต้องการที่จะสื่อสารสิ่งต่าง ๆ ในระยะท้ายรวมถึงความทุกข์ทรมาน หรือความกังวลใจให้เราทราบเพื่อที่จะให้เราช่วยบรรเทาสิ่งที่กังวลหรือทุกข์ทรมานต่าง ๆ ให้ลดลง ไม่เพียงเท่านั้นในการจัดโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบได้มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติที่เข้าร่วมในงานวิจัย โดยมีการพูดคุยให้เกิดการผ่อนคลาย การทำ body scan ให้กับผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยที่มีความต้องการในการร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจในบางราย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพอันดีซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเชื่อใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการบอกถึงความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์เชส (Marchese, 2006) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่าการสร้าง

สัมพันธ์ภาพอันดีกับผู้ป่วยจะช่วยให้เข้าใจถึงความต้องการทางด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อใจ มั่นใจที่จะให้ข้อมูลและพูดคุยอย่างเปิดเผยทำให้ได้ข้อมูลอย่างแท้จริง

ทั้งนี้การใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบยังมีการประเมินความสามารถในการกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะท้าย (Palliative Performance Scale: PPS) เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความสามารถในการทำกิจกรรม และกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยระยะท้าย เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต่างกันไปโอกาสทรุดลง อาจเนื่องมาจากระยะของโรคและการดำเนินของโรคในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยทราบถึงความสามารถของผู้ป่วยในขณะนั้นก็สมารถที่จะดูแล และปรับเปลี่ยนและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด เท่านั้นยังไม่พอมองจากโปรแกรมที่จัดขึ้นได้จัดกิจกรรมที่สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบและผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบมาใช้ในการกำกับโปรแกรมให้มีการดำเนินการตามแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้โดยประเมินทั้งจากผู้ป่วย และญาติควบคู่กันไป

และจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การดูแลไม่อยู่ในความเจ็บปวด (not being in pain) เป็นการดูแลทางด้านร่างกาย เพื่อจัดการและบรรเทาอาการปวด โดยการสอนการประเมินอาการปวด การจัดการอาการปวด รวมถึงการให้ความรู้และฝึกในการบรรเทาอาการปวดโดยใช้ยาและการปฏิบัติวิธีบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาจากผู้วิจัย ร่วมกับการแจกคู่มือการดูแลและบรรเทาอาการปวด รวมถึงมีการทวนซ้ำในกิจกรรมที่บรรเทาอาการปวด พร้อมทั้งมีการอธิบายรายละเอียดในคู่มือ และมีการโทรศัพท์ติดตามอาการ เพื่อสอบถามถึงปัญหาและส่งเสริมเกิดความมั่นใจในการดูแลและจัดการอาการปวดแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่บ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวสามารถจัดการดูแลอาการปวดได้ส่งผลให้คะแนนการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบอแนคกี และคณะ (Bernacki, 2015) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาพบว่า การดูแลอาการปวด และจัดการอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยให้ลดลงจะช่วยให้การรับรู้การตายดีตายสงบมีมากขึ้นซึ่งส่งผลให้เห็นถึงคุณภาพการตายของผู้ป่วยในระยะท้ายนั้นดีขึ้นด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้โปรแกรมได้มีการดูแลให้มีความสุขสบาย (experience of comfort) ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านร่างกายอีกทางหนึ่ง เป็นการจัดกิจกรรมโดยการให้ความรู้และดูแลจัดการอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด และอาการที่อาจเกิดขึ้นในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งจากการศึกษาโดยการประเมินอาการรบกวนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้เครื่องมือ ESAS เป็นข้อมูลเบื้องต้น พบว่าอาการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร ปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้-อาเจียน และเหนื่อยหอบ ซึ่งความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการให้ความรู้ในการ

ดูแลจัดการอาการปวด และบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะท้ายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายลดลงได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวเกิดความเข้าใจในอาการ สามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยได้แม้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการยอมรับ มีความมั่นใจและพร้อมที่จะจัดการตนเองเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย เมื่อผู้ป่วยไม่มีความเจ็บปวด ไม่มีอาการทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดต่าง ๆ และมีความเข้าใจในอาการที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายก็จะช่วยให้ผู้ป่วยนั้นเกิดการรับรู้การตายสงบดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลอว์ และคณะ (Lo et al., 2015) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศแคนาดา ผลการศึกษาพบว่าการดูแลจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยให้ลดลงไม่ว่าจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด หากบรรเทาอาการได้ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความผาสุกในช่วงท้ายของชีวิตส่งผลดีต่อการรับรู้และยอมรับในการตาย ทำให้เกิดตายสงบได้ในระยะท้าย

และจากโปรแกรมมีการดูแลให้สัมผัสศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (experience of dignity) และได้รับการตอบสนองต่อเจตนาารมณ์ที่ต้องการและตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ เป็นการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ โดยโปรแกรมจะมีแผนการดูแลและพูดคุยถึงความต้องการการในระยะท้าย และจัดการสิ่งที่ค้างคาใจให้ผู้ป่วย เป็นการดูแลที่เน้นการพูดคุย สื่อสาร และปรึกษารับฟังถึงความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ญาติ/บุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และยังไม่สามารถที่จะจัดการได้ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นห่วง โดยการพูดคุยจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงสิ่งที่ค้างคาใจ สิ่งที่ยังกังวล หรือยังต้องการภายในจิตใจที่เสียดแทงที่เก็บกดไว้ เชื่อว่าหากผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการในสิ่งที่ค้างคาใจ ท ให้หมดห่วง หมดกังวล ก็สามารถท ให้ระยะท้ายของชีวิตเกิดการตายที่สงบได้ (Ruland & Moor, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของลอว์ และคณะ (Lo et al., 2015) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยเน้นการพูดคุยเพื่อจัดการสิ่งที่ยังเป็นกังวลของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าการพูดคุยและจัดการสิ่งที่ค้างคาใจ หรือที่ยังเป็นกังวลจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณความผาสุกในบั้นปลายชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดีมาติโน และคณะ (Dimartino et al., 2018) ศึกษาในผู้ป่วยระยะท้ายโดยเน้นการให้คำปรึกษาและการพูดคุยจัดการในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ พบว่าการให้คำปรึกษาและพูดคุยช่วยให้ผู้ป่วย และญาติ/บุคคลใกล้ชิดที่ดูแลมีความเข้าใจและจัดการในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ และยังช่วยให้คุณภาพในระยะท้ายดีขึ้นและยังลดการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของพิมพ์พินิต ภาศรี และคณะ (2558) ที่ศึกษาในสมาชิกของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความต้องการพูดคุยและได้รับข้อมูลเช่นเดียวกับผู้ป่วย เพื่อช่วยจัดการในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและวางแผนการดูแลและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้สามารถจากไปได้อย่างสงบ เช่นเดียวกับการศึกษาของเบอร์แนคกี และคณะ (Bernacki et al., 2015) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในประเทศอเมริกา ที่เน้นการ

พูดคุยสื่อสารและเข้าใจถึงเป้าหมายของผู้ป่วยและความต้องการในระยะท้าย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความสงบในระยะท้าย และเกิดการตายที่ดี ที่สงบ และการพูดคุยถึงความต้องการในระยะท้ายของชีวิต ยังช่วยคงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของการเป็นมนุษย์ที่ผู้ป่วยทุกคนพึงมีในการตัดสินใจ และแสดงถึงความต้องการในระยะท้ายของชีวิต แต่อย่างไรก็ตามการพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการในระยะท้าย และพูดคุยเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็งแม้ผู้ป่วยจะรับรู้อยู่แล้วว่าอยู่ในระยะท้าย แต่การพูดคุยหรือการแสดงท่าทางต่าง ๆ ในการสื่อสารล้วนมีความสำคัญและละเอียดอ่อน หากบุคคลที่ไม่เคยสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีกับผู้ป่วยการได้มาของข้อมูลและความเชื่อใจก็อาจลดลง ดังนั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดี และทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยในการทากิจกรรมจึงมีความสำคัญในศัพท วากรรมกับผู้ป่วย

นอกจากนี้ในโปรแกรมยังมีการดูแลให้อยู่ในความสงบ (being at peace) ซึ่งเป็นการดูแลทางด้านจิตใจ เป็นการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล และช่วยให้เกิดการตอบสนองตามความต้องการทางด้านความเชื่อ/ศรัทธารวมถึงสิ่งที่ต้องการหรือปรารถนาในระยะท้าย โดยความวิตกกังวลส่วนใหญ่ที่พบจากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจะวิตกกังวลในเรื่องของการรักษา ความต้องการการอธิบายเกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรคที่เป็นจากแพทย์ ระยะเวลาที่จะมีชีวิตอยู่ อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ รวมทั้งการเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว เช่น ลูก ภรรยา/สามี ฯลฯ ค่าใช้จ่ายระหว่างการรักษา หรือหากเสียชีวิตบุคคลในครอบครัวจะอยู่อย่างไร และที่สำคัญคือวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งการดูแลช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยจะต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับความตายให้ได้ซึ่งในบริบทของประเทศไทยการพูดเรื่องความตายถือเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการสื่อสาร เพราะถือว่าเป็นการพูดเรื่องที่ไม่เป็นมงคล เป็นการพูดเรื่องร้ายท ทำให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยหดหู่ ดังนั้นการที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจึงต้องเน้นการสื่อสารในการใช้คำพูดที่เลี่ยงการพูดว่าตาย เพื่อให้ลดความรู้สึกที่ไม่ดีกับผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวที่เข้าร่วมในโปรแกรม โดยเชื่อว่าหากผู้ป่วยเกิดความสงบ ไร้ความกังวลกับสิ่งที่อยู่ในใจ และช่วยให้สามารถจากไปได้อย่างสงบเมื่อถึงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซียว และคณะ (Xiao et al.,2013) ที่ศึกษาในผู้ป่วยรายใหม่ระยะลุกลามในประเทศจีน พบว่าการดูแลเพื่อจัดการลดความกังวลและช่วยจัดการอารมณ์ให้สงบจะช่วยลดอาการวิตกกังวลและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้เกิดความสงบในระยะท้ายได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของบาร์กิตัส และคณะ (Bakitas et al., 2015) ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าการดูแลลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวหรือผู้ดูแลจะช่วยให้ปราศจากความวิตกกังวลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย และส่งเสริมให้เกิดการตายที่สงบ รวมทั้งการศึกษาของ สารณี รังสีโกศัย (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ดังนั้นการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตายและเกิดการยอมรับความตายได้ก็จะช่วยลดความกังวลและน ไปสู่การตายที่ดี ตายที่

สงบ สำหรับการตอบสนองตามความต้องการด้านความเชื่อ /ศรัทธา สิ่งที่ต้องการหรือปรารถนาใน ระยะเวลาสุดท้าย โดยความปรารถนาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในระยะท้ายที่ต้องการจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยต้องการอยู่กับบุคคลที่รัก ไม่อยากเจ็บปวดจากการรักษา ไม่อยากเป็นภาระของคนรอบข้าง อยากรู้เห็นความสำเร็จของคนที่คุณเองรัก เช่น บุตรเรียนจบ มีงานทำ ได้บวชเรียน และแต่งงาน สำหรับความปรารถนาสุดท้าย คืออยากกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งจากความต้องการเหล่านี้ญาติหรือบุคคลใน ครอบครัวจะมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยจัดการและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของวัลภา คุณทรงเกียรติ (2554) และ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2554) พบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาสุดท้ายและทำให้จากไปอย่างสงบคือ การกลับไปอยู่บ้าน และจากไปท่ามกลาง บุคคลที่ตนรัก ด้านการตอบสนองตามความต้องการความเชื่อ /ศรัทธา พบว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนา พุทธยังคงต้องการทำบุญตามโอกาส ประเพณี ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนา สวด มนต์ ไหว้พระ ทาสมาธิ เพื่อให้ไม่เจ็บปวดทรมาน และจากไปอย่างสงบเมื่อถึงระยะท้ายของชีวิต เช่น เดียวผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม พบว่า ผู้ป่วยจะระลึกถึงพระอัลลอฮ์ ระลึกถึงพระเจ้าในทางที่ดี ระลึกถึงความดีที่ได้ทำ เพื่อให้พระเจ้าเกิดความเมตตาและทำให้ไม่เจ็บปวด เกิดความสงบ ไม่ทุกข์ ทรมาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธิธรา วุฒิพงษ์พัทธ์ (2559) พบว่า การมีศาสนาเป็นเครื่อง ยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือได้ทำตามความเชื่อตามที่ตนนับถือ จะช่วยให้ผู้ป่วยนั้นจากไปอย่างสงบและสง่า งาม สอดคล้องกับการศึกษาของ ดร.รชนี ลินธวงศานนท์ (2558) ที่พบว่า การน้อมระลึกถึงพระ รัตนตรัย สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือและยึดเหนี่ยวทางใจ จะช่วยให้เกิดความผาสุกทางด้านจิต วิญญาณ และเกิดความสุขสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัตน์ กินาวงค์ (2559) พบว่าความ ผาสุก และความสงบทางด้านจิตวิญญาณเกิดขึ้นได้เมื่อได้ปฏิบัติหรือตอบสนองตามความเชื่อทาง ศาสนาที่ตนนับถือ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความเชื่อ /ศรัทธา หรือสิ่งที่ ผู้ป่วยนับถือ จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก สงบ ทั้งทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ เกิดความ เข้มแข็งและกล้าที่เผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งความตายได้อย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ แต่อย่างไรก็ตามการดูแลช่วยเหลือในการจัดการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยบางรายโดย เฉพาะที่เป็นเพศชายซึ่งมีความเป็นผู้นำด้วยบทบาทของหัวหน้าครอบครัวทำให้การแสดงออกหรือ พุดคุยเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่าง ๆ จะแตกต่างจากเพศหญิงที่พร้อมจะพุดคุยและปรึกษาของความ ช่วยเหลือ ดังนั้นการจัดการลดความวิตกกังวลและการดูแลตอบสนองตามความเชื่อในจะมีคะแนนที่ เพิ่มขึ้นน้อยกว่าด้านอื่น ๆ (ดังแสดงในภาคผนวก จ)

ทั้งนี้ในโปรแกรมได้ให้ญาติ ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยต้องการมามีส่วนร่วม ในการดูแล เป็นไปตามองค์ประกอบของทฤษฎีในด้าน การดูแลให้ใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รัก และผูกพัน (closeness to significant others) เป็นการดูแลทางด้านจิตสังคม และเตรียมความพร้อม

ให้ผู้ป่วยระยะท้ายว่ามีความต้องการที่จะอยู่กับใครในช่วงท้ายของชีวิต เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง รู้สึกเป็นภาระของคนรอบข้าง (รจนา ทองดา, 2015) หากครอบครัว ญาติ หรือบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหรืออยู่ด้วยในระยะท้าย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจในการดูแลตนเอง หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งให้ความร่วมมือที่ดี รู้สึกอบอุ่นที่มีบุคคลที่ต้องการอยู่เคียงข้าง (Kehl, 2006) โดยการมีญาติ/บุคคลที่ใกล้ชิดมาอยู่ด้วยในระยะท้าย ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดการตายที่สงบได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวอลเลท และ เอปสทีน (Wallace & Epstein, 2012) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศฮ่องกงต่อการตายดี ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล หรืออยู่เคียงข้างของบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการในระยะท้ายจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ช่วยเปิดโอกาสให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่โดดเดี่ยวและมีจิตที่สงบก่อนตาย (Kongsuwan et al., 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และคณะ (2554) ที่ศึกษาการดูแลญาติผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามวิถีพุทธ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าการดูแลโดยมีญาติเป็นส่วนร่วมในการดูแล จะทำให้เกิดการตายอย่างสงบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภา คุณทรงเกียรติ (2554) ที่ศึกษาการรับรู้การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยพบว่าการได้อยู่ท่ามกลางบุคคลที่รักยอมช่วยให้เกิดการรับรู้การตายสงบได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชีระพันธ์ กากแก้ว (2559) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยมีการประชุมปรึกษา พบว่า การที่สมาชิกของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ลดความขัดแย้งในการตัดสินใจในระยะท้ายและทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ สุขใจในระยะท้าย

นอกจากนี้ยังมีการเลือกสถานที่ในระยะท้ายได้ตามความต้องการ เป็นการบอกความเจตนาของผู้ป่วยกับครอบครัว/ญาติ หรือบุคคลที่ใกล้ชิด ให้ทราบถึงความต้องการ ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถเลือกสถานที่ในระยะท้ายและสามารถตัดสินใจได้ นั้นแสดงถึงการยอมรับถึงอนาคตข้างหน้าที่จะเกิดขึ้น คือการยอมรับความตาย สามารถพูดคุยกับญาติ/บุคคลใกล้ชิด จนเกิดความเข้าใจในความต้องการในสถานที่ของผู้ป่วยที่ต้องการอยู่เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต สถานที่ที่ผู้ป่วยเลือกอาจเป็นไปได้ทั้งที่บ้าน โรงพยาบาล หรือสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการนอกเหนือจากนี้ ซึ่งหากผู้ป่วยเกิดความเข้าใจไม่ว่าสถานที่ใดก็สามารถที่จะจากไปได้โดยสงบ แม้ในสังคมไทยจะเชื่อว่าการตายอย่างสงบจะต้องกลับไปตายที่บ้าน เนื่องจากเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมีความผูกพัน เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยคุ้นชินกับสถานที่ได้อยู่ในสถานที่ที่มีบุคคลที่รักอยู่ใกล้ชิด ไม่รู้สึกอ้างอ้าง คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว จากการศึกษาพบว่าสถานที่ที่ผู้ป่วยเลือกในระยะท้ายคือ บ้าน เพราะเป็นที่ที่คุ้นเคย ผูกพัน ได้อยู่ท่ามกลางบุคคลที่รักจะช่วยให้จากไปอย่างสงบ แต่มีผู้ป่วยบางส่วนที่เลือกสถานที่สุดท้ายคือโรงพยาบาล โดยให้เหตุผลว่าสะดวกและไม่ยุ่งยาก ไม่เป็นภาระกับสมาชิกในครอบครัวในการจัดการ

เมื่อตนเสียชีวิตไป แต่มีบางส่วนที่บอกว่าจะตายที่ไหนก็ได้ถ้าไม่ทรามก็สามารถที่จะจากไปได้อย่างสงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไชนอและคณะ (Chino et al., 2018) พบว่า สถานที่ที่ผู้ป่วยเลือกเมื่อถึงช่วงท้ายของชีวิต คือ การตายที่บ้านสามารถตายอย่างสงบได้ เนื่องจากได้อยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่รัก ไม่รู้สึกอ้างว้าง แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าความต้องการด้านสถานที่ของผู้ป่วยแตกต่างกันตามความคิด และการระลึกถึงบุคคลที่อยู่ข้างหลังไม่ยากเป็นภาระให้กับครอบครัว ซึ่งจากผลการศึกษานี้ทำให้เห็นถึงความสคัญของครอบครัว หรือบุคคลที่ผู้ป่วยรักและผูกพันว่ามีความสำคัญกับผู้ป่วยมาก ดังนั้นการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมจึงมีญาติ/ครอบครัว หรือบุคคลที่รักมีส่วนร่วมตลอดการศึกษา

การที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การตายสงบที่เพิ่มขึ้นหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (4 สัปดาห์) และระยะติดตามผล (1 เดือน) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองที่มีการดูแลตามโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ได้รับการดูแลและมีการติดตามอาการ พบเจอ พุดคุย และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอ ตลอด 4 สัปดาห์ และมีระยะเวลาในการท ากิจกรรมแต่ละครั้ง 30 – 45 นาที โดยในแต่ละครั้งสามารถปรับเปลี่ยนและยืดหยุ่นตามความต้องการและความสะดวกของทั้งผู้ป่วยและญาติ/ครอบครัวที่เข้าร่วมในการศึกษา และกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นทำให้ผู้ป่วยและญาติ/ครอบครัวสามารถดูแลจัดการอาการ และมีความเข้าใจในระยะท้ายรวมถึงอาการที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในระยะท้ายได้ แม้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน หรือหากมีข้อสงสัยต้องการความช่วยเหลือก็สามารถสอบถามและติดต่อได้ตลอดเวลา ซึ่งแสดงถึงความใส่ใจและพร้อมให้การช่วยเหลือทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงความมั่นใจและไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหากเกิดปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือเกิดขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองบางรายแม้จะมีอาการทางกายที่เพิ่มมากขึ้น เช่น อาการปวด คลื่นไส้ – อาเจียน เบื่ออาหาร หรือ อาการอ่อนเพลีย โดยพิจารณาจากแบบประเมินอาการรบกวนต่าง ๆ ในระยะท้าย พบว่าผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติ หรือบุคคลที่ใกล้ชิดสามารถดูแลจัดการอาการเหล่านั้นได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจ ยอมรับ และมีความสามารถในการดูแลและจัดการอาการต่าง ๆ ได้ โดยท ามให้ผู้ป่วยปราศจากความวิตกกังวล สนับสนุนให้ได้ท ามความเชื่อและจัดการสิ่งที่ค้างคาใจก็จะส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบนั้นเพิ่มขึ้นได้

แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อพิจารณาจากการวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์กับการได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เมื่อใช้ระยะเวลาที่นานขึ้นในการดูแลหรือจัดโปรแกรมให้กับผู้ป่วยจะส่งผลให้คะแนนการรับรู้การตายดีขึ้นเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบจากค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (4 สัปดาห์) และระยะติดตามผล 1 เดือนกลับไม่มีความแตกต่างกัน เป็นไปได้ว่า

โปรแกรมการดูแลและชะลอของชีวิตที่สงบมีส่วนช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการยอมรับความเจ็บป่วยตามความจริง สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข ได้ทำตามสิ่งที่ตนเองปรารถนา ไม่มีความกังวลหมดหวัง ไม่มีสิ่งที่ค้างคาใจ เข้าใจในการดูแลอาการไม่สุขสบาย สามารถจัดการความทุกข์ทรมานต่าง ๆ มีครอบครัวหรือบุคคลที่รักมาช่วยในการดูแล มีศาสนาที่ตนนับถือมาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ เข้าใจเกี่ยวกับความตายและได้จัดการสิ่งต่าง ๆ ไว้เรียบร้อยแล้ว การรับรู้การตายสงบยังคงอยู่ แม้เวลาจะผ่านไปนานเท่าใด แม้อาการของโรคที่เป็นอาจจะมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นก็สามารถที่จะยอมรับและเผชิญกับมันได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกียร์ และคณะ (Greer, 2013) และ บาร์ กิทัส และคณะ (Barkitas et al., 2009) ที่มีการติดตามผลการตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม 2 เดือนพบว่า การตายสงบและคุณภาพชีวิตในระยะท้ายดีขึ้นไม่แตกต่างจากภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที แม้อาการทางด้านร่างกายจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะของโรคก็ตาม และอาจเกิดจากในระยะเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เป็นระยะเวลาที่สั้นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองบางรายยังเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลทำให้ได้รับการดูแลตามปกติจากหอผู้ป่วย ทั้งจากแพทย์และพยาบาล รวมถึงมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทุกอาทิตย์เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นผลให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการดูแลและตอบสนองทางด้านต่าง ๆ แม้จะเสร็จสิ้นโปรแกรมไปแล้ว อีกทั้งการที่ผู้วิจัยมีการสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและใส่ใจในการดูแลรับฟังพร้อมให้การช่วยเหลือยอมทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการรับรู้ถึงการดูแลที่ดีในระยะท้ายและรับรู้ถึงการตายสงบได้ไม่แตกต่างจากเสร็จสิ้นโปรแกรม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากต้องการให้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบเพิ่มมากขึ้นในระยะติดตามผลอาจต้องขยายระยะเวลาในการติดตามผลให้ยาวนานขึ้น และปรับการดูแลให้มีความต่อเนื่องกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะท้ายที่เพิ่มขึ้น จึงสรุปได้ว่า การได้รับโปรแกรมการดูแลและชะลอของชีวิตที่สงบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้การตายสงบได้ในระยะยาวการรับรู้จะคงอยู่ แต่ถ้าหากต้องการให้เกิดการรับรู้การตายสงบที่เพิ่มขึ้นอาจต้องเพิ่มระยะเวลาในการดูแล ให้มากขึ้นและติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง เพราะการรับรู้ของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา

ด้วยเหตุผลข้างต้นจึงสรุปได้ว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลและชะลอของชีวิตที่สงบ จะช่วยให้เกิดการรับรู้การตายสงบได้ รวมทั้งยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว จัดสิ่งที่ยังค้างคาใจให้กับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความสงบเกิดขึ้นและยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายให้กับผู้ป่วยได้อีกด้วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำหลังการทดลอง คือ หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน และมีกลุ่มควบคุม (Pre – post Repeated measure design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่ส่งต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็งก่อนทรมานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ภายในระยะเวลา 6 เดือนตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือน มกราคม พ.ศ.2562 จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนเสร็จสิ้น แล้วจึงเริ่มต้นดำเนินการสำหรับกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลอาสาสมัครวิจัยในกลุ่มทดลองได้เสียชีวิต 1 ราย เหลือเพียง 29 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และด้านการเจ็บป่วย (2) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) (3) แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death) (4) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient : PEOLCS-P) (5) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Care giver : PEOLCS-C) ซึ่งแบบประเมินระดับที่ 3 -5 ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้เท่ากับ .81 เมื่อ นำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มทดลองที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา - ครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .96, .95 และ .96 ตามลำดับ และเมื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .97, .98 และ .97 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติ/คนใกล้ชิด และด้านการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคสแควร์, fisher's exact และ likelihood ratio

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายอย่างสงบ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดและได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบภายในกลุ่มทดลองโดยวัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ One-way repeated measure ANOVA ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ซึ่งพบว่าไม่มีคุณลักษณะเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลทั่วไป และด้านการเจ็บป่วย และข้อมูลทั่วไปของญาติ/ผู้ดูแลใกล้ชิด พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.3) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.93 ปี (S.D. = 11.070) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 58.93 ปี (S.D. = 8.765) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100, 93.3 ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมากที่สุด คือ สามี/ภรรยา ร้อยละ 60 และ 56.7 ในด้านสถานภาพสมรสกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ สมรส ร้อยละ 56.7 และ 66.7 ทั้งสองกลุ่มมีแหล่งสนับสนุนที่เหมือนกันมากที่สุด คือ ครอบครัว ร้อยละ 100 ด้านการเจ็บป่วยพบว่าทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่พบมากที่สุด คือ โรคมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 56.7 ระยะของโรคในกลุ่มควบคุมคือ ระยะที่ 4 ร้อยละ 30 สำหรับกลุ่มทดลอง คือ ระยะที่ 5 ร้อยละ 53.3 ระยะเวลาเจ็บป่วย กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 1-5 ปี ร้อยละ 40 และกลุ่มทดลองระยะเวลาสั้นกว่า 6 เดือน ร้อยละ 36.7 การรักษาที่ผ่านมาทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คือ การผ่าตัด และให้ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 33.3 และ 30

2. ด้านข้อมูลทั่วไปของญาติ/บุคคลใกล้ชิด พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และ 80 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 54.37 ปี (SD = 13.515) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยอายุ 49.73 ปี (SD = 14.015) ระดับการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 36.7 และ 43.3 ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ สามี-ภรรยา ร้อยละ 56.7 และ 53.3 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 90 และ 93.3

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลใกล้ชิด และด้านการเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นด้านความเพียงพอต่อการใช้จ่าย ระยะของโรค และระยะเวลาเจ็บป่วย

ผลการวิเคราะห์การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดสรุปได้ดังนี้

1. สมมติฐาน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบอย่างมีนัยส ัญหาทางสถิติ ($F = 30.216, df = 1.387, p < .001$)

2. สมมติฐาน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยส ัญหาทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบไม่มีความแตกต่างกันในระยะติดตามผลและระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ($p = 1.000$)

5.2 จุดเด่นในงานวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ได้จัดทำโปรแกรมในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยผู้วิจัยได้ใช้ศาสตร์และศิลป์ของการพยาบาลมาใช้ในโปรแกรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพและการใช้เทคนิคการสื่อสารร่วมด้วย

2. พยาบาลปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วยซึ่งไม่ได้เฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยตรง สามารถใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบจัดการดูแลและเพิ่มการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้

3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีความเฉพาะเจาะจงทั้งทางด้านความเจ็บป่วยทางร่างกาย และจิตใจ ซึ่งยังไม่มีใครมาจัดการดูแลเพื่อศึกษาถึงการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยกลุ่มนี้

4. จากผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความต้องการการดูแลอย่างแท้จริงในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดว่ามีความแตกต่างกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั่วไป ซึ่งสามารถนำไปศึกษาพัฒนาคุณภาพในการดูแลจัดการ และยกระดับพื้นฐานในการดูแลอย่างต่อเนื่องไป

5.3 ข้อจ ากัดในงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นมะเร็งก่อนทรมไม่อาจรักษาให้หายได้ ดังนั้นผลการศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังมะเร็งระบบอื่น เช่น โรคมะเร็งทางโรคเลือดที่การรักษาสามารถทำให้หายขาดได้ หรือ โรคเรื้อรังชนิดอื่น

5.4 ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยครั้งนี้ไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบมีผลต่อการเพิ่มการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรรณาโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอายุรกรรมโรคเรื้อรังอื่น โดยอาจปรับรูปแบบให้เหมาะสมในการลงโปรแกรมทั้งกิจกรรม และการดูแลเพื่อเพิ่มการรับรู้ในระยะท้ายที่สงบ
2. พยาบาลที่จะใช้โปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วย ควรมีความเข้าใจในการใช้ Therapeutic use of self ในการจัดการดูแล เพื่อที่จะตระหนักถึงตัวผู้ลงโปรแกรมและผู้ป่วย เข้าใจในการสื่อสาร ความคิด และสามารถปฏิบัติกับผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. พยาบาลควรได้รับการอบรม หรือได้รับการฝึกใช้โปรแกรมและเครื่องมือของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ เพื่อให้เกิดทักษะ และสามารถใช้โปรแกรมและเครื่องมือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ด้านการบริหาร

1. ผู้บริหารเกี่ยวกับการพยาบาลควรมีการส่งเสริม สนับสนุนให้มีการดูแลและพัฒนา รูปแบบการดูแล primary palliative ตามหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยระยะท้ายอาจด้วยโรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ ให้มีรูปแบบและชัดเจนขึ้น
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรวมทั้งผู้บริหารควรให้การสนับสนุน และพัฒนาให้มีหอผู้ป่วยนอกรองในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยไม่ต้องรอพยาบาล หรือหน่วยงานเฉพาะในการดูแลระดับประคองมาจัดการเพียงที่เดียว

ด้านการวิจัย

1. อาจมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในความต้องการ และความปรารถนาในระยะท้าย รวมถึงความกังวลในระยะท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อให้เห็นปรากฏการณ์ในระยะท้ายอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

2. ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งก่อนหมดทั้งสิ้น ดังนั้นการศึกษาต่อไปอาจนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนการดูแลให้เหมาะสมในผู้ป่วยระยะท้ายด้วยโรคเรื้อรังชนิดอื่นต่อไป

3. จากผลการวิจัยนี้พบว่าญาติ/บุคคลใกล้ชิดมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้การตายสงบได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาในส่วนของญาติ/บุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยต้องการในการดูแลให้เกิดการยอมรับและเข้าใจในผู้ป่วยระยะท้ายให้ดียิ่งขึ้น

4. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและการจัดลงโปรแกรมให้ยาวนานขึ้นและมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อศึกษาต่อว่าสามารถเพิ่มการรับรู้การตายสงบให้สูงขึ้นได้หรือไม่

5. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายอันดับแรกไม่ใช่ความปวดแต่เป็นอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายทั่วไป ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเชิงสำรวจในผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละโรคว่าอาการหรือความทุกข์ทรมานที่แท้จริงนั้นคือสิ่งใดเพื่อที่จะสามารถนำมาจัดทำโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เฉพาะต่อ โรคนั้น ๆ ได้อย่างครอบคลุมเหมาะสมต่อไป

- กนกกัญญา สุทธิสาร, อุบล จ๋วงพานิช, สุภาพร สุดสังข์, สุธาร จันทะวงค์, และนางบังอร เพชรศรี.
(2555). ผลของการดื่มน้ำขิงเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. Paper presented at the งานประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมสร้างวัฒนธรรม R2R สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ครั้งที่ 6 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค กรุงเทพฯ
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สติ...สร้างสุข*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559 (Public Health Statistic A.D. 2016)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงคิล, ประไพ อริยประยูร, และแม่นมมา จิระจรัส.
(2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดลิเนวิกิจ พรินติ้ง.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต = The end of life care*. ออเรนจ์ มีเดีย: สงขลา
- กิติพล นาควิโรจน์. (2559). *คู่มือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. บริษัท ปียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด: กรุงเทพฯ.
- จันท์จุฑา รอดपाल. (2549). *การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จูไรรัตน์ วัชรอาสน์. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. Retrieved from <http://www.bnc.ac.th/kmassetblog/index.php?topic>
- ฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2560). *คุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายและการตายดี*. Paper presented at the Unwanted Truth: ความจริงที่ไม่อยากพูดถึง แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย-พันธกรรมชีวิต สู่ “อยู่ดี” จน “ตายดี”. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.
- ช่อผกา ปุยขาว. (2557). *ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชัญวลี ศรีสุโข, และประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. (2558). *Palliative care การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง. ก้าวใหม่ร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมพัฒนา หลักประกันสุขภาพ*, 8(33).
- ดรชนัน สินธุวงศานนท์. (2558). *บูรณาการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้วยการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรม ในพระพุทธรูปศาสนาเถรวาท*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 21(1). 54-64
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล: เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพมหานคร: วิพริ้น (1991).

- ธีระพันธ์ กากแก้ว และพิมภา สุตรา. (2559). แนวทางการประชุมครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 41(2). 66-75
- นงนภัส เต็กหลี่, และชนกพร จิตปัญญา. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วย
ตนเองร่วมกับการอมกลีวปากด้วยน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบใน
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหรือร่วมกับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก. *วารสาร
มฉก.วิชาการ*, 20(39), 81-95.
- นิการิหมะ นิจินิการิ. (2547). *การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5
จังหวัดชายแดนใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เนตรนภา มณีรัชยากร. (2559). *การตายอย่างสงบตามการรับรู้ของผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการ
รักษาพยาบาลและผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุษยามาส ชิวสกุลยง, อารีวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินิรามย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนิน
นิตย์ ลีรพันธ์, ชันัญญา มหาพรหม, และปัทมา โกมุทบุตร. (2556). *การดูแลแบบ
ประคับประคอง Palliative care*. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.
- บุษยามาส ชิวสกุลยง. (2559). *ภาวะเหนื่อยล้า Fatigue คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*.
กรุงเทพฯ: ปียอนด์ เอนเทอร์พริส จำกัด.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, และฉันทชาย สิทธิพันธ์. (2556). *การ
ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย End of Life Care Improving Care The Dying*. กรุงเทพฯ: โรง
พิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- ปิยวดี ขัดทะเลสมา, พรรณวดี พุฒวัฒน์, และดรุณี ชุณหะวัต. (2010). ภาวะน้ำตาสแห้ง วิธีการจัดการ
และผลลัพธ์ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอภายหลังได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาล
รามธิบดี*, 16(1), 40-53.
- พระไพศาล วิสาโล. (2547). *เตรียมตัวตายอย่างมีสติ: เผชิญความตายอย่างสงบ*. กรุงเทพฯ :
เครือข่ายพุทธิกา
- พระไพศาล วิสาโล. (2553). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยวิถีพุทธ ปาฐกถาเกียรติยศสุมาลีนิมมาน
นิตย์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปริ้นท์โอโซน.
- พระไพศาล วิสาโล, นภดล ศรีเกียรติขจร, เกศินี คุณทรัพย์, และสุมิตรา ศรีศุภรัตน์. (2552). *เผชิญ
ความตายอย่างสงบ เล่ม 2: ข้อคิดจากประสบการณ์*. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.

- พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (2552). *เผชิญความตายอย่างสงบ* 2 (1). กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายพุทธิกา.
- พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และอุไร หัตถกิจ. (2558). ทรรศนะของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(4), 57-71.
- พัชรินทร์ แก้วรัตน์, และน้ำ อ้าย ภักดีวงศ์. (2017). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกล ไล์ใหญ่ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 5(2), 224-234.
- พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 3(6), 149-161.
- พัสมนธ์ คุ่มทวีพร. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง : การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย* (1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ฮายาบุสะ กราฟฟิก.
- พิศมัย อรทัย. (2556). *การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power* (1). กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี39.
- เพ็ญภัสสร มาพงษ์. (2556). *การประเมินการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายและการตายดีโดยสมาชิกครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ขอบแก่น.
- ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). *Psychiatric assessment and management in palliative care. ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying)* (2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- มะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย. (2552). *ทำความเข้าใจกับยาเคมีบำบัด*. กรุงเทพฯ.
- ยุวนิดา อารมรมย์. (2550). *ประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและใกล้ตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2015). *สมาธิบำบัดและการนำไปใช้ในคลินิก*. Retrieved from www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palliative/wp.../03/7089Yaowarat
- รจนา ทองดา, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานันต์. (2015). การตายอย่างสงบตามมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 21-34.

- รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2016). อาการคลื่นไส้อาเจียนกับการรักษาโรคมะเร็ง. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <https://www.chulacancer.net/patient-list.php>.
- รัชนิกร ใจคาสิบ. (2552). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้ากับการนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง*, 29(4), 152-161.
- รัตน์พล อ้ออาไฟ, และฉลอง ชิวเกียรียงไกร. Palliative Care in Gynecological Cancer. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn>.
- โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2551). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หน่วยสารสนเทศมะเร็ง. (2552). การดูแลจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/>
- โรงเรียนนอกกะลา: Lamplimat Pattana School. (2016). Body Scan. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://jittasuksha.blogspot.com/p/body-scan.html>
- ลดรัตน์ สาภินันท์. (2548). ความหมายของชีวิต (meaning of life) และตายดี (good death). *วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*, 11(1), 1-6.
- ลดรัตน์ สาภินันท์. (2556). *คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์.
- วงจันทร์ เพชรพิชญ์เชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะสุดท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี= Nursing for critically ill patients at the end stage of life with technology*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2015). การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 41-55.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2554). การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 1-12.
- วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2557). การตายดีตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 41-55.

- วิกรม เจนเนตีสิน. (2012). รู้จักโรคมะเร็งและเคมีบำบัด. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.thaibreastcancer.com/994/>.
- วีรมลล์ จันทร์ดี. (2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย *End of Life Care Improving Care of The Dying*. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- วีรวุฒิ อิมสารานู. Cancer Service plan putting Policy to practice. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.nci.go.th/th/index1.html>.
- ศรีรัตน์ กิณาวงค์ และปณณณิน เชื้อนเพ็ชร. (2559). ความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย. *เชียงใหม่วารสาร*, 8(1), 131-137
- ศรีรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริชยานุกูล, และธราณี สิริชยานุกูล. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล : กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 132-145.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิกันต์ นิยมมาร์ชต์, วงจันทร์ เพชรพิเชษเชียร, และ ชัชชัย ปรีชาไว. (2552). ความปวดและการระงับปวด : *Pain&Pain management*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศิริพร อุตสาหพานิช, และโสภิตา ทัดพินิจ. (2554). ผลการสร้างจินตภาพต่อความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ (Journal of Nursing Science and Health)*, 34(4), 36-45.
- ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคมะเร็งครบวงจรแห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ. (2557). *รายงานสถิติผู้ป่วยรายใหม่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปี 2553-2556*.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2558 Hospital-Base cancer registry 2015*. กรุงเทพฯ: บริษัท พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด.
- สถาพร ลีลานันทกิจ. (2552). *หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สันต์ หัตถ์รัตน์. (2552). *การดูแลผู้ป่วยให้ตายดี*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี กรุงเทพฯ.
- สายสิริ อิศรชาญวานิชย์. (2559). *ตายดี เตรียมได้ การวางแผนการดูแลในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า*. นนทบุรี: โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต.

- สารภี รังสีโกศัย, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, และรวีวรรณ เฒ่ากัณหา. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(1), 43-56.
- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). แนวทางการเสนอรับรางวัลเครือข่ายบริการดีเด่น 2557. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก www.nhso.go.th/network/download/Your%20reward.pdf.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, อุไร ทัดกิจ, และกิตติกร นิลมานัต. (2554). การดูแลญาติที่อยู่ในระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ตายอย่างสงบตามวิถีไทยพุทธ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 28-41.
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโช, และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์, ประไพ อริยประยูร, และแมนมนนา จิระจรัส. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดลิทวิกิจ พรินต์ติ้ง.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2551). *แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4* (หน้า 6). นนทบุรี: โรงพิมพ์ยุทธินทร์.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2559). *รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สามดีพรินต์ติ้งอควิพเม้นท์ จำกัด.
- หนูไกร เพื่อนพิมาย, น้าอ้อย รักดีวงศ์, และอาภาพร นามวงศ์พรหม. (2559). *การดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ*. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 5(1).
- อภิชัย ลีละสิริ. (2554). การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64, 97-102.
- อรพินทร์ ชูชม. (2552). การวิจัยกึ่งทดลอง. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1).
- อังคณา สิริยาภรณ์. (2548). องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต. Paper presented at the การประชุมวิชาการประจำปีเรื่องการเสริมสร้างองค์ความรู้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ณ ห้องประชุมศักรินทร์ภักดี วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย กรุงเทพฯ.
- อาทิตย์ ชัยธนสาร. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอนเทอไพรซ์ จำกัด.

- อาริยา สอนบุญ, บาเพ็ญจิต แสงชาติ, และพรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2543). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 26 (4), 392-399.
- อุบล จวงพานิช, จุรีพร อุ่บุญเรือน, ทิพวรรณ ขนนคร, จันทราพร ลุนลุด, และภัทรวดี วัฒนทรัพย์. (2555). ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(1), 46-52.
- Akechi, T., Miyashita, M., Morita, T., Okuyama, T., Sakamoto, M., Sagawa, R., & Uchitomi, Y. (2012). Good Death in Elderly Adults with Cancer in Japan Based on Perspectives of the General Population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 271-276. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03895.x
- Ali, B., Al-Wabel, N. A., Shams, S., Ahamad, A., Khan, S. A., & Anwar, F. (2015). Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(8), 601-611. doi:https://doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.05.007
- American Association for Cancer Research. (2016). *AACR Cancer Progress Report 2016. Clin Cancer Res 2016*.
- American Cancer Society. (2017). Anemia in People With Cancer What is anemia? Retrieved from <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/low-blood-counts/anemia.html>
- American Cancer Society (2019). Treatment of Colon Cancer, by Stage. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/by-stage-colon.html>.
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T., & Okamoto, T. (2010). Efficacy of Short-Term Life-Review Interviews on the Spiritual Well-Being of Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 993-1002. doi:https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320
- Balein, G. N. (2009). Factor Associated with Good death. *Asian Bioethics Review*, 1(3), 252-258.
- Bernacki, R., et al. (2015). Development of the Serious Illness Care Program: a randomised controlled trial of a palliative care communication intervention. *BMJ Open*, 5(10).

- Bernstein, R. H., & Santina, C. D. (2011). Chapter 44 - Integrating Palliative Care Guidelines into Clinical Practice A2 - Emanuel, Linda L. In S. L. Librach (Ed.), *Palliative Care (Second Edition)* (pp. 620-632). Saint Louis: W.B. Saunders.
- Bakitas, M., et al. (2009). Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: The project ENABLE II randomized controlled trial." *JAMA*, *302*(7): 741-749.
- Berry, P. H., Kuebler, K. K., & Heidrich, D. E. (2002). *End of life care clinical practice guidelines*. Philadelphia W.B. Saunders.
- Braga, S. (2011). Why do our patients get chemotherapy until the end of life? *Annals of Oncology*, *22*(11), 2345-2348. doi:10.1093/annonc/mdr416
- Chan CK, Y. M. (2009). Death preparation among the ethnic Chinese well-elderly in Singapore: an exploratory study. *Omega (Westport)*, *60*(3): 225-239.
- Chan, W. C. H., & Epstein, I. (2012). Researching "Good Death" in a Hong Kong Palliative Care Program: A Clinical Data-Mining Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *64*(3), 203-222. doi:doi:10.2190/OM.64.3.b
- Garfield, C. (2014). Seven Keys to a Good Death. *Greater Good Science Center*. Retrieved from <https://ggsc.berkeley.edu>.
- Chino, F., et al. (2018). Place of death for patients with cancer in the United States, 1999 through 2015: Racial, age, and geographic disparities. *Cancer*, *124*(22): 4408-4419.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ruland, CM., & Moore, SM. (1998). Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*, *46*(4), 169-175.
- DiMartino, LD., Weiner, BJ., Hanson, LC., Weinberger, M., Birken, SA., Reeder-Hayes, K., & Trogon, JG. (2018). Inpatient Palliative Care Consultation and 30-Day Readmissions in Oncology. *Journal of palliative medicine*, *21*(1) , 62– 68. doi:10.1089/jpm.2017.0172
- D'Ambruso, S. F., Coscarelli, A., Hurvitz, S., Wenger, N., Coniglio, D., Donaldson, D., . . . Walling, A. M. (2016). Use of a Shared Mental Model by a Team Composed of

- Oncology, Palliative Care, and Supportive Care Clinicians to Facilitate Shared Decision Making in a Patient With Advanced Cancer. *Journal of Oncology Practice*, 12(11), 1039-1045. doi:10.1200/JOP.2016.013722
- Pace, E. , Dnnison, S. , Morris, J. , Barton, A. , Pritchard, C. & Rule, S. (2009),
Chemotherapy in the community: what do patients want?. *European Journal of Cancer Care*, 18: 209-215. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.01051.x
- Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. (2000). Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2460-2468. doi:10.1001/jama.284.19.2460
- Granda-Cameron, C. , & Houldin, A. (2012). Concept Analysis of Good Death in Terminally Ill Patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(8), 632-639. doi:10.1177/10499091111434976
- Greer A. Joseph, William F. Pirl, Vicki A. Jackson, Alona Muzikansky, Inga T. Lennes, Rebecca S. Heist, Emily R. Gallagher, and Jennifer S. Temel. (2012). Effect of Early Palliative Care on Chemotherapy Use and End-of-Life Care in Patients With Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(4), 394-400. doi:10.1200/jco.2011.35.7996
- Griggs C. (2010). Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study *International Journal of Palliative Nursing* 16(3), 140-149.
- Hamilton IJ. (2016). Chemotherapy near the End-of-Life – A Review of the Literature. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 6(3), 257. doi:10.4172/2165-7386.1000257
- Hartley, J. (2008). A good death. *Nursing Times*, 104.
- Haughney A (2004). Nausea & vomiting in end-stage cancer. *American journal of nursing*, 104(11): 40-48; quiz 49.
- Hershman L. Dawn, Christina Lacchetti, and Charles L. Loprinzi. (2014). Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Summary. *Journal of Oncology Practice*, 10(6), e421-e424. doi:10.1200/jop.2014.001776

- Higginson, J., & Costantini, M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European Journal of Cancer*, 44 (10), 1414 -1424.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.024>
- Iranmanesh, S., Hosseini, H., & Esmaili, M. (2011). Evaluating the "good death" concept from Iranian bereaved family members' perspective. *Journal Support Oncology*, 9(2), 59-63.
- Jantarakupt, P., & Porock, D. (2005). Dyspnea management in lung cancer: Applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 785-797.
- Jompaeng, Y., & Sangchart, B. (2014). การตายดีตามการรับรู้ของพยาบาล : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา NURSE' S PERCEPTION OF A GOOD DEATH: A PHENOMENOLOGY STUDY. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ (Journal of Nursing Science and Health)*, 36(3), 49-59.
- Karen A Kehl. (2006). Moving Toward Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 23(4), 277- 286.
doi:10.1177/1049909106290380
- Kehl, K. A. (2006). Moving Toward Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 23(4), 277-286.
- Kiser, D. W., Greer, T. B., Wilmoth, M. C., Dmochowski, J., & Naumann, R. W. (2010). Peripheral neuropathy in patients with gynecologic cancer receiving chemotherapy: patient reports and provider assessments. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 758-764. doi:10.1188/10.onf.758-764
- Kongsuwan, W., & Locsin, R. C. (2009). Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *International Nursing Review*, 56(1) , 116- 122.
doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00674.x
- Kuebler KK, A. J., Davia S. . (2007). *Palliative & end-of-life care Clinical practice guideline*. Missouri: Saunders.
- Kuzmicz, I. & Repka, I. (2017). Influence of selected factor on the quality of dying and death in palliative care. *Journal of Public Health, Nursing and Medicine Rescue*, 1, 8-13.

- Lakhan, S. E., Sheaffer, H., & Tepper, D. (2016). The Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Research and Treatment, 2016*, 8158693. doi:10.1155/2016/8158693
- Lengacher, C. A., Shelton, M. M., Reich, R. R., Barta, M. K., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M. S., . . . Kip, K. E. (2014). Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR(BC)) in Breast Cancer: Evaluating Fear of Recurrence (FOR) as a Mediator of Psychological and Physical Symptoms in a Randomized Control Trial (RCT). *Journal of behavioral medicine, 37*(2), 185-195. doi:10.1007/s10865-012-9473-6
- Librach, S. L. (2011). Chapter 12 - Constipation *Palliative Care (Second Edition)* (pp. 168-175). Saint Louis: W.B. Saunders.
- Lo, C., Hales, S., Rydall, A., Panday, T., Chiu, A., Malfitano, C., . . . Rodin, G. (2015). Managing Cancer And Living Meaningfully: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 16*(1), 391. doi:10.1186/s13063-015-0811-1
- Marchese, K. (2006). Using Peplau's theory of interpersonal relation to guide the education of patients undergoing urinary diversion. *Urological Nursing, 25*(5): 363-370.
- Matsuyama, R., Reddy, S., & Smith, T. J. (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. doi:10.1200/jco.2005.03.6236
- Meier, E. A., Gallegos, J. V., Thomas, L. P. M., Depp, C. A., Irwin, S. A., & Jeste, D. V. (2016). Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(4), 261-271. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2016.01.135
- Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psycho-Oncology, 17*(6), 612-620. doi:10.1002/pon.1283
- Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Hirai, K., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2008). Good Death Inventory: A Measure for Evaluating Good Death from the Bereaved Family

- Member's Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5), 486-498. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009
- Mok, E., & Chiu, P. C. (2004). Nurse–patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 475-483. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03230.x
- Nagy-Agren, S., & Haley, H. B. (2002). Management of Infections in Palliative Care Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(1), 64-70. doi:https://doi.org/10.1016/S0885-3924(02)00420-7
- National Cancer Institute. (2017). Cancer Pain (PDQ®)–Health Professional Version. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/pain/pain-pdq>
- National Institutes of Health. (2010). What To Do When You Feel Weak or Tired (Fatigue) . Retrieved from <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/radiation-side-effect-fatigue>
- Patrick, D. L., Engelberg, R. A., & Curtis, J. R. (2001). Evaluating the Quality of Dying and Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3) , 717- 726. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(01)00333-5
- Petchalalai C, I. R., Ruangsri S. . (2015). *Heat storage and conduction of Thai herbal hot pack by microwave.*, Phayao University,
- Polit& Beck. (2012). *Resource Manual for Nursing Research Generating and Assessing Evidence For Nursing Practice* (9 ed.): Lippincott Company.
- Rabow, M. W. (2014). Chemotherapy near the end of life. *BMJ : British Medical Journal*, 348. doi:10.1136/bmj.g1529
- Renea L. Beckstrand, K. T. K. (2005). Providing End-of-Life Care to Patients: Critical Care Nurses' Perceived Obstacles and Supportive Behaviors. *American Journal of Critical Care*, 14(5), 395-403.
- Richardson LA, J. G. (2009). A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. *Current Oncology*, 16(1), 55.
- Riley, J.B. *Communication in nursing*. 6th. St. louis, Missouri, Mosby Elsevier. 2008.

- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175. doi:[https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90069-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90069-0)
- Saito, A. M., Landrum, M. B., Neville, B. A., Ayanian, J. Z., & Earle, C. C. (2011). The effect on survival of continuing chemotherapy to near death. *BMC Palliative Care*, 10, 14-14. doi:10.1186/1472-684X-10-14
- Shahriari, M., Dehghan, M., Pahlavanzadeh, S., & Hazini, A. (2017). Effects of progressive muscle relaxation, guided imagery and deep diaphragmatic breathing on quality of life in elderly with breast or prostate cancer. *Journal of Education and Health Promotion*, 6, 1. doi:10.4103/jehp.jehp_147_14
- Shao-Yi Cheng, S. D., Wen-Yu Hu, Ching-Yu Chen, and Tai-Yuan Chiu. (2012). Factor affecting the improvement of quality of dying of terminally ill patients with cancer through palliative care: a ten-year experience. *Journal of Palliative Medicine*, 15(8), 854-862.
- Shin, D. W., Choi, J., Miyashita, M., Choi, J. Y., Kang, J., Baik, Y. J., . . . Lee, H. S. (2011). Measuring Comprehensive Outcomes in Palliative Care: Validation of the Korean Version of the Good Death Inventory. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(4), 632-642. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.12.012>
- Smith, R. (2000). A good death : An important aim for health services and for us all. *BMJ : British Medical Journal*, 320(7228), 129-130.
- Suzuki, H., Asakawa, A., Amitani, H., Nakamura, N., & Inui, A. (2013). Cancer cachexia—pathophysiology and management. *Journal of Gastroenterology*, 48(5), 574-594. doi:10.1007/s00535-013-0787-0
- The National Council for Palliative Care. (2015). Palliative Care Explained. Retrieved from <http://www.ncpc.org.uk/palliative-care-explained>
- Timothy Moynihan. (2017). Cancer pain: Relief is possible. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cancer/in-depth/cancer-pain/art-20045118>

- Tsai, J.-S., Wu, C.-H., Chiu, T.-Y., Hu, W.-Y., & Chen, C.-Y. (2005). Fear of Death and Good Death Among the Young and Elderly with Terminal Cancers in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management, 29*(4), 344-351.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.07.013>
- Victoria Hospice Society. (1996). The Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2) tool. *Journal of Palliative Care, 9*(4), 26-32.
- Victoria Hospice Society. (2006). Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2) *Medical Care of the Dying*, 4th ed.; p. 121.
- Kongsuwan, K., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing in Critical Care, 17*(3), 151-155.
- White, L. R. (2008). The white peaceful death measure: Development, refinement and psychometric testing of an instrument.
Retrieved from <http://gradworks.umi.com/33/11/3311831.html>
- WHO. (2014). World Health Organization. Retrieved from www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
- Xiao, H., et al. (2013). Effect of a Life Review Program for Chinese Patients With Advanced Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Cancer Nursing, 36*(4): 274-283.
- Yasuko Murakawa, & Nihei., Y. (2009). Understanding the concept of a 'good death' in Japan: differences in the views of doctors, palliative and non-palliative ward nurses. *International Journal of Palliative Nursing, 15*(6), 282-289.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการทาวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย

1.1) แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

2.2) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton

Symptom Assessment System: ESAS)

2.3) แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death)

2.4) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P)

2.5) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Care giver: PEOLCS-C)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

3.1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

3.2) คู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1.1) แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)

ระดับ PPS ร้อยละ	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรม และการดำเนินโรค	การทำกิจวัตร ประจำวัน	การ รับประทานอาหาร	ระดับ ความรู้สึกตัว
100	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และ ไม่มีอาการของโรค	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	เคลื่อนไหวปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	เคลื่อนไหวปกติ	ต้องออกแรงอย่างมากในการทำ กิจกรรมตามปกติ และมีอาการของโรคบางอาการ	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และมีอาการของโรค อย่างมาก	ทำตัวเอง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรกหรือ งานบ้านได้ และมีอาการของโรคอย่างมาก	ต้องการความ ช่วยเหลือ เป็นบางครั้ง/ บางเรื่อง	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
50	นั่ง หรือ นอน เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย และมีอาการของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือ มากขึ้น	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ สับสน
40	นอนอยู่บนเตียงเป็น ส่วนใหญ่	ทำกิจกรรมได้น้อยมาก และมีอาการของโรค	ต้องการความ ช่วยเหลือเป็น ส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
30	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
20	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	จิบน้ำ ได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดี หรือ ง่วงซึม +/- สับสน
10	นอนอยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ และมีอาการของโรค	ต้องการ ความช่วยเหลือ ทั้งหมด	รับประทานอาหาร ทางปากไม่ได้	ง่วงซึมหรือ ไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

หมายเหตุ เครื่องหมาย +/- หมายถึง อาจมี หรือ ไม่มีอาการ

(แปลจาก PPS version 2 ของ Victoria hospice society, Canada โดย ผศ. พญ. นุชยามาส ชิวสุถอยง และคณะกรรมการ
Palliative care ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

แบบสอบถามส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย)

คำชี้แจง: ให้ท่านพิจารณาข้อคำถามในแต่ละข้อ แล้วกรอกรายละเอียดให้ตรงตามความจริง หรือใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่อง ตามที่ท่านเห็นว่าเหมาะสมที่สุด

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ ระบุ

น้อยกว่า 30 ปี

31 - 40 ปี

41 - 50 ปี

51 - 60 ปี

60 ปี ขึ้นไป

61 - 70 ปี

71 - 80 ปี

80 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

ไม่ได้ศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

อนุปริญญา

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้ในครอบครัว

ไม่มีรายได้

ต่ำกว่า 10,000 บาท

10,001-29,999 บาท

30,000- 49,999 บาท

50,000 บาท ขึ้นไป

เพียงพอหรือไม่

5. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล

สามี-ภรรยา

บุตร

พี่-น้อง

เพื่อนสนิท

ญาติ

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

- อิสลาม อื่น ๆ โปรดระบุ
7. สถานภาพสมรส โสด สมรส/อยู่ร่วมกัน
- หม้าย หย่า
8. อาชีพ/ตำแหน่งก่อนการเจ็บป่วย ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- พนักงานบริษัท ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
- พ่อบ้าน/แม่บ้าน อื่น ๆ โปรดระบุ.....
9. สิทธิการรักษา เบิกจ่ายตรง/เงินเชื่อ 30 บาท
- ประกันสังคม เงินสด
10. แหล่งสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว พี่-น้อง
- เพื่อน อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านความเจ็บป่วย (ส สำหรับผู้ป่วย)

1. โรคที่เป็น เช่น มะเร็งล ่าสัใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น

.....

.....

2. ระยะของโรค

.....

.....

3. ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง

.....

4. โรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

.....

.....

5. การรักษาที่ผ่านมา

การผ่าตัด วันที่.....

การให้ยาเคมีบ าบัดวันที่.....

การฉายรังสีรักษา วันที่.....

การกลืนแร่ วันที่.....

แพทย์ทางเลือก เช่น การทานยาสมุนไพร

6. สิ่งผู้ป่วยเป็นห่วงหรือยังกังวลอยู่ในใจ

.....

.....

7. ความปรารถนาครั้งสุดท้ายที่ต้องการ (Last wish)

.....

.....

แบบสอบถามส่วนบุคคล (สำหรับญาติ)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

น้อยกว่า 30 ปี

31 - 40 ปี

41 - 50 ปี

51 - 60 ปี

60 ปี ขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

ไม่ได้ศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

อนุปริญญา

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

สามี-ภรรยา

บุตร

พี่น้อง

เพื่อนสนิท

ญาติ

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ โปรดระบุ

6. เคยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาก่อนหรือไม่

เคย

ไม่เคย

7. สิ่งที่ต้องการ/ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม

.....

.....

.....

แบบบันทึกข้อมูลการได้รับ Primary palliative care (สำหรับผู้ป่วย)

1. การดูแลแบบประคับประคองเบื้องต้นที่ได้รับ

- การบอกสถานะของโรค (การได้รับการแจ้งข่าวร้าย)
- การวางแผนการดูแล
- การจัดประชุมการดูแลระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว (family meeting)
- การเขียนแสดงเจตนาในระยะท้าย (Living will)

2. ระดับการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย

- ระยะปฏิเสธ (denial) ระยะโกรธ (anger)
- ระยะต่อรอง (bargaining) ระยะซึมเศร้า (depression)
- ระยะยอมรับ (acceptance)

3. ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย (เช่น รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง รับรู้ว่ายู่ในระยะท้ายเป็นต้น)

.....

.....

4. เป้าหมายหลักในการดูแล/การรักษาของผู้ป่วย

- เพื่อความสุขสบาย
- เพื่อยืดชีวิตให้นานขึ้น

5. เป้าหมายหลักในการดูแล/การรักษาของผู้ป่วยในมุมมองของครอบครัว/ญาติ

- เพื่อความสุขสบาย
- เพื่อยืดชีวิตให้นานขึ้น

6. ความขัดแย้งของเป้าหมายในการดูแลในระยะท้ายระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว/ญาติ

- ไม่มี มี ระบุดู.....

7. การแสดงเจตนาในการรับการร้กษา หรือไม่รับการร้กษา /หนังสือแสดงเจตนารมย์ในระยะท้าย

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|---------|
| 7.1 การช่วยฟื้นคืนชีพ | <input type="checkbox"/> | ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> | ต้องการ |
| 7.2 การใส่ท่อช่วยหายใจ | <input type="checkbox"/> | ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> | ต้องการ |
| 7.3 การใช้ยาขยายหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> | ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> | ต้องการ |
| 7.4 การใส่สายยางให้อาหาร | <input type="checkbox"/> | ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> | ต้องการ |
| 7.5 การให้ส่วนประกอบของเลือด | <input type="checkbox"/> | ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> | ต้องการ |
| 7.6 การให้สารละลายทางหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> | ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> | ต้องการ |

การร้กษาอื่น ๆ

8. สถานที่ที่ต้องการอยู่ในวันสุดท้ายของชีวิต

- บ้าน โรงพยาบาล อื่น ๆ ระบุ.....

2.2) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS)

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย

โปรดวงกลมหมายเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ณ ขณะนี้

ไม่มีอาการปวด						มีอาการปวดรุนแรงที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย						มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการคลื่นไส้						มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการซึมเศร้า						มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่วิตกกังวล						วิตกกังวลมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการร่วงซึม/สะลึมสะลือ						มีอาการร่วงซึม/สะลึมสะลือมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่เบื่ออาหาร						เบื่ออาหารมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
สบายทั้งกายและใจ						ไม่สบายกายและใจเลย					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่มีอาการเหนียวหอบ						มีอาการเหนียวหอบมากที่สุด					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2.3) แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ (Peaceful death)

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับความคาดหวังการจากไปอย่างสงบ โปรดพิจารณาข้อความและเลือกตอบโดยทาเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่างที่ตรงกับกรรับรู้และความคิดเห็นของท่านมากที่สุดว่าท่านคาดหวังอย่างไร เมื่ออยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต แบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 1 ถึง 5 ตามลำดับโดยมีความหมายดังต่อไปนี้

- 1 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความน้อย
- 3 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความปานกลาง
- 4 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความมาก
- 5 หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด

ความคาดหวังเกี่ยวกับการจากไป อย่างสงบ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย น้อย ที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปาน กลาง(3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
มิติด้านร่างกาย					
1. ฉันเชื่อว่าเมื่อฉันจากไปจะไม่มี เจ็บปวด หอบเหนื่อย ทรมานทรมานจาก อาการของโรค					
2. ฉันเชื่อว่าเมื่อฉันจากไปจะไม่มี ทุกข์ทรมานจากการตรวจรักษา					
5. ฉันเชื่อว่า.....					
6. ฉันเชื่อว่า.....					
7. ฉันเชื่อว่า.....					
มิติด้านจิตใจ					
8. ฉันเชื่อว่าเมื่อฉันจากไปจะรับรู้ ตัวเองกำลังจาย					

ความคาดหวังเกี่ยวกับการจากไป อย่างสงบ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย น้อย ที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปาน กลาง(3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
12. ฉันเชื่อว่า.....					
13. ฉันเชื่อว่า.....					
มิติตานสังคม					
17. ฉันเชื่อว่าเมื่อนั้นจากไปจะได้อยู่ ท่ามกลางบุคคลที่รัก ครอบครัวหรือ ลูกหลาน					
18. ฉันเชื่อว่าเมื่อนั้นจากไปจะจากไป โดยไม่โดดเดี่ยวตามลำพัง					
20. ฉันเชื่อว่า.....					
21. ฉันเชื่อว่า.....					
มิติตานจิตวิญญาณ					
22. ฉันเชื่อว่าเมื่อนั้นจากไปจะเป็นการ จากไปที่ตนเองมีการทำบุญหรือสะสม บุญไว้ก่อน					
26. ฉันเชื่อว่า.....					
มิติตานสถานที่					
27. ฉันเชื่อว่าเมื่อนั้นจากไปจะจากไป ในสถานที่สะอาด					
28. ฉันเชื่อ.....					
30.....					

2.4) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย (Peaceful End of Life Care Scale for Patient: PEOLCS-P)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและทาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือของข้อความแต่ละข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 81-100%
มาก	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 61-80%
ปานกลาง	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 41-60%
น้อย	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 21-40%
น้อยที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 0-20%

ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความเป็นจริง					ไม่สามารถประเมินได้
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด จ นวน 6 ข้อ						
1. ท่านได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง						
2. ทีมสุขภาพสอบถามท่านเกี่ยวกับ สิ่งกระตุ้นการปวด ระยะเวลาที่ปวดลักษณะของการปวด และการบรรเทาปวด						
6.						
ด้านการมีประสบการณ์ของความสงบ สบาย จ นวน 7 ข้อ						

7. ทีมสุขภาพสอบถามเกี่ยวกับภาวะไม่ สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่าน เช่น อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อาการ คลื่นไส้ อาเจียน อาการเบื่ออาหาร.....						
ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความเป็นจริง					ไม่ สามารถ ประเมิน ได้
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
13.						
ด้านการมีประสบการณ์ของความมี ศักดิ์ศรี จ นวน 7 ข้อ						
14. ทีมสุขภาพมีการพูดคุยกับท่านและ ครอบครัวเกี่ยวกับแผนการการดูแลรักษา อาการป่วยของท่าน						
15. บุคคลที่มีความสาคัญต่อตัวท่านมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทาง ดูแลท่าน						
20.						
ด้านการอยู่ในความสงบ จ นวน 6 ข้อ						
21. ทีมสุขภาพสอบถามเกี่ยวกับสภาวะ ทางอารมณ์และความรู้สึกของท่านอย่าง สม่ำเสมอ						
26.						
ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและ บุคคลที่รักและผูกพัน จ นวน 6 ข้อ						
27. ญาติและบุคคลที่มีความสาคัญกับ ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลท่านเช่น การ พลิกตะแคงตัว การดูแลท่านอาหาร						

28. ท่านและญาติของท่านได้รับการ ประเมินภาวะเศร้าโศกอย่างสม่ำเสมอ						
31.						
32.						

2.5) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล (Peaceful End of Life Care Scale for Care giver: PEOLCS-C)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ
ของข้อความแต่ละข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 81-100%
มาก	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 61-80%
ปานกลาง	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 41-60%
น้อย	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 21-40%
น้อยที่สุด	หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงกับข้อนั้น ๆ ในระดับ 0-20%

ข้อความ	ระดับที่ตรงกับความเป็นจริง					ไม่สามารถ ประเมิน ได้
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
ด้านการไม่อยู่ในความเจ็บปวด จ นวน 6 ข้อ						
1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง						
2. ทีมสุขภาพสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับ สิ่ง กระตุ้นการปวด ระยะเวลาที่ปวดลักษณะ ของการปวด และการบรรเทาปวด						
3.						

6.						
ด้านการมีประสบการณ์ของความสุข สบาย จ านวน 7 ข้อ						
7. ทีมสุขภาพสอบถามเกี่ยวกับภาวะไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้.....						
ขอความ	ระดับที่ตรงกับความเป็นจริง					ไม่ สามารถ ประเมิน ได้
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	
8. ผู้ป่วยได้รับการดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำ วัน						
12.						
13.						
ด้านการมีประสบการณ์ของควมมีศักดิ์ศรี จ นวน 7 ข้อ						
14. ทีมสุขภาพมีการพูดคุยกับท่านและครอบครัวเกี่ยวกับแผนการการดูแลรักษาอาการป่วยของท่าน						
19.						
20.						
ด้านการอยู่ในความสงบ จ นวน 6 ข้อ						
21. ทีมสุขภาพสอบถามเกี่ยวกับสภาวะทางอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ						
26.						
ด้านการมีความใกล้ชิดกับญาติมิตรและบุคคลที่รักและผูกพัน จ นวน 6 ข้อ						

27. ญาติและบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร						
28. ท่านและผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะเศร้าโศกอย่างสม่ำเสมอ						
32.						

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการด าเนินการทดลอง

3.1) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

แผนการด าเนินกิจกรรมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบ ำบัด
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบ ำบัด

วัตถุประสงค์ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบ ำบัดและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

1. เห็นความส าคัญของการดูแลระยะท้ายที่สงบ
2. สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลในระยะท้ายที่สงบ
3. สามารถเกิดการรับรู้การตายสงบ

ผู้ด าเนินการ

นางสาววราภรณ์ อ่อนอนงค์

กลุ่มเป้าหมาย

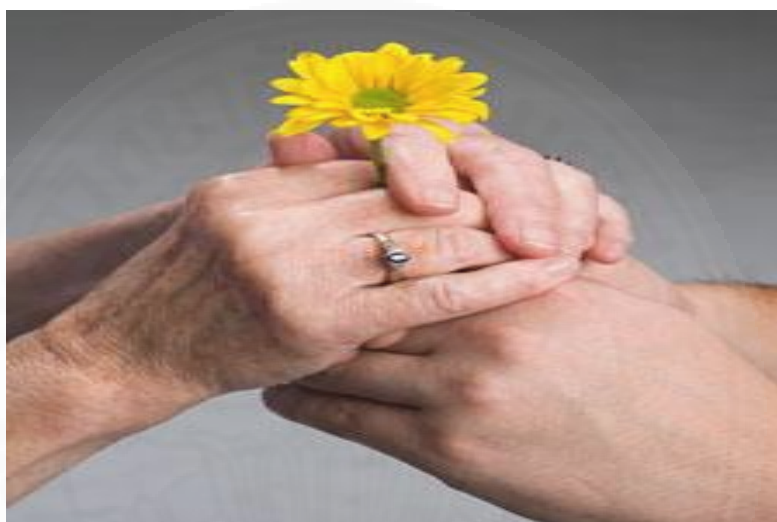
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบ ำบัดและญาติ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมิน
<p>เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>1. เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด</p> <p>2. สามารถสังเกตประเมินภาวะต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้</p> <p>3. สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระยะท้ายได้</p>	<p>ครั้งที่ 1 (เวลา 45-60 นาที)</p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉันนางสาววารภรณ์ อ่อนอนงค์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายดีในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สำหรับวัตถุประสงค์ที่จะมาดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดสิ่งเหล่านี้ต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล คือ 1) เพื่อให้เห็นความสำคัญของการดูแลระยะท้ายที่สงบ 2) เพื่อที่จะสามารถอธิบายการดูแลในระยะท้ายที่สงบได้ 3) เพื่อที่จะสามารถสังเกตและประเมินอาการหรือภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ 4) เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลในระยะท้ายที่สงบ และ 5) เพื่อที่จะสามารถทำให้เกิดการรับรู้การตายอย่างสงบได้</p>	<p>1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพื่อมารับยาเคมีบำบัด</p> <p>2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการท วิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและมีความไว้วางใจ</p> <p>หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างและญาติตัดสินใจเป็นอาสาสมัครวิจัย และเซ็นเอกสารเพื่อยินยอมในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยแล้วก็แจ้งวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและญาติท่ายของชีวิตและการตายสงบได้</p>	<p>1. ผู้วิจัย</p> <p>2. มัลติมีเดีย (ไอแพด) เปิดเพลงบรรเลง</p> <p>3. แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป</p> <p>- ฉบับสอบถามผู้ป่วย</p> <p>- ฉบับสอบถามญาติ</p> <p>4. ชุดประเมิน (Pre-test)</p>	<p>1. สังเกตการมีส่วนร่วม ของ กลุ่มตัวอย่างและญาติในแต่ละกิจกรรม</p> <p>2. กลุ่มตัวอย่างและญาติให้ความร่วมมือในการท กิจกรรม</p> <p>3. ข้อมูลที่รับจากแบบสอบถาม</p> <p>4. ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างและญาติในส่วนต่าง ๆ</p>

	<p>1. ก่อนที่จะเริ่มอธิบายกิจกรรมที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยจะให้ดิฉันเรียกผู้เข้าร่วมวิจัยว่าอย่างไรดีคะ (สรรพนามที่ใช้เรียกในการเข้าร่วมงานวิจัย) และขออนุญาตแทนตัวผู้วิจัยว่าพยาบาลนะคะ</p> <p>2. อธิบายให้ผู้เข้าร่วมในงานวิจัย (สรรพนามที่ใช้เรียก) รับทราบว่าดิฉันจะเข้าพบและพูดคุยพร้อมทั้งให้การดูแลทั้งหมด 4 ครั้งโดยจะมีโทรติดตามเยี่ยมร่วมด้วย 1 ครั้งไม่ทราบว่าสะดวกให้พยาบาลเข้าดูแลหรือไม่คะ ถ้าหากตกลงรบกวนลงชื่อยินยอมในเอกสารรับทราบในการเข้าร่วมกิจกรรมและอยู่ใน</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>3. ประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง</p> <p>3.1 ประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วย</p> <p>1) ประเมิน ESAS</p> <p>2) แบบประเมินความคาดหวังการตายอย่างสงบ (Peaceful death)</p> <p>3) ประเมิน PEOLCS-P ส าหรับผู้ป่วย</p> <p>4) ประเมิน PEOLCS-C ส าหรับผู้ดูแล</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
--	---	---	--	--

3.2) คู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในระยะประคับประคอง



ผู้ป่วยในระยะประคับประคองที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด หรือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดรวมกับการฉายรังสีรักษานั้น จะก่อให้เกิดความไม่สบายต่าง ๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่อย่างเหมาะสมและครบทุกด้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการจากไปได้ในวาระสุดท้ายอย่างสง่างามและเป็นสุขทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการไม่สบาย

อาการปวด



อาการปวด เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เป็นผลมาจากโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะแสดงออกมาในรูปของอาการปวดเฉพาะที่ หรือปวดทั่วร่างกายจากการลุกลามของโรค การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดสามารถทำได้ คือ

1. การรับประทานยาบรรเทาอาการปวดตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดคงที่



2. การบรรเทาอาการปวดโดยการดูแลอาการปวดแบบไม่ใช้

ยา เป็นวิธีการที่สามารถใช้ร่วมกับการจัดการอาการปวดแบบใช้ยาช่วยให้ลดปวดได้ดีขึ้นและสามารถใช้ได้มากกว่า 1 วิธี ดังต่อไปนี้

- การทำสมาธิ (meditation) โดยกำหนดจิตให้จดจ่ออยู่กับ ลมหายใจ การเคลื่อนไหว การขยับขึ้นลงของผนังหน้าท้องขณะหายใจเข้าใช้เวลาสั้น ๆ ครั้งละ 15 นาที แล้วเพิ่มเวลาขึ้นเป็น ครั้งละ 20-30 นาที ในทำนองหรือทำนองก็ได้



- การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) โดยการยืดเหยียดและเกร็งกล้ามเนื้อ ร่วมกับการบริหารการหายใจ (relaxation with breathing) โดยจัดให้อยู่ในสถานที่ที่สงบ และอยู่ในท่าที่สุขสบาย กำหนดการหายใจเข้าให้ลึกแล้วผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ

- การประคบร้อน/ประคบเย็น โดยประคบบริเวณที่ปวดครั้งละ 20-30 นาทีและพัก 10 นาที ทุก 2 ชั่วโมง

- การใช้ดนตรีบำบัด (music therapy) เป็นการฟังเพลงคลาสสิก เพลงบรรเลงเพื่อการผ่อนคลาย ลักษณะดนตรีไม่มีเนื้อร้อง ฟังครั้งละ 20-30 นาที วันละ 2 ครั้ง หรือตามที่ต้องการ โดยอยู่ในท่าที่สบาย

- หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ให้พามาพบแพทย์เพื่อทำการปรับยาให้เหมาะสมกับอาการปวดของผู้ป่วย

อาการคลื่นไส้-อาเจียน



อาการคลื่นไส้-อาเจียน เป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด หรือใน

ผู้ป่วยระยะประคับประคอง ซึ่งมีผลต่อการรับประทานอาหารและอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกายค่อนข้างมาก ดังนั้นการดูแลและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนจึงมีความสำคัญ สามารถทำได้โดย

1. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนอย่างสม่ำเสมอ

2. การให้ดื่มน้ำขิง เพื่อช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการดื่มเช่น แพ้ขิง หรือ มีแผลในช่องปากมาก เนื่องจากขิงเป็นพืชที่มีน้ำมันหอมระเหย ทำให้ลดอาการคลื่นไส้-อาเจียนได้ แต่ควรระวังในกรณีที่เกร็ดเลือดต่ำหรือรับประทานยาละลายลิ่มเลือด ควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลก่อนรับประทาน



3. ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีรสชาติเปรี้ยว หวาน

หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดหรือมีกลิ่นฉุน

4. หลังจากที่ได้รับประทานอาหารแล้วไม่ควรรีบนอน ควรนั่งพัก

นั่งพักอย่างน้อย 2 ชั่วโมง



“ปลงให้เป็น เย็นให้ได้ ใจเป็นสุข”



จัดทำโดย

นางสาววราภรณ์ อ่อนอนงค์

นักศึกษาปริญญาโท

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. แบบยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form)
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ (Participant Information Sheet)



1. แบบยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form)

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

(กลุ่มทดลอง)

ท าที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาววราภรณ์ อ่อนอนงค์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โทรศัพท์ 095-9587049

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7375

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการท าวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับค ขธิบาย จากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ จ านวน 4 ครั้ง ครั้งละ 30 – 60 นาที และตอบแบบสอบถามการคาดหวังการจากไปอย่างสงบ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย จ านวน 62 ข้อ และแบบประเมินการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล จำนวน 32 ข้อ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งๆ ละ 20 นาที รวม 60 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกท าลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูล ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำ ไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสาร ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้วิจัยหลัก

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

พยาน

พยาน

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

Informed Consent Form

(กลุ่มควบคุม)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ชื่อผู้วิจัย นางสาววราภรณ์ อ่อนอนงค์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โทรศัพท์ 095-9587049

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7375

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทําวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับค ขธิบาย** จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลา ตอบแบบสอบถามการคาดหวังการจากไปอย่างสงบ แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย รวม จำนวน 62 ข้อ และแบบประเมินการ

ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล จำนวน 32 ข้อ ทั้งสิ้น 3 ครั้ง ครั้งๆ ละ 20 นาที รวม 60 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ข้าพเจ้าได้รับการรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสาร ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนานางสีแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ (Participant Information Sheet)

ข้อมูล สำหรับอาสาสมัครวิจัย (Participant Information Sheet) กลุ่มทดลอง

โครงการวิจัยที่.....

ชื่อเรื่อง (ไทย) ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบ
ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) THE EFFECT OF A PEACEFUL END OF LIFE CARE PROGRAM ON PEACEFUL
DEATH AS PERCEIVED BY END-STAGE CANCER PATIENTS RECEIVING
CHEMOTHERAPY

ชื่อผู้วิจัย นางสาววราภรณ์ อ่อนอนงค์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็งก้อนทุมสามัญ (หลิมซีลัน) อาคารภูมิสิริ 20 โซนเอ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

(ที่บ้าน) 648 ตรอกนอกเขต ถ.นนทรี แขวง ซ่องนนทรี เขต ยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2564148

โทรศัพท์ 095-9587049 E-mail: waraporn.ona@gmail.com

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7375

ข้อมูล สำหรับอาสาสมัครวิจัย ประกอบด้วย

1. การเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. เหตุผลและความจำเป็นที่ควรทำการวิจัย

ในปัจจุบันผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีจ นวนมากขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบตั้งแต่ในระยะแรก จนถึงระยะสุดท้าย การรักษาโรคมะเร็งนั้นวิธีที่นิยมใช้วิธีหนึ่งคือการให้ยาเคมีบำบัดซึ่งสามารถใช้ได้ทุกระยะของมะเร็งด้วยจากการรักษาที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้การรักษาส่วนใหญ่เพียงพอเพื่อยืดระยะเวลาออกไปโดยไม่คำนึงถึงความต้องการอันแท้จริงของผู้ป่วยว่าต้องการสิ่งใดในระยะท้าย หรือในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมถึงการบอกข่าวร้าย การให้ข้อมูลในการรักษาและมีแนวโน้มว่าอาการจะทรุดลงเรื่อย ๆ จนถึงระยะสุดท้ายและต่อเนื่องถึงภายหลังการสูญเสียและการดูแลครอบครัว เพื่อบรรเทาอาการความเจ็บปวดไม่สบายทางกาย ทางจิตใจ และความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย อาจยังไม่เฉพาะเพียงพอในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่อาจมีชีวิตเหลืออยู่เพียงไม่เกิน 6 เดือน เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยยังมีชีวิตที่เหลืออยู่เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในทุก ๆ ด้านที่เฉพาะมากขึ้น ซึ่งการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ นั้นเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลแบบประคับประคองแต่เน้นการดูแลทุกมิติที่เฉพาะเจาะจงในระยะท้ายและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในระยะท้าย สามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายนี้ได้เป็นอย่างดีเป็นองค์รวมและเน้นการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเพื่อให้มีความสงบในระยะท้ายของชีวิต มีศักดิ์ศรี รวมทั้งได้รับการเคารพและให้คุณค่าอย่างคนมีชีวิตปกติ การดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบหมายถึง การดูแลที่มุ่งเน้นการทำให้มีชีวิตที่สงบ สุขสบายลดความทุกข์ทรมาน หรือความเจ็บปวด และอยู่อย่างมีความหมายในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่สำหรับทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคคลที่สำคัญอันเป็นที่รัก โดยไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะช่วงที่ใกล้ตายเพียงอย่างเดียว อีกทั้งยังได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์และได้รับการจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างคาใจโดยเป้าหมายของการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ คือ การตายอย่างสงบ สง่างาม เป็นการตายที่ดี และมีความหมาย สืบเนื่องตั้งแต่ยังมีชีวิตจวบจนวาระสุดท้ายของการตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีโครงสร้างโปรแกรมการดูแลในระยะท้ายอย่างมากมายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายแต่ส่วนใหญ่เน้นสร้างในต่างประเทศซึ่งมีบริบทที่ต่างกันทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งหมด ดังนั้นการดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามบริบทของสังคมไทยจะทำให้ทราบถึง ระดับการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้ และยังสามารถมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการตายอย่างสงบ และนำไปสู่การตายที่ดีต่อไป

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่ส่งต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

4. รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

4.1 ลักษณะของอาสาสมัครวิจัยตามเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ

1) ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะท้าย หรือ ใช้เกณฑ์เซอร์โพรส์ เควสชัน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการรักษาโดยการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการประคับประคอง หรือเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาเพื่อประคับประคองและมีผู้ดูแลใกล้ชิด หรือญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิดเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย แผนกผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรมมะเร็งก้อนทุมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2) ประเมินระดับผู้ป่วยระยะประคับประคองอยู่ในช่วง 40-70%

3) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมวิจัย นวน 4 ครั้ง

4) มีญาติผู้ดูแลใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือสมาชิกในครอบครัว และให้ความร่วมมือโดยการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย

4.2 ระบุ เพศ อายุ จ านวน

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หรือ ใช้เกณฑ์เซอร์โพรส์ เควสชัน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จ านวน 60 คน ซึ่งแต่ละรายจะมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเข้าร่วมในโปรแกรมวิจัยด้วย

4.3 วิธีการได้มาซึ่งอาสาสมัครวิจัย

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้
ด้านผู้ป่วย

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย หรือ ใช้เกณฑ์เซอร์โพรส์ เควสชัน และต้องได้รับการรักษาโดยการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการประคับประคอง หรือเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาเพื่อประคับประคอง

2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3) ประเมินระดับผู้ป่วยระยะประคับประคองอยู่ในช่วง 40-70% เป็นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการท ากิจกรรมได้ลดลง

4) มีญาติผู้ดูแลใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือสมาชิกในครอบครัว และให้ความร่วมมือโดยการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย

5) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ สามารถพูดและฟังเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

6) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบจนครบตามจำนวน 4 ครั้ง

7) แพทย์เจ้าของไข้ยินดีให้เข้าร่วมการวิจัย

ด้านญาติที่ใกล้ชิดหรือผู้ดูแล หรือบุคคลที่ใกล้ชิด

1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2) เป็นผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลรอง หรือญาติที่ใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นคนทีเลือกเอง

3) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ สามารถพูดและฟังเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

4) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบจนครบตามจำนวน 4 ครั้งหรืออย่างน้อย 3 ครั้ง (ร้อยละ 80)

เกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้

1) แพทย์ยุติการให้ยาเคมีบำบัดหรือการให้รังสีรักษา

2) ผู้ป่วยย้ายสถานที่ในการรักษาขณะเข้าร่วมวิจัย

3) ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

1) ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะที่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

2) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้และแพทย์ลง

ความเห็นให้ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน และ เพื่อลดตัวแปรภายนอกที่อาจมีผลต่อตัวแปรตามที่อาจเกิดขึ้น จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันด้วยวิธีจับคู่ โดยใช้ลักษณะของตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษาและ คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมาเป็นเงื่อนไขหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการจับคู่ ได้แก่ ช่วงอายุ เพศ และชนิดของมะเร็ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผลที่เกิดขึ้นมาจากตัวแปรต้นเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำ ต้าสาสมัครวิจัย

5.1 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับคือ

5.1.1 เมื่อได้รับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ แล้วผู้วิจัยได้เสนอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และต้องขอรับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่ออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็งก้อนทวมสามัญ โดยแจ้งหัวข้อเรื่องวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในโปรแกรมการวิจัยที่จะใช้กับผู้ป่วย

5.1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำ ตึกเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการท วิจัยและขอความร่วมมือในการศึกษา

5.1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญมะเร็งก้อนทวม โดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

- ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และขออนุญาตผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในการเก็บข้อมูล

- เมื่อได้รับการอนุญาตผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับความสามารถยกเลิกการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นแยกเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมไว้เฉพาะส่วน ไม่นามารวมไว้กับแบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

- เมื่อผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลใกล้ชิดลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการบันทึกข้อมูลตามที่ผู้ป่วยและญาติได้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยผู้ป่วยตอบคำถามทั้งสิ้น 4 ชุดคำถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย 3) แบบประเมินความคาดหวังการจากไปอย่างสงบ และ 4) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย ส าหรับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดใช้แบบประเมิน 3 ชุดคำถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความคาดหวังการจากไปอย่างสงบ และ 3) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่วางไว้ และมีการประเมินซ้ำอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 หลังสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้ชุดคำถามเดิม โดยผู้ป่วยจะลดเหลือ 3 ชุดคำถาม ได้แก่ 1) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย 2) แบบประเมินความคาดหวังการจากไปอย่างสงบ และ 3) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติหรือบุคคลใกล้ชิด เหลือ 2 ชุดคำถาม ได้แก่ 1) แบบประเมินความคาดหวังการจากไปอย่างสงบ และ 2) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล

**** รายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมงานวิจัย ****

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1) ใช้เวลา 45-60 นาที ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้การตายอย่างสงบ และ แบบประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ
- 2) กิจกรรมการผ่อนคลายร่างกาย
- 3) ประเมินอาการปวด
- 4) ประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมครั้งหน้าและนัดหมายครั้งต่อไป
- 5) ประเมินข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2) ใช้เวลา 30-45 นาที

- 1) ผู้วิจัยอธิบายถึงแนวทางการดูแลตามโปรแกรมและให้การดูแลและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามหลักทฤษฎีการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ
- 2) ประเมินผลการดูแลและให้ญาติใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแล
- 3) พูดคุยถึงสิ่งที่ต้องการและปรารถนาที่จะทำในช่วงสุดท้ายของชีวิต
- 4) เปิดโอกาสให้ญาติที่ใกล้ชิดมีเวลาอยู่ร่วมกันและมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งที่ค้างค้างและวางแผนในการจัดการเมื่ออยู่ในระยะท้ายของชีวิต
- 5) นัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 1) ใช้เวลา 15-20 นาที ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

- 1) สอบถามความต้องการและความช่วยเหลือเพิ่มเติม และนัดหมายครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 1) ใช้เวลา 30-45 นาที

- 1) ติดตามเยี่ยม และประเมินผลพร้อมทั้งสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรม
- 2) ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินการรับรู้การตายอย่างสงบ การประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบ
- 3) อธิบายถึงการจบโปรแกรม
- 4) กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและแจ้งช่องทางการติดต่อ
- 5) ภายหลังจากยุติโปรแกรมจะมีการติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ทบทวนปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ทุกสัปดาห์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ระยะติดตามผล หลังโปรแกรม 1 เดือน ใช้เวลา 30 นาที

- 1) ประเมินผลกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลใกล้ชิดโดยใช้แบบประเมินการรับรู้การตายอย่างสงบ การประเมินการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบทั้งผู้ป่วยและญาติ
- 2) กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและแจ้งช่องทางการติดต่อ

- ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนก่อนนำไปเก็บรวบรวมไว้ เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

5.2 การวิจัยที่อาสาสมัครวิจัยต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว หรือบันทึกความเห็น หรือการบันทึกภาพ หรือการนำเสนอประกอบของร่างกายไปศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

5.3 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลายแบบสอบถามทุกฉบับภายใน 1 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัย

6. ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีอันตรายจากการเข้าร่วมโปรแกรม แต่อาจมีความเสี่ยงจากการเข้าร่วมโปรแกรมที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัครวิจัย ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล หรือรู้สึกอึดอัดในการเข้าร่วมโปรแกรมหรือจากการตอบแบบสอบถาม/แบบประเมิน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดพักในการเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามความต้องการจนกว่าจะพร้อมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยใหม่ และหากมีความรู้สึกไม่สบายกาย หรือไม่สบายใจ รวมถึงมีความวิตกกังวลสูง ผู้วิจัยได้ประสานงานกับแพทย์ไว้เบื้องต้นก่อนทำโครงการวิจัยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออาสาสมัครวิจัยได้อย่างทันที่หากมีความเสี่ยงดังที่กล่าวมา โดยแนวทางในการประสานงานกับแพทย์นั้นได้แจ้งให้กับผู้ช่วยวิจัยรับทราบในการประสานงานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และหากเมื่อใดที่อาสาสมัครวิจัยพร้อมเข้าร่วมโปรแกรมก็สามารถนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมในโปรแกรมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

7. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ประโยชน์ส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ประสบการณ์ของการตายอย่างสงบว่าเป็นอย่างไร ให้เกิดความเข้าใจและพร้อมที่จะเผชิญความตายได้ในระยะท้ายอย่างสงบ และสง่างาม อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถได้รับการดูแลในระยะท้ายอย่างครบถ้วนตามองค์ประกอบในการดูแลในระยะท้าย ทางด้านพยาบาลก็สามารถนำมาเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วนมากขึ้น สำหรับประโยชน์ส่วนรวม หรือเป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อนำงานวิจัยมาทำการศึกษาต่อยอดในเรื่องของการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งในระดับที่กว้างขึ้น และสามารถพัฒนางานวิจัยให้เป็นแนวทางที่สามารถใช้ได้ในปัจจุบันและเป็นมาตรฐานที่สามารถปฏิบัติได้จริงแบบองค์รวมด้านการดูแลผู้ป่วยในทุกกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

8. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้อาสาสมัครวิจัย ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับของที่ระลึกภายหลังเข้าร่วมงานวิจัยเสร็จสิ้นในแต่ละครั้งได้แก่ ผ้าขนหนู กระเป๋าพลาสติกใส่ผ้าขนหนูขนาด 6 X 5 นิ้ว พัดลมมือถือ ลูกบอลพลาสติกสำหรับบริหารนิ้วมือ และสมุดคู่มือการดูแลระยะประคับประคอง เป็นการตอบแทนในการเข้าร่วมวิจัย

12. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381”

ข้อมูล ทรัพยากรศาสตร์วิจัย
(Participant Information Sheet)

กลุ่มควบคุม

โครงการวิจัยที่.....

ชื่อเรื่อง (ไทย) ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ) THE EFFECT OF A PEACEFUL END OF LIFE CARE PROGRAM ON PEACEFUL DEATH AS PERCEIVED BY END-STAGE CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY

ชื่อผู้วิจัย นางสาววารภรณ์ อ่อนอนงค์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

____(ที่ท งาน) หอผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็งก้อนทุมสามัญ (หลิมซีลัน) อาคารภูมิสิริ 20 โชนเอ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

(ที่บ้าน) 648 ตรอกนอกเขต ถ.นนทรี แขวง ช่งนนทรี เขต ยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

โทรศัพท์ (ที่ท งาน)02-2564148

โทรศัพท์ 095-9587049 E-mail: waraporn.ona@gmail.com

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7375

ข้อมูล ทรัพยากรศาสตร์วิจัย ประกอบด้วย

1. การเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจาเป็นที่ท่านควรทาความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทาเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. เหตุผลและความจา เป็นที่ต้งท การวิจัย

ในปัจจุบันผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนมากขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พบตั้งแต่ในระยะแรก จนถึงระยะสุดท้าย การรักษาโรคมะเร็งนั้นวิธีที่นิยมใช้วิธีหนึ่งคือการให้ยาเคมีบำบัดซึ่งสามารถใช้ได้ทุกระยะของมะเร็งด้วยการรักษาที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้นทำให้การรักษาส่วนใหญ่เพียงพอเพื่อยืดระยะเวลาออกไปโดยไม่คำนึงถึงความต้องการอันแท้จริงของผู้ป่วยว่าต้องการสิ่งใดในระยะท้าย หรือในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ รวมถึงการบอกข่าวร้าย การให้ข้อมูลในการรักษาและมีแนวโน้มว่าอาการจะทรุดลงเรื่อย ๆ จนถึงระยะสุดท้ายและต่อเนื่องถึงภายหลังการสูญเสียและการดูแลครอบครัว เพื่อบรรเทาอาการความเจ็บปวดไม่สบายทางกาย ทางจิตใจ และความทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย อาจยังไม่เฉพาะเพียงพอในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่อาจมีชีวิตรอดเหลืออยู่เพียงไม่เกิน 6 เดือน เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยยังมีชีวิตที่เหลืออยู่เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในทุก ๆ ด้านที่เฉพาะมากขึ้น ซึ่งการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ นั้นเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลแบบประคับประคองแต่เน้นการดูแลทุกมิติที่เฉพาะเจาะจงในระยะท้ายและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในระยะท้าย สามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายนี้ได้อย่างเป็นองค์รวมและเน้นการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเพื่อให้มีความสงบในระยะท้ายของชีวิต มีศักดิ์ศรี รวมทั้งได้รับการเคารพและให้คุณค่าอย่างคนมีชีวิตปกติ การดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบหมายถึง การดูแลที่มุ่งเน้นการทำให้มีชีวิตที่สงบ สุขสบายลดความทุกข์ทรมาน หรือความเจ็บปวด และอยู่อย่างมีความหมายในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่สำหรับทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคคลที่สำคัญอันเป็นที่รัก โดยไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเฉพาะช่วงที่ใกล้ตายเพียงอย่างเดียว อีกทั้งยังได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์และได้รับการจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ค้างคาในใจโดยเป้าหมายของการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ คือ การตายอย่างสงบ สง่างาม เป็นการตายที่ดี และมีความหมาย สืบเนื่องตั้งแต่ยังมีชีวิตจวบจนวาระสุดท้ายของการตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีโครงการดูแลในระยะท้ายอย่างมากมายในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายแต่ส่วนใหญ่เน้นสร้างในต่างประเทศซึ่งมีบริบทที่ต่างกันทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งหมด ดังนั้นการดาเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามบริบทของสังคมไทยจะทำให้ทราบถึง ระดับการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้ และยังสามารถมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการตายอย่างสงบ และนำไปสู่การตายที่ดีได้ต่อไป

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายอย่างสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด

4. รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

4.1 ลักษณะของอาสาสมัครวิจัยตามเกณฑ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1) ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะท้าย หรือ ใช้เกณฑ์ เซอร์ไพร์ส เควสชั่น มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการรักษาโดยการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการประคับประคอง หรือเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาเพื่อประคับประคองและมีผู้ดูแลใกล้ชิด หรือญาติผู้ป่วยที่ใกล้ชิดเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย แผนกผู้ป่วยใน ตึกอายุรกรรมมะเร็งก้อนทุมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2) แบบประเมินระดับผู้ป่วยระยะประคับประคองอยู่ในช่วง 40-70%

3) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมวิจัยจ นวน 4 ครั้ง

4) มีญาติผู้ดูแลใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือสมาชิกในครอบครัว และให้ความร่วมมือโดยการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย

4.2 ระบุ เพศ อายุ จ นวน

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หรือ ใช้เกณฑ์เซอร์ไพร์ส เควสชั่น มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จ นวน 60 คน ซึ่งแต่ละรายจะมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเข้าร่วมในโปรแกรมการวิจัยด้วย

4.3 วิธีการได้มาซึ่งอาสาสมัครวิจัย

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดทางด้านผู้ป่วย

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย หรือ ใช้เกณฑ์ เซอร์ไพร์ส เควสชั่น และต้องได้รับการรักษาโดยการได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อการแบบประคับประคอง หรือเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีรักษาเพื่อประคับประคอง

2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3) แบบประเมินระดับผู้ป่วยระยะประคับประคองอยู่ในช่วง 40-70% เป็นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการท ำกิจกรรมได้ลดลง

5) มีญาติผู้ดูแลใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด หรือสมาชิกในครอบครัว และให้ความร่วมมือโดยการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย

6) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ สามารถพูดและฟังเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

7) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบจนครบตามจำนวน 4 ครั้ง

8) แพทย์เจ้าของไข้ยินดีให้เข้าร่วมการวิจัย

ด้านญาติที่ใกล้ชิดหรือผู้ดูแล หรือบุคคลที่ใกล้ชิด

- 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลรอง หรือญาติที่ใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นคนเลือกเอง
- 3) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ สามารถพูดและฟังเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
- 4) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบจนครบตามจำนวน 4 ครั้งหรืออย่างน้อย 3 ครั้ง (ร้อยละ 80)

เกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้

- 1) แพทย์ยุติการให้ยาเคมีบำบัดหรือการให้รังสีรักษา
- 2) ผู้ป่วยย้ายสถานที่ในการรักษาขณะเข้าร่วมวิจัย
- 3) ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะที่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมวิจัย
- 2) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้และแพทย์ลง

ความเห็น

ให้ยุติการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกันและ เพื่อลดตัวแปรภายนอกที่อาจมีผลต่อตัวแปรตามที่อาจเกิดขึ้น จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันด้วยวิธีจับคู่ โดยใช้ลักษณะของตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษาและ คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมาเป็นเงื่อนไขหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการจับคู่ ได้แก่ ช่วงอายุ เพศ และชนิดของมะเร็ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผลที่เกิดขึ้นมาจากตัวแปรต้นเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำตามทฤษฎีการวิจัย

5.1 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับคือ

5.1.1 เมื่อได้รับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ แล้วผู้วิจัยได้เสนอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และต้องขอรับพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่ออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย ในหออผู้ป่วยอายุรกรรมมะเร็งก้อนทุมสามัญ โดยแจ้งหัวข้อเรื่องวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในโปรแกรมการวิจัยที่จะใช้กับผู้ป่วย

5.1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำตึกเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการท วิจัยและขอความร่วมมือในการศึกษา

5.1.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญมะเรียงก่อนทุม โดยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

- ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และขออนุญาตผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในการเก็บข้อมูล

- เมื่อได้รับการอนุญาตผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับความสามารถยกเลิกการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นแยกเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมไว้เฉพาะส่วน ไม่นามารวมไว้กับแบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

- เมื่อผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลใกล้ชิดลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ทำการบันทึกข้อมูลตาม que ผู้ป่วยและญาติได้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยผู้ป่วยตอบคำถามทั้งสิ้น 4 ชุดคำถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย 3) แบบประเมินความคาดหวังการจากไปอย่างสงบ และ 4) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย ส าหรับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดใช้แบบประเมิน 3 ชุดคำถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความคาดหวังการจากไปอย่างสงบ และ 3) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมที่วางไว้ และมีการประเมินซ้ำอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 หลังสิ้นสุดโปรแกรมและในระยะเวลาติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้ชุดคำถามเดิม โดยผู้ป่วยจะลดเหลือ 3 ชุดคำถาม ได้แก่ 1) แบบประเมินเพื่อติดตามอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย 2) แบบประเมินความคาดหวังการจากไปอย่างสงบ และ 3) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของผู้ป่วย และญาติหรือบุคคลใกล้ชิด เหลือ 2 ชุดคำถาม ได้แก่ 1) แบบประเมินความคาดหวังการจากไปอย่างสงบ และ 2) แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่สงบตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแล และได้รับการดูแลตามปกติประจำ หอผู้ป่วย

- ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนก่อนนำไปเก็บรวบรวมไว้ เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

5.2 การวิจัยที่อาสาสมัครวิจัยต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว หรือบันทึกความเห็น หรือการบันทึกภาพ หรือการนำเสนอประกอบของร่างกายไปศึกษา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

5.3 เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลายแบบสอบถามทุกฉบับภายใน 1 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัย

6. ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีอันตรายจากการเข้าร่วมโปรแกรม แต่อาจมีความเสี่ยงจากการเข้าร่วมโปรแกรมที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัครวิจัย ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล หรือรู้สึกอึดอัดในการเข้าร่วมโปรแกรมหรือจากการตอบแบบสอบถาม/แบบประเมิน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดพักในการเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามความต้องการจนกว่าจะพร้อมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยใหม่ และหากมีความรู้สึกไม่สบายกาย หรือไม่สบายใจ รวมถึงมีความวิตกกังวลสูง ผู้วิจัยได้ประสานงานกับแพทย์ไว้เบื้องต้นก่อนทำโครงการวิจัยเพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออาสาสมัครวิจัยได้อย่างทันท่วงทีหากมีความเสี่ยงดังที่กล่าวมา โดยแนวทางในการประสานงานกับแพทย์นั้นได้แจ้งให้กับผู้ช่วยวิจัยรับทราบในการประสานงานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และหากเมื่อใดที่อาสาสมัครวิจัยพร้อมเข้าร่วมโปรแกรมก็สามารถนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมในโปรแกรมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

7. **ประโยชน์**ในการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ประโยชน์ส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ประสบการณ์ของการตายอย่างสงบว่าเป็นอย่างไร ให้เกิดความเข้าใจและพร้อมที่จะเผชิญความตายได้ในระยะท้ายอย่างสงบ และสง่างาม อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถได้รับการดูแลในระยะท้ายอย่างครบถ้วนตามองค์ประกอบในการดูแลในระยะท้าย ทางด้านพยาบาลก็สามารถนำมาเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วนมากขึ้น สำหรับประโยชน์ส่วนรวม หรือเป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อนำงานวิจัยมาหาการศึกษาต่อยอดในเรื่องของการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งในระดับที่กว้างขึ้น และสามารถพัฒนางานวิจัยให้เป็นแนวทางที่สามารถใช้ได้ในปัจจุบันและเป็นมาตรฐานที่สามารถปฏิบัติได้จริงแบบองค์รวมด้านการดูแลผู้ป่วยในทุกกลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ

8. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้อาสาสมัครวิจัย ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับของที่ระลึกภายหลังเข้าร่วมงานวิจัยเสร็จสิ้นในแต่ละครั้ง ได้แก่ ผ้าขนหนู กระเป๋าพลาสติกใส่ผ้าขนหนูขนาด 6 X 5 นิ้ว พัดลมมือถือ ลูกบอลพลาสติก

สำหรับบริหารนิ้วมือ และสมุดคู่มือการดูแลระยะประคับประคอง เป็นการตอบแทนในการเข้าร่วมวิจัย

12. “หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381”



ภาคผนวก ค
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



คณะกรรมการจริยธรรมการทําริชัยในคน มร.ชุดที่ 1 และ หน่วยวิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์

ขอมอบประกาศนียบัตรนี้เพื่อแสดงว่า

วราภรณ์ อ่อนหงศ์

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer-based)

“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP)”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 18 พฤศจิกายน 2560 ถึงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2562

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไววอง จินทวีเมสิง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.ชุดที่ 1

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ทองเกียรติ ภูณชกัฒนธาร)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 059/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 035/2561
ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบต่อการรับรู้การตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัด
: THE EFFECT OF A PEACEFUL END OF LIFE CARE PROGRAM ON PEACEFUL DEATH AS PERCEIVED BY END-STAGE CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรภรณ์ อ่อนนงค์
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เหล่าเกียรติ)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 30 พฤษภาคม 2561

วันหมดอายุ : 29 พฤษภาคม 2562

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 30 พฤศจิกายน 2561

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น



COA No. 637/2018

IRB No. 283/61

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

 1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in 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 : THE EFFECT OF A PEACEFUL END OF LIFE CARE PROGRAM ON PEACEFUL DEATH AS PERCEIVED BY END-STAGE CANCER PATIENTS RECEIVING CHEMOTHERAPY.

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Waraporn Onanong

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Thammasat University.

Review Method : Full board

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

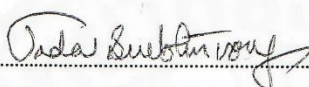
1. Research Proposal Version 2.0 Date 19 June 2018
2. Protocol Synopsis Version 1.0 Date 9 May 2018
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 19 June 2018
4. Informed consent for participating volunteers Version 3.0 Date 9 July 2018
5. Tools used to store data Version 1.0 Date 9 May 2018
6. Budget Version 1.0 Date 9 May 2018

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



7. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Waraporn Onanong
- Assist.Prof. Yaowarat Matchim, Ph.D.
- Assist.Prof. Phornlert Chatrkaw, M.D.

Signature 

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)

Chairperson

The Institutional Review Board

Signature 

(Associate Professor Supeecha Wittayalerpanya)

Member and Assistant Secretary, Acting Secretary

The Institutional Review Board

Date of Approval : July 12, 2018

Approval Expire Date : July 11, 2019

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

ภาคผนวก ง
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
อาจารย์ นพ.ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถยากร	แพทย์ประจำศูนย์หัวใจ โรงพยาบาล รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปริญญา แร่ทอง	อ า จ า ร ย ์ ค ณ ะ พ ย า บ า ล ศ า ส ต ร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางสาวกันยารัตน์ สิ้นสุวรรณกุล	ตำแหน่งผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาลระดับ 7 รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
นางทิพย์พร สงวนทรัพย์	พยาบาลระดับ 6 รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นและผลของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ๑
(Repeated measure ANOVA)

ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวัดซ้ำ ๑ (Repeated measure ANOVA)

- 1) กลุ่มตัวอย่างต้องเป็นอิสระต่อกัน
- 2) มีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normality distribution)
- 3) ระดับความสัมพันธ์ของการวัดแต่ละครั้งมีขนาดเท่ากัน และความแปรปรวนมีขนาดเท่ากัน (compound symmetry)

การแสดงผลการกระจายปกติของข้อมูล (Normality distribution)

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

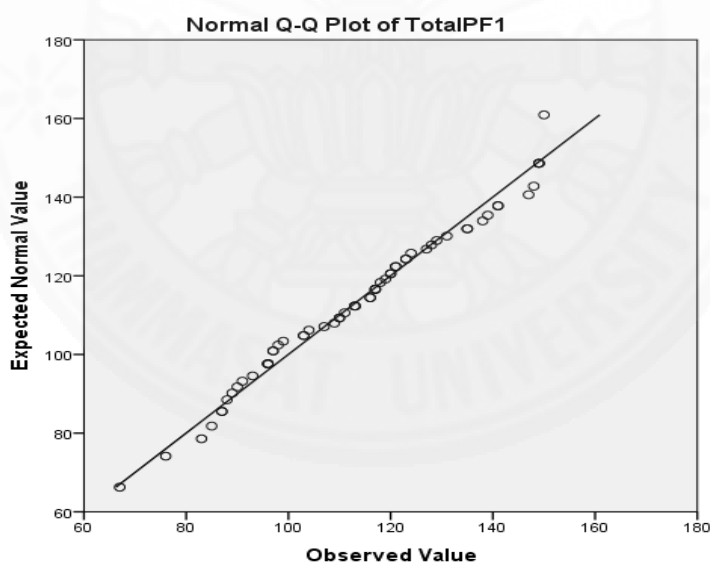
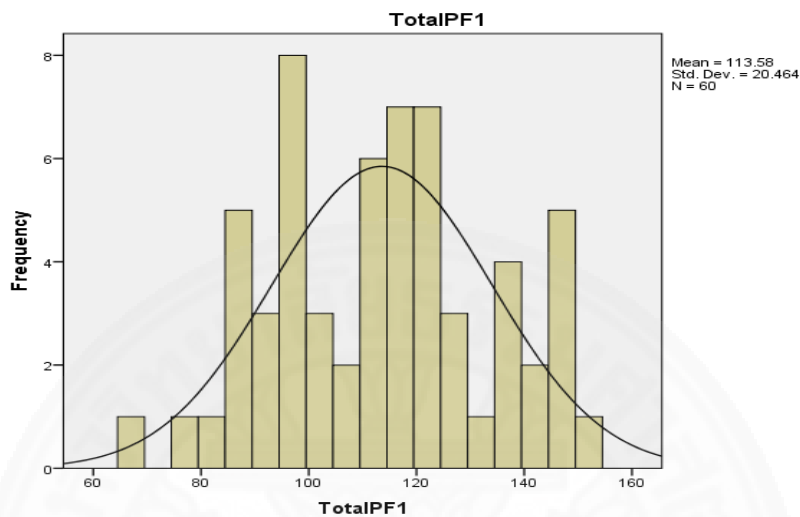
Tests of Normality

	ชนิดกลุ่ม	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TotalPF1	กลุ่มควบคุม	.136	30	.163	.963	30	.366
	กลุ่มทดลอง	.102	30	.200	.973	30	.629

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

คะแนนการรับรู้การตายสงบ



จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) โดยการทดสอบด้วยสถิติ Mauchly's test of Sphericity พบว่า ตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ คือ แบบประเมินการรับรู้การตายสงบ มีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ (Normality distribution) แต่ค่า Mauchly's test of sphericity significant ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงรายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser แทน

การผลการทดสอบการใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบในกลุ่มทดลอง

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
PF	.569	32.189	2	.000	.699	.710	.500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: PF

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Sphericity Assumed	11080.299	2	5540.149	30.216	.000
	Greenhouse-Geisser	11080.299	1.387	7987.152	30.216	.000
	Huynh-Feldt	11080.299	1.437	7713.097	30.216	.000
	Lower-bound	11080.299	1.000	11080.299	30.216	.000
Error(factor1)	Sphericity Assumed	10267.701	56	183.352		
	Greenhouse-Geisser	10267.701	38.843	264.336		
	Huynh-Feldt	10267.701	40.224	255.266		
	Lower-bound	10267.701	28.000	366.704		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	factor1	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Linear	8962.776	1	8962.776	32.101	.000
	Quadratic	2117.523	1	2117.523	24.200	.000
Error(factor1)	Linear	7817.724	28	279.204		
	Quadratic	2449.977	28	87.499		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	1468480.563	1	1468480.563	4258.918	.000
Error	9654.437	28	344.801		

เปรียบเทียบค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. คะแนนรวมการรับรู้การตายสงบ

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
factor1	.647	24.378	2	.000	.739	.767	.500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + gr

Within Subjects Design: factor1

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Sphericity Assumed	7926.231	2	3963.115	22.411	.000
	Greenhouse-Geisser	7926.231	1.478	5361.891	22.411	.000
	Huynh-Feldt	7926.231	1.535	5164.211	22.411	.000
	Lower-bound	7926.231	1.000	7926.231	22.411	.000
factor1 * gr	Sphericity Assumed	3732.491	2	1866.245	10.553	.000
	Greenhouse-Geisser	3732.491	1.478	2524.934	10.553	.000
	Huynh-Feldt	3732.491	1.535	2431.846	10.553	.000
	Lower-bound	3732.491	1.000	3732.491	10.553	.002
Error(factor1)	Sphericity Assumed	20159.679	114	176.839		
	Greenhouse-Geisser	20159.679	84.260	239.254		
	Huynh-Feldt	20159.679	87.486	230.434		
	Lower-bound	20159.679	57.000	353.679		

Tests of Within-Subjects Contrasts

Measure: MEASURE_1

Source	factor1	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Linear	6443.278	1	6443.278	25.899	.000
	Quadratic	1482.952	1	1482.952	14.138	.000
factor1 * gr	Linear	2997.143	1	2997.143	12.047	.001
	Quadratic	735.348	1	735.348	7.011	.010
Error(factor1)	Linear	14180.874	57	248.787		
	Quadratic	5978.805	57	104.891		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	1468480.563	1	1468480.563	4258.918	.000
Error	9654.437	28	344.801		

ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการตายสงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่
ได้รับยาเคมีบำบัดรายด้าน (n = 60)

การรับรู้การตาย สงบ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3*	
	กลุ่ม ควบคุม (n=30) M (SD)	กลุ่ม ทดลอง (n=30) M (SD)	กลุ่ม ควบคุม (n=30) M (SD)	กลุ่ม ทดลอง (n=30) M (SD)	กลุ่ม ควบคุม (n=30) M (SD)	กลุ่ม ทดลอง (n=29) M (SD)
ด้าน 1	25.93	27.50	26.77	31.93	27.10	33.03
มิติด้านร่างกาย	(4.856)	(5.557)	(5.703)	(3.300)	(4.978)	(3.224)
ด้าน 2	33.43	32.00	34.97	39.87	34.73	39.97
มิติด้านจิตใจ	(7.785)	(6.792)	(6.376)	(4.547)	(6.549)	(4.338)
ด้าน 3	19.57	19.10	20.63	23.43	20.50	23.59
มิติด้านสังคม	(4.133)	(3.067)	(3.846)	(2.079)	(3.627)	(1.991)
ด้าน 4	19.37	19.17	19.73	23.07	20.07	23.24
มิติด้านจิตวิญญาณ	(3.653)	(3.621)	(3.331)	(2.559)	(3.453)	(2.628)
ด้าน 5	15.77	15.33	16.13	18.80	16.37	19.03
มิติด้านสถานที่	(2.921)	(2.783)	(2.991)	(1.710)	(2.684)	(1.636)

รวม	114.07	113.10	118.23	137.10	118.77	138.86
	(21.286)	(19.961)	(12.513)	(12.513)	(19.592)	(12.772)

ครั้งที่ 1= ก่อนการให้โปรแกรม, ครั้งที่ 2 = หลังให้โปรแกรมเสร็จทันที, ครั้งที่ 3 = ระยะติดตาม 1 เดือน

* ครั้งที่ 3 n= 59 ราย

ทดสอบรายด้าน

ด้านที่ 1 ร่างกาย

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Sphericity Assumed	323.484	2	161.742	12.969	.000
	Greenhouse-Geisser	323.484	1.668	193.913	12.969	.000
	Huynh-Feldt	323.484	1.743	185.629	12.969	.000
	Lower-bound	323.484	1.000	323.484	12.969	.001
factor1 * gr	Sphericity Assumed	131.620	2	65.810	5.277	.006
	Greenhouse-Geisser	131.620	1.668	78.900	5.277	.010
	Huynh-Feldt	131.620	1.743	75.529	5.277	.009
	Lower-bound	131.620	1.000	131.620	5.277	.025
Error(factor1)	Sphericity Assumed	1421.759	114	12.472		
	Greenhouse-Geisser	1421.759	95.087	14.952		
	Huynh-Feldt	1421.759	99.330	14.313		
	Lower-bound	1421.759	57.000	24.943		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	146358.958	1	146358.958	3614.527	.000
gr	825.398	1	825.398	20.384	.000
Error	2308.037	57	40.492		

ด้านที่ 2 จิตใจ

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Sphericity Assumed	799.862	2	399.931	18.963	.000
	Greenhouse-Geisser	799.862	1.464	546.373	18.963	.000
	Huynh-Feldt	799.862	1.519	526.486	18.963	.000
	Lower-bound	799.862	1.000	799.862	18.963	.000
factor1 *gr	Sphericity Assumed	377.489	2	188.744	8.950	.000
	Greenhouse-Geisser	377.489	1.464	257.857	8.950	.001
	Huynh-Feldt	377.489	1.519	248.471	8.950	.001
	Lower-bound	377.489	1.000	377.489	8.950	.004
Error(factor1)	Sphericity Assumed	2404.240	114	21.090		
	Greenhouse-Geisser	2404.240	83.445	28.812		
	Huynh-Feldt	2404.240	86.597	27.764		
	Lower-bound	2404.240	57.000	42.180		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	227562.455	1	227562.455	3110.956	.000
gr	389.438	1	389.438	5.324	.025
Error	4169.477	57	73.149		

ด้านที่ 3 จิตสังคม

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Sphericity Assumed	271.855	2	135.928	26.809	.000
	Greenhouse-Geisser	271.855	1.617	168.139	26.809	.000
	Huynh-Feldt	271.855	1.686	161.211	26.809	.000
	Lower-bound	271.855	1.000	271.855	26.809	.000
factor1 * gr	Sphericity Assumed	105.076	2	52.538	10.362	.000
	Greenhouse-Geisser	105.076	1.617	64.988	10.362	.000
	Huynh-Feldt	105.076	1.686	62.310	10.362	.000
	Lower-bound	105.076	1.000	105.076	10.362	.002
Error(factor1)	Sphericity Assumed	578.009	114	5.070		
	Greenhouse-Geisser	578.009	92.161	6.272		
	Huynh-Feldt	578.009	96.121	6.013		
	Lower-bound	578.009	57.000	10.141		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	79204.966	1	79204.966	3702.978	.000
gr	150.932	1	150.932	7.056	.010
Error	1219.203	57	21.390		

ด้านที่ 4 จิตวิญญาณ

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Sphericity Assumed	202.380	2	101.190	14.549	.000
	Greenhouse-Geisser	202.380	1.637	123.616	14.549	.000
	Huynh-Feldt	202.380	1.709	118.448	14.549	.000
	Lower-bound	202.380	1.000	202.380	14.549	.000
factor1 *gr	Sphericity Assumed	117.160	2	58.580	8.423	.000
	Greenhouse-Geisser	117.160	1.637	71.562	8.423	.001
	Huynh-Feldt	117.160	1.709	68.571	8.423	.001
	Lower-bound	117.160	1.000	117.160	8.423	.005
Error(factor1)	Sphericity Assumed	792.874	114	6.955		
	Greenhouse-Geisser	792.874	93.319	8.496		
	Huynh-Feldt	792.874	97.390	8.141		
	Lower-bound	792.874	57.000	13.910		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	76370.661	1	76370.661	4246.390	.000
gr	196.084	1	196.084	10.903	.002
Error	1025.136	57	17.985		

ด้านที่ 5 สถานที่

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
factor1	Sphericity Assumed	153.867	2	76.934	19.540	.000
	Greenhouse-Geisser	153.867	1.518	101.390	19.540	.000
	Huynh-Feldt	153.867	1.578	97.524	19.540	.000
	Lower-bound	153.867	1.000	153.867	19.540	.000
factor1 *gr	Sphericity Assumed	86.432	2	43.216	10.976	.000
	Greenhouse-Geisser	86.432	1.518	56.954	10.976	.000
	Huynh-Feldt	86.432	1.578	54.782	10.976	.000
	Lower-bound	86.432	1.000	86.432	10.976	.002
Error(factor1)	Sphericity Assumed	448.856	114	3.937		
	Greenhouse-Geisser	448.856	86.502	5.189		
	Huynh-Feldt	448.856	89.931	4.991		
	Lower-bound	448.856	57.000	7.875		

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Intercept	50646.207	1	50646.207	4522.037	.000
gr	121.642	1	121.642	10.861	.002
Error	638.392	57	11.200		

การเปรียบเทียบแบบพหุคูณ (Multiple comparison) โดยสถิติ Bonferroni correction

กลุ่มทดลอง

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) factor1	(J) factor1	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-13.373 [*]	2.901	.000	-20.524	-6.222
	3	-14.610 [*]	3.169	.000	-22.422	-6.798
2	1	13.373 [*]	2.901	.000	6.222	20.524
	3	-1.237	1.579	1.000	-5.130	2.655
3	1	14.610 [*]	3.169	.000	6.798	22.422
	2	1.237	1.579	1.000	-2.655	5.130

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the .05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

กลุ่มควบคุม

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) factor1	(J) factor1	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-13.373 [*]	2.901	.000	-20.524	-6.222

	3	-14.610 [*]	3.169	.000	-22.422	-6.798
2	1	13.373 [*]	2.901	.000	6.222	20.524
	3	-1.237	1.579	1.000	-5.130	2.655
3	1	14.610 [*]	3.169	.000	6.798	22.422
	2	1.237	1.579	1.000	-2.655	5.130

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the .05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การตายสงบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
รายคู่ (bonferroni)

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) factor1	(J) factor1	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-13.532 [*]	2.650	.000	-20.069	-6.994
	3	-14.781 [*]	2.904	.000	-21.945	-7.617
2	1	13.532 [*]	2.650	.000	6.994	20.069
	3	-1.249	1.590	1.000	-5.172	2.673
3	1	14.781 [*]	2.904	.000	7.617	21.945
	2	1.249	1.590	1.000	-2.673	5.172

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the .05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

3. ชนิดกลุ่ม * factor1

Measure: MEASURE_1

ชนิดกลุ่ม	factor1	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
กลุ่มควบคุม	1	114.067	3.746	106.566	121.567
	2	118.233	3.139	111.947	124.519
	3	118.767	3.030	112.699	124.834
กลุ่มทดลอง	1	114.000	3.810	106.371	121.629

2	136.897	3.193	130.503	143.290
3	138.862	3.082	132.691	145.033

ตารางเทียบคะแนนอาการรบกวนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง	กลุ่ม ควบคุม	กลุ่ม ทดลอง
	Mean (SD)		Mean (SD)		Mean (SD)	
ปวด	3.47 (2.240)	3.63 (2.341)	3.07 (2.083)	2.50 (2.77)	3.6 (2.078)	2.17 (1.947)
อ่อนเพลีย	3.03 (2.580)	2.93 (1.741)	3.27 (2.586)	2.53 (1.548)	3.5 (2.316)	2.90 (1.205)
คลื่นไส้	3.30 (2.654)	2.43 (1.775)	2.87 (2.569)	3.13 (1.279)	3.5 (2.047)	2.93 (1.412)
ซึมเศร้า	.93 (2.273)	.00 (0)	1.20 (2.124)	.14 (5.71)	1.3 (2.120)	.24 (.636)
วิตกกังวล	2.20 (2.683)	2.90 (1.626)	2.40 (2.343)	2.33 (1.061)	2.7 (2.054)	2.38 (.862)
ง่วงซึม	2.57 (2.609)	1.40 (1.610)	2.57 (2.459)	1.67 (1.269)	2.73 (1.964)	1.55 (1.121)
เบื่ออาหาร	4.80 (2.759)	3.50 (1.834)	3.77 (2.622)	3.57 (1.135)	4.4 (2.430)	3.38 (1.347)

ไม่สบายกาย/ใจ	4.40 (2.749)	2.80 (1.215)	3.27 (2.9)	1.77 (1.406)	3.03 (2.399)	2.17 (1.167)
เหนื่อยหอบ	3.13 (2.825)	2.67 (1.953)	2.7 (2.535)	1.97 (1.542)	2.83 (2.321)	2.00 (1.414)
อื่น ๆ	1.23 (2.956)	1.00 (1.930)	.37 (1.033)	.30 (1.149)	.43 (1.305)	.00 (0)

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1

		pain	fatigue	N/V	depression	anxiety	drowsy	poor diet	finephysical/mind	dyspnea	อาการอื่นๆ
N Valid		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Missing		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3.47	3.03	3.30	.93	2.20	2.57	4.80	4.40	3.13	1.23
Std. Deviation		2.240	2.580	2.654	2.273	2.683	2.609	2.759	2.749	2.825	2.956
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum		9	9	8	10	10	8	10	10	9	10

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 2

Statistics

		pain2	fatigue2	N/V2	depression2	anxiety2	drowsy2	poor diet2	finephysical/mind2	dyspnea2	อาการอื่นๆ2
N Valid		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Missing		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3.07	3.27	2.87	1.20	2.40	2.57	3.77	3.27	2.70	.37
Std. Deviation		2.083	2.586	2.569	2.124	2.343	2.459	2.622	2.900	2.535	1.033
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Maximum	8	10	10	8	8	9	10	10	8	4
---------	---	----	----	---	---	---	----	----	---	---

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 3

Statistics

		pain3	fatigue3	N/V3	depression3	anxiety3	drowsy3	poor diet3	finephysical/mind3	dyspnea3	อาการอื่นๆ3
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	3.60	3.50	3.50	1.30	2.70	2.73	4.40	3.03	2.83	.43
	Std. Deviation	2.078	2.316	2.047	2.120	2.054	1.964	2.430	2.399	2.321	1.305
	Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Maximum	8	8	8	8	8	5	10	9	8	6

กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1

Statistics

		pain	fatigue	N/V	depression	anxiety	drowsy	poor diet	finephysical/mind	dyspnea	อาการอื่นๆ
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Mean	3.63	2.93	2.43	.00	2.90	1.40	3.50	2.80	2.67	1.00
Std. Deviation	2.341	1.741	1.775	.000	1.626	1.610	1.834	1.215	1.953	1.930
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	8	7	5	0	5	5	8	5	9	5

กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2

Statistics

		pain2	fatigue2	N/V2	depression2	anxiety2	drowsy2	poor diet2	finephysical/mind2	dyspnea2	อาการอื่นๆ2
N Valid		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Missing		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2.50	2.53	3.13	.13	2.33	1.67	3.57	1.77	1.97	.30
Std. Deviation		2.177	1.548	1.279	.571	1.061	1.269	1.135	1.406	1.542	1.149
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum		10	5	5	3	5	5	5	5	5	5

Statistics

		pain3	fatigue3	N/V3	depression3	anxiety3	drowsy3	poor diet3	finephysical/mind3	dyspnea3	อาการอื่นๆ3
N Valid		29	29	29	29	29	29	29	29	29	29

Missing	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mean	2.17	2.90	2.93	2.24	2.38	1.55	3.38	2.17	2.00	2.00
Std. Deviation	1.947	1.205	1.412	1.636	1.862	1.121	1.347	1.167	1.414	1.000
Minimum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum	8	5	5	2	3	3	5	5	5	0

กลุ่มทดลอง ครั้งที่ 3

ESAS เทียบ 3 ครั้ง ตามระดับอาการ

อาการ	กลุ่มควบคุม								
	ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2			ครั้งที่ 3		
	น้อย N (ร้อยละ)	ปานกลาง N (ร้อยละ)	มาก N (ร้อยละ)	น้อย N (ร้อยละ)	ปานกลาง N (ร้อยละ)	มาก N (ร้อยละ)	น้อย N (ร้อยละ)	ปานกลาง N (ร้อยละ)	มาก N (ร้อยละ)
ปวด	17 (56.7)	10 (33.3)	3 (10)	19 (63.3)	9 (30)	2 (6.7)	16 (53.3)	11 (36.7)	3 (10)
อ่อน ล้า	17 (56.7)	10 (33.3)	3 (10)	13 (43.4)	15 (50)	2 (6.7)	15 (50)	11 (36.7)	4 (13.3)
คลื่น ไส้	15 (50)	11 (36.7)	4 (13.3)	18 (60)	10 (33.3)	2 (6.7)	16 (53.3)	12 (40)	2 (6.7)
ซึมเศร ษา	28 (93.3)	-	2 (6.7)	25 (83.3)	4 (13.3)	1 (3.3)	25 (83.3)	4 (13.3)	1 (3.3)

วิต ก กังวล	23 (76.7)	5 (16.7)	2 (6.7)	20 (66.7)	9 (30)	1 (3.3)	21 (70)	8 (26.7)	1 (3.3)
ง่วงซึม	17 (56.7)	12 (40)	1 (3.3)	21 (70)	7 (23.3)	2 (6.7)	19 (63.3)	11 (36.7)	-
เ ปี อ อาหาร	9 (30)	13 (43.3)	8 (26.7)	13 (43.4)	14 (46.7)	3 (10)	12 (40)	12 (40)	6 (20)
ไม่ สบาย กาย	9 (30)	15 (50)	6 (20)	17 (56.7)	9 (30)	4 (13.3)	20 (66.7)	8 (26.7)	2 (6.7)
เหนื่อย หอบ	15 (50)	11 (36.7)	4 (13.3)	18 (60)	9 (30)	3 (10)	19 (63.3)	9 (30)	2 (6.7)
อื่น ๆ	26 (86.7)	1 (3.3)	3 (10)	29 (96.7)	1 (3.3)	-	29 (96.7)	1 (3.3)	-

ESAS เทียบ 3 ครั้ง จ นวนผู้ป่วยตามระดับอาการ

อาการ	กลุ่มทดลอง								
	ครั้งที่ 1 (n=30)			ครั้งที่ 2 (n=30)			ครั้งที่ 3 (n=29)		
	น้อย N (ร้อยละ)	ปาน กลาง N (ร้อยละ)	มาก N (ร้อยละ)	น้อย N (ร้อยละ)	ปาน กลาง N (ร้อยละ)	มาก N (ร้อยละ)	น้อย N (ร้อยละ)	ปาน กลาง N (ร้อยละ)	มาก N (ร้อยละ)
ปวด	12 (40)	16 (53.3)	2 (6.7)	25 (83.3)	4 (13.3)	1 (3.3)	26 (86.7)	2 (6.7)	1 (3.3)
อ อ น ล้า	23 (76.7)	5 (16.7)	2 (6.7)	25 (83.3)	5 (16.7)	-	24 (80)	5 (16.)	-
คลื่นไ ส	24 (80)	6 (20)	-	20 (66.6)	10 (33.3)	-	23 (76.7)	6 (20)	-

ซิมเคร า	30 (100)	-	-	30 (100)	-	-	29 (96.7)	1 (3.3)	-
วิ ต ก กังวล	22 (73.3)	8 (26.7)	-	29 (96.7)	1 (3.3)	-	29 (96.7)	1 (3.3)	-
ง ว ง ซิม	27 (90)	3 (10)	-	29 (96.7)	1 (3.3)	-	29 (96.7)	1 (3.3)	-
เ ปี อ อาหาร	20 (66.6)	8 (26.7)	2 (6.7)	19 (63.3)	11 (36.7)	-	18 (60)	11 (36.7)	-
ไม สบาย กาย	25 (83.3)	5 (16.7)	-	29 (96.7)	1 (3.3)	-	28 (93.3)	1 (3.3)	-
เหนื่อ ยหอบ	26 (86.7)	2 (6.7)	2 (6.7)	26 (86.7)	4 (13.3)	-	26 (86.7)	3 (10)	-
อื่น ๆ	25 (83.3)	5 (16.7)	-	28 (93.3)	2 (6.7)	-	29 (96.7)	-	-

ผู้ให้ข้อมูล (กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะท้ายของชีวิตที่สงบ)

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 31

เป็นหญิงอายุ 36 ปี นับถือศาสนาอิสลาม จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพพนักงานธนาคาร วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ระยะที่ 4 เพิ่งทราบเมื่อ 4 เดือน เพิ่งแต่งงานมาได้ 2 เดือนก็รับทราบว่า เป็นมะเร็งระยะท้าย ยังไม่มีบุตรสามีให้การดูแลตลอดที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สิ่งที่ต้องการครั้งสุดท้ายคือ มีบุตร และต้องการไปแสวงบุญประกอบพิธีฮัจญ์ที่เมกะ (ผู้ป่วยได้ทำแล้ว หลังให้ยาเคมี บำบัดครบ)สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 32

เป็นเพศชาย อายุ 60 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นมะเร็งโคนลิ้น ระยะที่ 4 รับทราบว่าป่วยมานาน 1 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เคยรักษาด้วยการผ่าตัด ฉายรังสีรักษา และให้ยาเคมีบำบัดมาแล้ว ขณะที่อยู่ระหว่างดำเนินการวิจัยผู้ป่วยปวดค้อยข้างมาก

คะแนน 8 คะแนน มียาทานเป็น MST 10 mg oral q 12 hr. และมี Tramal 50 mg 1 cap oral PRN ใส่สายให้อาหารทางจมูก โดยมีภรรยาเป็นคนดูแล มีลูก 1 คน อายุ 32 ปี เป็นผู้หญิง ทำงานแล้วแต่ยังไม่ได้แต่งงาน สิ่งที่ต้องการครั้งสุดท้ายคือ อยากรู้อีกเป็นฝั่งเป็นฝา กลัวลูกต้องอยู่คนเดียว เมื่อพ่อกับแม่ตายไป สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 33

เป็นเพศชาย อายุ 62 ปี จบการศึกษา ปวส. ตอนนี้อยู่เกษียณแล้ว เปิดกิจการร้านขายของที่ บ้าน รับทราบว่าเป็นมะเร็งลำไส้มานาน 3 ปี ตอนนี้อยู่ระยะที่ 4 เคยรักษาด้วยการผ่าตัด และให้ยาเคมีบำบัดมาแล้ว มีถุงถ่ายอุจจาระที่หน้าท้องสามารถดูแลได้ด้วยตนเอง มีขาปลายมือ-ปลายเท้า มีภรรยาคอยช่วยดูแล อายุ 64 ปี มีลูกทั้งหมด 3 คน ชาย 2 คน และหญิง 1 คน ทำงานแล้วยกเว้นลูกชายคนเล็ก พลัดหมั้นเวียนกันมาเรื่อยๆ อยู่ รพ. บ้าง แต่จะห่วงลูกชายคนเล็กมากที่สุดเนื่องจากเพิ่งออกจากงานและยังไม่ได้บวชเรียน สิ่งที่ต้องการครั้งสุดท้ายคือ ให้อีกชายบวชเรียน สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่โรงพยาบาล สะดวกไม่เป็นภาระใคร

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 34

เพศชาย อายุ 55 ปี จบการศึกษาปริญญาตรี สถานภาพโสด ไม่มีบุตร รับราชการ มีหลานชาย อายุ 30 ปี เป็นคนดูแล (ลูกของพี่สาวเป็นคนดูแล) เป็นมะเร็งตับ ระยะที่ 4 มีการลุกลามไปปอด รุ้มานานประมาณ 1 ปี เคยให้ยาเคมีบำบัดมาแล้วตอนนี้มีปัญหาเรื่องปวดร้าว และเหนื่อยง่าย อยู่บ้านใช้ออกซิเจนเป็นครั้งคราว ทานได้น้อยค่อนข้างอ่อนเพลีย ยังพอช่วยเหลือตนเองได้ ความปรารถนาคือ อยากรักษาร่างกาย (ผู้ป่วยได้ทาแล้วก่อนให้ยาเคมีบำบัดครั้งครบคอร์ส) สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 35

เป็นเพศหญิง อายุ 79 ปี (มีเชื้อสายจีน) จบประถมศึกษา ศาสนาพุทธ เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 4 เคยรักษาด้วยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัด มีโรคประจำตัวเป็นไขมันในเลือดสูง ขณะเข้าร่วมวิจัยค่อนข้างเพลีย นอนเป็นส่วนใหญ่ต้องมีคนช่วยบางกิจกรรม เบื่ออาหาร ทานอาหารได้น้อย แล็กและเหนื่อยง่าย มีบุตรชายอายุ 46 ปี คอยดูแลตลอดไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้มาจากพี่สาวอีก

คนอายุ 53 ปีรับภาระค่าใช้จ่ายในบ้าน สิ่งที่ยังกังวลคือ ห่วงลูกชาย ความปรารถนาครั้งสุดท้าย คืออยากให้ลูกชายมีครอบครัว สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่แล้วแต่ลูกเพราะไม่ยากให้ลูก าบท

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 36

เป็นเพศชายอายุ 45 ปี จบชั้นมัธยมศึกษา สมรส มีอาชีพขายลอตเตอรี่ วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการแพร่กระจาย ทราบมาประมาณ 4 เดือน มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ มาก่อน ผู้ดูแลคือ ภรรยา มีอาชีพขายลอตเตอรี่เหมือนกัน มีลูกสาว 1 คนอายุ 21 ปี ทำงานร้านอาหาร ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีแต่มีอาการปวดบริเวณทวารหนัก มีถ่ายเป็นเลือด บรรเทาอาการปวดด้วย Tramol (50) 1 cap oral PRN เวลาปวดไม่ได้ทานตลอด 2-3 วัน ทานครั้ง แต่จะกังวลเรื่องถ่ายเป็นเลือด เคยพูดคุยกับแพทย์ที่ทำผ่าตัดแล้วด้วยโรคของผู้ป่วยทำให้มีอาการเลือดออกได้ สิ่งที่ยังกังวลคือ ห่วงลูกสาว สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 37

เป็นเพศชาย อายุ 59 ปี จบชั้นประถมศึกษา ที่บ้านจังหวัดกาญจนบุรีมีกิจการทำไร่อ้อย ทราบว่าตัวเองเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกมานานประมาณ 6 เดือน เคยไปรักษาด้วยการกินยาหม้อมาประมาณ 1 เดือนแล้วก้อนมันโตขึ้นมาตรวจอีกครั้งหมอบอกอยู่ระยะสุดท้ายจึงมารักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีบุตรทั้งหมด 3 คน เป็นผู้หญิง 2 คนและ ผู้ชาย 1 คน ลูกสาวคนกลางอายุ 27 ปีเป็นคนดูแล ขณะเข้าร่วมวิจัยจะมีอาการปวดบริเวณจมูก บรรเทาอาการปวดด้วย Tramol (50) 1 cap oral PRN เวลาปวด และมีเรื่องของน้ำลายเหนียว กลืนน้ำลายไม่ได้ ใส่สายยางให้อาหาร 4 เวลา ผู้ป่วยสามารถช่วยตนเองในการทานอาหารได้ บ้าน สิ่งที่ยังกังวลคือ ห่วงลูกชาย ความปรารถนาครั้งสุดท้าย คือจัดแบ่งมรดกให้กับลูกทุกคน (ได้จัดการแล้วเมื่อกลับไปอยู่ที่กาญจนบุรีหลังเข้าร่วมโปรแกรม ครั้งที่ 3) สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 38

เป็นเพศชายอายุ 66 ปี จบชั้นประถมศึกษา สมรส มีธุรกิจส่วนตัว (ขายของฝากที่พัทยา) วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการแพร่กระจาย ทราบมาประมาณ 1 เดือน ไม่มีโรคประจำตัว เคยทานอาหารเสริมของแอมเวย์ ผู้ดูแลคือ ภรรยา ชายของอยู่ที่พัทยาด้วยกัน แต่เมื่อเจ็บป่วยก็จัดการได้ แซงต่อให้คนอื่นท าแทนเนื่องจากไม่สามารถไปดูแลเองได้ ต้องเข้ารับการรักษา มีลูกสาว 4 คนเล็กอายุ 12 ปี ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีไม่มีอาการทางด้านร่างกาย แต่จะกังวลเรื่อง

กิจการที่ตนเองเคยดูแล แต่ไม่สามารถไปดูแลได้ และค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างมากและอยากได้ ลูกชายไว้ดูแลครอบครัวแต่ไม่มี สิ่งที่ยังกังวลคือ ห่วงลูกสาว ความปรารถนาครั้งสุดท้าย คือ ได้พบหลายชาย สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 39

เป็นเพศชายอายุ 71 ปี จบชั้นประถมศึกษา หมาย ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ค่าใช้จ่ายบุตรเป็นคนรับภาระ) วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกมานานประมาณ 1 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เคยได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 1 คอร์ส ผู้ดูแลคือ บุตรสาว อายุ 46 ปี ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้พอควร มีอาการปวดบริเวณจมูก บรรเทาอาการปวดด้วย Tramol (50) 1 cap oral PRN เวลาปวด ทานได้น้อย เพลีย เบื่ออาหาร ไม่มีสิ่งที่ยังกังวลเพราะคิดว่า ลูกก็เป็นฝั่งเป็นฝาหมดแล้ว ใช้ชีวิตคุ้มแล้ว พร้อมตายแล้ว สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 40

เป็นเพศชายอายุ 71 ปี จบชั้นประถมศึกษา สมรส รับราชการตอนนี้เกษียณแล้วแต่มีกิจการที่บ้าน เปิดธุรกิจขายส่ง ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการแพร่กระจาย ทราบมาประมาณ 3 ปี เคยทำการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัดและทานยาสมุนไพรเอง ผู้ดูแลคือภรรยา อายุ 68 ปี มีลูก 2 คน ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้พอควรแต่ทานได้น้อย คลื่นไส้ เบื่ออาหารและค่อนข้างเพลีย สิ่งที่ยังกังวล คือ กลัวกิจการที่บ้านไม่มีคนดูแล ความปรารถนาครั้งสุดท้าย เห็นว่าลูกมารับช่วงต่อของกิจการ สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 41

เป็นเพศชายอายุ 64 ปี จบชั้นมัธยมศึกษา สมรส พนักงานบริษัท มีภรรยาเป็นผู้ช่วยพยาบาลและคอยดูแลตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการแพร่กระจาย ทราบมาประมาณ 3 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัดและทานยา มีลูก 2 คน ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้พอควรแต่ทานได้น้อย คลื่นไส้ เบื่ออาหารและมีอาการปวดท้องเป็นช่วง ๆ เวลาถ่ายก็มีปวดบริเวณก้น Tramol (50) 1 cap oral PRN เวลาปวด และมี Paracetamol 500 mg oral PRN สิ่งที่ยังกังวล คือ ลูก สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 42

เป็นเพศชายอายุ 74 ปี จบชั้นปริญญาตรี สมรส รับราชการตอนนี้เกษียณแล้วมีภรรยาคอยดูแลตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งตับ ทราบมาประมาณ 2 ปี มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวาน เคยทำการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด และทานสมุนไพรถั่งเช่า สิ่งที่ยังกังวล คือ เป็นห่วงภรรยา สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 43

เป็นเพศหญิง อายุ 79 ปี จบมัธยมศึกษา หม้าย ทานาอยู่ต่างจังหวัด มีลูกสาว 2 คนทำงานในกรุงเทพฯ หลังให้ยาเสร็จแต่ละครั้งจะกลับไปอยู่บ้านกับพี่สาว 1 อาทิตย์ และกลับมาอยู่กับลูกที่กทม. ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทราบมาประมาณ 4 เดือน เคยทำการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด ขณะนี้เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้พอควรแต่ทานได้น้อย คลื่นไส้ เบื่ออาหารและเหนื่อยค่อนข้างง่าย สิ่งที่ยังกังวล คือ ลูกสาวคนโตยังไม่มีการอภิเษก ความปรารถนาครั้งสุดท้าย ได้ไปวัดที่อยู่ตามที่ตั้งใจไว้ (ลูกสาวขับรถพาไปท าบญแล้ว) สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 44

เป็นเพศชายอายุ 52 ปี จบชั้นประถมศึกษา สมรส อาชีพรับจ้างทั่วไป ภรรยาคอยดูแลตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งปอด ทราบมามากกว่า 1 ปี ไม่มีโรคประจำตัวเคยทา การผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัดฉายรังสีรักษา และทานยาหม้อประมาณ 1 เดือน ขณะนี้เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้พอควรแต่ทานได้น้อย คลื่นไส้ เบื่ออาหารและ เหนื่อยค่อนข้างมากนอนราบไม่ได้ ไอค่อนข้างมาก และมีอาการปวดตามกระดูกทานยา MST 10 mg oral q 12 hr. และมี Tramal 50 mg 1 cap oral PRN มีภรรยาคอยดูแล มีลูกชาย 1 คนยังไม่เริ่มท างานสิ่งที่ยังกังวล คือ ห่วงลูกชาย สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ โรงพยาบาล

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 45

เป็นเพศหญิง อายุ 53 ปี จบประถมศึกษา สมรส เป็นแม่บ้าน มีลูกสาว อายุ 28 ปีคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ทราบมาประมาณ 2 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยทา การผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด ขณะนี้เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้พอควรแต่ทานได้น้อย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร และปวดชายโครง ทานยา Tramal 50 mg 1 cap oral PRN และมีอาการชาปลายมือ-ปลายเท้า สิ่งที่ยังกังวล คือ ลูกสาวคนโตยังไม่แต่งงาน สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 46

เป็นเพศหญิง อายุ 57 ปี จบประถมศึกษา สมรส ค้าขาย (ตัดเย็บเสื้อผ้า) มีพี่สาวอายุ 64 ปี คอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะ ทราบมาประมาณ 2 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด และฉายรังสีรักษา on colostomy ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วย ช่วยเหลือตนเองได้พอควรแต่ทานได้น้อย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร และปวดชายโครง ทานยา Tramal 50 mg 1 cap oral PRN และมีอาการชาปลายมือ-ปลายเท้า สิ่งที่ยังกังวล คือ บริเวณ colostomy มีไส้ไหลออกมา ความปรารถนาครั้งสุดท้าย คือไม่เจ็บปวด ตายแบบไม่ทรมาน สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ โรงพยาบาล เพราะหมอน่าจะช่วยให้ไม่ปวดได้

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 47

เป็นเพศชาย อายุ 45 ปี จบปริญญาตรี สมรสคู่ รับราชการ มีลูก 1 คนอายุ 6 ขวบ เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร ระยะสุดท้าย ทราบมานาน 4 เดือน เคยรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และยาหมอแสง แต่ทานแล้วเพลียมากจึงหยุดทาย (ทานได้ประมาณ 2 อาทิตย์) ขณะเจ็บป่วยมีภรรยาอายุ 40 ปี คอยดูแล ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี แต่เหนื่อยค่อนข้างง่าย และกังวลเกี่ยวกับลูก ตลอดเวลาที่พูดคุย กลัวภรรยาจะไม่สามารถเลี้ยงลูกได้หากขาดผู้ป่วยไป นอนไม่ค่อยหลับ ต้องทานยานอนหลับทุกวันที่อยู่โรงพยาบาล สิ่งที่ยังกังวล คือ ลูกสาวยังเด็ก สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ โรงพยาบาลไม่ทำให้อายุสั้น ราบกในกรจัดการตอนตาย

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 48

เป็นเพศชาย อายุ 64 ปี จบมัธยมศึกษา สมรสคู่ มีลูก 4 คน มีธุรกิจส่วนตัวที่บ้าน เป็นมะเร็งระดับ ระยะสุดท้าย ทราบมานาน 6 เดือน เคยรักษาด้วยการผ่าตัด และได้รับยาเคมีบำบัด และยาหมอแสง ไม่มีโรคประจำตัว ขณะเจ็บป่วยมีภรรยาอายุ 42 ปี คอยดูแล ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองพอควร แต่มีอาการปวดท้องเป็นระยะ ท้องอืด แน่นท้อง ทานอาหารได้น้อย มียาทานเป็น Trama 50 mg oral PRN เวลาปวด ทานประมาณ 3 ครั้ง/วัน สิ่งที่ยังกังวล คือ ยังไม่ได้จัดสรรมรดกให้ลูก และภรรยา ทรัพย์สินยังเป็นชื่อของตนอยู่ สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 49

เป็นเพศชายอายุ 53 ปี จบชั้นมัธยมศึกษา สมรส พนักงานบริษัท มีภรรยาเป็นผู้ช่วยพยาบาลและคอยดูแลตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการแพร่กระจาย ทราบมาประมาณ 6 เดือน ไม่มีโรคประจำตัว เคยได้รับยาเคมีบำบัด มีลูก 2 คน ขณะที่

เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้พอควรแต่ทานได้น้อย เบื่ออาหารและมีอาการปวดท้องเป็นช่วง ๆ เวลาถ่ายก็มีปวดบริเวณก้น ไม่มียาทานหายเอง สิ่งที่ยังกังวล คือ ภรรยา “ไม่รู้เค้าจะอยู่ได้ไหม หากเราตายไป” ความปรารถนาครั้งสุดท้าย คือ ได้ท าบุญใส่บาตรพระสถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 50

เป็นเพศหญิง อายุ 56 ปี จบมัธยมศึกษา สมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีลูก 2 คน แต่จะเป็นคนโตที่ดูแลเป็นหลักเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ทราบมาประมาณ 2 เดือน ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด และฉายรังสีรักษาแล้ว ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้พอควรแต่ทานได้น้อย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร และปวดบริเวณจมูก ทานยา Tramal 50 mg 1 cap oral PRN เพื่อยาทานได้พอควรมีอาเจียนเป็นช่วง ๆ ไม่มีสิ่งที่ยังกังวล ลูกมีครอบครัวแล้ว ความปรารถนาครั้งสุดท้าย คือ บริจาคร่างกาย สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 51

เป็นเพศหญิง อายุ 64 ปี จบมัธยมศึกษา สมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีลูก 2 คน มีสามีคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ทราบมาประมาณ 6 เดือน ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้พอควรแต่ทานได้น้อย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย และปวดท้องมาก ทานยา MST 10 mg oral q 12 hr. และ MIR 10 mg 1 tab oral PRN q 4 hr, Tramal 50 mg 1 cap oral PRN เพื่อยาทานได้พอควรมีอาเจียนเป็นช่วง ๆ สิ่งที่ยังกังวล ลูก สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 52

เป็นเพศชายอายุ 61 ปี จบชั้นประถมศึกษา สมรส ทาไร่ มีภรรยาเป็นคนคอยดูแลตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกมีการแพร่กระจาย ทราบมาประมาณ 1 ปี ไม่มีโรคประจำตัวเคยได้รับยาเคมีบำบัดและฉายรังสีรักษาแล้ว ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ใส่น้ำยาให้อาหาร มีก้อนโตบริเวณคอด้านซ้ายแต่ก็มีเลือดออกตลอดเวลา และปวดค่อนข้างมาก ทานยา MST 10 mg oral q 12 hr. และ MIR 10 mg 1 tab oral PRN q 4 hr, Tramal 50 mg 1 cap oral PRN, Garnapentin 300 mg oral tid pc นอนราบไม่ได้มีแผลกดทับบริเวณก้น ต้องช่วยเวลาขับถ่ายและเช็ดตัว มีลูกสาว 1 คน สิ่งที่ยังกังวล คือ กลัวเจ็บปวดทรมานไปมากกว่านี้ ความปรารถนาครั้งสุดท้าย คือ ไม่เจ็บปวด อยากตายแบบหลับไป (ผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตก่อนเก็บข้อมูลครบ)

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 53

เป็นเพศหญิง อายุ 66 ปี จบมัธยมศึกษา สมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีลูก 2 คน มีสามีคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ทราบมาประมาณ 5 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ท้องโต ต้องเจาะท้องระบายน้ำออกเป็นครั้งๆ ทานได้น้อย คลื่นไส้ อาเจียน และเหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ ค่อนข้างเพลียสิ่งที่ยุ่งกังวล แม้ ไม่มีคนดูแล เนื่องจากปกติตนเองจะเป็นผู้ดูแลแม่ สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 54

เป็นเพศหญิง อายุ 50 ปี จบประถมศึกษา สมรส ค้าขาย มีลูก 2 คน มีสามีคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งตับ ทราบมาประมาณ 1 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองดีพอควร ท้องโต ค่อนข้างเพลีย ปวดท้องค่อนข้างมาก ทานยา MST 10 mg oral q 12 hr. และ MIR 10 mg 1 tab oral PRN q 4 hr สิ่งที่ยุ่งกังวล ลูกชายยังเล็กอายุ 10 ขวบ และสามีต้องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัดหลายวันในขณะที่ตัวเองนอนโรงพยาบาล สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 55

เป็นเพศชายอายุ 53 ปี จบชั้นประถมศึกษา สมรส รับราชการ มีภรรยาเป็นคนดูแลตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการแพร่กระจาย ทราบมาประมาณ 1 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยได้รับการผ่าตัด และได้รับยาเคมีบำบัด มีลูก 2 คน ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดี แต่ทานได้น้อย เบื่ออาหารและมีอาการปวดท้องเป็นช่วง ๆ Tramal 50 mg 1 cap oral PRN 2-3 วันจะทานสัก 1 เม็ด ความปรารถนาครั้งสุดท้าย คือ จัดการที่ทางโอนกรรมสิทธิ์ให้ลูกและภรรยา สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 56

เป็นเพศหญิง อายุ 46 ปี จบปริญญาตรี สมรส พนักงานบริษัท มีลูก 1 คน มีสามีคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ทราบมาประมาณ 4 เดือน ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองดีพอควร ไม่มีอาการทางกายเพิ่งมารับยาเป็ยครั้ง

แรก ลูกชายยังเล็กอายุ 3 ขวบ ตอนนีให้แม่เป็นคนดูแลลูกให้ และสามีต้องทุกวัน และแวะมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลทุกวัน สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 57

เป็นเพศชายอายุ 60 ปี จบชั้นประถมศึกษา สมรส ทาสน มีภรรยา อายุ 58 ปี เป็นคนดูแลตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโคนลินมีการแพร่กระจาย ทราบมาประมาณ 1 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน เคยได้รับการผ่าตัด ฉายรังสี และได้รับยาเคมีบำบัด มีลูก 2 คน คนเล็กเพิ่ง 12 ปี ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองดีพอควร แต่ทานได้น้อย กลืนแล้วเจ็บคอ รับประทานอาหารและมีอาการปวดด้านในปากระดับปานกลาง แต่จะปวดมากเวลากลางคืน ทานยา Tramal 50 mg 1 cap oral PRN 2-3 วันจะทานสัก 2-3 เม็ด (ละลายน้ำทาน) และมีน้ำลายเหนียว ความปรารถนาครั้งสุดท้าย คือ ลูกมีคนดูแล สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 58

เป็นเพศหญิง อายุ 68 ปี จบปริญญาตรี สมรส พนักงานบริษัท มีลูก 1 คน มีสามีคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ทราบมาประมาณ 5 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองดีพอควร ไม่มีอาการทางกายเพิ่งมารักษาเป็นครั้งแรก ลูกชายยังเล็กอายุ 3 ขวบ ตอนนีให้แม่เป็นคนดูแลลูกให้ และสามีต้องทุกวัน และแวะมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลทุกวัน สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 59

เป็นเพศหญิง อายุ 46 ปี จบปริญญาตรี สมรส พนักงานบริษัท มีลูก 1 คน มีสามีคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ ทราบมาประมาณ 1 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองดีพอควร ไม่มีอาการทางกายเพิ่งมารักษาเป็นครั้งแรก สิ่งที่ยังกังวลคือ ลูกชายยังเล็กอายุ 7 ขวบ เพิ่งเข้าโรงเรียนแล้วไม่มีคนดูแล สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลรหัส 60

เป็นเพศหญิง อายุ 50 ปี จบประถมศึกษา สมรส ค้าขาย มีลูก 2 คน มีสามีคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งตับ ทราบมาประมาณ 1 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เคยทำการผ่าตัด ขณะที่เข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองดีพอควร ค่อนข้างเพลีย ปวดท้องค่อนข้างมาก ทานยา MST

10 mg oral q 12 hr.และ MIR 10 mg 1 tab oral PRN q 4 hr สิ่งที่ยังกังวล ลูกชายยังเล็กอายุ 10
ขวบ สถานที่สุดท้ายที่อยากอยู่ คือ บ้าน



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาววราภรณ์ อ่อนอนงค์
วัน เดือน ปี เกิด	18 เมษายน พ.ศ.2529
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย (วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย)
ทุนการศึกษา	ทุนอุดหนุนการวิจัย กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผลงานทางวิชาการ	วราภรณ์ อ่อนอนงค์ และเขาวรัตน์ มัชฌิม. (2562). โปรแกรมการดูแลระยะท้ายเพื่อส่งเสริมการตายดีในผู้ป่วยมะเร็ง: ทบทวนวรรณกรรม End-of-Life-Care Program for Enhancing Good Death Among Cancer Patients: A literature review. <i>วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์</i> , 39(1), 159-169. วราภรณ์ อ่อนอนงค์, เขาวรัตน์ มัชฌิม และพรเลิศ ฉัตรแก้ว. (2562). <i>อาการรบกวนในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับยาเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: กรณีศึกษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ</i> . น สอนอในการประชุมวิชาการระดับชาติ “มศว วิจัย” ครั้งที่ 12 วันที่ 20 21 มีนาคม 2562 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ณ อาคาร นวัตกรรมศาสตราจารย์ ดร.สาโรช บัวศรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ประสบการณ์การทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม มะเร็งก้อนทุม 20 โซนเอ (หลิมซีลัน) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
E-mail	Waraporn.ona@gmail.com



ที่ ศธ 6922(2)/126

สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพมหานคร 10110

25 มกราคม 2562

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาบทความวิจัยการประชุมวิชาการระดับชาติ “มศว วิจัย” ครั้งที่ 12

เรียน นางสาววารภรณ์ อ่อนอนงค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดผลการพิจารณาบทความ

ตามที่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย กำหนดจัด
การประชุมวิชาการระดับชาติ “มศว วิจัย” ครั้งที่ 12 ในวันที่ 20-21 มีนาคม 2562 ณ อาคารนวัตกรรมการศึกษา
ดร.สาโรช บัวศรี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นเวทีให้นักวิจัย คณาจารย์
นิสิต/นักศึกษา ได้เผยแพร่ผลงานวิจัย โดยแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ นวัตกรรม
เพื่อนำไปสู่การพัฒนาทางวิชาการของประเทศ
และสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ได้พิจารณาคัดเลือกบทความเพื่อนำเสนอในการประชุมดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยบทความของท่านตามรหัสอ้างอิง
SWURES12-067 ผ่านการพิจารณา ให้นำเสนอในรูปแบบ Oral โดยมีข้อเสนอแนะตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ซึ่งท่านจะต้องดำเนินการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้

ขอให้ท่านปรับแก้บทความจากไฟล์ต้นฉบับที่มหาวิทยาลัยส่งแนบให้ทางอีเมลเท่านั้น และส่งบทความฉบับแก้ไขทาง E-mail:
swuresearch2019@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562

หากไม่ส่งบทความฉบับแก้ไขมาตามวันที่กำหนดจะถือว่าท่านสละสิทธิ์ในการนำเสนอผลงาน

สำหรับไฟล์ฉบับแก้ไขขอให้ส่งเป็นไฟล์ Microsoft word พร้อมทั้งตั้งชื่อไฟล์แก้ไขเป็น SWURES12- รหัสบทความedit

ตัวอย่างเช่น SWURES12-001edit และขอให้ท่านยืนยันการเข้าร่วมนำเสนอผลงานในระบบ ระหว่างวันที่ 1 - 8 กุมภาพันธ์
2562 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายบริหารจัดการวิจัย โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11017-11018, 11082

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปฐมทัศน์ จีระเดชะ)

ผู้อำนวยการสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย
ปฏิบัติการแทน อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ฝ่ายบริหารจัดการวิจัย

สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย

โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 11017-11018

โทรสาร 02-259-1822



มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ขอมอบเกียรติบัตรนี้ไว้ให้เพื่อแสดงว่า

**วรากรณ์ อ่อนอนงค์ เยาวรัตน์ มัชฌิม
และพรเลิศ จัตรแก้ว**

ได้นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการระดับชาติ
มศว วิจัย ครั้งที่ 12
ระหว่างวันที่ 20 - 21 มีนาคม 2562 ณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ไว้ไว้ ณ วันที่ 21 มีนาคม 2562


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวงกิตน์ จีระดะชะ
ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย


อาจารย์ ดร.สุนีย์ สุพันธ์
บรรณารักษ์